



DR. VICTOR BERÇOT
REUMATOLOGISTA

CARDIOLOGIA & REUMATOLOGIA

A CONEXÃO SILENCIOSA



O que toda pessoa com doença reumática
precisa saber sobre o coração



BASEADO EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Uma mensagem antes de começar

Se você, alguém que você ama ou alguém que você cuida tem uma doença reumática — artrite reumatoide, lúpus, psoríase, gota, esclerose sistêmica ou outra condição parecida — este livro foi feito pensando em vocês.

Por muito tempo, as doenças reumáticas foram tratadas como problemas "das juntas". Hoje, a ciência mostra algo muito importante: **a mesma inflamação que machuca as articulações também machuca as artérias e o coração**. Isso significa que cuidar bem de uma doença reumática é, também, cuidar da saúde do seu coração.

Este guia foi escrito em duas camadas. O texto principal é para todos: usa linguagem simples, exemplos do dia a dia e evita o excesso de jargão. Junto, você vai encontrar **caixas azuis** com os dados científicos — números, estatísticas e fontes — para quem quer aprofundar ou para que você mostre ao seu médico se tiver dúvidas.

Não é um livro para deixar na estante. É para ler aos poucos, consultar nas consultas e, principalmente, levar perguntas para a sua equipe de saúde. Conhecimento também protege o coração.

***“ A inflamação que destrói articulações também fere artérias.
Controlar a doença reumática é cuidar do coração. ”***

Sumário

Uma mensagem antes de começar	2
Parte I Por que o coração entra na conversa	
A inflamação como elo comum	6
O tamanho do problema em números	8
Por que os exames "normais" podem enganar	10
Parte II As principais doenças e o coração	
Artrite reumatoide	13
Lúpus eritematoso sistêmico	16
Esclerose sistêmica	18
Espondiloartrites (espondilite e psoriática)	20
Gota	22
Vasculites (Takayasu, células gigantes, Behçet)	24
Síndrome antifosfolípide	26
Síndrome de Sjögren	28
Miopatias inflamatórias e sarcoidose	29
Fibromialgia, osteoartrite e osteoporose	30
Parte III Grupos especiais	
Crianças e adolescentes	32
Mulheres em idade reprodutiva e gestação	34
Idosos	36
Parte IV Medicamentos: o que protege, o que preocupa	
Remédios que protegem o coração	38
Remédios que pedem atenção redobrada	40
Parte V O que você pode fazer	

Alimentação: a dieta mediterrânea	42
Exercício físico	44
Vacinação, sono, boca e mente	46

Parte VI Rastreamento: quais exames fazer

Perguntas para levar ao médico	48
Glossário e leituras sugeridas	50

Os números de página são aproximados e dependem da configuração de leitura. Use o sumário como guia de temas.

PARTE I

Por que o coração entra na conversa

Imagine que a sua doença reumática e o seu coração conversam entre si, mesmo que você não perceba. Essa conversa acontece através da **inflamação** — um processo que, quando crônico, silenciosamente endurece as artérias e abre caminho para problemas cardiovasculares.

Nesta primeira parte, vamos entender por que essa conexão existe, qual é o tamanho do problema e por que muitos dos exames habituais de risco cardiovascular não capturam bem essa realidade em pacientes reumáticos.



Citocinas (TNF- α , IL-6), autoanticorpos e estresse oxidativo afetam os vasos

1. A inflamação como elo comum

Quando você machuca um dedo, a região fica vermelha, quente e inchada. Isso é a inflamação aguda: uma resposta útil do corpo para curar a lesão. Mas, em doenças reumáticas, a inflamação **não desliga**. Ela continua acesa, mesmo em níveis mais baixos, mês após mês, ano após ano. É a chamada inflamação crônica.

Essa inflamação persistente não fica apenas nas articulações. Ela circula pelo sangue e chega às artérias, onde:

- **Machuca a camada interna dos vasos** (o endotélio), tornando-os menos flexíveis;
- **Acelera a formação de placas de gordura** (a famosa aterosclerose);
- **Deixa as plaquetas mais "grudentas"**, aumentando o risco de coágulos;
- **Altera o colesterol "bom" (HDL)**, que perde parte de sua função protetora.

Para quem gosta do nome dos mensageiros

A inflamação crônica é sustentada por **citocinas pró-inflamatórias** como TNF- α , IL-1 β , IL-6 e IL-17. Essas moléculas promovem aterogênese, disfunção endotelial e estresse oxidativo. Autoanticorpos (anti-proteínas citrulinadas, antifosfolípidos, anti-células endoteliais) amplificam o dano vascular. O resultado é aterosclerose acelerada — independentemente dos fatores de risco clássicos. (Ref.: *Lancet*, 2022; *JACC*, 2023)

O paradoxo do colesterol

Aqui está algo curioso: em pessoas com artrite reumatoide em atividade, o colesterol total pode parecer **baixo**, o que normalmente seria bom. Só que o risco cardiovascular dessas pessoas, mesmo com colesterol baixo, é alto. Isso acontece porque a inflamação "suga" o colesterol e também **muda a qualidade** do HDL (o colesterol "bom"), deixando-o disfuncional.

Quando o tratamento controla a inflamação, o colesterol pode até subir um pouco — e isso não significa que o risco piorou. Pelo contrário: é um sinal de que o corpo voltou a funcionar de forma mais saudável. Por isso, interpretar os exames de lipídios em reumáticos exige um olhar treinado.

Na prática

Se seu médico pediu um perfil lipídico e a doença reumática estava ativa (com dor, inchaço, exames de inflamação altos), vale repetir o exame quando a doença estiver controlada. Os valores podem mudar — e a conduta também.

2. O tamanho do problema em números

Um dos estudos mais importantes sobre o tema acompanhou **22 milhões de pessoas** no Reino Unido e mostrou que quem tem uma doença autoimune apresenta risco cardiovascular 40% a 260% maior do que a população geral — um patamar parecido com o de quem tem diabetes tipo 2. E o dado mais impressionante: quanto mais jovem a pessoa, maior é o impacto relativo da doença no coração.

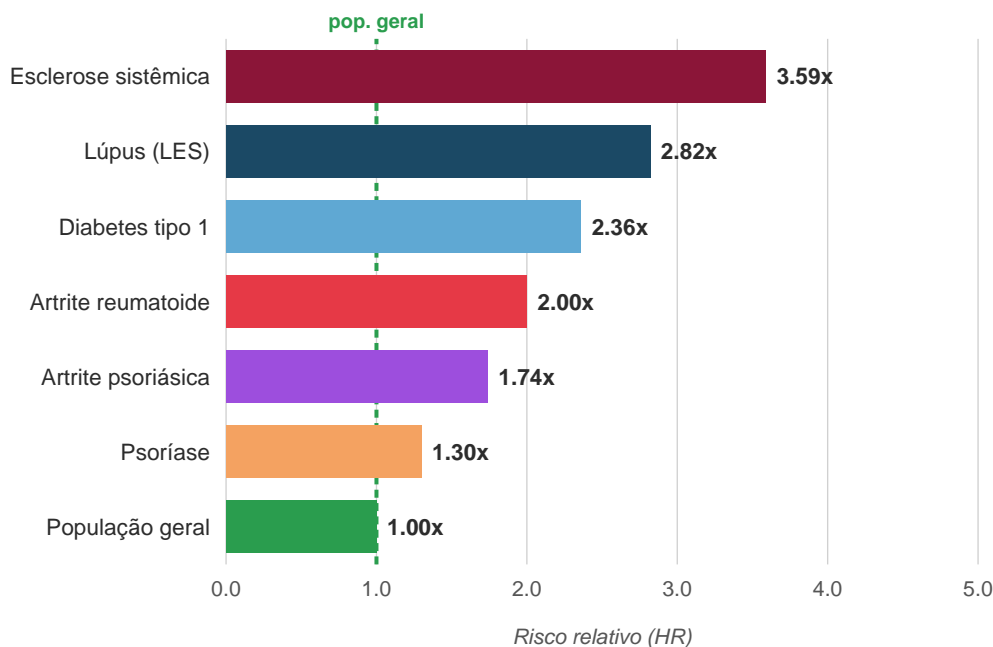


Risco relativo de doença cardiovascular em comparação com quem não tem a doença reumática. Fonte: Lancet, 2022.

E em mulheres jovens com lúpus?

Entre mulheres de 35 a 44 anos com lúpus, o risco de infarto é **mais de 50 vezes maior** do que em mulheres da mesma idade sem lúpus. Isso é impressionante porque, nessa faixa etária, infarto é raro — e, quando acontece nessa população, quase sempre pega a pessoa (e os médicos) de surpresa.

