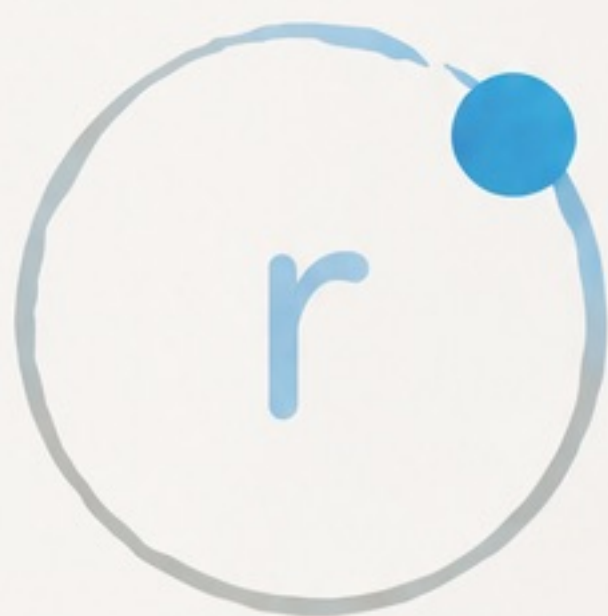




DR. VICTOR BERÇOT

— REUMATOLOGISTA —

VIVENDO MELHOR COM

ESPONDILO ARTRITE

— • —

INFORMAÇÃO QUE TRANSFORMA.
CUIDADO QUE FAZ A DIFERENÇA.

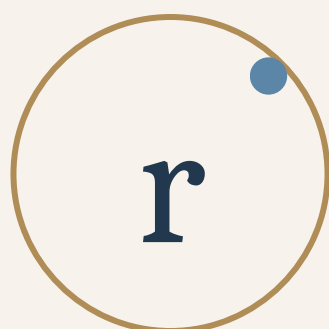


CRM: 235187



RQE: 104367

E-BOOK PARA PACIENTES



DR. VICTOR BERÇOT

REUMATOLOGISTA • CRM 235187 • RQE 104367

VIVENDO MELHOR COM

ESPONDILO- ARTRITE

*Um guia completo, acolhedor e ilustrado
para pacientes e suas famílias*

Olá, que bom ter você aqui

Receber o diagnóstico de uma doença que a gente nunca tinha ouvido falar — ou conviver anos com dores sem nome — assusta. Por isso preparei este material com muito cuidado.

Cada pergunta e cada resposta deste e-book nasceu de dúvidas reais, daquelas que às vezes a gente tem vergonha de fazer na consulta: sobre o futuro, o trabalho, a vida sexual, ter filhos, os remédios. Aqui elas têm espaço.

Minha promessa é simples: **linguagem clara, informação baseada em ciência e nenhum sermão**. Você vai encontrar ilustrações, quadros e checklists para tornar tudo mais fácil de entender e de levar para a vida.

Use este guia do seu jeito: leia do começo ao fim ou pule direto para o que te aflige hoje. Anote, grife, leve dúvidas para a consulta. Ele é seu.

Você não está sozinho nessa. Com informação e acompanhamento, a grande maioria das pessoas com espondiloartrite vive plenamente — trabalha, treina, viaja, ama. Vamos juntos.

Com cuidado,

Dr. Victor Berçot

Reumatologista · CRM 235187 · RQE 104367

Como usar este e-book



Leia no seu ritmo

Não precisa ser do começo ao fim. O índice ao lado te leva direto ao tema que importa agora.



Observe os ícones

Caixas coloridas destacam dicas, atenções e sinais de alerta. Elas guiam o olhar.



Use os espaços de anotação

No fim do guia há páginas para registrar sintomas, dúvidas e remédios — leve à consulta.



Converse com seu médico

Este material informa e empodera, mas não substitui a avaliação individual.

Importante
⚠ Este e-book tem caráter **educativo**. Ele não substitui a consulta, o diagnóstico nem a prescrição do seu médico. Nunca inicie, troque ou suspenda medicamentos por conta própria.

Acabou de receber o diagnóstico?

Diagnóstico novo assusta, e tudo bem sentir isso. Mas você não precisa resolver tudo hoje. Por enquanto, **apenas estas cinco coisas** — o resto a gente constrói com calma ao longo do guia.



1 · Marque o retorno

Garanta sua próxima consulta com o reumatologista. O acompanhamento é o que mantém tudo sob controle.



2 · Mantenha-se em movimento

Não pare de se mexer. Exercício é tratamento — comece leve, sem exageros.



3 · Pare de fumar

Se você fuma, esse é o passo de maior impacto. Peça ajuda; não precisa ser sozinho.



4 · Anote seus sintomas

Quando dói, o que melhora, rigidez de manhã. Essas notas valem ouro na consulta.



5 · Leia este e-book

No seu ritmo. Pule direto para o que te aflige hoje — ele foi feito para isso.



Uma verdade para levar daqui

A grande maioria das pessoas com espondiloartrite, com tratamento adequado, leva uma vida plena — trabalha, treina, viaja e tem filhos. O capítulo “O que esperar do futuro?” conversa em detalhe sobre isso.

SUMÁRIO

O que você vai encontrar

ENTENDER A DOENÇA

1	O que é a espondiloartrite?	8
2	A família das espondiloartrites	9
3	Por que ela acontece?	10

RECONHECER OS SINAIS

4	Sinais de alerta: quando suspeitar?	12
5	Dor inflamatória × dor mecânica	14
6	Os principais sintomas	15
7	Sintomas além das articulações	17
8	Quando começa na infância	18

O DIAGNÓSTICO

9	Como é feito o diagnóstico	20
10	Quais exames podem ser pedidos	21
11	O que significa HLA-B27 positivo?	22

TRATAMENTO E CONTROLE

12	Existe cura? E a remissão?	25
13	O que esperar do futuro?	26
14	Os tratamentos	28
15	Imunobiológicos: segurança e dúvidas	30
16	A importância da fisioterapia	32
17	Exercício: o seu melhor remédio	33

VIVER BEM

18	10 hábitos que ajudam a controlar a doença	36
19	Alimentação	37
20	Sono	38
21	Saúde mental	39
22	Tabagismo	40
23	Álcool	41

VIDA E ROTINA

24	Trabalho, dirigir e viajar	43
25	Gravidez	44
26	Homens e fertilidade	45
27	Intimidade e vida sexual	46
28	Vacinas	47
29	Coração e vasos	48

ACOMPANHAMENTO E SEGURANÇA

30	Acompanhamento: por que retornar mesmo bem	50
31	Sinais de alerta: quando procurar ajuda	51
32	Meu plano de ação pessoal	52

RECURSOS

33	Mitos e verdades	54
34	Perguntas frequentes	56
35	Espaço para anotações	57

01

PARTE 1

Entender a doença

O que é a espondiloartrite, quais doenças fazem parte dessa família e por que ela aparece. Comece por aqui para ter o mapa completo.

CAPÍTULO 1

O que é a espondiloartrite?

Em poucas palavras: é uma inflamação das articulações da coluna e dos tendões, causada por um sistema de defesa que se confunde. Não é desgaste, não é “dor da idade” — e tem tratamento.

Primeiro, o sistema imunológico

O sistema imunológico é o exército do corpo. Ele protege contra vírus e bactérias e, normalmente, sabe distinguir o que é “seu” do que é “invasor”. Na espondiloartrite, esse exército se confunde e passa a atacar as próprias articulações e tendões — principalmente na coluna e nas **articulações sacroilíacas** (na parte baixa das costas, perto dos quadris).

De onde vem o nome

💡 “**Espôndilo**” vem de coluna vertebral e “**artrite**” significa inflamação das articulações. Juntando: inflamação da coluna e das juntas.

O que ela NÃO é



Não é desgaste

Muita gente acha que dor nas costas é sempre artrose. Aqui é diferente: existe inflamação ativa.



Não é “da idade”

Costuma começar cedo, antes dos 45 anos — muitas vezes entre 20 e 40.



Não é culpa sua

Não é postura, peso ou “coluna fraca”. Ninguém fez nada de errado para ter.



Não é sem saída

É uma doença inflamatória que, controlada, permite vida plena.

A boa notícia

✅ Com o tratamento certo, a maioria dos pacientes controla a inflamação, alivia os sintomas e **previne danos permanentes** — trabalhando, treinando e vivendo normalmente.

CAPÍTULO 2

A família das espondiloartrites

Não é uma doença só. É uma família de condições que compartilham a mesma raiz inflamatória, a mesma genética e respondem aos mesmos tratamentos.



Espondilite anquilosante

Forma “axial radiográfica”: o dano nas sacroilíacas/coluna já aparece na radiografia. Era o único tipo reconhecido antigamente.



Axial não radiográfica

A inflamação já existe, mas ainda não marcou a radiografia. A ressonância a mostra. Muitos começam nesta fase.



Artrite psoriásica

Surge em quem tem psoríase. Pode afetar coluna, juntas das mãos e pés e os tendões.



Ligada ao intestino

Pessoas com doença de Crohn ou retocolite podem ter inflamação nas juntas e na coluna.



Artrite reativa

Aparece após uma infecção (intestinal ou urinária): o sistema imune reage demais e ataca as juntas.



Juvenil

Quando começa antes dos 16 anos. Muitos adultos tiveram os primeiros sinais ainda jovens.

O que todas têm em comum



- Inflamação da coluna e das sacroilíacas
- Inflamação dos tendões (entesite)
- Predisposição genética
- Resposta aos mesmos tratamentos

CAPÍTULO 3

Por que ela acontece?

Não há um único culpado. É o encontro de uma predisposição genética com gatilhos do ambiente — e, no meio disso, um sistema imune desregulado.

Antes de tudo

✔ Repetindo, porque é importante: **a culpa não é sua**. Não é má postura, não é carregar peso, não é nada que você fez.



Genética

Ter um familiar com a doença aumenta o risco — mas não é destino. A maioria dos parentes nunca desenvolve.



