

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 2 N.º 2 ABR/JUN 2003

REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

Condicionamento físico

RESUMO DE TESES

Anticorpos antinúcleo em crianças saudáveis e em pacientes com doenças do colágeno

Prevalência de placas de aterosclerose em carótidas e fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico

PERSPECTIVAS

Dor crônica e Reumatologia

GRUPOS DE APOIO

Educação para famílias com crianças e adolescentes com doenças reumáticas

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o reumatologista	5
Resumo de teses	5-6
Perspectivas	6-8
Publicações	8-11
Grupos de apoio	12
Agenda	12
Noticiário	14

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2002/2003

Presidente

Jamil Natour

1.º Vice-Presidente

Manoel Barros Bértolo

2.º Vice-Presidente

Ari Stiel Radu

1.º Secretário

Luiz Carlos Latorre

2.º Secretário

Sandra H. Watanabe

1.º Tesoureiro

Rita Furtado

2.º Tesoureiro

Elaine de Azevedo

Comissão Científica

Vera Lúcia Szejnfeld, Cláudia Goldenstein Schainberg, Branca D. B. Souza, Daniel Feldman, Marcos Renato de Assis, Maria Odete Esteves Hilário, Sílvia Figueira Antonio, Virgínia F. M. Trevisani

Comissão de Ética

Abel Pereira de Souza Jr., Eduardo S. Meirelles, Rozana Mesquita Ciconelli

Comissão de Ensino

Cláudio A. Len, Maria Teresa R. A. Terreri, Milton Helfenstein Jr., Roberto E. Heymann

Conselho Fiscal

Adil Munib Samara, Cristiano A. F. Zerbin, Emilia Sato, José Roberto Provenza, José Goldenberg, Rina Neubarth Giorgit

Comissão Estadual

Rubens Bonfiglioli (Campinas), Ricardo E. Amorim Santos Diniz (Santos), Paulo de Tarso Nora Verdi (Araçatuba), José E. Martinez (Sorocaba), Lúcia A. Buffulin de Faria (São José do Rio Preto), Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Clovis S. Magon (São Carlos), Sônia Regina Farão Gomes (Presidente Prudente), César E. Baaklini (Marília)

Endereço

Rua Maestro Cardim, 354, Conjunto 53, CEP 01323-000, São Paulo, SP
Fone/Fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Revista Paulista de Reumatologia

Editores científicos

Alexandre Wagner S. Souza, Fábio Jennings, Marcelo Pinheiro

etCetera Editora de Livros e Revistas

Editor responsável

Kleber Kohn

Jornalista responsável

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Baronesa de Itú, 336, 10.º andar, Higienópolis, CEP 01231-000, São Paulo, SP
Fones: (11) 3825-3504 / 3826-4945, Fax: (11) 3826-7770, e-mail: etceteraeditora@aol.com

Maturidade

A Sociedade Paulista de Reumatologia completa 50 anos. Como em uma família, a renovação vem dos mais jovens. A saudável disputa pelo comando, pelas idéias e rumos permite a evolução e sobrevivência de nossa sociedade. Somente a genialidade e o interesse de seus associados podem garantir um futuro promissor para a entidade e para a especialidade. Figuras fortes e comprometidas com a reumatologia marcaram presença na SPR, garantindo a representatividade dos reumatologistas de São Paulo, mas novas lideranças, inteligentes e inquietas, poderão colocar a reumatologia na posição que merece e ainda não ocupa.

Se até agora a SPR voltou-se para seus associados, trabalhando pelo seu aprimoramento e união, no futuro devemos nos fazer notar pela sociedade em geral. Colegas médicos, o governo e leigos devem compreender a importância das doenças reumáticas e do reumatologista. Com doenças tão prevalentes e numa época de atenção à qualidade de vida, precisamos redirecionar as forças da SPR para a valorização do reumatologista.

A unanimidade me inquieta; nossa diretoria, com representantes dos vários serviços e regiões, é sinérgica no trabalho, mas as divergências enriquecem as decisões; desafio os que discordam a unirem-se a nós. Nos 50 anos da SPR, peço aos jovens que tomem o poder, disputem a SPR, participem. Qualquer associado pode ser e fazer qualquer coisa pela entidade, não pensem que é coisa para os outros. A SPR não existe por causa da diretoria ou de alguns caciques, segure-a, ampare-a, não a deixe cair, ela é sua.

JAMIL NATOUR

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia



1953: Esse foi o ano!

Watson e Crick desvendam a estrutura do DNA, propondo um modelo helicoidal, complementar e antiparalelo para a molécula guardiã do material genético de Mendel, refutando a teoria da proteína, de Lederberg.

Burt Lancaster, Montgomery Clift e Deborah Kerr estréiam “A um passo da eternidade”, relembrando o ataque americano surpresa a “Pearl Habor”, em 1941, tornando-se o maior sucesso de crítica e de bilheteria de Hollywood.

A sociedade paulistana vive o glamour do lançamento do Cadillac eldorado conversível.

Em plena guerra fria, a política de Vargas, com discurso nacionalista, populista e pró-americano, perseguia, prendia e exilava aqueles de pensamento liberal e contrário ao sistema vigente, chamando-os de “comunistas”. A urbanização das grandes capitais do Sudeste brasileiro, decorrente da industrialização e das migrações rurais, contrastava com um Nordeste marcado pelo drama social, pelo coronelismo, pela seca e escassez, temas abordados pelo cinema de Lima Barreto em “O Cangaceiro”, ao receber o prêmio de melhor filme estrangeiro em Cannes. A partir daí, dá-se início ao gênero “cangaço”, impulsionado por Glauber Rocha em filmes como “Deus e o diabo na terra do sol” e “Lampião”.

Morre Graciliano Ramos, principal romancista da segunda fase do Modernismo e autor de “Vidas secas”, “São Bernardo” e “Memórias do Cárcere”, que enfatizam a guerra contra a hostilidade e a dureza da natureza do ambiente político-social do Nordeste brasileiro, ora mostrando-se sonhador e utópico, ora seco e ríspido como o próprio cenário do sertão. Tal como acontece no universo graciliânico de Vidas Secas, no qual seus personagens (Fabiano e a cadela baleia) têm dificuldades para serem compreendidos e aceitos, os pioneiros da SPR contam problemas semelhantes, que foram ilustrados e publicados no editorial comemorativo dos 25 anos da SPR, de Israel Bonomo (“O Artrófilo”, 1978).

Winston Churchill recebe o prêmio Nobel de literatura, mas não pode comparecer a cerimônia, e o discurso é proferido por sua mulher. Simone de Beauvoir publica o livro “O segundo sexo”, na onda do movimento feminista e demonstrando “La libération des femmes”. Apesar da presença das mulheres no cenário internacional, em 1953, dos 30 sócios-fundadores, nenhuma mulher participou. Somente em 1990, Emília assume a presidência dessa entidade, seguida por Elda em 1992 e Rina em 2000. Como profetizou Beauvoir, o século XXI será da igualdade entre os sexos: 2003 conta com 255 reumatologistas-sócias, perfazendo quase a maioria de nossa sociedade. Esse foi o panorama de 1953.