Quanto maior o risco de doença cardiovascular nas principais doenças reumáticas



Efeito cumulativo de múltiplas doenças autoimunes

Ter **mais de uma** doença autoimune multiplica o risco: 1 doença: HR 1,41 · 2 doenças: HR 2,63 · ≥3 doenças: HR 3,79. Pacientes com <45 anos têm o maior risco relativo de DCV (HR 2,33). (Ref.: Conrad N et al., Lancet, 2022; 22 milhões de indivíduos UK)

3. Por que os exames "normais" podem enganar

Quando um cardiologista avalia o risco de alguém ter um infarto nos próximos 10 anos, ele costuma usar uma **calculadora de risco** (como a do Framingham ou a da Sociedade Europeia de Cardiologia). Essas ferramentas consideram idade, sexo, pressão, colesterol, glicemia, tabagismo — tudo muito importante.

O problema? Essas calculadoras foram desenhadas para a população geral. Elas **não incluem a inflamação crônica** das doenças reumáticas. Por isso, elas sistematicamente **subestimam** o risco real de quem tem artrite reumatoide, lúpus, psoríase e outras condições parecidas.

“ Um exame "normal" em alguém com inflamação crônica pode esconder um risco real que o número não consegue mostrar. ”

O que as sociedades médicas recomendam

Diante dessa limitação, as principais entidades médicas internacionais propuseram ajustes:

Entidade	Recomendação principal
EULAR (Europa, reumatologia)	Multiplicar o escore de risco cardiovascular por 1,5 em pacientes com artrite reumatoide.
ACC/AHA (EUA, cardiologia)	Considerar doenças inflamatórias crônicas como fatores potencializadores de risco — ou seja, motivo a mais para tratar.
EULAR 2024 + ACR	Avaliar risco cardiovascular pelo menos a cada 5 anos em pacientes com artrite inflamatória — e reavaliar após mudanças de tratamento.

Exames que ajudam a enxergar o risco "invisível"

Além dos exames tradicionais, alguns outros podem ser úteis para pacientes reumáticos com dúvida sobre o risco cardiovascular:

- **Ultrassom das carótidas:** Mostra se já existem placas ou espessamento nas artérias do pescoço. É rápido, sem radiação.
- **Escore de cálcio coronariano:** Tomografia de baixa dose que quantifica o "calcário" nas artérias do coração. Valor alto = alerta antecipado.
- **Ecocardiograma:** Avalia o funcionamento do coração e suas válvulas. Importante em esclerose sistêmica, lúpus e espondilite.
- **PCR de alta sensibilidade:** Marcador de inflamação no sangue. Níveis >3 mg/L indicam risco cardiovascular maior.

A conversa certa com o seu médico

Leve esta pergunta simples à próxima consulta: *"Com a minha doença reumática, meu risco cardiovascular está bem avaliado? Precisamos ajustar algum exame ou tratamento?"*

PARTE II

As principais doenças e o coração

Cada doença reumática tem uma "conversa" diferente com o coração. Algumas afetam principalmente as artérias (aterosclerose acelerada), outras o pericárdio, as válvulas, o sistema elétrico ou o próprio músculo cardíaco. Nesta parte, você vai encontrar um capítulo curto para as doenças mais comuns, sempre com:

- **O que é** a doença, em linguagem simples;
- **O que o coração tem a ver** com ela;
- **Quem corre mais risco** dentro do grupo;
- **O que fazer** — na prática, o que o paciente precisa saber.

“ O nome da doença muda, mas a mensagem é a mesma: inflamação crônica exige cuidado cardiovascular próximo. ”

Artrite reumatoide (AR)

A artrite reumatoide é a doença reumática autoimune mais comum em adultos. Afeta, sobretudo, articulações pequenas (mãos e pés), causando dor, inchaço e rigidez pela manhã. Com o tempo, pode afetar também pulmões, olhos e vasos sanguíneos.

O que o coração tem a ver

Pessoas com AR têm risco cardiovascular **1,5 a 2 vezes maior** do que a população geral — um patamar comparável ao do diabetes. A mortalidade cardiovascular na AR é cerca de 32% de todas as causas de morte, e a expectativa de vida mediana é reduzida em 6 a 7 anos.

Os principais problemas cardíacos são: **infarto e AVC** (por aterosclerose acelerada), **insuficiência cardíaca** (pelo músculo inflamado) e **pericardite** (inflamação da bolsa que envolve o coração). Mesmo pessoas com AR bem controlada têm risco residual maior — por isso, o rastreamento cardiovascular é fundamental.

Quem corre mais risco

- Doença ativa (dor, inchaço, exames inflamatórios elevados) por tempo prolongado;
- Presença de fator reumatoide e anti-CCP positivos;
- Manifestações fora das articulações (nódulos, vasculite, doença pulmonar);
- Uso prolongado de corticoide em doses acima de 5 mg/dia;
- Mulheres jovens (o risco relativo é particularmente alto);
- Fumantes — o cigarro amplifica o risco e reduz a resposta ao tratamento.

O paradoxo lipídico na AR

Em AR ativa, os níveis de colesterol total, LDL e HDL costumam estar **reduzidos**, apesar do risco cardiovascular aumentado. A inflamação acelera o catabolismo do colesterol e torna o HDL disfuncional. Quando o tratamento controla a inflamação, os lipídios sobem — isso representa normalização, não piora. Para avaliar adequadamente o perfil lipídico, peça o exame em período de doença estável. (McInnes IB, Schett G, *Lancet*, 2017)

O que fazer na prática

1. Controlar a AR o mais rápido possível, buscando remissão ou baixa atividade. **2.** Não fumar — o tabagismo é um dos maiores amplificadores. **3.** Medir pressão, colesterol e glicemia periodicamente (ao menos a cada 5 anos, ou conforme orientação). **4.** Se estiver usando corticoide, conversar com o reumatologista sobre a menor dose possível. **5.** Fazer atividade física regular: reduz a inflamação e a rigidez arterial.

Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

O lúpus é uma doença autoimune que pode afetar praticamente qualquer órgão: pele, articulações, rins, sangue, pulmões, sistema nervoso — e, claro, o coração. É mais frequente em mulheres jovens (proporção de 9:1) e tem grande variação entre indivíduos e grupos étnicos.

O que o coração tem a ver

O LES é provavelmente a doença reumática com maior impacto cardiovascular precoce. Mulheres jovens com lúpus têm chance **até 50 vezes maior** de infarto do miocárdio em comparação com mulheres da mesma idade sem lúpus. A doença cardíaca isquêmica é a principal causa de morte no LES.

Além da aterosclerose acelerada, o lúpus pode causar:

- **Pericardite** (até 25% dos pacientes) — inflamação da bolsa do coração;
- **Miocardite** (3-15%) — inflamação do próprio músculo cardíaco;
- **Endocardite de Libman-Sacks** — vegetações nas válvulas, especialmente se houver síndrome antifosfolípide associada;
- **Nefrite lúpica**, que pode levar à hipertensão difícil de controlar.

Quem corre mais risco dentro do LES

- Presença de **anticorpos antifosfolípidos** (triplica o risco de eventos valvares);
- Nefrite lúpica ativa ou dano renal estabelecido;
- Uso prolongado de corticoide, especialmente em doses altas;
- Pacientes negras e hispânicas — têm risco 3-4x maior do que asiáticas;
- Idade jovem ao diagnóstico e doença de longa duração;
- Hipertensão e dislipidemia não controladas.

Metas que costumam ser mais rigorosas no LES

• **Pressão arterial:** <130/80 mmHg (especialmente se nefrite ou proteinúria). • **LDL-colesterol:** considerar estatina se >100 mg/dL em pacientes com outros fatores de risco. • **Hidroxicloroquina:** recomendada para praticamente todos os pacientes (tem efeito antitrombótico e reduz "flares"). (Hoi A et al., *Lancet*, 2024)

O que fazer na prática

1. Tomar a hidroxicloroquina regularmente, salvo contraindicação. **2.** Controlar rigorosamente a pressão arterial — *a cada consulta*. **3.** Pedir ao médico para testar anticorpos antifosfolípidos. **4.** Não fumar. **5.** Proteger-se do sol (a exposição pode disparar "flares" que aumentam a inflamação sistêmica). **6.** Considerar escore de cálcio coronariano em avaliações de risco intermediário.

Esclerose sistêmica (esclerodermia)

A esclerose sistêmica endurece a pele e pode também afetar pulmões, coração, rins e trato digestivo. É menos comum que AR e lúpus, mas tem o **maior risco cardiovascular relativo** entre as doenças autoimunes sistêmicas (risco cerca de 3,6x maior que a população geral).

