

Conduitas Usuais entre os Reumatologistas Brasileiros: Levantamento Nacional

Routine Clinical Practices of Brazilian Rheumatologists: National Overview

Marta M. C. Medeiros⁽¹⁾, Marcos Bosi Ferraz⁽²⁾, Maria José Pereira Vilar⁽³⁾, Mittermayer Barreto Santiago⁽⁴⁾, Ricardo Machado Xavier⁽⁵⁾, Roger Abramino Levy⁽⁶⁾, Rozana Mesquita Ciconelli⁽⁷⁾, Sérgio Candido Kowalski⁽⁸⁾

RESUMO

Objetivo: avaliar condutas tomadas pelos reumatologistas de todo Brasil frente a situações clínicas comuns na prática do dia-a-dia. **Método:** cenários clínicos fictícios sobre várias doenças reumáticas foram montados, com perguntas objetivas acerca do tratamento. Os questionários foram enviados aos 831 sócios com títulos de especialistas pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), com envelope selado para envio das respostas. **Resultados:** a taxa média de devolução dos questionários foi de apenas 21,4%. A média de idade (DP) dos reumatologistas respondedores foi de 42,7 anos (DP=11,7), com tempo médio de formado de 19,8 anos (DP=10,1). No cenário clínico sobre artrite reumatóide (AR) de início recente em atividade, a maioria dos colegas (84,7%) tratava inicialmente o paciente com prednisona ou prednisolona. As drogas modificadoras da doença mais escolhidas foram metotrexato (84,2%) e cloroquina (63,8%). Quatro médicos (2,8%) escolheram os agentes biológicos (infiximabe e etanercepte) como droga de primeira escolha no tratamento inicial da doença. A profilaxia para osteoporose induzida pelo corticóide com suplementação de cálcio e vitamina D só foi orientada por 61,2% e 46,5% dos reumatologistas, respectivamente. No cenário clínico de um paciente com lúpus eritematoso sistêmico (LES), a grande maioria dos colegas optou pelo tratamento com corticóide oral (93,7%), cloroquina (92,5%)

ABSTRACT

Objective: Evaluate routine clinical practices of Brazilian rheumatologists. **Method:** Virtual clinical scenarios representing a range of rheumatological practical situations were sent by mail to 831 specialists certified by the Brazilian Society of Rheumatology (SBR) with postage-paid envelopes for reply. **Results:** Only 21.4% of the questionnaires were returned. The average age of responding rheumatologists was 42.7 years (SD=11.7), with an average time since graduation from medical school of 19.8 years (SD=10.1). In a clinical scenario describing early active rheumatoid arthritis most respondents (84.7%) chose to initiate treatment with prednisone or prednisolone. The most chosen disease modifying antirheumatic drugs were methotrexate (84.2%) and chloroquine (63.8%). Four rheumatologists (2.8%) indicated biological agents (infiximab and etanercept) as their initial choice of treatment. Prophylaxis for corticoid-induced osteoporosis and calcium and vitamin D supplementation were recommended by only 61.2% and 46.5% of the respondents, respectively. In a clinical scenario describing systemic lupus erythematosus, almost all doctors prescribed oral corticoids (93.7%), chloroquine (92.5%) and photoprotection (93.7%). In the presence of lupus nephritis with unimpaired renal function and normal blood pressure levels, the most frequently adopted management was pulse therapy with

Comissão de Epidemiologia e Controle das Doenças Reumáticas da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) - (Biênio 2002-2004). Recebido em 12/09/2005
Aprovado, após revisão, em 25/01/2006.

1. Professora Adjunta de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFCE).
 2. Professor Adjunto do Departamento de Medicina, Disciplina de Reumatologia e Diretor do Centro Paulista de Economia da Saúde (NIFESP).
 3. Professora Adjunta da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
 4. Professor Adjunto da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
 5. Doutor em Imunologia, Professor de Reumatologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS).
 6. Professor Adjunto da Disciplina de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).
 7. Doutora em Reumatologia, Médica assistente da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
 8. Doutor em Reumatologia, Professor visitante da Pós-graduação de Reumatologia e Reabilitação da UNIFESP, pesquisador do Centro Paulista de Economia da Saúde da UNIFESP e Médico da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).
- Endereço para correspondência: Marta M. C. Medeiros, Rua Paula Ney, 599/302, Fortaleza, CEP 60140-200, CE, Brasil, e-mail: mmmcmedeiros@hotmail.com

e fotoproteção (93,7%). Na presença de nefrite lúpica caracterizada com preservação da função renal e níveis pressóricos normais, a conduta mais escolhida foi pulsoterapia de corticóide (47,7%) ou prednisona oral em altas doses. Pulsoterapia de ciclofosfamida foi escolhida por 34,6% dos reumatologistas. No cenário sobre lombalgia aguda mecânico-postural, sem sinais de alarme, 55,4% dos colegas não solicitavam nenhum exame na abordagem inicial e as drogas mais escolhidas para o tratamento foram: antiinflamatórios não-hormonais (AINHs) (89,3%), relaxante muscular (72,9%), fisioterapia (33,3%). O repouso no leito foi orientado por 31,6% dos especialistas. Num caso de lombalgia crônica com raio X recente mostrando espondilolistese grau I e discoartrose, 39,6% dos reumatologistas não solicitavam nenhum exame adicional, enquanto 26,2% e 24,4% solicitavam tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), respectivamente. As condutas mais indicadas nesse caso foram: fisioterapia (75,1%), relaxante muscular (48,5%), RPG (45,6%), exercícios físicos (41%), AINH seletivo da Cox-2 (40,5%), amitriptilina (35,3%), analgésicos opióides (34,7%). Outros cenários de artrose de joelho e ombro doloroso foram apresentados. **Conclusões:** a baixa taxa de devolução dos questionários pode refletir uma prática ainda não-incorporada na nossa cultura. O perfil dos reumatologistas respondedores é muito semelhante entre as regiões. A maioria das condutas escolhidas está de acordo com as melhores evidências disponíveis, refletindo uma homogeneidade de abordagem terapêutica entre os reumatologistas. Embora este estudo traga importantes dados sobre a prática reumatológica, pode não ser representativo da população de reumatologistas brasileiros, tendo em vista o baixo percentual de respondedores.

