

ISSN 1809-4635

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 6 Nº 4 out/dez 2007

XVII Encontro Rio – São Paulo
e XIX Jornada Paulista
de Reumatologia

Reabilitando –
Composição Corporal
pela DXA

Registro	3
Editorial	4-5
Reabilitando o Reumatologista	6-10
Rheuma	12-13
Publicações	13-15
Grupos de Apoio	16-19
Ética	21
XIX Jornada Paulista de Reumatologia	
XVII Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia	
Programação Científica	22-25
Temas Livres – Área Básica	26-27
Temas Livres – Área Clínica	28-29
Pôsteres – Áreas Básica e Clínica	30-40
Índice dos Autores	41
Noticiário	42-45
Agenda	46

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, Silvio 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 Caralbas, 176, Casa 8, Pompéia, CEP 05020-000, São Paulo, SP
Fone: (11) 3368-5095 – Fone/Fax (11) 3368-4545

www.etceteraeditora.com.br

PALAVRA DO PRESIDENTE

Chegamos ao final de mais uma gestão da SPR.

Quero usar este espaço para agradecer a toda a diretoria da SPR, feita de amigos talentosos e esforçados, que dividiram comigo o trabalho e o prazer destes dois anos. Mais ainda, quero declarar minha profunda admiração pelas pessoas que me antecederam na diretoria da SPR e transmitiram para o futuro uma sociedade forte e organizada. Espero simplesmente ter trabalhado à altura de suas expectativas.

Despeço-me do cargo de presidente como um pai que vê orgulhoso o seu filho assumindo a liberdade e desejando que o filho supere o pai em todos os aspectos. Como herança, faço aqui um breve balanço crítico dos nossos objetivos e resultados:

Há cerca de dois anos, nesta mesma revista declarei meus objetivos: chamar a atenção para a nossa especialidade, atrair mais reumatologistas para a SPR, ampliar nosso mercado de trabalho divulgando (e encontrando) opções diversificadas e melhorar o atendimento reumatológico à população carente do Estado. Neste sentido, nossa diretoria, em conjunto, optou por soluções com uma visão a longo prazo. Acredito que algumas decisões tomadas já se revelaram vitoriosas.

O Projeto Ação Reumato foi, talvez, a mais importante delas. Em apenas dois anos ele se mostrou uma vitrine ideal para nossa especialidade e com grande potencial de crescimento. Além do papel de divulgação da Reumatologia, o Ação Reumato é um potente meio de educação do público leigo no que se refere às doenças reumáticas.

Outra novidade de sucesso, implementada durante esta gestão, foi o Curso de Revisão em Reumatologia que superou toda e qualquer expectativa. Divulgando conhecimentos atualizados e de qualidade, foi possível atrair para o nosso convívio mais e mais reumatologistas de todos os cantos e não apenas dos grandes centros universitários.

Neste mesmo sentido, a transmissão *online* do Fórum de Debates, outra novidade desta gestão, permitiu aproximar a SPR dos nossos colegas de cidades distantes no interior e litoral. Ainda no âmbito das novidades bem-sucedidas, enxergo o primeiro Curso de Ultra-Som para Reumatologistas (com a tutela científica do Eular), uma realização particularmente importante e há muito tempo almejada, que veio trazer novos espaços para o reumatologista, outro objetivo nosso expresso há dois anos.

Infelizmente, não foram apenas sucessos. Assistimos estarecidos, nestes dois anos, à falta de um planejamento estatal na grave questão do custo dos tratamentos das nossas doenças crônicas. Apesar de grandes esforços junto aos órgãos competentes, não conseguimos implantar uma câmara técnica que, a meu ver, deve ficar sob a tutela da SPR para se manter isenta de pressões e interesses alheios à necessidade de o Estado assumir o tratamento amplo, democrático e contínuo das doenças reumáticas.

Desta forma, parafraseando Machado de Assis, somadas umas coisas e outras não imaginem vocês que não houve mingua nem sobra. Ao chegar ao final desta gestão, vejo um derradeiro saldo positivo que me parece o maior sucesso deste relato de sucessos.

A SPR tem muitos filhos. Pode, ainda, transmitir o legado de suas conquistas.

Ari Stiel Radu Halpern

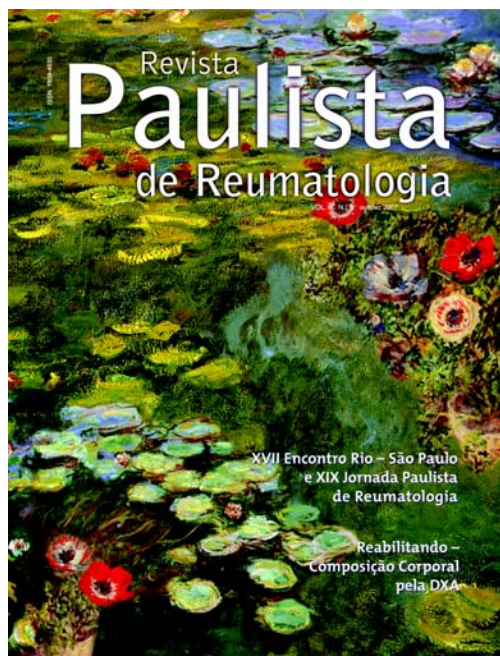
Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2006-2007

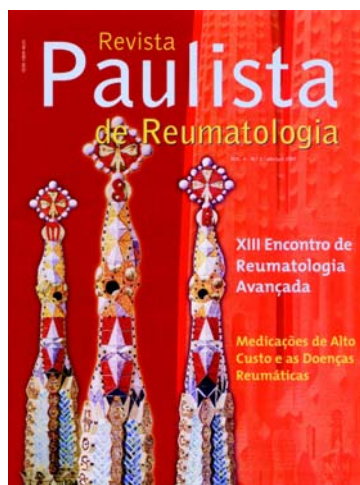
www.reumatologiasp.com.br

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

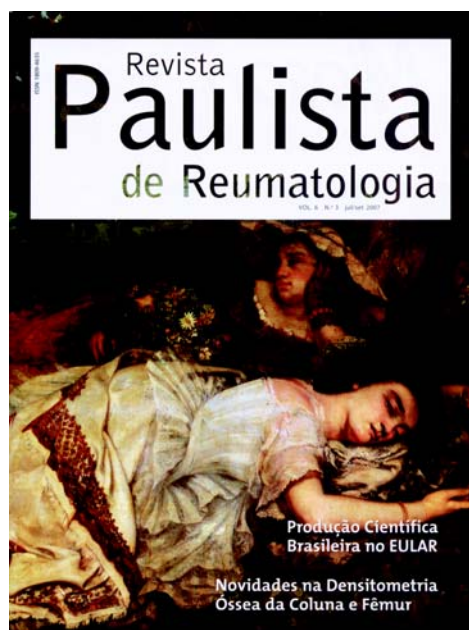
e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br



“Com otimismo e criatividade...”



Foi com essas palavras que o nosso atual Presidente da SPR, Ari Radu Halpern, iniciou sua gestão. Estas duas relevantes qualidades permitiram a realização de diversas metas da Diretoria, de modo eficiente e com espírito inovador, e, sobretudo, com mais ampla divulgação de nossa especialidade. Em sua última edição do ano, a *Revista* tenta fazer um apanhado dos principais projetos que se concretizaram no biênio 2006-2007.



Iniciamos a gestão com a criação da seção *Artrófilo* que tem trazido muitos esclarecimentos e saciado dúvidas dos leitores. Além disso, mostramos também a produção científica paulista, apresentada em congressos nacionais e internacionais, com o objetivo de atualizar os colegas que não puderam comparecer aos eventos.

A *Revista* teve relevante papel jornalístico junto aos reumatologistas, com informações sobre as mudanças na liberação de medicamentos de alto custo e a falta “crônica” de medicações de baixo custo, como o metotrexato. Questionamos, ainda, “quem deve pagar esta conta?” – o Estado, as seguradoras, os grupos de apoio a pacientes, os próprios pacientes? Atualmente, não temos as respostas e, infelizmente, ainda há muito que fazer e lutar por esse direito.

A SPR esteve mais perto dos colegas reumatologistas e clínicos assim como dos pacientes. O *I Curso de Atualização em Reumatologia para o Clínico* proporcionou a difusão dos conhecimentos sobre as doenças reumáticas entre os generalistas. Na sua segunda edição, o curso teve a participação de 46 inscitos. Da mesma forma, o *I Curso de Atualização em Reumatologia para o Reumatologista* contou com a participação

de 221 médicos e já faz parte do calendário de atividades dos residentes (antes da prova de Título de Especialista da SBR) e de outros colegas que desejam uma reciclagem na especialidade. O *Ação Reumato* levou centenas de indivíduos ao Parque do Ibirapuera, em 2006, e ao Parque Villa Lobos em 2007. Foram dias de orientação sobre as doenças reumáticas, promoção de saúde, prevenção, bem como a importância dos exercícios físicos para o tratamento das enfermidades do aparelho locomotor. O entusiasmo e a solidariedade eram moedas correntes entre os médicos, pacientes, familiares e simpatizantes.

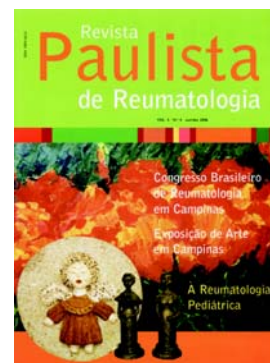
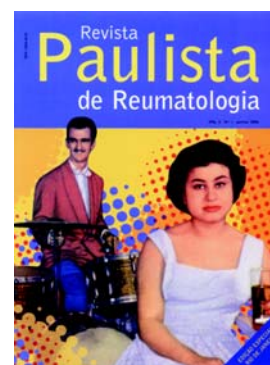
Com tecnologia e aquisição de novos equipamentos, o *Fórum de Debates* tornou-se acessível a todos os reumatologistas de São Paulo. Hoje, a transmissão por videoconferência é rotineira e faz com que os colegas “de longe” participem de forma interativa dos debates mensais da SPR. Podemos assistir às discussões com a comodidade de estar em casa ou reunido com colegas em ambiente predeterminado. O *Fórum de Debates*, mais uma vez, reafirma-se como um símbolo da SPR e um dos mais importantes encontros para a discussão de assuntos da nossa prática diária.

Monet transformava, dia a dia, as cores do seu jardim até atingir uma completa obsessão por flores e plantas. As *Nymphéas*, nome da obra que ilustra esta edição e que se encontra em exposição permanente no *Musée de L'Orangerie* em Paris, foi um presente de Monet a Paris. Da mesma forma, esta edição é nosso presente para você, leitor e colega reumatologista. Um brinde à gestão Ari Radu Halpern.

O *XVII Encontro Rio-São Paulo e a XIX Jornada Paulista de Reumatologia* inicia-se agora e foi feito especialmente para você! Aproveite! Nesse evento, você conhecerá os mais recentes trabalhos científicos realizados em São Paulo, bem como os premiados como melhor pesquisa na área básica ou clínica.

Feliz Natal e um excelente 2008 a todos. E boas-vindas, *com otimismo e criatividade*, à nova gestão da Diretoria da SPR, liderada pelo Dr. José Carlos Szajubok.

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



COMPOSIÇÃO CORPORAL E A DENSITOMETRIA ÓSSEA

MARCELO DE MEDEIROS PINHEIRO

Assistente-Doutor da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM

Diversas metodologias podem ser utilizadas para o estudo da composição corporal. Desde métodos práticos e de fácil execução, como medidas de dobras cutâneas, relação cintura-quadril, cintura abdominal e cálculo do índice de massa corpórea (IMC), como também outras técnicas mais sofisticadas como a bioimpedância (BIA), pesagem hidrostática (PH) e pletismografia (Bod Pod®). Recentemente, o emprego de métodos de imagem também tem sido incorporado, como a densitometria óssea, tomografia computadorizada e ressonância magnética (Figura 1).

Figura 1 – Principais métodos para avaliação da composição corporal.

Medidas de densidade e volume	Métodos de diluição
Pesagem hidrostática	Água corporal total
Pletismografia	Água extracelular
	Água intracelular
Bioimpedância e métodos de condutância	Quantificação do corpo total
Análise de bioimpedância elétrica (BIA)	K corporal total
Espectroscopia de bioimpedância elétrica (BIS)	Ativação de nêutrons
Condutividade elétrica do corpo total	DXA

Métodos diretos que utilizam a análise química de tecidos e órgãos de cadáveres humanos estão disponíveis para avaliar a composição corporal em nível atômico, químico, celular e tissular. Além disso, apresentam correlação estreita com métodos não invasivos que realizam avaliações indiretas e se baseiam em modelos de referência (*reference infant and adolescent, reference man and woman*). Esses modelos assumem alguns princípios básicos, como a constância, semelhança e relação fixa da composição química (carbono, nitrogênio, oxigênio, hidrogênio, potássio, magnésio, cálcio e fósforo) e molecular (água, proteína, lipídios, mineral) entre os compartimentos corporais, e, por esse motivo, devem ser interpretados com certa cautela a fim de minimizar possíveis erros clínicos.

Os modelos teóricos ou de referência constituem a base científica de todas as medidas indiretas de composição corporal utilizadas atualmente. O modelo clássico bicompartimental (2-C) descreve o corpo como a soma do compartimento de gordura e livre de gordura. Usando esse modelo, a massa livre de gordura ou *fat-free mass* (FFM) pode ser estimada a partir da densidade ou água corporal total quando a relação entre esses componentes é conhecida. Essa estimativa é feita por meio de fatores de conversão, oriundos de banco de dados populacionais de referência, com a finalidade de garantir a acurácia e a validade do método. Após isso, o percentual de gordura é calculado pela subtração do peso corporal total e FFM.

Historicamente, os modelos 2C desenvolvidos desde a década de 50, por Siri e Brozek, têm sido utilizados em todo o mundo e, por convenção, assumem que há pouca modificação da composição química da FFM após a adolescência. Entretanto, alguns estudos mais recentes têm mostrado erros de 3%-4%, se a referência não for utilizada adequadamente, como, por exemplo, usar referência de crianças em adolescentes e vice-versa.

A PH tem sido um dos métodos mais utilizados para estimar o volume corporal e se baseia no princípio de Arquimedes, segundo o qual o peso do indivíduo embaixo d'água é menor do que fora d'água e reflete o volume de água, e do corpo, que a pessoa desloca quando está submersa. A densidade corporal é inversamente relacionada à adiposidade corporal e metodologias 2C têm a vantagem de derivar equações ao converter a densidade em percentual de gordura total. A equação de Siri utiliza essa premissa e assume que a densidade da gordura corporal e FFM, em adultos jovens saudáveis, são iguais a 0,9 kg/L e 1,1 kg/L, respectivamente.

