

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 6 N.º 1 jan/mar 2007



**Todo
mundo
parou
para ver o**
AÇÃO REUMATO

**Conheça as modificações para a interpretação
clínica da densitometria óssea**

| | |
|-------------------------------|-------|
| Registro | 3 |
| Editorial | 4-5 |
| Reabilitando o Reumatologista | 6-8 |
| Rheuma | 10-11 |
| Publicações | 11-14 |
| Artrófilo | 15-16 |
| Ética | 18-19 |
| Grupos de Apoio | 21 |
| reumatologiasp.com.br | 22 |
| Noticiário | 23-27 |
| Agenda | 28-30 |

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2006/2007

Presidente

Ari Stiel Radu

Vice-Presidente

Luiz Carlos Latorre

1.º Secretário

Jozélio Freire de Carvalho

2.º Secretário

Sandra Hiroko Watanabe

1.º Tesoureiro

Daniel Feldman Pollak

2.º Tesoureiro

Fernanda Rodrigues Lima

Diretor Científico

Cláudia Goldenstein Schainberg

Conselho Fiscal e Consultivo

Célio Roberto Gonçalves, José Roberto Provenza, Rina Dalva Neubarth Giorgi, Jamil Natour, Manoel Barros Bértolo

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Ivone Minhoto Meinão (Presidente), Cristiane Kayser (1.º Secretário), Paulo de Tarso Nora Verdi (2.º Secretário), Maurício Levy Neto (Coordenador Científico)

Comissão Científica

Célio Roberto Gonçalves, Rosa Maria Rodrigues Pereira, Eduardo Ferreira Borba Neto, Charles Helden de Moura Castro, Maria Guadalupe Barbosa Pippa, Sílvia Figueira Antonio

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Abel Pereira de Souza Jr., Ivone Minhoto Meinão, Eduardo de Souza Meirelles

Comissão de Educação Médica

Milton Helfenstein Jr., Flávio Monteiro de Barros Maciel

Comissão do Interior

Paulo de Tarso Nova Verdi (Araçatuba), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Ibsen Bellini Coimbra (Campinas), Rubens Bonfiglioli (Campinas), César Emile Baaklini (Marília), Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto), Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto), Joaquim Gonçalves Neto (Santos), Clovis Strini Magon (São Carlos), Gilberto Santos Novaes (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto)

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudio Arnaldo Len

Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann, Romy Beatriz Christmann de Souza

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

Conselho Editorial

Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings, Alexandre Wagner S. Souza, Romy Beatriz Christmann de Souza

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção Editorial

Kleber Kohn

Coordenação Editorial

Sílvia Souza

Jornalista

Luciana C.N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Caraiabas, 176, Casa 8, Pompéia, CEP 05020-000, São Paulo, SP

Fone/Fax: (11) 3368-5095, e-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br

Site: <http://www.etceteraeditora.com.br>

PALAVRA DO PRESIDENTE

Caros amigos, feliz 2007. Iniciamos mais um ano, cheios de energia e com projetos em pleno andamento.

É verdade, 2007 promete.

Logo em março reiniciamos nosso fórum de debates mensal, transmitido online para o interior do Estado. Além disso, teremos a primeira edição do Curso de Revisão para Reumatologistas da SPR. Trata-se de um curso anual que vai proporcionar, a cada dois anos, uma revisão ampla e aprofundada, além da atualização dos temas mais importantes para a prática da reumatologia. Em maio, teremos o nosso Encontro de Reumatologia Avançada com uma programação imperdível. Como sempre, esse evento trará o que está acontecendo de mais recente e empolgante em nossas universidades, bem como temas de importância capital e a presença de convidados estrangeiros do mais alto gabarito.

No segundo semestre, continuamos com mais uma edição do "Ação Reumato" (sucesso absoluto de 2006), visando à divulgação de nossa especialidade junto ao público leigo e a segunda edição do "Curso de Reumatologia da SPR e Associação Paulista de Medicina", visando a melhorar o atendimento das doenças reumáticas na rede básica de saúde, bem como a divulgar melhor nosso trabalho junto às demais especialidades clínicas e cirúrgicas.

Finalmente, fecharemos o ano com chave de ouro na Jornada Paulista de Reumatologia e Encontro Rio-São Paulo, que será realizado em dezembro, já contando com a participação de grandes nomes da reumatologia nacional e internacional.

Isso basta? Acredito que não.

A SPR não é apenas uma organizadora de eventos. Devemos nos preocupar não apenas com o presente, mas também com o futuro. Usemos o tratamento da artrite reumatóide como alegoria. Não nos contentamos com o uso de antiinflamatórios e analgésicos. Desejamos educar o paciente, tratar deformidades já existentes, reabilitá-lo e, principalmente, impedir a evolução da doença. Da mesma forma, é preciso olhar para o futuro e pensar em nossos objetivos distantes, "arrumar a casa" para nossos filhos e netos.

A falta de divulgação da especialidade e a má remuneração de nosso trabalho, complexo e demorado, são problemas já conhecidos de todos. Nesse sentido, além do trabalho de divulgação da especialidade, foram criadas, entre outras, as Comissões de Ultra-Som Aplicado à Reumatologia e de Medicina Esportiva da SPR. Por outro lado, assistimos, atualmente, ao encarecimento progressivo no custo das medicações utilizadas em reumatologia, gerando dificuldades para pacientes da rede pública e privada. Na abertura de nosso encontro avançado, poderemos discutir amplamente este assunto, quando teremos a honra de contar (como conferencista) com o Ilmo. Sr. Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Dr. Luiz Roberto Barradas Barata. Não percam.

Ari Stiel Radu Halpern

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2006-2007

www.reumatologiasp.com.

Serviço de atendimento ao leitor: (11) 3284-0507

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br



TODO MUNDO PAROU PARA VER

Editorial

É com enorme alegria e prazer que celebramos o grande sucesso do evento realizado no primeiro domingo de dezembro de 2006, o Ação Reumato. Todo mundo parou para ver as atividades programadas no Parque do Ibirapuera. Ouvíamos comentários como “Quem são esses?”, “São médicos?”, “O que são reumatologistas?”, “Será que podemos sofrer de algum tipo de reumatismo?”, “Como fazemos para marcar consulta?”, entre outros. Esses questionamentos são de extrema relevância para fomentar discussões, dar credibilidade aos reumatologistas, o clínico do aparelho locomotor, e, sobretudo, divulgar nossa especialidade.

Em um dia ensolarado e cheio de calor, nem o Homem-Aranha faltou. Vestido a caráter e suando a cântaros, participou da aula de aeróbica, da sessão de alongamentos e relaxamentos e animou a grande quantidade de pessoas que vieram prestigiar o evento da SPR. Outras atrações também estavam presentes, em especial a Magic Paula, que incentivou a prática de atividade física, a clínica de basquetebol, e ensinou a fazer cestas. Havia, ainda, o túnel para explicar o que e quais são os principais “reumatismos”, como a osteoartrite, gota, fibromialgia, lúpus, artrite reumatóide e osteoporose.

Mas o ano de 2007 chegou e o primeiro trimestre finda numa velocidade alarmante. Janeiro, mês de festa, cheio de sol e de paixões passageiras, tem cheiro de férias, protetor solar e farofa na praia. Começa com queima de fogos e muitas esperanças. Porém, é repleto de ilusões. Acreditamos que somos pescadores, surfistas e bronzeados. Fevereiro é curto, com longos dias dedicados à festa de momo. Março tem água, muitas chuvas e representa o término da estação mais esperada do ano. É como se uma melancolia se espalhasse e atrapalhasse aqueles meses de brincadeira, de hora do recreio, da praia. Chega a hora de voltar a trabalhar a pleno vapor, retornar à rotina e voltar às aulas.

E com essa disposição, a RPR completa o sexto ano de edições trimestrais regulares trazendo muitas novidades para 2007. A primeira delas é que crescemos, praticamente duplicamos de tamanho, vivências e entusiasmo. Das 16 páginas no início de 2002, estamos com 32 páginas a partir desta edição. A seção Reabilitando o Reumatologista abordará novos conceitos e o que há de mais recente para a avaliação e diagnóstico das doenças osteometabólicas, em especial a densitometria óssea. Diante da grande quantidade de correspondências e e-mails solicitando o retorno da seção Publicações (Top 10), optamos por sua volta. A seção Ética continua e o espaço dedicado ao Artrófilo e Grupos de Apoio espera a sua participação. Visite o site da SPR e contribua conosco. Lembrem-se, a RPR é sua.

**Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings,
Alexandre Wagner e Romy Beatriz
Editores**

DENSITOMETRIA ÓSSEA

VOCÊ SABE QUAIS SÃO AS NOVAS POSIÇÕES OFICIAIS PARA A INTERPRETAÇÃO E USO CLÍNICO DA DENSITOMETRIA?

MARCELO M. PINHEIRO⁽¹⁾, ANTONIO CARLOS A. SOUZA⁽²⁾, SERGIO RAGI EIS⁽³⁾, CRISTIANO A. ZERBINI⁽⁴⁾

1. Assistente-doutor da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM. 2. Presidente da SBDENS.
3. Vice-presidente da SBDENS. 4. Diretor científico da SBDENS

O uso da densitometria óssea permanece a ferramenta de maior relevância e a mais utilizada para o estudo das doenças osteometabólicas. No entanto, nos últimos cinco anos, têm havido importantes discussões sobre o emprego clínico desse método para avaliação do diagnóstico de osteoporose, classificação do risco de fratura e monitorização terapêutica. Diversas mudanças de conceitos, critérios e aplicabilidades têm sido apontadas.

