

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

THAIS CAMPOS DE PAULA MARTINS

**A IMPORTÂNCIA DO EXAME CLÍNICO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE
DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: ESTUDO DE CASOS DE ARTERITE DE
TAKAYASU**

São Luís

2018

THAIS CAMPOS DE PAULA MARTINS

**A IMPORTÂNCIA DO EXAME CLÍNICO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE
DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: ESTUDO DE CASOS DE ARTERITE DE
TAKAYASU**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Médico.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Co-orientadora: Prof^ª. Me. Adriana Lima dos Reis Costa

São Luís

2018

M379i

Martins, Thais Campos de Paula

A importância do exame clínico no diagnóstico precoce de doenças reumatológicas: estudo de casos de arterite de Takayasu / Thais Campos de Paula Martins. – São Luís, 2018.

36 f. il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Lacerda Barbosa.
Co-orientadora: Prof^a. Me. Adriana Lima dos Reis Costa

Artigo (Graduação em Medicina) – Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina.
Inclui bibliografia.

1. Arterite de Takayasu. 2. Exame físico. 3. Diagnóstico. I. Título. II. Barbosa, Maria do Carmo Lacerda. III. Costa, Adriana Lima dos Reis.

CDU: 616.13-007.64

THAIS CAMPOS DE PAULA MARTINS

**A IMPORTÂNCIA DO EXAME CLÍNICO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE
DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: ESTUDO DE CASOS DE ARTERITE DE
TAKAYASU**

Trabalho de conclusão de curso em formato de artigo científico, a ser submetido à “Revista Brasileira de Educação Médica”, apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do grau de Médico.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Maria do Carmo Lacerda Barbosa
Universidade Federal do Maranhão
Orientadora

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão
1º Examinador

Prof^ª Me. Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares
Universidade Federal do Maranhão
2º Examinador

Prof^ª Esp. Sheila Ricci Amaral
Universidade Federal do Maranhão
3º Examinador

O que importa é que sempre é possível e necessário "Recomeçar".
Recomeçar é dar uma chance a si mesmo. É renovar as esperanças na vida.
Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em particular ao curso de medicina, pela oportunidade de aprendizado e por ter construído médicos críticos e conscientes. Levarei com orgulho o brasão da UFMA para o meio profissional e pra vida, o lema “A vida é combate”.

À Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa, por ter sido mais do que professora e orientadora, foi paciente e carismática, independente da profundidade do problema, sempre disposta a ajudar no crescimento profissional e acadêmico das pessoas ao seu redor. Obrigada à Profa. Me. Adriana Lima dos Reis Costa, por ser essa pessoa maravilhosa, por ter acreditado em mim e me feito sentir confiante, diante das dificuldades. Obrigada a vocês duas, por terem sido sempre fonte de inspiração profissional que levarei por toda a minha vida.

Ao Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA) por ter sido fonte de ensinamento para a prática médica.

À minha primeira paciente da enfermagem, na condição de interna, a qual foi diagnosticada com Arterite de Takayasu, durante o meu estágio. Obrigada por me ensinar tanto sobre a doença, e ter sido fonte de incentivo para estudar suas características.

À Turma 96 de Medicina da UFMA, por todas as experiências vividas, pelo companheirismo, fidelidade e apoio.

A todos os funcionários que contribuíram de alguma forma na concretização deste trabalho: meus sinceros agradecimentos!

Adscriptio

Agradeço à Deus pela dádiva da vida e saúde e por ter abençoado meu percurso, com oportunidades que me conduziram à conclusão deste trabalho.

Agradeço aos meus pais Francisco de Paula Martins e Maria de Lourdes Campos, por acreditarem e investirem em um futuro melhor. Mãe, você foi essencial nessa jornada. Obrigada pelo apoio e consolo nos momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos por não medirem esforços diante de um pedido de ajuda, mesmo quando distante.

Ao Annibal Gouvêa Franco por estar à disposição e por me oferecer conforto nos momentos de fraqueza.

Aos amigos que superaram a distância física e se fizeram presentes em toda a minha vida acadêmica.

AVE- Acidente Vascular Encefálico

CAR- Colégio Americano de Reumatologia

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HUUFM- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

A

MMSS- Membros Superiores

MMII- Membros Inferiores

mmHg- milímetros de mercúrio

UDI- Nome do hospital particular onde alguns pacientes foram atendidos

VHS- Velocidade de Hemossedimentação

AT- Arterite de Takayasu

RESUMO

INTRODUÇÃO: Com tantos recursos de imagem, o exame clínico ainda é importante? Apesar das dificuldades surgidas com a progressiva fragmentação dos saberes clínicos, em uma era tecnológica, é essencial que o paciente seja visto como pessoa singular. Assim, a propedêutica médica é indispensável para o diagnóstico de doenças, especialmente as auto-imunes. A Arterite de Takayasu (AT) é um exemplo de doença que constantemente tem atraso no diagnóstico, com sinais e sintomas clínicos vitais não adequadamente valorizados. **OBJETIVOS:** Reafirmar a importância da propedêutica médica para a investigação diagnóstica precoce de doenças do tecido conjuntivo. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo descritivo, através da análise de casos de Arterite de Takayasu. Os dados foram coletados de prontuários do Hospital UDI e do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), em São Luís, estado do Maranhão, Brasil, compreendendo o período de 1993 a 2010. Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA. **RESULTADOS:** Houve atraso considerável no diagnóstico por ausência de exame clínico acurado. O uso de exames complementares, sem indicação precisa prejudicou o diagnóstico precoce da doença. A observação segmentada do paciente, especialmente nos casos de lesões cutâneo-mucosas não permitiu a correlação com vasculites de natureza autoimune. As manifestações mais frequentes foram cefaléia (63,6%), tonturas (63,6%), sopro arterial (54,5%) e diminuição ou ausência de pulsos (54,5%). Foram observadas algumas manifestações iniciais raras da Arterite de Takayasu entre elas coreia, dor abdominal, amaurose, lesão ulcerada de pele e de mucosas. **CONCLUSÃO:** A avaliação clínica do paciente é imprescindível para a investigação diagnóstica de doenças do conjuntivo, a exemplo a Arterite de Takayasu, cujos critérios envolvem principalmente a identificação de alterações no exame físico.