As equações usadas para estimar a composição corporal em grupos homogêneos são válidas, entretanto, em populações específicas; elas são sujeitas a erros, uma vez que existem variações e diferenças da FFM de acordo com a etnia, crescimento, maturação sexual, gênero, envelhecimento, exercícios e doenças concomitantes. Quanto maior a heterogeneidade de frações protéicas, água e minerais da FFM, menos acuradas serão as alterações da densidade corporal.

A acurácia dos modelos 2C pode ser melhorada se medidas adicionais de compartimentos corporais também possam ser aferidas diretamente – modelo multicompartmental. No entanto, aumenta o ônus e a complexidade das metodologias, bem como as tornam pouco factíveis na prática clínica. Em contrapartida, é de fundamental importância para a padronização e validação de novas tecnologias.

Os métodos laboratoriais fornecem medidas mais acuradas tanto de referência quanto critérios mais consistentes para a derivação de equações e avaliação de métodos na prática clínica diária, especialmente em atletas. Embora possuam maior acurácia, todos os métodos laboratoriais fazem convenções e assumem alguns princípios ou dogmas das análises químicas dos tecidos e, assim, são suscetíveis a erros.

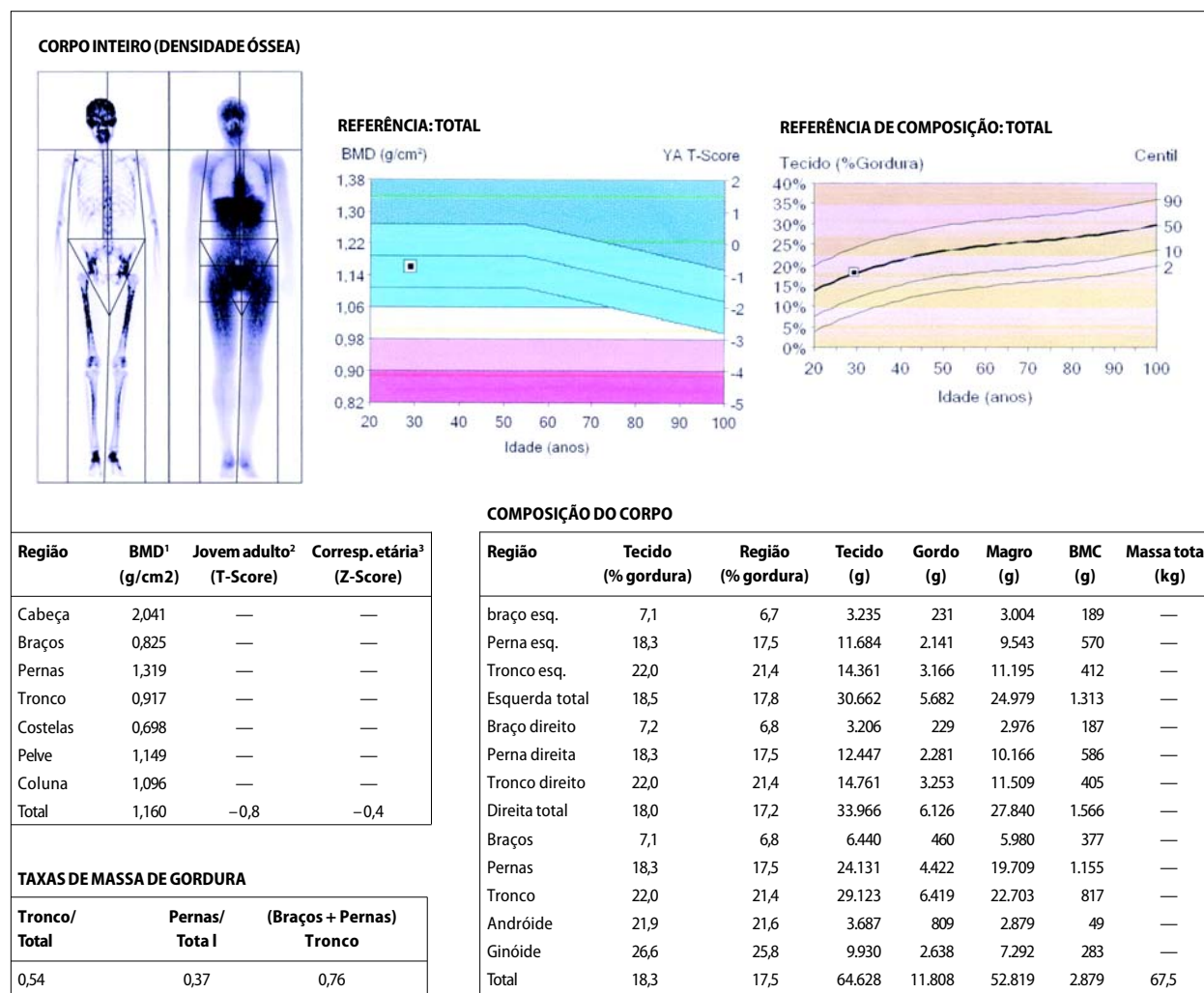
A análise de bioimpedância elétrica (BIA) baseia-se nas propriedades elétricas da FFM, que possui grande conteúdo relativo de água em relação aos outros compartimentos, bem como fornece o aspecto geométrico corporal. Por meio de eletrodos colocados na superfície do punho e do tornozelo, com frequências simples, é capaz de avaliar a resistência corporal total. Recentes pesquisas e o uso de novos instrumentos têm permitido algumas variações do modelo tradicional, como a determinação da composição corporal segmentar ou regional e de subcompartimentos fluidos. Em indivíduos saudáveis, a técnica tradicional fornece

estimativas válidas da água corporal total e FFM. No entanto, em outras populações, especialmente com distribuição anormal dos fluidos, outras metodologias – frequências múltiplas ou com quatro pontos – podem ser utilizadas com resultados mais acurados. A acurácia da BIA é altamente dependente de fatores locais de controle (hidratação do indivíduo, alimentação, ingestão de bebidas alcoólicas, atividade física e menstruação), que devem ser avaliados antes do procedimento, pois podem aumentar os erros e a variabilidade intra-individual do método. De modo geral, as equações utilizadas para prever BIA deveriam ser baseadas na idade, gênero, etnia, nível de atividade física e adiposidade corporal. Se forem realizadas de modo adequado e de acordo com o protocolo, a acurácia é semelhante às medidas de dobras cutâneas. O método não requer treinamento qualificado e é útil em indivíduos obesos, nos quais as medidas de dobras sejam impossíveis de serem feitas ou naqueles em que a DXA não pode ser realizada. No entanto, é importante ressaltar que o método não fornece informações sobre o padrão de distribuição de gordura corporal.

Embora o IMC seja o mais utilizado para a classificação e monitoramento do estado nutricional em todo o mundo, essa

medida apresenta algumas limitações, visto que ela não consegue determinar a distribuição e a redistribuição da composição corporal decorrente do envelhecimento e em várias situações clínicas, como síndrome metabólica, obesidade e hepatopatias crônicas. Indivíduos com elevado IMC podem ser considerados como pré-obesos ou obesos de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e, na verdade, apresentam baixo grau de adiposidade, como observado em atletas com grande quantidade de massa magra. Da mesma forma, idosos podem apresentar IMC estável por longos períodos de tempo e uma falsa impressão de manutenção do estado nutricional. No entanto, podem apresentar perda significativa de massa magra e incremento da massa adiposa com o avançar da idade. Em geral, o risco de incapacidade física aumenta com a redução da massa muscular – sarcopenia, assim como ocorre incremento do risco de doenças cardiovasculares e osteoporose com o aumento da gordura corporal total e redução da massa óssea, respectivamente. Mudanças da composição corporal são sugeridas como provável via para explicar o declínio funcional relacionado ao envelhecimento. A perda de massa magra/muscular parece ser maior

Figura 2 – Composição corporal e densidade óssea do corpo total por DXA de homem jovem eutrófico (29 anos de idade; $\text{IMC} = 23,3 \text{ kg/m}^2$)



em homens e negros, especialmente nos membros superiores, e associa-se a maior risco de incapacidade e morte. Sem uma adequada metodologia de avaliação de composição corporal, é difícil a identificação de sarcopenia nesses indivíduos, particularmente se forem obesos.

Esses aspectos de distribuição e redistribuição da composição corporal são factíveis e podem ser quantificados de forma objetiva, precisa e acurada por meio da densitometria óssea de corpo total, que se baseia na estimativa da densidade, massa e área corporal total.

Figura 3 – Composição corporal e densidade óssea do corpo total por DXA de mulher jovem eutrófica (25 anos de idade; IMC = 21,1 kg/m²)

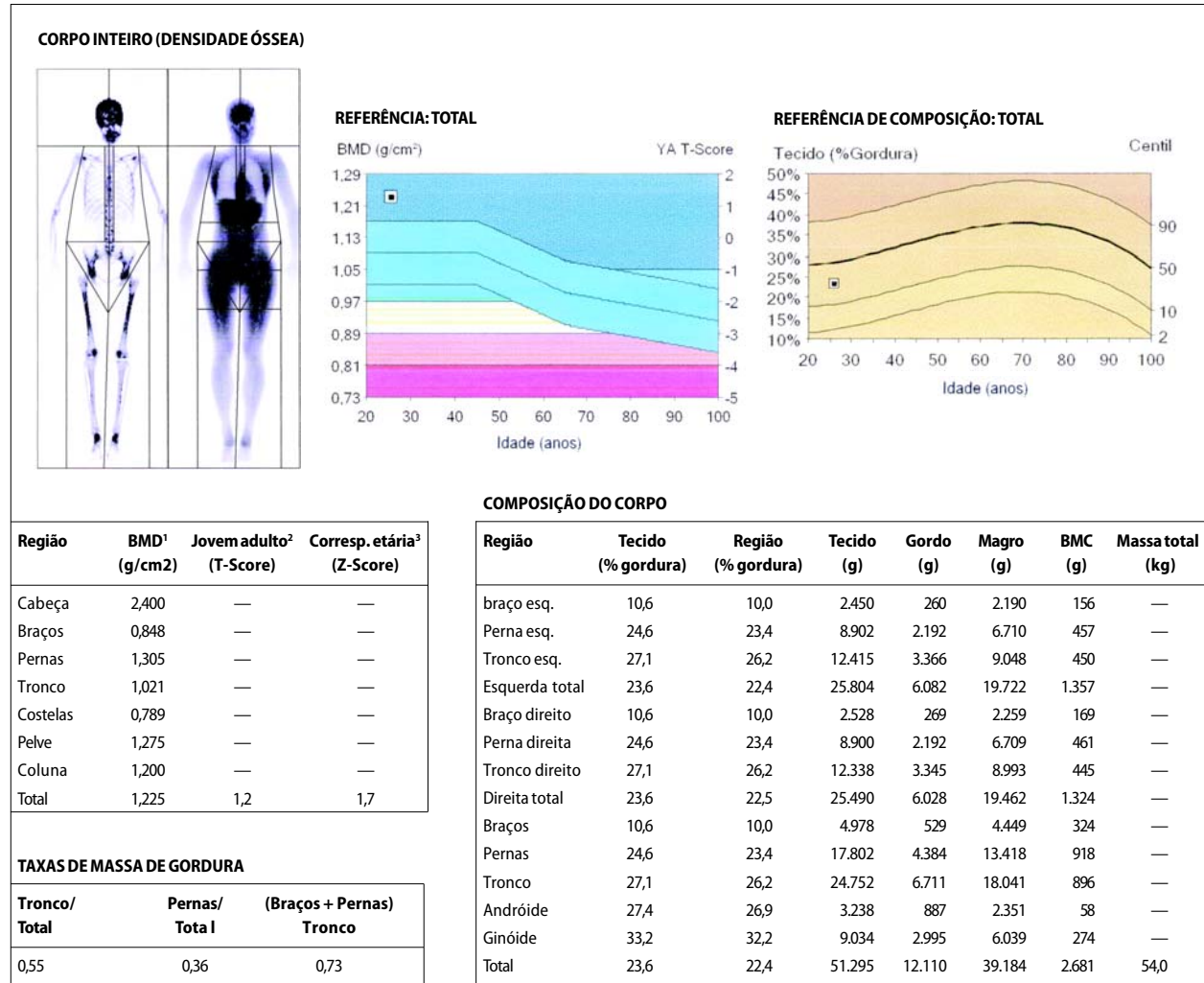
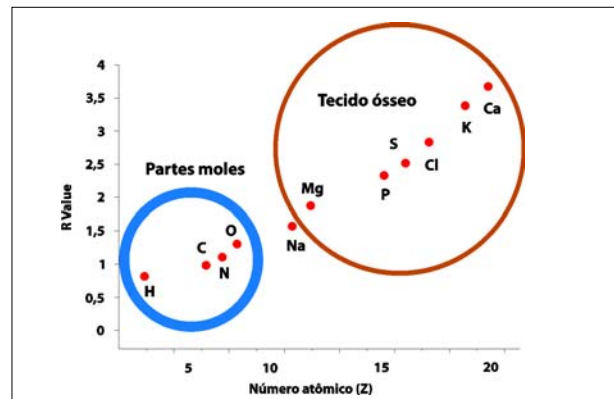


Figura 4 – Ratio value de átomos relacionados com a massa adiposa (hidrogênio e carbono), magra (nitrogênio) e óssea (cálcio, magnésio e fósforo).

Elemento	Z	A	40 keV	70 keV	R value
H	1	1,008	0,346	0,317	1,09
C	6	12	0,205	0,168	1,22
N	7	14	0,225	0,172	1,30
O	8	16	0,253	0,179	1,42
Na	11	23	0,385	0,202	1,90
Mg	12	24,3	0,470	0,224	2,01
P	15	31	0,778	0,284	2,74
S	16	32,1	0,951	0,326	2,91
Cl	17	35,5	1,100	0,349	3,15
K	19	39,1	1,484	0,430	3,45
Ca	20	40,1	1,792	0,506	3,54

Figura 5 – Ratio value de átomos presentes nos tecidos moles e no tecido ósseo durante a interpretação da composição corporal – modelo tricompartmental – feito pela DXA.