No Brasil, a SBDens (Sociedade Brasileira de Densitometria), em 2006, sob a coordenação do Dr. Antônio Carlos Araújo de Souza (RS), Cristiano Zerbinini (SP) e Sérgio Ragi Eis (ES), promoveu um encontro para estabelecer as posições oficiais dos pesquisadores e médicos que se dedicam ao estudo e utilização clínica da densitometria, com o intuito de fomentar discussões, uniformizar condutas de diagnóstico, abordagens terapêuticas e tomadas de decisão, bem como respaldar de-

cisões do ponto de vista médico-legal. O evento foi apoiado por entidades afins, como Sociedade Brasileira de Estudos do Metabolismo Ósseo e Mineral – Sobemom, Sociedade Brasileira de Osteoporose – Sobrao, Colégio Brasileiro de Radiologia – CBR, Sociedade Brasileira de Reumatologia – SBR, Comitê de Doenças Osteometabólicas da Sociedade Brasileira de Ortopedia – SBOT, Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo – SBEM, Sociedade Paulista de Geriatria e Gerontologia – SPGG, Sociedade Paulista de Fisiatria e Reabilitação – SPFR.

O documento oficial e aprovado por esse painel de especialistas será divulgado posteriormente na *Revista Brasileira de Reumatologia*. No entanto, nesta primeira edição da *Revista Paulista de Reumatologia* 2007, destacamos os dez principais “mandamentos”.

1. QUAIS SÃO AS INDICAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DA DENSIDADE ÓSSEA?

- Mulheres de idade igual ou superior a 65 anos e mulheres na pós-menopausa, com fatores clínicos de risco.
- Homens com idade igual ou superior a 70 anos e homens antes dos 70 anos com fatores clínicos de risco.
- Adultos com história de fratura por fragilidade ou com doenças ou uso de medicações que sabidamente estão associadas à baixa massa óssea ou à perda óssea.
- Indivíduos com indicação para intervenção farmacológica para osteoporose e naqueles em tratamento para osteoporose (deve-se monitorar a eficácia do tratamento).
- Pessoas que não estejam realizando tratamento, cuja identificação de perda óssea possa determinar a indicação do tratamento.
- Homens e mulheres em uso ou com previsão de glicocorticóides orais (dose diária maior ou igual a 5 mg de prednisona ou equivalente) por mais de três meses; pulsoterapia endovenosa; glicocorticóides inalatórios em altas doses. Importante para diagnóstico e monitoramento futuro.

OBSERVAÇÃO:

Mulheres que estejam interrompendo a terapia hormonal devem ser consideradas para densitometria de acordo com as indicações acima; dor nas costas, de característica aguda, em homens e mulheres após os 65 anos de idade, é uma indicação também aceita.

2. QUAL BASE DE DADOS DE REFERÊNCIA DEVE SER UTILIZADA PARA O T-SCORE?

Para mulheres, utiliza-se a base de dados de normalidade para mulheres caucasianas para todos os grupos étnicos. Dessa forma, o ajuste para a etnia não deve ser feito. Mulheres negras ou orientais devem ser classificadas como brancas ao realizar o exame. Para homens, utiliza-se a base de dados de normalidade para homens caucasianos para todos os grupos étnicos. Não se ajusta para a etnia também.

A base de dados Nhanes III deve ser utilizada para derivação de T-score do fêmur proximal.

3. QUAIS CRITÉRIOS DEVEMOS UTILIZAR PARA CLASSIFICAR O PACIENTE?

As referências internacionais da OMS para o diagnóstico da osteoporose é T-score de $-2,5$ ou inferior no fêmur proximal. A coluna lombar e o antebraço (rádio 33%) também podem ser empregados para essa finalidade. A referência padrão para o cálculo do T-score é baseada em dados de mulheres jovens (20 a 29 anos) brancas (Nhanes III).

Os critérios densitométricos da OMS baseados no T-score podem ser aplicados para mulheres na pós-menopausa e homens com mais de 50 anos de idade. Em mulheres na pré-menopausa, homens com menos de 50 anos de idade e crianças, esses critérios não devem ser utilizados. Nessas situações, devemos usar o Z-score. Z-score igual ou inferior a $-2,0$ desvios-padrão é definido como "abaixo da faixa esperada para a idade" e Z-score acima de $-2,0$ é classificado como "dentro dos limites esperados para a idade". O termo "osteopenia" pode ser aplicável, mas "baixa massa óssea" ou "baixa densidade óssea" são expressões mais adequadas, pois indivíduos com baixa massa óssea podem não apresentar, necessariamente, maior risco de fraturas.

O banco de dados de referência para o Z-score deve ser definido para população específica desde que referências adequadas existam. Para o cálculo do Z-score, a etnia definida pelo próprio paciente deve ser utilizada. O uso das referências Nhanes III para cálculo do T-score é recomendado enquanto não houver valores de referência nacionais consistentes. A base de dados Nhanes III deve ser usada para o cálculo do Z-score apenas em países onde bases de dados nacionais não estejam disponíveis.

Não é recomendado incluir no laudo a existência de perda óssea sem o conhecimento da densidade óssea de exames anteriores, bem como menção de osteopenia ou osteoporose "leve", "moderada", "grave"; expressões como "ela apresenta ossos de uma pessoa de 80 anos de idade" e resultados de sítios esqueléticos que não sejam tecnicamente válidos.

4. QUAIS SÍTIOS ESQUELÉTICOS DEVEM SER MEDIDOS?

Coluna lombar e fêmur proximal em todos os pacientes. O antebraço não dominante (rádio 33%) deve ser medido se a coluna ou fêmur proximal não puderem ser medidos ou interpretados, bem como casos de suspeita de hiperparatireoidismo primário e obesidade. Outras regiões de interesse do antebraço não são recomendadas.

5. QUAIS SÃO AS REGIÕES DE INTERESSE DA COLUNA LOMBAR?

Segmentos L1 a L4 em todos os pacientes. Excluída uma ou mais vértebras somente se estiverem comprometidas por alterações morfológicas, estruturais ou artefatos. Utiliza-se pelo menos duas vértebras. Não se estabelece diagnóstico ou decisão baseada em apenas uma única vértebra. Se houver apenas uma vértebra avaliável, utiliza-se outro sítio esquelético válido.

Vértebras anatomicamente anômalas podem ser excluídas da análise ou se for observada diferença de mais de um desvio padrão do T-score (10%) entre a vértebra em questão e a adjacente. A avaliação densitométrica da coluna lombar em lateral não deve ser utilizada para diagnóstico, mas pode ser útil no monitoramento.

6. QUAIS SÃO AS REGIÕES DE INTERESSE DO FÊMUR PROXIMAL?

Utiliza-se o valor mais baixo do colo do fêmur ou fêmur total. As regiões de Ward e trocânter não devem ser usadas para diagnóstico. Não há estudos suficientes para que se ignore o trocânter. Ele pode continuar sendo avaliado, no entanto, à luz do conhecimento científico atual, esse resultado não deve ser inserido no laudo de rotina até que dados consistentes estejam disponíveis.

Podem ser medidos ambos os fêmures, embora não existam dados suficientes e consistentes para assegurar a utilização da média dos T-scores de ambos os fêmures para diagnóstico. Para monitoramento, o fêmur total é preferido.

7. COMO FAZER O DIAGNÓSTICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (IDADE INFERIOR A 20 ANOS)?

T-score não deve ser utilizado. Preferência para o Z-score. O termo “osteoporose” não deve ser utilizado em crianças e adolescentes baseando-se unicamente no critério densitométrico. Terminologias como “baixa massa óssea para a idade cronológica” ou “abaixo da faixa esperada para a idade” podem ser utilizadas se o Z-score for menor que $-2,0$ desvios-padrão. Z-score deve ser interpretado conforme o banco de dados pediátrico de controles ajustado para a idade. A base de dados utilizada deve ser citada no relatório.

Coluna lombar e corpo total são os sítios esqueléticos preferíveis para medida em crianças e adolescentes. O valor da densidade óssea para prever fraturas em crianças não está claramente determinado. Não existe consenso com relação aos ajustes da densidade óssea ou conteúdo mineral ósseo para fatores como tamanho do osso, estadiamento puberal, maturidade esquelética, e composição corporal. Portanto, não devem ser realizados.

Medidas seriadas de densidade óssea devem ser realizadas na mesma máquina, usando o mesmo modo de aquisição, *software* e análise quando apropriado. Mudanças nesses parâmetros podem ser requeridas com o crescimento do indivíduo. Qualquer desvio nos protocolos-padrão de aquisição, tais como uso de *software* de análise *low-density* e ajustes manuais de região de interesse devem ser indicados no laudo.

8. COMO INTERPRETAR AS MEDIDAS SERIADAS DA DENSITOMETRIA ÓSSEA?

A mínima variação significativa (MVS) deve ser utilizada para avaliar as variações observadas entre medidas seriadas da densitometria óssea e o resultado informado no laudo. O período de intervalo entre exames deve ser determinado de acordo com a condição clínica de cada paciente. Na maioria das vezes, o intervalo mínimo mais apropriado é de 12 meses. Maiores intervalos deverão ser observados quando a eficácia terapêutica já estiver estabelecida. Em condições associadas à rápida perda óssea, tais como tratamento com glicocorticóides, paratiroidectomia após hiperparatireoidismo e doença óssea pós-transplante de órgãos, o intervalo pode ser menor (seis meses). Cada clínica de densitometria deve determinar seu próprio erro de precisão e calcular a MVS. O erro de precisão indicado pelo fabricante não deve ser considerado. Cada operador deve realizar estudo de precisão *in vivo* usando pacientes representativos da população rotineira da clínica. O operador deve medir 15 pacientes três vezes ou 30 pacientes duas vezes e reposicionando o paciente entre as aquisições. Após isso, calcular o coeficiente de variação (CV). Calcule a MVS para o grupo usando o intervalo de confiança de 95%. As precisões mínimas aceitáveis (CV) são coluna lombar (1,9%), fêmur total (1,8%) e colo do fêmur (2,5%). Não é possível comparar quantitativamente a densitometria óssea ou calcular a MVS entre clínicas diferentes sem realizar a calibração cruzada.