2003, bodas de ouro da SPR! Esse é o ano!

OS EDITORES

Capa: O SIGNIFICADO DO BRASÃO DA SPR – O brasão da SPR foi idealizado por mim em 1956, em conformidade com a ciência e a arte da heráldica. Trata-se de um escudo simples, no qual se apóiam três estrelas douradas, um triângulo prateado, de ângulos rombos, sobre fundo azul, guardado por dois ramos de café com seus frutos e uma faixa inferior com a data da fundação.

O fundo azul significa a serenidade do reumatologista. As estrelas douradas, o terceiro ano da fundação, sendo o ouro representativo da nobreza de nossa arte médica. O triângulo prateado é o símbolo teosófico da fé, da esperança, da caridade e da eloquência do especialista. Fé naquilo que promove benefício alheio, esperança de ser bem sucedido na terapêutica e caridade no tratamento dos pacientes. As barras brancas e pretas representam a bandeira de nossa terra. O mapa vermelho é o sangue que circula em nossos corações, dentro da especialidade médica que escolhemos. Nos ramos e frutos do café, a riqueza do solo paulista.

No cinquentenário de nossa sociedade é importante lembrar que nosso escudo tem sido, freqüentemente, representado em uma única cor, mas com os traços característicos das diferentes cores de nosso brasão.

Salve 50 anos de vida da SPR.

FLERTS NEBÓ

Membro fundador, ex-presidente e sócio emérito da SPR



**SOCIEDADE
PAULISTA DE
REUMATOLOGIA**

Condicionamento físico

FERNANDA LIMA

Médica assistente da Disciplina de Reumatologia do HC/FMUSP.

Chefe do Ambulatório de Medicina Esportiva do HC/FMUSP.

São inegáveis os benefícios da prática regular de exercícios. Nas últimas duas décadas trabalhos retrospectivos e, especialmente, prospectivos demonstraram associação positiva da prática regular de exercícios com aumento da longevidade, bem como incremento da qualidade de vida e menor morbidade. Nos últimos anos, diversas pesquisas têm sido divulgadas tanto pela literatura científica quanto pela imprensa leiga, o que tem tornado perguntas, antes raras, agora mais freqüentes, tais como: “Como e qual exercício devo fazer para me manter condicionado?”

O condicionamento físico é definido como a habilidade para realizar atividade física de intensidade moderada a vigorosa, sem apresentar fadiga, e manutenção desse “status” no decorrer da vida.

Claramente, existe relação entre a dose-resposta do exercício e o condicionamento físico, a partir do qual ocorrem os benefícios para a saúde. Por exemplo, um gasto energético de 700 a 2.000 calorias que excede o habitual da semana de determinado indivíduo pode trazer benefícios à saúde. Esta meta pode ser atingida ao se prescrever simplesmente a caminhada, dentro da faixa aeróbia de gasto energético, determinado pelo teste ergométrico ou ergoespirométrico.

O condicionamento é uma resultante de quatro variáveis: (1) composição corporal; (2) flexibilidade; (3) resistência aeróbia; e (4) força muscular. Portanto, para efetivamente melhorarmos o condicionamento de nosso paciente, temos de sugerir interferência alimentar se houver sobrepeso (composição corporal), incluirmos exercícios de alongamento em cada treino (flexibilidade), prescrevermos exercícios que proporcionem movimentos simultâneos de grandes grupos musculares por uma intensidade moderada por tempo prolongado (resistência aeróbia), mas, também, exercícios feitos por curto período, com intensidade alta, isométricos ou isotônicos, em grupos musculares isolados (força muscular).

Essas quatro variáveis precisam ser orientadas em pacientes reumatológicos. Até a década de 70, os médicos aconselhavam os

pacientes reumáticos a manter o repouso, independente da fase da doença. Hoje, sabemos que o repouso continua importante, especialmente durante os períodos de atividade da doença. Entretanto, há evidências demonstrando que a incapacidade funcional gerada pelos reumatismos crônicos decorrem, em grande parte, da perda progressiva do condicionamento físico. O sedentarismo associado às doenças reumáticas pode ocasionar fraqueza muscular, rigidez articular, redução da amplitude de movimentos, fadiga e distúrbio do sono. Além disto, não podemos nos esquecer que o paciente reumático também corre risco de desenvolver obesidade, hipertensão, dislipidemia, coronariopatia e diabetes, que são doenças, potencialmente, preveníveis ou atenuadas pela prática regular de exercícios.

Antes de iniciarmos o programa de exercícios, cada paciente deve ter realizado avaliação médica e física, chamada em medicina esportiva de exame pré-participação, pois serve como parâmetro para seguimento da eficiência do treinamento. No caso do paciente reumatológico, o exame de pré-participação é direcionado para o envolvimento articular, os distúrbios biomecânicos decorrentes da própria doença, presença de envolvimento sistêmico, capacidade aeróbia, propriocepção e detecção de outras enfermidades que possam interferir com a prática esportiva.

Após esse procedimento, a prescrição de exercícios deve seguir uma hierarquia para basear todo o treinamento, ou seja, os exercícios de alongamento de grandes grupos musculares e aqueles que permitem aumento da amplitude de movimento são os mais recomendados. A partir daí, gradualmente, acrescentamos exercícios de fortalecimento muscular, bem como condicionamento aeróbio adaptado e individualizado. Enfim, a atividade recreacional e de sociabilização deverá ser agregada à rotina de treinamento desses pacientes, com o objetivo de aumentar a aderência ao treinamento físico.

RESUMO DE TESES

ALEXANDRE WAGNER S. SOUZA

Anticorpos antinúcleo (AAN) em crianças saudáveis e em pacientes com doenças do colágeno

SUZANA DE CAMPOS ROJA

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em 2001, para obtenção do título de mestre em Pediatria. Orientadora: Maria Odete Esteves Hilário

A freqüência de anticorpos antinúcleo (AAN) na população saudável varia de acordo com a idade, etnia, uso de drogas, exposição a agentes estranhos e método de laboratório utilizado. Em razão da falta de informação sobre AAN na população infantil, resolvemos estudar a freqüência, os títulos e os padrões de imunofluorescência em crianças saudáveis e com doenças auto-imunes.

A determinação de AAN foi realizada por meio de imunofluorescência, usando células Hep-2 como substrato, em 214 crianças e adolescentes saudáveis (108 meninas), de idade entre 6 meses e 20 anos (média 8,7 anos) e em 116 pacientes pareados por idade (71 meninas). Destes, 57,7% tinham artrite idiopática juvenil, 24,1% lúpus eritematoso sistêmico juvenil, 7,7% dermatomiosite juvenil,

6,9% esclerose sistêmica e 3,8% outras doenças auto-imunes. Todas as determinações foram avaliadas por dois observadores cegos.