A absorciometria por dupla emissão de raios X (DXA) foi inicialmente desenvolvida para o diagnóstico de osteoporose, identificação de indivíduos com maior risco de fratura e monitoração do tratamento e, dessa forma, aplicada ao estudo de importantes sítios esqueléticos de fratura por osteoporose, como coluna vertebral, fêmur e antebraço. O estudo do corpo total permitiu a avaliação do tecido ósseo total e por regiões, mas também de componentes das partes moles – massa magra e adiposa (total e regional) (Figuras 2 e 3). Assim, os três principais componentes (modelo 3C) da composição corporal (massa magra ou livre de gordura, adiposa ou gorda e óssea) podem ser avaliados por um único método, com elevada precisão, curto tempo de aquisição e pequena quantidade de radiação ionizante.

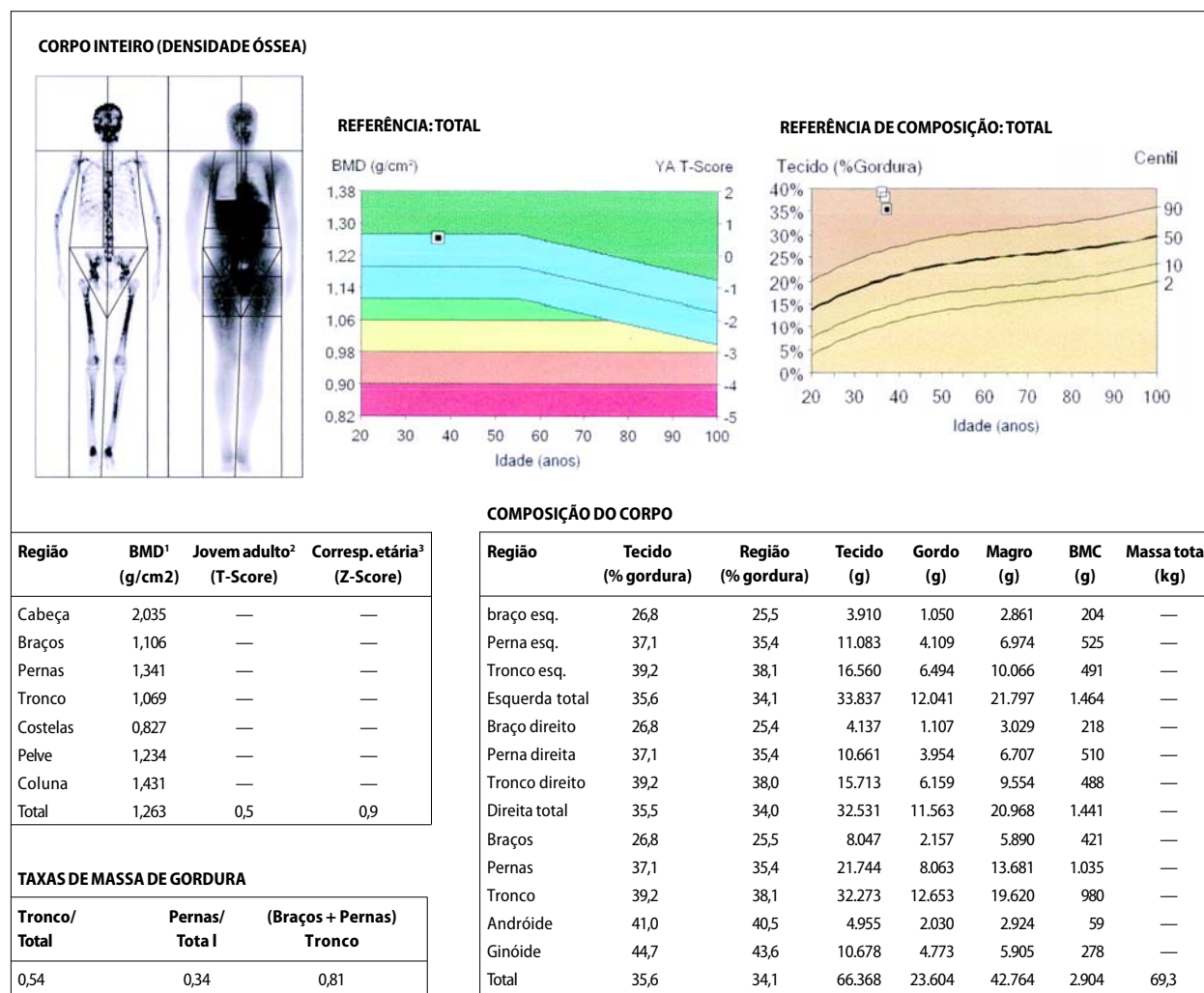
O aparelho de densitometria consegue discernir os componentes das partes moles (massa magra e adiposa) do tecido ósseo por meio do *Ratio Value* (R Value), que é a razão da atenuação entre a fonte de baixa (40 keV) e de alta energia (70 keV). É função do coeficiente de atenuação e fração da massa de cada componente, no qual quanto maior for o número atômico maior o R value (Figuras 4 e 5).

Pela DXA, os três componentes são relativamente pouco afetados pela variação na composição química da FFM, uma vez que a densitometria foi desenvolvida para detectar variações da massa óssea e mineral. No entanto, é importante ressaltar que os resultados podem ser diferentes de acordo com o fabricante e *software* utilizados.

As principais aplicações clínicas da DXA para o estado da composição corporal têm sido em avaliações de:

- *atividade física*: atletas (desempenho em competições e estratégias de treinamento; potencial de massa magra em esportistas de elite; impacto do exercício sobre a composição corporal e estado nutricional);
- *nutrição*: verificar a associação entre a ingestão de macro e micronutrientes (inquéritos epidemiológicos) e a distribuição da composição corporal;
- *várias doenças* como insuficiência renal crônica, síndromes disabsortivas, hepatopatias crônicas, doença arterial coronariana (síndrome metabólica, obesidade visceral); *envelhecimento* (síndrome de fragilidade, sarcopenia); *uso de medicações* como anti-retrovirais, hormônio do crescimento,

Figura 6 – Composição corporal e densidade óssea do corpo total por DXA em homem com elevada taxa de massa adiposa e IMC eutrófico pelos critérios da OMS (37 anos de idade; IMC = 24 kg/m²)



terapia hormonal com estrogênio ou testosterona e corticoterapia prolongada; monitoração do *crescimento* em crianças e adolescentes; *antes e após intervenções específicas como cirurgia bariátrica e transtornos alimentares* (obesidade, bulimia e anorexia nervosa). Nessa última indicação é importante ressaltar que grandes obesos não conseguem realizar o exame por limitação do método. Aparelhos mais modernos e novos *softwares* permitirão a análise de indivíduos com maior estatura e largura, bem como naqueles com maior peso corporal.

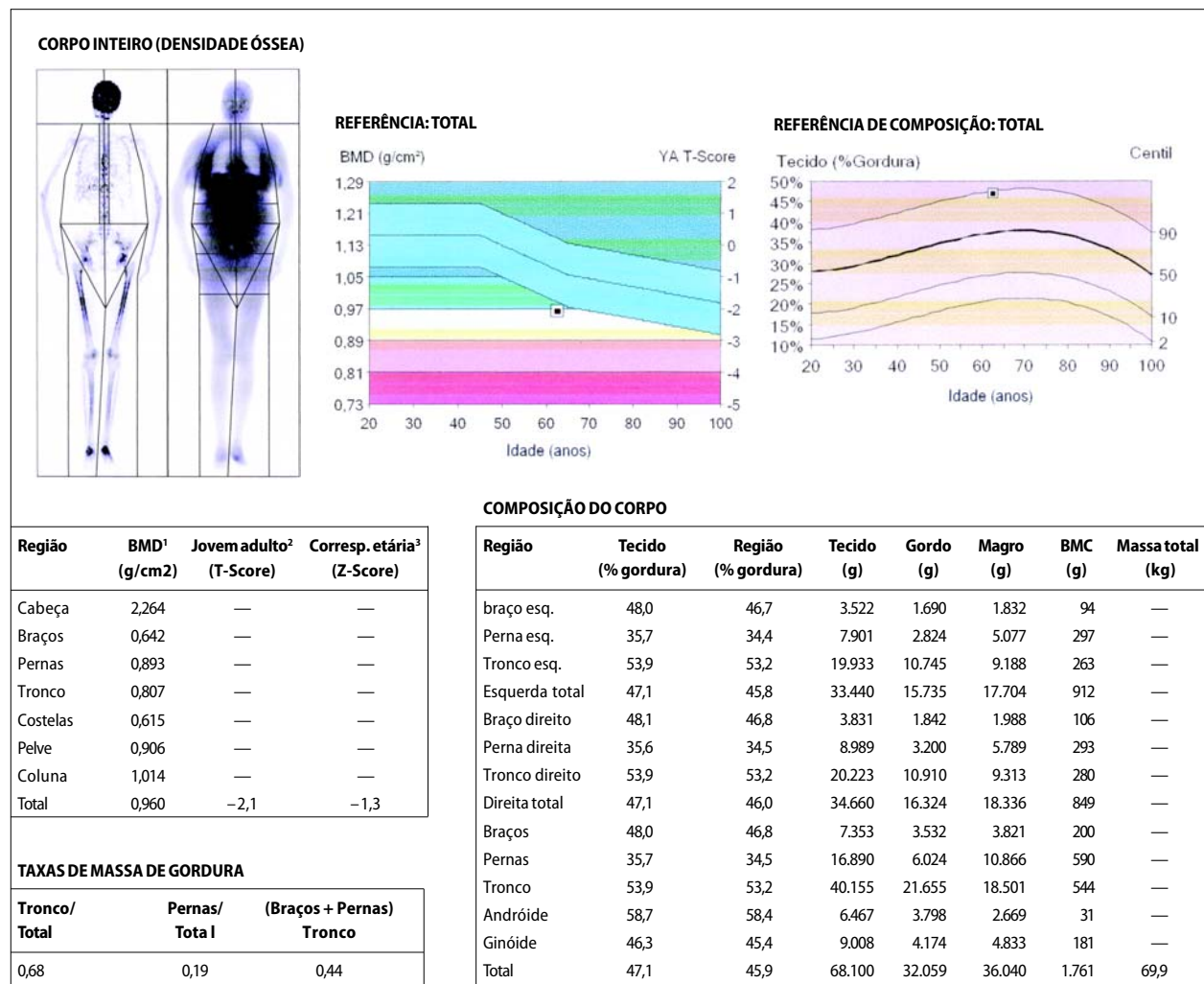
O uso de modelos de 3 e 4C, que combinam medidas de densidade óssea com conteúdo mineral e de água corporal, reduzem os erros associados com modelos tradicionais de 2C (*fat e fat free mass*). As equações nos modelos bicompartimentais devem ser específicas para cada população. A variação da água afeta as medidas da massa adiposa pela DXA em menos de 1%. Assim, os indivíduos não precisam estar hidratados, como na BIA e PH, e pacientes com elevado teor de água, como cirróticos e urêmicos em hipervolemia, podem ser avaliados de forma mais acurada do que com outras metodologias.

Dessa forma, podemos classificar o indivíduo como de maior risco para doença cardiovascular, bem como identificar pessoas consideradas eutróficas pelos critérios propostos pela OMS, mas possuem elevada adiposidade corporal e, dessa forma, deveriam ser chamadas de obesas (Figura 6).

Diversas evidências apontam que a gordura abdominal (padrão andróide ou *apple shape*) tem valor preditivo positivo para o risco de doença arterial coronariana maior do que a massa adiposa total. A medida da cintura abdominal e relação cintura/quadril também tem melhor desempenho para predizer risco coronariano do que o IMC, bem como se correlaciona com a gordura visceral. A avaliação do tipo de acúmulo de adiposidade (padrão andróide e *pear shape* ou padrão ginóide e razão andróide: ginóide) (Figura 7) pode ser aferido de forma acurada pela DXA do corpo total e apresenta correlação significativa com a avaliação pela tomografia computadorizada de abdome, medida do pâncrelo adiposo pela ultra-sonografia e ressonância magnética.

No entanto, mais estudos precisam ser feitos para assegurar valores de referência, das medidas de composição corporal por DXA, para idade, gênero, população saudável e não saudável, atletas e sedentários, especialmente no Brasil.

Figura 7 – Composição corporal e densidade óssea do corpo total por DXA em mulher com elevada taxa de massa adiposa, especialmente padrão andróide, e sobrepeso pré-obesidade pelos critérios da OMS (47 anos de idade; IMC = 27,3 kg/m²)



FUNÇÃO GONADAL EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

ALUNA: POLLYANA MARIA FERREIRA SOARES

Orientador: Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva

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

Objetivos: avaliar a função gonadal em pacientes com LES do sexo masculino e comparar os parâmetros do sêmen nos pacientes com LES *versus* controles saudáveis. **Métodos:** foi realizada uma avaliação prospectiva de 35 pacientes do sexo masculino com LES diagnosticados de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia acompanhados em dois serviços de reumatologia: Disciplina de Reumatologia e Unidade de Reumatologia Pediátrica da FMUSP. Foram avaliados dados demográficos, características clínicas, atividade da doença (Sledai), dano cumulativo do LES (SLICC-ACR/DI), uso de medicamentos, avaliação urológica, ultra-sonografia testicular com Doppler, hormônios (FSH, LH, testosterona total, T3, T4, T4 livre, TSH e prolactina), análises do sêmen pelos critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pesquisa de anticorpos antiespermatozóides. O grupo controle foi composto de adolescentes e adultos saudáveis pareados para a faixa etária. **Resultados:** a média de idade nos pacientes com LES e controles foi $28,9 \pm 8,8$ (15-45) e $29,1 \pm 8,9$ (15-45) anos, respectivamente ($p=0,914$). Os pacientes com LES tiveram uma menor mediana de: volume testicular direito e esquerdo ($p=0,003$ e $p=0,004$), número total de espermatozóides ($p=0,002$) e número total de espermatozóides móveis ($p=0,004$) em relação aos controles. Assim como a média do volume do sêmen e a porcentagem de formas normais de espermatozóides foram menores nos LES *versus* controles ($p=0,015$ e $p=0,015$). Todos os pacientes com LES (100%) tiveram alterações nos espermatozóides e foram divididos em grupo A com 18 pacientes (teratozoospermia) e B com 17 (azoospermia ou teratozoospermia em combinação com oligozoospermia e/ou astenozoospermia). Não houve diferença estatística nos dois grupos em relação a: dados demográficos, manifestações clínicas do LES, Sledai, SLICC-ACR/DI e anticorpos antiespermatozóides ($p>0,05$). Entretanto, a frequência de uso de pulsoterapia com ciclofosfamida endovenosa (PCE) após a primeira ejaculação foi maior no