HLA-B27

Um marcador genético comum em pacientes. Porém muita gente saudável o tem e nunca adoece (veja o Capítulo 11).



Ambiente

Infecções e outros fatores podem “acender” a doença em quem já tem predisposição.



Microbiota intestinal

As bactérias do intestino “conversam” com o sistema imune. Alterações podem ter relação com a doença.

Resumo em uma frase

✦ Um terreno genético + um gatilho ambiental fazem o sistema imune atacar as próprias juntas e tendões, gerando a inflamação.

02

PARTE 2

Reconhecer os sinais

Como diferenciar a dor inflamatória da comum, quais são os sintomas-chave e quando vale a pena procurar um reumatologista. Inclui fluxograma e checklists.

CAPÍTULO 4

Sinais de alerta: quando suspeitar?

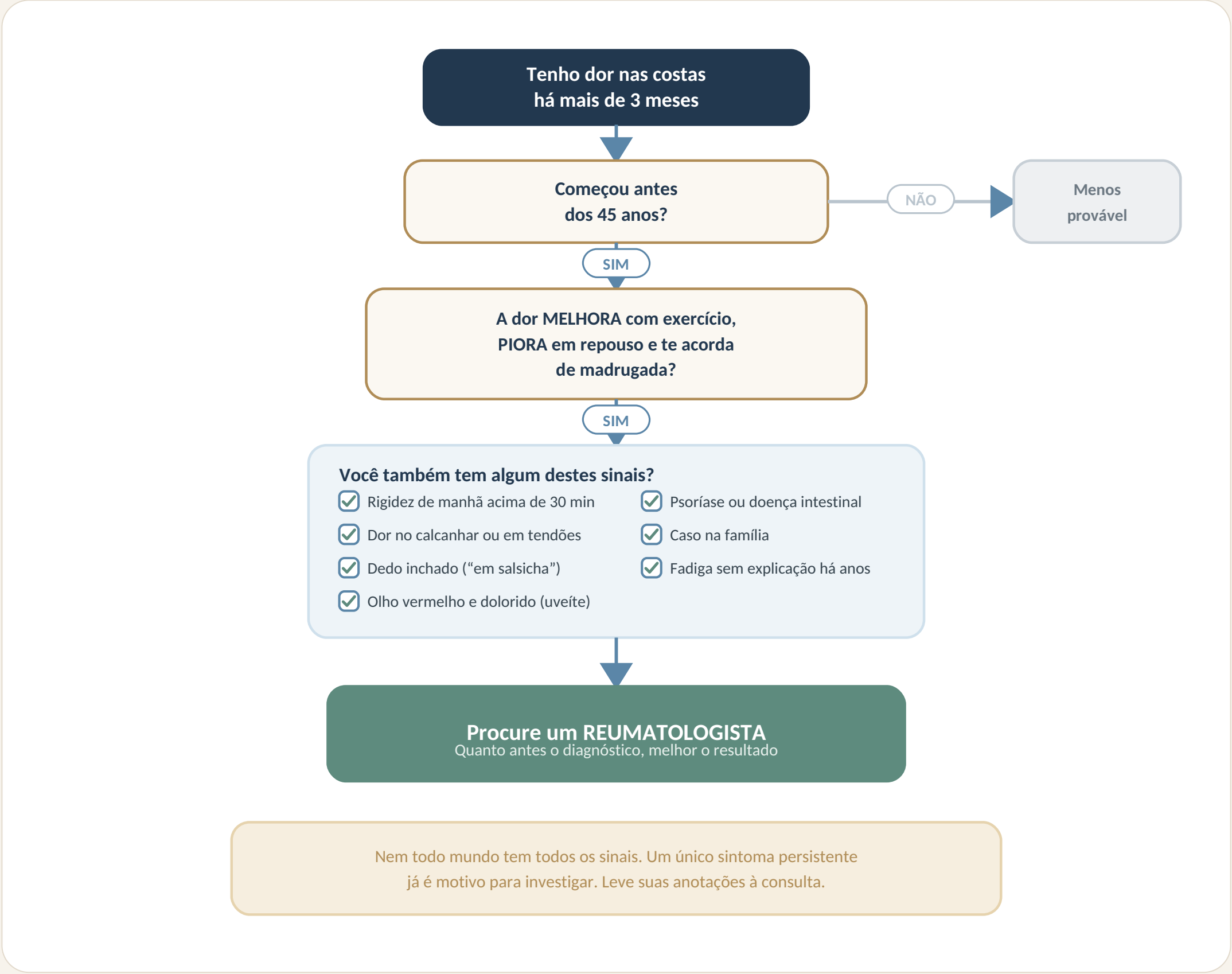
Muita gente convive anos com sintomas antes do diagnóstico. Conhecer os sinais de alerta acelera o caminho até o tratamento certo.



HISTÓRIA ILUSTRATIVA

“Eu tinha 27 anos e achava que era uma hérnia de disco. A dor melhorava quando eu jogava bola e voltava com força quando ficava parado no sofá. Demorei a entender que era justo isso que estava me dizendo algo.”

João, 27 anos



Fluxograma: tenho dor nas costas — quando suspeitar de espondiloartrite?

Combinações que aumentam muito a suspeita

Um sintoma sozinho pode ser comum. Mas quando a dor lombar inflamatória se soma a outro sinal, o alerta sobe:



Dor + calcanhar

Dor inflamatória nas costas junto com dor persistente no calcanhar.



Dor + família

Padrão inflamatório e alguém na família com espondiloartrite, psoríase ou doença intestinal.



Dor + pele

Dor nas costas em quem tem psoríase.



Dor + olho

Dor lombar e episódios de olho vermelho e dolorido (uveíte).



Dor + intestino

Dor nas costas com diarreia com sangue ou dor abdominal persistente.



Dor + HLA-B27

Padrão inflamatório com HLA-B27 positivo (veja o Capítulo 11).

Por que o diagnóstico costuma demorar?



Em média leva-se **de 6 a 8 anos** entre os primeiros sintomas e o diagnóstico — porque dor nas costas é comum, os exames simples podem estar normais no início e a doença é pouco conhecida. Conhecer os sinais ajuda a encurtar esse tempo.



Leve estas anotações à consulta

- Quando os sintomas começaram
- Como é a dor: o que melhora, o que piora
- Quanto tempo dura a rigidez de manhã
- Se você acorda de madrugada com dor
- Outros sintomas (olhos, pele, intestino, calcanhar)
- Casos de doenças parecidas na família

CAPÍTULO 5

Dor inflamatória × dor mecânica

Nem toda dor nas costas é igual. A diferença entre a dor inflamatória e a mecânica é uma das pistas mais valiosas para o diagnóstico.

	DOR INFLAMATÓRIA (possível espondiloartrite)	DOR MECÂNICA (desgaste / esforço)
Idade de início	✓ Geralmente antes dos 45 anos	✓ Em qualquer idade
Como começa	✓ Devagar, sem um gatilho claro	✓ De repente, após esforço
Com exercício	✓ Melhora ao se movimentar	✓ Piora com o movimento
Com repouso	✓ Piora parada ou deitada	✓ Melhora com o descanso
De madrugada	✓ Acorda entre 2h e 5h	✓ Costuma não acordar
Rigidez de manhã	✓ Dura mais de 30 minutos	✓ Curta, passa rápido
Anti-inflamatório	✓ Melhora muito e rápido	✓ Alívio parcial

Como diferenciar os dois tipos de dor nas costas

✦ A pista de ouro

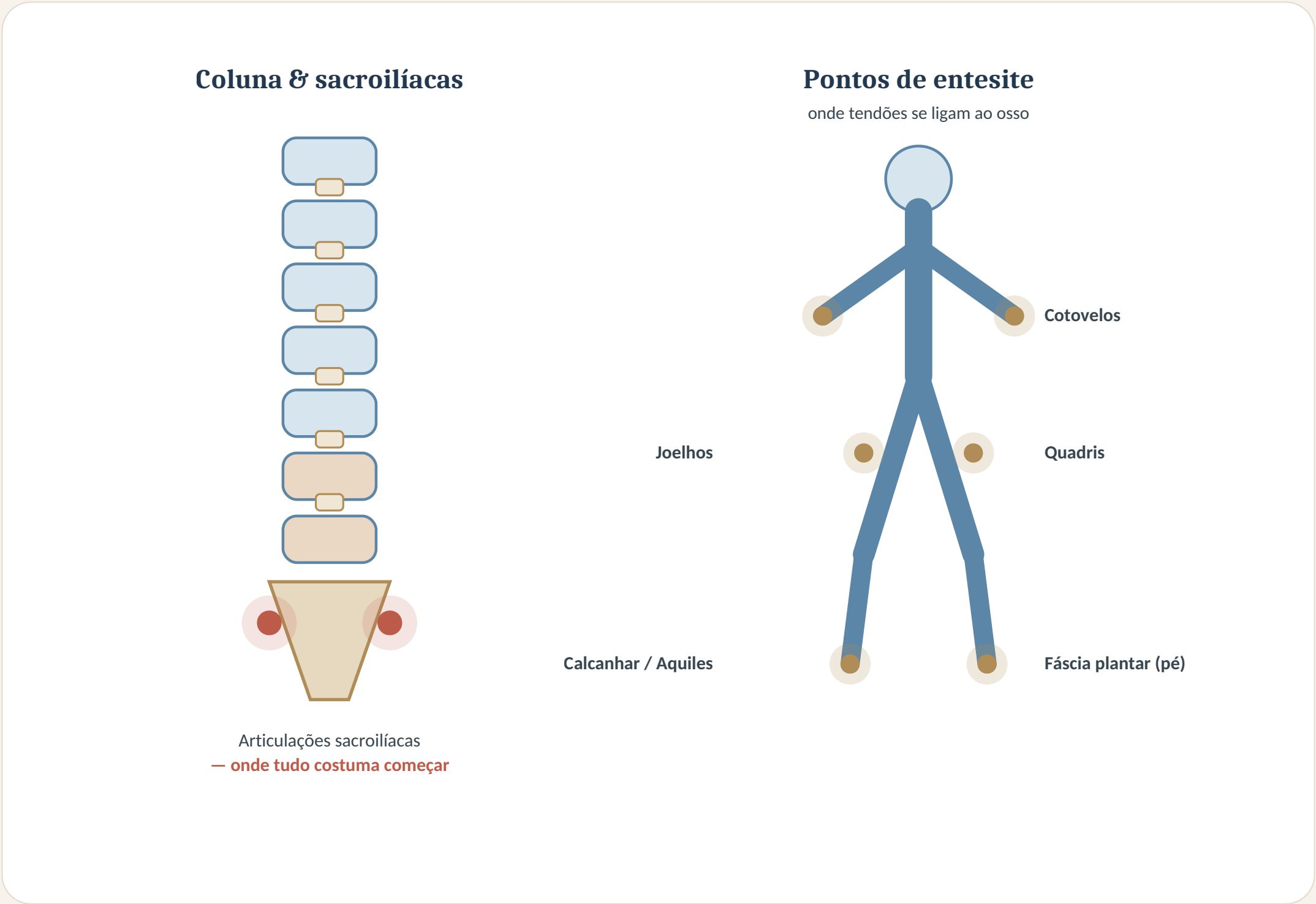
A dor mecânica (de esforço/desgaste) **piora com o movimento e melhora com o repouso**. A dor inflamatória faz o contrário: **melhora quando você se movimenta e piora parada** — e ainda costuma acordar de madrugada.