Palavras-chave: Arterite de Takayasu. Exame Físico. Diagnóstico.

ABSTRACT

BACKGROUND: With high imaging technologies, is clinical examination still matters? Despite the physician's graduation difficulty of the fragmentation of clinical knowledge, communication and physical exam in a technological era, are essential to patient be seen as an individual person. Thus, vital signs and patient history are important to the diagnosis of diseases, especially as autoimmune pathologies. Takayasu's arteritis is an example of clinical pathology that constantly has delay diagnosis, with signs and symptoms are not perceived at exam by some doctors. **OBJECTIVES:** Reaffirm the importance of physical examination to proper diagnosis in rheumatology diseases. **METHODS:** This was a retrospective, descriptive study, with patients with Takayasu arteritis in São Luís, city from state of Maranhão, in northeast of Brazil. Data were collected from medical records of a private hospital and Scholar Hospital from University Federal of Maranhão, comprising the period from 2000 to 2011. The study was approved by the Ethics Committee of Research. **RESULTS:** There was a delay diagnosis of Takayasu's Arteritis. The most frequent manifestations were headaches (63.6%), lightheadedness (63.6%), arterial bruit (54.5%) and decrease or absence of pulses (54.5%). The survey reported rare presentation of Takayasu's Arteritis with abdominal pain, skin lesions, visual impairment and chorea. **CONCLUSION:** Even though with rare initial signs there was a delay diagnosis with Takayasu's disease. Therefore, patient's clinical exam and trials are critically important to a proper diagnostic investigation, especially in rheumatology disease, example Takayasu's Arteritis.

Keywords: Takayasu's arteritis. Physical exam. Diagnosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA	14
3 RESULTADOS	16
4 DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A –	31
ANEXO B –	34

ARTIGO A SER SUBMETIDO

**A IMPORTÂNCIA DO EXAME CLÍNICO NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE
DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: ESTUDO DE CASOS DE ARTERITE DE
TAKAYASU**

CLINICAL EXAM IMPORTANCE IN EARLY DIAGNOSIS OF RHEUMATOLOGY
DISEASE: TAKAYASU'S DISEASE CASES REPORTS

Thais Campos de Paula Martins¹

Adriana Lima dos Reis Costa²

Maria do Carmo Lacerda Barbosa³

¹ Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

² Coordenadora do Estágio Curricular Obrigatório do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

³ Professora adjunta do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão

1 INTRODUÇÃO

A inserção dos adventos tecnológicos na área da saúde foi capaz de auxiliar o diagnóstico e o tratamento de patologias, influenciando a prática médica¹. Com a relativa facilidade de acesso aos exames de imagem, como, por exemplo, ressonância magnética e ultrassonografias, dentre outros exames complementares, o exercício da medicina encontra-se em constante transformação². No entanto, a tecnologia não é capaz de substituir a relação médico-paciente, a anamnese ou o exame físico, condições essenciais para o diagnóstico precoce na maioria das doenças, entre as quais as do tecido conjuntivo¹.

De fato, a formação médica, pautada no modelo hospitalocêntrico, favoreceu a concepção centrada no individualismo e em propostas curativas, de tal forma que o conhecimento tornou-se cada vez mais especializado, em detrimento da formação do médico generalista³. Além disso, o surgimento e a inserção de inúmeras especialidades no currículo médico corroboraram para o impacto desse modelo de formação fragmentada¹. Ao longo do tempo, ocorreu a progressiva substituição do exame clínico por exames complementares e por tecnologias pesadas, muitas vezes sem um raciocínio clínico prévio que servisse de suporte para a hipótese diagnóstica⁴.

Todos esses avanços científicos, por assim dizer, trouxeram, evidentemente, muitos benefícios à prática médica. Contudo, com o passar do tempo e com a banalização que se observou na sua utilização, a formação médica parece ter deixado de lado aspectos fundamentais para o bom exercício da medicina⁴. A anamnese e o exame físico primorosos são elementos da propedêutica médica que constituem as primeiras ferramentas para um diagnóstico preciso⁵. Somente a partir deles é possível que o médico desenvolva a intuição, dedução, indução e estabeleça uma análise crítica sobre possibilidades diagnósticas, com objetividade, possibilitando definir os exames complementares a serem solicitados⁶.

Na reumatologia, a importância da avaliação propedêutica não foge às regras⁵. As doenças difusas do tecido conjuntivo têm o seu diagnóstico essencialmente estabelecido a partir de informações clínicas, apesar dos exames laboratoriais ou de imagem auxiliarem na confirmação do diagnóstico⁵.

Dentre as doenças do tecido conjuntivo, existe a Arterite de Takayasu, uma vasculite crônica que acomete os grandes vasos, caracterizada pela inflamação granulomatosa da aorta e dos seus principais ramos⁷. A etiologia dessa patologia ainda é desconhecida, com resposta imune influenciada por etnias e fatores genéticos⁷.

A incidência anual da doença varia de 2,6 casos por milhão nos Estados Unidos a 40 casos por milhão no Japão^{8,9,10} e acomete predominantemente adultos jovens na terceira e quarta décadas de vida¹¹, com crescentes relatos em crianças⁴.

O quadro clínico apresenta três fases: fase inicial, caracterizada pela presença de sintomas inespecíficos como febre, perda de peso, tontura, cefaléia, mialgia, carotidínea e artralgia; a segunda fase, que corresponde à inflamação, com início do processo de estenose vascular ou dilatação que surgem meses ou anos mais tarde, associadas aos sintomas álgicos e posteriormente isquêmicos; e a terceira fase, marcada pela ocorrência de fibrose, dilatação aneurismática com diminuição ou ausência de pulsos periféricos, regurgitação aórtica, sopros arteriais, diferença da pressão arterial entre os membros heterólogos e hipertensão arterial sistêmica^{8,11}.