Palavras-chave: condutas práticas, doenças reumáticas.

INTRODUÇÃO

A prática clínica do médico é uma ação bastante complexa, envolvendo a experiência pessoal de cada profissional, opiniões de *experts*, informações oriundas de fontes nem sempre seguras, julgamentos de valores, preferências e interesses pessoais dos médicos e pacientes. Isso leva, muitas vezes, a tomadas de decisões muito diferentes para situações muito semelhantes, com prejuízo aos pacientes e desperdício de recursos. A aplicação prática dos conceitos e fundamentos da Medicina Baseada em Evidências surgiu no início dos anos 90 com objetivo de tornar a prática médica mais sistemática e científica, baseando as decisões clínicas em estudos metodologicamente bem realizados, sem desconsiderar, no entanto, a experiência do médico e o contexto do paciente.

Avaliar a forma como os médicos estão se conduzindo frente a situações comuns do dia-a-dia é também uma tarefa

*corticoids (47.7%) or high doses of oral prednisone. Pulsetherapy with cyclophosphamide was indicated by 34.6% of the respondents. In a clinical scenario describing acute mechanical back pain without alarming signs, 55.4% stated that they would request no laboratory examinations on the first encounter and the main treatments of choice were non-hormonal antiinflammatory drugs (89.3%), muscle relaxant drugs (72.9%) and physical therapy (33.3%). Bed rest was recommended by 31.6% of the respondents. In a clinical scenario describing chronic back pain with recent X-ray showing first degree spondylolisthesis and disc arthrosis, 39.6% of the rheumatologists stated that they would not request additional examinations, while 26.2% and 24.4% would request computer tomography scans and magnetic resonance scans, respectively. The most frequently prescribed treatments were physical therapy (75.1%), muscle relaxant drugs (48.5%), RPG (45.6%), physical exercise (41%), Cox-2-selective non-hormonal antiinflammatory drugs (40.5%), amitriptyline (35.3%) and opioid analgesics (34.7%). The questionnaire also included scenarios describing knee arthrosis and shoulder pain. **Conclusion:** The low rate of response from rheumatologists may be associated with aspects of Brazilian culture. In fact, respondents displayed a very similar profile throughout the country. Most of the prescribed treatments agree with available evidence and reflect a homogeneous approach to rheumatological disease among professionals. However, although the present study has provided interesting information regarding clinical practices, the small number of respondents may not be particularly representative of the population of Brazilian rheumatologists.*

Keywords: Clinical management, rheumatic diseases.

complexa. A construção de cenários clínicos fictícios é uma prática comum em países desenvolvidos para avaliar como os profissionais de saúde se comportam diante de situações clínicas específicas^(1,2). Um estudo clássico é o de Tamblyn *et al* realizado no Canadá⁽¹⁾, onde o objetivo foi avaliar o uso de antiinflamatórios não-hormonais (AINHs) pelos clínicos gerais. Dois casos fictícios de pacientes com osteoartrose (OA) foram construídos e enviados aos médicos clínicos na cidade de Montreal para que os mesmos opinassem em relação ao diagnóstico, decidissem a melhor conduta e como eles abordavam o surgimento de efeitos colaterais relacionados ao uso de AINHs. Cerca de 63% dos médicos devolveram os questionários. O diagnóstico foi acertado em 90% das vezes, sendo que decisões terapêuticas consideradas ótimas ou aceitáveis foram tomadas em 58% das vezes, decisões sub-ótimas em 20% e de risco para o paciente em 22% dos casos.

OBJETIVO

Avaliar condutas tomadas pelos reumatologistas de todo Brasil frente a situações clínicas comuns na prática do dia-a-dia.

MÉTODO

Cenários clínicos fictícios de situações comuns em artrite reumatóide (AR) (1 caso), lúpus eritematoso sistêmico (LES) (1 caso), osteoartrose (OA) (3 casos), lombalgia aguda (1 caso) e crônica (1 caso) e ombro doloroso (2 casos) (anexo) foram montados pela Comissão de Epidemiologia e Controle de Doenças Reumáticas da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (biênio 2002-2004), com perguntas objetivas acerca do tratamento. Os questionários foram enviados pelo correio pela secretaria da SBR a partir do segundo semestre de 2003, inicialmente para os reumatologistas das regiões norte e nordeste. Em seguida, foram enviados para os reumatologistas do sudeste/sul e, por último, para os colegas da região centro-oeste. Os critérios para escolha dos reumatologistas para os quais seriam enviados os questionários foram: ter título de especialista conferido pela SBR e ter endereço atualizado junto à mesma. Em cada envelope contendo o questionário, também foi enviado outro envelope selado e endereçado para devolução do questionário respondido. Durante o período da coleta de dados foram feitas várias tentativas de se aumentar a taxa de participação dos colegas, através de envio de cartas e chamadas durante os eventos da especialidade que ocorreram no decorrer do período. O prazo final para recebimento do material foi estabelecido em junho/2004. Todos os dados foram colocados num banco de dados e as análises descritivas foram feitas.

