

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 3 N.º 3 jul/set 2004



REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

Anticorpos Antinucleossomo como Marcadores para Diagnóstico e Monitoração do Lúpus Eritematoso Sistêmico

RHEUMA

Baixos Valores da Densidade Óssea do Fêmur e dos Parâmetros da Ultra-Sonometria Óssea Estão Associados a Maior Risco de Nova Fratura por Osteoporose e Mortalidade em Mulheres Idosas: Análise após Cinco Anos

Valoração por Contingência: Validação do Método em Pacientes com Artrite Reumatóide

GRUPOS DE APOIO

A Hipertensão Pulmonar sob o Olhar de Quem Vive de Perto a Doença



Sumário

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-6
Rheuma	7-8
Publicações	8-12
Grupos de Apoio	15
XXV Congresso Brasileiro de Reumatologia	
<i>Encontro com o Professor</i>	16-17
Update	18
reumatologiasp.com.br	19
Noticiário	20-21
Agenda	21-22

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2004/2005

Presidente

Manoel Barros Bértolo

1.º Vice-Presidente

Ari Stiel Radu

1.º Secretário

Rubens Bonfiglioli

1.º Tesoureiro

Percival Degraça Sampaio Barros

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 Buffulim (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), Edgar 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

EndereçoRua 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, Plínio José do Amaral

etCetera Editora de Livros e Revistas

Editor responsável
Kleber Kohn**Administração**
Sílvia Souza**Jornalista responsável**
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

O X Encontro de Reumatologia Avançada, ocorrido no mês de maio foi considerado, pela maioria dos participantes, extremamente produtivo e com muita densidade científica. Ficamos, plenamente, satisfeitos com as avaliações dos participantes sobre o teor científico do evento e a qualidade dos palestrantes. Gostaríamos de enaltecer a importante participação de todos os serviços de reumatologia do Estado, que não somente apresentaram as pesquisas que estão realizando, mas também participando ativamente dos debates em todas as sessões. Em junho, tivemos a Jornada de Reumatologia de Campinas, também considerada um sucesso pelas apresentações e alto nível dos debates. Em setembro, no dia 25, será realizada a III Jornada de Reumatologia de São Carlos, sob a coordenação do dr. Clovis S. Magon.

Estamos apoiando a criação de ligas de reumatologia de estudantes, que tem a finalidade de divulgar a especialidade no meio estudantil e desenvolver projetos de pesquisa. Estas ligas são formadas e coordenadas por estudantes, com orientação de um professor. A Liga de Reumatologia de Sorocaba foi criada neste ano, com o apoio da Sociedade Paulista de Reumatologia. Nos dias 23 e 24 de agosto foi realizado o primeiro evento desta Liga, que tem como orientador o prof. dr. Gilberto Santos Novaes. Outras ligas já existem no Estado e é intenção desta diretoria divulgar e apoiar todas as suas atividades.

A Sociedade Paulista de Reumatologia tem participado ativamente do movimento pelo resgate da dignidade profissional do médico, por meio de seus representantes, que têm comparecido em todas as reuniões para a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Os nossos representantes, imediatamente, colocam todas as deliberações tomadas nas reuniões à nossa disposição, as quais são encaminhadas para os nossos meios de comunicação, principalmente nosso site, a todos os sócios da SPR. Conclamamos a todos que atendam as deliberações tomadas nas assembleias e participem das assembleias ocorridas em todo o Estado.

MANOEL BARROS BÉRTOLO

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia
Gestão 2004-2005

EQ UI LI BR AR SE

ou Adaptar-se

A arte clássica baseia-se no equilíbrio das cores, matizes e formas. Uma música é reconhecida como agradável quando há equilíbrio das notas musicais, tons e melodias. A beleza estética das pessoas, animais ou objetos somente é percebida se houver adequada proporção entre as partes e o todo. Na alimentação, somos bombardeados com regras de equilíbrio sobre a ingestão dos alimentos, segundo as quais a correta proporção de carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e sais minerais favorecem a saúde e maior longevidade. O ideal grego do belo, do bom e verdadeiro também é baseado nesses conceitos de equilíbrio, assim como as premissas budistas da busca pelo ‘caminho do meio’.

Na maioria das vezes, o equilíbrio é o objetivo principal das pessoas e são muitos os exemplos de que o desequilíbrio representa o caos, a desordem total. O cotidiano das relações humanas demonstra que é quase impossível se manter em equilíbrio, sem fazer juízo das coisas, pessoas ou idéias. Na maioria das vezes, a tendência natural é nos posicionarmos favorável ou desfavoravelmente a determinado tema, e, assim, ao desequilíbrio. Utilizamos nossa vivência para discernir entre isso ou aquilo, com grande resistência para encontrar um significado de algo que nos é transmitido por outrem. A desigualdade social, econômica e cultural é responsável pelo desequilíbrio geopolítico de um povo ou país, que culminará em miséria, guerra e violência. Da mesma forma, as alterações da homeostase de nosso corpo também desempenham papel crítico para o surgimento das doenças.

De modo geral, pretendemos reduzir o peso, juros e contas a pagar. Incrementar a conta bancária, comer sem engordar e, sem dúvida, aumentar os músculos – “ficar sarado” – tem sido nossa meta. Esses aspectos também não tendem ao equilíbrio. Apesar de perseguirmos o ideal de equilíbrio, na prática, quase nunca conseguimos atingi-lo, parece que gostamos do excesso, da pressa, do estresse. Recentemente, durante um café com alguns amigos, ouço três pessoas comentarem: – “Gostaria de encontrar meu ponto de equilíbrio, quer ele seja filosófico, ético ou moral”; o segundo responde: – “Ah não!, já nasci ‘equilibrado’, o que procuro é minha outra parte, minha ‘alma-gêmea’” e o terceiro complementa: – “Já tive muitas

decepções, não quero mais ninguém, todos são desequilibrados”. Apesar de jocoso, prepotente e tender ao ridículo, essa conversa parece ter certa lógica. Há um preconceito velado de que o equilíbrio é a resposta para todas as coisas e quando algo ou alguém não vai bem, rapidamente, o chamamos de desequilibrado.

Por outro lado, existem diversas situações nas quais o desequilíbrio também é importante. Se observamos alguém caminhar, poderemos perceber que o ato de andar nada mais é do que uma sucessão de desequilíbrios. Assim, para o movimento ocorrer, é necessário primeiro instabilizar-se. Nos jogos olímpicos da Grécia vimos a celebração da diversidade, das diferenças, dos desequilíbrios. O lema é competir, mas também é necessário desequilibrar o adversário para conquistar a medalha de ouro. A literatura é repleta de movimentos de desequilíbrio. Uma nova corrente é baseada na antítese de sua antecessora. Questionar o barroco foi tarefa do arcadismo, o realismo de Flaubert contestava o romantismo de Victor Hugo e assim por diante. As idéias de Hilda Hilst tentaram desequilibrar a sociedade da metade do século XX, queriam libertar o verso, deixá-lo real, natural e livre de academicismos. Mas, por ironia, foi um desequilíbrio de forças – entre a carga aplicada e a resistência do tecido ósseo – que determinou a fratura de fêmur por osteoporose e sua morte.

Atualmente, a idéia é equilibrar e desequilibrar de acordo com as conveniências e necessidades de cada um e, assim, melhor adaptar-se. O mecanismo de adaptação é intrínseco do ser humano e foi por meio dele que a espécie tem sobrevivido por milhões de anos. Diariamente, em nossos consultórios, presenciamos pacientes com múltiplas deformidades articulares modificarem seus hábitos e um movimento ou ação que parece improvável aos nossos olhos acontece. Mulheres com diversas fraturas vertebrais mudam o centro da gravidade para melhor se equilibrar e não cair.

Assim, apesar dos nossos desequilíbrios – físicos, morais e intelectuais – e a busca incessante pelo equilíbrio, procuramos, na verdade, é nos adaptar. Provavelmente, deveremos estar melhor adaptados e não mais ‘equilibrados’ como pensava aquele amigo no bar. Parece que o mais importante não é atingir o equilíbrio pleno, o nirvana, mas sim alcançar a melhor forma de se adaptar e vencer as adversidades.