Ainda que seja uma patologia rara, o diagnóstico da Arterite de Takayasu é essencialmente clínico, podendo ser estabelecido pela presença de três ou mais critérios desenvolvidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (CAR)¹².

Dentre os seis critérios diagnósticos estabelecidos pelo CAR, cinco têm como base informações clínicas relevantes, quais sejam: idade menor que 40 anos, diminuição dos pulsos braquiais, claudicação de extremidades, diferença de 10 mmHg na pressão arterial sistólica entre os

membros superiores e sopros em artéria subclávia e aorta¹². Tais dados clínicos podem ser identificados através da anamnese e do exame físico¹³. Apesar disso, o retardo no diagnóstico da AT é bastante comum e se atribui ao início insidioso e às manifestações clínicas inespecíficas, comuns a várias outras doenças. Desta forma, a mensuração da pressão arterial de maneira adequada, o exame dos pulsos arteriais e a ausculta do precórdio pode, de maneira precoce, direcionar o médico para a investigação de Arterite de Takayasu^{8, 11}.

O propósito do presente trabalho é reafirmar a importância da propedêutica médica na indução de um raciocínio clínico, utilizando a experiência dos autores no diagnóstico de uma doença rara do tecido conjuntivo. Tal modo de se pensar, ensinar e praticar a medicina nos levou a nosso objeto de estudo, que cursa com sintomas e sinais clínicos que, se bem avaliados, podem facilitar e antecipar o seu diagnóstico.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo descritivo através da análise de casos de Arterite de Takayasu, diagnosticados conforme os critérios do CAR¹² (Tabela 1) e pelos critérios modificados por Sharma et al. (Tabela 2)¹⁴.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos do Colégio Americano de Reumatologia ¹²

Idade menor que 40 anos Diminuição dos pulsos braquiais Claudicação de extremidades Diferença maior ou igual a 10 mmHg na pressão arterial sistólica entre membros superiores Sopros em artéria subclávia e aorta Alterações angiográficas de aorta e seus arcos principais
--

Tabela 2. Critérios diagnósticos modificados para Arterite. Sharma et al. 1995¹⁴

CRITÉRIOS	DEFINIÇÃO
	A presença de dois critérios maiores ou um maior e dois menores ou quatro critérios menores sugerem alta probabilidade de Arterite de Takayasu.
Critérios maiores	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesão na porção média da artéria subclávia esquerda 2. Lesão na porção média da artéria subclávia direita 3. Sinais e sintomas característicos com pelo menos um mês de duração. Estes incluem claudicação dos membros, ausência de pulso ou diferença entre pulsos, tensão arterial não mensurável ou com uma diferença > a 10 mmHg na sistólica, febre, cervicalgia, amaurose transitória, visão turva, síncope, dispneia ou palpitações
Critérios menores	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Velocidade de hemossedimentação elevada: VHS persistentemente elevada e de forma não explicada (> 20 mm/h) 2. Artéria carótida sensível à palpação 3. Hipertensão 4. Regurgitação aórtica ou ectasia anuloaórtica 5. Lesão da artéria pulmonar 6. Lesão na porção média da artéria carotídea primitiva esquerda 7. Lesão do tronco braquiocefálico distal 8. Lesão da artéria torácica descendente 9. Lesão da aorta abdominal 10. Lesão de artéria coronária

Os dados foram coletados de prontuários e fichas de atendimento dos pacientes do

Hospital UDI e do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), em São Luís, Maranhão, compreendendo o período de 1993 a 2010.

O Estudo dos casos foi feito pelo programa Excel 2010[®] para a caracterização clínica da amostra, de forma que os dados serão descritos em média, variação e percentual.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do HUUFMA, conforme o parecer nº 380/10, em 15 de dezembro de 2010 e sob protocolo 6227 / 2010-40.

3 RESULTADOS

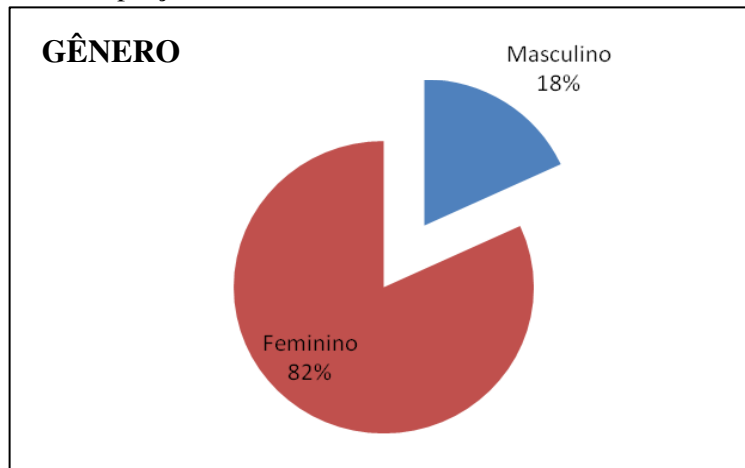
Foram analisados 11 casos de Arterite de Takayasu, diagnosticados no período de 1993 a 2010, considerando os seus aspectos clínicos e a importância da propedêutica para o direcionamento da investigação diagnóstica. Nove casos preencheram os critérios diagnósticos do CAR¹². Dois foram diagnosticados pelos critérios de Sharma et al¹⁴.

Constatou-se que a média de idade de início dos sintomas foi de 20 anos e 10 meses, variando de 7 a 49 anos. O tempo decorrido entre as primeiras manifestações clínicas e o diagnóstico apresentou uma variação discrepante: 2 meses a 12 anos desde o início dos sintomas à definição diagnóstica, com uma média de 4 anos e 9 meses. Os pacientes foram diagnosticados com a faixa etária média de 24 anos, com variação de 16 a 51 anos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Variações de faixa etária dos 11 pacientes em relação à evolução da Arterite de Takayasu

Faixa etária	Média em anos	Variação em anos
Início da doença	20,83	7- 49
Ao diagnóstico	24,18	16- 51
Intervalo para o diagnóstico	4,75	0,16 - 12

A proporção entre mulheres e homens foi de 4,5:1 casos, o que corresponde a (81,81%) de casos do gênero feminino e (18,18%) de casos do gênero masculino (Gráfico 1) .