Vinte e sete crianças saudáveis (12,6%) apresentaram positividade de AAN, sendo a titulação 1/160 presente em 17 (63%) e 1/320 em 10 (37%) crianças. Algumas crianças saudáveis apresentaram altos títulos (de até 1/1280). Não houve diferença de frequência de AAN com relação ao sexo, porém houve uma tendência para títulos 1/80 entre as crianças de 5 a 10 anos. O padrão mais observado foi o pontilhado fino (74%), entretanto 3 crianças apresentaram padrões pouco comuns como nucleolar, mitocondrial e de antígeno nuclear de células em proliferação (PCNA).

Os AAN estiveram presentes em 14/67 (21%) dos pacientes com artrite idiopática juvenil, 21/28 (75%) com lúpus eritematoso sistêmico juvenil, 4/8 com dermatomiosite juvenil e 3/8 com esclerodermia sistêmica.

Em resumo, a positividade dos AAN não está associada obrigatoriamente com doença reumática e pode representar um achado sem significado clínico em crianças e adolescentes saudáveis. Alguns deles podem ter títulos altos e padrões de imunofluorescência incomuns. Na prática clínica diária, a determinação dos AAN deve ser solicitada apenas para indivíduos com sinais clínicos e sintomas sugestivos de doença auto-imune.

Prevalência de placas de aterosclerose em carótidas e fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES)

ALEXANDRE WAGNER SILVA DE SOUZA

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em dezembro de 2002, para obtenção do título de mestre em Reumatologia. Orientadora: Emília Inoue Sato

Objetivo: avaliar a prevalência de placas de aterosclerose em carótidas e fatores de risco para doença arterial coronariana, tradicionais e relacionados ao lúpus, em mulheres com lúpus eritematoso sistêmico e em controles saudáveis, bem como a associação entre estes fatores e a presença de aterosclerose em carótidas. **Métodos:** foi realizada avaliação clínica e laboratorial, além de ultra-som de carótidas em 82 mulheres com lúpus e 62 controles. **Resultado:** pacientes e controles apresentaram média semelhante de fatores de risco tradicionais. Aterosclerose em carótidas foi observada em 50% das pacientes e em 29% do grupo controle ($p = 0,01$). As pacientes com lúpus e placas de aterosclerose em carótidas apresentaram idade mais avançada, maior tempo de doença e maior frequência de diabetes, obesidade, história familiar de doença coronariana precoce, eventos cardiovasculares prévios e maior índice de SLICC. No grupo controle, as mulheres com placas em carótidas apresentaram idade mais avançada e maior frequência de hipertensão arterial, obesidade e tabagismo, além

de maiores níveis de triglicérides. A comparação entre pacientes com lúpus e controles com placas demonstrou que as controles com placas têm maior média de idade e maior frequência de tabagismo, enquanto que as pacientes com lúpus e placas em carótidas apresentaram maiores níveis de colesterol total. Idade avançada, obesidade e diagnóstico de lúpus foram fatores de risco independentes para o desenvolvimento de placas em carótidas. Nas pacientes com lúpus, as variáveis associadas a um maior risco de placa em carótidas foram maior tempo de doença e maior escore de SLICC. **Conclusões:** pacientes com lúpus apresentam maior frequência de aterosclerose em carótidas, em relação a mulheres do grupo controle. Idade avançada, obesidade e diagnóstico de lúpus estão associados à placa de aterosclerose em carótidas em mulheres com lúpus e controles. Nas pacientes, maior tempo de doença e maior escore de SLICC estão associados à presença de aterosclerose em carótidas.

PERSPECTIVAS

MARCELO PINHEIRO

Dor crônica e reumatologia

EDUARDO PAIVA

Reumatologista. Mestre em Medicina Interna, Ex-Fellow, Oregon Health and Science University.

Chefe do Ambulatório de Fibromialgia do HC/UFPR.

O atendimento do paciente com dor crônica é um exercício diário para o reumatologista, no qual ele pode efetuar sua capacidade de atendimento global, engajando-se em relacionamentos de longa duração e desenvolvendo habilidades de diagnóstico e terapêutica.

O melhor entendimento da fisiopatologia das doenças reumáticas, principalmente as de natureza auto-imune, permite hoje ao

reumatologista um melhor controle do processo inflamatório crônico que acomete as articulações e outros órgãos nestas diferentes doenças. Isto tem levado a um melhor prognóstico tanto em mortalidade quanto em morbidade, como observado com a artrite reumatóide. Embora a preocupação com a perda de função articular futura e, até, de maior mortalidade deva guiar o moderno plano terapêutico, uma questão geralmente é mais premente

para o doente reumático: o controle da dor. Um estudo norueguês envolvendo 1.024 pacientes reumatóides, avaliados por meio de vários questionários de qualidade de vida (SF-36, HAQ e AIMS), definiu 12 áreas de importância para o paciente com relação à sua doença, com especial destaque para a dor, função das mãos e possibilidade de caminhar. Perguntados quais destas áreas seriam as mais importantes a serem melhoradas, 70% dos pacientes gostariam de ter primariamente sua dor aliviada.

Muitas vezes é quase intuitivo inferir que o tratamento da atividade inflamatória da doença de base levará ao melhor controle da dor, no entanto isto pode demorar a acontecer na prática. Em problemas onde o tratamento específico ainda está longe do ideal, como a osteoartrite grave, o controle adequado da dor é decisivo no tratamento. A fibromialgia é uma condição que é definida pela existência de um processamento inadequado da dor, e serve como bom exemplo do paciente em que a dor crônica é o principal problema.

O reumatologista deve assumir seu papel como médico que trata bem a dor, pois ela é o ponto central na maioria das doenças vistas na especialidade. A tendência da medicina clínica atual é entender a dor como um “quinto sinal vital”, na qual a graduação da dor deva fazer parte da rotina do atendimento e possa ser medida por meio de instrumentos simples, como a escala analógica e visual (VAS).

O conhecimento da fisiopatologia da dor crônica é necessário para o melhor atendimento do doente reumático. “Dor crônica” é um termo que define não só a duração da dor, mas uma síndrome clínica com implicações terapêuticas diversas. Deve-se internalizar o conceito que a dor crônica não é simplesmente a dor aguda que persiste por mais tempo. Do ponto de vista fisiopatológico, na dor crônica não existe uma relação óbvia com a quantidade de injúria tecidual nem com o sítio doloroso, que pode ir além dos limites anatómicos esperados. Da mesma forma, os pacientes com dor crônica podem não aparentar fácies de dor, talvez por mecanismos adaptativos e compensatórios. Achados clínicos nestes pacientes incluem depressão, dificuldade de socialização, mudanças de humor e comportamento, que muitas vezes são percebidos pelo médico somente como distúrbios afetivos.