OS EDITORES

Anticorpos Antinucleossomo como Marcadores para Diagnóstico e Monitoração do Lúpus Eritematoso Sistêmico

PAULO GUILHERME LESER⁽¹⁾ e LUÍS EDUARDO COELHO ANDRADE^(1,2)

1. Instituto de Pesquisa e Ensino Fleury
2. Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM

A cromatina é um complexo material nuclear, composto por DNA (40%), histonas (40%), proteínas não histonas (20%) e quantias minoritárias de RNA. A meticulosa organização das histonas e DNA se apresenta sob a forma de um arranjo como um colar de contas, em que as contas representam os nucleossomos e o trecho entre as contas é formado por DNA e histona H1. Cada nucleossomo é formado por um segmento de DNA com cerca de 200 nucleotídeos enrolado em torno de um octâmero de histonas (H2A-H2B-H3-H4)₂ (Figura 1).

Pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) apresentam uma reconhecida tendência a formar anticorpos contra componentes da cromatina. Um dos alvos mais bem estabelecidos nesta enfermidade é o DNA sob forma nativa ou desnaturada. Os anticorpos anti-DNA nativo são marcadores específicos do LES, entretanto apresentam sensibilidade limitada, ocorrendo em até 60% dos casos

em atividade e virgens de tratamento. Os anticorpos anti-DNA desnaturado e anti-histona também são prevalentes no LES, mas têm pouca especificidade, pois ocorrem em uma diversidade de outras condições.

Em meados do século passado foi observado que o soro de pacientes lúpicos opsonizava restos de núcleos de neutrófilos, possibilitando a fagocitose destes por outros neutrófilos. Este fenômeno, denominado fenômeno das células LE, tornou-se a base de um útil teste laboratorial para diagnóstico do LES, que chegou até mesmo a constar dos critérios ACR (*American College of Rheumatology*) para classificação de LES. Entretanto, foi paulatinamente abandonado devido à sua sensibilidade limitada, grande variabilidade interlaboratorial, ao fato de ser uma técnica muito trabalhosa e não passível de automatização e à considerável possibilidade de erros em mãos não experientes. Em seu lugar impuseram-se os testes para pesquisa de anticorpos antinúcleo (FAN), anti-DNA nativo e outros auto-anticorpos associados ao LES. Em 1997, o ACR decidiu eliminá-lo do rol de critérios para classificação do LES por considerar que a pesquisa de anticorpos antinúcleo (FAN) tem maior sensibilidade.

Entretanto, deve-se ter em conta que os auto-anticorpos responsáveis pelo fenômeno das células LE são extremamente específicos para o LES. A contínua pesquisa para identificação do alvo desses auto-anticorpos demonstrou que os mesmos reconhecem epítomos expostos exclusivamente em nucleossomos sob forma nativa. Portanto, não são capazes de reconhecer o DNA ou as histonas isolados. A possibilidade de isolamento bioquímico de nucleossomos fez com que, nos últimos anos, tenha se desenvolvido um crescente interesse com respeito à aplicabilidade clínica da determinação dos níveis séricos de anticorpos antinucleossomo. Desta forma, o mesmo sistema de auto-anticorpos responsáveis pela formação da célula LE (anticorpos contra o complexo desoxirribonucleoproteína ou nucleossomos) volta a despertar grande interesse, agora

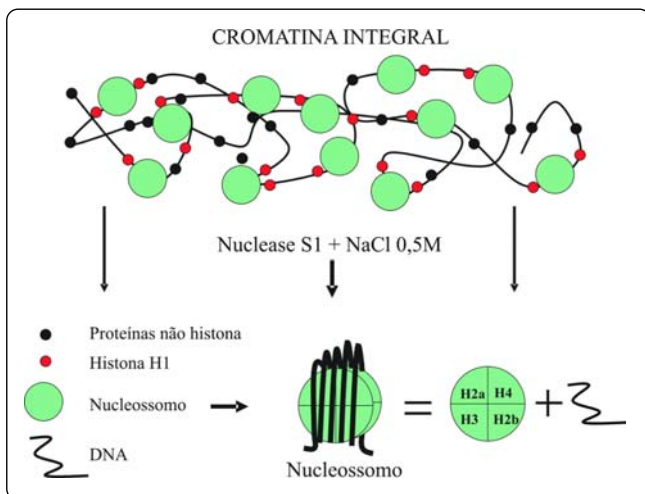


Figura 1 – Desenho esquemático da cromatina e nucleossomo. A cromatina contém o DNA, histonas e diversas outras proteínas, em um arranjo concatenado, como um colar de contas. As contas representam os nucleossomos, que consistem de um segmento de DNA firmemente enrolado em um núcleo de oito moléculas de histonas (2 H2a, 2 H2b, 2 H3 e 2 H4). O segmento entre os nucleossomos é composto primordialmente por DNA, histona H1 e proteínas não-histonas. Tratamento enzimático e bioquímico em condições minimamente desnaturantes permitem obter preparações purificadas de oligonucleossomos.

pesquisado por metodologia de ELISA, que traz grande sensibilidade, margem de erro desprezível e possibilidade de automatização e padronização interlaboratorial.

Nos últimos 15 anos, uma série de estudos tem demonstrado que os anticorpos antinucleossomo, determinados por ELISA, apresentam sensibilidade de 60-70% e especificidade de 86-100% para o diagnóstico de LES. A variabilidade entre os diferentes estudos reflete as particularidades técnicas de cada ensaio de ELISA. Assim, preparações imperfeitas de nucleossomos podem conter outras proteínas associadas à cromatina (p. ex., Scl-70, Ku), resultando em menor especificidade do método. Outro fator refere-se ao estabelecimento do valor de corte (*cut-off*), que é de grande importância para se alcançar boa sensibilidade e especificidade. Este ponto é de particular importância uma vez que níveis baixos de anticorpos antinucleossomo são encontrados em diversas condições clínicas que não o LES.

Nossa experiência com sistemas de ELISA usando preparações altamente purificadas de nucleossomos confirma o bom desempenho diagnóstico registrado na literatura. Em uma análise de pacientes com lúpus em atividade, obtivemos uma sensibilidade de 78% e uma especificidade de 95% frente a pacientes com outras doenças reumáticas e doenças infecciosas. Entre 54 amostras de pacientes com LES testadas simultaneamente para anti-DNA nativo (por IFI em *Critidia luciliae*) e antinucleossomo por ELISA obtivemos sensibilidade de 39% e 78%, respectivamente. Houve concordância entre ambos os testes em 50% dos casos (33% concordância positiva e 17% concordância negativa). Nos outros 50% dos casos (discor-

dância) houve positividade para antinucleossomo isoladamente em 24 casos e para anti-DNA nativo isoladamente em três casos.

Um fato de peculiar interesse refere-se ao aspecto cronológico dos anticorpos antinucleossomo. A literatura registra que esses auto-anticorpos seriam os mais precoces na história evolutiva do LES e que guardariam correlação com a atividade da doença. Alguns autores propõem que o nucleossomo seja o auto-antígeno mais relevante no desenvolvimento fisiopatológico do LES e por isso preceda o aparecimento de outros auto-anticorpos, até mesmo o anti-DNA nativo.

Outro aspecto relevante é a associação dos níveis séricos de anticorpos antinucleossomo e a atividade de doença, em especial a atividade de nefrite lúpica. Em nossas mãos, dentre 23 pacientes com LES em atividade e acompanhados prospectivamente por 4 meses após início de imunossupressão, observamos concordância com o status clínico em 61% para anti-DNA e em 78% para antinucleossomo. Quando foram analisados apenas os pacientes que mudaram de status clínico durante o acompanhamento, observou-se concordância de 40% e 80% entre a mudança de status clínico e os níveis de anti-DNA e antinucleossomo, respectivamente. Esses dados corroboram os achados de diversos autores que estudaram pacientes lúpicos de diferentes etnias.

Assim, os anticorpos antinucleossomo parecem representar um novo marcador imunológico do lúpus eritematoso sistêmico, com aplicação para o diagnóstico e monitoração da atividade clínica da doença.