A análise estatística foi somente do tipo descritiva; o cálculo das percentagens em que cada opção de resposta foi assinalado para cada pergunta, de forma isolada. Embora várias perguntas permitissem mais de uma resposta, não se calculou a proporção de respostas combinadas pelas dificuldades estatísticas de se analisar infinitas combinações de respostas.

RESULTADOS

Foram encaminhados os questionários para 831 reumatologistas brasileiros. A taxa média de devolução dos questionários foi de apenas 21,4%, com a seguinte distribuição por regiões: norte: 27,7%; nordeste: 28,6%; sul: 17,8%;

TABELA 1
FREQUÊNCIA DE QUESTIONÁRIOS PREENCHIDOS E DEVOLVIDOS
POR REGIÕES DO BRASIL

Regiões do Brasil	Número de questionários enviados	Número de questionários devolvidos	%
Norte	18	5	27,7%
Nordeste	133	38	28,6%
Sul	140	25	17,8%
Sudeste	480	109	22,7%
Centro-oeste	60	0	0%
Não identificado		1	
Total	831	178	21,41%

TABELA 2
CARACTERÍSTICAS DOS REUMATOLOGISTAS POR
REGIÕES DO BRASIL

Característica	Norte (n=5)	Nordeste (n=38)	Sul (n=25)	Sudeste (n=109)	Geral (n=177)
Idade (anos)					
Média	49,6	41,9	41,4	44,4	42,7
DP	6,2	12,9	6,9	10,18	11,6
Mínima	42	28	31	29	28
Máxima	56	73	56	73	73
Tempo de formado (anos)					
Média	25,8	18,2	18,2	20,5	19,8
DP	5,9	12,5	6,1	10,1	10,1
Tempo de título de especialista (anos)					
Média	16,5	13,3	12,1	15,0	14,2
DP	9,4	12,0	6,7	8,8	9,3
Trabalha em hospital universitário (%)					
	60	42,1	48	42,2	44,4
Trabalha em clínica privada (%)					
	80	94,7	92	93,6	93,8

sudeste: 22,7%; centro-oeste: 0% (Tabela 1). A média de idade (DP) dos reumatologistas respondedores foi de 42,7 (11,7) anos, com tempo médio de formado de 19,8 (10,1) anos. A maioria dos reumatologistas trabalhava em clínica privada (93,8%) e quase a metade trabalhava em hospitais de ensino (44,4%) (Tabela 2).

CENÁRIO 1: ARTRITE REUMATÓIDE (AR) DE INÍCIO RECENTE

A maioria dos colegas (84,7%) tratava inicialmente o paciente com prednisona ou prednisolona (dose média de 9,7mg/dia), 84,2% prescreviam metotrexato (dose média semanal: 10mg) e 63,8%, cloroquina. Quatro médicos (2,8%) escolheram os agentes biológicos (infliximabe e etanercepte) como droga de primeira escolha no tratamento inicial da doença e somente 23,2% orientava o uso de antiinflamatórios não hormonais (AINHs) (Tabela 3). Dos que optaram por uso de corticóide por mais de 3 meses, 61,2% e 46,5% orientaram reposição de cálcio e vitamina D, respectivamente, para profilaxia para osteoporose induzida pelo corticóide. Somente 5,3% orientavam uso de bisfosfonatos e 14% solicitavam densitometria óssea para iniciar terapêutica profilática. A grande maioria dos reumatologistas (91,5%) gostaria de reavaliar o paciente entre 2 e 4 semanas e os critérios utilizados na prática para avaliação da resposta terapêutica foram: número de articulações edemaciadas (92%), número de articulações dolorosas (80%), VHS (83%), avaliação geral do paciente (87%), avaliação geral feita pelo médico (73%), medida da dor (47%), hemograma (42%), HAQ (14,7%), ACR 20 (7,3%), fator reumatóide (6,8%), *Disease Activity Score* (DAS) (5,6%). A maioria dos médicos (67,9%) só não mudaria a conduta inicial se os critérios utilizados para avaliação da resposta terapêutica melhorassem, no mínimo, 50% em relação ao basal.

CENÁRIO 2: LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

No cenário clínico de um paciente com LES iniciado há seis meses com envolvimento articular, cutâneo, febre, linfopenia, anti-DNA reagente, a grande maioria dos colegas optou pelo tratamento com corticóide oral (93,7%), cloroquina (92,5%) e fotoproteção (93,7%). AINHs foram escolhidos por 36,8% e o metotrexato por 5,7% dos reumatologistas (Tabela 4). Na evolução do paciente (6 meses após o diagnóstico), a presença de nefrite lúpica caracterizada por proteinúria moderada, hematúria leve e cilindrúria, com preservação da função renal e níveis pressóricos normais, levou os reumatologistas a escolherem a pulsoterapia de corticóide como a principal conduta tera-

pêutica em 47,7% dos casos ou prednisona oral (dose de 1 mg/Kg/dia: 46,0%; dose de 1-2 mg/Kg/dia: 22,2%). A pulsoterapia de ciclofosfamida foi escolhida por 34,6% dos colegas e a introdução da azatioprina foi escolhida por 14,7%. Cinquenta e seis médicos (32,7%) indicaram uma biópsia renal neste momento. Num terceiro momento, com o agravamento clínico do envolvimento renal (surgimento de hipertensão, perda da função renal, aumento da proteinúria), a maioria optou pelo tratamento com pulsoterapia de ciclofosfamida (84,2%) e 56% dos reumatologistas faziam pulsoterapia de corticóide. A indicação de biópsia renal aumentou para 53,2% neste momento. Os principais critérios escolhidos pelos reumatologistas para indicação de biópsia renal foram: diminuição progressiva da função renal e sedimento urinário ativo (68,3%), tratamento parcial ou com resposta incompleta com objetivo de redirecionar terapêutica (61,6%) e dados clínicos e laboratoriais compatíveis com diferentes classes de nefrite (55,9%). Com relação ao tratamento com pulsoterapia de ciclofosfamida para nefrite lúpica, o esquema mais usado foi: doses mensais por 6 meses, seguido de doses bimestrais por mais 6 meses, depois, doses trimestrais por 6-12 meses (44% dos reumatologistas). Com o intuito de se diminuir o risco de cistite hemorrágica relacionada a ciclofosfamida, o uso da MESNA só foi orientado por 31% dos colegas, sendo a conduta mais escolhida a hidratação vigorosa (83,6%) e orientação para não ficar muito tempo sem urinar (51,4%). Quanto aos critérios utilizados na prática pelos reumatologistas para avaliação de atividade da doença, a maioria escolheu avaliação clínica geral (85,5%). Dentre os índices disponíveis, o SLEDAI foi o mais lembrado (SLEDAI: 41%; LACC: 1,16%; BILAG e SLAM: 0,6% cada).