9. COMO AVALIAR FRATURAS VERTEBRAIS PELA DENSITOMETRIA ÓSSEA?

Avaliação de fraturas vertebrais (VFA) é o termo correto para denotar a aquisição de imagem da coluna realizada com o objetivo de detectar fraturas vertebrais. A VFA deve ser realizada se os resultados puderem influenciar a conduta clínica, como perda de estatura superior a 2 cm ou perda histórica superior a 4 cm; história de fraturas após os 50 anos de idade; uso prolongado de glicocorticóides; história e/ou achados sugestivos de fratura vertebral não documentada por estudo radiológico prévio. Recentemente, existem alguns estudos que apontam usá-la em mulheres na pós-menopausa ou homens acima de 50 anos de idade com densidade óssea muito baixa (T-score menor ou igual a $-3,5$), em razão da elevada prevalência de fraturas vertebrais. Lembre-se que a VFA foi desenvolvida para detectar fraturas vertebrais e não outras anormalidades.

Os métodos para definição e laudo de VFA deve ser similar à abordagem radiológica padrão. O diagnóstico de fratura é baseado na avaliação visual e deve incluir indicação de gravidade. O uso de morfometria sem avaliação visual não é recomendado, pois não é segura para o diagnóstico. A gravidade das fraturas vertebrais pode ser determinada usando os critérios de avaliação semiquantitativa (SQ) desenvolvida por Genant.

10. QUAIS SÃO AS NOMENCLATURAS USADAS?

DXA – não DEXA; VFA – não LVA/ IVA ou IVA-HD; T-score – não T Score, t-Score ou t Score; Z-score – não Z Score, z-Score ou z Score. Casas decimais para os valores da densidade óssea: DMO: 3 casas decimais (exemplo: $0,927 \text{ g/cm}^2$); T-score/ Z-score: 1 casa decimal (exemplo: $-2,3$); CMO: 2 casas decimais (exemplo: $31,76 \text{ g}$); Área: 2 casas decimais (exemplo: $43,25 \text{ cm}^2$); % dados de referência: Inteiro (exemplo: 82%).

CAPILAROSCOPIA NA DMTC:

UM PROCESSO DINÂMICO ASSOCIADO AO ENVOLVIMENTO INTERSTICIAL PULMONAR E À GRAVIDADE DE DOENÇA

ALUNA: ADRIANA DE HOLANDA MAFALDO DIÓGENES

Orientadora: Profa. Dra. Eloísa da Silva Dutra de Oliveira Bonfá

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Foram selecionados 63 pacientes com diagnóstico de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC), com o objetivo de determinar a relevância do padrão SD. O principal critério de inclusão foi possuir capilaroscopia periungueal (CPU) até cinco anos antes do início do estudo. A média de idade e o tempo de doença foram de $45,3 \pm 10$ e $8,4 \pm 5,4$ anos, respectivamente. Padrão SD foi observado em 41 pacientes na entrada (65%) e em 45 na CPU prévia (71,5%), $p=0,20$. Dez pacientes alteraram a CPU, sete normalizaram e três desenvolveram padrão SD. O tempo de doença, número e frequência de órgãos envolvidos foram semelhantes em pacientes com e sem padrão SD. Em contraste, a análise de cada parâmetro do padrão SD mostrou frequência

significativamente menor de áreas avasculares (AA) moderadas/graves (entrada), comparada com a CPU anterior (26,5 e 53%, $p=0,013$). Além disso, 76% dos pacientes com doença intersticial pulmonar (TCAR) tiveram AA na entrada, enquanto que apenas 24% dos pacientes com esta alteração não apresentavam este achado capilaroscópico ($p=0,017$). Adicionalmente, reduzi-da densidade capilar foi frequentemente observada em pacientes submetidos à terapia imunossupressora, quando comparados com o grupo sem este tratamento (66,7 e 33,3%, $p=0,001$). A CPU na DMTC é um processo dinâmico e a análise de cada parâmetro do padrão SD parece ser um bom indicador de doença intersticial pulmonar e gravidade da doença.

AValiação DO CUSTO INDIRETO DA ARTRITE REUMATÓIDE

ALUNA: ANA BEATRIZ CORDEIRO DE AZEVEDO

Orientadora: Profa. Dra. Rozana Mesquita Ciconelli

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Reumatologia

Os autores estimaram o custo indireto da artrite reumatóide (AR) por meio de estudo transversal que incluiu 252 pacientes reumatóides (ACR, 1987), com idade > 18 e < 65 anos. Os objetivos secundários foram identificar os fatores associados ao maior custo indireto e a incapacidade para trabalhos remunerados, bem como avaliar a perda de produtividade de mulheres com AR em trabalhos domésticos não remunerados. Pacientes aposentados ou afastados do trabalho por outro motivo que não pela AR foram excluídos deste estudo, assim como aqueles com déficit cognitivo e dificuldade de compreensão dos questionários. Os pacientes realizaram entrevista, coleta de dados demográficos, sócio-econômicos e clínicos, e foram examinados por um reumatologista. A estimativa do custo indireto foi realizada por meio da abordagem do capital humano, sob o

ponto de vista da sociedade, para os pacientes classificados nos subgrupos de pacientes trabalhadores do mercado formal e informal, aposentados precocemente e afastados do trabalho pela AR, considerando-se o período de um ano anterior à entrevista. Para a avaliação de fatores associados a um maior custo indireto, foi realizada uma regressão linear múltipla. No estudo da incapacidade para trabalhos remunerados, os pacientes aposentados e afastados do trabalho pela AR foram agrupados em um único grupo chamado de incapacitados e os trabalhadores do mercado formal e informal em outro denominado de capacitados. Análise de regressão logística multivariada foi feita para verificar quais são os fatores relacionados à incapacidade para trabalhos remunerados. A avaliação de perda de produtividade das mulheres com AR em trabalhos domésticos não

remunerados foi estimada por meio da diferença no percentual das tarefas domésticas (lavar, passar, cozinhar, limpar a casa e cuidar dos filhos) realizadas antes e depois do início da AR. O teste de Correlação Linear de Spearman foi utilizado para a análise das variáveis associadas a um maior percentual de redução nas tarefas domésticas após a AR. Trinta e quatro (13,5%) estavam trabalhando no mercado formal, 49 (19,4%) trabalhando no mercado informal, 47 (18,7%) haviam sido aposentados precocemente pela AR, 62 (24,6%) estavam afastados do trabalho pela AR, 48 (19,0%) eram donas de casa, 6 (2,4%) estavam desempregados e 6 (2,4%) inativos. O custo indireto estimado para os pacientes classificados como trabalhadores do mercado formal, informal, afastados e aposentados precocemente pela AR foi de R\$ 1.132.642,00 (US\$ 466.107,81) ou R\$ 5.889,14 (US\$ 2.423,51) por paciente/ano (US\$ 1,00 = R\$ 2,41, junho de 2005). Os fatores associados ao custo indireto mais elevado foram pior classe funcional, classe socioeconômica mais alta e sexo masculino ($p < 0,001$). Tempo de doença (OR 1,117) e HAQ (OR 5,133) estavam associados à incapacidade para trabalhos

remunerados. A avaliação da perda de produtividade de mulheres com AR em trabalhos domésticos não remunerados revelou que após a doença ocorre uma nova divisão das tarefas domésticas entre os membros da família e uma redução no percentual dessas tarefas realizado pelas pacientes. Não se identificou redução no percentual da tarefa de cuidar dos filhos. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a perda de produtividade de mulheres em tarefas domésticas não remuneradas com o HAQ ($r = 0,450$). Dessa forma, o custo indireto da AR no Brasil é considerável, semelhante ao que se observa em países desenvolvidos. Os custos indiretos são maiores em pacientes com pior classe funcional, classe socioeconômica mais alta e homens. A prevalência de incapacidade para trabalhos remunerados observada neste estudo (56,8%) foi semelhante a outras descritas na literatura. A produtividade em atividades não remuneradas, como o trabalho doméstico, também é comprometida pela AR, a perda de produtividade nessas atividades está associada ao grau de incapacidade funcional avaliado pelo HAQ.