Gráfico 1 – Proporção entre homens e mulheres

No presente estudo as manifestações no início da doença foram: cefaléia, presente em 63,6% dos pacientes, tonturas, relatada em 63,6% dos casos, sopro arterial, em 54,5%, e diminuição ou ausência de pulsos, em 54,5%, conforme a Tabela 4 e o Gráfico 2, contudo o que motivou a busca por atendimento médico foram: dor abdominal, amaurose, escotomas visuais, hipertensão, úlceras cutâneas e de mucosa oral.

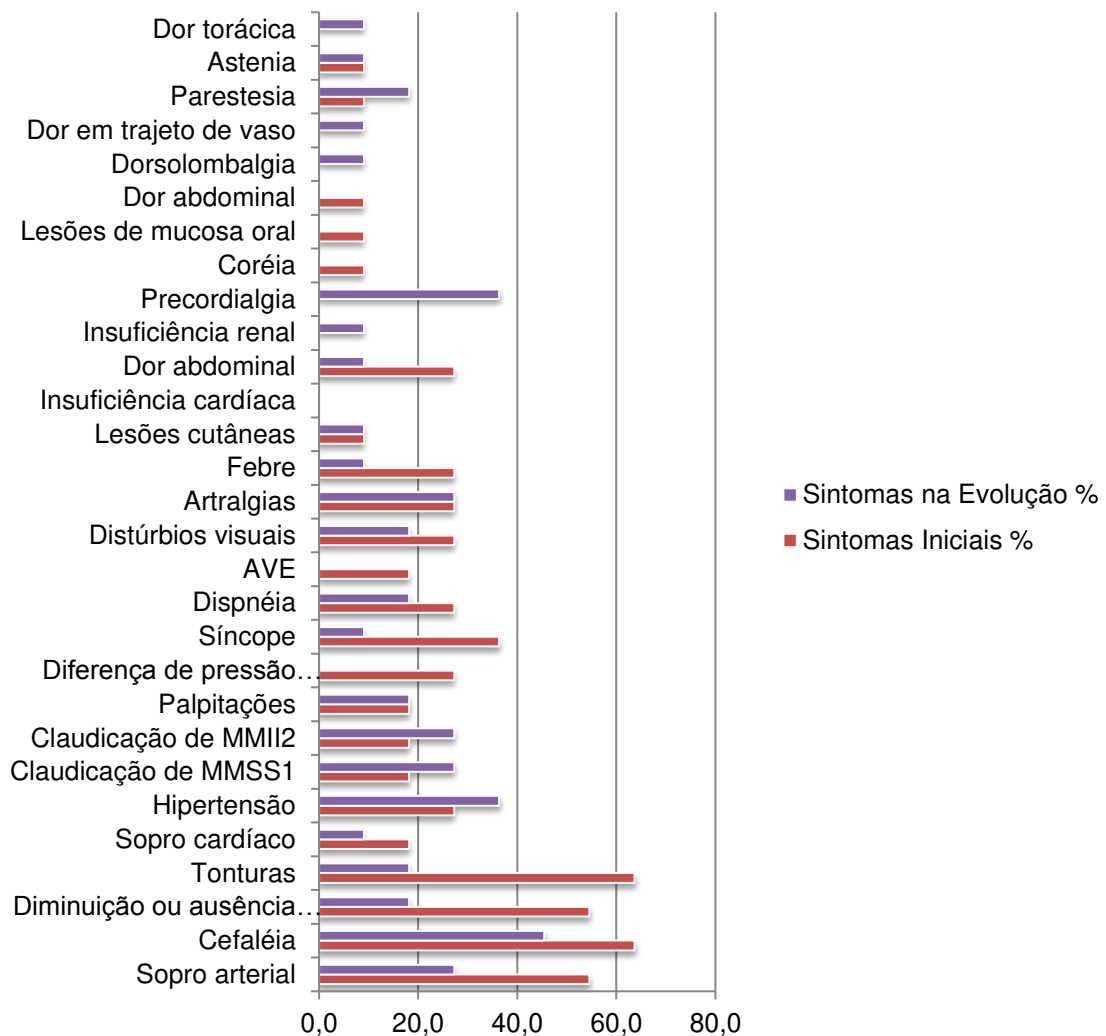
Tabela 4 – Manifestações clínicas no início e durante a evolução da Arterite de Takayasu no Maranhão, de 1993 a 2010

Manifestações Clínicas	Sintomas Iniciais		Sintomas na Evolução	
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%
Sopro arterial	6	54,5	3	27,3
Cefaléia	7	63,6	5	45,5
Diminuição ou ausência de pulso	6	54,5	2	18,2
Tonturas	7	63,6	2	18,2
Sopro cardíaco	2	18,2	1	9,1
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	3	27,3	4	36,4
Claudicação de MMSS ¹	2	18,2	3	27,3
Claudicação de MMII ²	2	18,2	3	27,3
Palpitações	2	18,2	2	18,2
Diferença de pressão arterial entre MMSS1	3	27,3	0	0,0
Síncope	4	36,4	1	9,1
Dispnéia	3	27,3	2	18,2
AVE	2	18,2	0	0,0
Distúrbios visuais	3	27,3	2	18,2
Artralgias	3	27,3	3	27,3