O processamento da dor crônica está bem definido do ponto de vista experimental e clínico e vale a pena ser lembrado. A nociceção crônica é conduzida da periferia para a medula por meio de fibras do tipo C, não mielinizadas, de velocidade lenta. Uma característica importante destas fibras consiste no fato de que quando estimuladas repetitivamente, incitam uma magnitude progressiva e cumulativa da resposta elétrica no neurônio de segunda ordem na medula. Este é o fenômeno conhecido como “wind-up”, que foi crucial no entendimento que o sistema nervoso não é “estático” como um fio de cobre, mas sim que pode modular os estímulos para mais ou para menos, ou ser “plástico”. No caso da amplificação de estímulos, esta propriedade pode ser designada como “sensibilização do sistema nervoso central”. As bases bioquímicas deste fenômeno já foram apreciadas; uma propriedade importante do fenômeno de “wind-up” é que ele é dependente da ativação do receptor n-metil-d-aspartato (NMDA). O bloqueio deste receptor leva a uma abolição deste fenômeno em nível medular.

O fenômeno de sensibilização do sistema nervoso central leva a dois achados clínicos importantes: a *hiperalgesia* – estímulos dolorosos são amplificados e *alodínea* – estímulos não dolorosos são interpretados como tais.

A propagação da dor para uma área maior do que poderia se esperar (amplificação do campo receptivo) é também uma característica marcante da sensibilização do SNC. Em casos graves, a dor pode ir ao lado contra-lateral da lesão ou mesmo generalizar-se. Um neurotransmissor que parece estar envolvido nesta situação é a substância P. A substância P é um importante neuropeptídeo envolvido na nociceção, que age diminuindo o limiar de excitabilidade sináptica, aumentando a sensibilidade dos neurônios de segunda ordem. Além disso, a substância P tem a capacidade de se propagar por grandes distâncias na medula e sensibilizar neurônios à distância do local do insulto inicial.

A percepção de dor no cérebro também é diferente nos pacientes com dor crônica se comparados com o paciente com dor aguda. Técnicas modernas de imagem mostram uma redução de perfusão sanguínea no tálamo e no núcleo caudado em pacientes com dor crônica (estruturas envolvidas no processamento do estímulo doloroso), em comparação com o aumento da perfusão visto nos estados dolorosos agudos. O significado deste achado é incerto, mas consistente em diversas condições dolorosas crônicas, como a fibromialgia e a dor lombar crônica.

A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), define dor como “... uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano atual ou potencial, ou descrita nos termos deste dano”. É impossível dissociar o componente afetivo tanto na dor crônica como na dor aguda. Entretanto, na dor crônica o tempo de evolução e a diferença entre o dano percebido e a dor percebida levam a um estresse psicológico que é sempre muito relevante nas queixas do paciente e que sempre deve ser avaliado de maneira adequada. O sofrimento (dor + estresse psicológico) pode ser grave, mesmo que o paciente não apresente uma lesão anatomicamente evidente. O componente emocional da dor está relacionado com experiências passadas de dor, fatores genéticos, saúde geral, mecanismos de defesa e crenças pessoais sobre a situação criadora da dor. O sistema límbico, em estados de dor crônica como a fibromialgia, mostra sinais de ativação em vários dos seus núcleos, como o giro anterior do cíngulo (relacionado com a percepção desagradável da dor), o córtex pré-frontal (atenção, inibição motora), a ínsula (mecanismos de integração e de alerta), a amígdala (estado de hipervigilância) e o *locus ceruleus* (ativação da resposta “luta ou fuga”).

A dor, aguda ou crônica, ativa o chamado sistema de resposta ao estresse, baseado na ativação do sistema hipotálamo-hipófise-adrenal (HHP). A ativação deste eixo leva à liberação dos sistemas analgésicos endógenos, baseados ou não em receptores opióides. Embora o detalhamento destes sistemas seja tarefa complexa, que não será desenvolvida neste texto, vale a pena salientar que a ativação repetida do eixo HHP nos pacientes com dor crônica leva a uma “fadiga” no sistema, com ativação inadequadamente reduzida dos mecanismos analgésicos endógenos.

O reumatologista possui várias opções razoáveis para o controle da dor crônica. A melhor compreensão da fisiopatologia do tipo de dor e em que ponto cada método terapêutico atuará, levará com certeza a uma ação terapêutica mais eficaz.

O uso de analgésicos deve seguir os princípios básicos no manejo de dor. Começar com analgésicos simples (acetaminofeno), depois escalando para opióides fracos (codeína, tramadol) e por fim opióides fortes (morfina, oxicodona, metadona, fentanil). Sempre fazer a dose mínima efetiva de horário, evitando o “se dor” ou “se necessário”.

Nas patologias reumáticas, o uso de antiinflamatórios não hormonais (AINH) alcançou grande popularidade, por sua rapidez e boa eficácia. O uso de AINH seletivos para COX-2 trouxe maior liberdade para o uso dessas medicações na dor crônica por apresentarem menor risco gastrointestinal. Deve-se atentar para o fato de que as complicações renais mantêm-se mesmo nestes agentes, com risco de hipertensão arterial e de descompensação de insuficiência cardíaca. O uso de AINH em pacientes com hiperalgesia secundária ou dor neuropática geralmente resulta em pouco alívio da dor.

Ainda existe grande limitação no uso de opióides pelos reumatologistas. Isto decorre de um déficit educacional na graduação e na pós-graduação em diversas especialidades. Em livros-texto, o uso de opióides aparece como não recomendado para osteoartrite, e em artrite reumatóide sequer são citados. Existe hoje maior liberdade a partir de estudos com dor maligna, onde se observou pouca ocorrência de abuso deste tipo de medicação. Nas doenças reumáticas (AR e OA), em um estudo com 133 pacientes usando opióides por menos de 3 meses, 133 usando mais de 3 meses e 76 pacientes sem usar opióides, foi observado que houve uma melhora do VAS médio de 8,2 para 3,6 nos grupos que usaram oxicodona ou codeína. Trinta e dois pacientes aumentaram a dose, mas por piora da condição clínica (em 12 o aumento foi temporário e em 20, persistente). Somente 4 pacientes apresentaram sinais de abuso, e os quatro apresentavam história psiquiátrica e/ou alcoolismo. O uso de opióides depende de aprendizado em como usar essas medicações, que são na maior parte do tempo seguras e efetivas.

O uso de medicações adjuvantes, como antidepressivos tricíclicos e anticonvulsivantes estão indicadas em algumas situações, como fibromialgia, dor neuropática e dor regional complexa. Ainda estão em desenvolvimento medicações que ajam no mecanismo de sensibilização do SNC, como bloqueadores do receptor NMDA e inibidores da ação da substância P.

A avaliação da resposta do paciente deve levar em conta não só o nível da dor em si (VAS), mas também o estado emocional e a funcionalidade em casa e no trabalho. A quantidade de analgésicos de ação rápida necessária para o alívio da dor é sempre um indicador útil em pacientes que estão com uma dose programada de analgésicos de ação lenta.