PUBLICAÇÕES

MARCELO PINHEIRO

TOP 10

1. EFEITOS DA INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR DE CORTICOSTERÓIDES E ANTI-TNF SOBRE A ATIVAÇÃO DE NEUTRÓFILOS NA ARTRITE REUMATÓIDE

Effects of intra-articular corticosteroids and anti-TNF therapy on neutrophil activation in rheumatoid arthritis. Wittkowski H, Foell D, Af Klint E, de Rycke L, de Keyser F, Frosch M, Ulfgren AK, Roth J. Ann Rheum Dis 2007

A proteína pró-inflamatória ligante de cálcio (S100A12) tem sido descrita como um novo grupo de padrão molecular associado ao dano (*Damage Associated Molecular Pattern*, DAMPs). O nível sérico da S100A12 reflete a ativação de neutrófilos durante a inflamação sinovial. Os autores analisaram o efeito de infiltração intra-articular de corticosteróides (19 pacientes, antes e após duas semanas) versus tratamento sistêmico com anti-TNF (34 pacientes, antes e oito semanas após infliximabe) sobre a expressão sinovial e nível sérico da S100A12 em pacientes com artrite reumatóide (AR). A expressão da S100A12 no tecido sinovial foi avaliada por imunistoquímica e a detecção sérica,

por Elisa. Observaram elevados valores da S100A12 em pacientes com AR antes e redução significativa após o tratamento. Além disso, a diminuição mais significativa foi verificada no grupo de pacientes com melhor resposta a ambos os tratamentos do que naqueles sem resposta à terapêutica. A expressão sinovial da S100A12 estava reduzida após duas semanas da IIA com corticosteróides e após oito semanas do infliximabe.

2. ANTI-MALÁRICOS PODEM INFLUENCIAR O RISCO DE MALIGNIDADE NO LÚPUS ERMATOSO SISTÊMICO

Antimalarials may influence the risk of malignancy in systemic lupus erythematosus. Ruiz-Irastorza G, Ugarte A, Egurbide MV, Garmendia M, Pijoan JI, Martinez-Berriotxo A, Aguirre C. Ann Rheum Dis 2007

Os autores investigaram se o uso de anti-maláricos pode reduzir o risco de neoplasias em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), por meio da avaliação de estudos de coorte prospectivos observacionais com 235 pacientes com diagnóstico

recente de LES, acompanhados por 10 anos, em média (1-31 anos). Análise de sobrevivência (curvas de Kaplan-Meier) foram construídas e comparadas entre lúpicos tratados e não tratados com anti-maláricos. A variável dependente foi câncer e todas as outras independentes (idade e ano do diagnóstico, sexo, uso de azatioprina, ciclofosfamida, metotrexato e antimaláricos, tabagismo). A maioria dos pacientes era do sexo feminino (89%) e da raça branca (99%), bem como já tinha usado antimaláricos (66%). A média de idade ao diagnóstico foi de 37 ± 16 anos. Neoplasia maligna foi observada em 2/156 tratados com antimaláricos (1,3%) versus 11/79 (13%) que nunca tinham recebido antimaláricos ($p < 0,001$). A taxa cumulativa de sobrevivência livre de câncer em pacientes tratados e não tratados foi de 0,98 e 0,73, respectivamente ($p = 0,0003$). O risco ajustado (*Hazard Ratio*) para câncer entre usuários e não usuários de antimaláricos foi de 0,15 (IC 95% 0,02-0,99). Dessa forma, esse estudo levanta a hipótese de uma possível ação protetora de antimaláricos contra o câncer em pacientes com LES.

3. AVANÇOS NO TRATAMENTO DA DERMATOMIOSITE JUVENIL

Advances in the treatment of juvenile dermatomyositis. Stringer E, Feldman BM. *Curr Opin Rheumatol* 2006; 18: 503-06

Realizaram extensa revisão sobre as terapêuticas atualmente utilizadas no tratamento da dermatomiosite juvenil (DMJ). No entanto, é importante ressaltar que a maioria das informações foi obtida de estudos retrospectivos com número de casos relativamente pequeno. Os corticosteróides (CE) ainda são considerados como terapia de primeira escolha. A introdução do metotrexato, no início do tratamento, permite poupar CE. Pacientes de alto risco e refratários podem beneficiar-se de pulsoterapia com ciclofosfamida e recentes evidências apontam o papel promissor do rituximabe. Por outro lado, o uso tóxico de imunossuppressores não é muito animador. O efeito e o papel do exercício no tratamento e reabilitação desses pacientes é uma nova e interessante área de pesquisa.

4. RESPOSTAS HORMONAIS DO EIXO HIPOTÁLAMO-PITUITÁRIO-ADRENAL AO TESTE DE ESTRESSE COM EXERCÍCIO EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE COMPARADOS COM CONTROLES SAUDÁVEIS

Hypothalamic-pituitary-adrenal hormonal responses to exercise stress test in patients with rheumatoid arthritis compared to healthy controls. Kurtais Y, Tur BS, Elhan AH, Erdogan MF, Yalcin P. *J Rheumatol* 2006; 33: 1530-7

O objetivo desse estudo foi investigar possíveis alterações nas respostas do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA) quando estimulado pelo exercício em pacientes com artrite reumatóide (AR). Foram avaliadas 20 mulheres com AR e 15 controles saudáveis pareadas para sexo e idade. Todos os indivíduos realizaram teste ergoespirométrico em esteira para determinar o limiar anaeróbico (LA). No outro dia, foi realizada coleta de sangue para avaliar níveis plasmáticos de hormônio do crescimento (GH), fator de crescimento insulina-símile I (IGF-1), cortisol e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). Logo após, os indivíduos realizaram teste em esteira acima do LA. Nova coleta de sangue foi realizada imediatamente e 60 minutos após o teste para mensurar novamente os níveis hormonais acima citados. O pico de consumo de oxigênio (VO_2), VO_2 do LA, duração do teste e níveis hormonais basais foram similares nos dois grupos. Em ambos os grupos, GH aumentou ligeiramente logo após o exercício e diminuiu aos 60 minutos comparado à linha de base. Contudo, não houve diferença entre os dois grupos. O cortisol diminuiu significativamente logo após e 60 minutos do teste em ambos os grupos e o ACTH não alterou ao longo do tempo. Contudo, não houve diferença entre os grupos. Assim, verificaram que não houve alteração do eixo HPA após estímulo com teste de esforço em pacientes com AR. Discutem, porém, que isto pode ter sido decorrente da baixa atividade de doença apresentado pelas pacientes.

5. EFEITOS DO TREINO DE FORÇA SOBRE A INCIDÊNCIA E PROGRESSÃO DA OSTEOARTRITE DE JOELHO

Effects of strength training on the incidence and progression of knee osteoarthritis. Mikesky AE, Mazzuca SA, Brandt KD, Perkins SM, Damush T, Lane KA. *Arthritis & Rheumatism* 2006; 55: 690-9

Os exercícios de fortalecimento de quadríceps têm sido utilizados para o tratamento da artrose de joelho. Os estudos prévios, porém, não investigaram os efeitos dos exercícios sobre as alterações radiológicas e progressão da doença. Os autores realizaram estudo controlado e randômico, com 30 meses de duração, em 221 pacientes com idade superior a 55 anos. Após triagem com radiografia simples ântero-posterior do joelho e questionário Womac, os pacientes foram divididos em oito grupos de acordo com sexo, presença de OA radiológica e dor. Dessa forma, para cada sexo havia quatro grupos: presença de OA radiológica com e sem dor; ausência de OA radiológica com e sem dor no joelho. Os instrumentos

de avaliação utilizados foram Womac (para dor e função do joelho com OA), SF-36, CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) para sintomas depressivos, adesão ao tratamento e avaliação isocinética de força (flexão e extensão de joelho). A avaliação radiológica foi realizada por dois investigadores "cegos" e utilizaram três medidas: espaço articular (em mm), gravidade da perda do espaço articular e osteofitose. Quanto à intervenção, o grupo experimental fez treinamento de força (TF) para membros inferiores e superiores, três vezes por semana. Nos primeiros 12 meses, os exercícios eram feitos em centro esportivo e, após, em casa. O grupo controle realizou exercícios para amplitude de movimento (ADM) na mesma frequência. Após 30 meses, ambos os grupos apresentaram decréscimo da força isocinética, porém o grupo TF apresentou menor perda que o grupo ADM, embora estatisticamente não significativos. O grupo de pacientes com OA radiológica apresentou tendência a perder menos espaço articular com o TF desde o início da intervenção. No entanto, nos pacientes sem OA radiológica no início do tratamento, o grupo TF tendeu a piorar a perda de espaço no TF. Apesar disso, não houve relação entre incidência de perda de espaço articular e alterações da força de quadríceps. Como esse estudo foi o primeiro a investigar os efeitos dos exercícios de fortalecimento sobre as alterações radiológicas do joelho, os autores admitem que o tamanho da amostra não foi adequado (seria necessário um número maior que 400). Discutem ainda a perda da adesão ao programa domiciliar de exercícios, pois esses aspectos podem ter prejudicado os resultados negativos dos exercícios de força sobre a incidência da perda de espaço articular.

6. FUMO E RISCO PARA PERDA DE CARTILAGEM E DOR NO JOELHO EM HOMENS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO

Cigarette smoking and the risk for cartilage loss and knee pain in men with knee osteoarthritis. Amin S, Niu J, Guermazi A, Grigoryan M, Hunter DJ, Clancy M, LaValley MP, Genant HK, Felson DT. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 18-22

Os autores avaliaram os efeitos do tabagismo sobre a perda de cartilagem e dor no joelho de 159 homens com osteoartrite (OA) de joelho. No início e 15 e 30 meses após, os joelhos mais sintomáticos foram avaliados por meio de ressonância magnética (RM). O método semiquantitativo *Whole-Organ MRI score* foi utilizado para classificar cartilagem nas articulações tibiofemural e patelofemural. Dezenove

(12%) pacientes eram tabagistas no início do estudo, bem como eram mais jovens e mais magros. Após ajustes para idade, IMC e escores de cartilagem, homens que eram tabagistas apresentaram risco aumentado para perda de cartilagem no compartimento medial da articulação tibiofemural (OR=2,3; IC 95%) e patelofemural (OR= 2,5; IC 95%). Os tabagistas também apresentaram maiores escores para EVA dor no início do estudo (60,5 x 45) e no acompanhamento (59,4 x 44,3) quando comparados aos não tabagistas. Os autores concluem que homens com osteoartrite de joelho e tabagistas apresentam maior perda de cartilagem e dor mais intensa que os não fumantes.