Capa: desenhos de **Hilda Hilst** extraídos do livro "Hilda Hilst da morte.odes mínimas", Massao Ohno Editor, São Paulo, 1980. A escritora nasceu em Jaú, SP (21 de abril de 1930) e morreu aos 73 anos, em Campinas (4 de fevereiro de 2004), em decorrência de complicações cardiopulmonares após fratura de fêmur por osteoporose. Filha do fazendeiro e poeta Apolônio de Almeida Prado Hilst e Bedecilda Vaz Cardoso. Em 1948, começou a estudar Direito na Faculdade São Francisco – USP e em 1950 lançou seu primeiro livro, "Presságio" e, no ano seguinte, "Balada de Alzira". Em 1959, publicou o livro de poesia "Roteiro do silêncio" e "Trovas de muito amor para um amado senhor". Seus poemas serviram de inspiração a compositores como Adoniran Barbosa, que musicou "Quando te achei" e "Quando tu passas por mim". Casa-se com o escultor Dante Casarini em 1968 e volta a morar na fazenda da família em Jaú. Nessa época teve diversas obras publicadas na área da ficção, prosa, poesia e teatro, entre elas, "A possessa", "O rato no muro", "O verdugo", "A morte do patriarca", "Fluxo-Floema" e "Ficções", premiado como melhor livro do ano pela Associação Paulista de Críticos de Arte. Vencedora do prêmio Jabuti por "Cantares de perda e predileção" (1984) e "A obscena senhora D" (1993). Conhecida pela originalidade na escrita, transgressões da moralidade, coragem de expor suas idéias e atitudes, com questionamentos fortes e incisivos. Acreditava em discos voadores, ouvia vozes de mortos e escandalizava a sociedade moralista com livros de teor pornográfico, como "Poemas malditos, gozosos e devotos" (1984) e "O caderno rosa de Lori Lamby", "Contos d'escárnio/ Textos grotescos" (1990), "Do desejo" e "Bufólicas" (1992). Em 1997, publicou uma de suas últimas obras de sucesso, "Estar sendo ter sido" e lançou "Teatro reunido" (2000). A escritora publicou cerca de 40 livros e teve suas obras traduzidas para diversas línguas, como francês, inglês, italiano, espanhol e alemão. Possuía vários amigos notáveis como Lygia Fagundes Telles, José Mindlin, Fernando Bonassi, Antonio Candido, Millôr Fernandes, Marçal Aquino e Moacyr Scliar. Defendia a imortalidade da alma e dizia que quanto mais velha e mais louca, melhor ela seria.



Baixos Valores da Densidade Óssea do Fêmur e dos Parâmetros da Ultra-Sonometria Óssea Estão Associados a Maior Risco de Nova Fratura por Osteoporose e Mortalidade em Mulheres Idosas: Análise após Cinco Anos

MARCELO DE MEDEIROS PINHEIRO

Dissertação apresentada à Unifesp em 2004, para obtenção do título de doutor em Reumatologia
Orientador: Vera L. Szejnfeld

Estudos transversais e prospectivos têm ressaltado associação significativa entre medidas da massa óssea e risco de fratura. Entretanto, a relação entre risco de nova fratura, mortalidade, densidade e ultra-sonometria óssea é controversa e menos estudada. Objetivos: verificar o valor preditivo das medidas de massa óssea sobre o risco de nova fratura por osteoporose e morte em mulheres idosas, após cinco anos da primeira avaliação. Pacientes e Métodos: na primeira visita, 275 mulheres idosas foram avaliadas por meio de questionário sobre fatores de risco para fratura. Realizaram estudo radiológico da coluna vertebral, densitometria óssea da coluna lombar e fêmur e ultra-sonometria óssea de calcâneo. Após cinco anos, 42 (15,3%) mulheres morreram, 25 (9,1%) perderam o acompanhamento médico e 208 (75,6%) continuaram o estudo. Nesse momento, questionários específicos foram aplicados novamente bem como novo estudo radiológico da coluna torácica e lombar, a fim de identificar futura fratura. Causas de morte nessa população também foram avaliadas. Todos os relatos de morte foram confirmados pela revisão dos atestados de óbito ou dos prontuários médicos, e classificados de acordo com o CID-10. Resultados:

após ajustes estatísticos para idade, peso, IMC, tabagismo, fratura prévia, atividade física, uso de medicações e presença de doenças concomitantes, cada redução de um desvio-padrão do índice *stiffness*, obtido na primeira visita, foi associado significativamente com futura fratura (HR=2,23; IC 95% 1,30-3,83) e mortalidade geral (HR=1,57; IC 95% 1,1-2,47). Densidade óssea do colo do fêmur e trocânter também se associaram à nova fratura (HR=2,01; IC 95% 1,27-3,18 e HR=1,62; IC 95% 1,08-2,42, respectivamente) e mortalidade geral (HR=1,44; IC 95% 1,06-2,22 e HR=1,59; IC 95% 1,07-2,36, respectivamente). Mortalidade cardiovascular associou-se à baixa densidade óssea femoral (HR=1,28; IC 95% 1,08-2,26) e baixos valores do índice *stiffness* (HR=1,54; IC 95% 1,08-2,79). Não observamos qualquer relação significativa entre medidas de massa óssea e mortalidade por câncer ou relacionada a doenças pulmonares e infecciosas. Conclusões: nossos resultados demonstram que baixa densidade óssea do fêmur e baixos valores do índice *stiffness* são capazes de prever o risco de nova fratura e estão relacionados à mortalidade geral e cardiovascular, independentemente da idade, peso, comorbidades e hábitos de vida.

Valoração por Contingência: Validação do Método em Pacientes com Artrite Reumatóide

SÉRGIO CANDIDO KOWALSKI

Dissertação apresentada à Unifesp em 2004, para obtenção do título de doutor em Reumatologia
Orientador: Marcos Bosí Ferraz

Introdução: novas tecnologias para diagnóstico, tratamento e reabilitação na área da saúde surgiram recentemente. Os custos em geral são elevados, e algumas vezes, a efetividade é inferior a outros procedimentos similares.

Em consequência, a análise econômica de programas ou tratamentos serve como guia para tomadas de decisão, auxiliando a racionalizar a alocação dos escassos recursos. Um dos tipos de análise econômica é a Análise Custo-

Benefício (ACB), na qual os custos dos recursos empregados e os benefícios do programa avaliado são expressos em valores monetários. O Método de Valoração por Contingência (MVC) é um instrumento que mede benefícios a ser aplicados na ACB. O MVC utiliza entrevistas com cenários hipotéticos do programa sob avaliação e os entrevistados são solicitados a pensar sobre a contingência de um mercado real existente para um programa ou benefício relacionado à saúde. Devem então revelar o máximo que estariam dispostos a pagar (*willing to pay*) e sacrificar, negando a aquisição de outros bens, para obter os benefícios do programa avaliado, caso ele estivesse no mercado. A artrite reumatóide (AR) é uma doença que traz impacto significativo para os pacientes e sistema saúde. Em função disso, foi escolhida para validação do MVC em nosso meio. O presente estudo teve por objetivo analisar as propriedades de medida do MVC (validade e reprodutibilidade) em pacientes com AR. Métodos: pacientes, com diagnóstico de AR (ACR-1987), foram selecionados consecutivamente do ambulatório de Reumatologia da Unifesp. Os pacientes responderam aos questionários de VC, de qualidade de vida, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e *SF-36* (*The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*) e o critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O questionário de VC constava de um cenário sobre uma droga hipotética que resolveria todos os problemas relacionados com a AR. Os pacientes receberam cinco valores de ofertas iniciais (*bids*) (R\$ 25,50, 100, 200 e 400), nos formatos *leilão* e dicotômico, para definir seus valores finais de *DP*. Quinze por cento dos pacientes repetiram a mesma entrevista num período após 30 dias. A validade do MVC foi testada pelo emprego de modelos de regressão linear e logística. Relações entre valores de *DP* e variáveis sócio-demográficas e

clínicas foram analisadas nos modelos de regressão. Os resultados de reteste foram calculados pelo coeficiente de correlação intraclass e Kappa. Resultados: 259 pacientes com média de idade de 54 anos (± 13) participaram do estudo. O tempo médio de doença foi de $7 \pm 3,75$ anos, o valor médio no HAQ foi de $1,06 \pm 0,72$ e os escores médios do *SF-36*, Componentes Físico Total e Mental Total foram de 62 ± 10 e 55 ± 12 , respectivamente. A maioria dos pacientes (74%) não estava trabalhando no período. A reprodutibilidade do método de VC no formato *leilão* foi de 0,538, que confere moderada concordância entre os valores de *Disposição para Pagar*, obtidos nas duas entrevistas (teste e reteste) com intervalo de 30 dias. O valor equivalente no formato dicotômico foi de 0,892 (0,747;1,000). Os coeficientes da variável salário familiar mensal mostraram os sinais esperados *a priori*, e foram significativos nos modelos de regressão linear e logística. Os valores de *DP*, para o formato *leilão*, foram de 135 reais, e no formato dicotômico, 156 e 126 reais (métodos paramétrico e não-paramétrico, respectivamente). A média dos valores de *Disposição para Pagar* (139 reais) dos pacientes com AR pela cura hipotética da doença representa aproximadamente o triplo dos custos médios mensais com drogas para artrite reumatóide (47 reais), e quase o dobro dos custos médios mensais com drogas para AR e doenças associadas (81 reais). Conclusão: O instrumento de VC teve excelente taxa de resposta (100%) e demonstrou ter validade de construção quando foram analisados os valores de *DP* e salário familiar. Não houve correlação entre os valores de *DP* e medidas de qualidade de vida nos formatos dicotômico ou *leilão*. A proporção de valores de *DP* para obter a droga hipotética em relação ao salário familiar mensal (15%), sugere que o instrumento de VC pode medir o impacto da AR na vida dos pacientes.