Se a sua dor tem o perfil inflamatório da coluna da esquerda, vale conversar com um reumatologista — mesmo que radiografias antigas tenham vindo “normais”.

CAPÍTULO 6

Os principais sintomas

A espondiloartrite vai além da coluna. Conhecer os sintomas ajuda você a descrevê-los melhor e a não confundi-los com outras coisas.



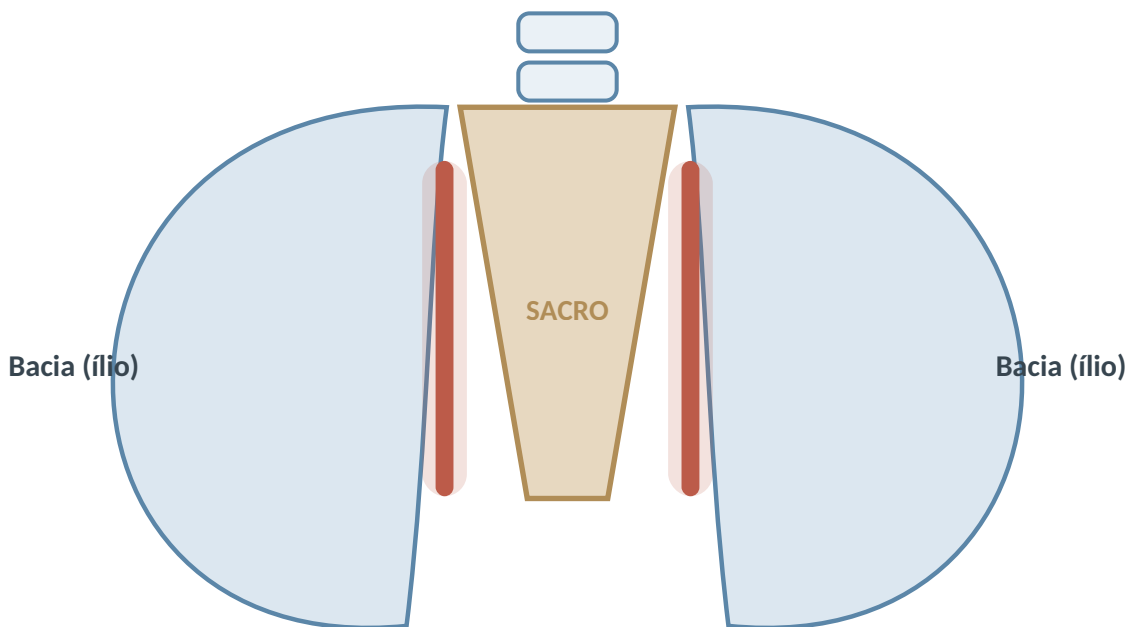
Onde a doença age: coluna, sacroilíacas e os pontos de entesite

Dor lombar inflamatória

O sintoma mais comum. Começa devagar antes dos 45 anos, melhora com exercício, piora em repouso, acorda de madrugada e vem com rigidez matinal de mais de 30 minutos.

As articulações sacroilíacas

ligam a base da coluna (sacro) à bacia — é onde a doença mais começa



● Sacroiliíte = inflamação dessas juntas (vermelho)

As sacroilíacas: a “dobradiça” entre a coluna e a bacia — alvo principal da inflamação

Dor em outras articulações

Pode afetar joelhos, tornozelos, quadris e ombros — geralmente poucas juntas de cada vez e de forma assimétrica (um lado mais que o outro).



Entesite

Inflamação onde os tendões se ligam ao osso. Muito típica. Calcanhar, tendão de Aquiles e sola do pé são os locais clássicos — e às vezes é confundida com tendinite.

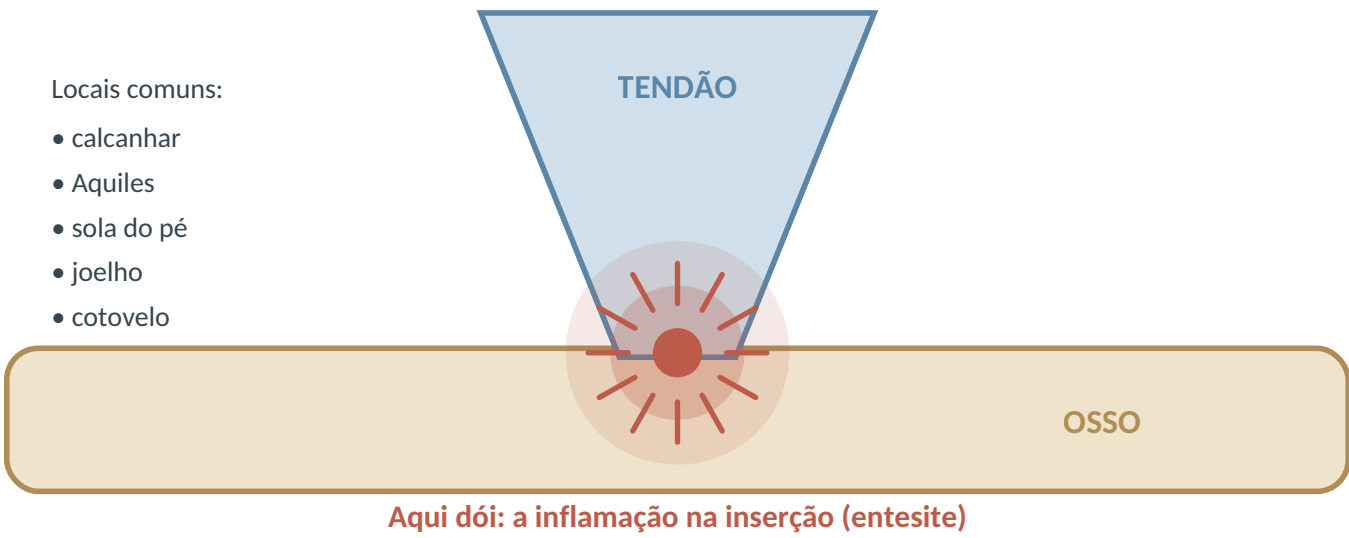


Dactilite

Inchaço de um dedo inteiro da mão ou do pé, que fica parecendo uma “salsicha”, porque inflamam juntas e tendões ao mesmo tempo.

Entesite

inflamação no ponto em que o tendão se conecta ao osso



Entesite: a inflamação acontece no ponto exato em que o tendão encontra o osso

CAPÍTULO 7

Sintomas além das articulações

Muita gente não sabe, mas a espondiloartrite pode dar sinais em outras partes do corpo. Reconhecê-los é importante.



Fadiga

Cansaço profundo que não passa com o descanso. Não é preguiça — é a inflamação crônica. Muitos relatam anos de fadiga inexplicada antes do diagnóstico.



Uveíte (olhos)

Olho vermelho, dor, visão embaçada e sensibilidade à luz. É uma emergência — procure um oftalmologista no mesmo dia.



Psoríase

Manchas vermelhas e descamativas na pele — couro cabeludo, cotovelos, joelhos.



Intestino

Diarreia com sangue, dor abdominal e perda de peso podem indicar doença inflamatória intestinal.



Ossos

A inflamação crônica pode enfraquecer os ossos (osteoporose) e aumentar o risco de fraturas.



Humor

Conviver com dor crônica afeta a mente. Ansiedade e depressão são comuns — e merecem tratamento.



Atenção máxima: uveíte

Olho vermelho e dolorido com sensibilidade à luz é uma **emergência**. A uveíte não tratada pode comprometer a visão. Procure um oftalmologista imediatamente e avise que você tem (ou pode ter) espondiloartrite.

CAPÍTULO 8

Quando começa na infância

A espondiloartrite juvenil é a forma que aparece antes dos 16 anos. Muitos adultos, olhando para trás, percebem que tudo começou ainda jovem.

Como ela se apresenta em crianças e adolescentes

- **Entesite** é muito comum — principalmente no calcanhar e ao redor do joelho
- A **artrite periférica** costuma aparecer primeiro (joelhos, tornozelos, quadris)
- A dor na coluna geralmente vem depois, na adolescência
- É mais comum em meninos e rara antes dos 6 anos

Inflamação silenciosa



Estudos com ressonância mostram que **30 a 60%** das crianças e adolescentes com a doença já têm inflamação nas sacroilíacas mesmo **sem dor nas costas**. Por isso o médico pode pedir exames de imagem ainda que não haja queixa na coluna.