O reumatologista possui um papel importante no tratamento da dor crônica na população geral. Embora muitas vezes reticentes em assumir este papel, devemos nos lançar também neste campo, por sermos profissionais habituados a ver o paciente como um todo, e de analisar o papel da dor no contexto da condição física e mental de um determinado indivíduo. Em cada paciente devemos estar alertas para causas menos óbvias de dor. Um paciente com AR pode queixar-se de dor pela inflamação, mas infecções, osteonecrose, osteoporose com fratura vertebral e fibromialgia podem complicar o quadro. Classicamente, o reumatologista sempre foi um profissional habilitado em identificar a real causa da dor em cada paciente. Devemos agora dominar a arte de tratar essa dor da melhor maneira possível.

PUBLICAÇÕES

MARCELO PINHEIRO

TOP 10

Estratégia diagnóstica para determinação de vasculite reumatóide

Diagnostic strategy for the assessment of rheumatoid vasculitis

Voskuyl AE, Hazes JM, Zwinderman AH, et al.: Ann Rheum Dis 2003, 62 (5): 407-13

Os autores procuraram determinar os achados clínicos associados à vasculite reumatóide comprovada histologicamente e o valor diagnóstico adicional de marcadores sorológicos em um coorte de 81 pacientes com artrite reumatóide e suspeita clínica de vasculite. A presença e o número de manifestações extra-articulares recentes foi quantificada e desenvolvido um escore de atividade sistêmica. Adicionalmente, avaliaram os seguintes marcadores laboratoriais: imunocomplexos circulantes, C3, C4, fator reumatóide IgM, IgG e IgA, ANCA, FAN, PCR, anticorpos antiendoteliais, moléculas de adesão circulantes: intercelular (ICAM 1 e 3) e vascular (VCAM), bem como E-selectina, fibronectina celular e antígeno do fator de von Willebrand. Todas as variáveis foram comparadas entre 31 pacientes reumatóides com vasculite documentada histologicamente e 50 sem comprovação anatomopatológica. O valor diagnóstico desses marcadores e dos achados clínicos foi determinado por meio de regressão logística. Dos achados clínicos estudados, somente a neuropatia periférica e/ou a presença de lesões cutâneas (petéquias/púrpura) estavam associadas ao poder discriminatório da vasculite reumatóide por comprovação histológica, isto é, por atividade inflamatória da própria doença e não por outras causas de

dano vascular. E, do ponto de vista laboratorial, apenas a combinação de elevados títulos de fator reumatóide IgA e baixos valores séricos de C3 contribuíram para o discernimento do componente inflamatório sistêmico da vasculite reumatóide. Evidências de vasculite sistêmica foram encontradas em biópsia muscular do reto femoral em 9/14 pacientes (64%) com vasculite e neuropatia e em 3/11 pacientes (27%) com púrpura/petéquias e vasculite da pele. Em suma, durante a propedêutica para o diagnóstico de vasculite reumatóide, a presença de neuropatia periférica e ou púrpura/petéquias, associada a baixos níveis séricos de C3 e altos títulos de fator reumatóide IgA aumenta a probabilidade de comprovação histológica da vasculite pela artrite reumatóide, diferenciando-a de outras causas de vasculite.

Drogas anti-reumáticas modificadoras da doença para espondiloartropatias: avanços no tratamento

Disease-modifying antirheumatic drug therapy for spondyloarthropathies: advances in treatment

Mease PJ: Curr Opin Rheumatol 2003, 15 (3): 205-12

Esse é um interessante artigo de revisão sobre o tratamento das espondiloartropatias soro-negativas que representam um grande desafio para o reumatologista. Enfatizam o mecanismo fisiopatológico, principalmente o papel do TNF e da matriz extracelular,

no acometimento da êntese. Tradicionalmente, o tratamento das espondiloartropatias soro-negativas é composto por antiinflamatórios não hormonais. O uso de drogas modificadoras de evolução da doença, como metotrexato, não apresenta fortes evidências clínicas de melhora do padrão articular periférico ou axial e, não raramente, é acompanhado por falha terapêutica em condições mais graves. Opções alternativas têm sido limitadas a casos graves ou de difícil manejo clínico. Graças a melhor compreensão do processo fisiopatológico dessas enfermidades, novos agentes terapêuticos têm sido utilizados e investigados, tais como os agentes biológicos anti-TNF alfa (etanercept/infliximab), que são o motivo principal dessa revisão da literatura.

Estudo genético da hipertensão arterial pulmonar

Genetic studies of pulmonary arterial hypertension

Morse JH: *Lupus* 2003, 12(3): 209-12

Diversos estudos genéticos para o estudo da hipertensão pulmonar primária foram conduzidos a fim de melhor esclarecer os detalhes imunogenéticos dessa doença, no entanto somente pequenos achados puderam ser classificados quando definidos pela associação HLA/auto-anticorpos e a forma familiar, isto é, não conseguiram segregar com HLA classe II. Esse artigo identificou um gene no cromossomo 2q33,34 chamado PPH1. Mutações nesse gene, agora conhecido por ser um receptor da proteína morfogenética do osso (BMPR2), pode causar hipertensão arterial pulmonar primária. Mutações em um segundo gene, ALK-1, presente em famílias com telangiectasia hemorrágica hereditária tipo 2, também causam hipertensão pulmonar primária. Ambos os genes estão envolvidos na sinalização TGF- β , indicando pontos bastante interessantes para a melhor compreensão da patogênese da hipertensão pulmonar primária e, por conseguinte, de novos alvos terapêuticos.

Auto-anticorpos contra a proteína relacionada com o receptor de lipoproteína de baixa densidade (LRP2) em doenças auto-imunes sistêmicas

Autoantibodies to low-density-lipoprotein-receptor-related protein 2 (LRP2) in systemic autoimmune diseases

Seido O, Toshihiro M, Kusuki N, et al.: *Arthritis Res Ther* 2003, 5 (3): R174-R180

Os auto-anticorpos para o epítipo principal do CD69 reagem contra a sequência homóloga do aminoácido da proteína relacionada com o receptor de lipoproteína de baixa densidade (LRP2), um receptor multi-ligante e importante durante a reabsorção proteica. Eles investigaram a prevalência, distribuição de auto-epítipos e significância clínica dos auto-anticorpos para LRP2 em pacientes com doenças auto-imunes sistêmicas. Usaram seis proteínas recombinantes (F2-F7) para LRP2 e uma para CD69, e detectaram auto-anticorpos para LRP2 no soro de pacientes com artrite reumatóide, LES, doença de Behçet, esclerose sistêmica e osteoartrose e então mapearam os auto-epítipos por Western blotting. Os auto-anticorpos para LRP2 foram detectados em 87% dos pacientes reumatóides, 40% dos lúpicos, 35% dos esclerodérmicos, 15% daqueles com doença degenerativa da cartilagem e 3% dos com

doença de Behçet. Múltiplos epítipos na LRP2 foram reconhecidos pela maioria das amostras séricas do anti-LRP2. Todas as amostras testadas para auto-anticorpos anti-CD69 reagiram com a LRP2-F3 contendo a sequência homóloga para o principal epítipo do CD69; entretanto, somente 38% das amostras anti-LRP2-F3 reagiram contra o CD69. Clinicamente, a existência de auto-anticorpos contra LRP2-F4, -F5, e -F6 se correlacionou com a presença de proteinúria em pacientes com AR. Esse estudo mostrou que a LRP2 é o principal auto-antígeno na AR, que os auto-anticorpos para LRP2 são provavelmente produzidos pelo mecanismo de mimetismo molecular e a auto-imunidade para LRP2 deve incluir CD69. Os auto-anticorpos anti-LRP2 devem apresentar papel fundamental durante a inibição da função reabsortiva da LRP2.