grupo B *versus* A ($p=0,001$). As medianas do volume testicular direito e esquerdo por ultra-sonografia foram menores no grupo B *versus* A ($p=0,001$ e $p=0,001$). Assim como níveis de FSH elevados foram mais frequentes no grupo B *versus* A ($p=0,018$). As análises do sêmen evidenciaram que os pacientes com LES que utilizaram PCE tiveram menores medianas, comparadas aos pacientes que não receberam esta terapia, de: concentração dos espermatozóides (2×10^6 *versus* 82×10^6 , $p=0,0001$), contagem total de espermatozóides (6×10^6 *versus* 150×10^6 , $p=0,0001$), contagem total de espermatozóides móveis ($2,5 \times 10^6$ *versus* 94×10^6 , $p=0,0001$), motilidade dos espermatozóides ($48,5$ *versus* $64,5\%$, $p=0,004$), formas normais por Kruger ($0,5$ *versus* 3% , $p=0,038$) e formas normais pela OMS ($7,5 \pm 7,3$ *versus* $15,0 \pm 8,2\%$, $p=0,009$). Níveis elevados de FSH foram detectados em 42,8% dos pacientes submetidos a PCE comparados a 9,5% dos que não receberam essa droga ($p=0,038$). Além disso, a média dos níveis elevados de FSH foi significativamente maior nos que receberam PCE comparado aos pacientes que não utilizaram este medicamento ($11,81 \pm 1,64$ *versus* $5,45 \pm 0,98$ IU/L, $p=0,0013$). Assim como as medianas dos volumes testiculares direito e esquerdo, aferidas pela ultra-sonografia, foram significativamente menores nos pacientes que receberam PCE em relação aos que não utilizaram esta droga [$9,5$ (3,8-14,6) *versus* $12,1$ ml (5,13-21,8), $p=0,0147$; $9,27$ (3,28-12,4) *versus* $12,8$ ml (4,96-22), $p=0,0008$; respectivamente]. Entretanto, não foi observada diferença significativa nas frequências de anticorpos antiespermatozóides positivos nos pacientes com e sem PCE (21% *versus* 52%, $p=0,088$). **Conclusões:** os pacientes com LES apresentaram alterações nos espermatozóides e redução dos volumes testiculares, evidenciando uma redução do potencial de fertilidade. As alterações nos espermatozóides desses pacientes foi consequência do tratamento com PCE, determinando uma redução dos volumes testiculares e elevação dos níveis séricos de FSH.

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA SINOVECTOMIA RADIOISOTÓPICA COM SAMÁRIO-153 HIDROXIAPATITA EM JOELHOS DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

ALUNA: MARLA FRANCISCA DOS SANTOS

Orientador: Prof. Dr. Jamil Natour

Co-orientadora: Rita Nely Vilar Furtado

Tese apresentada à Unifesp-EPM para obtenção do título de Mestre em Ciências

Objetivos: avaliar a longo prazo a efetividade e tolerância da sinovectomia radioisotópica realizada pelo Samário-153 hidroxapatita em pacientes com artrite reumatóide (AR) e sinovite

ativa de joelho. **Métodos:** cinquenta e oito pacientes com AR (60 joelhos) e sinovite crônica e ativa de joelhos foram convidados a participar de um estudo controlado, randomizado, duplo-

cego. Os pacientes foram randomizados para receber infiltração do joelho guiada por fluoroscopia com 40mg de hexacetonida de triancinolona (grupo HT) ou 15mCi de Samário-153 hidroxipatita associado a 40mg de hexacetonida de triancinolona (grupo Sm). Foi realizada avaliação cega dos pacientes no tempo inicial (T0), após uma (T1), 4 (T4), 12 (T12), 32 (T32), e 48 (T48) semanas da intervenção e foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: escala visual analógica (EVA) de dor e edema, rigidez matinal, goniometria, perimetria articular, escala visual analógica de melhora (EVAM) segundo o paciente e o avaliador, porcentagem de melhora segundo o paciente, questionário de avaliação funcional HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (*The short form 36 health survey questionnaire*), questionário Lequesne

de joelho, consumo diário de comprimidos de diclofenaco e de prednisona, número de telefonemas para médico, número de idas ao hospital, número de efeitos colaterais locais e sistêmicos e número de eventos. Considerou-se significância estatística de 5%. **Resultados:** a amostra foi homogênea no tempo inicial e não houve perdas. Observou-se melhora de ambos os grupos em relação ao tempo inicial, porém não houve diferença estatística entre os grupos para as variáveis analisadas no decorrer do estudo. O grupo Sm apresentou significativamente mais efeitos adversos no T1, porém foram leves e transitórios. Nenhum efeito adverso grave foi relatado durante o estudo. **Conclusão:** a sinovectomia radioisotópica provocada pelo Samário-153 hidroxipatita na dose de 15mCi não foi efetiva no tratamento de sinovite de joelho em pacientes com AR acompanhados por um ano.

PUBLICAÇÕES

MARCELO PINHEIRO

TOP 10

1. INFliximab INIBE A REABSORÇÃO ÓSSEA ATRAVÉS DE PRÉ-OSTEOCLASTOS CIRCULANTES EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE E ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Infliximab inhibits bone resorption by circulating osteoclast precursor cells in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Gengenbacher M, Sebald HJ, Villiger PM, Hofstetter W, Seitz M. Ann Rheum Dis 2007 (Epub)

Estudaram os efeitos do infliximabe (IFX) sobre a reabsorção óssea de 9 pacientes com artrite reumatóide (AR) e 10 com espondilite anquilosante (EA) e compararam com 19 indivíduos saudáveis. Antes e durante 24 semanas de uso de IFX, as células mononucleares, incluindo pré-osteoclastos, foram cultivadas com o objetivo de promover a diferenciação em osteoclastos. A reabsorção óssea foi avaliada morfometricamente e por meio de marcadores bioquímicos. Após isso, os achados foram correlacionados com a atividade da doença. Na primeira avaliação, a reabsorção óssea de pacientes com AR era maior do que em pacientes com EA. Após a administração do IFX, houve relevante redução da reabsorção óssea – menor osteoclastogênese e redução da piridinolina e deoxipiridinolina – em reumatóides e espondilíticos. Observaram, ainda, elevação da osteocalcina. Esses efeitos ocorreram de forma mais significativa e precoce em pacientes com AR e coincidiram com a melhora da atividade clínica.

2. TERAPIA COMBINADA AGRESSIVA COM INJEÇÕES INTRA-ARTICULARES COM GLICOCORTICOSTERÓIDES E DMARDS CONVENCIONAIS EM ARTRITE REUMATÓIDE INICIAL EM DOIS ANOS – RESULTADOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS DO THE CIMESTRA STUDY

Aggressive combination therapy with intraarticular glucocorticoid injections and conventional DMARDs in early rheumatoid arthritis Two Year Clinical and Radiographic Results From The CIMESTRA Study. Hetland ML, Stengaard-Pedersen K, Junker P, et al. Ann Rheum Dis. 2007

Os autores investigaram se o controle clínico e radiológico da artrite reumatóide pode ser alcançado e mantido em 160 pacientes com artrite reumatóide inicial em atividade (ARI), menos de seis meses de duração) durante o segundo ano de tratamento agressivo com DMARDs convencionais (metotrexato em monoterapia ou metotrexato mais ciclosporina por 76 semanas) e infiltração intra-articular (IIA) com betametasona, por meio de estudo duplo-cego, randômico e controlado (*Cimestra study*). Na semana 68, hidroxicloroquina (200 mg/dia) foi adicionada. Da semana 76 a 104, a ciclosporina foi reduzida gradativamente até a suspensão. ACR20, ACR50 e ACR70 foram alcançados em 88%, 79% e 59% dos pacientes na terapia combinada versus 72%, 62% e 54% no grupo da monoterapia com MTX ($p=0,03, 0,02$ e $0,6$ entre os grupos). A remissão foi observada em 12 e 9%, respectivamente. A progressão do escore total de Sharp/vdHeijde foi de $1,42\pm3,52$ e $2,03\pm5,86$ na terapia combinada e monoterapia, respectivamente (NS). Hipertensão não foi um achado estatisticamente prevalente e o aumento da creatinina sérica foi observado em 7% do grupo da ciclosporina e 4% do grupo da monoterapia. Assim, MTX administrado continuamente e IIA com corticosteróides proporcionou excelente resposta clínica e controle da atividade da doença e a progressão das erosões foi mínima. A combinação da ciclosporina durante as primeiras 76 semanas representou melhora significativa da resposta ACR20 e ACR50, mas não se traduziu por qualquer efeito adicional da taxa de remissão ou desfecho radiológico.

3. EVENTOS NEUROPSIQUIÁTRICOS AO DIAGNÓSTICO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: UM ESTUDO DE COORTE INTERNACIONAL

Neuropsychiatric events at the time of diagnosis of systemic lupus erythematosus: an international inception cohort study. Hanly JG, Urowitz MB, Sanchez-Guerrero J, et al. Arthritis Rheum 2007; 56 (1): 265-73

Os pesquisadores descreveram a prevalência, características e a significância clínica das manifestações neuropsiquiátricas (NP)

apresentadas por pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) inseridos em uma coorte internacional. Os pacientes foram incluídos no estudo nos primeiros 15 meses após o diagnóstico (pelo menos quatro critérios de classificação do ACR para LES). Todos os eventos NP foram identificados de acordo com as definições das 19 síndromes NP pelo ACR. Foram avaliados 572 pacientes (88% do sexo feminino) com tempo médio de doença de 5,2 meses e média de idade de 35 anos. Pelo menos um evento NP foi observado em 158 (28%) dos pacientes. No total, foram 242 eventos em 15 das 19 síndromes NP. Apenas 19 a 38% dos eventos foram atribuídos ao LES e, naqueles pacientes com as manifestações NP, foi observado menor qualidade de vida medida pelo SF-36 e maior índice de dano, medido pelo SDI. Os autores concluíram que pelo menos um terço dos pacientes com LES apresentam alguma manifestação NP e, na maioria dos casos, essas manifestações não são atribuídas ao LES.

4. ESTUDO DUPLO-CEGO E RANDOMIZADO PARA AVALIAR A EFICÁCIA E A SEGURANÇA DO DACLIZUMABE NO TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES OCULARES DA DOENÇA DE BEHÇET

A double-masked, randomized study to investigate the safety and efficacy of daclizumab to treat the ocular complications related to Behçet's disease. Buggage RR, Levy-Clarke G, Sen HN, et al. *Ocul Immunol Inflamm* 2007; 15 (2): 63-70

O uso do daclizumabe, anticorpo monoclonal humanizado anti-receptor IL-2R α no linfócito T, foi avaliado em 17 pacientes com doença de Behçet que apresentavam pelo menos uma manifestação ocular. Os pacientes mantiveram o tratamento com imunossupressor e foram alocados para o grupo daclizumabe (9 pacientes) ou placebo (8 pacientes) e acompanhados por 15 meses (mediana). No grupo daclizumabe, foram realizadas infusões de 1mg/kg a cada 2 semanas nas primeiras 6 semanas e depois a cada 4 semanas enquanto durasse o estudo. De acordo com a resposta clínica, o tratamento imunossupressor poderia ser diminuído seis meses após o ingresso do paciente no protocolo de estudo. Pacientes no grupo placebo apresentaram menor frequência de reativação ocular (mediana de 0,17 versus 1,70, respectivamente) e menor necessidade do uso de imunossupressores. Não houve eventos adversos sérios durante o estudo. Assim, o uso do daclizumabe não foi eficaz no tratamento de manifestações oculares na doença de Behçet.

5. BLOQUEIO DA ARTRITE EXPERIMENTAL PELA CLIVAGEM DE ANTICORPOS IgG IN VIVO

Blocking of experimental arthritis by cleavage of IgG antibodies in vivo. Nandakumar KS, Johansson BP, Björck L, Holmdahl R. *Arthritis Rheum* 2007; 56 (10): 3253-3260

Investigaram se a enzima IdeS, responsável pela degradação da IgG do *Streptococcus Pyogenes* e capaz de clivar a IgG humana, poderia bloquear também o desenvolvimento de artrite em camundongos. IdeS recombinante foi purificada e testada quanto a sua especificidade contra IgG de camundongo. Após isso, foi administrada por via endovenosa nos animais com artrite induzida por anticorpo anti-colágeno (Caia), com artrite in-

duzida por colágeno (CIA) ou camundongo com CIA recorrente. Observaram que a IdeS cliva com eficiência a IgG2a/c e IgG3 do camundongo *in vitro*. *In vivo*, até mesmo baixas dosagens (10mg) foram capazes de clivar a IgG2a/c, sem eventos adversos. Não foi observado nenhum efeito na artrite induzida por IgG2b (anticorpo) contra colágeno (CAIA). Sabendo que a IdeS não cliva IgG2b, isto indicaria que o mecanismo de ação do IdeS é por clivagem de IgG. O tratamento da artrite com IdeS reduziu a gravidade da artrite quando administrado durante as primeiras 24 horas após o início da artrite, porém não bloqueou uma artrite grave já em andamento. O tratamento com IdeS também preveniu significativamente a artrite crônica induzida por anticorpo e postergou o início, reduzindo também a gravidade da artrite (CIA) clássica. Dessa forma, a IdeS tem potencial terapêutico em artrites auto-imunes, mediadas por IgG, e pode representar um novo mecanismo de bloqueio de anticorpos patogênicos.

6. DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO INICIAL DE UMA MEDIDA AUTO-APLICÁVEL PARA ADULTOS COM VASCULITE DE PEQUENOS VASOS ASSOCIADAS AO ANCA

Development and initial evaluation of a measure of self-management for adults with antineutrophil cytoplasmic antibody-associated small-vessel vasculitis. Thorpe CT, Devellis RF, Lewis MA, Blalock SJ, Hogan SL, Devellis BM. *Arthritis Rheum* 2007; 57 (7): 1296-1302

Desenvolveram e validaram uma escala auto-aplicável (EAV) para avaliação de atividade de vasculite de pequenos vasos associada ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (VPV-ANCA) para adultos, após revisão da literatura, entrevista com pacientes e consulta a especialistas. Um total de 205 pacientes com VPV-Anca ou condição muito semelhante completaram a EAV, após responderem questionário auto-aplicável enviado pelo correio, juntamente com medidas sociodemográficas, variáveis clínicas e adesão às recomendações médicas. Quarenta e quatro pacientes completaram a EAV pela segunda vez, com o propósito de assegurar a confiabilidade do método por meio de reteste. A análise sugere uma escala com 8 domínios (fator 8). A EAV final consistiu em 43 itens que representaram estes 8 domínios comportamentais. A validade interna das 8 subescalas variou de minimamente aceitável ($\alpha=0,67$) a excelente ($\alpha=0,94$), e as correlações dos escores da escala no tempo 1 e tempo 2 sugerem uma boa estabilidade temporal. Os dados sugerem que a EAV é um método promissor capaz de avaliar a atividade da VPV-Anca em adultos.