7. VARIAÇÃO SAZONAL DA INCIDÊNCIA DA GRANULOMATOSE DE WEGENER: AUMENTADA NO VERÃO?

Seasonal variations in onset of Wegener's granulomatosis: increased in summer? Mahr A, Artigues N, Coste J, Aouba A, Pagnoux C, Guillevin L; French Vasculitis Study Group. *J Rheumatol* 2006; 33 (8): 1615-22

Os autores analisaram em que época do ano pacientes com diagnóstico de granulomatose de Wegener (GW), pelos critérios do Colégio Americano de Reumatologia, apresentavam os primeiros sintomas da doença. Foram avaliados 59 pacientes oriundos de diferentes hospitais franceses que haviam participado de dois ensaios clínicos multicêntricos (2001-2004). Entre os pacientes entrevistados, 14 (24%) não recordavam o mês de início dos sintomas da GW. Nos 45 pacientes restantes, o mês de início dos sintomas variou consideravelmente, mas o mês de agosto apresentou significativamente maior incidência de sintomas. Quanto às estações do ano, a maior incidência de GW foi observada no verão ($p=0,001$). Embora estudos prévios tenham observado maior incidência de GW no inverno, esses achados confirmam a variação sazonal na incidência desta doença. A maior incidência dos sintomas de GW no verão pode indicar a participação de mecanismos alérgicos em sua patogenia.

8. PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEARES NO LÍQUIDO PLEURAL PARA O DIAGNÓSTICO DE PLEURITE LÚPICA

Antinuclear antibody testing in pleural fluid for the diagnosis of lupus pleuritis. Porcel JM, Ordi-Ros J, Esquerda A, Vives M, Madronero AB, Bielsa S, Vilardell-Tarres M, Light RW. *Lupus* 2007; 16 (1): 25-7

Os autores avaliaram se a detecção de anticorpos antinucleares (FAN) e de auto-anticorpos relacionados (anti-DNA nativo e

anti-ENA) no líquido pleural auxilia o diagnóstico diferencial de derrame pleural. O FAN foi pesquisado em 266 pacientes com derrame pleural de diferentes etiologias, incluindo 15 pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES), por meio de imunofluorescência indireta em células Hep-2. O FAN foi positivo em todos os pacientes com pleurite secundária ao LES e em 16 (6,4%) de 251 pacientes com derrame pleural secundário a outras causas. Neoplasia foi diagnosticada em metade dos pacientes com pleurite não relacionada ao lúpus e FAN positivo. Pacientes com LES e derrame pleural de outras etiologias apresentaram FAN em baixos títulos ($<1/80$) ou negativo. O padrão do FAN não ajudou a discriminar o derrame pleural secundário ao LES daquele secundário a outras etiologias, mas a ausência de anti-DNA nativo e de anti-ENA favoreceu a segunda etiologia. A pesquisa de FAN no líquido pleural de pacientes com LES não forneceu informação adicional para o diagnóstico além daquelas obtidas pelo teste de FAN realizado no soro. Entretanto, em pacientes com LES e derrame pleural de etiologia incerta, a ausência de FAN ou de auto-anticorpos específicos no líquido pleural contraria o diagnóstico de pleurite secundária ao LES.

9. CICLOFOSFAMIDA PARA O PULMÃO DA ESCLEROSE SISTÊMICA

Cyclophosphamide versus placebo in scleroderma lung disease. Tashkin DP, Elashoff R, Clements PJ, Goldin J et al Scleroderma Lung Study Research Group. *N Engl J Med* 2006, 354 (25): 2655-66

Os autores estudaram a eficácia da ciclofosfamida (dose = 2mg/kg) via oral por meio de ensaio clínico duplo-cego, randômico, placebo controlado, multicêntrico (13 centros norte-americanos), em 158 pacientes com esclerose sistêmica (ES) e quadro de alveolite ativa clinicamente relevante (dispnéia e padrão de função pulmonar restritivo), bem como evidências no lavado broncoalveolar (LBA) e/ou tomografia computadorizada de tórax (TCAR). Provas de função pulmonar foram realizadas a cada três meses e o desfecho primário foi a capacidade vital forçada (CVF) após 12 meses de seguimento. Dos 158 pacientes, 145 completaram os primeiros seis meses de tratamento e foram incluídos na análise. A média da diferença absoluta da CVF no 12º mês entre ciclofosfamida e placebo foi de 2,53% (95% IC 0,28% a 4,79%) favorecendo a ciclofosfamida ($p < 0,03$). Essa diferença persistiu por 24 meses. Além disso, houve diferenças nos parâmetros de avaliação sintomática (dispnéia e pele) e de bem-estar com melhora no grupo da ciclofosfamida. Os efeitos colaterais foram mais frequentes

nos pacientes que utilizaram a ciclofosfamida, porém não houve diferenças entre os grupos com relação ao número total de eventos. Assim, o uso de ciclofosfamida via oral por 12 meses em pacientes com ES e doença intersticial sintomática obteve uma resposta pouco expressiva, porém benéfica da função pulmonar, bem como da dispnéia, espessamento cutâneo e parâmetros de qualidade de vida no grupo que utilizou a droga.

10. CONSTRUÇÃO DE TECIDO CARTILAGINOSO EM TRÊS DIMENSÕES USANDO CÉLULAS-TRONCO DE PACIENTE ADULTO COM OSTEOARTRITE

Three-dimensional cartilage tissue engineering using adult stem cells from osteoarthritis patients. *Arthritis Rheum* 2007, 56 (1): 177-87. Kafienah W, Mistry S, Dickinson SC, Sims TJ, Learmonth I, Hollander AP

Esse estudo procurou demonstrar a possibilidade de construir uma cartilagem hialina em três dimensões, usando células-tronco mesenquimais provenientes da medula óssea (CTMOs) de pacientes com osteoartrite (OA). CTMOs expandidas provenientes do quadril de pacientes com OA foram semeadas em ácidos poliglicólicos e diferenciadas usando o fator de crescimento $\beta 3$ na presença ou ausência da proteína relacionada ao hormônio da paratireóide (PTHrP) para regular a hipertrofia. Cultura em placa Micromass foram estabelecidas usando as mesmas células para controle. No final da cultura, a construção (cartilagem em 3D) foi processada para análise de RNA (mRNA) pela reação quantitativa da transcriptase reversa da cadeia de polimerase. Proteínas de matriz extracelular foram analisadas usando ensaios específicos. A cartilagem produzida foi pelo menos cinco vezes mais pesada que o controle. A histologia, mRNA e análise bioquímica dessa cartilagem mostrou intensa síntese de proteoglicanos e de colágeno tipo II, porém pouco colágeno do tipo I. O conteúdo protéico foi praticamente idêntico à cartilagem construída de condrócitos nasais de bovinos. A análise do mRNA do colágeno X nessa cartilagem revelou estar muito elevada quando comparada com as células CTMO que não haviam sido diferenciadas, indicando um elevado risco de hipertrofia nesse tecido construído em 3D. Entretanto, a inclusão do PTHrP na dose de 1 μ M ou 10 μ M, durante o período de cultura, resultou em supressão significativa do mRNA do colágeno X e também redução significativa da atividade da fosfatase alcalina. A construção de cartilagem hialina 3D pode ser realizada usando células CTMO de pacientes com AO e esse método poderá ser usado, no futuro, para reparar lesões de cartilagem.

Artrófilo

2007 PROMETE!

Vamos saciar a curiosidade dos reumatologistas de São Paulo tanto na área clínica quanto na área básica e de pesquisa de ponta. Também faremos algumas seções especiais de assuntos relevantes e urgentes, como fizemos em 2006 com o *metotrexato*.

O objetivo principal é informar!

Não fique com dúvidas! Mande-as para nós!

Nesta primeira edição do ano, vamos conversar sobre duas doenças bem opostas: osteoartrose (doença muito comum!) e esclerose sistêmica (doença rara, porém grave!).

Foram convidadas para responder às perguntas a Dra. Claudia Tereza Lobato Borges, doutora em Reumatologia pela FMUSP, médica assistente da disciplina de Reumatologia e chefe do Ambulatório de Esclerose Sistêmica do HC-FMUSP e a Dra. Lissiane Guedes, médica assistente da disciplina de Reumatologia e do Ambulatório de Osteoartrose do HC-FMUSP.



Artrófilo: Como deve ser o tratamento farmacológico da Osteoartrose e quando ele é indicado?

Dra. Lissiane Guedes: Os objetivos básicos do tratamento farmacológico da osteoartrose (OA) devem ser: reduzir a dor do paciente, melhorar a função articular e preservar a cartilagem. Para isso, várias drogas têm uso e eficácia comprovadas (medicações sintomáticas de curta duração). Outras, entretanto, têm sido ainda amplamente investigadas e aguardam uma real definição do seu papel no tratamento da OA (medicações sintomáticas de ação lenta e medicações modificadoras de doença). Dessa forma, o tratamento farmacológico da OA ainda é recomendado somente em pacientes sintomáticos, não se justificando a introdução de medicações naqueles com alterações radiográficas apenas. A seqüência mais lógica de introdução das medicações disponíveis obedece à ordem abaixo, elaborada com base nos níveis de evidência científica disponíveis, análises de custo-efetividade e tolerabilidade:

Medicações sintomáticas de curta duração (analgésicos comuns, opióides, antiinflamatórios não hormonais orais ou tópicos, capsaisina e corticosteróides intra-articulares).