O que o coração tem a ver

Na esclerose sistêmica, o coração pode ser afetado por vários mecanismos:

- **Fibrose miocárdica:** cicatrizes no músculo cardíaco causadas por pequenos episódios repetidos de isquemia microvascular (um "fenômeno de Raynaud" que acontece dentro do coração);
- **Disfunção diastólica:** o coração fica mais rígido e tem dificuldade de relaxar;
- **Hipertensão pulmonar:** presente em até 19% dos pacientes, é uma das principais causas de mortalidade;
- **Distúrbios de condução** (bloqueios) e arritmias, que podem causar morte súbita;
- **Crise renal esclerodérmica:** emergência hipertensiva tratada com IECA (captopril, enalapril).

Rastreamento cardiopulmonar em esclerose sistêmica

A triagem anual para **hipertensão pulmonar** é recomendação Classe I das diretrizes ESC/ERS 2022. Usa-se o algoritmo **DETECT** em pacientes com doença há mais de 3 anos e DLCO <60%. Sinais vermelhos para ressonância cardíaca: troponina alta, PCR elevada, doença pulmonar intersticial, arritmias. (Humbert M et al., *Eur Respir J*, 2023; Weber BN, *JACC*, 2023)

O que fazer na prática

1. Fazer **ecocardiograma anual** para rastrear hipertensão pulmonar. **2.** Manter a temperatura das extremidades (luvas, ambientes aquecidos) — o Raynaud das mãos é um lembrete do que acontece também no coração. **3.** Cuidar da pressão com cuidado — evitar IECA profilaticamente pode ser preferível. **4.** Não suspender tratamento sem orientação.

Espondiloartrites

Espondilite anquilosante, artrite psoriásica e outras

Esse é um grupo de doenças que inflamam principalmente a coluna, os tendões e, em muitos casos, a pele (psoríase) ou o intestino. A **espondilite anquilosante** costuma causar dor lombar noturna em homens jovens, e a **artrite psoriásica** afeta pessoas com psoríase.

O que o coração tem a ver

As espondiloartrites aumentam o risco cardiovascular em 30% a 50%, e elas têm uma "assinatura" cardíaca própria:

- **Insuficiência da válvula aórtica** (regurgitação) em até 18% dos pacientes com espondilite anquilosante — pode chegar a mais da metade nos acima dos 70;
- **Bloqueios cardíacos** (no sistema elétrico) — risco 2 a 4x maior que a população geral;
- **Aterosclerose acelerada**, especialmente na artrite psoriásica associada a síndrome metabólica;
- **Fibrilação atrial** — risco aumentado.

Por que ECG e ecocardiograma são importantes

A espondilite anquilosante pode causar sintomas cardíacos sutis que passam despercebidos. Revisões sugerem que ECG e ecocardiograma fazem parte do manejo de rotina — especialmente em doença de longa duração ou com sintomas como palpitações, tontura e síncope. Homens têm risco 2-4x maior de bloqueios. (*Bengtsson K et al., Ann Rheum Dis, 2018; Klingberg E et al., Am J Med, 2015*)

Um detalhe importante: AINEs

Pacientes com espondiloartrite costumam tomar anti-inflamatórios (AINEs) com frequência. Ao contrário do que se pensa, nesse grupo específico, **o uso prolongado de AINEs não parece aumentar o risco cardiovascular** — possivelmente porque o controle da inflamação "paga o preço" desse medicamento. Ainda assim, é bom usar a menor dose necessária e preferir o naproxeno entre os mais comuns.

O que fazer na prática

1. Pedir ECG ao diagnóstico e repetir periodicamente. **2.** Fazer ecocardiograma especialmente se há doença de longa data. **3.** Na artrite psoriásica, controlar peso, colesterol e pressão — a síndrome metabólica é comum. **4.** Exercício: tem efeito excelente, inclusive na coluna. **5.** Tabagismo piora muito todos os desfechos, inclusive pulmonares.

Gota

A gota acontece quando o ácido úrico se acumula e forma cristais nas articulações, provocando crises de dor intensa (tipicamente no dedão do pé). Por muito tempo foi vista como "problema de alimentação" — hoje sabemos que é uma doença inflamatória com consequências além das juntas.

O que o coração tem a ver

Pessoas com gota têm risco cardiovascular cerca de **50% maior** que a população geral — e esse risco é ainda maior nas semanas seguintes a uma crise. Cada crise de gota é também um "susto" para as artérias: a inflamação sistêmica gerada pela crise aumenta o risco de infarto e AVC nos próximos 60 a 120 dias.

Eventos cardiovasculares após crise de gota

Em relação ao período basal, os **primeiros 60 dias após uma crise** têm risco CV quase duplicado (OR 1,93; IC 95% 1,57-2,38); 61-120 dias, OR 1,57; 121-180 dias, sem associação significativa. Para eventos fatais, OR 4,76 nos primeiros 60 dias. (*Cipolletta E et al., JAMA, 2022*)

Tratar o ácido úrico também cuida do coração

Um grande estudo publicado em 2026 (JAMA Internal Medicine) mostrou que pacientes com gota que atingiram a meta de **ácido úrico abaixo de 6 mg/dL** tiveram 9% menos eventos cardiovasculares. Quem chegou abaixo de 5 mg/dL teve **23% menos eventos**. Ou seja: baixar o ácido úrico para o alvo não é só questão de evitar crises; é cardioproteção.

O que fazer na prática

1. Se teve >1 crise ou tofos, discutir tratamento com alopurinol (meta: ácido úrico <6 mg/dL).
2. Não suspender alopurinol durante uma crise.
3. Reduzir consumo de álcool (especialmente cerveja), refrigerantes adoçados e excesso de carne vermelha/frutos do mar.
4. Perder peso se necessário.
5. Atenção redobrada ao coração nas semanas após cada crise.

Vasculites sistêmicas

Takayasu, células gigantes, Behçet e outras

Vasculite significa "inflamação dos vasos". Diferentes vasculites afetam vasos de tamanhos diferentes: grandes (aorta), médios (artérias dos órgãos) e pequenos (capilares). Nas vasculites, o coração é atingido **diretamente** — não apenas por aterosclerose, mas por inflamação das próprias artérias e válvulas.

Vasculite	Quem afeta	Principal preocupação cardíaca
Arterite de Takayasu	Mulheres jovens	Estenoses e aneurismas da aorta e grandes ramos; envolvimento coronariano em até 30%
Arterite de células gigantes	Pessoas ≥ 50 anos	Aneurisma de aorta torácica (risco 11x maior em 15 anos); envolvimento carotídeo
Poliarterite nodosa	Adultos, ambos os sexos	Vasculite coronariana em até 50% dos casos
Doença de Behçet	Jovens (Rota da Seda)	Aneurismas (inclusive da artéria pulmonar), trombose venosa; morte por ruptura
Granulomatose com poliangiite	Meia idade	Risco aumentado de doença coronariana e insuficiência cardíaca

Por que as vasculites exigem imagem vascular periódica

Diretrizes EULAR 2018 e ACC/AHA 2022 recomendam avaliação de toda a aorta com ressonância ou tomografia (podendo incluir PET-FDG) ao diagnóstico de vasculite de grandes vasos, e vigilância anual em pacientes com envolvimento aórtico em remissão. Eventos CV são mais comuns no primeiro ano após o diagnóstico, reforçando a importância do controle agressivo da inflamação. (*Dejaco C et al., Ann Rheum Dis, 2018; Isselbacher EM et al., JACC, 2022*)

O que fazer na prática

1. Seguir rigorosamente o tratamento imunossupressor prescrito — vasculite ativa é emergência cardiovascular. **2.** Realizar imagem vascular conforme orientação (TC, RM, PET). **3.** Na arterite de células gigantes, discutir com o médico o uso de AAS baixo dose. **4.** Na doença de Behçet, **não** usar apenas anticoagulante para trombose — o tratamento é imunossupressão. **5.** Cirurgia vascular, quando necessária, é preferencialmente feita fora de períodos de inflamação ativa.

Síndrome antifosfolípide (SAF)

A síndrome antifosfolípide é uma condição em que o corpo produz anticorpos que favorecem a formação de coágulos (tromboses). Pode ocorrer sozinha (SAF primária) ou associada ao lúpus. Além da tendência a trombose, pode afetar o coração diretamente.

O que o coração tem a ver

- **Tromboses venosas** (TVP, embolia pulmonar) e **arteriais** (AVC, infarto) — inclusive em jovens sem fatores de risco tradicionais;
- **Endocardite de Libman-Sacks**: vegetações nas válvulas (especialmente mitral);
- **Aterosclerose acelerada**: a SAF combina trombose + inflamação vascular;
- **CAPS (síndrome antifosfolípide catastrófica)**: emergência rara com trombose em múltiplos órgãos, mortalidade de 30-50%.

