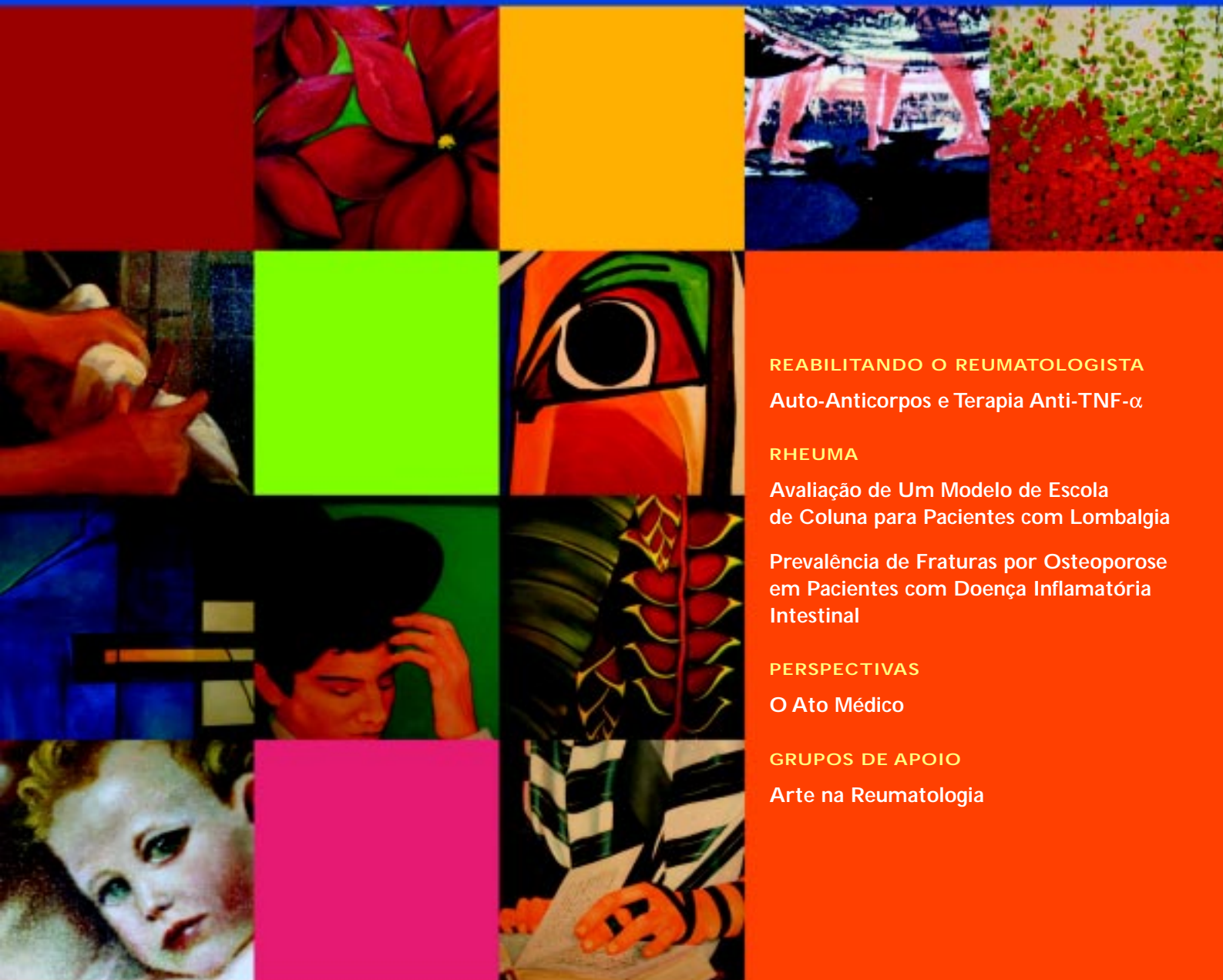


# Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 4 N.º 1 jan/mar 2005



## REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

Auto-Anticorpos e Terapia Anti-TNF- $\alpha$

## RHEUMA

Avaliação de Um Modelo de Escola de Coluna para Pacientes com Lombalgia

Prevalência de Fraturas por Osteoporose em Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal

## PERSPECTIVAS

O Ato Médico

## GRUPOS DE APOIO

Arte na Reumatologia

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-6
Rheuma	7-8
Perspectivas	8-9
Publicações	10-15
Noticiário	16
Grupos de Apoio	18-21
Agenda	22

## Sociedade Paulista de Reumatologia

### DIRETORIA EXECUTIVA 2004/2005

#### Presidente

Manoel Barros Bértolo

#### 1.º Vice-Presidente

Ari Stiel Radu

#### 2.º Vice-Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

#### 1.º Secretário

Rubens Bonfiglioli

#### 2.º Secretário

Sandra Watanabe

#### 1.º Tesoureiro

Percival Degraça Sampaio Barros

#### 2.º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

#### Comissão Científica

Ibsen Bellini Coimbra, Luis Eduardo Coelho Andrade, Eduardo Ferreira Borba Neto, Branca Dias Batista de Souza, José Eduardo Martinez, Sônia Maria A. Anti Loduca Lima, Maria Guadalupe Barbosa Pippa, César Emile Baaklini, Flávio Calil Petean

#### Comissão de Ética

José Marques Filho, Eduardo de Souza Meirelles, Ivone Minhoto Meinão

#### Comissão de Ensino

Rozana Mesquita Ciconelli, Sandra Regina M. Fernandes, Luiz Carlos Latorre, Rosa Maria Rodrigues Pereira

#### Conselho Fiscal

Adil Muhib Samara, Cristiano A. F. Zerbini, José Roberto Provenza, Rina Neubarth Giorgi, Célio Roberto Gonçalves, Jamil Natour

#### Comissão Estadual

Cláudia Valéria Pereira (Campinas), Joaquim Gonçalves Neto (Santos), Paulo de Tarso Nora Verdi, Benedito José de Sampaio (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin (São José do Rio Preto), Fabiola Reis Oliveira (Ribeirão Preto), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Clovis Strini Magon (São Carlos), Abel Pereira de Souza Jr. (ABC), Edgard Baldi Jr (Marília), Benedito do Espírito Santos Campos (Vale do Paraíba), Maria Domitila Menezes de Napoli (Limeira), Eliana Martins Spina (Jundiaí)

#### Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudia Goldenstein Schainberg

#### Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann

#### Endereço

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

## Revista Paulista de Reumatologia

Órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

#### Editores Científicos

Alexandre Wagner S. Souza, Fábio Jennings, Marcelo Pinheiro

## ETCetera Editora de Livros e Revistas

#### Editor responsável

Kleber Kohn

#### Coordenação

Silvia Souza

#### Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

#### Endereço para correspondência

Rua Baronesa de Itú, 336, 10.º andar, Higienópolis, CEP 01231-100, São Paulo, SP  
Fones: (11) 3825-3504 / 3826-4945, Fax: (11) 3826-7770  
e-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br  
Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

## Palavra do Presidente

Estaremos realizando de 19 a 21 de maio de 2005 a XVIII Jornada Paulista de Reumatologia e o XI Encontro de Reumatologia Avançada. Esse evento contará com a presença de quatro convidados internacionais, dois dos quais pesquisadores brasileiros no exterior há vários anos (um nos EUA e outro no Canadá). Teremos a oportunidade de assistir às apresentações e debater as principais pesquisas básicas e clínicas desenvolvidas pelos convidados internacionais, o mesmo ocorrendo com aquelas realizadas no Brasil pelos principais centros de reumatologia de São Paulo e de outros Estados. Serão abordados temas como Esclerose Sistêmica, LES, EA, AR, Fibromialgia e Procedimentos, entre outros.