Medicações sintomáticas de ação lenta: cujo efeito terapêutico demora a aparecer (6 a 8 semanas) e persiste mesmo após a sua retirada (viscossuplementação, cloroquina, sulfato de glicosamina, condroitina, diacereína e extratos insaponificáveis de soja e abacate).

Medicações modificadoras de doença: que seriam capazes de reduzir a progressão radiológica (diacereína, glicosamina, extratos insaponificáveis de soja e abacate, etc).

Artrófilo: Qual a posição atual, em termos de evidências, das medicações sintomáticas de ação lenta e das modificadoras de doença?

LG: Pela definição, podem ser chamadas de drogas sintomáticas de ação lenta: viscossuplementação intra-articular, cloroquina, diacereína, sulfato de condroitina, sulfato de glicosamina e os extratos de soja e abacate. E de drogas modificadoras de doença: a glicosamina, diacereína e os extratos de soja e abacate, entre outras medicações, ainda em desenvolvimento, como hormônios, inibidores de osteoclastos, citocinas e óxido nítrico etc. Até o momento, estas medicações ainda estão em foco de constantes discussões e divergências na literatura médica.

A viscossuplementação com o ácido hialurônico tem sido apontada como eficaz e bem tolerada em vários trabalhos. No entanto, diferentes meta-análises consideram seu efeito modesto e pouco consistente em razão da heterogeneidade dos trabalhos publicados, além de possíveis vieses de publicação.

A cloroquina, consagrada em nosso meio, tem sua eficácia analgésica sugerida, apenas, em estudo não controlado com seis meses de duração em pacientes com OA erosiva de mãos.

Existem diversos trabalhos e meta-análises sobre o efeito anti-artrósico da glicosamina e condroitina, entretanto, as formulações são muito variáveis. A glicosamina, por exemplo, pode ser sintetizada ou extraída de produtos biológicos e, em alguns países, como os Estados Unidos, pode ser vendida como suplemento alimentar em concentrações diversas. Alguns trabalhos, como o estudo Gait (2006), não utilizaram o sulfato de glicosamina, mas sim, o hidrocloreto. Esta variabilidade de apresentações compromete a análise conjunta dos trabalhos, pois podem existir diferentes taxas de absorção ou ação da glicosamina, como sugerido na meta-análise de Towheed de 2005, na qual apenas a formulação sintética (Rotta) apresentou efeito analgésico e estrutural. Farmacologistas ainda não chegaram a um consenso sobre as diferenças na farmacocinética destes sais.

Com relação à glicosamina:

Na Europa, a formulação Rotta é aprovada para o uso em humanos e foi a responsável pelos primeiros trabalhos das décadas de 1980 e 1990. Estes estudos pioneiros demonstraram eficácia sobre a dor, porém foram muito criticados por sua metodologia e pequeno tamanho da amostra. Após estas críticas, a Rottafarma desenvolveu dois grandes estudos, com maior tamanho da amostra e avaliação prospectiva, demonstrando ação analgésica e efeitos benéficos estruturais, sugerindo ação modificadora de doença. Por outro lado, vários estudos subsequentes e que não adotavam a mesma formulação não conseguiram confirmar esses resultados.

O estudo Gait, de 2006, multicêntrico, foi criado com o intuito de resolver a questão. Porém, como já mencionado anteriormente, usou hidrocloreto de glicosamina ao invés de sulfato. E foi incapaz de mostrar efeito da glicosamina ou da condroitina sobre a dor. Apenas um grupo com dor moderada a grave apresentou benefícios com a associação de glicosamina e condroitina.

Uma meta-análise recente de Florent *et al.* (2003), examinou o efeito condroprotetor dos sulfatos de glicosamina e condroitina. Os resultados demonstraram efeito positivo, significativo e isolado da glicosamina sobre o espaço articular.

O sulfato de condroitina, que inibe a síntese de IL1, mostrou-se eficaz no tratamento da OA de joelho, quadril e mãos (erosiva) em estudos randômicos, controlados e duplo-cegos.

As meta-análises de McAlindon *et al.* (2000) e de Leeb *et al.* (2000) apontaram para eficácia no tratamento da dor da OA. Não há evidências de modificação da evolução da doença com esta medicação isoladamente.

Quanto à diacereína, os trabalhos randomizados, duplo-cegos controlados mostraram eficácia superior ao placebo e comparável aos Ains. Pelletier *et al.* (2000), ao avaliarem 483 casos de OA de joelho tratados por quatro meses com diacereína, demonstraram superioridade ao placebo em relação à melhora da dor e avaliação funcional (Womac), mesmo dois meses após sua suspensão, estabelecendo a dose de 100 mg diários como a melhor relação eficácia-tolerância. Uma relativa desvantagem é a ocorrência de efeitos colaterais no tubo digestivo, principalmente a diarreia. Recentemente, no estudo Echodiah (2001), randômico, placebo controlado, em 507 casos de OA de quadril tratados durante três anos, verificou-se redução da perda de espaço articular, inferindo sobre a provável classificação dessa medicação como modificadora de doença.

Os extratos não saponificados de soja e abacate apresentam trabalhos randomizados e controlados mostrando melhora dos sintomas da OA de joelho e quadril. Por outro lado, outros autores não verificaram a mesma eficácia analgésica, mas conseguiram aferir melhora da progressão radiográfica no subgrupo de pacientes com artrose mais avançada, tratados com extrato de soja e abacate, sugerindo-se efeito modificador de doença.

Artrófilo: No ano de 2006, vimos finalmente alguns resultados de estudos controlados para o tratamento da esclerose sistêmica (ES), na doença intersticial pulmonar (DIP). Afinal, melhora ou não?

Dra. Claudia Tereza Lobato Borges: Realmente, só após muitos anos de descrição apenas de relatos e séries de casos mostrando benefícios com o uso da ciclofosfamida é que conseguimos mostrar algum dado concreto com estudos realmente de impacto clínico, ou seja, randomizado-controlado e duplo-cego.

Apesar dessa boa notícia, os resultados não foram tão eufóricos assim. Em resumo, a ciclofosfamida de uso oral na dose 2mg/kg, por um período de 12 meses, em pacientes com ES e DIP, provocou queda menor da capacidade vital forçada (CVF) e da capacidade pulmonar total (CPT) quando comparado ao grupo placebo. Além disso, houve melhora do escore de Rodnan (gradação do envolvimento cutâneo), gravidade da dispnéia e medidas de bem-estar relatadas por questionário pelos pacientes em uso da droga. Outro estudo com ciclofosfamida, por via endovenosa e seis meses de intervenção, seguida por azatioprina, como droga de manutenção, associados à baixas doses de prednisolona, mostrou que apesar de não haver melhora, houve estabilização da função pulmonar quando comparadas com placebo. A capacidade de difusão de monóxido de carbono (DCO), ferramenta relacionada à sobrevida, não mudou em nenhum dos estudos.

A estabilização dos valores de função pulmonar já é considerada uma boa notícia para os pacientes com ES e intersticiopatia. Infelizmente, ainda temos muito que investigar e desenvolver para uma melhora realmente concreta, tanto do quadro pulmonar quanto da sobrevida relacionada ao envolvimento pulmonar da doença.

SEÇÃO ARTRÓFILO À SUA DISPOSIÇÃO!

Você, leitor, também está convidado a participar desta seção inovadora da *Revista Paulista de Reumatologia*!

Está com dúvidas? Gostaria de sugerir um tema específico para o Artrófilo pesquisar? Participe!

Mande suas dúvidas ou sugestões por e-mail ou por fax:
E-mail: artrofiloresponde@reumatologiasp.com.br
Fax: (0xx11) 3284-0507



Acima e no detalhe, Michelangelo, *Pietà*, Roma, Catedral de São Pedro



TERMINALIDADE DA VIDA



Com a iniciativa e apoio da Câmara Técnica e do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, iniciou-se, em 2005, ampla discussão sobre a limitação e suspensão de procedimentos e tratamentos que permitam o prolongamento da vida, em fase terminal, de enfermidades graves e incuráveis. O debate foi feito por meio de consulta à opinião pública e da Internet, com dezenas de respostas e comentários, permitindo a elaboração de texto pela Câmara Técnica do Conselho Federal de Medicina (CFM). Posteriormente, o documento foi encaminhado aos diversos Conselhos Regionais de Medicina do país para consulta e sugestões.

Em julho de 2005, o CFM e o Cremesp realizaram, em São Paulo, o fórum “Desafios Éticos na Terminalidade da Vida”, que reuniu médicos, pesquisadores, juristas e religiosos para discutir o tema. Desse encontro resultou proposta detalhada em documento final apresentado e aprovado pelo CFM, em 9 de novembro de 2006, a fim de regulamentar a ortotanásia, morte digna, assistida pela medicina, com ampla repercussão em todo o país. A Igreja Católica apoiou a medida em nota assinada pelo bispo D. Odilo Pedro Scherer, secretário-geral da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), por meio de documento que cita fontes do Vaticano recomendando a renúncia a tratamentos que proporcionariam apenas prolongamento precário e penoso da vida, nas situações em que a morte se anuncia iminente e inevitável.