Mensagem para pais e familiares



Dor persistente no calcanhar, joelhos ou quadris — sobretudo com rigidez de manhã ou casos na família — merece avaliação de um reumatologista pediátrico. Diagnóstico e tratamento precoces fazem toda a diferença para a criança seguir ativa.

03

PARTE 3

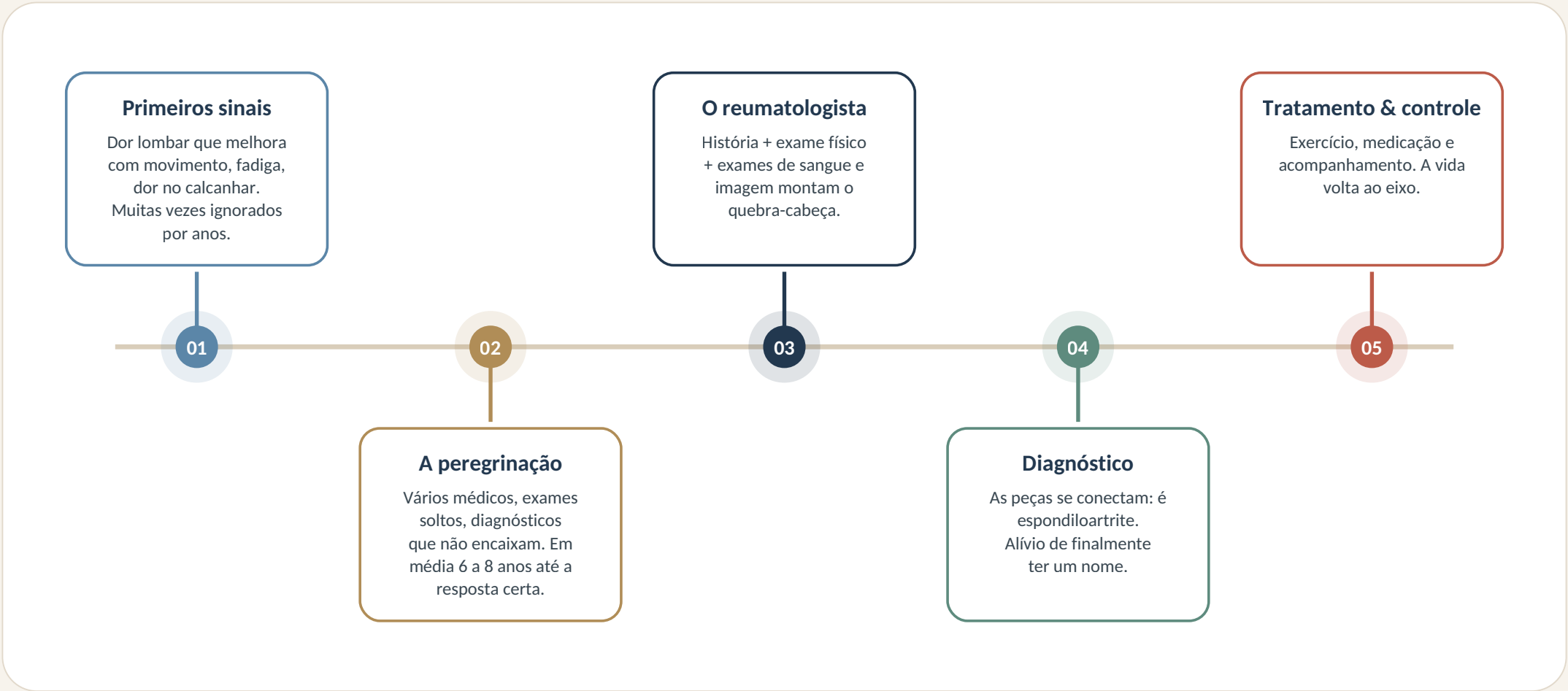
O diagnóstico

Não existe um único exame que feche o diagnóstico. Entenda como o reumatologista monta o quebra-cabeça — e o que realmente significa o HLA-B27.

CAPÍTULO 9

Como é feito o diagnóstico

Não existe um exame único que confirme a espondiloartrite. O diagnóstico nasce da combinação de história, exame físico e exames — montados como um quebra-cabeça.



A jornada típica: dos primeiros sinais ao tratamento

M

HISTÓRIA ILUSTRATIVA

“Passei sete anos ouvindo que era ansiedade. A fadiga, as noites mal dormidas, a dor nas costas... diziam que era da minha cabeça. Quando finalmente cheguei à reumatologia e tudo fez sentido, chorei de alívio por ter, enfim, um nome.”

Maria, 38 anos

Se você levou anos até o diagnóstico, saiba: é comum

Muitos pacientes passaram por vários médicos e exames antes da resposta certa. O atraso é frequente — mas, uma vez identificada, a doença pode ser controlada. O importante é começar.

História clínica

Quando começou, como é a dor, o que melhora e piora, rigidez de manhã, fadiga, sintomas nos olhos/pele/intestino e casos na família.

Exame físico

Mobilidade da coluna, dor nas sacroilíacas, juntas periféricas, pontos de entesite e a expansão do tórax ao respirar.

CAPÍTULO 10

Quais exames podem ser pedidos

Os exames ajudam a confirmar o diagnóstico — mas nenhum, sozinho, dá a palavra final. Eles entram para completar o quadro clínico.

Exames de sangue



PCR e VHS

Medem inflamação no corpo. Podem subir nas crises — mas é comum estarem normais mesmo com a doença ativa.



HLA-B27

Marcador genético. Positivo aumenta a probabilidade; negativo não exclui. É só uma peça (veja o próximo capítulo).

Exames de imagem



Radiografia

Mostra danos já instalados nas sacroilíacas e coluna. Pode levar anos para alterar — radiografia normal não exclui a doença.



Ressonância

O exame mais sensível para flagrar a inflamação cedo, antes de aparecer dano na radiografia.



Ultrassom

Útil para avaliar entesites (tendões) e artrite nas juntas periféricas.



Tomografia

Raramente necessária — reservada a casos específicos.

CAPÍTULO 11

O que significa HLA-B27 positivo?

Capítulo dedicado

HLA-B27 é um **marcador genético**, não um diagnóstico. Tê-lo positivo não significa que você tem ou terá a doença.



Traduzindo o gráfico: **apenas cerca de 5 a 10 em cada 100 pessoas com HLA-B27 positivo** desenvolvem espondiloartrite ao longo da vida. As outras 90 a 95 seguem sem a doença. Ou seja, ter o marcador está longe de ser uma sentença.

A analogia do cabelo ruivo

✦ Ter HLA-B27 é como ter cabelo ruivo: aumenta o risco de queimadura de sol, mas a maioria dos ruivos nunca tem problema sério de pele. Da mesma forma, o marcador aumenta o risco — mas a grande maioria das pessoas com HLA-B27 nunca desenvolve a doença.



Não confirma a doença

Cerca de 8% da população tem o marcador e a maioria nunca adoece.



Não indica gravidade

Ser positivo não quer dizer doença mais grave ou agressiva.



Negativo não exclui

De 10 a 30% dos pacientes têm HLA-B27 negativo e mesmo assim têm a doença.



É só uma peça

O diagnóstico depende do conjunto: sintomas, exame, imagem e, às vezes, o HLA-B27.

Se você é positivo, mas não tem sintomas



Não há motivo para preocupação nem necessidade de tratamento. Guarde a informação: ela pode ser útil se algum sintoma surgir no futuro.

04

PARTE 4

Tratamento e controle

Não há cura, mas há excelente controle. Conheça os tratamentos, do exercício aos imunobiológicos — e tire suas dúvidas sobre segurança.

CAPÍTULO 12

Existe cura? E a remissão?

A resposta honesta: ainda não existe cura. Mas existe algo muito poderoso — o controle. E a maioria dos pacientes chega lá.



É crônica

A espondiloartrite acompanha a pessoa ao longo da vida. Por isso o foco é controlar, não “consertar e esquecer”.



Tem ótimo controle

Os tratamentos de hoje são muito eficazes. A maioria consegue controlar bem os sintomas.



Remissão é real

Doença inativa: sem dor, sem inflamação, sem progressão. Muitos pacientes alcançam.



Mesmo em remissão, continue o acompanhamento

Estar bem é a meta — e mantê-la também exige cuidado. Em geral o tratamento e as consultas continuam, para evitar que a doença volte a ficar ativa. (Mais sobre isso no Capítulo 30.)

CAPÍTULO 13

O que esperar do futuro?

Talvez a maior angústia de quem acabou de ser diagnosticado seja esta: “Como eu vou estar daqui a 10, 20 anos?” Vamos responder com franqueza — e com motivos reais para esperança.