Febre	3	27,3	1	9,1
Lesões cutâneas	1	9,1	1	9,1
Insuficiência cardíaca	0	0,0	0	0,0
Dor abdominal	3	27,3	1	9,1
Insuficiência renal	0	0,0	1	9,1
Precordialgia	0	0,0	4	36,4
Coréia	1	9,1	0	0,0
Lesões de mucosa oral	1	9,1	0	0,0
Dor abdominal	1	9,1	0	0,0
Dorsolombalgia	0	0,0	1	9,1
Dor em trajeto de vaso	0	0,0	1	9,1
Parestesia	1	9,1	2	18,2
Astenia	1	9,1	1	9,1
Dor torácica	0	0,0	1	9,1

¹ membros superiores. ² membros inferiores

Gráfico 2 – Manifestações clínicas observadas no início e ao longo da evolução dos 11 pacientes com arterite de Takayasu



1 Membros superiores e 2 Membros inferiores

Dos pacientes avaliados, as alterações cutâneas foram encontradas em um único caso (9,1%). Tratavam-se de lesões ulceradas em região maleolar bilateralmente de difícil cicatrização em paciente do gênero feminino. Esta permaneceu em acompanhamento por dois anos em um serviço de dermatologia e, após ter sido submetida à biópsia, foi evidenciada uma vasculite inespecífica. Após avaliação clínica minuciosa na reumatologia, foi identificada a presença de sopro de carótidas e ausência de pulso braquial, o que direcionou para uma investigação que considerasse a Arterite de Takayasu como possibilidade.

A dor abdominal súbita também foi outra manifestação que dificultou o diagnóstico e esteve presente como primeira manifestação em três pacientes (27,3%) do gênero feminino, com idades de 26, 27 e 37 anos. O diagnóstico demorou em média três anos, pois a dor tinha caráter intermitente. Não apresentavam outros sintomas, como náuseas, vômitos, alterações do trânsito intestinal, anorexia ou perda ponderal. Na primeira paciente, após crises sucessivas de dor, o exame de imagem mostrou importante estenose na porção proximal da artéria mesentérica superior e na artéria ilíaca comum direita. A ilíaca comprimia o ureter direito, causando dilatação e hidronefrose. Na segunda, inicialmente foi excluída a hipótese diagnóstica de febre tifóide, em virtude do quadro febril. Posteriormente, devido ao encontro de pulso arterial braquial direito diminuído, hipertensão arterial moderada, diferença de pressão sistólica nos membros superiores maior que 10 mmHg e sopro carotídeo à esquerda, os exames de imagem foram realizados de forma complementar, direcionando para a investigação de Arterite de Takayasu. Os exames evidenciaram oclusão de artéria renal esquerda, com rim homolateral excluído; artéria carótida comum direita ocluída antes da bifurcação e lesão moderada no óstio da artéria carótida interna e discreta no óstio da artéria carótida esquerda. Na terceira, durante a evolução, a paciente iniciou um quadro clínico de dor abdominal associado à tontura e cefaleia. O Doppler de carótidas mostrou estenose significativa de carótidas externas e estenose inferior a 50% em carótidas internas. A angiotomografia mostrou dilatação aneurismática da aorta abdominal.

Além desses sintomas, a amaurose transitória esteve presente como sintomatologia inicial em dois pacientes. Um deles do gênero masculino, 51 anos, apresentou amaurose transitória durante cinco anos antes do diagnóstico, associado a dor e parestesia em 4º dedo da mão esquerda e no hálux homolateral, com cianose. Ao exame físico, foram identificados sopros em topografia de carótidas e aorta ascendente, HAS e diferença de pressão arterial entre os membros superiores. Diante de tais achados, foram solicitados exames complementares, que

detectaram ectasia fusiforme de subclávia direita, ectasia da porção ascendente da aorta, obstrução do sistema carotídeo bilateralmente.

A perda súbita e transitória da visão, com presença de escotomas visuais, associada a dor em panturrilha, fadiga e claudicação de membros inferiores também foram as queixas iniciais de um paciente do gênero feminino de 16 anos de idade. Ao exame físico, a diferença da pressão sistólica arterial entre os membros superiores conduziu a uma investigação para doenças arteriais, com diagnóstico final de Arterite de Takayasu.

A coreia foi outro sintoma presente em um único caso do gênero feminino. Aos sete anos de idade, apresentou febre, artralgias e sopro na região precordial. A primeira hipótese foi de febre reumática. Doze anos após os sintomas iniciais, a paciente foi reavaliada, identificando-se a presença de sopros carotídeos e femorais; ausência de pulso radial e impossibilidade de aferição da pressão arterial. A cineangiografia realizada nesse período constatou aneurisma sacular de aorta ascendente, aneurisma fusiforme de aorta torácica descendente, coarctações no arco aórtico e oclusão de vasos supra-aórticos. O diagnóstico de AT foi estabelecido com quadro avançado.

Outra manifestação chave foi a Hipertensão Arterial Sistêmica diagnosticada em pacientes jovens: foram dois casos do gênero feminino e um caso do gênero masculino. O paciente do gênero masculino apresentou ainda Acidente Vascular Encefálico aos 16 anos de idade, o qual teve como seqüela hemiplegia. Evoluiu com insuficiência cardíaca, que o levou à internação. Ao exame físico, apresentou pulsos periféricos com amplitude diminuída, sopro arterial sobre aorta e artérias renais. Enquanto, as pacientes do gênero feminino, ambas diagnosticadas aos 16 anos de idade, apresentavam ainda claudicação dos membros superiores e presença de sopros carotídeos ao exame físico.

Lesões inflamatórias da cavidade oral, comprometendo orofaringe, língua e lábios, com ressecamento e descamação, também foram lesões iniciais em paciente do gênero feminino, as

quais culminaram em um período de um ano para o diagnóstico de Arterite de Takayasu. A evolução com claudicação em membros superiores e ausência de pulso determinou a investigação com exames de imagem que mostrou estenose concêntrica de carótidas, diminuição de calibre da artéria carótida comum esquerda e estenose do bulbo carotídeo esquerdo.

4 DISCUSSÃO

Em todos os casos estudados, foi observada a ausência de exame físico acurado: avaliação da medida de pressão arterial; avaliação dos pulsos e ausculta dos sistemas, que repercutiram no atraso diagnóstico.