Segundo o CFM, a ortotanásia nunca foi considerada infração ética e pode representar um conforto aos médicos que freqüentemente hesitam em adotar essa prática por medo da reação dos familiares e mesmo de colegas, pecando pelo excesso, ao lançar mão de técnicas que sabidamente de nada vão adiantar.

No Cremesp, diversos estudos, que discutem cuidados paliativos a pacientes com doença grave ou incurável, mostram a importância dessa iniciativa e defendem a inclusão do tema nas escolas de medicina. Além de cuidados médicos representados por suporte físico, que embora não curem, concorrem para melhorar a qualidade de vida – alívio da dor, náuseas, vômitos e quadros de agitação – deve-se oferecer suporte emocional (ouvir o paciente e seus familiares quanto a queixas físicas, anseios e angústias) e social (adequação do ambiente da família e do cuidador), bem como assistência espiritual (serviço de capelania, se o paciente desejar) e respeito à autonomia do paciente (atender aos seus desejos e adequar a assistência às suas necessidades).

Esse projeto merece o apoio das Sociedades de Especialidades para fortalecer o CFM em sua nobre empreitada, pois trata-se de assunto polêmico e de fundamental importância para a sociedade brasileira e que pode contribuir para minimizar o sofrimento de pacientes e familiares.

Ivone Minhoto Meinão

GARCE

O Grupo de Apoio aos Pacientes Reumáticos do Ceará (Garce) foi criado como sociedade civil, sem fins lucrativos, voltado ao voluntariado. Idealizado pelo médico reumatologista Dr. Walber Pinto Vieira juntamente com um grupo de pacientes, tem como finalidade congregar pessoas acometidas de qualquer tipo de doença reumática, da criança a melhor idade, familiares, profissionais de saúde e a comunidade em geral. A posse ocorreu no dia 21 de julho de 2003, no Hospital Geral de Fortaleza – HGF, juntamente com a solenidade de abertura da primeira residência médica em reumatologia do Ceará.

Contando atualmente com mais de 1.000 associados, o Garce tem como objetivo primeiro apoiar os pacientes reumáticos no enfrentamento dos desafios da doença. Almeja ainda minimizar o sofrimento e ampliar o leque de possibilidades diante da limitação e da dor, por meio da informação, educação continuada, motivação, apoio psicológico e resgate da autonomia.

O Garce desenvolve atividades como:

Palestras informativas mensais: sobre os diversos tipos de reumatismos e outros temas voltados a saúde, tratamentos disponíveis e maneiras de manter a qualidade de vida.

Grupo de auto-ajuda semanal: coordenado por psicóloga e ênfase especial em aspectos emocionais emergentes relacionados ou não às doenças reumáticas.

Terapia ocupacional semanal: denominada Oficina de Artes – Eu posso, Eu faço, promove o resgate da autonomia e da criatividade por meio da arte do fazer. O grupo também tem o objetivo de estimular e desenvolver as AVDs (Atividades da Vida Diária).

Campanha – Dia Nacional de Luta Contra o Reumatismo (30/10): ápice de nossa luta, consiste em realizar ações no mês de outubro, a fim de conscientizar e esclarecer portadores e a população sobre as doenças reumáticas. São ações que envolvem desde mensagens publicitárias (rádio, jornal e TV), distribuição de material informativo, panfletos, *folders*, cartazes que orientem a população, conscientização do poder público das necessidades essenciais dos pacientes, ocorrência e progressos relativos ao tratamento dessas doenças, promovendo a integração de pacientes e buscando a socialização e o aprimoramento da união na luta contra a doença reumática.

Parceria com as faculdades (fisioterapia e hidroterapia gratuitos), médicos reumatologistas, nefrologistas, especialistas em hipertensão e diabetes.

Sócio fundador da Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (Anapar).

Comenda “Amigos do Garce”, que simboliza homenagem e reconhecimento a pessoas e instituições que contribuem para o crescimento de nosso trabalho.

Ao divulgar aos quatro ventos e de forma entusiasmada o nosso grupo, rendemos agradecimentos a todos os profissionais que nos propiciam a oportunidade de receber importantes informações e aos parceiros que se uniram a nós. E convictos de que o idealismo e a união desinteressada de todos geram a força irresistível para que ocorra o robustecimento do Garce.

Algumas metas, que foram logradas dos justos anseios dos associados, estão definidas. Nosso trabalho não é um mero sonho, porque fomos criados na dureza fria da realidade.

Marta Maria Serra Azevedo



Acima, equipe do Garce. Ao lado, visão geral da platéia



GARCE

R. General Caiado de Castro, 1.100
Cidade dos Funcionários – Fortaleza – CE – CEP 60821-560
E-mail: garce-ce@bol.com.br
Fone/Fax: (0xx85) 3241-2428 / 9989-7121

Novidades à vista!

- **O site oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia será completamente renovado!**
O objetivo principal será informar ao público leigo e a todos os reumatologistas do Estado de São Paulo sobre o que há de mais recente em nossa especialidade, difundindo-a de uma maneira eficaz e moderna!
- Fique atento, pois faremos contato via e-mail para a divulgação do novo endereço.

Endereços de destaque

- Sociedade Brasileira de Osteoporose, disponível em: <<http://www.sobrao.com.br>>.
- Sociedade Brasileira de Reumatologia, disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br>>.
- Sociedade Paulista de Reumatologia, disponível em: <<http://www.reumatologiasp.com.br>>.
- Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro, disponível em: <<http://www.reumatorj.com.br>>.
- Academia Brasileira de Reumatologia, disponível em: <<http://www.academiareumatol.com.br>>.
- Liga dos Reumatologistas do Norte e Nordeste, disponível em: <<http://www.lirnne.com.br>>.
- Sociedade de Reumatologia do Rio Grande do Sul, disponível em: <<http://www.reumatologiar.com.br>>.
- Sociedade de Reumatologia de Brasília, disponível em <<http://www.reumatodf.com.br/index.htm>>.

Envie sugestões e críticas sobre o site, a revista e a programação.
Dê sua opinião. Participe.

Envie resumos de artigos para o e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br
ou pelo fax: (0xx11) 3284-0507

CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA

De 6 a 7 de outubro de 2006, diversos temas de reumatologia foram abordados nesse curso, por iniciativa e coordenação da Sociedade Paulista de Reumatologia e apoio da Associação Paulista de Medicina. As aulas foram bastante concorridas, ajudaram a reciclar antigos colegas e serviram para atualizar os residentes que prestarão prova de Título de Especialista em março deste ano. Os assuntos mais comentados foram osteoporose, osteoartrose, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, miopatias inflamatórias, esclerose sistêmica, fibromialgia e reumatologia pediátrica – artrites crônicas, febre reumática, dor em membros. Artrite reumatóide foi rememorada na fisiopatologia, avanços do diagnóstico e as mais recentes opções terapêuticas.

DIA INTERNACIONAL DE LUTA CONTRA O REUMATISMO

O Dia Internacional de Luta Contra o Reumatismo vem sendo pontuado com importantes conquistas. Reproduzimos, a seguir, nota elaborada pelo presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

A publicação no Diário Oficial da União, neste dia 30 de outubro de 2006, da portaria com a inclusão de alternativas já conhecidas e utilizadas entre os medicamentos dito biológicos no tratamento da artrite reumatóide e espondiloartropatias, marca de forma emblemática a importância deste dia. A necessidade de uma indicação bem embasada, no momento e no caso adequado, segura, cientificamente comprovada é de nossa responsabilidade enquanto reumatologistas, mas o fato em si poderá facilitar uma dispensação mais justa, isentando o ônus da utilização da via judicial em muitas indicações. Essa conquista, não somente nossa, mas da cidadania, é apenas parte de uma luta ainda maior e mais abrangente. É preciso manter a preocupação permanente com a ética e a defesa profissional, o ensino, a educação continuada, incentivo aos estudos de epidemiologia, a importância da condição de especialistas, recertificação, canais permanentes com órgãos governamentais e de classe. Também estamos criando novas assessorias, por exemplo, na área de economia da saúde; na relação com grupos de pacientes; com outras especialidades; na atenção à gestão/demanda de consultórios, buscando uma maior proximidade com a totalidade de nossos associados; de procedimentos, relações com convênios e seguros de saúde; de documentação e registro histórico da SBR; além de renovar as nossas comissões já existentes, motivando novas: de vasculopatias; de doenças endêmicas e infecciosas; de atividade física, prevenção e reabilitação. Em breve, ajustando-nos às ferramentas de comunicação social, todos estarão recebendo novas informações e a relação completa de nossa diretoria executiva e planos e metas que já estão sendo implantados. Unidos, continuaremos fazendo crescer o reconhecimento da importância e grandeza de nossa especialidade.

Um grande abraço a todos.

Porto Alegre, 30 de outubro de 2006.

FERNANDO NEUBARTH

Presidente da SBR – Gestão 2006-2008

Noticiário

ACR: O BRASIL ESTAVA LÁ!

Em novembro, Washington, D.C., recebeu diversos reumatologistas para o 70º Encontro Anual do Colégio Americano de Reumatologia (ACR). O evento foi realizado no Washington Convention Center, um centro de convenções gigantesco, bem típico das construções norte-americanas. Os temas foram os mais variados, mas com ênfase especial para artrite reumatóide e terapia biológica. Para os menos “imunológicos”, as palestras abordaram temas como reabilitação, exercício físico, análise de marcha e órteses.