Anticoagulação na SAF: varfarina, não DOACs

Para trombose venosa: varfarina (INR 2-3). Para trombose arterial: varfarina (INR 2-3 ou 3-4). **DOACs (rivaroxabana, apixabana) não devem ser usados** em pacientes com tripla positividade de anticorpos, pois aumentam eventos arteriais (OR 5,43). AAS em baixa dose é recomendado como profilaxia primária em portadores assintomáticos de alto risco. (*EULAR 2019; Khairani CD et al., JACC, 2023*)

Quando procurar atendimento de emergência

Dor no peito nova, falta de ar súbita, fraqueza em um lado do corpo, confusão mental, inchaço e dor em uma perna só — especialmente em portadores de SAF — exigem **atendimento imediato**. Trombose na SAF é situação de emergência.

O que fazer na prática

1. Tomar a anticoagulação sempre nos horários certos — intervalos sem anticoagulação são perigosos.
2. Fazer INR com regularidade.
3. Avisar todos os médicos e dentistas sobre a condição.
4. Em gestação, seguir protocolo específico (AAS + heparina).
5. Pacientes com SAF + LES devem manter hidroxicloroquina.

Síndrome de Sjögren

Sjögren causa principalmente **olhos e boca secos** por inflamação das glândulas lacrimais e salivares. Pode ser isolada ou associada a lúpus/AR. Apesar de parecer "leve", tem impacto cardiovascular real.

Pacientes com Sjögren primária têm risco aumentado de **doença coronariana** (RR 1,34), **AVC** (RR 1,46), **insuficiência cardíaca** (OR 2,54) e **tromboembolismo venoso** (RR 1,78). Quem tem anticorpos anti-Ro/SSA positivos merece vigilância extra no ECG: esses anticorpos podem causar alterações elétricas (prolongamento do QT) e, raramente, bloqueios reversíveis.

Dica prática para Sjögren

ECG basal é razoável, especialmente se você toma múltiplos medicamentos que prolongam o QT (alguns antibióticos, antidepressivos, antiarrítmicos). Avalie periodicamente pressão, lipídios e glicemia como todos os pacientes reumáticos.

Miopatias inflamatórias

Dermatomiosite, polimiosite e miopatia necrotizante

Nessas doenças, o sistema imune ataca o músculo, causando fraqueza. O coração, que também é músculo, é vulnerável: pode haver **miocardite** (inflamação cardíaca, detectada em até 27% por ressonância), **insuficiência cardíaca** (risco em 10 anos ~7%) e **tromboembolismo venoso** muito aumentado (especialmente no primeiro ano).

Rastreamento prático em miopatias

Sinais que merecem investigação cardíaca: sintomas (dispneia, dor torácica, palpitações), troponina I elevada ou ECG anormal. A troponina T isolada pode estar elevada pelo próprio músculo esquelético; prefira dosar troponina I para avaliar coração. Se positiva: ecocardiograma e, se indicado, ressonância cardíaca. Atenção especial em quem tem sobreposição com esclerose sistêmica. (*Raaphorst J et al., Lancet Neurol, 2025*)

Sarcoidose

A sarcoidose forma pequenos acúmulos de células inflamatórias (granulomas) em vários órgãos — pulmão, pele, olhos e, em 5-10% dos casos, o coração. A sarcoidose cardíaca pode causar **bloqueios, arritmias ventriculares, insuficiência cardíaca** e, em casos mais graves, morte súbita. É doença subdiagnosticada: até 50% dos pacientes podem ter envolvimento cardíaco sem sintomas óbvios.

Sinais vermelhos para investigar sarcoidose cardíaca

- Bloqueio atrioventricular completo em pessoa <60 anos ·
- Taquicardia ventricular sem causa clara ·
- Insuficiência cardíaca sem causa conhecida, com afinamento do septo basal. Nesses casos, ressonância cardíaca e PET-CT são as melhores opções.

Fibromialgia, osteoartrite e osteoporose

Fibromialgia

A fibromialgia causa dor crônica difusa, fadiga, dificuldade para dormir e alterações de memória/concentração. Não é uma doença inflamatória "clássica", mas há dados populacionais mostrando risco cardiovascular **aumentado em 47%** para doença coronariana e 25% para AVC. Boa parte disso vem de **disfunção do sistema nervoso autônomo** e de fatores como sedentarismo, obesidade e depressão que costumam andar juntos.

Fibromialgia: o que funciona para o coração

Exercício físico (aeróbico moderado) é a intervenção com mais evidência: melhora dor, sono, humor e função autonômica. Dieta mediterrânea, cessação do tabagismo e tratamento adequado da depressão/ansiedade também beneficiam simultaneamente fibromialgia e saúde cardiovascular.

Osteoartrite (artrose)

A osteoartrite é o "desgaste" articular que afeta joelhos, quadris, mãos e coluna. Por muito tempo foi encarada como puramente mecânica — hoje se reconhece um componente inflamatório de baixo grau. Mulheres com osteoartrite, especialmente multiarticular, têm risco cardiovascular **78% maior**. Um dado importante: os escores de risco tradicionais (como o Framingham) **subestimam o risco real** nessa população.

Osteoartrite: o que ajuda os dois

Controle de peso e exercício físico são os pilares do tratamento — e também reduzem o risco cardiovascular. Pacientes com osteoartrite de joelho que se exercitam ao menos uma vez por semana não apresentam aumento significativo de risco CV. Atenção ao uso crônico de AINEs: preferir a menor dose pelo menor tempo, evitar em quem tem doença cardíaca prévia.

Osteoporose

Osteoporose é o enfraquecimento dos ossos, que aumenta o risco de fraturas. Ela também "conversa" com o coração: pessoas com baixa densidade óssea têm risco 33% maior de doença cardiovascular. Isso acontece porque osso e vaso compartilham mecanismos — inflamação, sistema RANKL/OPG, estresse oxidativo. Existe até o chamado "paradoxo da calcificação": quanto mais o cálcio sai do osso, mais ele pode se depositar nos vasos.

Escolha de medicamento para osteoporose e coração

Bisfosfonatos e denosumabe não aumentam risco CV. **Romosozumabe** (medicamento anabólico) tem alerta da FDA para infarto/AVC em pacientes com evento CV recente (último ano): deve ser **evitado nesse cenário**. Teriparatida parece neutra ou possivelmente protetora. Para pacientes com fratura por fragilidade recente, o risco CV é alto — vale avaliar pressão e lipídios.

PARTE III

Grupos especiais

Nem todas as pessoas com doença reumática carregam o mesmo risco da mesma forma. Crianças, mulheres em idade reprodutiva (especialmente durante a gestação) e idosos têm particularidades que merecem atenção dedicada. Esta parte traz orientações específicas para cada etapa da vida.

“ Quanto mais jovem a pessoa com doença reumática, maior o impacto relativo no coração — e mais cedo a prevenção deve começar. ”

Crianças e adolescentes

As doenças reumáticas pediátricas (como artrite idiopática juvenil, lúpus pediátrico, dermatomiosite juvenil e doença de Kawasaki) têm um duplo desafio: afetam o coração de formas particulares e deixam marcas que podem se manifestar na vida adulta como doença cardiovascular precoce.

Doença de Kawasaki

É a principal causa de doença cardíaca adquirida em crianças em países desenvolvidos. Sem tratamento, 25% das crianças desenvolvem **aneurismas de artérias coronárias**. Com imunoglobulina intravenosa administrada a tempo, esse risco cai para cerca de 5%. Quem teve aneurismas grandes precisa de acompanhamento cardiológico pela vida toda.

Lúpus pediátrico

Crianças com lúpus têm mais manifestações cardíacas agudas (pericardite e miocardite) que adultos — a incidência é cerca de **4 vezes maior**. Até 85% das crianças com lúpus apresentam dislipidemia, e 40% das com nefrite têm hipertensão. O início precoce significa mais anos de exposição à inflamação.

Artrite idiopática juvenil (AIJ)

Crianças com AIJ, especialmente formas sistêmicas e poliarticulares, já apresentam **aterosclerose subclínica** detectável por exames de ultrassom (espessura das artérias carótidas, função do endotélio). O risco cardiovascular de longo prazo pode superar o da artrite reumatoide adulta porque a duração da doença é maior.

Dermatomiosite juvenil

Cerca de 22% dos pacientes apresentam **disfunção diastólica** do ventrículo esquerdo, mesmo sem sintomas. Hipertensão precoce, aterosclerose e síndrome metabólica podem aparecer na adolescência e idade adulta. A atividade cutânea persistente no primeiro ano é preditor de problemas cardíacos a longo prazo.