PUBLICAÇÕES

Marcelo Pinheiro

TOP 10

Suplementação de folato e o tratamento com metotrexato na artrite reumatóide: uma revisão

Folate supplementation and methotrexate treatment in rheumatoid arthritis: a review

Whittle SL, Hughes RA. *Rheumatology* (Oxford) 2004.

O antagonismo da de-hidro-folato-redutase (DHFR) e a competição pelo ácido fólico são os principais mecanismos relacionados à toxicidade do metotrexato (MTX). O uso de folato (ácido fólico e folínico) como suplemento para pacientes com AR em uso de MTX é capaz de prevenir os principais efeitos colaterais relacionados à droga

(gastrointestinal; hepato e mielotoxicidade) e parece modular o risco cardiovascular, provavelmente pela redução da homocisteína. Nessa revisão, os autores expõem os benefícios da suplementação do folato e afirmam não haver prejuízo sobre a efetividade do MTX. Concluem que a suplementação do ácido fólico deve ser feita, rotineiramente, em todos os pacientes com diagnóstico de AR em uso crônico de MTX. A dose recomendada é de 5 mg por semana, dada na manhã seguinte à tomada do MTX.

A nomenclatura do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) para o lúpus neuropsiquiátrico

The ACR nomenclature for CNS lupus revisited

Nived O, Sturfelt G, Liang MH, De Pablo P. *Lupus* 2003; 12 (12): 872-6.

O LES com acometimento neuropsiquiátrico (LES-NP) envolve uma grande variedade de manifestações do sistema nervoso central e periférico, que são bastante complexas e com a fisiopatologia pouco compreendida. De modo geral, o LES-NP pode preceder o início do lúpus ou ocorrer em qualquer época durante a evolução da doença. O Colégio Americano de Reumatologia (ACR) desenvolveu uma nomenclatura padronizada para melhor definir as síndromes neuropsiquiátricas relacionadas ao LES, a fim de facilitar e melhorar a classificação dos pacientes para as pesquisas clínicas. As estimativas da prevalência de LES-NP variam muito de acordo com a população estudada e os critérios de elegibilidade, principalmente porque a maioria deles foi baseada em estudos realizados antes da introdução do sistema de nomenclatura proposto pelo ACR. Esses autores revisam a experiência inicial do uso desse novo sistema e aponta as prováveis direções para sua melhoria. A identificação e divisão em categorias das principais síndromes neuropsiquiátricas no LES e o uso das definições de casos propostos pelo ACR parece ser a forma mais adequada para uma maior homogeneidade das pesquisas, entretanto as síndromes mais leves e mais subjetivas ainda são problemáticas. As definições atuais possuem diversas limitações e a única maneira de melhorar e desmistificar

o uso dessa nomenclatura é por meio da realização de mais estudos, principalmente com diferentes populações, com o objetivo de estratificar os dados normativos para raça, idade e sexo.

Prognóstico a longo-prazo de crianças nascidas de pacientes lúpicas

Long term prognosis of children born to lupus patients

Murashima A, Fukazawa T, Hirashima M et al. *Ann Rheum Dis* 2004; 63 (1): 50-3.

Esses autores avaliaram o prognóstico a longo-prazo de 195 filhos de mães lúpicas. A idade das crianças variou de 4 meses a 26 anos, com maior prevalência do sexo feminino (n=113). Elas foram examinadas em 1991, 1995, 1997 e 1998. Dois casos foram diagnosticados como LES na primeira visita e foram excluídos da segunda visita. A positividade para anticorpos antinucleares (AAN) foi elevada (n=52,27%), quando comparado aos controles (n=4/57,7%). É importante ressaltar que a diluição de corte foi baixa (1/40). Os AAN foram mais detectados em mulheres do que em homens (p<0,05). Quarenta e quatro pacientes foram avaliados em mais de duas ocasiões. Nove de 10 pacientes que eram positivos para AAN na segunda visita eram meninas de 4-8 anos. A incidência de anti-DNA e anticorpos antifosfolípidos em filhos de mães lúpicas foi semelhante aos controles saudáveis. O achado que filhos, especialmente meninas, de mães lúpicas têm alta positividade para AAN sugere um provável fator genético na patogênese do LES. No entanto, somente o estudo longitudinal desses pacientes pode melhor esclarecer o papel dos aspectos genéticos no desencadeamento do LES.

O efeito da terapia de reposição estrogênica transdérmica durante um ano sobre a densidade mineral óssea e marcadores bioquímicos do remodelamento ósseo em pacientes lúpicas osteopênicas na pós-menopausa: um estudo randômico, duplo-cego, placebo controlado

The effect of 1-year transdermal estrogen replacement therapy on bone mineral density and biochemical markers of bone turnover in osteopenic postmenopausal systemic lupus erythematosus patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial

Bhattoa HP, Bettembuk P, Balogh A, Szegedi G, Kiss E. Osteoporos Int. 2003.

Os autores estudaram o efeito da reposição de 17 β -estradiol (50 mg/d, via transdérmica) em mulheres na pós-menopausa com diagnóstico de LES. Trinta e duas lúpicas foram selecionadas para receber a droga (n=15) ou placebo (n=17). Os dois grupos receberam 5 mg de acetato de medroxiprogesterona, continuamente, via oral, assim como 500 mg de carbonato de cálcio e 400 UI de vitamina D três vezes por dia. A densidade óssea da coluna lombar e fêmur proximal foi avaliada no tempo zero, 6 e 12 meses após. Osteocalcina e CTx séricos foram medidos nos tempos zero, 3, 6, 9 e 12 meses. Houve uma diferença significativa na mudança percentual da densidade óssea vertebral aos 6 meses entre os dois grupos (103,2 \pm 3,7% – grupo estradiol vs. 99 \pm 3,1% – grupo placebo; p<0,005). Foi observada também redução significativa do Ctx sérico no grupo do estradiol entre a visita inicial e todas as outras (p<0,05). Não ocorreu diferença significativa no índice de atividade de doença (SLEDAI) ou no índice de dano (ACR), bem como na dose de corticosteróides durante o estudo. Assim, a reposição estrogênica transdérmica pode prevenir a perda óssea – vertebral e femoral – em mulheres lúpicas na pós-menopausa, sem aumentar o risco de piora da doença de base. No entanto, vale a pena lembrar que nesse estudo foi encontrada elevada taxa de perda de pacientes (8/15), alertando para o fato de que a terapia de reposição hormonal em pacientes de alto risco, como lúpicas, deve ser cautelosa e criteriosa, na qual somente um pequeno número de pacientes elegíveis deve apresentar benefícios.

Terapia tópica com tacrolimus em lesões cutâneas resistentes no lúpus eritematoso sistêmico: uma alternativa possível

Topical tacrolimus therapy of resistant cutaneous lesions in lupus erythematosus: a possible alternative

Lampropoulos CE, Sangle S, Harrison P, Hughes GR, D'Cruz DP. Rheumatology (Oxford) 2004.

Os autores determinaram a eficácia do tratamento tópico com tacrolimus 0,1% em 12 pacientes lúpicos com lesões cutâneas resistentes. Seis pacientes tinham extensas lesões discóides (LD); quatro, lesões subagudas do LES (LESSA) e dois com lesões agudas, com refratariedade importante ao tratamento habitual. Todos os pacientes receberam tacrolimus tópico 0,1% por pelo menos seis semanas. A resposta foi avaliada por médicos experientes e a opinião dos pacientes também foi valorizada e documentada com fotografias antes e após o tratamento. Apenas uma paciente não completou o estudo, devido aos efeitos colaterais (*peeling* e sensação de queimação). Seis pacientes melhoraram significativamente, um paciente apresentou remissão mínima da lesão facial e em quatro não houve qualquer resposta. Dois pacientes com LESSA tiveram regressão significativa das lesões enquanto as outras não melhoraram. Em pacientes com LD, dois tiveram melhora, um apresentou melhora mínima e dois não tiveram resposta. Os pacientes com lesões agudas do LES obtiveram significativa melhora da lesão cutânea e da fotossensibilidade. Assim, parece que o tacrolimus tópico 0,1% pode ser uma alternativa eficaz em pacientes com lesões cutâneas graves e refratárias do LES.