R

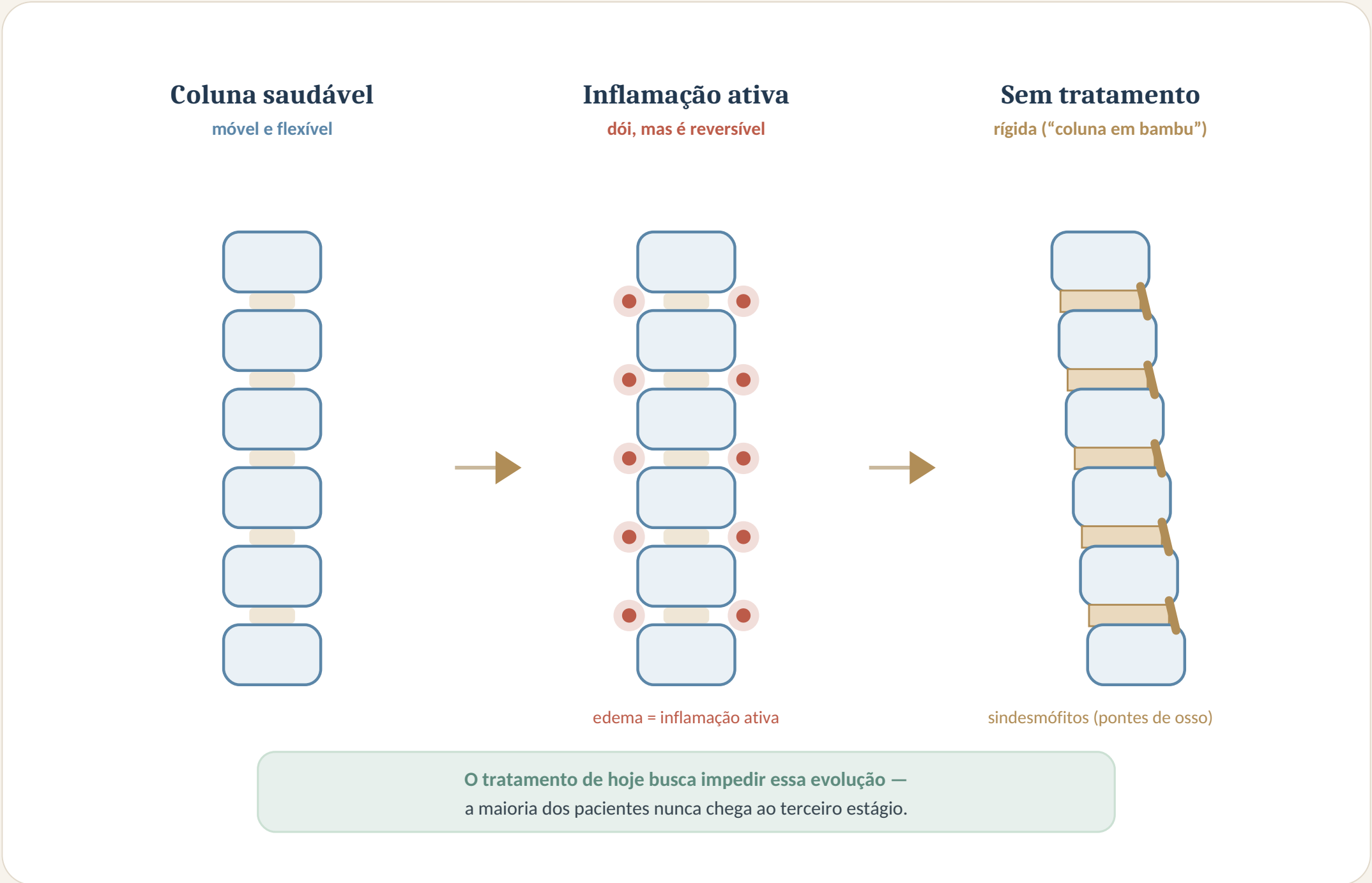
HISTÓRIA ILUSTRATIVA

“Quando ouvi o diagnóstico, minha primeira imagem foi a de uma cadeira de rodas. Cinco anos depois, jogo futebol no fim de semana e nunca faltei ao trabalho. Não é o que eu imaginava naquele primeiro dia — ainda bem.”

Rafael, 40 anos

“Vou ficar torto?”

Esse é o medo mais comum. A rigidez grave da coluna (quando os ossos formam “pontes” e fundem, deixando a postura curvada) é a evolução de quem fica **anos sem controle da inflamação**. Veja os três cenários:



Com diagnóstico e tratamento precoces, a maioria nunca passa do segundo estágio



A notícia que muda tudo

Os tratamentos de hoje — impensáveis há 20 anos — controlam a inflamação e **reduzem muito o risco de chegar ao estágio de fusão**. A maioria dos pacientes tratados mantém a coluna móvel e a postura preservada.

As outras perguntas que tiram o sono



“Vou precisar de cadeira de rodas?”

É muito raro. A grande maioria caminha e se movimenta normalmente a vida toda — sobretudo mantendo exercício e tratamento.



“Vou conseguir trabalhar?”

Sim. A maioria trabalha normalmente. Algumas profissões muito pesadas podem pedir adaptações — nada além disso.



“A doença encurta a vida?”

Com a doença controlada, a expectativa de vida é normal. Por isso cuidamos também do coração (Cap. “Coração e vasos”).



“Todo mundo evolui igual?”

Não. O curso varia muito de pessoa para pessoa. Muitos têm uma forma leve. Não compare seu caso com o de ninguém.

O que mais influencia o seu futuro



- Começar o tratamento cedo e mantê-lo
- Fazer exercício com regularidade
- Não fumar — o tabaco acelera o dano
- Manter o acompanhamento, mesmo se sentindo bem

O prognóstico da espondiloartrite hoje é muito melhor do que o que talvez você tenha lido em textos antigos. Diagnóstico e tratamento mudaram essa história.

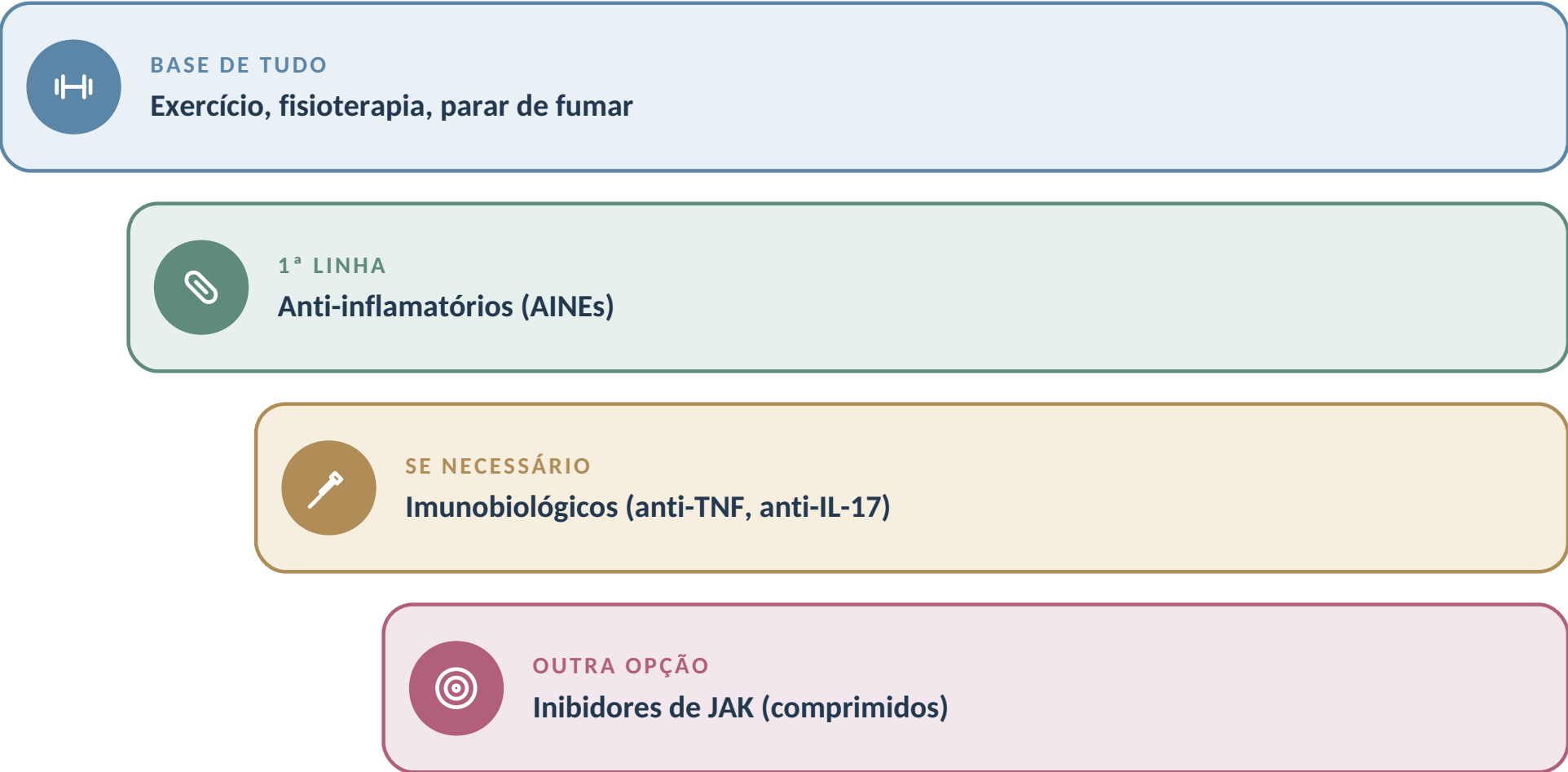
— Dr. Victor Berçot

CAPÍTULO 14

Os tratamentos

O tratamento combina o que você faz no dia a dia com os medicamentos. E sobe degrau a degrau, conforme a necessidade de cada pessoa.

O tratamento sobe degrau a degrau



Do alicerce ao tratamento avançado — sempre sob orientação médica

O tratamento mais importante talvez seja o exercício

✔ Movimento regular reduz a dor, melhora a rigidez, mantém a mobilidade da coluna, previne deformidades e diminui a fadiga. Natação, pilates, ioga, caminhada e musculação costumam ser muito bem tolerados.

Entendendo os medicamentos



Anti-inflamatórios (AINEs)

1ª linha. Reduzem dor e inflamação, com efeito em horas a dias. Cerca de 1 em cada 4 pacientes controla tudo só com eles.



DMARDs convencionais

Como sulfassalazina e metotrexato. Pouco efeito na coluna, mas úteis para juntas periféricas e outras manifestações.



Imunobiológicos

Anti-TNF e anti-IL-17. Mais potentes, para quando os AINEs não bastam. Cerca de 6 em cada 10 respondem bem.



Inibidores de JAK

Comprimidos que bloqueiam vias da inflamação dentro da célula. Eficácia parecida com a dos biológicos.