Além desse importante evento, continuamos com os Fóruns de Debates, realizados em São Paulo na primeira quarta-feira do mês e com as Jornadas de Reumatologia do Interior. A primeira Jornada ocorreu em Botucatu, em 17 de março, sob a coordenação do dr. Oswaldo Melo da Rocha; a segunda será em Araraquara no mês de abril, sob a coordenação da dra. Cristiana Cury Lia. Em Sorocaba, nos dias 9 a 14 de maio será realizado o I Congresso da Sociedade Médica de Sorocaba. A Reumatologia participará desse evento nos dias 10 e 11 e contará com o apoio da SPR sob a coordenação do Dr. José Eduardo Martinez.

Além dos eventos científicos, a SPR, por meio de seus representantes, tem freqüentado todas as reuniões e movimentos coordenados pela Associação Médica Brasileira e pela Associação Paulista de Medicina em defesa da atuação do médico.

Esperamos contar com o apoio e com a presença de todos nos eventos da Sociedade Paulista de Reumatologia deste ano.

**Manoel Barros Bértolo**

*Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*

*Gestão 2004-2005*

Serviço de atendimento ao leitor: (11) 3284-0507  
e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

## Regurgitofagia

Assisti recentemente a uma peça teatral com esse nome, durante a qual o ator encontrava-se fisicamente ligado às mínimas reações da platéia por meio de fios elétricos unindo seus punhos e tornozelos a uma máquina capaz de converter a energia dos aplausos, risos e outros ruídos em choques elétricos aplicados a seu corpo. Se porventura ligássemos uma máquina dessas ao médico brasileiro, certamente repensaríamos nossa condição de prestadores de serviço, consumidores e seres humanos.

A idéia seria a seguinte: colocaríamos um sensor em cada um de nossos pacientes, seguros e planos de saúde e outros profissionais da área. A cada manifestação ou movimento deles, mais um choque receberíamos, causando-nos sensações como impotência, angústia, competitividade e insegurança. Imaginem receber um choque elétrico a cada reclamação pelo atraso no atendimento do sistema público de saúde; pela dificuldade e pela enorme fila enfrentada pelo paciente para marcar uma consulta com o especialista do SUS; ou, até mesmo, pela falta de medicação para um paciente grave ou pela morosidade em agendar uma ressonância de joelho... Ainda bem que este é apenas um exercício de reflexão sobre o que consumimos e o que queremos de fato, pois, caso contrário, seríamos todos eletrocutados!

Cogitamos da eventualidade de já existir esse tal sensor em nossa sociedade. Ao imaginarmos o que somos obrigados a assistir atualmente na televisão brasileira, por exemplo, podemos perceber a presença de dois personagens polêmicos nos programas

de maior audiência. Por ironia, ambos são médicos. No primeiro caso, trata-se de uma ortopedista que luta contra o preconceito sexual e pelos direitos ao casamento e adoção de filhos por casais homossexuais. No segundo, um médico que integrou o programa Big Brother Brasil 5, adota um comportamento que representa a completa antítese de valores humanos, caracterizada por diálogos preconceituosos e vazios, que não refletem, definitivamente, a nossa classe, cada vez mais envolvida política, social, moral, ética e filosoficamente com as necessidades coletivas.

“Ficar de olho” na TV ou em qualquer outro tipo de difusão de conceitos em massa pode custar muito mais do que o nosso tempo: pode ocasionar a “ingestão” literal de uma sociedade controlada, mordaz e livre de quaisquer questionamentos, que atinge nosso corpo com ondas de informação e, pelo choque, impossibilita a assimilação. Regurgitar esse excesso talvez seja nossa única chance de retomar e reverter todo o processo conceitual. É como se não devêssemos mais deglutir as opiniões e vanguardas norte-americanas ou européias, como defendia Oswald de Andrade, mas sim expelir as informações outrora captadas para refletir sobre o que de fato interessa “devorar”. Como no teatro, deveríamos regurgitar esse excesso, a pressa e a falta de tempo, a fim de resgatar nosso maior legado: a dignidade do ato médico e a arte de salvar vidas.

Os Editores

**CAPA:** no último Congresso Brasileiro de Reumatologia, realizado no Rio de Janeiro em outubro de 2004, doze artistas expuseram com sucesso suas obras para o deleite dos reumatologistas brasileiros. A arte faz parte da seção cultural da nossa especialidade há quase dez anos.

Os participantes da Exposição de Artes do XXV Congresso Brasileiro de Reumatologia foram: Debora Cristina de Oliveira Martinez; Suzel Neubarth; Heloisa Helena dos Santos Silva; Sueli Coelho da Silva Carneiro; Heidi C. Feldman; Marly Lima Viana; Waldionise Cossermelli; Miriam Terezinha K. Vieira; Cristina Carneiro; Plínio; Lee James S. Ramos e Rucélia Ximenes.

# Auto-Anticorpos e Terapia Anti-TNF- $\alpha$

Emiliano Pontes Martins<sup>(1)</sup> e Luís Eduardo Coelho Andrade<sup>(2)</sup>

1. Pós-graduando (mestrado) na disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM

2. Professor adjunto livre docente da disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM

O fator de necrose tumoral- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) é uma citocina de fundamental importância nos processos de inflamação e na imunidade inata, induzindo macrófagos e células endoteliais à produção de outras citocinas pró-inflamatórias e quimiocinas, respectivamente, estimulando a expressão de moléculas de adesão pelo endotélio vascular, contribuindo assim para o recrutamento de leucócitos e amplificação dos mecanismos de inflamação. Quando produzido em excesso o TNF- $\alpha$  pode causar efeitos sistêmicos, que se manifestam como febre e elevação de proteínas de fase aguda como a proteína C reativa (PCR), o amiloide sérico A (SAA) e o fibrinogênio. As observações clínicas atestando drásticos efeitos benéficos da terapia anti-TNF na artrite reumatóide, doença de Crohn e espondilite anquilosante corroboram a noção de que essa citocina atua como peça-chave na fisiopatologia dessas enfermidades. Atualmente três agentes neutralizadores de TNF- $\alpha$  estão disponíveis para uso clínico: etarnecepte, infliximabe e adalimumabe. Diferenças estruturais e nos mecanismos de ação desses agentes podem ter influência na sua efetividade, como também nas alterações laboratoriais observadas em pacientes tratados com essas drogas.

A molécula de etarnecepte é oriunda da fusão entre o receptor humano p75 do TNF- $\alpha$  e a porção Fc de imunoglobulina humana IgG1. Essa molécula tem a capacidade de ligar-se ao TNF- $\alpha$  e ao TNF- $\beta$  (linfotóxina) em sua forma solúvel. As moléculas do infliximabe e adalimumabe, por sua vez, consistem de anticorpos monoclonais quimérico e humanizado, respectivamente, e têm a capacidade de se ligar tanto a moléculas solúveis de TNF- $\alpha$ , quanto a moléculas unidas a seus receptores nas superfícies celulares. Ademais, a sua ligação a moléculas de TNF- $\alpha$ , presentes em diversas superfícies celulares (monócitos e linfócitos T), é capaz de induzir apoptose

dessas células, bem como lise das mesmas, via ativação de complemento ou via citotoxicidade celular dependente de anticorpos.

## Indução de auto-anticorpos por terapia anti-TNF

Nesta revisão não serão abordados os anticorpos eventualmente formados contra as próprias moléculas do agente anti-TNF, como os *Human Anti-Murine Antibodies* (HAMA) e os *Human Anti-Chimeric Antibodies* (HACA), por não se tratar de autênticos auto-anticorpos.