Estudo de atorvastatina em artrite reumatóide (TARA): ensaio clínico duplo-cego, randômico, placebo controlado

Trial of Atorvastatin in Rheumatoid Arthritis (TARA): double-blind, randomised placebo-controlled trial

McCarey DW, McInnes IB, Madhok R et al. Lancet 2004; 363 (9426): 2015-21.

A artrite reumatóide é caracterizada por sinovite inflamatória crônica, destruição articular e aterogênese acelerada. As estatinas, inibidores da HMG-CoA redutase, diminuem o risco cardiovascular de pacientes sem doenças inflamatórias e pode ter função imunomodulatória. Os autores realizaram esse estudo a fim de confirmar o papel das estatinas na redução de fatores inflamatórios

em indivíduos com artrite reumatóide (AR), bem como avaliar se são capazes de modificar o risco cardiovascular. Em ensaio clínico duplo-cego, randômico, placebo controlado, 116 pacientes com AR foram recrutados para receber 40 mg de atorvastatina ou placebo como medicações adicionais aos tradicionais DMARDs, durante seis meses. Avaliaram variáveis de atividade da doença (DAS 28 e os critérios de resposta propostos pelo EULAR – *European League Against Rheumatism*) e fatores de risco para doença cardiovascular, por meio de análise intenção de tratar (*intention-to-treat*). Aos seis meses, o DAS28 melhorou significativamente no grupo da atorvastatina (-0,5; IC 95% -0,75 a -0,25) comparados ao grupo placebo (0,03, IC 95% -0,23 a 0,28), com diferença entre grupos = -0,52; IC 95% -0,87 a -0,17 [p = 0,004]. A resposta ao DAS28 proposto pelo EULAR foi alcançada em 18 dos 58 (31%) pacientes do grupo da atorvastatina comparados aos 6 (10%) dos 58 do grupo placebo (OR=3,9; IC 95% 1,42-10,7) [p = 0,006]. PCR e VHS diminuíram em 50% e 28%, respectivamente, com relação ao grupo placebo [p<0,0001 e p=0,005, respectivamente]. Foi observada também redução da contagem de juntas edemaciadas (-2,69 vs. -0,53; com média de diferença=-2,16; IC 95% -3,67 a -0,64) [p=0,0058]. Eventos adversos ocorreram nos dois grupos de modo semelhante. Esses dados mostram que as estatinas podem mediar um modesto efeito anti-inflamatório, mas clinicamente relevante, com modificação do risco cardiovascular no contexto da inflamação auto-imune.

Tratamento com alfacalcidol em idosos reduz o alto risco de quedas associado com clearance de creatinina abaixo de 65 ml/min

Treatment with alfacalcidol in elderly people significantly decreases the high risk of falls associated with a low creatinine clearance of <65 ml/min

Dukas L, Schacht E, Mazor Z, Stahelin HB. Osteoporos Int 2004.

O comprometimento da função renal (*clearance de creatinina* – ClCr – menor do que 65 ml/min) é apontado como

fator de risco independente para o maior número de quedas em idosos e, provavelmente, está associado ao baixo nível sérico da vitamina D. Os autores realizaram uma análise *post-hoc* de um estudo randômico, duplo-cego, para avaliar se o tratamento com alfacalcidol poderia reduzir o risco e a elevada incidência de quedas em 378 pacientes (191 mulheres) idosos (acima de 70 anos de idade), provenientes de casa de repouso na Suíça. Cento e noventa e um pacientes receberam 1 mg de alfacalcidol e 187, placebo, durante 36 semanas. Com a ajuda de questionários, os autores determinaram a incidência e frequência de quedas. O risco de tornar-se um caidor crônico e o risco de queda foram avaliados em modelos de regressão logística, de acordo com os grupos de tratamento e o ClCr (valor limiar=65 ml/min) e são apresentados em análise de intenção de tratar. Em pacientes com ClCr abaixo de 65 ml/min foi observada redução significativa do número de caidores quando comparados ao grupo placebo (14/72 versus 25/70; OR=0,26; IC 95% 0,08-0,80, p=0,019), assim como significativa redução do número de quedas (16/72 versus 28/70; OR = 0,29; IC 95% 0,09-0,88, p=0,028). Essa associação não foi observada em pacientes com ClCr acima de 65 ml/min (OR=0,92; IC 95% 0,34-2,52 para caidores e OR=0,93; IC 95% 0,34-2,54 para quedas). No grupo placebo, a frequência de quedas foi dependente do ClCr (p=0,001), embora no grupo de tratamento a frequência de quedas foi independente do ClCr (p=0,49). Não foram observados casos de hipercalcemia relevante. Assim, em um grupo de pacientes idosos com ClCr abaixo de 65 ml/min, provenientes de casas de repouso, o tratamento com alfacalcidol pode reduzir, com segurança e de forma significativa, a incidência e frequência de quedas associadas ao comprometimento da função renal.

Vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo

The antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides

Seo P, Stone JH. Am J Med. 2004 Jul 1;117(1):39-50.

Granulomatose de Wegener, poliangiíte microscópica e síndrome de Churg-Strauss são vasculites de vasos de pe-

queno e médio calibre caracterizadas pela superposição de achados histopatológicos e presença de anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) e, por isso, denominadas como vasculites associadas ao ANCA. De forma geral, apresentam difícil diagnóstico e tratamento. Nessa revisão, os autores descrevem os achados clínicos e histopatológicos mais característicos das vasculites associadas ao ANCA, bem como discutem o papel dos ensaios laboratoriais de detecção do ANCA para o diagnóstico e monitorização do tratamento.

Comparação da biodisponibilidade de elevadas doses de metotrexato administradas por via oral ou subcutânea em pacientes com artrite reumatóide

Bioavailability of higher dose methotrexate comparing oral and subcutaneous administration in patients with rheumatoid arthritis

Hoekstra M, Haagsma C, Neef C et al. J Rheumatol 2004; 31 (4): 645-8.

Os autores estudaram a biodisponibilidade de altas doses de metotrexato (MTX), administrados por via oral e subcutânea, em pacientes com artrite reumatóide (AR), por meio de análise farmacocinética (procedimento populacional de duplo estágio de Bayesian e parâmetros individuais). Quinze pacientes com AR em uso de doses estáveis de MTX (acima de 25 mg por semana) foram estudados. O uso de antiinflamatórios, corticosteróides e outros DMARDs foi permitido. A análise farmacocinética foi realizada em cada paciente após administração oral e subcutânea da mesma dose de MTX, com intervalo de duas semanas entre elas. A concentração sérica do MTX foi medida por imunoensaio de fluorescência polarizada. A dose mediana de MTX foi de 30 mg/semana (25 a 40 mg). A média da biodisponibilidade após dose oral de MTX foi de 0,64 (0,21 a 0,96) comparada com a administração subcutânea ($p < 0,05$). De modo geral, a biodisponibilidade de altas doses de MTX por via oral em pacientes com AR é muito variável e, em média, 2/3 daqueles com administração subcutânea. Assim, os autores sugerem que a eficácia do MTX, em dose maior ou igual a 25 mg/semana, pode ser melhorada com a modificação da via oral para a via subcutânea.

Eficácia da terapia anticélula B com rituximabe em pacientes com artrite reumatóide

Efficacy of B-cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis

Edwards JC, Szczepanski L, Szechinski J et al. N Engl J Med 2004; 350 (25): 2572-81.