Tempo até fazer efeito



Os AINEs agem em horas a dias; os imunobiológicos costumam levar de 2 a 12 semanas; os inibidores de JAK, algumas semanas. Paciência no começo faz parte — converse com seu médico sobre o que esperar.

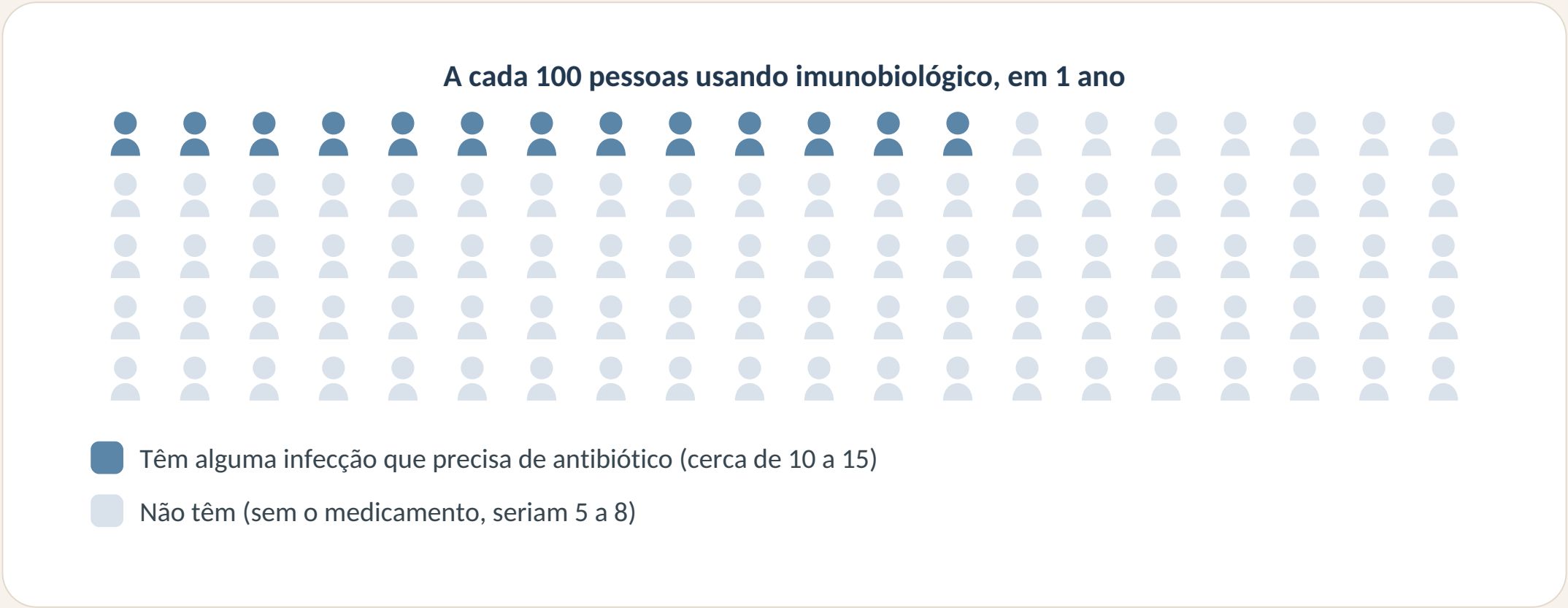
CAPÍTULO 15

Imunobiológicos: segurança e dúvidas

Começar um imunobiológico levanta medos legítimos. Vamos olhar os riscos reais, com números — sem minimizar nem assustar.

“Vou ter mais infecções?”

Sim, o risco sobe um pouco — principalmente resfriados e infecções simples, que costumam responder bem ao tratamento. Em números: a cada 100 pessoas usando imunobiológico, **cerca de 10 a 15 têm, em um ano, alguma infecção que precisa de antibiótico** — contra cerca de **5 a 8** entre quem não usa. As infecções graves, que exigem internação, são bem mais raras: em torno de **3 a 5 em cada 100 por ano**.



- O que fazemos para reduzir esse risco**
- Exames antes de começar (tuberculose, hepatites)
 - Vacinas em dia (veja o Capítulo 28)
 - Pausar o remédio durante infecções ativas
 - Procurar atendimento rápido se houver febre ou sinais de infecção

“Vou ter câncer?”

Essa é uma das preocupações mais comuns — e a boa notícia tranquiliza: estudos com milhares de pacientes ao longo de anos **não mostraram aumento importante no risco geral de câncer**. O sinal mais consistente é um pequeno aumento de câncer de pele não melanoma — altamente curável quando detectado cedo. Por isso recomendamos proteção solar e avaliação periódica da pele.

“Vou ficar dependente?”

A analogia dos óculos

“Dependência” não é a palavra certa — não há abstinência. É como usar óculos para enxergar: você não fica “viciado” neles, mas precisa deles enquanto a necessidade existir. O remédio controla a inflamação enquanto é usado. Se a doença ficar muito bem controlada por bastante tempo, dá para discutir reduzir a dose — sempre junto com seu médico.

E o que leio na internet?

💡
Relatos isolados assustam porque quem está bem raramente posta. Mais confiáveis são os estudos com milhares de pessoas e o acompanhamento do seu médico. Viu algo que te preocupou? Anote e traga para a consulta — a gente analisa juntos.

CAPÍTULO 16

A importância da fisioterapia

A fisioterapia é peça-chave do tratamento — e deve ser regular, não só nas crises de dor.



Mobilidade

Exercícios específicos mantêm a amplitude de movimento da coluna e das juntas.



Postura

Técnicas para manter a boa postura e prevenir deformidades.



Expansão do tórax

Exercícios respiratórios preservam a capacidade de expandir o tórax ao respirar.



Prevenção

Com regularidade e orientação, dá para frear a progressão de deformidades.

Constância vence intensidade



Pouco e sempre funciona melhor do que muito de vez em quando. A fisioterapia rende mais quando vira hábito — parte da sua rotina, como escovar os dentes.

CAPÍTULO 17

Exercício: o seu melhor remédio

Se há um “medicamento” sem bula que funciona na espondiloartrite, é o exercício. Ele reduz a dor, mantém a coluna móvel, melhora a fadiga e o humor. Mas surgem dúvidas — vamos a elas, uma por uma.

Posso fazer cada tipo de exercício?



Musculação

Sim, e é muito recomendada. Fortalece a musculatura que protege a coluna e as juntas. Faça com boa técnica e progri-da aos poucos.



Natação

Excelente. A água tira o peso das juntas e trabalha mobili-dade e respiração ao mesmo tempo. Uma das queridinhas.



Pilates

Ótimo para força do “núcleo”, postura e consciência corpo-ral. Combina muito bem com a doença.



Yoga

Bom para flexibilidade, respi-ração e relaxamento. Evite apenas posições de impacto ou que forcem demais o pes-coço.



Caminhada

Simple, gratuita e eficaz. Perfeita para começar e para os dias de menos energia.



Corrida

Em geral liberada se a doença está controlada e sem dor im-portante nos quadris/joelhos. Comece devagar e use bom tênis.

As duas dúvidas mais importantes

💡 “Posso alongar/treinar quando dói?”

Depende do tipo de dor. A **rigidez inflamatória** (aquela travada de manhã) **melhora com o movimento** — alongar e se mexer ajuda. Já uma dor **aguda e localizada**, como após uma torção, pede cautela e ava-liação. Na dúvida: movimentos suaves, sem forçar. Dor que aumenta muito e persiste é sinal de parar e conversar com seu médico.

⚠️ “E durante uma crise — paro tudo?”

Quase nunca é preciso parar por completo. **Reduza a carga e a intensidade**, troque o treino pesado por mobilidade leve, alongamento e respiração. Repouso total prolongado costuma piorar a rigidez. Pare de fato apenas em situações específicas (febre, infecção, dor aguda intensa) — e retome aos poucos assim que possível.

Uma semana equilibrada



Mobilidade & alongamento

Quase todos os dias, sobretudo de manhã para “destravar”. Poucos minutos já ajudam.



Fortalecimento

2 a 3 vezes por semana — musculação ou pilates.



Aeróbico

2 a 3 vezes por semana — caminhada, natação, bike ou corrida leve.



Respiração & postura

Exercícios para expandir o tórax e manter a coluna ereta.

✦ Regra de ouro do exercício

O melhor exercício é **aquele que você consegue manter**. Comece leve, seja constante e ajuste nos dias ruins em vez de desistir. Se possível, conte com a orientação de um fisioterapeuta ou educador físico que conheça a doença.

05

PARTE 5

Viver bem

O que você faz no dia a dia pesa tanto quanto os remédios. Hábitos, alimentação, sono, mente, cigarro e álcool — o que ajuda e o que atrapalha.

CAPÍTULO 18

10 hábitos que ajudam a controlar a doença

Pequenas escolhas, repetidas, mudam o rumo da doença. Use esta lista como um mapa — e marque o que já faz parte da sua vida.

- 1

Mexa-se todo dia
Exercício é o tratamento mais importante. Encontre algo que goste e mantenha.
- 2

Faça fisioterapia
De forma regular, não só nas crises. Mobilidade e postura agradecem.
- 3

Tome os remédios certo
Sem pular nem suspender por conta própria. Constância controla a inflamação.
- 4

Não fume
O cigarro piora tudo: dor, dano e resposta ao tratamento.
- 5

Durma bem
Sono reparador reduz dor e fadiga. Crie uma rotina de descanso.
- 6

Cuide da alimentação
Equilíbrio e peso saudável aliviam as juntas e a inflamação.
- 7

Cuide da mente
Ansiedade e dor se retroalimentam. Pedir ajuda é força, não fraqueza.
- 8

Mantenha as vacinas
Especialmente se usar imunossupressores. Proteção que vale ouro.
- 9

Vá às consultas
Mesmo bem. O acompanhamento detecta o que você não sente.
- 10

Conheça os sinais de alerta
Saber quando procurar ajuda evita complicações sérias.