CENÁRIOS 3 E 4: LOMBALGIA AGUDA E CRÔNICA

No cenário sobre lombalgia aguda mecânica postural, sem sinais de alarme, 55,4% dos colegas não solicitavam nenhum exame na abordagem inicial e as condutas mais escolhidas para o tratamento foram: AINHs (89,3%), relaxante muscular (72,9%), fisioterapia (33,3%). O repouso no leito foi orientado por 31,6% dos especialistas, enquanto 36,2% orientavam o paciente a se manter em atividade habitual. Num caso de lombalgia crônica com raio X recente mostrando espondilolistese grau I e discoartrose, 39,6% dos colegas não solicitavam nenhum exame adicional, enquanto 26,2% e 24,4% solicitavam tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM), respectivamente. As condutas mais indicadas nesse caso foram: fisioterapia (75,1%), relaxante muscular (48,5%), RPG (45,6%), exer-

cícios físicos (41%), AINHs seletivos da Cox-2 (40,5%), amitriptilina (35,3%), analgésicos opióides (34,7%).

CENÁRIOS 5, 6 E 7: OSTEoarTRITE (OA)

No cenário de OA de joelho há dez anos, num paciente de 60 anos, obeso, sedentário e com história de úlcera duodenal, a grande maioria dos especialistas orientava redução de peso (94,9%) e reabilitação (87%). O uso de AINHs seletivos da Cox-2 foi orientado por 63,8% dos colegas e o uso de protetor gástrico em 58,7% dos mesmos. Aspiração do joelho e infiltração com hexacetonide triancinolona foi a opção escolhida por 41,8%. Interessante notar que 37,3% dos reumatologistas contra-indicavam atividade física aeróbica para não sobrecarregar os joelhos. Já numa paciente de 68 anos, com OA de quadris há oito anos, e hipertensão arterial, dor e incapacidade dos quadris refratários ao tratamento convencional, a cirurgia (prótese de quadril) foi escolhida por 86% dos especialistas e orientação para perder peso (87%).

CENÁRIOS 8 E 9: OMBRO DOLOROSO

No cenário de ombro doloroso num paciente jovem praticante de voleibol, com tendinite do supra-espinal e ruptura parcial do mesmo, a fisioterapia foi o procedimento mais indicado (71,8%), seguido pelo uso de AINH seletivo da Cox-2 (37,2%) e infiltração com corticóide (32,9%). Dos AINHs não-seletivos da Cox-2, os mais lembrados pelos colegas foram: diclofenaco, naproxeno e nimesulida. A cirurgia foi recomendada por 4,7% dos colegas. Aproximadamente metade dos médicos repetia a infiltração com 2 a 4 semanas.

DISCUSSÃO

A baixa taxa de devolução dos questionários do presente estudo (21,4%) pode refletir uma prática ainda não incorporada na nossa cultura. Nos países desenvolvidos, este tipo de estudo chega a atingir taxa de devolução de 60-80%. O perfil dos reumatologistas respondedores é muito semelhante entre as regiões brasileiras, caracterizado por médicos jovens, com tempo médio de formação de 20 anos e, a grande maioria, trabalhando em clínica privada e quase metade em hospitais universitários. O reduzido número de respondedores pode não ser representativo da população brasileira de reumatologistas e a grande proporção de reumatologistas trabalhando em hospitais universitários pode ser uma potencial fonte de viés, que devem ser considerados nas conclusões do estudo.

Existe uma preferência importante para uso de corticóide como droga antiinflamatória no tratamento da AR, sendo a prednisona/prednisolona o tipo mais escolhido pela maioria, e a preferência pelo metotrexato como droga modificadora da doença. Os AINHs não-seletivos também foram mais escolhidos do que os inibidores específicos da Cox-2 (quando indicado o uso de AINH), sendo estes os preferidos em situações onde o risco para complicações gastrointestinais era maior (caso de OA em paciente de 60 anos com história de úlcera péptica). Também fica claro o uso de AINH nas manifestações articulares do LES em maior frequência do que nas queixas articulares da AR, onde o corticóide foi preferido. Embora os livros textos citem os AINHs para tratar as manifestações musculoesqueléticas do LES⁽³⁾, o potencial nefrotóxico destes agentes é um fator limitante no emprego dos mesmos numa doença onde já existe o risco de nefropatia relacionado a própria doença. A escolha dos inibidores de fator de necrose tumoral (anti-TNF) como opção inicial para tratar AR leve, embora feita por um número pequeno de reumatologistas, chama a atenção para necessidade de divulgação de critérios bem definidos para o uso dos mesmos. Embora já existam trabalhos mostrando o uso dos agentes biológicos na AR de início recente^(4,5), o alto custo da medicação é um fator limitante. Estudos sobre a progressão radiológica, de custo-efetividade e custo-benefício em longo prazo são necessários para se avaliar o uso dos anti-TNF na AR de início recente.