Um estudo aberto recente indicou que a depleção seletiva de células B com rituximabe (RTX) ocasionou melhora clínica sustentada de pacientes com artrite reumatóide. Esses autores realizaram um estudo randomizado, controlado e duplo-cego para confirmar esses achados em 161 pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide em atividade, apesar do uso do metotrexato. Os pacientes foram distribuídos em quatro grupos principais: metotrexato oral (maior ou igual a 10 mg/semana – grupo controle); rituximabe (1000 mg nos dias 1 e 15); rituximabe + ciclofosfamida (750 mg nos dias 3 e 17) e rituximabe + metotrexato. As variáveis respostas utilizadas foram as propostas pelo ACR e EULAR e avaliadas na 24.^a semana (análise primária) e 48.^a semana (análise exploratória). Na 24.^a semana, a proporção de pacientes que alcançaram melhora (ACR50) foi significativamente maior com o grupo da combinação RTX-MTX (43%; $p=0,005$) e RTX-ciclofosfamida (41%; $p=0,005$) do que com o MTX sozinho (13%). Em todos os grupos tratados com RTX houve uma alta proporção de pacientes que atingiram o ACR20 (65-76% vs. 38%; $p < 0,02$) ou tiveram resposta EULAR (83-85% vs. 50%; $p=0,004$). Todas as respostas ACR foram mantidas na 48.^a semana no grupo RTX-MTX. A maioria dos eventos adversos ocorreu com a primeira infusão RTX: 24.^a semana. Infecção grave ocorreu em apenas um paciente do grupo controle (2,5%) e em quatro do grupo que recebeu RTX (3,3%). Concentrações de imunoglobulina periférica permaneceram dentro da variação normal. Assim, em pacientes com artrite reumatóide em atividade, apesar do uso do MTX, foi observado maior benefício do esquema de duas infusões com RTX, sozinho ou combinado com ciclofosfamida ou MTX, durante pelo menos 48 semanas de seguimento.

A Hipertensão Pulmonar sob o Olhar de Quem Vive de Perto a Doença

Sou paciente há nove anos de hipertensão arterial pulmonar. Durante cinco deles, vivi a vida em uma cadeira de rodas, pois a enfermidade me obrigou a usar oxigênio 24 horas por dia e não era capaz de executar as mínimas tarefas que um ser humano é capaz de fazer, como andar. Venci a morte em vários momentos e a luta pela sobrevivência e a força adquirida em tantas batalhas me proporcionou a chance de ajudar a outras pessoas que hoje vivem o mesmo problema.

Criamos a Associação Brasileira de Hipertensão Pulmonar (Abrahp). Somos uma associação formada por pacientes, familiares e amigos de portadores de hipertensão arterial pulmonar (HAP). Nosso principal objetivo é melhorar a qualidade de vida dos portadores da HAP. Acreditamos que juntos e organizados é possível estimular o progresso nos estudos e pesquisas relativas ao diagnóstico e tratamento da doença, facilitar o acesso dos portadores da HAP aos medicamentos específicos, promover junto aos poderes públicos a obtenção de medidas legislativas de proteção aos interesses dos portadores de hipertensão pulmonar.

Nossa luta é contra o tempo, sem cessar. Diagnóstico, avaliação clínica, prescrição de tratamento adequado, tudo isto demanda um conhecimento científico que ainda não está consolidado no mundo, nem no Brasil. Infelizmente, para os pacientes de HAP quanto mais tardio o diagnóstico, menores são as chances de sobrevivência. Em média, dois anos é o prazo que um indivíduo pode morrer de hipertensão pulmonar após tomar conhecimento de que sofre o problema. Estima-se que existam aproximadamente 1.000 portadores da doença.

Em função desta atual realidade sombria, nossa batalha é fortemente voltada para a divulgação da doença. Acreditamos que a circulação de informações pode facilitar o acesso ao diagnóstico precoce, traduzindo-se no salvamento de vidas. A HAP não tem cura, é extremamente agressiva e se não for tratada levará fatalmente ao óbito. Neste caso nada mais pode ser feito. A HAP pode ser primária ou secundária. Outras doenças podem desencadeá-la,

como a Aids, a esclerose sistêmica e até mesmo doenças da tireóide e do colágeno.

Pneumologistas, cardiologistas e reumatologistas são, neste momento, nossos principais aliados no tratamento da HAP, porque lidam com a doença de maneira mais frequente e profunda. É de vital importância que se unam, discutam como implantar centros de tratamento de referência que possam atender com rapidez e eficiência grande de toda a população.

Infelizmente, a hipertensão pulmonar é uma doença rara e seu tratamento é extremamente caro e proibitivo para a grande maioria dos pacientes. Lutamos para que os medicamentos entrem na lista de excepcionais para evitar um duplo sofrimento tão comum entre nós: as dores físicas da doença e a busca, pela Justiça, do acesso ao tratamento que por direito devemos receber porque assim foi prescrito por nossos médicos. Vivemos um enorme ônus emocional que prejudica obviamente nosso tratamento.

Enfrentamos uma luta contra o relógio a cada mês, a mesma angústia se repete, e nem sempre as secretarias de saúde cumprem mandados legais, e quando o fazem nem sempre nos entregam no prazo e quantidade necessários. Se não temos acesso à medicação em dosagens corretas, não podemos prosseguir o tratamento porque a doença é progressiva. Há um preceito constitucional que obriga o Governo a prover assistência de saúde a todos os brasileiros. Como cidadã, exijo que ele seja cumprido. Nenhum juiz, político tem o direito de decidir quem deve morrer ou não de hipertensão pulmonar. Ninguém tem o direito de escolhas sobre quem deve receber ou não medicações. Se elas existem precisamos acessá-las. Só assim acreditaremos que não estamos condenados pelo homem à morte. Será que estamos condenados a esta pena?

Creio que somente através de uma “força-tarefa” entre médicos e pacientes, poderemos vencer tantos entraves que não passam somente pela esfera médica e clínica, mas que interferem em muitos casos de maneira definitiva no tratamento, levando na maioria das vezes à morte de tantas pessoas como crianças e jovens em idade produtiva.

ROSEMARY OLIVEIRA LIMA
Presidente da Associação Brasileira
de Hipertensão Pulmonar (Abrahp)

III Jornada de Reumatologia de São Carlos

25 de setembro de 2004 – Anfiteatro da Unimed, São Carlos, SP – Brasil

SÁBADO, 25 DE SETEMBRO

08:00	Inscrições
08:30	Abertura
08:45 às 09:45	Doenças Reumáticas e Aterosclerose Emília Inoue Sato (Unifesp/EPM)
09:45 às 10:00	Debates
10:00 às 10:20	Café
10:20 às 11:20	Auto-Anticorpos em Doenças Reumáticas Luís Eduardo Coelho Andrade (Unifesp/EPM)
11:20 às 12:20	Artrite Reumatóide Inicial – Diagnóstico e Tratamento Manoel Barros Bértolo (FCM/Unicamp)
12:20 às 12:50	Debates
	Encerramento/Almoço

Local do evento:

Anfiteatro da Unimed São Carlos
Av. Dr. Carlos Botelho, n. 1.055
São Carlos – SP

Informações:

Sociedade Paulista de Reumatologia
Rua Maestro Cardim, 354, conj. 53
CEP 01323-000, São Paulo, SP
E-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br
Site: <http://www.reumatologiasp.com.br>
Fone/fax: (11) 3284-0507

XXV Congresso Brasileiro de Reumatologia

8 a 11 de outubro de 2004 – Rio de Janeiro RJ – Brasil

No XXV Congresso Brasileiro de Reumatologia você poderá marcar um encontro especial com um professor e discutir diversos aspectos do dia-a-dia do reumatologista. Você poderá encontrá-los diariamente. Em todos os horários haverá pelo menos um professor para discutir com você. Compareça, marque seu horário, programe-se, participe e resolva suas dúvidas.

Encontro com o Professor:

Dias 9, 10 e 11 de outubro

Hotel Intercontinental Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Salão Rubi – Safira – Ametista



SÁBADO, 9 DE OUTUBRO

PROFESSORES INTERNACIONAIS (confirmados):

Arthur Kavanaugh (EUA)
Alice Gottlieb (EUA)
Gurkirpal Singh (EUA)
Jürgen Braun (Alemanha)
Thomas Döner (Alemanha)
Ivan Foeldvari (Alemanha)
Ian Bruce (Inglaterra)
Christopher Denton (Inglaterra)
Ronald Asherson (África do Sul)
Pascal Hilliquin (França)
Jesus Tornero (Espanha)
Juan Ângulo (Peru)
Eduardo Acevedo (Peru)
Gilberto Castaneda (México)
Eduardo Mysler (Argentina)

09:30 às 10:25

Abertura

10:30 às 11:25

LES

Conduta no LES com Ênfase no Envolvimento Neuropsiquiátrico

Lilian Tereza Lavras Costallat

Conduta Terapêutica no LES

José Angelo Papi

Diagnóstico e Tratamento da Nefrite Lúpica

João Carlos Brenol

11:30 às 12:25

FIBROMIALGIA

Tratamento Baseado em Novos Paradigmas

Daniel Feldman

Fibromialgia: da Teoria à Prática

José Martinez

Princípios no Manejo da Fibromialgia

Eduardo Paiva

12:30 às 13:30

Almoço

13:40 às 14:35 **LABORATÓRIO EM REUMATOLOGIA: O QUE HÁ DE NOVO**
Vida, Morte e... Ressurreição do FAN
 Paulo Lesser
Interpretação Crítica dos Exames Laboratoriais
 Alexandre Gabriel Junior
O Novo e Reumaticamente Útil no Laboratório
 Carlos Von Muhlen