✦

Comece por um
Não precisa mudar tudo de uma vez. Escolha **um hábito** para fortalecer este mês. Quando virar automático, vá para o próximo.

CAPÍTULO 19

Alimentação

Vamos ser francos: nenhuma dieta cura a espondiloartrite. Desconfie de promessas milagrosas. Mas comer bem ajuda — e muito.



Peso saudável

Menos sobrecarga nas juntas, especialmente quadris, joelhos e coluna.



Dieta mediterrânea

Frutas, verduras, peixes, azeite e grãos integrais — com possível efeito anti-inflamatório.



Fibras

Boas para o intestino, que tem relação direta com o sistema imune.



Proteínas

Importantes para manter a massa muscular, sobretudo se você treina.



Vitamina D

Importante para os ossos. Muitos pacientes têm falta — mas a reposição deve seguir a dosagem no sangue e a orientação médica, sem se automedicar.



Cálcio

Ajuda a prevenir a osteoporose, um risco a mais na doença.



Regra de ouro

Em vez de buscar “o alimento proibido”, busque o **padrão**: comida de verdade, variada e na medida certa. Mudanças grandes de dieta, converse antes com seu médico ou nutricionista.

Sono

O sono é frequentemente esquecido — e é muito importante. Mais da metade dos pacientes tem noites ruins, e isso tem explicação.



Inflamação, dor, sono ruim e fadiga se alimentam — quebrar o ciclo em qualquer ponto ajuda



Para dormir melhor

- Horários regulares para dormir e acordar
- Quarto escuro, silencioso e na temperatura certa
- Evitar telas (celular, TV) antes de dormir
- Exercício durante o dia, mas não perto da hora de dormir
- Evitar cafeína à tarde e à noite
- Tratar bem a dor — converse com seu médico
- Técnicas de relaxamento antes de deitar



Se o sono não melhora

Converse com seu médico. Às vezes um ajuste no tratamento ou a investigação de um distúrbio do sono fazem toda a diferença.

CAPÍTULO 21

Saúde mental

Conviver com uma doença crônica mexe com a mente. Isso é normal e merece ser levado a sério — tão a sério quanto a saúde do corpo.



Ansiedade

Preocupações com o futuro, o trabalho e os remédios são comuns.



Depressão

Dor, fadiga e limitações podem abrir caminho para ela. Tratável.



Dor crônica

A dor que insiste afeta humor, sono e energia — e vice-versa.



Catastrofizar

Imaginar sempre o pior aumenta a percepção de dor. Dá para reaprender.



Estratégias que ajudam

- Buscar apoio psicológico ou psiquiátrico quando precisar
- Participar de grupos de apoio
- Praticar relaxamento e atenção plena (mindfulness)
- Manter-se ativo fisicamente
- Cultivar conexões e conversar abertamente com quem ama
- Não ter vergonha de pedir ajuda



Cuidar da mente também trata a dor

Tratar ansiedade e depressão melhora o controle da dor e a qualidade de vida. A saúde mental é parte do tratamento — não um extra.

CAPÍTULO 22

Tabagismo

Este é um dos capítulos mais importantes do guia. Se há uma única mudança de maior impacto, é parar de fumar.



Pior resposta

Fumantes respondem pior aos remédios, inclusive aos biológicos.



Mais dano

O cigarro acelera a progressão de dano na coluna.



Mais inflamação

O tabagismo aumenta a inflamação no corpo todo.



Parar melhora — e nunca é tarde

Estudos mostram que largar o cigarro melhora a resposta ao tratamento e reduz a progressão da doença. É difícil, sim — e existem programas, medicamentos e terapias que ajudam. Peça apoio ao seu médico; você não precisa fazer isso sozinho.

CAPÍTULO 23

Álcool

Em geral, consumo moderado é permitido — mas depende dos remédios que você usa.

Atenção às combinações



- **Metotrexato:** o álcool aumenta o risco de dano ao fígado
- **Anti-inflamatórios:** mais risco para estômago e fígado
- **Outros medicamentos:** confirme sempre com seu médico

O álcool pode interagir com vários medicamentos, aumentando efeitos colaterais ou reduzindo a eficácia. Se o seu médico liberar, vá com moderação e evite excessos.

06

PARTE 6

Vida e rotina

Trabalho, viagens, ter filhos, intimidade, vacinas e a saúde do coração. As perguntas da vida real — respondidas com cuidado e sem rodeios.

CAPÍTULO 24

Trabalho, dirigir e viajar

A vida segue — e, com a doença controlada, segue plena. Veja as dúvidas mais comuns do dia a dia.



Posso trabalhar?

Sim. A maioria trabalha normalmente, especialmente com o tratamento adequado.



Posso dirigir?

Sim, se a mobilidade do pescoço estiver preservada e a dor controlada. Atenção a remédios que dão sono.



Posso viajar?

Sim. Planeje pausas para se mover em trajetos longos e leve os remédios na bagagem de mão.



Posso pegar peso?

Depende. Evite excessos, sobretudo com a coluna rígida, e use a técnica certa para levantar.



Adaptações e direitos

Se o trabalho exige muito esforço físico ou posturas longas, adaptações podem ajudar. Em alguns casos, há direito a ajustes no ambiente ou benefícios. Converse com seu médico e, se necessário, com o médico do trabalho.

CAPÍTULO 25

Gravidez

Ter filhos é totalmente possível. O segredo é planejar com antecedência junto ao reumatologista.



Planeje antes

Alguns remédios precisam ser ajustados ou suspensos antes de engravidar. O ideal é doença controlada.



Remédios

Vários são seguros na gravidez; outros não. O médico ajusta o tratamento conforme cada fase.



Amamentação

Muitos medicamentos são compatíveis com a amamentação. Converse caso a caso.



Fertilidade

A doença em si não reduz a fertilidade feminina. Alguns remédios podem, mas geralmente de forma reversível.

Regra de ouro do planejamento



O **metotrexato** (o mesmo medicamento citado no capítulo de tratamentos) deve ser suspenso bem antes de engravidar. Já vários imunobiológicos podem ser mantidos. Nunca ajuste nada sozinha — é uma decisão conjunta com seu reumatologista e obstetra.

CAPÍTULO 26

Homens e fertilidade

Uma dúvida importante e pouco falada: a doença e seus remédios afetam a fertilidade masculina?



A doença

Em geral, a espondiloartrite não afeta a fertilidade do homem.



Sulfassalazina

Pode reduzir temporariamente os espermatozoides — efeito que costuma se reverter após parar.



Metotrexato

O mesmo metotrexato usado no tratamento deve ser suspenso alguns meses antes de tentar engravidar a parceira.

E os imunobiológicos na paternidade?

Boa notícia para os homens: os imunobiológicos em geral **não prejudicam a fertilidade nem impedem a paternidade**. Os anti-TNF, em especial, costumam ser considerados compatíveis com a tentativa de ter filhos. Assim como na gravidez (Capítulo 25), quem ajusta o quê é o seu reumatologista.

Planejando ter filhos?

Converse com o reumatologista antes. Pode ser necessário ajustar a medicação com alguns meses de antecedência.

CAPÍTULO 27

Intimidade e vida sexual

Este é um tema legítimo e importante — e muitas vezes ninguém toca nele na consulta. Aqui ele tem espaço, com respeito e sem constrangimento.

Você não está sozinho

✔ Mais da metade dos pacientes percebe alguma mudança na vida sexual em algum momento. Dor, rigidez, fadiga, autoestima e até alguns remédios podem influenciar. A boa notícia: **uma vida sexual satisfatória é possível** — quase sempre é questão de adaptar.

O que costuma atrapalhar

- Dor e rigidez, sobretudo em quadris e coluna
- Fadiga, que reduz energia e desejo
- Preocupações com imagem corporal e desempenho
- Alguns medicamentos

O que ajuda



Tempo certo

Escolha os horários de mais energia e menos rigidez — em geral, não logo de manhã.



Preparo

Analgésico cerca de 30–60 min antes (se indicado) e alongamentos suaves podem facilitar.



Posições

Experimente posições que não forcem as juntas mais afetadas; almofadas de apoio ajudam.



Conversa

Falar abertamente com o parceiro sobre o que é confortável muda tudo.

Intimidade é mais ampla que penetração

✦ Carícias, massagem e outras formas de toque podem ser tão satisfatórias quanto. E há ajuda disponível: para dificuldades de ereção ou ressecamento existem tratamentos eficazes e seguros — e psicólogos e terapeutas sexuais podem apoiar você e seu parceiro. Não tenha vergonha de trazer o tema à consulta.

CAPÍTULO 28

Vacinas

Vacinas são fundamentais — sobretudo para quem usa imunossupressores, que têm maior risco de infecções.



Recomendadas

Influenza (anual), pneumococo, hepatite B (se não imune), COVID-19 e tétano em dia.



Herpes-zóster

A vacina recombinante (não viva) é indicada sobretudo acima dos 50 anos ou para quem usa imunossupressores. Em pacientes mais jovens, depende da avaliação individual — pergunte ao seu médico.



Por que evitar vacinas vivas

Elas contêm uma versão enfraquecida do vírus. Com o sistema imune “freado” pelos remédios, esse vírus atenuado pode, em casos raros, causar a própria infecção que deveria prevenir. Por isso febre amarela e tríplice viral costumam ser evitadas durante o uso de imunobiológicos. Converse sempre com o médico.



Antes de começar

O ideal é atualizar o calendário antes de iniciar imunossupressores.



Sempre avise

Informe a quem aplica a vacina que você tem espondiloartrite e quais remédios usa.



Planeje com antecedência

Se um imunobiológico está no horizonte, adiantar as vacinas necessárias rende muito mais proteção. Vale conversar sobre isso já na próxima consulta.

CAPÍTULO 29

Coração e vasos

A inflamação crônica não afeta só as juntas — ela também mexe com os vasos. Por isso, cuidar do coração faz parte do tratamento.