RANKL e RANK como novo alvo terapêutico para artrite

RANKL and RANK as novel therapeutic targets for arthritis

Nakashima T, Wada T, Penninger JM: *Curr Opin Rheumatol* 2003, 15 (3): 280-7

A família das moléculas do TNF (ativador do receptor do fator nuclear kappa B [Nf-kappaB] ou RANK e seu ligante [RANKL]) é reguladora fundamental da remodelação óssea e regula também as comunicações entre a célula T e as células dendríticas e formação dos linfonodos. Além disso, RANKL e RANK são expressos pelas células epiteliais da glândula mamária e controlam o desenvolvimento da lactação. Geneticamente, RANKL e RANK são essenciais para o desenvolvimento e ativação dos osteoclastos e posterior perda óssea. Inibição da função RANKL, via osteoprotegerina, previne a perda óssea em mulheres na pós-menopausa e em metástases ósseas. RANKL parece ser o princípio patogênico que causa destruição óssea e da cartilagem em processos inflamatórios crônicos. O tratamento com OPG previne a perda óssea em articulações inflamadas e tem efeito benéfico parcial na destruição condral em todos os modelos experimentais estudados. A modulação desses sistemas sustenta a oportunidade para desenhar novas terapêuticas para inibir a perda óssea e da cartilagem em doenças reumáticas, baseada em apenas um sistema fisiopatológico.

Diagnóstico densitométrico da osteoporose em homens: efeito do local de medida e banco de dados normativos

Densitometric diagnosis of osteoporosis in men: effect of measurement site and normative database

Vallarta-Ast N, Krueger D, Binkley N: *J Clin Densitom* 2002, 5 (4): 383-89

Diversas controvérsias existem quanto à escolha do melhor sítio esquelético de medida da massa óssea e qual seria o banco de dados de referência mais apropriado para se fazer o diagnóstico densitométrico de osteoporose em homens. O uso da coluna lombar e fêmur proximal e a utilização de dados de referência do sexo masculino é prática padrão; entretanto, recentes relatos sugerem que o banco de dados feminino deva ser mais apropriado para a referência e diagnóstico no sexo masculino. Esses autores avaliaram o efeito das medidas desses sítios e a utilização de banco de dados normativos para o diagnóstico densitométrico de osteoporose em homens. Os valores de escore T da densidade óssea da coluna

lombar, fêmur proximal e rádio ultradistal foram determinados em 595 homens por meio do banco de dados normativos para o sexo masculino da GE Lunar. Os critérios da OMS de 1994 foram aplicados, através dos quais foram identificados 282 homens com osteoporose (escore $T \leq -2,5$). A combinação dos valores do fêmur proximal com os valores do rádio ultradistal foi mais sensível ($p < 0,0001$) para o diagnóstico de osteoporose do que o fêmur associado à coluna lombar. Quando os exames de 129 pacientes com fraturas foram analisados usando o banco de dados normativos para as mulheres, poucos ($p < 0,0001$) preenchiam um valor limiar arbitrário para receber tratamento farmacológico para osteoporose. Os autores concluíram que a medida da densidade mineral óssea da coluna ou do fêmur sozinhos pode levar a uma subestimativa da osteoporose em homens, que foi exacerbada pela utilização de um banco de dados normativos para a população feminina. Mais homens com fratura prévia devem ser categorizados como não preenchendo um limiar para intervenção farmacológica.

Tomografia computadorizada por emissão de fóton simples de Tecnécio 99m tetrofosmina na perfusão miocárdica em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES)

Single photon emission computed tomography of technetium-99m tetrofosmin myocardial perfusion imaging in patients with systemic lupus erythematosus

Lin JJ, Hsu HB, Sun SS, et al.: Jpn Heart J 2003, 44 (1): 83-9

Esse estudo se propôs a avaliar a utilidade da tomografia computadorizada por emissão de fóton simples (SPECT) de Tc-99m tetrofosmina (Tc-99m TF) para detectar alterações da perfusão miocárdica em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. Cinquenta pacientes lúpicos foram divididas, equitativamente, em dois grupos: (1) com sintomas cardiovasculares e (2) sem sintomas cardiovasculares. Vinte e cinco mulheres saudáveis constituíram o grupo-controle. A perfusão miocárdica foi avaliada pelo SPECT Tc-99m TF em repouso e após estresse farmacológico com dipiridamol. O teste mostrou defeito de perfusão em 88% e 40% dos casos do grupo 1 e 2, respectivamente. E, no terceiro grupo não foi observada nenhuma alteração. Enfim, o SPECT Tc-99m TF de perfusão miocárdica é uma modalidade de imagem não invasiva e útil para detectar envolvimento cardíaco em pacientes lúpicos com ou sem sintomas cardíacos. Atualmente, as doenças infecciosas têm recebido bastante enfoque no contexto das enfermidades reumáticas, sendo motivo dos dois últimos fóruns de debates de nossa Sociedade. A seguir, três artigos recentes sobre esse assunto.

Utilidade diagnóstica da rotina sorológica para doença de Lyme em pacientes com artrite inflamatória em áreas não endêmicas

Diagnostic usefulness of routine Lyme serology in patients with early inflammatory arthritis in nonendemic areas

Muller G, Cherasse A, Bour JB, et al.: Joint Bone Spine 2003, 70 (2): 119-21

Os autores avaliaram a utilidade de se fazer a sorologia rotineira para doença de Lyme em pacientes com artrite inflamatória de início precoce (tempo inferior a 12 meses) que moram em áreas não endêmicas da França. Realizaram exame clínico minucioso, ECG e teste ELISA para anticorpos anti-Borrelia burgdorferi em 90 pacientes (51 mulheres e 39 homens), com média de idade de $48,1 \pm 17,9$ anos. A média de duração de queixas articulares foi de $4,3 \pm 4,3$ meses (mediana de 3 meses). Apenas um paciente (1,1%) relatou picada por carrapato e nenhum paciente tinha história de eritema migratório. A sorologia para doença de Lyme foi negativa em todos os pacientes. Esses resultados não sustentam o uso rotineiro da sorologia para doença de Lyme em pacientes com doença inflamatória articular, sem epidemiologia positiva para tal enfermidade. Entretanto, essa sorologia permanece apropriada em pacientes com epidemiologia e achados sugestivos para doença de Lyme.