O tratamento da glomerulonefrite (GMN) lúpica de início recente ainda sem complicações e no caso de manifestações clínicas sugestivas de GMN rapidamente progressiva foi feito pela maioria dos reumatologistas com corticosteróides (prednisona oral 1-2 mg/kg/dia ou pulsoterapia de metilprednisolona) e pulsoterapia de ciclofosfamida, o que está de acordo com as melhores evidências disponíveis. A prevenção de osteopenia e osteoporose nos pacientes em uso de corticóide por longo prazo (como recomendado por várias evidências e *guidelines*)^(6,7) ainda não é uma preocupação freqüente entre os reumatologistas.

As orientações de alguns especialistas para o repouso no leito na lombalgia mecânica-postural e também a indicação de se evitar exercícios aeróbicos em pacientes com OA leve/moderada de joelho, também deve ser realizada pelos colegas que optaram por essas, tendo em vista a existência de uma revisão sistemática que atesta que o repouso no leito não deve ser orientado e que caminhadas (por exemplo) melhoram vários parâmetros relacionados à OA de joelho e não parecem piorar a lesão radiológica⁽⁸⁾.

Este estudo traz importantes dados sobre a prática

reumatológica entre especialistas de todo Brasil. A maioria das condutas escolhidas está de acordo com as melhores evidências disponíveis, refletindo uma homogeneidade de abordagem terapêutica entre os reumatologistas respondedores. No entanto, os resultados podem não ser generalizados tendo em vista o pequeno percentual de reumatologistas respondedores. Uma maior participação dos médicos neste tipo de estudos poderia gerar importantes dados para tomadas de decisões junto aos gestores de saúde, tanto das sociedades médicas, quanto do sistema público de saúde.

ANEXOS: CENÁRIOS CLÍNICOS

CENÁRIO 1: ARTRITE REUMATÓIDE

Paciente do sexo feminino, 36 anos, com quadro de poliartrite simétrica, aditiva, iniciado há cerca de oito meses e com rigidez matinal de aproximadamente 45 minutos. O exame musculoesquelético mostra edema, calor e dor na movimentação dos cotovelos, punhos, IFPs, MCFs, joelhos, tornozelos; discreta atrofia dos interósseos das mãos. Os exames solicitados revelam: anemia normocítica e normocrômica discreta (Ht=34%; Hb=11,0g/dl); VHS de 68mm (1ª hora); Fator Reumatóide positivo (Látex 1:160); albumina = 3,2g/dl; gamaglobulina = 2,2g/dl; FAN = não-reagente.

Com os dados acima, você faz o diagnóstico de Artrite Reumatóide.

1. Marque nas duas tabelas, qual(is) droga(s) e doses que você escolheria para iniciar o tratamento:

Antiinflamatórios	Marcar com X	Dose inicial
AINH: Opção 1: _____ Opção 2: _____		
Prednisona/prednisolona		
Deflazacorte		
Dexametasona		
Triancinolona		
Droga modificadora da doença	Marcar com X	Dose inicial
Sulfassalazina		
Cloroquina		
Metotrexato		
Sais de ouro		
Penicilamina		
Leflunomide		
Infliximabe		
Etarnecepte		
Ciclosporina		
Azatioprina		

2. Se você optou por usar corticóide em doses baixas e pretende mantê-lo por, pelo menos, três meses, que recomendações você faria à paciente para a prevenção da osteoporose induzida pelo corticóide? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. O risco para o desenvolvimento de osteoporose com dose pequena e por pouco tempo não existe, portanto, não requer conduta específica ()
- B. Orientação para modificar estilos de vida considerados de risco para osteoporose, como: evitar ou parar de fumar, reduzir consumo de álcool, realizar exercícios físicos ()
- C. Iniciar suplementação de cálcio ()
- D. Iniciar suplementação com vitamina D ()
- E. Iniciar bisfosfonato ()
- F. Realizar densitometria óssea e iniciar bisfosfonatos apenas se T-score abaixo de -1 ()

3. Quanto tempo após o início do tratamento você solicita que a paciente retorne ao seu consultório para uma primeira avaliação?

- A. Duas semanas ()
- B. Quatro semanas ()
- C. Oito semanas ()
- D. Doze semanas ()
- E. Dezesseis semanas ()

4. Que exames você solicita que o paciente realize e apresente nesta primeira avaliação após iniciado o tratamento? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Hemograma completo ()
- B. VHS ()
- C. Proteína C reativa ()
- D. Mucoproteína ()
- E. Transaminases ()
- F. Fator Reumatóide ()
- G. Eletroforese de proteínas ()
- H. Sumário de urina ()
- I. Creatinina ()
- J. Outros: _____

5. Que critérios você utiliza na sua prática clínica para avaliar se houve resposta terapêutica? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Número de articulações edemaciadas ()
- B. Número de articulações doloridas ()
- C. VHS ()
- D. Valores do hematócrito e hemoglobina ()
- E. Fator Reumatóide ()

- F. Medida da dor ()
- G. Avaliação geral do paciente ()
- H. Avaliação geral do médico ()
- I. ACR 20% ()
- J. *Disease Activity Score* (DAS) ()
- L. *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) ()

6. Numa escala de 0 a 100%, o quanto de resposta clínica (baseado nos critérios marcados por você acima) você consideraria minimamente e clinicamente significativa para não alterar a conduta terapêutica?