O fenômeno de indução de auto-anticorpos por fármacos é bem conhecido dos reumatologistas. Entretanto, os agentes anti-TNF têm se destacado em decorrência da alta frequência e das especificidades dos auto-anticorpos observados. Esta frequência varia amplamente entre os diversos autores, provavelmente em função da metodologia utilizada, dos regimes terapêuticos empregados e das particularidades étnicas e culturais dos pacientes estudados. Aparentemente, o infliximabe é o agente mais frequentemente associado a esse fenômeno. De uma maneira geral, aproximadamente metade dos pacientes tratados com infliximabe desenvolvem positividade para anticorpos antinúcleo no decorrer dos estudos com essa droga.

Em um estudo realizado com 193 pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide, tratados com infliximabe ou placebo, o percentual de pacientes ANA-positivos aumentou de 30% para 53% no grupo dos pacientes tratados com infliximabe em um período de 4 a 6 semanas; por outro lado, apenas um paciente do grupo placebo converteu-se em ANA positivo após o término do estudo. Anticorpos anti-dsDNA foram pesquisados por três métodos: imunofluorescência indireta usando *Crithidia lucilae* como fonte antigênica (CLIFT) e dois testes de radioimunoensaio [um



com DNA de mamífero (Ortho RIA) e outro com DNA circular de plasmídeo (CLB RIA)]. Entre os 22 pacientes que desenvolveram anticorpos anti-dsDNA durante o período de tratamento, avaliados pelo teste CLIFT, 11 (7%) também apresentaram achados positivos no teste Ortho RIA e apenas um paciente tinha anti-dsDNA detectável pelo teste CLB RIA. Os soros com anticorpos anti-dsDNA pelo método CLIFT mostraram positividade exclusiva para o subtipo IgM e também apresentaram anticorpos antinucleossomo. O desenvolvimento de síndrome lúpus-símile foi encontrado em apenas um caso, havendo este paciente apresentado positividade para anticorpos anti-histona e anti-dsDNA por mais de um método. Este paciente apresentou reversão da síndrome lúpus-símile oito semanas após a suspensão do medicamento anti-TNF- $\alpha$ .

Em um estudo em pacientes com espondilite anquilosante recebendo infliximabe ou placebo, houve desenvolvimento de ANA em 25% dos pacientes recebendo o agente anti-TNF- $\alpha$ . Anticorpos anti-dsDNA (pesquisados por ELISA) ocorreram em 70% desses indivíduos, com títulos elevados em 23,5% deles. Não houve associação entre a positividade para anti-dsDNA e a presença de manifestações clínicas de síndrome lúpus-símile, exceto em um caso. Contudo, 4,3% dos indivíduos tratados com essa droga e positivos para ANA (incluindo o indivíduo acima) apresentaram poli-artrite, que, na maioria dos casos, desapareceu após a suspensão do medicamento. Ainda com relação à espondilite anquilosante, De Rycke *et al.* estudaram prospectivamente 34 pacientes tratados com infliximabe e 20 com etanercepte. Após 48 semanas de tratamento havia ANA positivo em 25 (74%) e 6 (30%) dos grupos infliximabe e etanercepte, respectivamente. Anti-dsDNA, pesquisado por ELISA, foi observado em 25 (74%) e 3 (15%) dos grupos infliximabe e etanercepte, respectivamente. Nenhum dos pacientes desenvolveu sinais ou sintomas sugestivos de LES.

Com relação ao adalimumabe, um estudo evidenciou que entre 162 pacientes tratados com a medicação anti-TNF- $\alpha$  11,1% converteram-se em

ANA-positivos, contra 6,1% dos controles (diferença não significativa estatisticamente). Ademais 3,9% dos pacientes tratados com adalimumabe apresentaram positividade para anti-dsDNA ante nenhum do grupo placebo. Nenhum paciente desenvolveu qualquer manifestação de doença lúpus-símile.

A raridade de manifestações clínicas nos pacientes que desenvolveram ANA e anticorpos anti-dsDNA pode estar relacionada com o isotipo dos auto-anticorpos produzidos, já que anticorpos anti-dsDNA do isotipo IgG são considerados os mais patogênicos no lúpus eritematoso sistêmico. Por outro lado, há que se considerar também o papel de cada método utilizado na detecção desses auto-anticorpos. Cada um dos testes anti-dsDNA consegue detectar apenas uma parte do espectro desses auto-anticorpos, sendo que sua positividade reflete a avidéz e a especificidade antigênica dos mesmos. Assim, se os testes anti-dsDNA vierem a se tornar parte da monitorização das terapias anti-TNF, os clínicos deverão familiarizar-se com as características de cada método e com suas prováveis correlações clínicas.

Sumarizando, o desenvolvimento de auto-anticorpos é freqüente em pacientes sob terapêutica anti-TNF, especialmente anticorpos antinúcleo, anti-dsDNA e antinucleossomo. A repercussão clínica do desenvolvimento de auto-anticorpos, inclusive anti-dsDNA, em pacientes sob terapêutica com agentes anti-TNF parece ser pouco expressiva. O receio de que esses pacientes possam desenvolver LES em decorrência dessa terapêutica é legítimo, mas o risco parece ser muito remoto. Em razão da raridade do desenvolvimento de uma síndrome lúpus-símile e considerando-se que os poucos pacientes com essa evolução apresentaram reversibilidade de seus sintomas após a suspensão do tratamento, ainda não há recomendação formal de como monitorizar esses pacientes, tampouco para a descontinuidade das terapias anti-TNF com base apenas na positividade isolada desses auto-anticorpos quando dissociada de manifestações clínicas sugestivas de agravamento do quadro inflamatório ou auto-imune.

# Avaliação de Um Modelo de Escola de Coluna para Pacientes com Lombalgia

Luiza Helena Coutinho Ribeiro

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Reumatologia

Orientador: Jamil Natour

Co-orientador: Martim Fábio Jennings Simões

*Objetivos:* avaliar a efetividade da escola de coluna sobre a capacidade funcional, dor, qualidade de vida e estados de depressão e ansiedade de pacientes com lombalgia inespecífica crônica. *Material e métodos:* sessenta pacientes com diagnóstico de lombalgia inespecífica crônica foram randomizados em dois grupos: intervenção e controle. O grupo intervenção foi submetido ao programa da escola de coluna com duração de 30 dias. O grupo controle passou por consultas semanais com uma reumatologista, sem orientações de caráter educativo. Os dois grupos utilizaram paracetamol como medicação analgésica. Os pacientes foram submetidos a um avaliador cego logo após a randomização (tempo zero) e em seguida nos tempos 30, 60 e 120 dias, por meio dos questionários SF-36 (qualidade de vida), Roland-Morris (capacidade funcional), Beck (depressão) e IDATE (ansiedade), além da escala visual analógica de dor e do teste de Schober. O consumo de paracetamol foi também contabilizado. O uso de antiinflamatórios (AINEs) foi considerado como co-intervenção. A análise dos

dados foi feita através dos testes de Pearson, T student e ANOVA com medidas repetidas para avaliar as diferenças inter e intragrupos. *Resultados:* cinquenta e cinco pacientes completaram o seguimento. A amostra revelou-se homogênea. Não foram demonstradas diferenças estatisticamente significantes na dor, capacidade funcional, ansiedade, depressão e na mobilidade da coluna. Com relação à qualidade de vida, o grupo intervenção apresentou melhora em comparação com o grupo controle no domínio saúde geral. O consumo de paracetamol e de antiinflamatórios foi menor no grupo intervenção do que no grupo controle. *Conclusão:* a escola de coluna mostrou-se mais efetiva do que consultas médicas sem intervenção educativa no estado geral sobre a saúde dos pacientes com lombalgia, assim como na redução do consumo de paracetamol e de antiinflamatórios. Ela não se mostrou benéfica nas demais avaliações da qualidade de vida, na dor, na mobilidade da coluna, na capacidade funcional, ou nos estados de ansiedade e depressão.