7. CONCEITOS ATUAIS: UMA AVALIAÇÃO CRÍTICA DA "DOENÇA DE LYME CRÔNICA"

Current Concepts: A Critical Appraisal of "Chronic Lyme Disease". Feder HM Jr, Johnson BJ, O'Connell S, Shapiro ED, Steere AC, Wormser GP. *Ad Hoc International Lyme Disease Group. NEJM* 2007; 357 (14): 1422-30

Trata-se de um artigo de revisão de grande impacto para os clínicos e reumatologistas de países com doença causada pelo carrapato, especialmente a *Borrelia burgdorferi*, a doença de Lyme crônica (pacientes com persistência de sintomas inespecíficos como dores, sintomas cognitivos, fadiga ou todos associados)

com ou sem evidências sorológicas de doença de Lyme pregressa ou tardia. Como muitos médicos clínicos e mesmo reumatologistas insistem na terapia antimicrobiana por longo prazo, os autores questionam, justificam e ao final desaconselham este tipo de tratamento. As seguintes justificativas são enumeradas: 1) baixa probabilidade de uma infecção ocorrer em pacientes com sorologias negativas; 2) mesmo se provada esta relação, tratamentos com antimicrobianos por tempo prolongado não se mostraram eficazes para o tratamento da doença de Lyme crônica em estudos controlados; 3) o tratamento prolongado está associado a maior risco de eventos adversos; 4) relatos com melhora dos sintomas com tratamento à base de antimicrobianos podem ser explicados por seu conhecido efeito antiinflamatório. Assim, as evidências científicas contra a existência de doença de Lyme crônica e os riscos da terapia antimicrobiana por longo tempo devem ser discutidas com o paciente. De modo geral, o *AD Hoc International Lyme Disease Group* desaconselha o tratamento antimicrobiano por tempo prolongado em pacientes com doença de Lyme crônica.

8. VERSÃO BRASILEIRA EM PORTUGUÊS DO HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE PARA ESPONDILOARTROPATIAS (HAQ-S) EM PACIENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO

Brazilian-Portuguese version of the Health Assessment Questionnaire for Spondyloarthropathies (HAQ-S) in patients with ankylosing spondylitis: a translation, cross-cultural adaptation, and validation. Shinjo SK, Gonçalves R, Kowalski S, Gonçalves CR. Clin Rheumatol 2007; 26 (8): 1254-8

O objetivo do estudo foi a tradução e adaptação cultural, para a língua portuguesa, dos cinco itens específicos do *Health Assessment Questionnaire* para espondiloartropatias (HAQ-S), bem como a validação da versão brasileira do instrumento (HAQ-S BP). As normas internacionais foram adotadas (tradução e *back-translation*). Para a validação do instrumento, 25 pacientes com espondilite anquilosante foram avaliados através do HAQ, *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (Basfi), *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (Basdai), *Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index* (Basmi) e exames laboratoriais (VHS e proteína C-reativa). Somente uma questão foi modificada para adaptação cultural. Os coeficientes de correlação intra e interobservador foram 0,990 ($p < 0,05$) e 0,993 ($p < 0,05$), respectivamente. O HAQ-S BP teve correlação significativa com Basfi ($r = 0,57$) e HAQ ($r = 0,96$), mas não com Basdai ($r = 0,28$), Basmi ($r = 0,19$) e com os exames laboratoriais. Individualmente, o quinto item (dirigir carro) teve elevada correlação com o componente de rotação cervical ($r = 0,9$). Assim, o HAQ-S BP teve adequada reprodutibilidade, consistência interna e validade e pode ser utilizado para avaliação de brasileiros com espondilite anquilosante.

9. OS EFEITOS DO TREINAMENTO COM EXERCÍCIOS VIGOROSOS SOBRE A CAPACIDADE FÍSICA DE CRIANÇAS COM ARTRITE: UM ESTUDO CEGO, RANDOMIZADO E CONTROLADO

The effects of vigorous exercise training on physical function in children with arthritis: A randomized, controlled, SINGLE-BLINDED trial. Singh-Grewal D, Schneiderman-Walker J, Wright V, et al. Arthritis Rheum 2007; 57 (7): 1202-10

Investigaram a efetividade do treino aeróbio de alta intensidade comparado com o de baixa intensidade no que diz respeito ao gasto energético para locomoção, pico de consumo de oxigênio e de força, bem como auto-avaliação da função física em 80 crianças com artrite idiopática juvenil (AIJ), de 8 a 16 anos de idade, por meio de estudo randômico. Ambos os grupos participaram de um programa de treinamento 3 vezes por semana por 12 semanas que consistia de exercícios aeróbios de alta intensidade no grupo experimental (GE) e *qigong* (programa de relaxamento semelhante ao *tai chi*) no grupo controle (GC). Os exercícios aeróbios consistiam de um misto de dança e artes marciais (cárdio-karatê). Os participantes realizaram a medida do consumo submáximo de oxigênio a 3 km/h (VO2 submax), bem como consumo máximo de oxigênio e pico de força, no início e final do programa. A função física foi avaliada através do HAQ para crianças (C-HAQ). De modo geral, o programa foi bem tolerado e seguro em ambos os grupos. Não houve diferença do VO2 submax ou em qualquer outra medida dos dois grupos durante o estudo e também não houve indicativo de melhora. Ambos os grupos mostraram melhora significativa no C-HAQ sem diferenças entre os grupos. A adesão foi melhor no grupo controle que no experimental. Dessa forma, programas de atividade física, com ou sem componente aeróbio, são seguros e ocasionam melhora da função física de crianças com AIJ. A intensidade do treino aeróbio parece não trazer benefícios adicionais, mas a elevada taxa de adesão ao programa de *qigong* sugere que regimes menos intensos são mais bem tolerados.

10. OS PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE SÃO MENOS FÍSICAMENTE ATIVOS QUE A POPULAÇÃO GERAL?

Are patients with rheumatoid arthritis less physically active than the general population? Van den Berg MH, De Boer IG, Le Cessie S, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. J Clin Rheumatol 2007; 13 (4): 181-6

Atualmente, a promoção da atividade física entre pacientes com artrite reumatóide (AR) é bastante recomendada. No entanto, pouco se sabe sobre o nível de atividade física ideal para esses em relação à população. Os autores compararam os níveis de atividade física auto-referidos pelos pacientes com AR com aqueles relatados pela população geral. Foram enviados questionários sobre atividade física (*Short Questionnaire to Assess Health-Enhancing Physical Activity*) para 400 pacientes com AR e calculado o tempo gasto em minutos. A taxa de resposta foi 63% (252 pacientes). A proporção de pacientes que alcançaram as recomendações para atividade física do serviço de saúde pública holandês (pelo menos 30 minutos 5 dias/semana) foi semelhante à da população geral (57% de 45-64 anos; 59% com mais de 65 anos de idade e 58% no total). O número médio de minutos semanais foi significativamente menor nos pacientes com AR do que na população geral, na faixa etária de 45 a 64 anos (1.836 versus 2.199 minutos, respectivamente). Nos mais velhos (mais do que 65 anos) a diferença não foi significativa (1.115 versus 1.218 minutos, respectivamente). Como os pacientes com AR tem risco aumentado para condições crônicas como osteoporose e doença cardiovascular, os autores chamam a atenção para o incentivo da atividade física diária de pacientes com AR.

O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A ANAPAR

A Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (Anapar) é uma instituição sem fins lucrativos, juridicamente constituída como uma associação civil de caráter cultural, educacional, voltada para a promoção da saúde, do estudo e da pesquisa.

O movimento de criação da Anapar teve seu início em 1994 diante da forte necessidade que alguns Grupos Regionais de Apoio aos Pacientes Reumáticos se viram adstritos. A sua criação, em 29 de abril de 2006, foi o resultado da coesão dos Grupos Regionais já constituídos no sentido do fortalecimento das entidades junto aos poderes públicos, visando especialmente à aprovação de medidas legislativas de proteção dos interesses dos pacientes reumáticos. A Associação tem hoje como maior desafio levar ao conhecimento público a complexidade das doenças reumáticas e a busca dos direitos dos pacientes no atendimento das suas necessidades, sempre considerando as demandas que envolvem as terapêuticas médicas.

Atualmente, dos grupos operantes no país, 17 destes são associados à Anapar.

Cabe ressaltar que a principal finalidade desta entidade associativa é promover a integração dos Grupos e Associações de Pacientes Reumáticos brasileiros já constituídos, no intuito de valorizar os programas científicos de ensino e pesquisa, buscando a eliminação dos estigmas e discriminações que sofrem os pacientes reumáticos e visa, acima de tudo, ao fortalecimento da promoção da vida humana e do bem comum, de sorte a garantir, como um direito pleno de todo cidadão, a qualidade de vida aos pacientes reumáticos.

Entre os projetos apoiados, e hoje acompanhados diretamente pela Anapar, há o PLS n.º 320, instaurado pela Abrapar em 1999 e que respeita especificamente os direitos de proteção dos pacientes com doenças reumáticas. Tal projeto de lei representa a constante luta desta entidade pelos direitos e melhorias a estes pacientes, cuja vida passa a contar com especiais restrições. Entre os direitos perseguidos pela Associação está o de aposentadoria e de isenção de impostos, entre outros. Atualmente o projeto de lei encontra-se na relatoria do Senado Federal.

Os maiores esforços tem sido imprimidos no sentido da participação efetiva e eficiente da Anapar junto ao Senado Federal relativamente para sustar a implementação de medidas

impeditivas ao uso de medicamentos de alto custo pelos pacientes reumáticos. Com representatividade na *Audiência Pública do Conselho de Direitos Humanos*, ocorrida no mês de março do corrente ano, e tendo em vista as reiteradas decisões do STF restringindo o uso de tais medicamentos, restrição operada ante a edição da *Portaria Ministerial n.º 1.318 (D.O.M. 141 de 24/7/2002)* do Ministério da Saúde, a Anapar buscou a atualização e revisão da regra impeditiva a fim de que seja alcançado a todo doente reumático o tratamento necessário, independente do custo e manutenção, em atenção aos direitos fundamentais constitucionalmente garantidos (art. 6.º, da CF/88).

No início de setembro, estivemos na Jornada Brasileira do Cone Sul de Reumatologia, que aconteceu em Blumenau, onde nossos grupos foram recebidos carinhosamente pela equipe organizadora, Dr. João Elias de Moura Junior, presidente da Jornada, Dr. Fernando Neubarth, presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia e Dra. Ana Maria Gallo, diretora Executiva.

Nos dias 27 a 29 de setembro, a Anapar/Abrapar fez-se representar pela Sra. Abigail Gomes Silva, presidente das associações e Sra. Guiomar de Jesus Trovato Monaco, vice-presidente do Grupasp, no Encontro Latino-Americano de Associações de Pacientes com Artrite Reumatóide e Psoríase, acontecido em Buenos Aires. Os temas abordados no encontro foram:

- Por que estamos aqui?
- Comunicação clara e efetiva, para obter êxito.
- Carga emocional da artrite reumatóide e da psoríase.
- O impacto econômico da artrite reumatóide e da psoríase na sociedade.
- Como conciliar as necessidades dos pacientes com as políticas do sistema de saúde.
- Quais os direitos dos pacientes a um bom tratamento.
- Organização de uma associação e geração de recursos efetivos, além de dois *workshops* voltados para a artrite reumatóide e a psoríase;
- Foi instituído o dia 28 de setembro como Dia Latino-Americano de Artrite Reumatóide, data sugerida pela delegação brasileira e aclamada por unanimidade.
- Outros.



(1) Criação da Anapar em Campinas: Grupos Garce, Grupasp, Abrespan, Gruparse, Abrapar, Grupasp e Gruparse; (2) em Campinas: Grupos Arur, Abrapar, Gruparse, Grupasp, Abrapar, Garce, Gruparse, Grupaam; (3) em Fortaleza: Grupos Grupago, Grupasp, Abrapar, Garce, Abrespan, Gruparse, Grupaam, Garce, Grupasp, Gruparse, Grupaam.

Para 2008, o planejamento da Anapar está sendo elaborado, mas já temos algumas metas a alcançar:

- iniciar o ano acompanhando as pautas e fazendo sugestões em projetos de leis que atendam às nossas necessidades;
- organizar um Congresso Nacional para Pacientes Reumáticos, por ocasião dos dois anos da Anapar;
- criar o *site* da Associação;
- divulgar a associação por meio de informativos, *folders*, panfletos, entre outros;
- completar o quadro de associados com grupos existentes nos Estados brasileiros;
- estruturar administrativamente a Anapar e conseguir os títulos que nos é de direito.
- Buscar junto aos Ministérios da Cultura e do Turismo e outros órgãos de direito as adequações das Leis de Acessibilidade do Portador de Necessidade Especial, para os portadores que necessitam de cuidadores, esperando que em 2008 já consigamos implementá-las;

- encontro dos grupos nacionais, por ocasião do Congresso Brasileiro de Reumatologia, que acontecerá em Maceió, AL, promovido pela Sociedade Brasileira de Reumatologia. Entre a programação, haverá concurso para exposição de trabalhos artesanais dos grupos.

Obrigada a todos!