- A. 20% ()
- B. 30% ()
- C. 40% ()
- D. 50% ()
- E. 60% ()
- F. 70% ()
- G. 80% ()

7. Supondo que a paciente do cenário 1, retornou ao seu consultório quatro meses após a primeira consulta ainda em atividade da doença, fazendo uso regularmente do esquema proposto por você. O que você faria? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Trocaria de AINH ()
- B. Aumentaria a dose do corticóide ()
- C. Aumentaria a dose da droga modificadora da doença ()
- D. Associaria outra droga modificadora da doença ()
Qual? _____
- E. Trocaria a droga modificadora da doença ()
Qual? _____
- F. Aguardaria mais algumas semanas antes de mudar conduta ()

CENÁRIO 2: LES

Paciente de 23 anos, sexo feminino, apresentando quadro iniciado há seis meses de poliartrite de pequenas e grandes articulações de caráter migratório, fotossensibilidade, queda de cabelos, febre episódica, astenia. Os exames revelaram: anemia leve normocítica normocrômica; leucócitos=2.800/mm³; linfócitos=850/mm³; plaquetas=160.000/mm³; VHS=68mm (1^a hora); FAN=reagente, padrão periférico 1:1280; Anti-DNA nativo (imunofluorescência)=reagente 1:80; Sumário de urina=normal.

1. Que conduta você orientaria para a paciente? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Iniciar AINH ()
- B. Introduzir cloroquina ()
Qual? _____ Dose/dia: _____
- C. Orientar fotoproteção ()
- D. Iniciar corticóide oral ()
Qual? _____ Dose/dia: _____
- E. Iniciar pulsoterapia de corticóide ()
- F. Iniciar azatioprina ()
- G. Iniciar metotrexato ()
- H. Iniciar suplementação de cálcio ()
Dose/dia: _____
- I. Iniciar vitamina D ()
Qual? _____ Dose/dia: _____

2. Caso você tenha introduzido corticóide, com quanto tempo após você inicia o esquema de redução da droga?

- A. Duas a quatro semanas ()
- B. Quatro a seis semanas ()
- C. Seis a oito semanas ()
- D. Oito a dez semanas ()
- E. Dez a doze semanas ()

3. Após seis meses de acompanhamento, a paciente apresenta um exame de urina com presença de proteinúria (1800mg na urina de 24 horas), hematuria (10 hemácias /campo) e cilindros hialinos e hemáticos; creatinina, uréia e clearance de creatinina: normais; anti-DNA nativo: reagente 1:160; albumina=3,6g/dl; C3 e C4 reduzidos. A pressão arterial é normal (120X80mmHg). Qual seria sua conduta? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Prednisona em doses de 1 mg/Kg/dia ()
- B. Prednisona em doses de 1 a 2 mg/Kg/dia ()
- C. Pulsoterapia de corticóide ()
- D. Azatioprina ()
- E. Pulsoterapia de ciclofosfamida ()
- F. Ciclofosfamida oral ()
- G. Micofenolato mofetil ()

Você indicaria biópsia renal neste momento?

Sim () Não ()

4. A paciente retorna dois meses após a última consulta com pressão arterial de 140X100mmHg; creatinina=2,3mg/dl; albumina=3,0g/dl; uréia=112; proteinúria de 24 horas=2.600mg; VHS=98mm (1^a hora); C3 e C4 reduzidos. Qual seria sua conduta agora?

(Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Prednisona em doses de 1 mg/Kg/dia ()
- B. Prednisona em doses de 1 a 2 mg/Kg/dia ()
- C. Pulsoterapia de corticóide ()
- D. Azatioprina ()
- E. Pulsoterapia de ciclofosfamida ()
- F. Ciclofosfamida oral ()
- G. Micofenolato mofetil ()

Você indicaria biópsia renal neste momento?

Sim () Não ()

5. Em que situações você recomenda biópsia renal num paciente com nefrite lúpica? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Todo paciente apresentando qualquer manifestação clínica de nefrite ()
- B. Proteinúria de 24 horas acima de 1 g ()
- C. Diminuição progressiva da função renal e sedimento urinário ativo ()
- D. Situações onde os dados clínicos e laboratoriais são compatíveis com diferentes classes de nefrite ()
- E. Paciente em tratamento com melhora clínica das manifestações renais com persistência da proteinúria em níveis não-nefrótico ()
- F. Paciente tratado parcialmente ou com resposta incompleta com objetivo de redirecionar terapêutica ()
- G. Em nenhuma das situações acima ()

6. Supondo que o tipo da nefrite é proliferativa difusa e que foi indicada pulsoterapia de ciclofosfamida, qual é o esquema terapêutico que você recomendaria?

- A. Doses mensais por 6 meses, seguido por doses trimestrais até completar 12 meses de tratamento ()
- B. Doses mensais por 6 meses, seguido por doses trimestrais até completar 18-24 meses de tratamento ()
- C. Doses mensais por 6 meses, seguido por doses bimestrais por mais 6 meses, depois, doses trimestrais por mais 6-12 meses ()
- D. Apenas 6 doses mensais ()
- E. Duas a 6 doses mensais, seguido por azatioprina ()
- F. Nenhum dos esquemas acima ()

7. Com o objetivo de se diminuir o risco de cistite hemorrágica associada a pulsoterapia de ciclofosfamida, qual o procedimento adotado por você na grande maioria das vezes? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Hidratação venosa vigorosa ()

- B. Orientação para não ficar muito tempo sem urinar ()
- C. Administração de diuréticos ()
- D. Uso de N-acetilcisteína ()
- E. Uso de MESNA ()
- F. Nenhuma das opções acima ()

8. No acompanhamento de pacientes com diagnóstico de LES, você utiliza frequentemente algum índice para avaliar atividade da doença?