O atraso no diagnóstico de Arterite de Takayasu é comum em decorrência de suas manifestações clínicas inespecíficas e pela epidemiologia rara¹², como foi observado em nossa análise. Soma-se a essas dificuldades, a não valorização da propedêutica clínica como passo fundamental para a investigação diagnóstica¹³. Desta forma, não são identificados precocemente sinais importantes para preenchimento dos critérios⁸. Em análise dos casos, tal como é descrito na literatura, a não detecção de alterações ao exame clínico de ausência de pulso braquial, diferença de pressão arterial e sopro carotídeo, retardou o diagnóstico da Arterite de Takayasu.

As manifestações cutâneas secundárias à vasculite de pequenos vasos são raras nesta doença, ocorrendo em 12,5% dos casos descritos na literatura, não sendo, por esta razão, valorizadas na suspeita diagnóstica¹⁷. Situação similar foi observada nos casos descritos, correspondendo a um percentual de 9,1%. De forma semelhante aos demais pacientes, a avaliação clínica segmentada a região da lesão inicial, ocasionou retardo no diagnóstico. Somente anos após, em virtude da sua cronicidade, é que o exame clínico acurado permitiu a identificação de sopro carotídeo, conduzindo então à suspeita clínica de vasculite e posteriormete de AT.

Nesta casuística, também encontramos dois casos com alterações visuais: escotomas e amaurose transitórios. Na literatura, tais sintomas estiveram presentes na AT, correlacionados a retinopatia hipertensiva ou a síndromes isquêmicas retiniana e do nervo óptico, em decorrência da estenose de artérias carótidas e seus ramos¹⁸. Em estudo Paulista com 71

pacientes, tais alterações estiveram presentes em 15% dos pacientes¹⁹, dados similares aos obtidos em nosso estudo.

É importante ter em vista os possíveis diagnósticos diferenciais da Arterite de Takayasu, como toxoplasmose, granulomatose de Wegener e angeíte microscópica¹⁸. Contudo, a presença de distúrbios visuais dessa natureza em pacientes jovens, deve levar à consideração de Arterite de Takayasu entre as possibilidades diagnósticas¹⁸.

A dor abdominal observada nos casos estudados não foi sugestiva de Arterite de Takayasu. Embora a vasculite esteja relacionada a alterações da aorta, a dor abdominal ou torácica, como manifestação inicial da Arterite de Takayasu, é pouco relatada na literatura²⁰. Entretanto, descartadas as infecções e causas cirúrgicas, a dor abdominal desproporcional ao exame físico, principalmente em pacientes jovens, tem como diagnóstico diferencial o infarto mesentérico ou vascular devido à inflamação local, sendo importante pensar em Arterite de Takayasu como possibilidade diagnóstica²¹. Em estudo francês com 33 pacientes, sete (21,2 %) apresentaram dor torácica ou abdominal, referentes a estenoses ou dilatações aneurismáticas, resultado compatível com os achados relatados em nossa pesquisa²². Outro estudo indiano, de 2017, publicou um relato de caso em que a isquemia mesentérica foi o primeiro achado da Arterite de Takayasu²³.

A maioria dos nossos pacientes apresentou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ao longo de toda a evolução da doença. Tal condição requer uma investigação de possíveis causas secundárias: hiperaldosteronismo primário, síndrome de cushing, coarctação da aorta, doença renal primária, hipertensão maligna, dentre outros²³. No caso da Arterite de Takayasu, a hipertensão apresenta-se na literatura com estatística superior a 50% dos casos, similar ao resultado apresentado no presente estudo. As causas mais comuns são a estenose de artérias renais ou espessamento com diminuição da luz do vaso²⁴.

A coreia é uma condição rara na Arterite de Takayasu²⁵, mas esteve presente em um

único caso dentre os pacientes descritos. Esta sintomatologia usualmente é correlacionada com a febre reumática, mas encontra-se presente em outras doenças autoimunes, como a síndrome do anticorpo anti-fosfolípide, lúpus, doença de Behçet e com alguns relatos na Arterite de Takayasu como sintoma inicial²².

Na literatura, existem recorrentes artigos que evidenciam a dificuldade de diagnóstico diferencial entre febre reumática e Arterite de Takayasu, principalmente em pacientes jovens com quadro de coreia^{23, 25, 14}. Ambas apresentam acometimento vascular e, existem relatos de AT com insuficiência de valva aórtica²³.

Vários aspectos da propedêutica médica merecem destaque particular quando se trata de um paciente com Arterite de Takayasu. A verificação dos pulsos periféricos que devem ser palpados de forma criteriosa, avaliando sua simetria, amplitude ou ausência bilateralmente em artéria carótida, braquial, femoral e dorsal do pé²⁶. A mensuração da pressão arterial deve ser realizada pelo menos em ambos os membros superiores, para avaliação de possíveis estenoses, considerando que muitos pacientes podem ter uma falsa pressão baixa pela estenose de grandes vasos ipsilaterais¹³. Além disso, a ausculta de sopros deve ser avaliada não apenas no precórdio, como também em artérias carótidas, aorta abdominal, artérias renais e subclávias. Em caso de suspeita de doença vascular sistêmica, a investigação poderá iniciar-se com exames menos invasivos, como o ultrassom doppler, guiado pelo embasamento clínico²⁶.

5 CONCLUSÃO

Esta série de casos evidenciou que houve importante atraso no diagnóstico da Arterite de Takayasu nos dois serviços onde a pesquisa foi realizada. Os casos analisados apresentaram sintomatologias iniciais pouco descritas na literatura, evidenciando a importância da propedêutica médica na investigação clínica de qualquer doença, mas, sobretudo, em doenças consideradas raras, em que o raciocínio clínico é soberano.