Com uma atmosfera premeditada e, até de certa forma, tensa, o encontro científico mais parecia um imenso “shopping center” às vésperas do Natal. E, de fato, tudo era comercializado, mas infelizmente não estavam *on sale*. Num vai-e-vem frenético, todos queriam aproveitar ao máximo o encontro reumatológico mais concorrido do planeta.

Em vários momentos, contudo, sentia-me em casa. Nas sessões de pôsteres, os brasileiros marcaram presença. Nos *coffee-breaks*, os mais animados e simpáticos éramos nós. Nas aulas mais interessantes, lá estavam os velhos (não tão velhos sim) conhecidos. Estavam presentes famosos, celebridades, presidentes e ex-presidentes. Merecem destaque alguns nomes, como o atual presidente da SBR, Fernando Neubarth, com sua indescritível simpatia, a futura presidente, Lêda Laurindo, o ex-presidente da SPR, Manoel Bértolo, e o futuro presidente, José Carlos Szabok. As lupólogas e titulares da Reumatologia Paulista (Emília Sato, Lillian Costallat e Eloísa Bonfá), conhecidas também como “as garotas super-poderosas”, não perderam nenhuma aula. Também estavam lá os mais jovens, e não eram poucos. Foram úteis os quatro intensos dias de ACR. Além das informações científicas, conseguimos registrar bons cliques para a *RPR*. Notícias enviadas pelo dr. Fábio Jennings, nosso editor e correspondente internacional, atualmente com residência em San Francisco, Califórnia.

NOTA

Prezado (a) Associado (a),
Informamos que os Certificados de Membro da Panlar (*Pan American League of Associations for Rheumatology*) se encontram na sede da SPR. Caso não o tenha retirado durante o Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Campinas, favor providenciar a sua retirada pessoalmente.

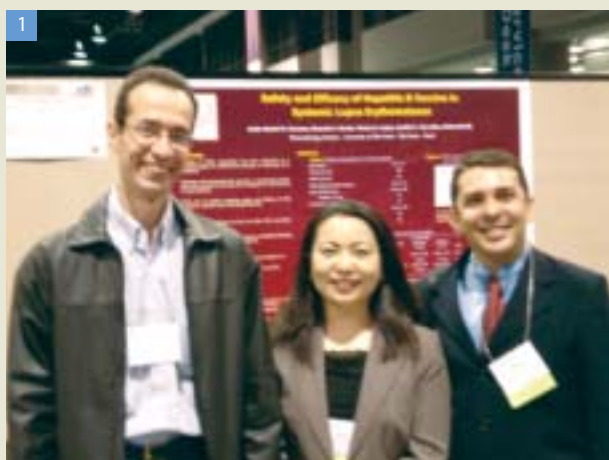
Atenciosamente,
Secretaria da SPR

FALECIMENTO (25/11/06)

Dr. Evandro Vieira Cesar, da Paraíba, aos 74 anos de idade, um dos pioneiros da reumatologia no Estado. Figura conhecida e respeitada na história da reumatologia brasileira. Faleceu por infarto agudo do miocárdio.



AS MENINAS SUPERPODEROSAS...



70º ENCONTRO ANUAL DO COLÉGIO AMERICANO DE REUMATOLOGIA (ACR): (1) A partir da esq., Evandro Klumb, Jozelio F. Carvalho; (2) Deborah Colluci, Luiz Carlos Latorre; (3) Geraldo Castelar, Ibsen B. Coimbra; (4) Fábio Jennings e Branca B. Souza; (5) Lilian Tereza Lavras Costallat, Eloisa Silva D. de Oliveira Bonfá, Emília Inoue Sato; (6) Sergio Kowalski, Simone Appenzeller, Ana Patrícia de Paula

AÇÃO REUMATO

O evento Ação Reumato, que ocorreu no dia 3 de dezembro de 2006, das 9 às 16 horas, no Parque do Ibirapuera – antigo estacionamento da Prodam (Bolsão Afro Brasil), portão 10 –, contou com a participação de todos os serviços de reumatologia do Estado de São Paulo. Os médicos de cada serviço se prontificaram a esclarecer dúvidas das pessoas que estavam presentes no evento e divulgaram o serviço e as formas de acesso ao atendimento reumatológico gratuito.





AÇÃO REUMATO: (1) Cartazes informativos; (2) Clínica de basquete com "Magic" Paula; (3) Exercícios com o "Homem Aranha"; (4) "Time" da Unifesp; (5) Participação do Grupasp; (6) Visão geral do evento; (7) Visita às tendas/stands; (8) Time do Ação Reumato; (9) O presidente da SPR acerta a cesta do Ação Reumato; (10) Participação do Acredite; (11) Ari S. Radu e "Magic Paula"; (12) Visão geral das tendas; (13) Time responsável pelo Ação Reumato

Agenda 2007

NACIONAIS

Curso de Revisão para Reumatologistas

Data: 3 e 4 de março de 2007

Local: São Paulo – SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

XIX Jornada Norte-Nordeste de Reumatologia

Data: 21 a 24 de março de 2007

Local: Fortaleza – CE

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

XVI Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

Data: 28 a 30 de abril de 2007

Local: Pantanal – MT

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

XIII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 24 a 26 de maio de 2007

Local: São Paulo – SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

XVI Jornada Cone Sul de Reumatologia

e XIX Jornada Brasileira de Reumatologia

Data: 6 a 8 de setembro de 2007

Local: Blumenau – SC

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

II Ação Reumato

Data: 28 de outubro de 2007

Local: Parque do Ibirapuera, São Paulo, SP

Organização: SPR

Contato: Márcia, SPR, fone/fax (0xx11) 3284-0507

XIX Jornada Paulista de Reumatologia

e XVII Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

Data: 6 a 8 de dezembro de 2007

Local: São Paulo – SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS

SÃO PAULO
3 e 4 DE MARÇO DE 2007

TEMAS PRINCIPAIS

- Laboratório em Reumatologia
- Instrumentos de Avaliação das Doenças Reumáticas
- Artrite Reumatóide • Espandilartropatias
- Reumatologia Pediátrica • Osteoporose
- Lúpus Eritematoso Sistêmico • Reumatismo de Partes Moles
- Osteoporose • Gota • Vascultes • Esclerodermia
- Miopatias Inflamatórias • Doenças da Coluna

INSCRIÇÕES ATÉ 15 DE FEVEREIRO DE 2007. VAGAS LIMITADAS

Local: Hospital do Servidor Público Estadual
Rua Pedro de Toledo, 1800 – Andar 8º E – São Paulo – SP

Informações e Inscrições:
Sociedade Paulista de Reumatologia
Rua Maestro Carlini, 354 – cj. 53
01213-060 – São Paulo – SP
Tel./Fax: (11) 3284-0587
reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Professores e Organizadores:

Patrocinador:

Assessoria:

Agência:

SOCIEDADE PAULISTA DE REUMATOLOGIA

Zambon

Martell

www.reumatologiasp.com.br



INTERNACIONAIS

12th International Congress of Antiphospholipid Antibodies

Data: 18 a 20 de abril de 2007

Local: Florença, Itália

Contato: <http://www.antiphospholipid.net/congress>

13th International Vasculitis and Anca Workshop

Data: 26 a 29 de abril de 2007

Local: Cancun, México

Contato: <http://www.vasancun.com.mx>

VII Euler 2007

Data: 13 a 16 de junho de 2007

Local: Barcelona, Espanha

Contato: www.eular.org

American Society for Bone and Metabolism Research (ASBMR 2007)

Data: 16 a 19 de setembro de 2007

Local: Honolulu, Hawaii

Contato: <http://www.asbmr.org>

American College of Rheumatology (ACR 2007)

Data: 6 a 11 de novembro 2007

Local: Boston, MA

Contato: www.rheumatology.org

Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas, você tem encontro marcado com o Fórum de Debates em Reumatologia. Logo após os debates, você poderá degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

Veja, a seguir, o tema debatido no último encontro:

SÉTIMO FÓRUM DE DEBATES (29 DE NOVEMBRO DE 2006)

A transmissão por audioconferência, sistema AulaVox, tem sido um sucesso nos últimos fóruns de debates. Reúna os colegas reumatologistas de sua cidade e participe.

Tema: Joelho doloroso no adulto. O sétimo e último Fórum de 2006 discutiu sobre o diagnóstico diferencial e prescrição de atividade física nessa situação

Coordenação: prof.ª dra. Fernanda Rodrigues Lima (HC-FMUSP)

Debatedores: prof. dr. Ari Stiel Radu Halpern (HC-FMUSP)

Obtenha mais informações pelo telefone (0xx11) 3284-0507.



Visão geral da plateia

ONDE E QUANDO

Fórum de Debates. Associação Médica Brasileira, Auditório Nobre Prof. Dr. Adib Jatene, R. São Carlos do Pinhal, 324 – Bela Vista – São Paulo – SP (próximo ao Hotel Maksoud Plaza). Estacionamento e confraternização: Hotel Feller, R. São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista – São Paulo – SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima). Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas.



CAPA: a capa desta edição traz a logomarca do evento recém-criado pela Sociedade Paulista de Reumatologia, com o objetivo de divulgar

nossa especialidade para a população em geral. A primeira edição do evento aconteceu no primeiro domingo de dezembro de 2006, o que se pretende repetir anualmente, bem como difundir-se por todo o Estado de São Paulo. Os principais serviços de reumatologia de São Paulo participaram do evento e divulgaram modo e forma de atendimento, contatos, entre outros.

Familiarize-se com essa logomarca e saiba que, onde ela estiver, a SPR e, principalmente, ao menos um reumatologista estará presente. Divulgue-a.