Recomendação da American Heart Association para pediatria

Crianças com doenças inflamatórias crônicas (AIJ, doença inflamatória intestinal, LES, psoríase) devem ser rastreadas periodicamente para diabetes, obesidade, hipertensão e dislipidemia. No lúpus pediátrico, o tratamento da dislipidemia deve ser agressivo. (de Ferranti SD et al., *Circulation*, 2019)

Para pais e cuidadores

1. Estabelecer hábitos saudáveis cedo: alimentação equilibrada (estilo mediterrâneo adaptado à idade), atividade física diária, sono adequado. **2.** Não permitir tabagismo passivo. **3.** Fazer rastreamento periódico de pressão, peso e perfil lipídico. **4.** Para crianças com aneurismas coronarianos (Kawasaki), seguir rigorosamente o plano cardiológico. **5.** Transição cuidadosa do cuidado pediátrico para o adulto, com continuidade dos cuidados cardiovasculares.

Mulheres em idade reprodutiva e gestação

A maioria das doenças reumáticas é mais comum em mulheres — e muitas delas são diagnosticadas justamente na idade reprodutiva. Isso gera perguntas importantes: posso engravidar? Como meus remédios afetam a gravidez? Terei risco maior durante a gestação e no pós-parto?

Antes de engravidar: o aconselhamento

O ideal é planejar a gravidez junto com a equipe (reumatologista, obstetra, cardiologista quando necessário). Recomenda-se:

- **Remissão da doença por pelo menos 6 meses** antes de engravidar;
- **Trocar medicamentos incompatíveis:** metotrexato, micofenolato, leflunomida e inibidores de JAK devem ser suspensos antes (1-6 meses, dependendo);
- **Pesquisar anticorpos:** anti-Ro/SSA, anti-La/SSB (risco de bloqueio cardíaco fetal) e antifosfolípides (risco de aborto e trombose);
- **Avaliação cardíaca** se houver doença prévia (lúpus, esclerose, cardiopatia).

Medicamentos e gravidez: visão geral

Compatíveis com gestação	Suspender antes da gestação
Hidroxiquina (continuar!)	Metotrexato (1-3 meses antes)
Azatioprina (≤ 2 mg/kg/dia)	Micofenolato (≥ 6 semanas antes)
Sulfassalazina (+ ácido fólico)	Leflunomida (washout com colestiramina)
Colchicina	Inibidores de JAK
Ciclosporina, tacrolimus (com monitoramento)	Ciclofosfamida (salvo emergência)
Certolizumabe (anti-TNF)	Varfarina (trocar por heparina)
AAS baixa dose (profilaxia)	IECA, BRA, antialdosterona

Aborto e risco cardiovascular

História de **aborto de repetição** (principalmente após 10 semanas ou natimorto) exige investigação para síndrome antifosfolípide. Além do risco gestacional, perdas gestacionais estão associadas a maior risco cardiovascular no longo prazo — a American Heart Association reconhece desfechos adversos da gestação como oportunidade única para prevenção cardiovascular em mulheres.

SAF obstétrica: tratamento padrão

Aspirina em baixa dose + heparina (HBPM) profilática durante a gestação. Após o parto: anticoagulação profilática por 6-12 semanas. Em SAF com trombose prévia: heparina em dose terapêutica. Essa combinação aumenta em 27% a taxa de nascidos vivos comparado à aspirina isolada. (ACR 2020; EULAR 2019)

Hipertensão na gestação e pré-eclâmpsia

Pacientes com doenças autoimunes têm risco aumentado de pré-eclâmpsia. A American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda **aspirina em baixa dose (81 mg/dia) iniciada entre 12-16 semanas** para pacientes de alto risco — incluindo LES, SAF, doença renal, diabetes e hipertensão crônica. Anti-hipertensivos de primeira linha na gestação: nifedipino de liberação estendida, labetalol e metildopa.

O que fazer na prática

1. Planejar a gestação quando a doença estiver controlada.
2. Manter hidroxiquina durante toda a gestação (se já usa).
3. Iniciar AAS 81 mg/dia entre 12-16 semanas se indicado.
4. Em pacientes com anti-Ro/SSA: ecocardiografia fetal seriada entre 16-26 semanas.
5. Pós-parto é um período de alto risco cardiovascular — manter vigilância e anticoagulação profilática quando indicada.

Idosos

Com o envelhecimento da população, cada vez mais pessoas convivem com múltiplas doenças, incluindo reumáticas e cardiovasculares. O desafio nos idosos é diferente: o risco relativo da doença reumática sobre o coração costuma ser menor do que em jovens, mas o **risco absoluto** é maior, e há mais comorbidades, mais medicamentos e mais chance de interações.

Princípios do cuidado no idoso reumático

- **Tratar a doença ativamente:** a ideia de "não mexer muito porque é idoso" prejudica o paciente. Controle adequado protege o coração;
- **Minimizar corticoide:** em idosos, doses ≥ 5 mg/dia estão associadas a risco cardiovascular ainda maior;
- **Cuidado com inibidores de JAK:** contraindicações relativas em idosos ≥ 65 anos com fatores de risco CV (alerta FDA/EMA);
- **Otimizar fatores de risco tradicionais:** pressão, colesterol, glicemia, cessação do tabagismo;
- **Atenção à polifarmácia:** revisar interações (especialmente varfarina com antibióticos e alguns antifúngicos);
- **Decisão compartilhada:** em idosos frágeis, os objetivos e as metas podem ser diferentes.

DMARDs em idosos com AR: o que funciona

Metotrexato e terapia tripla oral mantêm-se eficazes e custo-efetivos. Anti-TNF reduzem eventos CV, mas são contraindicados em insuficiência cardíaca classe III-IV. Abatacept tem perfil de segurança CV particularmente favorável (HR 0,50 vs csDMARDs). Tocilizumabe apresenta alteração lipídica, mas sem aumento demonstrado de eventos CV. (Day AL, Singh JA, *Drugs & Aging*, 2019)

Arterite de células gigantes: um caso especial do idoso

Essa é a vasculite mais comum em pessoas acima de 50 anos. Causa dor de cabeça nova, dor no couro cabeludo, dor na mastigação e, em casos graves, perda de visão. Tem risco cardiovascular aumentado (aneurisma de aorta torácica 11 vezes maior em 15 anos). O tratamento com corticoide é obrigatório no início, mas a maioria dos pacientes se beneficia do tocilizumabe para reduzir a dose cumulativa.

Sintomas que não podem esperar

Em pessoas idosas com dor de cabeça nova e intensa, dor ao mastigar, perda visual súbita (mesmo temporária), febre ou emagrecimento sem causa — procure atendimento **urgente**. Arterite de células gigantes pode causar cegueira permanente se não tratada rapidamente.

Dicas práticas para idosos com doença reumática

1. Leve a lista de **todos** os medicamentos (incluindo vitaminas) em cada consulta. **2.** Anote os sintomas para não esquecer. **3.** Pergunte sobre vacinação (influenza, pneumocócica, zoster). **4.** Em caso de JAKi, pondere riscos e benefícios com o médico. **5.** Exercício físico, mesmo leve, é benéfico em qualquer idade — melhora a saúde cardíaca e reduz a rigidez articular.

PARTE IV

Medicamentos: o que protege, o que preocupa

Os remédios usados nas doenças reumáticas podem ter efeitos cardiovasculares muito diferentes — alguns **protegem** o coração, outros **preocupam**. Saber quais são os efeitos de cada grupo ajuda paciente e médico a tomarem decisões melhores juntos.

Importante: nenhum medicamento deve ser suspenso sem conversa com o médico. Muitas vezes, o maior risco está na **doença não tratada** — a inflamação não controlada é, sozinha, um dos principais fatores de risco cardiovascular na reumatologia.

“ Controlar a doença reumática já é, por si só, uma estratégia de cardioproteção. ”

Remédios que protegem o coração

Alguns medicamentos usados em doenças reumáticas reduzem o risco cardiovascular — e esse benefício vai além do controle da doença: eles têm efeitos anti-inflamatórios sistêmicos que se refletem nas artérias.

Metotrexato

É o "cavalo de batalha" do tratamento da artrite reumatoide. Além de controlar as articulações, reduz eventos cardiovasculares em cerca de **28%** (infartos, AVCs e morte). Melhora a função do endotélio, promove o efluxo de colesterol dos macrófagos e reduz a inflamação sistêmica.

Hidroxicloroquina

Usada no lúpus e, frequentemente, na AR, reduz o LDL-colesterol em 8-16 mg/dL, reduz triglicerídeos e aumenta o HDL. Também reduz incidência de diabetes (HR 0,59) e tem efeitos antitrombóticos. No lúpus, está associada a menor risco de eventos cardiovasculares e melhor prognóstico gestacional.