Em todos os casos, a sintomatologia foi inespecífica, contribuindo para o atraso no diagnóstico. A valorização dos exames complementares em detrimento da avaliação clínica esteve presente em todos os casos relatados, o que nos sugere a necessidade de ressignificação do fazer médico na prática diária.

REFERÊNCIAS




- 1 LASO GUZMÁN, F. J. Importancia de la semiología en la era tecnológica. **Med Clin (BBarc)**, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/110.1016/jj.mmedcli.22016.12.012>>. Acesso em: 13 de mar 2018.
- 2 LEFF, B.; FINUCANE, T. E. Gizmo Idolatry. **JAMA**, n. 299, v. 15, p. 1830-1832, 2008. Disponível em: <[doi:10.1001/jama.299.15.1830](https://doi.org/10.1001/jama.299.15.1830)>. Acesso em: 13 de mar 2018.
- 3 FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Rev. bras. educ. med**, n. 31, v. 1, p. 52-59, 2007.
- 4 BRUNNER, J.; FELDMAN, B. M.; TYRRELL, P. N. et al. Takayasu arteritis in children and adolescents. **Rheumatology**, v. 49, p. 1806–1814, 2010.
- 5 INOCENCIO, A. J. Reumatología pediátrica: la importancia de la anamnesis y la exploración. **An Pediatr (Barc)**, n. 84, p. 131–132, 2016.
- 6 MICHELE A. S.; MAGGIE D. Why the history and physical examination still matter. **Journal of the American Academy of Physician Assistants**, n. 29, v. 3, p. 41-45, March 2016.
- 7 LI J.; SUN, F.; CHEN, Z. et al, The clinical characteristics of Chinese Takayasu’s arteritis patients: a retrospective study of 411 patients over 24 years. **Arthritis Res Ther**, v.19, p. 107, 2017.
- 8 PANICO, M. D. B.; SPICHLER, E. S.; RODRIGUES, L. C. D. et al. Arterite de Takayasu: aspectos clínicos e terapêuticos em 36 pacientes. **Jornal Vascular Brasileiro**, n. 7, v. 2, p. 123-130, 2008.
- 9 ALMEIDA, G. T.; BARBOSA, B. M.; BIATTO, J. F. P. et al. Tratamento coadjuvante da arterite de Takayasu através de angioplastia transluminal percutânea com stents: relato de caso e revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, n. 48, v. 2, p. 118-121, 2008.
- 10 MAKSIMOWICZ-MCKINNON, K.; CLARK, T. M.; HOFFMAN, G. S. Limitations of Therapy and a guarded prognosis in an American cohort of Takayasu arteritis patients. **Arthritis & Rheumatism**, n. 56, v. 3, p. 1000–1009, 2007.
- 11 NAZARETH, R.; MASON, J. C. Takayasu arteritis: severe consequences of delayed diagnosis. **QJM**, 2010 Oct 15. Disponível em: <[doi:10.1093/qjmed/hcq193](https://doi.org/10.1093/qjmed/hcq193)>. Acesso em: mar 2018.
- 12 HUNDER, G. G.; AREND, W. P.; BLOCH, D. A. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu’s arteritis. **Arthritis Rheum**, v. 33, p. 1129-1134, 1990

- 13 MASON, J. C. Takayasu arteritis - advances in diagnosis and management. **Nature Reviews Rheumatology**, n. 6, v. 7, p. 406, 2010.
- 14 SHARMA, B. K.; JAIN, S.; SURI, S. et al. Diagnostic criteria for Takayasu arteritis. **International Journal of Cardiology 54 Suppl**, p. 141-147, 1996
- 15 FERREIRA, T. F. A.; FREIRE, M.; TEODORO, R. B. Difficulties in the differential diagnosis between Takayasu arteritis and rheumatic fever: case report. **Rev bras reumatol.**, n. 56, v. 1, p. 90-92, 2016.
- 16 FENG, Y.; TANG, X.; LIU, M. et al. Clinical study of children with Takayasu arteritis: a retrospective study from a single center in China. **Pediatric Rheumatology Online Journal**, v. 15, p. 29, 2017. Disponível em: <doi:10.1186/s12969-017-0164-2>. Acesso em: mar 2018.
- 17 FILHO, G. J. P.; ALLAGE, M. F.; NAKA, E. et al. Vasculite necrotizante cutânea em paciente com arterite de Takayasu. **Revista Brasileira de Reumatologia**, n. 42, v. 4, jul./ago. 2002.
- 18 WONG, S. H.; TURBIN, R. E.; FROHMAN, L. P. Takayasu arteritis-related photic and postprandial amaurosis. **Digital Journal of Ophthalmology: DJO**, n. 23, v. 4, p. 104-105, 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.5693/djo.02.2017.09.002>>. Acesso em: 14 abr 2018.
- 19 CLEMENTE, G.; HILÁRIO, M. O.; LEN, C. et al. Estudo multicêntrico brasileiro de 71 pacientes com arterite de Takayasu juvenil: características clínicas e angiográficas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, n. 56, v. 2, p. 145-151, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rbr.2015.09.004>>. Acesso em: 20 mar 2018.
- 20 LIMA, L. T. B.; CHRISTOPOULOS, G. B.; BRAGA, V. M. et al. Tratamento de angina mesentérica em pacientes com arterite de Takayasu. **Rev Bras Reumatol**, n. 51, v. 2, p. 188-195, 2011.
- 21 SASAE, Y.; MORITA, Y.; SAKUTA, T. et al. Abdominal pain as the initial presentation of Takayasu arteritis. **Mod Rheumatol**, v. 18, p. 496-498, 2008.
- 22 KIEFFER, E.; CHICHE, L.; BERTAL, A. et al. Descending thoracic and thoracoabdominal aortic aneurysm in patients with Takayasu's disease. **Ann Vasc Surg.**, v. 18, p. 505-513, 2004.
- 23 MISRA, D. P.; KRISHNAN, N.; GOCHHAIT, D. et al. Takayasu arteritis (TA) first presenting with intestinal ischemia: a case report and review of gastrointestinal tract involvement (ischemic and non-ischemic) associated with TA. **Rheumatology International**, n. 37, v. 1, p. 169, 2017.
- 24 TEIXEIRA, R. S. L.; RIBEIRO, R. F.; MOSCARDI, L. G. et al. Hipertensão arterial e estenose de artéria renal, complicações da arterite de Takayasu. **Rev Bras Hipertens**, n. 14, v. 3, p. 195-198, 2007.
- 25 O'TOOLE, O.; LENNON, V. A.; AHLKOG, J. E. et al. Autoimmune chorea in adults. **Neurology**, n. 80, v. 12, p. 1133-1144, 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182886991>>. Acesso em: 10 abr 2018.