# Prevalência de Fraturas por Osteoporose em Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal

Kathia Regina B Oliveira

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Reumatologia

Orientadora: Vera L. Szejnfeld

Co-orientador: Roberto E. Heymann

*Objetivos:* avaliar a prevalência de fraturas por osteoporose em pacientes com doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU) e analisar os possíveis

fatores de risco associados a fraturas nessa população. *Pacientes e métodos:* o estudo incluiu 102 pacientes avaliados de forma consecutiva em centro

terciário (Hospital São Paulo, Unifesp, São Paulo, Brasil). Todos os pacientes responderam a um questionário validado (EVOS – European Vertebral Osteoporosis Study) detalhando fatores de risco clínicos para fratura. Os pacientes realizaram medidas da densidade mineral óssea (DMO) por DXA na coluna lombar e fêmur proximal (DPX-L, Lunar) e ultra-sonometria óssea de calcâneo (Achilles+, Lunar). Radiografia da coluna tóraco-lombar foi realizada em todos os pacientes e a prevalência de fraturas vertebrais foi determinada pelo método de Genant. Dados relativos às fraturas não vertebrais foram obtidos dos prontuários médicos e história clínica. *Resultados:* foram avaliados 61 mulheres e 41 homens, com média de idade de 41,2 anos (18,4 a 64,6 anos). Quarenta e nove por cento dos pacientes tinham DC. Foram observadas fraturas em 40,8% e 33,3% dos pacientes com RCU e DC, respectivamente. A prevalência de fraturas vertebrais nessa população foi de 31,9% e de fraturas

periféricas foi 7,2%. Entre os pacientes com fratura, 20 (55,5%) eram mulheres. Peso e IMC foram mais altos no grupo com fratura. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com relação ao restante das variáveis clínicas entre os dois grupos. Osteoporose foi observada em 14,7% da amostra, sendo mais comum em homens do que em mulheres ( $p=0,014$ ). Os pacientes com DC apresentaram DMO menor que os pacientes com RCU em todos os sítios. Os parâmetros da densitometria e ultra-sonometria não se correlacionaram com a presença de fraturas nessa amostra. *Conclusões:* a prevalência de fraturas vertebrais foi extremamente alta (37,1%) em uma população jovem de pacientes com doença inflamatória intestinal. Peso elevado e IMC alto foram os fatores clínicos que se associaram à presença de fraturas nessa população. Os parâmetros da densitometria óssea e da ultra-sonometria não foram preditivos de fraturas em nossa amostra.

## O Ato Médico

Concomitante ao movimento médico em busca de maior respeito e dignidade profissional por parte dos planos e seguradoras de saúde, ergue-se uma nova discussão em torno do ato médico, contestado por outras categorias profissionais da saúde e equivocadamente até mesmo por alguns seguimentos da área médica.

Existe atualmente um incrível movimento contra esta milenar profissão, a medicina, que nunca esteve preocupada com definições e regulamentações. No entanto, as demais profissões da saúde tiveram seus campos de trabalho bem definidos na legislação. Porém, não satisfeitos, defendem a ideia e mesmo a praticam de que podem e devem atuar na área de diagnósticos e indicação terapêutica, que

por definição são da competência e habilitação daquele que faz um curso de medicina. O esforço que um profissional não médico realiza para tratar alguém, mesmo que seja eficaz, honesto e bem intencionado, não é medicina. A caracterização do trabalho médico exige que seu agente esteja tecnicamente capacitado e legalmente habilitado para o exercício dessa atividade.

Em uma situação de emergência qualquer pessoa pode realizar um procedimento caracterizado como ato médico, como uma traqueostomia, por exemplo. Mas isto não é medicina. O ato salvador, legítimo e necessário, não impõe a responsabilidade a quem o pratica, exigência obrigatória para quem é habilitado.

O diagnóstico médico não deve ser confundido com outras modalidades de atividade diagnóstica de outras profissões. Como exemplo citamos o diagnóstico psicológico, que corresponde ao diagnóstico funcional no terreno da conduta e do psiquismo. Permite identificar traços ou tipos de personalidade ou características de conduta, mas nenhum destes casos envolve o diagnóstico da doença.

Fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais também trabalham em habilitação e reabilitação, compartilhando diversas atividades técnico-profissionais nessas áreas que a lei lhes faculta; o diagnóstico de defeitos do desenvolvimento e seqüelas decorrentes de traumas ou ação de outros agentes patogênicos capazes de determinar lise estrutural ou prejuízo funcional, porém, são do âmbito da reabilitação e habilitação dos pacientes, e não implicam em diagnóstico de doenças e correspondentes indicações terapêuticas. Nos casos que necessitam de tratamento médico (clínico ou cirúrgico) ou diagnóstico médico, estes devem ser realizados necessariamente por médicos.

Assim, pela definição adotada pela OMS no artigo I da Lei do Ato Médico, este é todo procedimento técnico profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

- 1.º Prevenção primária, que é a promoção de saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;
- 2.º Prevenção secundária, definida como prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;
- 3.º Prevenção terciária, definida como prevenção da invalidez ou reabilitação de enfermos.

O artigo 1.º fundamenta-se nas atribuições do CFM quanto à competência de definir os procedimentos médicos aceitos ou vedados e os experimentos para utilização pelos médicos.

O artigo 3.º dispõe sobre a indicação do exercício por médicos em atividades de coordenação, direção, chefia e supervisão, desde que vinculados imediata e diretamente a procedimentos médicos e atividades de ensino aos procedimentos médicos privativos. Este artigo respeita as atividades acima citadas ao serem exercidas por outros profissionais de saúde em estabelecimentos de saúde que dispensem formação médica como elemento essencial para a realização de seus objetivos.

O artigo 4.º dispõe sobre a infração desta lei configurando crime de exercício ilegal da medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.

O artigo 5.º dispõe que a lei não se aplica ao exercício da odontologia e medicina veterinária, ressalvados os limites da atuação de cada uma delas.

Assim, o que se pretende é que nas equipes de saúde a qualidade da assistência e o médico não sejam tratados como itens excludentes.

O Conselho Federal de Medicina enviou a cada médico brasileiro uma carta-resposta, com o objetivo de recolher assinaturas (de pacientes, por exemplo) para constituir um abaixo-assinado que deverá conter cinco milhões de assinaturas (aproximadamente 25 por profissional). Este documento é necessário para demonstrar a força da classe médica e sua indignação com mais um aviltamento de nossa profissão.

Apenas a união proporcionará subsídios para o movimento que o CFM está desenvolvendo junto ao senado para a aprovação da Lei do Ato Médico, pois a mobilização contrária por parte das outras categorias profissionais é grande e ameaça a não-aprovação da lei.

Não deixe para refletir sobre o assunto quando já for tarde demais!

Comissão de Ética  
da Sociedade Paulista de Reumatologia



## Top 10

### Síndrome antifosfolípide e portadores assintomáticos de anticorpos antifosfolípidios: avaliação prospectiva de 404 indivíduos

Antiphospholipid syndrome and asymptomatic carriers of antiphospholipid antibody: prospective analysis of 404 individuals

Girón-Gonzales JA, Garcia del Rio H, Rodroquez C, Rodriguez-Martorell J, Serrano A. J Rheumatol 2004; 31:1560-7.