Um cuidado importante com a hidroxicloroquina

Em uso prolongado (geralmente >10 anos), pode causar, raramente, **cardiomiopatia**. Pacientes com insuficiência cardíaca prévia podem ter risco maior. Discuta a dose com o médico (geralmente <5 mg/kg/dia) e faça ECG periodicamente se uso prolongado.

Inibidores de TNF- α

Como adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, certolizumabe. Apesar de causarem pequenas elevações no colesterol total e triglicerídeos, estão associados a redução de **30%** em eventos cardiovasculares totais e de **25%** em infarto do miocárdio em pacientes com AR. Em pacientes psoríase/artrite psoriásica, também reduzem eventos CV significativamente.

Quando evitar anti-TNF

Insuficiência cardíaca **moderada a grave** (NYHA III-IV): os anti-TNF devem ser evitados. Em pacientes com IC leve ou sem IC, são seguros e, como vimos, protetores.

Abatacepte

Apresenta um perfil cardiovascular particularmente favorável, com redução de eventos CV mesmo em idosos. É uma opção interessante para pacientes de alto risco cardiovascular que precisam de terapia biológica.

Tocilizumabe (anti-IL-6)

Aumenta consideravelmente o LDL-colesterol (em 12-28%) — mas isso **não** se traduz em mais eventos cardiovasculares. Por quê? Porque reflete a normalização de um hipermetabolismo lipídico causado pela inflamação (o "paradoxo lipídico" se invertendo). Ainda assim, monitorar lipídios é recomendado: perfil lipídico basal, em 4-8 semanas, e depois a cada 6 meses.

Resumo dos DMARDs e seus efeitos CV

Metotrexato: reduz 28% eventos CV. **Hidroxicloroquina:** melhora lipídios e reduz diabetes. **Anti-TNF:** reduz 30% eventos CV (evitar em IC avançada). **Abatacept:** perfil CV particularmente favorável. **Tocilizumabe:** ↑ LDL, mas sem ↑ eventos CV; monitorar lipídios. **Anti-IL-17, anti-IL-23:** efeito neutro ou levemente favorável. (*Roubille C et al., Ann Rheum Dis, 2015; múltiplas meta-análises*)

Remédios que pedem atenção redobrada

Não é que esses medicamentos sejam "ruins" — muitos são essenciais em momentos específicos. O ponto é: usá-los com consciência dos riscos, pela menor dose e tempo possíveis, e com monitoramento adequado.

Corticoides (prednisona, prednisolona)

O "coringa" da reumatologia — salva vidas em crises, mas tem preço. Aumentam em **47%** os eventos cardiovasculares e o risco é dose-dependente: mesmo doses baixas (<5 mg/dia) já se associam a maior risco de fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, infarto e AVC.

Os mecanismos incluem aumento de pressão arterial, dislipidemia, resistência à insulina e obesidade central. A exposição cumulativa (dose x tempo) é o que mais importa: cada ano adicional de uso aumenta o risco.

Estratégia com corticoides

1. Usar a menor dose eficaz pelo menor tempo possível. **2.** Ter um plano de desmame sempre. **3.** Adicionar um DMARD/biológico "poupador de corticoide" quando indicado. **4.** Monitorar pressão, glicemia, lipídios e peso periodicamente. **5.** Antagonistas mineralocorticoides (espironolactona) costumam ser mais eficazes para hipertensão induzida por corticoide.

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)

Ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, celecoxibe — todos os AINEs têm potencial de aumentar o risco cardiovascular, especialmente em uso prolongado. Aumentam a pressão arterial, retêm sódio e água e podem precipitar insuficiência cardíaca.

Entre eles, o **naproxeno** tende a ser o mais seguro cardiovascularmente; o **diclofenaco** tem o pior perfil (risco de infarto 3x maior em espondiloartrite). **Exceção interessante:** em espondiloartrites, estudos recentes sugerem que o uso contínuo de AINE não aumentou o risco CV como em outras populações — possivelmente porque o controle da inflamação sistêmica compensa.

Evitar AINEs especialmente se...

Insuficiência cardíaca (aumento de 9,9x no risco de recaída!), hipertensão mal controlada, doença renal crônica avançada, doença coronariana conhecida. Nesses casos, prefira outras estratégias para dor, em conjunto com o médico.

Inibidores de JAK (tofacitinibe, baricitinibe, upadacitinibe)

Essa é uma classe mais nova e potente para AR, artrite psoriásica e outras condições. O estudo **ORAL Surveillance** acendeu uma luz amarela: em pacientes ≥ 50 anos com pelo menos um fator de risco CV, o tofacitinibe não foi não-inferior aos anti-TNF para eventos cardiovasculares maiores. Também há preocupação com risco aumentado de tromboembolismo venoso.

Dados de mundo real (fora dos ensaios clínicos) têm sido mais tranquilizadores — especialmente em pacientes mais jovens e sem fatores de risco. Mas o alerta está em pé: FDA e EMA recomendam usar JAKi apenas após falha ou intolerância a pelo menos um anti-TNF, em pacientes ≥ 65 anos com fatores de risco.

Avaliação antes de iniciar JAKi

Recomenda-se avaliação cuidadosa dos fatores de risco CV (idade, tabagismo, hipertensão, diabetes, obesidade, história de DCV) e de tromboembolismo venoso antes do início. Pacientes de alto risco: preferir alternativas. Durante o uso: monitorar lipídios (basal, 4-8 semanas, depois cada 6 meses). (*Avouac J et al., Joint Bone Spine, 2023*)

Medicamentos para osteoporose

Bisfosfonatos e denosumabe: não aumentam risco CV; possivelmente protegem contra calcificação vascular. **Romosozumabe:** tem alerta da FDA para infarto/AVC em quem teve evento CV no último ano — evitar nesse cenário. **Teriparatida:** perfil neutro ou possivelmente protetor.

Resumo para levar para casa

Protegem o coração: metotrexato, hidroxicloroquina, anti-TNF, abatacepte, tocilizumabe (com monitoramento de lipídios). **Pedem atenção:** corticoides (minimizar dose e tempo), AINEs (uso pontual e cauteloso), inibidores de JAK (em pacientes de risco). O mais importante: **não interromper nada sem falar com o médico.** Doença ativa é o maior inimigo do coração.

PARTE V

O que você pode fazer

Você não precisa fazer tudo, nem fazer tudo perfeito. As evidências mostram que mudanças razoáveis e sustentáveis de estilo de vida reduzem significativamente o risco cardiovascular — independentemente dos medicamentos. Nesta parte, os seis pilares que têm impacto real: alimentação, exercício físico, vacinação, sono, saúde bucal e saúde mental.

“ Pequenos passos consistentes valem mais do que grandes reformas insustentáveis. ”

Alimentação: a dieta mediterrânea

Entre todas as abordagens estudadas, a **dieta mediterrânea** é a única oficialmente recomendada pelo American College of Rheumatology para artrite reumatoide — e tem benefícios também no lúpus, gota, artrite psoriásica e espondiloartrite axial. Ela é simples, saborosa, e faz muito bem ao coração.

Como montar o prato

- **Base:** vegetais, legumes e frutas frescas, em todas as refeições;
- **Gordura boa:** azeite de oliva extra-virgem como principal fonte de gordura;
- **Proteína:** peixes gordurosos (sardinha, salmão, cavallinha) 2-3 vezes por semana; carnes brancas com moderação;
- **Grãos integrais:** arroz integral, aveia, pães integrais;
- **Leguminosas:** feijão, lentilha, grão-de-bico — pelo menos 3 vezes por semana;
- **Oleaginosas:** um punhado diário de castanhas, amêndoas, nozes;
- **Laticínios:** iogurte natural e queijos brancos com moderação;
- **Ervas e especiarias:** para dar sabor sem exagerar no sal;
- **Limitar:** carnes vermelhas, embutidos, frituras, açúcar, refrigerantes.

Evidências em números

AR: dieta mediterrânea reduz DAS28 (atividade de doença) em mediana de 0,5 ponto ($p=0,030$). **LES:** maior adesão correlacionou com menor SLEDAI e SDI. **Risco CV:** interação positiva entre AR e dieta mediterrânea (OR 3,63 para DCV em quem tem AR + má adesão). **Mortalidade:** combinação dieta saudável + anti-inflamatória reduziu 30% a mortalidade em AR. (England BR et al., ACR 2022; Pocovi-Gerardino G et al., Rheumatology, 2021)

E o ômega-3?

A suplementação com ômega-3 (EPA e DHA) em doses acima de 2 g/dia tem efeito moderado: reduz número de articulações doloridas, baixa triglicérides e diminui marcadores inflamatórios. Óleo de peixe é mais eficaz que fontes vegetais (linhaça). Por 3-6 meses para efeito máximo.