14:40 às 15:35 **OSTEOARTRITE: COMO EU TRATO**
Osteoartrite: Clínica e Terapêutica
 Hilton Seda
Como Eu Trato
 Elda Pastore
Osteoartrite de Difícil Controle: Quando Indicar Cirurgia?
 Mario Pucinelli

DOMINGO, 10 DE OUTUBRO

09:30 às 10:25 **VASCULITE**
Vasculites: Diagnóstico e Terapêutica Atual
 Isídio Calich
Conduta do Reumatologista Chamado a Opinar Sobre Um Caso Suspeito de Vasculite. Como Confirmar e Investigar Até Um Diagnóstico Preciso
 Mauro Goldfarb

Tratamento Atual das Vasculites
 Sandra Fernandes

10:30 às 11:25 **ESCLERODERMIA**
Prognóstico e Terapêutica Atual da Esclerose Sistêmica
 João Francisco
Diagnóstico e Conduta no Pulmão Esclerodérmico
 Percival Sampaio-Barros
Contribuição do Modelo Experimental na Compreensão da Esclerodermia
 Natalino Yoshinari

11:30 às 12:25 **LOMBALGIA/REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA**
Lombalgia: A Prática na Clínica Diária – Diagnóstico e Tratamento
 José Goldenberg
Os Sinais de Alerta como Advertência nas Lombalgias e Lombociatalgias
 Hamid Cecin
Artrite Idiopática Juvenil
 Sheila K.F. Oliveira

12:30 às 13:30 **Almoço**

13:40 às 14:35 **AR DE DIFÍCIL TRATAMENTO**
Artrite Reumatóide de Difícil Controle
 Manoel Barros Bértolo
Artrite Reumatóide de Difícil Controle
 William H. Chahade
Artrite Reumatóide de Difícil Controle
 Iêda M.M. Laurindo

14:40 às 15:35 **OSTEOPOROSE**
Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose
 Vera Szejnfeld
Tratamento da Osteoporose
 Cristiano Zerbini
Conduta na Osteoporose Secundária
 Roberto Carneiro

SEGUNDA, 11 DE OUTUBRO

09:30 às 10:25 **REUMATISMO DE PARTES MOLES**
Desafio Diagnóstico e Manejo das Neuropatias Compressivas dos Membros: Discussão Prática de Casos Clínicos
 José Tupinambá S. Vasconcelos

Conduta nas Tendinites
 Milton Helfenstein

Tempos Difíceis de Clínica, Atendimento Coletivo de Pacientes com Reumatismo
 José Knoplich

10:30 às 11:25 **AGENTES BIOLÓGICOS**
Agentes Biológicos e Farmacoeconomia
 Morton Scheinberg

Qual é o Melhor Uso dos Anti-TNF na Artrite Reumatóide
 Ricardo Xavier

11:30 às 12:25 **SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDEO**
SAF Catastrófica
 Ronald Asherson

Atualização Terapêutica
 Roger A. Levy

12:30 às 13:30

13:40 às 14:35 **LOMBALGIA/REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA**

Manejo da Lombalgia Aguda
 Fernando Appel

Artrite Idiopática Juvenil: Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos
 Maria Odete Hilário

Diagnósticos Diferenciais e Condutas Terapêuticas Difíceis em Reumatologia Pediátrica
 Maria Helena Kiss

14:40 às 15:35 **ESPONDILOARTROPATIA**

Espondiloartropatias e Artrites Reativas
 Mauro Keiserman

Atualização Terapêutica na Espondilite Anquilosante
 Nocy Leite

Análise Crítica dos Estudos Terapêuticos em Espondiloartropatias
 Marco Antônio P. Carvalho

Nota aos médicos de São Paulo

Hoje em dia, o médico enfrenta uma difícil situação, pois já são aproximadamente oito anos sem reajustes de seus honorários por parte das seguradoras e planos de saúde (SPS), obrigando muitos colegas a encerrarem suas atividades em consultório médico, pois as despesas para mantê-lo continuam se elevando. No entanto, as SPS têm reajustado sistematicamente suas mensalidades bem acima da inflação e nada repassando à classe médica, os prestadores de serviço.

A maléfica interferência desses empresários da saúde também tem acarretado atrasos na inclusão de procedimentos médicos que beneficiariam os usuários, bem como dificultando a relação médico-paciente, num claro prejuízo à qualidade de atendimento aos pacientes. Diante disto, a classe médica, em todo o país, resolveu se organizar no sentido de dar um “basta” e resgatar a dignidade profissional.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM) e organizada pela FIPE, por meio de parâmetros confiáveis do ponto de vista técnico e científico, resgata os valores da consulta médica e procedimentos além de atualizá-los.

Existem 17 estados brasileiros que iniciaram o movimento pela implantação da CBHPM, alguns já há vários meses, estando em uma fase avançada de negociações e em muitas cidades ocorreram sérios atritos com seguradoras que tiveram a ousadia de menosprezar o trabalho médico com atitudes vis em relação à classe. A cidade de São Paulo entrou de maneira mais decisiva neste movimento há cerca de 30 dias. Assim, na concorrida assembléia de primeiro de julho deste ano, foi aclamado por unanimidade que os médicos do Estado de São Paulo, entrassem em estado de assembléia permanente, aguardando respostas das SPS, às solicitações da implantação da CBHPM, feitas através das entidades médicas (AMB, APM, CREMESP). Foi também votado, a realização de um ato público no dia 15/07/04, com o objetivo de mostrar à população o aviltamento da classe médica e suas repercussões junto aos usuários das SPS.

Em 20/07/04, nova assembléia, com a plenária lotada, venceu por unanimidade a proposta de se realizar o atendimento por guia das seguradoras, passando a se usar o sistema de reembolso de acordo com os valores propostos pela CBHPM, a partir de 30/07/04. Esta atitude foi provocada pela resposta negativa às nossas solicitações. No decorrer do tempo a paralização se estenderá também aos planos de saúde. Nestas assembléias várias sociedades de especialidade deram manifestação de apoio ao movimento.

A Sociedade Paulista de Reumatologia, atendendo à solicitação da AMB, esteve presente e deverá então assumir a responsabilidade pela orientação, coordenação, bem como integração e participação dos reumatologistas neste movimento.



COMISSÃO DE ÉTICA DA
SOCIEDADE PAULISTA DE REUMATOLOGIA

O site de atualização quinzenal da Sociedade Paulista de Reumatologia está bem mais dinâmico. Para ver as novidades da homepage, comece limpando o cachê ou clique no ícone de atualizar em cada página que entrar (ferramentas no alto da página). Lembre-se de informar o seu e-mail à secretaria da SPR, para que possamos enviar-lhe o nosso informativo quinzenal.

Como parte do projeto de Ensino Continuoado à Distância, da atual gestão da SPR, veja os resumos dos temas apresentados no X Encontro de Reumatologia Avançada, da Jornada de Campinas e, em breve, a da próxima Jornada de São Carlos. O resumo da conferência "Ética em Pesquisa em Seres Humanos", proferida pelo prof. dr. William Saad Hossne, durante a abertura do X Encontro de Reumatologia Avançada, também pode ser visualizado. Lembre-se, também, de conferir as atividades do Fórum de Debates em Reumatologia promovido pela Sociedade.

DESTAQUES DO SITE:

■ Reciclagem

Leia a notícia do *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), responsável pela residência médica nos Estados Unidos. Desde fevereiro de 2004, o ACGME iniciou um levantamento sobre a satisfação do residente com o seu aprendizado, por meio de um questionário com 33 perguntas respondidas em quatro semanas pelos serviços de clínica geral e/ou especialidades. Após esse procedimento, cada serviço recebe a visita da comissão responsável pela acreditação educacional. Não se trata de um provão para testar conhecimentos, mas sim de uma avaliação do aprendizado em geral. O questionário está disponível na página eletrônica <http://www.acgme.org/> (clique em *Resident Survey*).

■ Congresso Mundial de Osteoporose

Realizado entre 14 e 18 de maio, no Rio de Janeiro, RJ, apresentou 430 pôsteres, 43 exposições orais, 14 simpósios e 8 conferências magnas. O Brasil apresentou 61 pôsteres. O material encontram-se disponível na página da Sociedade Brasileira de Osteoporose (www.sobrao.com.br).