Neste estudo foram analisados 404 indivíduos com anticorpos antifosfolípidios, classificados em dois grupos: pacientes com síndrome antifosfolípide primária ou secundária (SAF, n = 226) e portadores assintomáticos de anticorpos antifosfolípidios (n = 178). O grupo de pacientes com SAF foi tratado com dicumarínicos para se obter RNI em torno de 3,0 (2,5-3,5). Portadores assintomáticos não foram tratados. Apenas utilizavam aspirina ou heparina de baixo peso molecular como profilaxia, em situações de risco de trombose. O seguimento semestral foi feito por 36 meses em ambos os grupos. Entre os pacientes com SAF, foram observados eventos trombóticos venosos (46,9%) e/ou arteriais (31%) e morbidade obstétrica (51,8%). No período do primeiro evento trombótico, fatores de risco para trombose estiveram presentes em 50% dos casos. Imobilização prolongada e cirurgia prévia se associaram significativamente com trombose venosa. A trombose arterial se associou à presença de hipertensão arterial. Recorrência de trombose no grupo SAF se associou à anticoagulação insuficiente. Durante o período de seguimento, nenhum portador assintomático apresentou evento trombótico e a frequência de anticorpos antifosfolípidios diminuiu durante o estudo, em ambos os grupos. Os autores concluem que diferenças

entre pacientes com SAF e portadores assintomáticos de anticorpos antifosfolípidios são, em parte, dependentes da presença de fatores de risco para trombose. A negatização de anticorpos antifosfolípidios em pacientes com SAF define um subgrupo no qual a suspensão da anticoagulação poderia ser tentada.

### Terapia biológica com anti-TNF não aumenta o risco geral de tumores em pacientes com artrite reumatóide, mas pode estar associada com maior risco de linfomas

TNF blockers do not increase overall tumour risk in patients with rheumatoid arthritis, but may be associated with increased risk of lymphomas

Geborek P, Bladstrom A, Turesson C, Gulfe A, Petersson I, Saxne T, Olsson H, Jacobsson LT. Ann Rheum Dis 2005 (on line)

Os autores avaliaram se a terapia biológica com anti-TNFs aumenta o risco de neoplasia em pacientes com artrite reumatóide (AR). O registro do grupo de tratamento de AR do sul da Suécia (The South Swedish Arthritis Treatment Group – SSA-TG) foi utilizado como banco de dados, visto que corresponde a mais de 90% dos pacientes reumatóides tratados com anti-TNFs nessa região. Pacientes tratados com etanercepte ou infliximabe de fevereiro de 1999 a dezembro de 2002 foram identificados e os pacientes com tratamento convencional para AR constituíram o grupo para comparação nessa coorte. Neoplasias e mortes foram identificadas pelo registro de controle de câncer e censos populacionais. Os pacientes foram acompanhados do início do tratamento até o desfecho morte ou diagnóstico de neoplasia. Havia 757

pacientes tratados com anti-TNFs e 800 pacientes na coorte de comparação. No grupo dos anti-TNFs foram registrados 16 neoplasias (5 linfomas) em 1603 pessoas-ano, enquanto apenas 69 tumores (2 linfomas) em 3948 pessoas-ano no grupo comparativo. A razão de incidência padronizada (SIR) para o risco total de neoplasias e de linfoma foi 1,1 (IC 95% = 0,6-1,8) e 11,5 (IC 95% = 3,7-26,9) para o grupo anti-TNF, respectivamente. No grupo de comparação, o RR foi de 1,4 (IC 95% = 1,1-1,8) e 1,3 (IC 95% = 0,2-4,5), respectivamente. O risco total de neoplasias, excluindo linfoma, foi 0,79 (IC 95% = 0,4-1,42), e 1,39 (IC 95% = 1,08-1,76), respectivamente. Análise proporcional de risco para linfoma foi de 4,9 (IC 95% = 0,9-26,2) no grupo tratado com anti-TNFs *versus* grupo não tratado. Os autores concluem que existe um maior risco global para o desenvolvimento de linfomas quando comparado a uma população com AR que utiliza o tratamento convencional.

### Mudanças precoces dos biomarcadores do remodelamento ósseo estão associadas com alterações da densidade óssea a longo prazo em mulheres idosas que utilizam alendronato, reposição hormonal ou terapia combinada: ensaio clínico, randômico, placebo controlado, com duração de três anos

Early Changes in Biochemical Markers of Bone Turnover are Associated with Long-term Changes in Bone Mineral Density in Elderly Women on Alendronate, Hormone Replacement Therapy, or Combination Therapy: A 3-Year, Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trial

Greenspan SL, Resnick NM, Parker RA. J Clin Endocrinol Metab 2005;10:1210-15

Evidências científicas apontam que a terapia combinada (alendronato e reposição hormonal) pode otimizar o ganho de massa óssea em mulheres idosas quando comparada à monoterapia. No entanto, não se sabe se as mudanças precoces dos marcadores do tecido ósseo podem prever as mudanças da massa óssea a longo prazo. Os autores estudaram a densidade óssea e os marcadores bioquímicos da remodelação óssea (NTx, fosfatase alcalina específica do tecido ósseo e osteocalcina) de 373 mulheres idosas provenientes de uma casa de repouso. A avaliação foi feita a cada seis meses durante três anos de seguimento. As pacientes foram alocadas em 4 grupos principais de tratamento: 1) alendronato; 2) reposição hormonal; 3) terapia combinada; e 4) placebo. Mulheres sob tratamento ativo e que apresentavam maiores reduções dos biomarcadores, nos primeiros seis meses, tinham os maiores incrementos da densidade óssea na coluna e no fêmur após três anos de tratamento. A resposta terapêutica ao alendronato foi geralmente associada à maior redução dos marcadores do que a resposta à hormonioterapia, assim como se associou ao maior aumento na densidade óssea vertebral e femoral. Mulheres que estavam no tercil com a maior redução do NTx urinário tinham densidade óssea vertebral e femoral 10,1% e 6,1%, respectivamente, quando comparadas com aquelas do tercil inferior, que apresentaram aumento de 5,9% na coluna lombar e 2,1% no fêmur. A área sob a curva ROC para as alterações dos marcadores nos primeiros seis meses, para prever uma resposta densitométrica aos três anos de tratamento, foi maior para o NTx (75% a 78%) e menor para a osteocalcina (60% a 66%). Os autores concluem que as alterações a curto prazo (seis meses) dos biomarcadores podem prever mudanças da densidade óssea a longo prazo (três anos) em mulheres idosas que estão sendo tratadas com alendronato, reposição hormonal ou terapia combinada.

## Eficácia e segurança do infliximabe em pacientes com espondilite anquilosante: resultados de um ensaio clínico randômico e placebo controlado (ASSERT)

Efficacy and safety of infliximab in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, placebo-controlled trial (ASSERT)

Van der Heijde D, Dijkmans B, Geusens P, Sieper J, DeWoody K, Williamson P, Braun J. Ankylosing Spondylitis Study for the Evaluation of Recombinant Infliximab Therapy Study Group. *Arthritis Rheum* 2005; 52(2):582-91.