Parvovírus B19 e doenças auto-imunes

Parvovirus B19 and autoimmune diseases

Meyer O: Joint Bone Spine 2003, 70 (1): 6-11

Parvovírus B19 (B19) causa diversas doenças clínicas, tais como eritema infeccioso, anemia aplásica, anemia hemolítica auto-imune, reação leucemóide e hidropisia fetal. Em adultos jovens, a erupção cutânea é acompanhada por poliartrite e poliartralgia em mais de 60% dos casos. As anormalidades articulares predominam nas mãos e pés e usualmente resolvem em poucos dias (2 a 21 dias). Testes sorológicos mostram anticorpos IgM contra B19, confirmando o diagnóstico recente da infecção. Poliartrite crônica e aditiva pode ocorrer em alguns pacientes e parece estar associada ao HLA-DR4. Vários auto-anticorpos podem ser encontrados nesses pacientes, tais como o fator reumatóide, FAN, anti-DNA, anti-SSA/SSB e anticardiolipina, muitas vezes, de forma transitória. A infecção aguda pelo B19 pode desencadear casos de artrite reumatóide erosiva (PCR positiva para DNA do B19 em sinoviócitos e leucócitos) ou LES, como citado pela literatura. As vasculites induzidas pelo vírus podem afetar vasos de pequeno (púrpura de Henoch-Schönlein, granulomatose de Wegener), médio (poliartrite nodosa) e grande calibre (arterite de células gigantes). No entanto, grandes ensaios clínicos indicam que essa infecção representa uma etiologia rara de acometimento reumático, não sendo justificado o uso da sorologia para todos os pacientes com manifestações reumatológicas e provenientes de áreas não endêmicas.

Manifestações reumáticas da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection

Medina Rodriguez F: Rheum Dis Clin North Am 2003, 29 (1):145-61

Queixas reumáticas são comuns em pacientes com infecção pelo HIV. Em razão do melhor manejo da infecção e melhor expectativa de vida dos pacientes, surgiram novas complicações reumatológicas que são abordadas nessa revisão, tais como osteoporose, osteonecrose, gota e infecção ósteo-articular por micobactérias e fungos.

Educação para famílias com crianças e adolescentes com doenças reumáticas

No dia 15 de março foi realizado o I Encontro de Pacientes, Pais e Profissionais da Área de Reumatologia Pediátrica do Estado de São Paulo, no Campus da UNIFESP-EPM. O evento, certamente pioneiro em nosso meio, foi caracterizado pela integração de crianças, adolescentes, pais e profissionais de 9 serviços especializados em Reumatologia Pediátrica, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, pedagogos e psicólogos, entre outros.

O encontro, idealizado pelo Setor de Reumatologia Pediátrica da UNIFESP-EPM, foi organizado pelo Acredite – Amigos da Criança com Reumatismo (www.acredite.org.br), uma ONG sem fins lucrativos, que proporciona suporte ao tratamento médico de crianças e adolescentes com doenças reumáticas, fundada em setembro de 2001 por um grupo de voluntários e de médicos especialistas em Reumatologia Pediátrica do Hospital São Paulo, UNIFESP-EPM. O Acredite já credenciou mais de 200 famílias e fornece medicamentos e vales transportes para mais de 100 pacientes todos os meses. Os voluntários vêm realizando um trabalho junto ao Ministério Público, no intuito de elaborar um programa governamental de assistência às famílias de crianças com doenças reumáticas. A participação e organização dos pais é fundamental para o sucesso desta empreitada, lenta mas de caráter irreversível.

O evento contou com a participação de colegas da Universidade Federal de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade

de São Paulo (Instituto da Criança e Disciplina de Reumatologia do Hospital das Clínicas), Santa Casa de São Paulo, Hospital do Servidor Público Estadual, Universidade Estadual de Campinas e de Botucatu, Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto e Hospital Menino Jesus. Especialistas ministraram palestras sobre aspectos diversos das doenças crônicas, como diagnóstico, tratamento (com ênfase na aderência), direito ao medicamento, reabilitação, abordagem pedagógica e psicológica.

A Meeting Eventos contribuiu voluntariamente no planejamento do encontro, e o patrocínio veio de algumas empresas e entidades parceiras do Acredite: Nestlé, Schering-Plough, Reabilita Companhia Paulista de Reabilitação, Fly Linhas Aéreas, Grupo Pão de Açúcar, Len Design Comunicação, Plotaticom, Colgate, ONG Recicle Milhões de Vidas e UNIFESP. O grupo de voluntários do Acredite teve o apoio do corpo de voluntárias da UNIFESP.

Enquanto os cerca de 150 pais (e 50 adolescentes) interagiram com os palestrantes, as crianças foram envolvidas por brincadeiras educativas, assistiram a uma peça de teatro infantil e receberam brindes. No decorrer do dia, os adolescentes participaram de grupos sobre sexualidade e drogas, coordenados pelos colegas da FMUSP. Algumas entidades-irmãs, como a Abrales e o Grupasp, participaram ativamente das discussões. Um dos pontos altos do encontro foi o colóquio com os especialistas, no qual os pais participaram com inúmeras perguntas e depoimentos. Certamente este dia foi uma experiência gratificante para todos, sendo dado o passo inicial para a realização de futuras atividades, com um número cada vez maior de participantes.

Agradecemos a importante colaboração do Dr Cláudio Len pelo envio do material desse evento para publicação.

2003

NACIONAIS

IX Encontro de Reumatologia Avançada 2003

Data: 5 a 7 de junho

Local: São Paulo, SP

Contato: Soc. Paulista de Reumatologia, fone/fax (11) 3284-0507

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

XIV Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

II Jornada Capixaba de Osteoporose e Osteoartrite

Tema: Atualização Terapêutica em Reumatologia

Data: 3 a 5 de julho

Local: Hotel Senac, Ilha do Boi, Vitória, ES

XVII Jornada Brasileira de Reumatologia

XVII Jornada Norte-Nordeste

Tema: Dor 5.º Sinal Vital / Infecção na Reumatologia

Data: 3 a 6 de setembro

Local: Hotel Summerville, Porto de Galinhas, Recife, PE

Contato: CEJEM, fone/fax (81) 3325-5015

e-mail: cejem@elogica.com.br

XVII Jornada Paulista de Reumatologia

Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

Data: 4 a 6 de dezembro

Local: São Paulo, SP

Contato: Soc. Paulista de Reumatologia, fone/fax (11) 3284-0507

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

INTERNACIONAIS

IV Congresso Internacional do CIAR

Data: 16 e 17 de junho

Local: Estoril, Portugal

Eular 2003: European Congress of Rheumatology

XVIII Congresso Europeu de Reumatologia – Eular

Data: 18 a 21 de junho

Local: Lisboa, Portugal

Contato: fone 4-113-839-690, fax 4-113-839-810

e-mail: eular@bluewin.ch

National Osteoporosis Society

9th Bath Conference on Osteoporosis

Data: 22 a 26 de junho

Local: Bath, England, United Kingdom

Contato: fone 44-01-761-471-771, fax 44-01-761-471-104

e-mail: conferences@nos.org.uk

American Society for Bone and Mineral Research Annual Meeting

Data: 19 a 23 de setembro

Local: Minneapolis, MN, United States

Contato: fone 202-857-1161, fax 202-857-1880

e-mail: asbmr@dc.sba.com

67th Annual Scientific Meeting of the American College of Rheumatology – ACR

Data: 24 a 28 de outubro

Local: Orlando, FL, United States

Contato: fone 404-633-3777, fax 404-633-1870

e-mail: acr@rheumatology.org

FÓRUM DE DEBATES

Na primeira quarta-feira de cada mês, você tem encontro marcado no Fórum de Debates em Reumatologia.