■ Artrite reumatóide

Como se mede a melhora dos pacientes com artrite reumatóide? O que significa a melhora ACR 20%? Saiba as respostas acessando os *guidelines* do Colégio Americano de Reumatologia (ACR).

■ Medicina baseada em evidências

Conheça as conclusões dos ensaios com antiinflamatórios.

■ *Arthritis & Rheumatism*

Clique no *link* para a revista e leia o artigo sobre o tratamento com os agentes biológicos e linfomas.

O conteúdo dos seis números já publicados pela *Revista Paulista de Reumatologia* está disponível, em pdf, no site da SPR. Acesse-os!

Avise seus amigos sobre o novo site da SPR: **www.reumatologiasp.com.br**

Se você ainda não está recebendo o *Boletim Informativo quinzenal*, entre no site <http://www.reumatologiasp.com.br> e envie o seu e-mail para a secretaria da SPR.

Noticiário



X Encontro de Reumatologia Avançada
Hotel Maksoud Plaza – São Paulo- SP, 27 a 29 de maio de 2004



X Encontro de Reumatologia Avançada
Hotel Maksoud Plaza – São Paulo- SP, 27 a 29 de maio de 2004



X Encontro de Reumatologia Avançada
Hotel Maksoud Plaza – São Paulo- SP, 27 a 29 de maio de 2004

X ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

Evento realizado entre os dias 27 e 29 de maio de 2004, no Hotel Maksoud Plaza, em São Paulo, SP. A partir da esquerda, (1) Adil Samara, Caio Moreira, Manoel Bertolo, Wiliam Chahade e Daniel Feldman durante a sessão de abertura; (2) Manoel Bertolo, Claudia Schainberg, Maria Teresa Correia Caleiro e Rita Furtado; (3) José Marques Filho, Caio Moreira, William Saad Hosne e Manoel Bertolo; (4) Claudia Schainberg, Blanca Elena, Antonio Condino Neto, Suzana B. Verissimo de Melo, Ana Paula N. Lolito, Rosa Maria R. Pereira e Natalino Yoshinari, durante a mesa-redonda “Novos Paradigmas Fisiopatológicos”; (5) Luiz Carlos Latorre, Rozana Ciconelli, Simone Appenzeler, Paulo Louzada Jr., Cristiane Kayser, Iêda M.M. Laurindo e Luis Eduardo C. Andrade, durante a mesa-redonda “Avanços Diagnósticos”.



JORNADA DE REUMATOLOGIA DE CAMPINAS

Evento realizado nos dias 25 e 26 de junho de 2004, no Hotel Mercure, em Campinas, SP, promovido pela Sociedade Paulista de Reumatologia e Regional de Campinas e organizado pela dra. Fabiana Pompeo de Pina e dr. Rubens Bonfiglioli. Agradecemos ao dr. Rubens Bonfiglioli (segundo à esquerda) e à acadêmica de medicina Karina Rossi Bonfiglioli o envio do resumo das palestras.

Contou com a participação do dr. Sérgio Luz Chechia – disciplina de Ortopedia da Santa Casa de São Paulo; dr. Ibsen Bellini Coimbra – disciplina de Reumatologia da Unicamp (primeiro à direita) e da dra. Jussara Koschen – disciplina de Reumatologia do HC-FMUSP (em destaque na foto).

O prof. dr. Sérgio Luís Cecchia abordou o tema “Como eu trato as dores do ombro”, de forma didática, com explanação ampla, desde a anatomia do ombro até a síndrome do impacto – classificação de Neer, manobras clínicas e a propedêutica armada para o diagnóstico. Enfatizou ainda tanto a terapêutica clínica quanto a cirúrgica, em especial a indicação precoce do tratamento cirúrgico.

A exposição do prof. dr. Ibsen B. Coimbra versou sobre “Como eu trato a osteoartrite”. Discorreu sobre os principais tópicos da osteoartrite, como a nomenclatura e definição, bem como ênfase no tratamento atual – farmacológico (analgésicos comuns e AINES; opióides naturais ou sintéticos; agentes tópicos; drogas sintomáticas de ação prolongada, como o sulfato de glicosamina e de condroitina, extratos não saponificáveis de soja e abacate, diacereína e a cloroquina; terapêutica intra-articular com corticosteróides e ácido hialurônico e o tratamento cirúrgico com osteotomias, desbridamento e próteses) e não farmacológico (educação do paciente, atividade esportiva, uso de órteses, palmilhas, fisio e hidroterapia).

A dra. Jussara Koschen destacou os principais critérios e fatores de risco para o diagnóstico da osteoporose, assim como os métodos de diagnóstico e tratamento atualmente disponíveis, na seção “Como eu trato a osteoporose”.

Os comentários pós Jornada se fixaram no alto nível das apresentações, mantendo o padrão das Jornadas anteriores.



2004

NACIONAIS

XXV Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 8 a 11 de outubro de 2004

Local: Rio de Janeiro, RJ

Contato: Congrex do Brasil Ltda.

Fone: (21) 3974-2001 – Fax: (21) 2509-1492

E-mail: reumato2004@congrex.com.br

30 de outubro **Dia Nacional da Luta contra o Reumatismo**

INTERNACIONAIS

68th Annual Scientific Meeting of the ACR

Data: 16 a 21 de outubro de 2004

Local: San Antonio, TX, EUA

Contato: American College of Rheumatology

Fone: 404-633-3777 – Fax: 404-633-1870

E-mail: acr@rheumatology.org

4th International Congress on Autoimmunity

Data: 3 a 7 de novembro

Local: Budapeste, Hungria

Contato: www.kenes.com/autoim2004

E-mail: autoim04@kenes.com

XXV Congresso Chileno de Reumatologia

Data: 17 a 20 de novembro

Local: Hotel Termas de Chillan – CH

E-mail: sochire@entelchile.net

XXI British Society for Rheumatology AGM

Data: 20 a 23 de novembro

Local: Edinburgh, Escócia

Contato: www.rheumatology.org.uk

E-mail: julia@rheumatology.org.uk

XXV Congresso Uruguaio de Reumatologia

Data: 9 a 11 de dezembro

Local: Montevideo – URU

E-mail: ndelbono@congresos-rohr.com

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:

Terceiro Fórum (5 de maio de 2004):

A discussão sobre o acometimento pulmonar nas doenças difusas do tecido conjuntivo encerrou o ciclo de debates inter-disciplinares da SPR no primeiro semestre de 2004.

Coordenação: Wiliam Habib Chahade (HSPE) e Nafice Costa Araújo.

Debatedores: Luiz Carlos Latorre (Hospital Heliópolis), Roberto Bernd e Ester Coletta.

Tema: Acometimento pulmonar nas doenças difusas do tecido conjuntivo.

Quarto Fórum (4 de agosto de 2004):

A reumatologia pediátrica iniciou o ciclo de debates do segundo semestre de 2004 e discutiu temas interessantes.

Coordenação: Maria Odete E Hilário (Unifesp) e Cláudia G. Schainberg (Unifesp).

Debatedores: Maria Teresa R.A. Terreri (Unifesp), Cláudio A. Len (Unifesp), Silvana B. Sacchetti (Santa Casa de São Paulo), Jussara de Almeida Lima Kochen (HCFMUSP).

Tema: Caso clínico 1: LES + DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and systemic symptoms) Síndrome; Caso clínico 2: poliartrite crônica + osteoporose + hipercalcúria idiopática.

Contamos com a sua presença nos próximos Fóruns. (1.ª quarta-feira do mês) Programe-se!

Setembro [01/09/2004]

Novembro [10/11/2004]



Terceiro Fórum de Debates (a partir da esquerda): (1) Nafice Araújo, Roberto Bernd, Wiliam H. Chahade; (2) Percival Degraça Sampaio-Barros, Ari Radu, Ibsen B. Coimbra, Manoel Barros Bertolo, Branca de Souza, Rubens Bonfiglioli; Quarto Fórum de Debates: (3) platéia.

A Comissão de Ética da Sociedade Paulista de Reumatologia tem divulgado o chamado para a nossa participação efetiva nas assembleias dos médicos do Estado de São Paulo com relação às seguradoras/planos de saúde – CBHPM (1 e 20/7), mostrando que foi um sucesso, mas é necessária a participação efetiva de todos nós. Compareçam! O nosso futuro profissional mais do que nunca depende de nossa própria conscientização e união de classe.