O tratamento medicamentoso da espondilite anquilosante (EA) com antiinflamatórios não hormonais, corticosteróides e DMARDs pode não ser adequado em um grande número de pacientes. A terapia biológica tem se mostrado uma alternativa promissora para reduzir a atividade da doença em alguns ensaios clínicos. O objetivo desse estudo multicêntrico, randômico e placebo controlado foi avaliar a eficácia e segurança do infliximabe em pacientes com EA. Pacientes receberam infusões de placebo ou 5 mg/kg de infliximabe no tempo 0, semana 2, 6, 12 e 18. Eficácia foi avaliada por meio dos critérios internacionais do ASAS (ASsessment in Ankylosing Spondylitis), BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), dor noturna, avaliação global do paciente, BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index), expansão torácica, índice Mander de entesite, índice total de articulações edemaciadas, PCR e SF-36 (Short Form 36). A constatação primária do estudo foi a proporção de pacientes com uma resposta de 20% de melhora, de acordo com o critério do ASAS20 na semana 24. Dos 357 pacientes avaliados, 201 foram randomizados para receber 5 mg/kg de infliximabe e 78,

placebo. Após 24 semanas, 61,2% dos pacientes do grupo do infliximabe foram considerados respondedores pelo ASAS20 comparados com 19,2% dos pacientes do grupo placebo ( $P < 0,001$ ). O benefício clínico foi observado em pacientes que receberam infliximabe já na segunda semana de tratamento e durante as 24 semanas do estudo. Pacientes recebendo infliximabe também mostraram melhora significativa do BASDAI, BASFI, BASMI, expansão torácica e do domínio físico do SF-36. Eventos adversos foram relatados por 82,2% dos pacientes do grupo infliximabe e 72% do grupo placebo. No entanto, a maioria desses eventos foi leve em ambos os grupos, sendo bem tolerado e eficaz nessa grande coorte de pacientes com EA.

## Papel da radioterapia em pacientes com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e câncer

Role of radiation therapy in patients with a diagnosis of both systemic lupus erythematosus and cancer

Benk V, Al-Herz A, Gladman D, Urowitz M, Fortin PR. *Arthritis Rheum* 2005;53(1):67-72

Os autores avaliaram a possibilidade de a radioterapia (RxT) ser nociva para pacientes com LES e câncer e de causar toxicidade em pacientes lúpicos com câncer. Foram incluídos pacientes com LES seguidos pelo Departamento de Lúpus da Universidade de Toronto, que desenvolveram câncer durante o período de estudo (1972-2001) (confirmação histopatológica). Informações sobre os dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram obtidas de forma prospectiva. Três radioterapeutas que desconheciam o diagnóstico de LES, modalidades de tratamento oncológico e a hipótese do estudo revisaram o banco de dados de modo independente. Eles avaliaram a indicação de RxT

e sua aplicabilidade curativa ou paliativa. Recomendações de RxT foram consideradas quando ao menos dois dos três radioterapeutas estivessem de acordo. Quarenta casos de câncer em 38 pacientes foram identificados e os mais frequentes foram mama (8), pele (8), intestinal (7) e hematológico (7). A média de idade foi de 58 anos. Os radioterapeutas recomendaram RxT em 26 casos (curativa em 14 e paliativa em 12). No entanto, somente 4 pacientes receberam RxT, 3 com intenção de cura e 1 para alívio dos sintomas. Não se evidenciou qualquer sinal de toxicidade. Sessenta e cinco por cento dos lúpicos com câncer poderiam ter recebido RxT curativa ou paliativa, mas apenas 10% a receberam, pois existiam evidências na literatura de que pacientes com LES não toleravam a RxT. Assim, a RxT pode ser utilizada em lúpicos que desenvolvem câncer durante o acompanhamento médico.

### Tempo de tratamento em pacientes que receberam terapia biológica ou tratamento convencional com DMARDs

Treatment continuation in patients receiving biologicals or conventional DMARD therapy

Zink A, Listing JD, Kary S, Ramlau P, Stoyanova-Scholz M, Von Hinueber U, Babinsky K, Gromnica-Ihle E, Wassenberg S, Antoni C, Herzer P, Kekow J, Schneider M, Rau R. Ann Rheum Dis 2005 (on line)

Os autores compararam o tempo de tratamento de 1.523 pacientes com artrite reumatóide (AR), provenientes do banco de dados alemão (2001-2003), que iniciaram agentes biológicos ou outra forma de tratamento (DMARDs), bem como aqueles com falha terapêutica ao tratamento convencional. Quinhentos e onze pacientes tinham sido tratados com etanercepte (ETA), 343 tratados com infliximabe (INF), 70 tratados com anakinra (ANAK)

e 599 controles (tratamento convencional com DMARDs). Uma subamostra de pacientes do grupo controle tratada com algum agente biológico, em decorrência da gravidade da doença, também foi selecionada, por meio de escores de probabilidade. Após 12 meses, a continuidade do tratamento foi similar para o ETA (68,6%; IC 95% 62-75%) e INF (65,4%; IC 95% 58-73%), mas foi estatisticamente mais baixa para ANAK (59%; IC 95% 41-77%). A continuidade do tratamento teve uma tendência a ser mais alta para pacientes tratados com combinação de agentes biológicos e DMARDs do que para aqueles tratados com INF ou ETA sozinhos. Pacientes tratados com terapia biológica eram significativamente mais graves do que aqueles do grupo controle e possuíam mais história de falência terapêutica prévia. Após ajustes estatísticos para as características basais dos pacientes, a continuação do tratamento foi significativamente mais alta em pacientes tratados com agentes biológicos do que naqueles tratados com leflunomide ou a combinação leflunomide/metotrexato. Assim, na prática clínica, a continuação do tratamento com agentes biológicos é mais baixa do que a relatada pelos ensaios clínicos, mas mais alta do que em controles tratados com convencionais DMARDs.

### Impacto da educação preventiva sobre osteoporose no comportamento do paciente: acompanhamento imediato e de três meses

Impact of preventive osteoporosis education on patient behavior: immediate and 3-month follow-up

Kulp JL, Rane R, Bachmann G. Menopause 2004; 11(1):116-19

Os autores avaliaram a efetividade de um vídeo educacional sobre osteoporose na melhora de co-

nhcimento e de hábitos de saúde preventivos em 195 mulheres sem baixa massa óssea, que haviam buscado uma consulta ginecológica de rotina. Noventa e oito foram randomizadas para o grupo intervenção (vídeo educativo antes da consulta) e 97 para o grupo controle (somente consulta ginecológica de rotina). Após as consultas, as pacientes responderam questionários sobre o conhecimento específico da osteoporose e comportamentos relacionados à saúde. Três meses depois, um questionário foi enviado para as participantes perguntando se haviam iniciado comportamentos preventivos. Os dois grupos foram homogêneos nas características demográficas. O grupo intervenção teve um escore de acerto de 92% comparado com 80% do grupo controle no questionário inicial que testava conhecimento sobre osteoporose ( $p < 0,001$ ). O questionário enviado três meses depois mostrou que significativamente mais mulheres do grupo intervenção tinham iniciado ingestão de suplementos de cálcio (26,5% *vs* 4,9%) e de vitamina D (20,6% *vs* 6,6%), assim como tinham iniciado programa de exercícios de fortalecimento (13,3% *vs* 1,7%) e começaram a receber reposição hormonal (8% *vs* 1%). Os autores concluíram que esse vídeo educativo parece melhorar o conhecimento da paciente sobre osteoporose e pode desempenhar um impacto positivo sobre os comportamentos relacionados à saúde global.