Passos práticos para começar

1. Troque manteiga por azeite. **2.** Inclua peixe 2x por semana. **3.** Coma uma porção de vegetais em cada refeição. **4.** Adicione um punhado de castanhas no café da manhã ou lanche. **5.** Substitua carne vermelha por leguminosas 2-3x por semana. **6.** Hidrate-se com água e chás. Evite refrigerantes e sucos industrializados.

E dietas restritivas?

A Sociedade Francesa de Reumatologia é clara: **não** há evidência para recomendar dietas sem glúten, veganas ou jejum em pacientes sem indicação específica. Restrições alimentares severas podem prejudicar nutrição e adesão.

Exercício físico

"Mas se eu tenho dor, não vai piorar?" Essa é a dúvida mais comum. A resposta curta: **não**. Em doença reumática *bem controlada*, o exercício regular melhora dor, fadiga, humor, função e reduz o risco cardiovascular — e é seguro mesmo em alta intensidade. A falta de atividade física é um dos principais fatores que aumentam o risco cardiovascular na reumatologia.

A prescrição que funciona

Item	Recomendação
Exercício aeróbico	≥150 min/semana de intensidade moderada (caminhada rápida, bike leve) OU 75 min/semana de intensidade vigorosa
Exercício resistido	2-3 sessões por semana (musculação, pilates, faixas elásticas)
Flexibilidade	Alongamentos diários curtos (5-10 min)
Intensidade inicial	Começar com baixa intensidade e aumentar gradualmente
Duração do programa	Pelo menos 12 semanas para efeito claro; 24 semanas ideal

Escolhas para cada situação

- **Se tem dor intensa ou descondicionado:** comece com exercícios aquáticos — a água reduz o impacto nas articulações e permite mais amplitude;
- **Se quer melhorar fadiga e humor:** exercícios mente-corpo como **tai chi** e yoga têm evidência especialmente forte;
- **Se quer reduzir rigidez na espondilite:** alongamento, postura, natação;
- **Se tem fibromialgia:** exercício aeróbico moderado é a intervenção mais eficaz — melhora dor, sono e função autonômica;
- **Se está começando:** 10 minutos de caminhada 3x por semana e ir aumentando. Qualquer movimento é melhor que nenhum.

Evidências em números

AR: 6 meses de exercício aeróbico melhorou VO2max em 3-4 mL/kg/min, reduziu PA, melhorou lipídios, reduziu risco CV em 10 anos ($p=0,012$). **Espondiloartrite axial:** 3 meses de exercício alta intensidade reduziu ASDAS em 0,6 ponto e melhorou rigidez arterial. **LES:** realocar 10 min de sedentarismo para atividade física reduziu PA sistólica e risco CV em 10 anos (RR 0,81). (*Stavropoulos-Kalinoglou A et al., Ann Rheum Dis, 2013; Sveaas SH et al., Br J Sports Med, 2020*)

Como não desistir

1. Escolha algo que goste — se não gosta, não vai durar. **2.** Marque horários, como qualquer compromisso. **3.** Comece com 10-15 minutos e vá aumentando. **4.** Em dias ruins, faça menos, mas faça algo. **5.** Companhia ajuda: caminhada em grupo, aulas em grupo. **6.** Converse com fisioterapeuta ou educador físico sobre adaptações.

Vacinação, sono, boca e mente

Vacinação: proteção dupla

Pacientes em imunossupressão têm mais risco de infecções — e as infecções, por si, podem precipitar eventos cardiovasculares (inflamação sistêmica, instabilidade de placas). Vacinação é uma das intervenções mais custo-efetivas.

- **Influenza:** anual, para todos. Reduz eventos cardiovasculares em ~30% em quem tem DCV;
- **Pneumocócica:** para todos em imunossupressão. Reduz mortalidade;
- **Zoster recombinante (Shingrix):** recomendada para adultos imunossuprimidos (não usar a vacina viva — Zostavax);
- **COVID-19:** conforme orientações vigentes;
- **HPV:** importante em pacientes com LES e outras doenças autoimunes.

Ajuste de medicamentos ao vacinar

Hidroxicloroquina: não interromper. **Metotrexato:** considerar pausa de 2 semanas após vacina de influenza. **Rituximabe:** vacinar ≥ 6 meses após última dose. **JAKi/Abatacept SC:** pausar 1-2 semanas após dose de COVID-19. (ACR 2022)

Saúde bucal: a boca importa para o coração

A periodontite (doença gengival avançada) compartilha mecanismos com AR e aterosclerose. As bactérias periodontais liberam substâncias pró-inflamatórias para a circulação. Pacientes com AR + periodontite têm perfil cardiovascular mais aterogênico. A boa notícia: o tratamento periodontal pode reduzir marcadores inflamatórios sistêmicos.

Rotina de saúde bucal

1. Consulta odontológica ao menos 2 vezes por ano (mais se imunossuprimido). 2. Escovação eficiente 3x/dia e uso diário de fio dental. 3. Tratar cáries e gengivite precocemente. 4. Informar ao dentista seus medicamentos (especialmente imunossupressores e anticoagulantes).

Sono: mais do que descanso

Apneia obstrutiva do sono (quando o paciente "para de respirar" durante o sono) é muito comum em pessoas com doenças reumáticas: mais de 50% dos pacientes com AR avaliados por polissonografia têm apneia moderada a grave. Em AR, a apneia quase duplica o risco de doença cardiovascular. Sono ruim também aumenta inflamação e dor no dia seguinte.

Sinais de apneia do sono

Ronco alto, pausas respiratórias relatadas pelo parceiro, sonolência diurna, cansaço ao acordar, dor de cabeça matinal, acordar para urinar várias vezes. Se suspeitar, converse com o médico sobre polissonografia.

Saúde mental: coração e mente juntos

Depressão e ansiedade são frequentes em doenças reumáticas (até 67% têm sintomas depressivos). E não é apenas uma questão de bem-estar: pacientes com lúpus e depressão têm progressão mais rápida da aterosclerose carotídea; estresse ocupacional crônico triplica o risco de placa carotídea em pacientes com AR.

Intervenções que têm evidência: **terapia cognitivo-comportamental**, programas de **mindfulness** e meditação, atividade física, **suporte social**. Não hesite em pedir ajuda a psicólogo ou psiquiatra.

Seis pilares do autocuidado — resumo

1. Alimentação: dieta mediterrânea. **2. Exercício:** 150 min/semana moderado + musculação 2-3x/semana. **3. Vacinação:** influenza anual + pneumocócica + zoster. **4. Saúde bucal:** dentista 2x/ano + higiene diária rigorosa. **5. Sono:** 7-9h/noite + investigar apneia se sinais. **6. Saúde mental:** rastreamento de depressão/ansiedade, tratamento ativo quando necessário.

PARTE VI

Rastreamento: quais exames fazer

Existe um princípio simples: quanto antes descobrimos um problema cardiovascular, mais fácil evitar desfechos graves. Em doenças reumáticas, o desafio é que os sintomas podem ser sutis ou atribuídos à própria doença. Por isso, rastreamento é um pilar central do cuidado.

***“ Prevenção cardiovascular é parte integral — e não opcional
— do manejo das doenças reumáticas. ”***

Rastreamento: um guia prático

Este não é um "guia médico", e sim uma orientação para conversar com o seu reumatologista e médico de família. As recomendações foram adaptadas das diretrizes da EULAR, ACC/AHA, ACR e outras sociedades internacionais.

Todo paciente reumático deve ter:

Avaliação	Frequência mínima	Observações
Pressão arterial	Em todas as consultas	Meta: <130/80 mmHg em LES, AR, APs, SAF
Perfil lipídico completo	Pelo menos cada 5 anos	Reavaliar após mudanças de terapia anti-inflamatória
Glicemia/HbA1c	Anual se fatores de risco	Rastrear diabetes, especialmente se corticoides
IMC e circunferência abdominal	Em todas as consultas	Meta: IMC <25 kg/m ²
Avaliação de tabagismo	Em todas as consultas	Oferecer suporte para cessação
Cálculo de risco CV em 10 anos	Pelo menos cada 5 anos	Usar multiplicador de 1,5 em AR (EULAR)
ECG	Basal, repetir se sintomas	Importante em espondilite, LES com anti-Ro
Anticorpos antifosfolípidos (se LES)	Ao diagnóstico	Repetir em 12 semanas se positivo

Rastreamento adicional em situações específicas

Situação	Exame adicional
Esclerose sistêmica	Ecocardiograma anual (hipertensão pulmonar); RM cardíaca se sintomas
Espondilite/APs com doença longa	Ecocardiograma (válvula aórtica) e ECG
LES com sintomas cardíacos	Ecocardiograma; RM cardíaca se suspeita de miocardite
Vasculite de grandes vasos	RM/TC/PET-FDG da aorta, repetir anualmente se em remissão
Miopatia inflamatória com sintomas	ECG, troponina I, ecocardiograma; RM cardíaca se alterados
Risco CV limítrofe ou intermediário	Escore de cálcio coronariano ou ultrassom de carótidas
Pacientes ≥50 anos com ACG	Imagem anual da aorta (aneurisma torácico)

Sinais que não podem esperar

Procure atendimento **urgente** se tiver: dor no peito, falta de ar súbita, palpitações intensas, desmaio ou quase desmaio, fraqueza em um lado do corpo, dificuldade para falar, dor que irradia para braço ou mandíbula, inchaço e dor em uma perna só. **Tempo é músculo** — tanto para infarto quanto para AVC.