A Diretoria

ANAPAR

Sede: SQN 202 – Bloco F – Ap. 108
CEP 70832-060 – Brasília – DF
E-mail: anaparreumato_brasil@yahoo.com.br
Fone: 0++/61/3425-2662
Fax: 0++/61/3327-8826

GRUPOS DE APOIO AOS PORTADORES DE DOENÇAS REUMÁTICAS

ABRAPAR – Associação Brasileira de Pacientes Reumáticos

Presidente: Abigail Gomes Silva
SQN 202 – Bloco F – ap. 108
CEP 70832-060 – Brasília – DF
Fone: (61) 3425-2662 / 3327-8826
E-mail: abrapar@pop.com.br
Site: www.abrapar.com.br

ABRAPES – Associação Brasileira de Pacientes de Esclerose Sistêmica

Presidente: Maria do Rosário Costa Mauger
Vice-presidente: Paulo Menezes
Rua Dom João VI, 103 – Vila Nogueira
CEP 13088-005 – Campinas – SP
Fone: (19) 3256-7277
Fone da presid.: (19) 3256-7277 / (19) 9717-7570
E-mail: abrapes@yahoo.com.br

ABRESPAN – Associação Brasileira de Portadores de Espondilite Anquilosante

Presidente: Eduardo de Souza Meirelles – médico reumatologista
Rua Joaquim Antunes, 490 – conj. 71 – Pinheiros
CEP 05415-001 – São Paulo – SP
Fone/Fax: (11) 3081-5999
Site (em construção): www.abrespan.com.br
E-mail: emei@terra.com.br e abrespan@grupos.com.br

ABRESPAN no Rio de Janeiro – RJ:

Responsável: Adriano Macedo Félix
Rua Marechal Floriano, 316 – Centro
CEP 28460-000 – Miracema – RJ
Fone: (22) 9267-6697 / 3852-0947
E-mail: adrianomfelig@hotmail.com

ACREDITE – Amigos da Criança com Reumatismo

Presidente: Dr. Cláudio Arnaldo Len
Vice-presidente: Carmen Schivartche
Rua Borges Lagoa, 802 – V. Clementino

CEP 04083-001 – São Paulo – SP
Fone/Fax: (11) 5083-4380
Telefone do Dr. Cláudio: (11) 9194-8812
E-mail: len.cl@terra.com.br
Site: www.acredite.org.br

ADORE – Associação Paranaense dos Portadores de Doenças Reumáticas

Rua João Schleider, 74 – Boa Vista – Curitiba – PR
E-mail: adore@utp.br
Presidente: Maria Delvani Tolari de Almeida
Rua José Mehry, 481 – Bairro Boa Vista
CEP 82540-090 – Curitiba – PR
Assistente social: Amarilis Thomaz Mattei
Rua Aboud Kalil, 144 – Bairro Santa Felicidade
CEP 82410-350 – Curitiba – PR
E-mail: mareamar@ig.com.br
Fone da assist. social: (41) 3364-7392 / 9104-0515

AMAR – Associação Maringense de Apoio ao Reumático

Responsável: Elicia Ambrósio Valentini
Rua Sto. Antonio, 1228 – Vila Sete
CEP 87030-130 – Maringá – PR
Fone: (44) 3265-6655
E-mail: amar_mga@yahoo.com.br

AMDAR – Associação Mineira de Apoio ao Reumático

Presidente: Maria Helena Penna
Rua Grão Mogol, 502 – Carmo Sion
CEP 30310-010 – Belo Horizonte – MG
Fone da presidente: (31) 3261-8004

APAVI – Associação dos Portadores de Artrite do Vale do Itajaí

Presidente: Sra. Idete Agostinho Schramm
Rua Aladí S. Bini, 159 – Bairro Fazenda
CEP 88302-360 – Itajaí – SC
Fone: (47) 3249-1126 (das 14h às 18h, de segunda-feira a sexta-feira)
Fone da presidente: (47) 3365-2014/3344-2036

Fone do secretário executivo: Sr. João José, (47) 8403-1650 (atendimento 24 h, de segunda-feira a sexta-feira)
E-mail: apavitajai@hotmail.com

ARUR – Associação dos Reumáticos de Uberlândia e Região

Médico responsável: Dr. Roberto Ranza
Presidente: Ana Nunes da Mota
Rua dos Planos, 504 – Taíaman
CEP 38415-132 – Uberlândia – MG
Fones: (34) 3217-7524
E-mail: alandeteurur@yahoo.com.br

Associação dos Portadores do Lúpus do Vale dos Sinos

Presidente: Izabel Terezinha de Souza de Oliveira
Sede provisória: Rua Niger, Quadra 87, Casa 4.^a – Cohab Feitoria
CEP 93056-510 – São Leopoldo – RS
Fones: (51) 3575-4078 / (51) 9916-8434
Site: izabeloliveiras@yahoo.com.br

FIBROCURITIBA – Grupo de Apoio a Pacientes com Fibromialgia

Rua Pe. Camargo, 549 2º andar – Alto da Glória
CEP: 80060-240 – Curitiba – PR
Responsáveis: Dr. Eduardo S. Paiva, Dra. Vivian Pasqualin e Dra. Laura Moeller
Fone: (41) 3363-0348 – Srta. Alice

GARCE – Grupo de Apoio aos Pacientes Reumáticos do Ceará

Presidente: Marta Maria Serra Azevedo
End. Da Sede: Rua Gal. Caiado de Castro, 1100 – Cidade dos Funcionários
CEP 60821-560 – Fortaleza – CE
Fones: (85) 3241-2428 / (85) 9989-7121 / Fax: (85) 3241-2654
E-mail: garce.ceara@yahoo.com.br

GRUPAAM – Grupo de Pacientes Artríticos do Amazonas

Presidente: Maria Rita Simas Duarte
 Vice-presidente: Maria José D. Vasconcellos Dias
 Rua Ramos Ferreira, 1280 – Centro – Manaus – AM
 CEP 69020-080
 Fones: (92) 3238-5828 / (92) 3633-4977
 Fax: (92) 3238-8391 e cel. da pres.: (92) 9116-5357
 Rua Bonn – Quadra 44 – Casa 4 – Conj. Campos Eliseos – Bairro Planalto
 CEP 69045 050 – Manaus – AM
 E-mail : grupaam@yahoo.com.br
 E-mail da presidente: melka@vivax.com.br

GRUPAES – Grupo de Pacientes Artríticos do Espírito Santo

Presidente: Marlea Pomper Mayer
 Presidente do Conselho Científico: Dra. Iara Padilha da Silva
 Av. Champagnat, 583 – Sala 107 – Bairro Praia da Costa – Ed. Centro Médico Nilton de Barros
 CEP 29100-010 – Vila Velha – ES
 Fone: (27) 3349-9330
 Fone da presidente (27) 3223-5583 / 3225-6016 / 3229-4025
 E-mail: marlearegina@hotmail.com

GRUPAGO – Grupo de Pacientes Artríticos de Goiás

Presidente: Fábio dos Reis Fonseca
 Fone: (62) 9641-3094
 e-mail: grupago@yahoo.com.br
 Assessor: Ismael Fleck das Chagas
 Fone: (62) 9236-2206
 Contatos em Goiânia – GO: Rua 218, Quadra 43, n.º 946 – Setor Universitário
 CEP 74603 110 – Goiânia – GO
 Fone: (62) 9641-3094
 Em Aparecida de Goiânia – GO: Rua 502, Quadra 3 – lote 24 – Jd. Mont Serrat
 CEP 74917 310 – Aparecida de Goiânia – GO
 Fone: (62)3549-7688
 Site: www.grupago.org

GRUPAJUF – Grupo de Pacientes Artríticos de Juiz de Fora

Presidente: Edinei Guimarães
 Rua do Imperador, 97 – Bosque Imperial
 CEP: 36036-464 – Juiz de Fora – MG
 Fone: (32) 3232-4886
 E-mail: eguima@terra.com.br

GRUPAL – Grupo de Pacientes Artríticos de Porto Alegre

Responsável: Dr. Carlos Alberto von Muhlen (reumatologista)
 Av. Carlos Gomes, 328 – sala 711
 CEP 90480-000 – Porto Alegre – RS
 Fone/fax: (51)3028-5646
 E-mail: grupalpo@yahoo.com.br
 Site: www.grupal.org.br

GRUPARMA – Grupo de Pacientes Reumáticos do Maranhão

Presidente: Selma de Jesus Reis Serra
 Rua dos Ipês, Quadra D – Casa 1 – Ed. Antonia Lima – São Francisco
 CEP 65075-200 – São Luiz – MA
 Fone: (98) 3235-9026 / 3235-7692 / 3235-2541 / 3232-8517 (Conceição - secretária)
 E-mail: gruparma@bol.com.br

GRUPARJ – Grupo de Apoio ao Reumático do Rio de Janeiro

Presidente: Maria Regina Vasone Prado
 Rua do Rezende 141 – 2.º andar – Centro
 CEP 20231-091 – Rio de Janeiro – RJ
 Fone: (21) 2509-0744
 e-mail: gruparj@uol.com.br

GRUPARJ – Grupo de Apoio ao Reumático do Rio de Janeiro/Núcleo Petrópolis

Instituição reconhecida como de Utilidade Pública Municipal e Estadual
 Presidente: Dra. Wanda Heloisa R. Ferreira
 Sede administrativa: Rua Dezesesseis de março, 155 – sala 702 – Centro
 CEP 25620-040 – Petrópolis – RJ
 Fone: (24) 2242-8616 / Fax: (24) 2242-7960
 E-mail: gruparjpetro@redetaho.com.br
 E-mail da presid.: wandaheleisa@redetaho.com.br / wheloisa@compuland.com.br

GRUPAR-MS – Grupo de Pacientes Reumáticos de Mato Grosso do Sul

Presidente: Amauri de Souza Corrêa
 Rua Manoel Inácio de Souza, 408 – Jardim dos Estados
 CEP 79020-220 – Campo Grande – MS
 Fone: (67) 3042-1572 / 3383-1572 / 9982-1459
 E-mail: grupar-ms@hotmail.com
 E-mail: amauriscadvogado@brturbo.com.br

GRUPARN – Grupo de Pacientes Reumáticos do Rio Grande do Norte

Presidente: Maria Francisca dos Santos Vale
 Rua Professora Maria Lidia 63 – Bairro Quintas
 CEP 59035-490 – Natal – RN
 Fone: (84)3653-7121 / 9981-3560 / 8857-1994
 E-mail: francisca.vale@ig.com.br

GRUPAR-RP – Grupo de Apoio aos Pacientes Artríticos de Ribeirão Preto

Rua Visconde de Inhaúma, 490 10.º andar, conj. 1006 – Centro
 CEP 14010-100 – Ribeirão Preto – SP
 Fone: (16) 3941-5110
 E-mail: grupar-rp@click21.com.br
 Site: www.grupar-rp.org.br

GRUPARSA – Grupo de Portadores de Artrite Reumatóide de Salvador

Presidente: Marilda Maciel Lopes
 Rua Clarival Prado Valadares, 241/1.103 – Pituba
 CEP 41820-700 – Salvador – BA
 Fone: (71) 3384-4187 / 3450-8060 / 3351-3779 / 9136-8679
 Site: www.gruparsa.org.br
 E-mail: gruparsa@gruparsa.org.br

GRUPARSE – Grupo de Pacientes Artríticos do Sergipe

Coordenadora científica: Dra. Elizabete Andrade Tavares
 Fone: (79) 3243-3167 / 3163
 E-mail: atavares@infonet.com.br
 Presidente: Rosimeire Nunes Mota Pereira
 Rua Geru 436 – Centro
 CEP 49010-460 – Aracaju – SE
 Fone: (79) 3214-2752
 Fone da presidente: (79) 3222-9801 / 9979-4731
 E-mail da presidente: rosimeirenmp@hotmail.com

GRUPASC – Grupo de Apoio aos Pacientes Artríticos de Santa Catarina

Presidente: Maria Eleonay Dutra Alcântara Viana
 Rua Guatemala n.º 41 – Ap. 14 – Bairro Ponta Aguda
 CEP 89050-110 – Blumenau – SC
 Fone: (47) 3322-5016 / 3323-9216 tr. (manhã)
 e-mail: grupasc_bnu@yahoo.com.br
 E-mail da presidente: eleonaypt@yahoo.com.br

GRUPASP – Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo

Presidente: Rioko Kudo
 Vice-Presidente: Guiomar de Jesus Trovato Mônico
 Rua Leandro Dupret, 178 – Vila Clementino
 CEP 04025-010 – São Paulo – SP
 Telefax: (11) 5574-6438 / 5574-5996
 E-mail: grupasp@superig.com.br
 Site: www.grupasp.org.br

Grupo de Apoio aos Portadores de Fibromialgia de Franca – SP

Reuniões às quartas-feiras, das 19h30 às 22h, na Paróquia São Sebastião
 Rua José de Alencar – Franca – SP
 Contato: Maria Aparecida Rosa
 Rua Voluntário Arnaldo Vilhena, 442, Bairro Sto. Dumont
 CEP 14405-347 – Franca – SP
 Fone: (16) 3720-0893 / (16) 3723-0448 (Maria Aparecida)

LÁGRIMA-BRASIL

Presidente: Stella De Carli Cardoso de Oliveira
 Av. Nossa Senhora de Copacabana 680 – loja G – Copacabana
 CEP 22050-000 – Rio de Janeiro – RJ
 E-mail: stella@lagrima-brasil.org.br
 Site: www.lagrima-brasil.org.br

LOBA – Lúpicos Organizados da Bahia

Presidente: Jacira de Souza Conceição
 Rua Padre Vieira, n.º 05 – Centro – Ed. Santa Cruz – Sala 512 (próximo à Pça. da Sé)
 Salvador – BA
 Fone: (71) 3321 2593 – Sede da LOBA (aberta das 8h às 15h de segunda a sexta)
 Fone da presidente: (71) 9212-7599 / 9133-0070 / 3381-5350 e (71) 9202-1058 / 8855-2574 (Ildene Cristina)
 E-mail: loba.lupicosorganizadosdabahia@hotmail.com
 Blogger: http://lobalupicosorganizadosdabahia.blogspot.com/
 Orkut: (comunidade) loba-lupicos organizados da bahia

RHEUMA – Centro de Apoio a Portadores de Doenças Reumáticas de Londrina

Presidente: Giselle Cristiane Soares Dellatorre
 Rua Luiz Natal Bonin, 336 Fds.
 CEP 86047-240 – Londrina – PR
 Fone: (43) 3342-5272 / (43) 9976-7222
 Site: www.rheuma.org.br
 E-mail: rheuma@rheuma.org.br
 E-mail da presidente: gdellatorre@sercomtel.com.br

Recursos ao Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Constituição de 1988 e representa grande avanço para a atenção à saúde do brasileiro. Antes disso, a assistência médica era feita pelo Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que restringia o atendimento aos empregados com registro em carteira (CLT) e aos trabalhadores ruralistas.

A grande massa de habitantes deste país, pertencentes à economia informal, ou desempregados, não tinha acesso a um sistema de saúde e dependia única e exclusivamente de atendimentos oferecidos por entidades beneficentes como as "Santas Casas".

O SUS representa um modelo ideal de assistência à saúde, devido às suas características de universalidade e equidade do atendimento, bem como pela integralidade das ações em saúde, especialmente em um país com as nossas características sociais, políticas e culturais.

Não se trata de um programa importado, que provavelmente estaria destinado ao insucesso. Além disso, o SUS tem um importante instrumento de justiça social, absolutamente necessário para um país marcado por muitas desigualdades sociais. Dessa forma, as entidades médicas e as demais categorias profissionais da área da saúde defendem o aperfeiçoamento do SUS, pois se trata do maior programa de inclusão social já realizado neste país. Com quase 20 anos de existência e com diversos obstáculos, o SUS apresenta resultados alentadores como melhores indicadores de saúde-erradicação de doenças infecciosas, subsídios medicamentosos oferecidos, menores índices de mortalidade materno-infantil, eficácia na cobertura de vacinações e aumento da longevidade.