### Estudo clínico randomizado de uma intervenção psicoeducacional para melhorar resultados em lúpus eritematoso sistêmico

A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus

Karlson EW, Liang MH, Eaton, H, Huang J, Fitzgerald L, Rogers MP, Daltroy LH. Arthritis Rheum 2004; 50(6):1832-41

O objetivo do estudo controlado e randômico foi avaliar uma intervenção para melhorar a auto-eficácia e o suporte social no manuseio de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES). Foram selecionados pacientes com LES que preenchiam os critérios do ACR, com mais de 18 anos de idade, e que fossem capazes de identificar um cuidador (cônjuge ou outro familiar) de dois centros médicos acadêmicos. Os pacientes randomizados para o grupo experimental ( $N = 64$ ), junto com seus cuidadores, recebiam uma intervenção desenhada para melhorar a auto-eficácia, comunicação sobre a doença, suporte social e resolução de problemas. A intervenção, ministrada por uma enfermeira, durava uma hora e era seguida por um contato telefônico mensal de aconselhamento durante seis meses. Os pacientes do grupo controle ( $N = 58$ ) e seus cuidadores assistiam a um vídeo de 45 minutos sobre LES e recebiam ligações telefônicas mensais. As medidas de estado de saúde física e mental, atividade da doença e fatores psicossociais eram coletados antes da intervenção/placebo, 6 meses e 12 meses depois. Os dois grupos eram homogêneos quanto às variáveis demográficas. Aos seis meses, foram observados escores mais altos de comunicação com os cuidadores ( $p = 0,01$ ) e resolução de problemas ( $p = 0,03$ ) no grupo intervenção comparado com o controle. Após 12 meses, as medidas de suporte social foram maiores (4,4 *vs* 4,1;  $p = 0,01$ ), auto-eficácia foi melhor (7,2 *vs* 6,2;  $p = 0,02$ ), comunicação com o cuidador foi maior (3,5 *vs* 3,1;  $p = 0,03$ ) e fadiga menor (5,1 *vs* 6,3;  $p = 0,02$ ) no grupo experimental comparado aos controles. O estado mental global, medido pelo SF-36, aos 12 meses, foi maior no grupo intervenção (69 *vs* 58;  $p = 0,04$ ). A atividade da doença não foi diferente entre os dois grupos. Os autores con-



cluem que uma intervenção psico-educacional, em pacientes com LES, melhora a comunicação com os cuidadores, auto-eficácia, estado de saúde mental e fadiga.

## Exercícios de alta intensidade a longo prazo e dano em pequenas articulações em artrite reumatóide

Long term high intensity exercise and damage of small joints in rheumatoid arthritis

De Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM, Roodenrys KH, Lems WF, Dijkmans BA, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP, Hazes JM, Huizinga TW. *Ann Rheum Dis* 2004;63(11):1399-405.

O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de exercícios de carregamento de peso de alta intensidade, a longo prazo, sobre o dano radiológico de articulações das mãos e pés em pacientes com artrite reumatóide (AR), medidos por meio do escore de Larsen. Foram randomizados 281 pacientes, dos quais 136 para o grupo intervenção (exercícios de carregamento de peso de alta intensidade) e 145 para o grupo controle (cuidados fisioterápicos convencionais). Foram avaliados outros potenciais fatores relacionados, como atividade da doença, uso de medicamentos, alterações na capacidade física, adesão às sessões de exercícios e densidade óssea. Após dois anos de seguimento, os pacientes do grupo experimental desenvolveram menos danos radiológicos que o grupo controle ( $3,5 \pm 7,9$  vs  $5,7 \pm 10,2$ ;  $p = 0,045$ ), respectivamente. A análise separada do dano articular sugeriu que ele é mais pronunciado nos pés do que nas mãos. Concluíram que a progressão do dano radiológico articular das mãos e dos pés de pacientes com AR não é piorada por exercícios de carregamento de peso de alta intensidade por longo prazo. E, assim, poderiam até ter um efeito protetor sobre as articulações dos pés.

## Etanercepte associado ao tratamento padrão na granulomatose de Wegener

Etanercept plus standard therapy for Wegener's granulomatosis

Wegener's Granulomatosis Etanercept Trial (WGET) Research Group. *N Eng J Med* 2005;352(4):330-2

Foi realizado estudo multicêntrico, controlado com placebo e randômico, para avaliar o uso de etanercepte como tratamento de manutenção da remissão em 180 pacientes com granulomatose de Wegener (GW). A variável resposta foi a manutenção da remissão, definida como Birmingham Vasculitis Activity Score para GW (WGBVAS) de zero por pelo menos seis meses. Além do uso de etanercepte (GE) e de placebo (GP), os pacientes recebiam o tratamento padrão, com corticosteróide associado à ciclofosfamida ou metotrexate. O tempo médio de seguimento foi de 27 meses. Entre os pacientes incluídos, 174 puderam ser analisados. Remissão sustentada da GW foi observada em 126 casos (72,4%), mas apenas 86 pacientes (49,4%) se mantiveram em remissão por todo o tempo do estudo. Não houve diferença significativa entre os grupos GE e GP quanto à remissão sustentada (69,7% vs 75,3%,  $p = 0,39$ , respectivamente). Períodos de baixa atividade da doença foram semelhantes em ambos os grupos (86,5% vs 90,6%,  $p = 0,32$ , respectivamente). Reativação da doença foi comum em ambos os grupos (118 no GE e 134 no GP). O risco relativo de reativação da doença por 100 indivíduos por ano foi semelhante em ambos os grupos. Durante o estudo, 56,2% dos pacientes do GE e 57,1% do GP apresentaram pelo menos um evento adverso grave ou evoluíram com óbito ( $p = 0,9$ ). Tumores sólidos foram diagnosticados em seis pacientes do GE e em nenhum do GP. Os autores concluíram que o etanercepte é ineficaz para manter a remissão em pacientes com GW e que houve alta prevalência de complicações relacionadas ao tratamento.

## CONDICIONAMENTO AERÓBIO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Em 24 e 25 de novembro de 2004, o prof. dr. Jamil Natour recebeu nota máxima no concurso público de Livre Docente, promovido pela Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM. A arguição foi feita pelos profs. drs. Maria Odete E. Hilário, Adil Samara, Natalino Yoshinari, Antônio Carlos Carvalho e Ivan Fiori de Carvalho. A mesa foi presidida pela prof.<sup>a</sup> dra. Emília Inoue Sato. A tese intitulou-se "Contribuição para a avaliação e utilização do condicionamento aeróbio em pacientes com fibromialgia".



Prof. dr. Jamil Natour



Prof.<sup>a</sup> dra. Emília Inoue Sato

## HOMENAGEM DA APM AO DIA INTERNACIONAL DA MULHER

Em 8 de março, a Associação Paulista de Medicina realizou uma sessão solene para homenagear o Dia Internacional da Mulher, na qual a prof.<sup>a</sup> dra. Emília Inoue Sato recebeu menção honrosa. Foi um merecido reconhecimento ao sucesso profissional dessa reumatologista, responsável pela formação de diversos médicos em todo o território nacional e grande incremento no conhecimento do lúpus eritematoso sistêmico. Além disso, ela foi a primeira mulher a assumir o cargo de professora titular do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina e o cargo de presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia (1991-1992) e da Sociedade Brasileira de Reumatologia (1999-2000).



Inauguração da nova sede da SBR. A partir da esq., drs. Caio Moreira e William H. Chahade



A partir da esq., em primeiro plano, dr. Caio Moreira, dr. William H. Chahade e dr. Fernando Cavalcanti

## INAUGURAÇÃO DA NOVA SEDE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Inaugurou-se em 16 de dezembro a ampliação da sede da SBR, que contou com a presença de dois consagrados ex-presidentes, drs. Caio Moreira e William H. Chahade, além da presença do atual presidente, dr. Fernando Cavalcanti e convidados.