Local: Associação Médica Brasileira – Auditório Nobre “Prof. Dr. Adib Jatene”, Rua São Carlos do Pinhal, 324, Bela Vista, São Paulo, SP (próximo ao Hotel Maksoud Plaza).

Estacionamento gratuito no Avenida Paulista Hotel (Rua São Carlos do Pinhal, 200, Bela Vista, esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

Logo após os debates, você poderá degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

Veja, a seguir, quais foram os temas debatidos nos últimos encontros:

Primeiro Fórum (12 de março de 2003):

Hipertensão pulmonar e artrose iniciaram o ciclo de debates inter-disciplinares da SPR do ano de 2003.

Coordenação/apresentação: Ana Soraya das Neves (reumatologista/Unifesp)/Themis Mizerkowski Torres (reumatologista/Unifesp).

Debatedores: Percival Degraça Sampaio Barros (reumatologista/Unicamp)/Jaqueline Sonoe Ota Arakaki (pneumologista/Unifesp) e Mário Luiz Cardoso Pucinelli (reumatologista/Unifesp)/Leda Magalhães de Oliveira (fisioterapeuta/Unifesp).

Temas discutidos: hipertensão pulmonar e osteoartrite.

Segundo Fórum (2 de abril de 2003):

O vírus da hepatite e a inter-relação com as doenças reumáticas nortearam a abordagem do segundo encontro dos reumatologistas paulistas.

Coordenação/apresentação: Ari Stiel Radu (reumatologista/ HC/ FMUSP).

Debatedores: Isídio Calich (reumatologista/HC/FMUSP), Eduardo Cançado (hepatologista/HC/FMUSP), Iêda M. Laurindo (reumatologista/HC/FMUSP).

Tema discutido: vírus da hepatite e doenças reumatológicas.

Terceiro Fórum (7 de maio de 2003):

As alterações oftalmológicas do lúpus eritematoso sistêmico e as queixas dolorosas do ombro nortearam o terceiro Fórum de Debates do segundo semestre letivo.

Coordenação/apresentação: Branca D. B. Souza (reumatologista/Santa Casa de São Paulo).

Debatedores: Thaís Proença (dermatologista/Santa Casa de São Paulo), Natalino Yoshinari (reumatologista/HC/FMUSP), Célio Roberto Gonçalves (reumatologista/HC/FMUSP).

Tema discutido: artrite e infecção.

Contamos com a sua presença nos próximos fóruns.

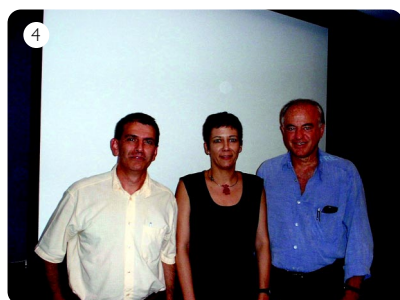
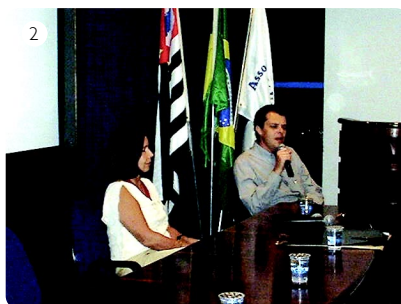
Programe-se:

Quarto Fórum (6 de agosto)

Quinto Fórum (10 de setembro)

Sexto Fórum (1.º de outubro)

Sétimo Fórum (5 de novembro)



Primeiro Fórum de Debates: 1 – Jaqueline Ota e Percival Barros discutem a hipertensão pulmonar; 2– Mário Pucinelli e a fisioterapeuta Leda Magalhães apontam diversos aspectos interessantes na fisiopatologia e tratamento da osteoartrite; 3– Jamil Natour, Percival Barros e Iêda M. Laurindo, entre outros, desfrutam o jantar de confraternização. Segundo Fórum: 4 – Isídio Calich, Eduardo Cançado e Iêda M. Laurindo debatem o papel do vírus da hepatite em doenças reumáticas. Terceiro Fórum: 5 – Branca Souza, Thaís Proença e Célio Gonçalves discutem processos infecciosos crônicos na etiologia das doenças reumáticas; 6 – Branca Souza e Natalino Yoshinari debatem sobre a possibilidade da doença de Lyme no Brasil.



Jornada de Reumatologia de São José do Rio Preto, realizada no dia 10 de maio de 2003 no Saint Paul Plaza Hotel: 1 – (esq.) Maria Odete Esteves Hilário, Virgínia Paes Leme Ferriani e Roberto Acayaba de Toledo; 2 – (esq.) Helencar Ignácio, Cleide Carvalho e Ana Luiza Almeida Arnaldo Silva Rodriguez. 3 – Participantes do evento. Conferência Internacional do dr. Andreas Reiff, realizada no dia 29 de abril de 2003 no Hotel Mercure, em São Paulo, SP: 4 – Participantes do evento; 5 – (esq.) Maria Odete Esteves Hilário, Andreas Reiff e Jamil Natour.

Comunicado aos reumatologistas do Estado de São Paulo

O protetor solar gratuito tem sido distribuído, gratuitamente, pelos postos de saúde do estado de São Paulo há aproximadamente um ano para as pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. Ele representa uma conquista da reumatologia e dos pacientes representados pela Associação Brasileira de Lúpus Eritematoso Sistêmico (ABRALES), após vários anos de lutas. Recentemente, a ABRALES recebeu notificação da Secretaria de Saúde, na qual enfatizava que a falta de prescrição do protetor solar pelos médicos do Estado de São Paulo, poderá prejudicar a fabricação e a distribuição dessa medicação aos lúpicos.

Enfatizamos que o uso do protetor solar é uma necessidade para os pacientes com lúpus e muitos desses pacientes não dispõem de recursos financeiros para adquiri-lo. O protetor solar deve ser prescrito em receituário simples, contendo o nome do paciente, o CID de LES (M32.1) e a prescrição do "Protetor Solar FPS 12 FURP". Contamos com a colaboração dos colegas reumatologistas, para que prescrevam o protetor solar, em especial para os pacientes que tenham baixo poder aquisitivo. Senão, correremos o risco de perdermos essa tão importante conquista.

Sites relacionados com Reumatologia

www.reumatologiasp.com.br
www.reumatologia.com.br
www.ilar.org
www.panlar.org
www.eular.org
www.lupusonline.com.br
www.arthritis.org
www.asbmr.com
www.lagrimabrasil.com.br