26 PETER, A. M.; ERIC, L. M.; MONICA RAMIREZ, C. Clinical features and diagnosis of Takayasu arteritis. **UpToDate**, mar 2018. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-takayasu-arterit>>. Acesso em: 04 mai. 2018.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

	 UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DIRETORIA ADJUNTA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL	Nº. do Parecer: 380/10 Registro do CEP: 226/10	
PROJETO DE PESQUISA	Nº do Protocolo: 006227/2010-40 Data de Entrada no CEP: 10/12/2010 Parecer: APROVADO	

I - Identificação:

Título do projeto: ESTUDO DE UMA SÉRIE DE CASOS DE ARTRITE DE TAKAYASU NO MARANHÃO: ASPECTOS CLÍNICOS, LABORATORIAIS E IMAGINOLÓGICOS

Identificação do Pesquisador Responsável: M^a do Carmo Lacerda Barbosa

Identificação da Equipe executora: Abraão Coelho G. Júnior, Alessandra Porto P. Galdez, Caroline A. Oliveira, Eline Pinheiro Weba e Marcus Vinicius D. Costa

Instituição onde será realizado: Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital UDI

Área temática: GRUPO	Multicêntrico: NÃO	Data de recebimento: 10.12.10
Cooperação estrangeira: NÃO		Data de devolução: 15.12.10

II - Objetivos:

Geral: Estudar a evolução clínica, laboratorial e de imagem em uma série de casos de artrite de Takayasu diagnosticados em São Luís do Maranhão, Brasil.

Específicos:

- Identificar os critérios para o diagnóstico de Arterite de Takayasu nos casos em estudo
- Analisar a evolução dos casos de arterite de Takayasu
- Caracterizar os dados laboratoriais e de imagem importantes no diagnóstico e evolução da doença
- Conhecer os recursos terapêuticos empregados na condução das complicações da doença.

III- Sumário do projeto:

O projeto em apreciação possui a seguinte estrutura: Folha de Rosto, Equipe executora, Currículo Lattes, Folhas de identificação, Sumário, Introdução, Fundamentação Teórica, Objetivos, Justificativas, Metodologia, Orçamento, Cronograma, Referência Bibliográficas e Apêndices. Portanto, em conformidade com o estabelecido na Res. 196/96 CNS/MS.

IV - Comentários do relator frente à resolução 196/96 e complementares:

O projeto trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo descritivo de uma série de casos de Artrite de Takayasu, os dados serão coletados dos prontuários e fichas clínicas nos setores de cardiologia e reumatologia dos Hospitais UDI e Presidente Dutra, relativos aos anos de 1993 a 2010.

Participarão do estudo os indivíduos diagnosticados com artrite de Takayasu no período supracitado, serão considerados os aspectos epidemiológicos, as manifestações iniciais (até o diagnóstico), os dados da evolução, os exames laboratoriais, antecedentes mórbidos pessoais e familiares com ênfase na detecção de Tuberculose, exames de imagem e resposta terapêutica.


As considerações éticas prevêm a solicitação de anuência da direção dos Hospitais para a coleta de dados e o envio do protocolo para análise e parecer do CEP-HUPD. Esclarece ainda que a busca dos pacientes selecionados para esclarecimentos adicionais e sobre a conclusão clínica atual dar-se-á mediante solicitação da assinatura do TCLE.

V - Parecer Consubstanciado do CEP

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 15 de dezembro de 2010


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

ANEXO B – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA



ISSN 1981-5271 *online version*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

A Revista Brasileira de Educação Médica é a publicação oficial da ABEM, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

Para a submissão de artigos será cobrada uma taxa de R\$ 200,00. Estão isentos desta taxa os sócios adimplentes da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

O pagamento deverá ser realizado através de depósito identificado com o CPF do autor na seguinte conta:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

BANCO DO BRASIL

AG. 0576-2

C/C 4373-7

CNPJ: 29212628 0001-32

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado pela secretaria da RBEM quanto ao formato. Caso não obedeça os padrões descritos abaixo (forma e padrão de manuscritos), o artigo será devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o original obedecer aos padrões ele será encaminhado ao Editor Chefe da RBEM que avaliará se o artigo faz parte da temática da revista e encaminhará aos Editores Associados e estes para dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 30 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 60 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. Para custear a revisão gramatical tanto de língua portuguesa como inglesa (abstract), por revisor especializado e contratado pela revista, será cobrado uma taxa de R\$ 800,00. Se o autor desejar publicar seu artigo integralmente na língua inglesa será cobrado uma taxa de R\$ 1.500,00 para a tradução. Se o artigo já for submetido em inglês, será cobrado uma taxa de R\$ 800,00 pra revisão gramatical. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).
 - 1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;
 - 1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;
 - 1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.
2. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.
3. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.
4. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.
5. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras
6. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 30 palavras, - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 15 palavras)
 - Número e Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo e deverá ter no máximo 06 (seis) autores. Caso ocorra a necessidade de exceder esse número, isso deverá ser justificado no início do artigo. Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.
 - Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
 - Resumo de no mínimo 300 palavras e no máximo 500 palavras. Deve ter versão em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo em inglês.
 - Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário DECS - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do MESH - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).
- Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.
- No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional.

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Camargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Campos

MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por email (rbem.abem@gmail.com) , a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio

vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)