No entanto, é necessária uma visão crítica e global do sistema no que diz respeito à qualidade de atendimento aos seus usuários.

A resposta é negativa, caso contrário, os planos de saúde não teriam se desenvolvido tanto nos últimos anos e não estariam entre uma das prioridades da classe média brasileira. Assim, ainda existem importantes questões a serem resolvidas e a principal delas é o financiamento do sistema. Atualmente, o serviço público brasileiro investe, anualmente, cerca de R\$ 350,00 a R\$ 400,00 por indivíduo, incluindo todo o trabalho a ser executado pelo SUS (prevenção, tratamento integral da Aids, fornecimento de medicamentos de alto custo e atendimento médico). Por outro lado, o sistema privado, que só cuida da saúde, investe cerca de R\$ 1.200,00 por indivíduo. Ao compararmos estes números, observamos grande disparidade de financiamento entre os sistemas.

A questão do financiamento é, sem dúvida, um dos principais problemas enfrentado pelo SUS e para o qual as entidades médicas devem unir forças, a fim de encontrar uma solução. Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EL 29), que definiu as verbas a serem destinadas ao SUS e que seriam fornecidas pelos municípios (15%) e Estados (12%).

E o restante deveria ser fornecido pela União, baseado nos gastos do ano anterior acrescidos da variação do PIB.

Além disso, essa Emenda trouxe auxílio, embora insuficiente, para o financiamento do SUS. Porém, é importante salientar que, até hoje, a EL 29 ainda não foi regulamentada. E, por esta razão, muitos Estados e municípios, e mesmo a União não a cumprem ou utilizam essa verba para gastos em outras áreas como programas de assistência social.

De certa forma a aprovação desta regulamentação não interessa aos executivos, tanto federais quanto estaduais e municipais, para não trabalhar com verbas vinculadas, preferindo a flexibilidade nos seus orçamentos e, assim, utilizar seus recursos da melhor maneira que convier aos interesses políticos. A classe médica tem lutado incessantemente para que o Projeto de Lei 1 de 2003 seja votado imediatamente, regulamentando assim a EL 29 e definitivamente se tenha um orçamento específico para a saúde.

A Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR) tem discutido este assunto, participando de movimentos que visam à aprovação deste projeto de lei. Um reflexo direto da questão em nossa especialidade é a

falta de reumatologistas em postos de saúde do Estado e municípios. Em consequência, os pacientes reumáticos têm sido tratados por médicos não especialistas, atrasando o diagnóstico correto das doenças reumáticas e agravando a condição clínica e aumentando o risco de seqüelas e outras complicações indesejáveis. A SPR tem procurado os responsáveis pelas políticas de saúde estadual e municipal, a fim de encontrar uma solução para o grande número de pacientes com doenças reumáticas que só conseguem atendimento reumatológico em hospitais universitários. Porém, até o momento, não tem havido correspondência e interesse por parte das autoridades competentes.

Ivone Minhoto Meinão



XIX Jornada Paulista de Reumatologia

XVII Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

6 a 8 de dezembro de 2007 – Hotel Maksoud Plaza – São Paulo, SP

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

QUINTA, 6 DE DEZEMBRO

TEATRO

- 08:00 às 08:30 **Cerimônia de Abertura**
Ari Stiel Radu Halpern (SP) – *Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*
Roger A. Levy (RJ) – *Presidente da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro*
Fernando Neubarth (RS) – *Presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia*
- 08:30 às 09:10 Conferência: **Responsabilidade ética, civil e penal do médico**
Nelson F. Mendes (SP)
- 09:10 às 09:20 Debates
Presidente: Maria Amazile Ferreira Toscano (Florianópolis, SC)
- 09:20 às 09:30 Intervalo

TEATRO

- 09:30 às 11:15 Mesa-redonda 1: **Lúpus eritematoso sistêmico: quando e como intervir na sua evolução?**
Presidente: José Roberto Provenza (Campinas, SP)
- 09:30 às 09:50 **Qual é o tratamento da pele e nefrite refratárias?**
Emilia Inoue Sato (SP)
- 09:50 às 10:10 **O que fazer na hipertensão pulmonar?**
Acir Rachid Filho (Curitiba, PR)
- 10:10 às 10:30 **É possível intervir na morbidade e mortalidade?**
Adriana Danowski (RJ)
- 10:30 às 10:50 **Existem possibilidades terapêuticas promissoras?**
Eloisa Bonfá (SP)
- 10:50 às 11:00 Moderador: Mauro Goldfarb (RJ)
- 11:00 às 11:15 Debates

SALA 1

- 09:30 às 11:15 Mesa-redonda 2: **Reumatismo de partes moles: como conquistar este espaço?**
Presidente: Ronaldo Baptista (RJ)

- 09:30 às 09:50 **Como abordar as tendinopatias do pé?**
Antônio Egydio de Carvalho Jr. (SP)
- 09:50 às 10:10 **Existe tratamento não medicamentoso para a fibromialgia?**
Lais Verderame Lage (SP)
- 10:10 às 10:30 **Quais as lesões mais típicas das diferentes modalidades esportivas?**
Fernanda Rodrigues Lima (SP)
- 10:30 às 10:50 **Como doenças reumáticas simulam lesões esportivas?**
Martin Fábio Jennings Simões (SP)
- 10:50 às 11:00 Moderador: Milton Helfenstein Jr. (SP)
- 11:00 às 11:15 Debates
- 11:15 às 12:00 Intervalo – Almoço/pôsteres

SALA 1

- 12:00 às 13:00 Simpósio satélite 1 – Mantecorp

TEATRO

- 13:00 às 13:50 Conferência internacional: **Prediction and prevention of autoimmunity**
Conferencista: Yeohuda Shoenfeld
Presidente: Ari Stiel Radu Halpern (SP)
- 13:50 às 14:00 Perguntas – Secretário: Daniel Feldman (SP)

TEATRO

- 14:00 às 15:40 **8 TEMAS LIVRES – ÁREA CLÍNICA**
Moderador: Cristiano Augusto de Freitas Zerbini (SP)
Presidente: Eduardo Ferreira Borba Neto (SP)
- EXPOSIÇÃO DE SETE MINUTOS, SEGUIDA DE CINCO MINUTOS DE DEBATE (CADA):
- 14:00 às 14:12 **O impacto da psoríase na qualidade de vida: variáveis individuais do DLQI e PDI**
Carneiro SC, Martins BDL, Torres FN, Loureiro MC, Kassuga LE, Japiassu MAF. Serviço e Curso de Pós-Graduação em Dermatologia, HUCFF e Faculdade de Medicina da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ

14:12 às 14:24	Aplicação da medida subjetiva “estado sintomático aceito pelo paciente” (<i>pass: patient acceptable symptom state</i>) em uma população com artrite reumatóide de longa evolução Hasegawa EM, Caldas CAM, Torres SCR, Domiciano DS, Medeiros DM, Tucci B, Jales Neto LH, Arruda Jr ZC, Costa LP, Paupitz JA, Tomita RB, Macedo PA, Schimitz MK, Garcia CB, Kochen JAL, Guedes LKN, Laurindo IMM. Departamento de Reumatologia da USP, São Paulo, SP	14:24 às 14:36	Psoríase e artrite psoriásica: estudo dos receptores tipo imunoglobulina de células <i>natural killer</i> Carneiro SC, Cássia FF, Oliveira DC, Marques MT, Torres FN, Filgueira A, Porto LC. Serviço e Curso de Pós-Graduação em Dermatologia do HUCFF e Faculdade de Medicina da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Laboratório de HLA-IBRAG, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ
14:24 às 14:36	Funções cognitivas e qualidade de vida em adultos que apresentaram coréia de Sydenham na infância: resultados preliminares Cavalcanti A, Hilário MOE, Santos FH, Bolognani SAP, Len CA, Viana R, Landucci D, Drumond D, Bueno OFA. Unifesp-EPM, São Paulo, SP	14:36 às 14:48	Correlação positiva entre os níveis séricos de CD14 solúvel e atividade clínica da síndrome de Behçet Neves FS, Gonçalves CR, Goldenstein-Schainberg C, Lage LV, Carrasco S, Mello SBV. Laboratório de Fisiopatologia da Inflamação, Disciplina de Reumatologia, FMUSP, São Paulo, SP
14:36 às 14:48	PPD em coorte de crianças com artrite idiopática juvenil Martin P, Medeiros AC, Seiscento M, Bombarda S, Silva CA, Goldstein-Schainberg C. Departamento de Reumatologia, FMUSP, São Paulo, SP	14:48 às 15:00	Efeito do metotrexato, do corticosteróide e do ácido zoledrônico na osseointegração de implantes de titânio em um modelo de tíbias de coelhos Carvas JSB, Pereira RMR, Fuller P, Falco V, Lima LA, Mello SBV. Departamento de Clínica Médica/Reumatologia, FMUSP, São Paulo, SP
14:48 às 15:00	Rigidez arterial em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico em atividade e baixo risco cardiovascular Prokopowitsch AS, Bortolotto LA, Borba EF, Bonfá E. Disciplina de Reumatologia e Instituto do Coração do HC-FMUSP, São Paulo, SP	15:00 às 15:12	Aumento do colágeno V na cartilagem articular de coelhos após a indução de osteoartrite Jesus VP, Teodoro WR, Velosa APP, Moutinho RC, Parra E, Arruda C, Capelozzi VL, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia e Departamento de Patologia da FMUSP e HC-FMUSP, São Paulo, SP
15:00 às 15:12	Sarcopenia em homens com osteopenia, osteoporose e densidade mineral óssea normal Zerbini CA, Pippa MG. Departamento de Reumatologia, Hospital Heliópolis, São Paulo, SP	15:12 às 15:24	Remodelamento da cartilagem femorotibial em modelo experimental de diabetes Atayde SA, Teodoro WR, Catanozi S, Parra ER, Nascimento DP, Santos Filho A, Rocha JC, Capelozzi VL, Nakandakare ER, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia, Disciplina de Endocrinologia e Departamento de Patologia da FMUSP e do HCFMUSP, São Paulo, SP
15:12 às 15:24	Fatores clínicos de risco para fraturas por fragilidade óssea em mulheres e homens brasileiros: <i>The Brazilian Osteoporosis Study (Brazos)</i> Pinheiro MM, Ciconelli RM, Martini LA, Ferraz MB. Disciplina de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP/ Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP	15:24 às 15:36	Estudo do remodelamento do colágeno dos tipos I, III e V no tendão e ligamentos de ratos diabéticos Nascimento DP, Teodoro WR, Catanozi S, Rocha JC, Ataíde SA, Santos Filho A, Moutinho RF, Parra ER, Capelozzi VL, Nakandakare ER, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia, Disciplina de Endocrinologia e Departamento de Patologia da FMUSP e do HC-FMUSP
15:24 às 15:36	Análise clínica e sorológica de pacientes com síndrome infecto-reacional Lyme-símile Mantovani E, Gauditano G, Bonoldi VLN, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, SP	15:40 às 16:10	Intervalo
SALA 1			
14:00 às 15:40	8 TEMAS LIVRES – ÁREA BÁSICA Moderador: Roger A. Levy (RJ) Presidente: Swami José Guimarães (RJ) EXPOSIÇÃO DE SETE MINUTOS, SEGUIDA DE CINCO MINUTOS DE DEBATE (CADA):		
14:00 às 14:12	A compreensão do residente médico, em reumatologia, no atendimento ao fibromiálgico Maeda AMC, Feldman D, Martins MAV. Departamento de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP		
14:12 às 14:24	Abordagem em psicoterapia grupal para pacientes com fibromialgia Maeda AMC, Alarcon RT, Costa DP, Feldman D. Departamento de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP		
16:10 às 17:00			
17:00 às 17:10			
17:30 às 18:30			
TEATRO			
Conferência internacional: To Smell autoimmunity: the story of CNS involvement in LES Conferencista: Yeohuda Shoenfeld Presidente: Morton A. Scheinberg (SP)			
Secretário: Jozélio Freire de Carvalho (SP)			
Simpósio satélite 2 – Roche			

SEXTA, 7 DE DEZEMBRO

TEATRO

- 08:30 às 09:20 Conferência internacional: **Atherosclerosis and inflammation**
Conferencista: Cornelia M. Weyand
Presidente: Adil Muhib Samara (Campinas, SP)
- 09:20 às 09:30 Secretária: Sandra Hiroko Watanabe (SP)
- 09:30 às 10:00 Intervalo/pôsteres

TEATRO

- 10:00 às 12:00 Mesa-redonda 3: **Osteoartrite: estamos evoluindo no seu tratamento?**
Presidente: Clovis Strini Magon (São Carlos, SP)
- 10:00 às 10:20 **Como prescrever medidas não medicamentosas?**
Ricardo Fuller (SP)
- 10:20 às 10:40 **Qual é o papel da diacereína?**
Virgínia Fernandes Moça Trevisani (SP)
- 10:40 às 11:00 **Existem novas perspectivas terapêuticas?**
Mário Luiz Cardoso Pucinelli (SP)
- 11:00 às 11:20 **Quando operar lesões osteocondrais do joelho?**
Arnaldo Hernandez (SP)
- 11:20 às 11:30 Moderador: Hilton Seda (RJ)
- 11:30 às 12:00 Debates

SALA 1

- 10:00 às 12:00 Mesa-redonda 4: **Reumatologia pediátrica: quais as novas possibilidades terapêuticas?**
Presidente: Wanda Alves Bastos (SP)
- 10:00 às 10:20 **O que fazer na artrite idiopática juvenil refratária?**
Maria Odete Esteves Hilário (SP)
- 10:20 às 10:40 **Existem novas opções para a nefrite lúpica?**
Maria Teresa Terreri (SP)
- 10:40 às 11:00 **Como tratar a criança com dermatomiosite juvenil refratária?**
Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)
- 11:00 às 11:20 **Devemos tratar ou observar a nefrite da púrpura de Henoch-Schonlein?**
Clovis Artur Almeida da Silva (SP)
- 11:20 às 11:30 Moderador: Virginia P. L. Ferriani (Ribeirão Preto, SP)
- 11:30 às 12:00 Debates

SALA 1

- 12:00 às 13:00 Simpósio satélite 3 – **Abbott**
Novas perspectivas de tratamento na artrite reumatóide
Edward Keystone
- 13:00 às 14:00 Intervalo – Almoço/pôsteres