Perguntas para levar ao médico

Nada substitui uma boa conversa com o seu médico. Abaixo, uma lista de perguntas que pode ajudar a guiar consultas. Leve esta página impressa ou anote as respostas — é mais fácil do que tentar lembrar tudo depois.

Sobre a minha doença reumática

- Qual é o nível de atividade atual da minha doença? Estou em remissão?
- Com a minha doença, meu risco cardiovascular está aumentado? Quanto?
- Há alguma manifestação cardíaca direta que devemos investigar?
- Meus exames estão com inflamação controlada (PCR, VHS)?

Sobre os meus medicamentos

- Algum dos meus medicamentos afeta o meu risco cardiovascular?
- Consigo reduzir a dose do corticoide? Em quanto tempo?
- Preciso monitorar algum exame especificamente?
- Há medicações para coração que eu deveria tomar (AAS, estatina)?
- Preciso suspender algum medicamento antes de cirurgia ou procedimento?

Sobre rastreamento e exames

- Quando foi medida minha pressão pela última vez? E meu colesterol?
- Preciso de algum exame específico este ano?
- Devo fazer escore de cálcio coronariano ou ultrassom de carótidas?
- Preciso consultar um cardiologista?

Sobre estilo de vida

- Que tipo de exercício é seguro e ideal para o meu caso?
- Há alguma restrição alimentar específica?
- Quais vacinas preciso tomar e quando?
- Existe algo que eu possa fazer para reduzir meu risco que eu ainda não faça?

Para quem planeja engravidar

- Minha doença está controlada o suficiente para eu engravidar?
- Preciso trocar algum medicamento? Quando?
- Tenho anticorpos que podem afetar a gestação (anti-Ro, antifosfolípides)?
- Preciso de AAS ou heparina durante a gestação?

Dica final

Leve alguém de confiança à consulta quando possível — "quatro orelhas" escutam mais que duas. E lembre-se: o seu médico está ali para ajudar. Perguntas não são "atrapalhar", são parte do bom cuidado.

Conclusão

Se você chegou até aqui, parabéns — e obrigado pela dedicação em entender o próprio cuidado (ou o de alguém que você ama). A mensagem central deste livro é uma só: **doença reumática e coração são duas partes da mesma conversa**.

Cuidar bem da doença reumática é, simultaneamente, cuidar do coração. E cuidar do coração é cuidar dos rins, do cérebro, dos pulmões — porque os vasos sanguíneos passam por todos eles.

Cinco ideias para levar para casa

1. A inflamação é o elo

A mesma inflamação que afeta articulações também afeta artérias.

2. Controlar a doença é cardioproteger

Não existe cuidado "só das juntas". Remissão é meta cardiovascular.

3. Os exames tradicionais subestimam o risco

Aplique o fator 1,5 em AR (EULAR) e considere exames adicionais.

4. Estilo de vida faz diferença real

Dieta mediterrânea, exercício, não fumar, bom sono e saúde mental protegem.

5. A equipe é multidisciplinar

Reumatologista, clínico geral, cardiologista, odontologista, nutricionista, fisioterapeuta e, quando necessário, psicólogo — todos podem ajudar.

“ Conhecimento também protege o coração. Use este livro a seu favor. ”

Glossário

Termos que aparecem no livro e que podem ajudar na conversa com o seu médico:

Aterosclerose. Acúmulo de placas de gordura, colesterol, células inflamatórias e cálcio nas paredes das artérias. Pode evoluir para obstrução e causar infarto ou AVC.

Anticorpos antifosfolípidos. Anticorpos que favorecem a formação de coágulos; se persistentes, definem a síndrome antifosfolípide (SAF).

Calcificação vascular. Depósito de cálcio nas paredes arteriais, que pode ser detectado por tomografia (escore de cálcio coronariano).

Citocinas. Pequenas proteínas que sinalizam entre células do sistema imune. Em doenças reumáticas, algumas (TNF- α , IL-6) estão cronicamente elevadas.

DMARDs. Sigla em inglês para "medicamentos modificadores do curso da doença". Inclui metotrexato, leflunomida, hidroxicloroquina, biológicos e inibidores de JAK.

Ecocardiograma. Ultrassom do coração. Avalia estrutura, função e válvulas. Seguro e não invasivo.

Endotélio. A camada interna dos vasos sanguíneos. A "disfunção endotelial" é um estágio precoce da aterosclerose.

Escore de cálcio coronariano. Tomografia de baixa dose que quantifica o cálcio nas artérias do coração. Valor zero indica risco muito baixo; valores altos indicam risco aumentado.

HDL e LDL. Tipos de colesterol. LDL é o "ruim" (entra nas artérias). HDL é o "bom" (remove o colesterol das artérias). Na AR ativa, o HDL pode ser disfuncional.

Inflamação crônica. Ativação persistente do sistema imune em baixo nível. É o elo entre doenças reumáticas e aterosclerose.

JAK (inibidores de). Classe mais nova de medicamentos (tofacitinibe, baricitinibe, upadacitinibe). Potentes, mas com alertas em pacientes ≥ 65 anos com fatores de risco CV.

MACE. Eventos cardiovasculares adversos maiores: infarto, AVC e morte CV.

Pericardite. Inflamação da bolsa que envolve o coração (pericárdio). Comum no lúpus e na AR.

PCR (proteína C-reativa). Marcador de inflamação no sangue. Valores altos indicam inflamação ativa e risco cardiovascular aumentado.

Treat-to-target. Estratégia de tratar a doença buscando um alvo definido (remissão ou baixa atividade), ajustando medicamentos até chegar lá.

Vasculite. Inflamação dos vasos sanguíneos. Pode afetar vasos pequenos, médios ou grandes, com consequências diferentes.

Principais referências e leituras

As informações deste livro foram baseadas em diretrizes e estudos de sociedades médicas internacionais. Abaixo, as principais referências para quem quer aprofundar ou levar ao médico.

Diretrizes internacionais

- EULAR — 2024 Update. Recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation. *Ann Rheum Dis*, 2025.
- ACC/AHA — 2026 Guideline on the Management of Dyslipidemia. *JACC*, 2026.
- ACR — 2020 Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Rheumatol*, 2020.
- ACR — 2022 Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res*, 2023.
- ACR — 2022 Guideline for Vaccinations in Rheumatic Diseases. *Arthritis Care Res*, 2023.
- ACC/AHA — 2022 Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease. *JACC*, 2022.
- EULAR 2019 — Recommendations for the Management of Antiphospholipid Syndrome. *Ann Rheum Dis*, 2019.
- AHA — 2024 Diagnosis and Management of Cardiac Sarcoidosis. *Circulation*, 2024.
- AHA — 2025 Periodontal Disease and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *Circulation*, 2025.

Estudos de referência

- Conrad N, et al. Autoimmune diseases and cardiovascular risk: population-based study on 22 million individuals in the UK. *Lancet*, 2022.
- Mortensen MB, et al. Association of Autoimmune Diseases With Coronary Atherosclerosis Severity and Ischemic Events. *JACC*, 2024.
- Weber BN, et al. Novel Imaging Approaches to Cardiac Manifestations of Systemic Inflammatory Diseases: JACC Scientific Statement. *JACC*, 2023.
- Yafasova A, et al. Long-Term Cardiovascular Outcomes in Systemic Lupus Erythematosus. *JACC*, 2021.
- Cipolletta E, et al. Treat-to-Target Urate-Lowering Treatment and Cardiovascular Outcomes in Gout. *JAMA Intern Med*, 2026.
- Garshick MS, et al. Cardiovascular Risk in Patients With Psoriasis. *JACC*, 2021.
- Mensah GA, et al. Inflammation and Cardiovascular Disease: 2025 ACC Scientific Statement. *JACC*, 2025.

Aviso importante

Este material é **educativo**. Não substitui avaliação médica individualizada. Mudanças de medicamentos, decisões sobre exames e qualquer modificação importante no tratamento devem ser discutidas com a sua equipe de saúde.

**Cuide-se bem.
Este livro foi feito para você.**