- A. LACC ()
- B. SLEDAI ()
- C. BILAG ()
- D. SLAM ()
- E. Outro () Qual? _____
- F. Avaliação clínica ()

CENÁRIO 3: LOMBALGIA AGUDA

Paciente do sexo feminino, 54 anos, professora universitária, sedentária, apresenta-se com quadro de lombalgia iniciada há sete dias, após caminhar mais de uma hora no final de semana em terreno não-plano. Fez uso de paracetamol e gelo local sem melhora. O exame físico é normal, exceto por aumento discreto da lordose lombar fisiológica. Exame neurológico normal.

1. Que exame (s) você solicitaria nesta primeira consulta?

- A. Raio X de coluna lombar ()
- B. Tomografia computadorizada da coluna lombar ()
- C. Ressonância Magnética da coluna lombar ()
- D. Eletroneuromiografia ()
- E. Cintilografia óssea ()
- F. Nenhum exame ()
- G. Outro: _____

2. Que conduta você tomaria nesta primeira abordagem? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Recomendaria repouso no leito ()
- B. Orientaria se manter em atividade física habitual ()
- C. Prescreveria AINH ()
- D. Prescreveria analgésico opióide ()
- E. Prescreveria relaxante muscular ()
- F. Prescreveria corticóide oral ()
- G. Prescreveria corticóide+complexo B injetável ()
- H. Orientaria acupuntura ()
- I. Orientaria fisioterapia ()
- J. Orientaria TENS ()
- L. Tração lombar ()

- M. *Back school* ()
- N. Amitriptilina ()
- O. Outra conduta: _____

CENÁRIO 4: LOMBALGIA CRÔNICA

Paciente de 58 anos, sexo masculino, história de dor lombar sem irradiação há mais de quatro meses, caráter mecânico, já tendo feito uso de analgésicos comuns, relaxantes musculares, AINHs seletivos e não-seletivos da Cox-2, fisioterapia. O raio X de coluna lombo-sacra realizado há três meses revelou uma espondilolistese grau 1 e sinais de discoartrose ao nível de L5-S1.

1. Que exame(s) você solicitaria nesta consulta?

- A. Repetiria raio X de coluna lombar ()
- B. Tomografia computadorizada da coluna lombar ()
- C. Ressonância Magnética da coluna lombar ()
- D. Eletroneuromiografia ()
- E. Cintilografia óssea ()
- F. Densitometria óssea ()
- G. Nenhum exame ()
- H. Outro: _____

2. Que conduta você tomaria com este paciente? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Recomendaria repouso no leito ()
- B. Orientaria manter a atividade física habitual ()
- C. Recomendaria exercícios físicos ()
- D. Recomendaria Reeducação Postural Geral (RPG) ()
- E. Prescreveria AINH não-seletivo da Cox-2 ()
- F. Prescreveria AINH seletivo da Cox-2 ()
- G. Prescreveria analgésico opióide ()
- H. Prescreveria relaxante muscular ()
- I. Prescreveria corticóide oral ()
- J. Prescreveria corticóide+complexo B injetável ()
- L. Orientaria acupuntura ()
- M. Orientaria fisioterapia ()
- N. Orientaria TENS ()
- O. Tração lombar ()
- P. *Back school* ()
- Q. Amitriptilina ()
- R. Fisioterapia ()
- S. Tração da coluna ()
- T. Outra conduta: _____

CENÁRIOS 5, 6 E 7: OSTEOARTRITE

Cenário 5 - Paciente masculino, com 60 anos, tem osteoartrite no joelho direito há dez anos, história de úlcera péptica

duodenal, sedentário, obeso. Tratou as dores articulares com analgésicos comuns, esporadicamente. Apresenta-se com dor leve e discreta incapacidade funcional para atividades da vida diária. Joelho direito com derrame articular discreto, aumento de volume de partes moles moderado, crepitações grosseiras, sem limitação de movimentos.

1. Qual sua conduta? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Reabilitação (analgesia, conservação de energia, fortalecimento de quadríceps, proteção articular) ()
- B. Acetaminofen até 2 g/dia inicialmente, aumentando para 4 g/dia se necessário ()
- C. AINH não-seletivo da COX-2 ()
- D. Protetor gástrico () Qual? _____
- E. AINH seletivo da COX-2 ()
- F. Orientação para perder peso ()
- G. Orientação para não fazer qualquer atividade aeróbica para não sobrecarregar joelho ()
- H. Aspiração e infiltração do joelho com hexacetonide triancinolona ()
- I. Orientar acupuntura ()
- J. Corticóide oral ()

Cenário 6 - Paciente com 67 anos de idade, sexo feminino, osteoartrite de joelhos há sete anos, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva. Usou sistematicamente: acetaminofen, AINHs não-seletivos e seletivos da COX-2, capsaicina tópica, reabilitação, e ainda persiste com dor importante nos joelhos, pior à esquerda, com limitações significativas para atividades da vida diária. Apresenta-se com joelhos aumentados de volume, pior à esquerda, com derrame articular significativo, dor importante, limitação da flexão aos 45 graus à esquerda.

1. Qual seria sua proposta terapêutica? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Punção articular com esvaziamento, injeção de hexacetonide de triancinolona ()
- B. AINH seletivo da COX-2 ()
- C. Reabilitação (analgesia, conservação de energia, fortalecimento de quadríceps, proteção articular) ()
- D. Artrocentese com esvaziamento, injeção de ácido hialurônico ()
- E. Artrocentese com esvaziamento e injeção de metilprednisolona ()
- F. Opiáceos ()
- G. Protetor de mucosa gástrica ()

Cenário 7 - Paciente com 68 anos de idade, sexo feminino, osteoartrite de quadris há oito anos, obesa, com hipertensão arterial. Usou analgésicos (ácido acetilsalicílico e acetaminofen), AINHs seletivos da COX-2 e fez reabilitação sistematicamente, sem melhora. Queixa-se de limitações importantes para atividades da vida diária e atividade sexual, com piora gradativa nos últimos dez meses. Apresenta-se com dor importante à rotação interna e externa dos quadris, pior à direita, com limitação de 60% dos movimentos neste lado.