Pacientes com espondiloartrite têm risco cardiovascular um pouco maior. A boa notícia é que **controlar a inflamação protege o coração** — e os anti-TNF, por exemplo, estão associados a menos eventos cardiovasculares.

- ☒ **Como proteger seu coração**
- Não fumar (o passo de maior impacto)
 - Manter a doença bem controlada
 - Controlar pressão, colesterol, açúcar e peso
 - Exercício regular e alimentação equilibrada
 - Acompanhar esses indicadores nas consultas

 **Um detalhe que tranquiliza**

Há um dado curioso: na espondiloartrite **com inflamação ativa**, os anti-inflamatórios parecem não aumentar o risco cardiovascular como aumentam na população geral — provavelmente porque controlam a inflamação, que é a verdadeira vilã. **Mas isso não vale para todos:** em quem já tem doença cardiovascular (infarto, AVC, insuficiência cardíaca), o uso de AINEs segue exigindo cautela e avaliação individual. Por isso, quem decide se, quando e por quanto tempo usar é sempre o seu médico.

07

PARTE 7

Acompanhamento e segurança

Por que continuar o acompanhamento mesmo bem, quais sinais pedem atenção rápida e como montar o seu plano de ação pessoal.

capítulo 30

Acompanhamento: por que retornar mesmo bem

Sentir-se bem é a meta — não o fim do cuidado. O acompanhamento regular é o que mantém você bem.



A analogia do carro

Você leva o carro para a revisão mesmo quando ele está rodando bem, para prevenir problemas. Com a espondiloartrite é igual: a doença pode estar ativa “por baixo”, sem sintomas evidentes, e a revisão flagra o que você não sente.

Por que continuar voltando

- Monitorar a atividade da doença — inclusive a inflamação silenciosa
- Acompanhar os efeitos dos medicamentos com exames de rotina
- Ajustar o tratamento quando necessário
- Manter as vacinas em dia
- Rastrear complicações (ossos, coração)



Doença ativa / início

Consultas mais frequentes, para acertar o tratamento.



Doença controlada

Em geral, a cada 3 a 6 meses — com acesso rápido se algo mudar.



Por que não parar o remédio por conta própria

Quando o tratamento é interrompido sem orientação, a maioria das pessoas tem retorno dos sintomas em semanas a meses. Mudanças de dose existem, sim — mas são decididas com seu médico, no momento certo.

CAPÍTULO 31

Sinais de alerta: quando procurar ajuda

A maioria das complicações é rara — mas reconhecê-las cedo evita problemas sérios. Guarde esta página.

Procure atendimento de emergência se tiver



- **Olho vermelho e dolorido** com sensibilidade à luz (uveíte) — oftalmologista no mesmo dia
- **Perda importante da visão**
- **Perda de controle da urina ou do intestino** ou dormência na região genital
- **Fraqueza nas pernas** súbita ou progressiva
- **Dor intensa na coluna após trauma**, mesmo leve (risco de fratura)
- **Febre alta persistente**, sobretudo usando imunossupressores

Entre em contato com seu reumatologista se tiver



- Febre baixa que não passa ou tosse por mais de 3 semanas
- Piora importante da dor nas costas
- Qualquer sintoma nos olhos, mesmo leve
- Lesões novas na pele
- Reações importantes a medicamentos (alergia, dor abdominal forte, pele amarelada)

Carregue suas informações



Se você usa imunobiológico, é útil ter sempre à mão: o nome do remédio, alergias e o contato do seu médico — para mostrar a qualquer profissional, inclusive antes de cirurgias.

CAPÍTULO 32

Meu plano de ação pessoal

Preencha com seu médico e mantenha por perto. Um plano claro transforma o susto em ação.



Meus dados

Nome

Tipo de espondiloartrite

HLA-B27 (positivo / negativo)

Manifestações já apresentadas



Meus medicamentos

Medicamento	Dose	Frequência

Emergência — pronto-socorro

Meu reumatologista

Oftalmologista (uveíte)

Antes de cirurgias, lembrar de

08

PARTE 8

Recursos

Mitos e verdades, as perguntas mais frequentes e páginas em branco para anotar tudo o que importa levar à consulta.

CAPÍTULO 33

Mitos e verdades

Informação errada gera medo desnecessário. Vamos separar o que é boato do que é fato.



MITO

É apenas dor nas costas.



VERDADE

É uma doença inflamatória que pode afetar várias partes do corpo — olhos, pele, intestino e mais.



MITO

Todo paciente acaba “travado”.



VERDADE

Com o tratamento adequado, a maioria não desenvolve rigidez grave da coluna.



MITO

Quem tem HLA-B27 vai ter espondilite.



VERDADE

A maioria das pessoas com HLA-B27 positivo nunca desenvolve a doença.



MITO

Não posso fazer musculação.



VERDADE

Musculação é recomendada e benéfica, desde que feita com orientação.



MITO

Exercício piora a doença.



VERDADE

Exercício é um dos tratamentos mais importantes — e melhora os sintomas.



MITO

Vou precisar parar de trabalhar.



VERDADE

A maioria dos pacientes trabalha normalmente.



MITO

Todo biológico causa câncer.



VERDADE

O risco é muito baixo e, na maioria das vezes, os benefícios superam os riscos.



A maior verdade de todas

Com o tratamento adequado, a maioria das pessoas com espondiloartrite leva uma vida normal — trabalha, pratica esportes, viaja e tem excelente qualidade de vida.

CAPÍTULO 34

Perguntas frequentes

As dúvidas que mais ouço no consultório, respondidas de forma direta.

P. Vou precisar usar remédio para sempre?

Depende. Alguns conseguem reduzir ou até suspender após longos períodos de remissão — sempre sob orientação. Muitos precisam de tratamento contínuo.

P. Posso correr?

Geralmente sim, se a doença estiver controlada. Comece devagar e ouça seu corpo.

P. Posso fazer pilates?

Sim. É excelente para fortalecer a musculatura e melhorar a postura.

P. Academia ajuda?

Sim. Musculação e exercícios de fortalecimento são muito benéficos.

P. Posso fazer RPG?

Sim. A Reeducação Postural Global pode ajudar com postura e alongamento.

P. A doença encurta a vida?

Não. Com o tratamento adequado, a expectativa de vida é normal.

P. Posso doar sangue?

Depende dos medicamentos em uso. Verifique com o hemocentro e com seu médico.

P. Posso tomar uma taça de vinho?

Em geral sim, com moderação — mas depende dos seus remédios. Confirme com seu médico.

P. Posso fazer tatuagem?

Geralmente sim, mas há um risco um pouco maior de infecção, sobretudo com imunossupressores. Converse com seu médico antes.

CAPÍTULO 35

Espaço para anotações

Use estas páginas para registrar o que importa — e leve à sua próxima consulta. Quanto mais detalhes, melhor o cuidado.

Meus sintomas

Onde dói, desde quando, o que melhora e o que piora

Rigidez de manhã

Quanto tempo dura ao acordar



Diário de crises

Registre cada crise por data. Com o tempo, esse pequeno diário revela padrões e gatilhos — e ajuda muito o seu médico a ajustar o tratamento.

Data	Intensidade (0–10)	O que senti / possível gatilho	O que ajudou
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			



Meus medicamentos

Nome, dose, horários e efeitos percebidos



Dúvidas para a próxima consulta

Anote para não esquecer na hora

REFERÊNCIAS

Fontes científicas

Este e-book foi baseado em revisões e diretrizes médicas atuais. As principais fontes consultadas:

Bittar M, Deodhar A. **Axial Spondyloarthritis: A Review.** JAMA, 2025.

Navarro-Compán V, Sepriano A, Capelusnik D, Baraliakos X. **Axial Spondyloarthritis.** Lancet, 2025.

Sieper J, Poddubnyy D. **Axial Spondyloarthritis.** Lancet, 2017.

Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. **Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis.** N Engl J Med, 2016.

Taitt HA, Balakrishnan R. **Spondyloarthritis.** Immunol Allergy Clin North Am, 2023; 43(3):593–612.

Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. **2019 ACR/SAA/SPARTAN Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Non-radiographic Axial SpA.** Arthritis Rheumatol, 2019.

Bass AR, Chakravarty E, Akl EA, et al. **2022 ACR Guideline for Vaccinations in Patients With Rheumatic and Musculoskeletal Diseases.** Arthritis Care Res, 2023.

Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, et al. **2020 ACR Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases.** Arthritis Rheumatol, 2020.

Pluma A, Hamroun S, Rüegg L, et al. **Antirheumatic Drugs in Reproduction, Pregnancy, and Lactation — 2024 EULAR Update.** Ann Rheum Dis, 2025.

Sandborg CI, Schulert GS, Kimura Y. **Juvenile Idiopathic Arthritis.** N Engl J Med, 2025.

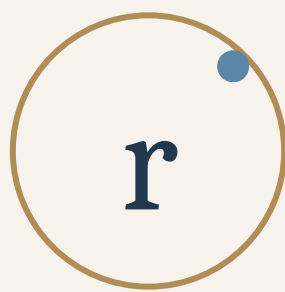
Sen R, Caplan L, Danila MI. **Cardiovascular Disease in Spondyloarthritis.** Curr Opin Rheumatol, 2024.

Somer M, Battista S, Grange J, et al. **Sexual Function in Axial Spondyloarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis.** Rheumatology, 2025.

Reveille JD, Eder L, Ziade N, et al. **Global Epidemiology of Spondyloarthritis.** Nat Rev Rheumatol, 2025.

Lembrete final

Este material é educativo e não substitui a avaliação do seu médico. As decisões sobre o seu tratamento são sempre individuais e compartilhadas com a sua equipe de saúde.



DR. VICTOR BERÇOT

REUMATOLOGISTA • CRM 235187 • RQE 104367

*“Informação que transforma.
Cuidado que faz a diferença.”*

Você chegou ao fim deste guia — mas o cuidado continua. Leve suas dúvidas e anotações à consulta.
Estamos juntos nessa jornada.