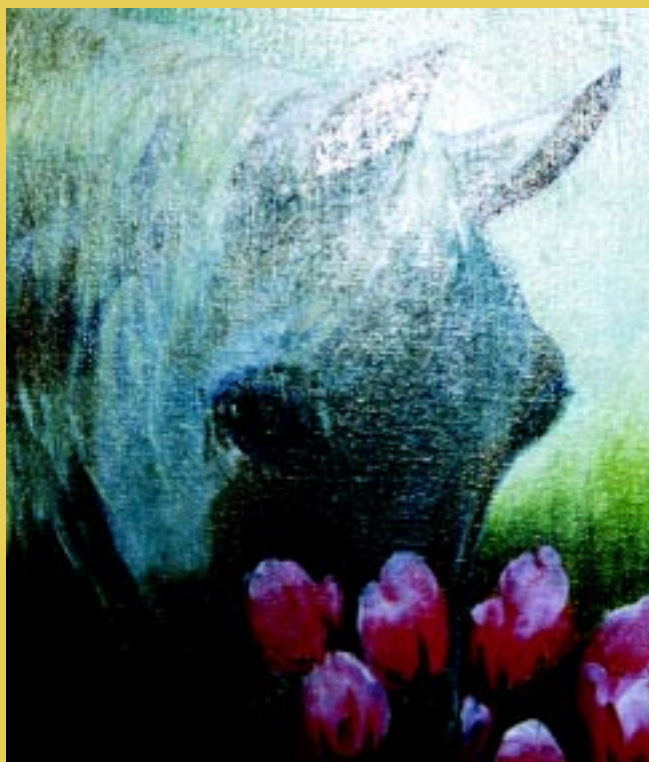
## Arte na Reumatologia

Rucélia Ximenes

O projeto de expressão da arte no contexto da Sociedade Brasileira de Reumatologia foi uma grande conquista e privilégio de todos os reumatologistas e suas famílias. Teve início na gestão do dr. Antonio Carlos Ximenes (1996-1998), com o objetivo de se humanizar ainda mais a medicina, principalmente a reumatologia, e ao mesmo tempo aglutinar valores em uma grande família, base de nossa sociedade. Esta tarefa foi facilitada por meio de um encontro de demonstração de sentimentos, realizado no local em que todos se reúnem, deixando seus lares, trabalhos diários e até mesmo seus entes queridos, para ali participar de um trabalho coletivo. Este seria o momento ideal em que a arte suaviza o ar da delicadeza e reflete a pura doação. O projeto nasceu em uma época feliz, com total integração dos componentes da sociedade por meio da arte. A expectativa foi plenamente alcançada, ou seja, oferecer a esse projeto um significado de razão do belo na arte espontânea e livre de interesses. A primeira exposição ocorreu em 1997, durante a Jornada Brasileira de Reumatologia, em Goiânia. Posteriormente, em todos os Congressos Brasileiros de Reumatologia a iniciativa se manteve. Em Fortaleza, São Paulo, Goiânia e Rio de Janeiro, a expressão livre da arte foi traduzida nas telas e obras dos artistas, com média de 14 participantes por evento. Esperamos realizar a próxima em Campinas-SP, durante o Congresso Brasileiro de Reumatologia, em 2006, com o sucesso garantido das edições passadas. A ajuda de todos foi muito importante, como a de Fernando Neubarth, Suzel Neubarth, Nice Cossermelli, Heidi Feldman, Marly Viana, Cristina Carneiro, Sueli Coelho Silva Carneiro, Heloisa Helena Santos Silva, Miriam Terezinha Vieira, Plínio José do Amaral, Débora Cristina O. Martinez e Jaime Baião.



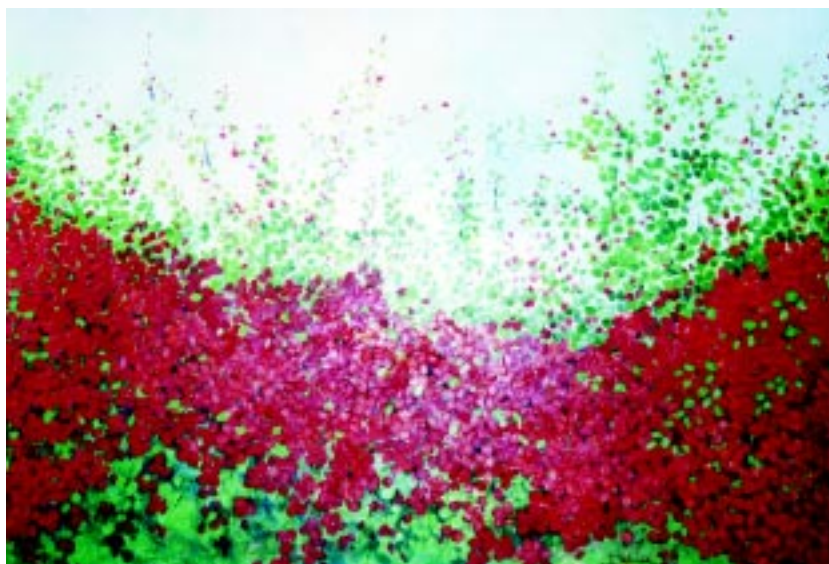












# Agenda

## 2005

### NACIONAIS

**Jornada de Reumatologia do Interior – Botucatu**

Data: 17 de março de 2005

Local: Anfiteatro de Patologia – FMB UNESP

Principal destaque: Artrite Reumatóide

Organização: prof. dr. Manoel Barros Bértolo – prof. dr. Oswaldo Melo da Rocha

Contato: Secretaria do CAPS – Tel (14) 3811-6020

Secretaria da SPR – Tel/ Fax (11) 3284-0507

**Jornada de Reumatologia do Interior – Araraquara**

Data: 16 de abril de 2005

Local: Hotel Fazenda Salto Grande

Organização: Dra. Cristiana de Paula Leite Cury Lia

Contato: Secretaria da SPR – Tel/Fax (11) 3284-0507

**I Congresso da Sociedade Médica de Sorocaba**

Data: 9 a 14 de maio de 2005

Local: PUC – Pontifícia Universidade Católica, Sorocaba-SP

Informações: [www.sociedademedica.com](http://www.sociedademedica.com)

Por que ir: o congresso tem como um de seus objetivos agrupar diferentes eventos científicos das diferentes especialidades, concentrando-os no mesmo local e data.

### XVIII Jornada Paulista e XI Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 19 a 21 de maio de 2005

Local: Maksoud Plaza Hotel, São Paulo – SP

Contato: Eventus – Tel (11) 3361-3056

E-mail: [reumato@eventus.com.br](mailto:reumato@eventus.com.br)

Site: [www.reumatologiasp.com.br/eventos2005](http://www.reumatologiasp.com.br/eventos2005)

## 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 (2 de março de 2005)

O primeiro Fórum de Debates do ano versou sobre o tema “Condromalácia – Diagnóstico por imagem, a visão do ortopedista e do reumatologista”.

Coordenação e organização: dra. Virgínia Fernandes Moça Trevisani (Universidade de Santo Amaro).

Debatedores: drs. Joiceimar Tarouco Amaro (ortopedista), Milton Helfenstein Jr. (reumatologista) e Paulo Takero Kogake (radiologista)

### Próximos eventos

06 de abril • 04 de maio • 03 de agosto • 14 de setembro • 05 de outubro • 09 de novembro



A partir da esq., drs. Milton Helfenstein Jr., Joiceimar Tarouco Amaro, Virgínia Fernandes Moça Trevisani e Paulo Takero Kogake



Visão geral do auditório