1. Qual seria sua proposta terapêutica? (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Reabilitação ()
- B. Opióides ()
- C. AINH seletivo da COX-2 ()
- D. Considerar prótese de quadril ()
- E. Infiltração com hexacetonide triancinolona ()
- F. Orientação para perder peso ()

CENÁRIOS 8 E 9: SÍNDROME DO IMPACTO

Cenário 8 - Paciente do sexo masculino, 25 anos, praticante de voleibol, com história de dor no ombro direito, iniciada há seis meses, principalmente após manobras de elevação do membro superior e atualmente lhe incomoda também à noite. A elevação passiva, com o cotovelo em extensão e fazendo pronação do antebraço desencadeia dor (manobra de Neer). A ultra-sonografia do ombro revela espessamento do tendão supra-espinhal com sinais de ruptura parcial do mesmo. Com os dados acima fazemos o diagnóstico de “síndrome do impacto”.

1. Marque nas duas tabelas, qual a opção(ões) terapêutica(s) e doses que você escolheria para iniciar o tratamento (Você pode marcar mais de uma opção):

Antiinflamatórios	Marcar com X	Dose inicial
AINH: Opção 1: _____ Opção 2: _____		_____
Prednisona/prednisolona		
Infiltração com corticosteróides		
Fisioterapia		
Cirurgia		

2. Se você optou por iniciar o tratamento com infiltração com corticosteróides, em quanto tempo você repete o procedimento?

- A. Duas semanas ()
- B. Quatro semanas ()
- C. Oito semanas ()
- D. Doze semanas ()
- E. Não repete o procedimento ()

3. Se você optou por iniciar fisioterapia, neste caso o que você orientaria (Você pode marcar mais de uma opção):

- A. Repouso em posição anatômica ()
- B. Crioterapia ()
- C. Termoterapia ()
- D. Exercícios para fortalecimento muscular do manguito rotador ()

4. Em relação à fisioterapia, quanto tempo você esperaria para alterar sua conduta terapêutica?

- A. Duas semanas ()
- B. Quatro semanas ()
- C. Oito semanas ()
- D. Doze semanas ()

Cenário 9 - Paciente do sexo feminino, 48 anos, do lar, com história de dor no ombro direito, iniciada há cerca de três meses, de forma quase constante e perda da força de elevação do membro superior. Ao exame apresenta dor, crepitação e impotência funcional importante aos movimentos ativos do ombro direito. A ultra-sonografia do ombro direito revela espessamento da bursa subacromial e do tendão supra-espinhal com sinais de ruptura do mesmo. Com os dados acima também fazemos o diagnóstico de “síndrome do impacto”.

1. Marque nas duas tabelas, qual a opção(ões) terapêutica(s) e doses que você escolheria para iniciar o tratamento (Você pode marcar mais de uma opção):

Antiinflamatórios	Marcar com X	Dose inicial
AINH: Opção 1: _____ Opção 2: _____		_____
Prednisona/prednisolona		
Infiltração com corticosteróides		
Fisioterapia		
Cirurgia		

2- Se esta paciente tivesse mais de 65 anos qual seria sua proposta terapêutica? (Você pode marcar mais de uma opção):

A. AINH seletivo da COX-2 ()

B. AINH não-seletivo da COX-2 ()

C. Corticosteróides via oral em cascata ()

D. Infiltração com corticosteróides ()

E. Cinesioterapia para fortalecimento dos rotadores do ombro ()

F. Cirurgia ()

G. Acupuntura ()

REFERÊNCIAS

1. Tamblyn R, Berkson L, Dauphinee WD, Gayton D, Grad R, Huang A, Isaac L, McLeod P, Snell L: Unnecessary prescribing of NSAIDs and the management of NSAID-related gastropathy in medical practice. *Ann Intern Med* 127: 429-38, 1997.
2. Antonov KI, Isacson DG: Prescription and nonprescription analgesic use in Sweden. *Ann Pharmacother* 32; 485-94, 1998.
3. Hochberg MC, Silman A, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH: Treatment of constitutional symptoms, skin, joint, serositis, cardiopulmonary, hematologic and central nervous system manifestations. *Rheumatology*, 3rd ed, Elsevier Mosby, Edinburgh, London, p.1395-1404, 2003.
4. St Clair EW, van der Heijde DM, Smolen JS, Maini RN et al: Active-Controlled Study of Patients Receiving Infliximab for the Treatment of Rheumatoid Arthritis of Early Onset Study Group. Combination of infliximab and methotrexate therapy for early rheumatoid arthritis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 50: 3432-43, 2004.
5. Genovese MC, Bathon JM, Martin RW et al. Etanercept versus methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis: two-years radiographic and clinical outcomes. *Arthritis Rheum* 46: 1443-50, 2002.
6. Homik J, Suarez-Almazor ME, Shea B, Cranney A, Wells G, Tugwell P: Calcium and vitamin D for corticosteroids-induced osteoporosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, 2005.
7. Sambrook PN, Diamond T, Ferris L, Fiatarone-Singh M, Flicker L, MacLennan A, Nowson C, O'Neill S, Greville H; Osteoporosis Australia; National Asthma Campaign. Corticosteroid induced osteoporosis. Guidelines for treatment. *Aust Fam Physician* 30: 793-6, 2001.
8. Roddy E, Zhang W, Doherty M. Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. *Ann Rheum Dis* 64: 544-8, 2005.