TEATRO

- 14:00 às 16:00 Mesa-redonda 5: **Espondiloartropatias: existem novidades?**
Presidente: Célio Roberto Gonçalves (SP)
- 14:00 às 14:20 **Quais os dados do nosso registro nacional?**
Percival Degraça Sampaio Barros (Campinas, SP)
- 14:20 às 14:40 **Existem diferenças na composição corporal?**
Marcelo de Medeiros Pinheiro (SP)
- 14:40 às 15:00 **Há risco para infecções na terapia com agentes anti-TNF?**
Carla Gonçalves (SP)
- 15:00 às 15:20 **Como é a coluna cervical nas espondiloartropatias?**
Tarcísio E. Barros (SP)
- 15:20 às 15:30 Moderador: Elisa Martins das N. de Albuquerque (RJ)
- 15:30 às 16:00 Debates

SALA 1

- 14:00 às 16:00 Mesa-redonda 6: **Osteoporose: quais as atuais perspectivas?**
Presidente: Evandro Mendes Klumb (RJ)
- 14:00 às 14:20 **Qual o papel dos bisfosfonatos na pré-menopausa e na osteopenia?**
Vera Lúcia Szejnfeld (SP)
- 14:20 às 14:40 **Há peculiaridades na OP da artrite reumatóide precoce?**
Jussara de Almeida Lima Kochen (SP)
- 14:40 às 15:00 **Como investigar na prática clínica diária a OP secundária?**
Jaime Sanson Danowski (RJ)
- 15:00 às 15:20 **Existem avanços no tratamento da OP secundária?**
João Francisco Marques Neto (Campinas, SP)
- 15:20 às 15:30 Moderador: Roberto Ezequiel Heymann (SP)
- 15:30 às 16:00 Debates
- 16:00 às 16:30 Intervalo

TEATRO

- 16:30 às 17:20 Conferência internacional: **Use of biologicals in orphan disease**
Conferencista: Edward Keystone
Presidente: Cláudia Goldenstein Schainberg (SP)
- 17:20 às 17:30 Secretário: César Emile Baaklini (Marília, SP)

SALA 1

- 17:30 às 18:30 Simpósio satélite 4 – **Roche** – **Novas evidências do ibandronato em fraturas não vertebrais na osteoporose pós-menopausa**
Tema: **Metanálise de estudo do ibandronato: decisão clínica baseada em evidência**
Coordenador: Vera L. Szejnfeld
Palestrante: Charles H. de Castro

SÁBADO, 8 DE DEZEMBRO

TEATRO

- 09:00 às 09:50 Conferência internacional: **Emerging therapies**
Conferencista: Edward Keystone
Presidente: Wiliam Habib Chahade (SP)
- 09:50 às 10:00 Secretário: Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu, SP)

TEATRO

- 10:00 às 12:00 Mesa-redonda 7: **Artrite reumatóide: quais controvérsias permanecem?**
Presidente: Manoel Barros Bértolo (Campinas, SP)
- 10:00 às 10:20 **Glicocorticóides atravessando décadas**
Rina Dalva Neubarth Giorgi (SP)
- 10:20 às 10:40 **O que fazer na doença de Still do adulto?**
Maurício Levy Neto (SP)
- 10:40 às 11:00 **Como é a depressão na AR?**
Antônio Filipi (RJ)
- 11:00 às 11:20 **Biológicos: qual, quando e até quando?**
Iêda Maria Magalhães Laurindo (SP)
- 11:20 às 11:30 Moderador: Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro (RJ)
- 11:30 às 12:00 Debates

SALA 1

- 10:00 às 12:00 Mesa-redonda 8: **Reumatologia pediátrica: novos enigmas e contratempos?**
Presidente: Cláudia Goldenstein Schainberg (SP)
- 10:00 às 10:20 **Como proceder na transição da adolescência para a "vida adulta"?**
Blanca Elena Rios Gomes Bica (RJ)
- 10:20 às 10:40 **É possível detectar e tratar precocemente a síndrome de ativação macrofágica?**
Flávio Roberto Sztajn bok (RJ)
- 10:40 às 11:00 **Quais as dificuldades atuais na febre reumática?**
Cássia Maria Passarelli Lupoli Barbosa (SP)
- 11:00 às 11:20 **Síndromes febris periódicas: como vencer este desafio diagnóstico e terapêutico?**
Claudio Arnaldo Len (SP)
- 11:20 às 11:30 Moderador: Maria Odete Esteves Hilário (SP)
- 11:30 às 12:00 Debates

SALA 1

- 12:00 às 13:00 Simpósio satélite 5 – **Actelion**
Tema: **Uma nova abordagem no manejo da esclerose sistêmica e úlceras digitais**
Coordenador: Percival D. Sampaio-Barros
Palestrante internacional: Serena Guiducci
- 13:00 às 14:00 Intervalo – Almoço/pôsteres

TEATRO

- 14:00 às 16:00 Mesa-redonda 9: **Novas fronteiras em reumatologia...**
Presidente: Fernando Neubarth (Porto Alegre, RS)
- 14:00 às 14:30 **O universo da auto-imunidade**
José Ângelo de Souza Papi (RJ)
- 14:30 às 15:00 **Subfenotipagem de doenças: rumo à terapia individualizada**
Luis Eduardo Coelho Andrade (SP)
- 15:00 às 15:30 **Doença de Lyme no Brasil e no mundo**
Natalino Hajime Yoshinari (SP)
- 15:30 às 15:40 Moderador: Luis Roimicher (RJ)
- 15:40 às 16:00 Debates

SALA 1

- 14:00 às 16:00 Mesa-redonda 10: **Coluna: é mesmo o alvo central do reumatologista?**
Presidente: Wanda Heloisa Rodrigues Ferreira (RJ)
- 14:00 às 14:20 **Quando e como investigar?**
Washington Alves Bianchi (RJ)
- 14:20 às 14:40 **A cirurgia da coluna lombar é baseada em evidências?**
Jamil Natour (SP)
- 14:40 às 15:00 **Instabilidade da coluna: mito ou realidade?**
Silvio Figueira Antonio (SP)
- 15:00 às 15:20 **Síndrome pós-laminectomia**
Ari Stiel Radu Halpern (SP)
- 15:20 às 15:30 Moderador: José Goldenberg (SP)
- 15:30 às 16:00 Debates
- 16:00 às 16:30 Intervalo

TEATRO

- 16:30 às 17:20 Conferência internacional: **Orquestra da inflamação**
Conferencista: Cornelia M. Weyand
Presidente: Roger A. Levy (RJ)
- 17:20 às 17:30 Secretário: Flávio Monteiro de Barros Maciel (SP)

TEATRO

- 17:30 às 18:00 Apresentação dos trabalhos vencedores – premiação
Cláudia Goldenstein Schainberg (SP)
José Carlos Mansur Sjazubok (SP)
- Encerramento
Ari Stiel Radu Halpern (SP)

TEATRO

- 18:30 Assembléia da Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR)

TEMAS LIVRES

Área Básica

1 (TL 6)

A COMPREENSÃO DO RESIDENTE MÉDICO, EM REUMATOLOGIA, NO ATENDIMENTO AO FIBROMIÁLGICO

Maeda AMC, Feldman D, Martins MAV. Departamento de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP

Introdução: este estudo busca a compreensão do residente médico, em reumatologia, no atendimento ao fibromiálgico, síndrome de difícil diagnóstico em que a dor é o fator mais importante, coexistindo com alterações emocionais. Durante um ano realizou-se psicoterapia em um grupo de fibromiálgicos. E, por um mês, foi observado o atendimento do residente no ambulatório (Unifesp). Surge o interesse em saber como o residente compreende esse atendimento. **Objetivos:** entender como o residente compreende o atendimento ao fibromiálgico; Desvendar o que este atendimento gera. **Métodos:** estudo qualitativo baseado na fenomenologia hermenêutica, com coleta de informações individual, oral e gravada, em 3 hospitais escola da rede pública, com todos os residentes do segundo ano (15), de reumatologia, que discorre espontaneamente sobre: – O que é isto para você atender ao fibromiálgico? Não se utilizou a regra de saturação. Foram feitas análises daquilo que é percebido e manifestado pela linguagem do residente. **Resultado:** 1. o atendimento entedia, causa frustração, traz sentimento de impotência e gera indignação; 2. o paciente fibromiálgico sofre preconceito e resistência médica em virtude das idiossincrasias, dos componentes sociais e a não adesão ao tratamento; 3. o médico necessita de preparo emocional para atender o fibromiálgico, são requisitos necessários: saber ouvir, ter paciência e compreensão da relação paciente–doença, pois o paciente possui, além do adoecimento físico, uma carência emocional; 4. o diagnóstico é marcado pela falta de comprovação laboratorial e pela subjetividade da anamnese; 5. o médico necessita do apoio da psicologia para auxiliá-lo na orientação e na mudança de atitude do paciente em relação à doença. Requer uma equipe multidisciplinar devido à complexidade de fatores. **Conclusão:** este tipo de atendimento é tido como frustrante e gera sentimento de impotência para o médico, sendo necessário maior preparo psicológico em sua formação, para o enfrentamento destas situações e uma atuação integrada com a psicologia e fisioterapia, formando-se uma equipe multidisciplinar.

2 (TL 24)

ABORDAGEM EM PSICOTERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Maeda AMC, Alarcon RT, Costa DP, Feldman D. Departamento de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP

Introdução: esse trabalho descreve o atendimento grupal aos fibromiálgicos pelo método de psicoterapia breve, e baseado nas técnicas de *co-ping* e psicodrama, junto à disciplina de reumatologia (UNIFESP). **Objetivos:** Possibilitar a compreensão da patologia e o auto – conhecimento para a reorganização da qualidade de vida; Desenvolver a capacidade de resiliência. **Métodos:** este trabalho envolve coleta de dados e intervenção. Foram realizadas dez sessões semanais de duas horas, divididas em: fase de identificação do problema; avaliação por parte do paciente; proposta de mudança; enfrentamento. Na primeira e última sessão foram aplicados questionários de avaliação. **Resultados:** grupo inicial com 13 integrantes, duas desistências. 91% dos participantes eram mulheres, assemelhando-se a prevalência já descrita em estudos epidemiológicos. Os dados iniciais demonstram: dificuldade em se expressar; paralisia e choro frente às dificuldades, nervoso e mal estar físico; a falta de dinheiro causando medo e não enfrentamento. Emoções presentes: raiva, medo, agressividade, tristeza e alegria somente às vezes. Sintomas constantes: dor generalizada, ansiedade, sono alterado, memória ruim. Desejo: estar bem consigo mesmo. Os dados finais significativos são: o preparo emocional adquirido para enfrentar fatos e pressão; estabilidade emocional e nas relações pessoais; melhora física e emocional. **Conclusão:** o modelo de atendimento psicoterapêutico permitiu o envolvimento interpessoal, a troca de experiências sobre o ato de lidar com a dor e as limitações que de forma geral expandem-se para a dimensão social e familiar dos sujeitos. As técnicas utilizadas proporcionaram

a vivência emocional das dificuldades e do enfrentamento. O que os fez pensar como agem, nas possibilidades de mudança de comportamento e na possível melhora do quadro de dor e sofrimento. Facilitou a compreensão e permitiu a mudança de comportamento.

3 (TL 28)

PSORÍASE E ARTRITE PSORIÁSICA: ESTUDO DOS RECEPTORES TIPO IMUNOGLOBULINA DE CÉLULAS NATURAL KILLER

Carneiro SC, Cássia FF, Oliveira DC, Marques MT, Torres FN, Filgueira A, Porto LC. Serviço e Curso de Pós-Graduação em Dermatologia do HUCFF e Faculdade de Medicina da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Laboratório de HLA-IBRAG, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

Introdução: a psoríase é uma doença inflamatória crônica com envolvimento da resposta imunológica celular do tipo Th1 e da imunidade inata – células *natural killer* (NK) que possuem na sua superfície receptores tipo-imunoglobulina (KIR), específicos para as moléculas HLA I. Existe associação de KIR e alelos HLA-C com o aumento da susceptibilidade à psoríase e à artrite. Não existem trabalhos publicados com a população brasileira, que tem nos “mestiços” a sua maior representação. **Objetivos:** tipificar os genes KIR de pacientes brasileiros com psoríase em placas, com ou sem artrite, acompanhados nos ambulatórios do HUCFF e compará-los com um grupo controle pareado quanto à origem étnica, sexo e idade. **Metodologia:** pacientes com psoríase vulgar, com pelo cinco anos de duração, com ou sem artrite, responderam um questionário sobre origem étnica e história familiar e foram avaliados clinicamente. Indivíduos doadores de medula óssea foram incluídos como controles após consentimento informado. As tipificações dos genes KIR foram obtidas por hibridização por PCR-SSO. As diferenças entre os grupos foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado ou exato de Fisher. **Resultados:** foram incluídos 55 pacientes com psoríase vulgar e 134 controles. A artrite psoriásica foi encontrada em 20 (36,4%) dos pacientes. De todos os genes KIR estudados, nenhum mostrou-se mais frequente de maneira estatisticamente significativa no grupo de pacientes quando comparado aos dos controles. O KIR 2DL2 esteve presente em 70 (53,0%) controles e em 16 (29,1%) pacientes ($p=0,00276$, $RC=0,3634$, $IC=0,1850-0,7136$, $RC=0,7542$, $IC=0,6269-0,9072$). **Discussão:** o KIR2DL2, que é um receptor de inibição, esteve presente em 70 (53,0%) controles e em 16 (29,1%) pacientes. Trabalhos já publicados indicam que o KIR2DS1 – receptor de ativação – está associado à psoríase. Em 2004 Nelson et al. propuseram que a susceptibilidade para artrite psoriásica aumenta à medida em que o genótipo KIR assume o perfil de ativação. **Conclusão:** o KIR2DL2 esteve significativamente aumentado no grupo de controles, indicando proteção. Este resultado ainda não foi descrito em outros grupos populacionais.

4 (TL 17)

CORRELAÇÃO POSITIVA ENTRE OS NÍVEIS SÉRICOS DE CD14 SOLÚVEL E ATIVIDADE CLÍNICA DA SÍNDROME DE BEHÇET

Neves FS, Gonçalves CR, Goldenstein-Schainberg C, Lage LV, Carrasco S, Mello SBV. Laboratório de Fisiopatologia da Inflamação, Disciplina de Reumatologia, FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: CD14 é uma molécula que, em sua forma fixada à membrana (CD14m) atua como co-receptor de lipopolissacarídeos e peptídeooglicanos, junto a receptores *toll-like*, ativando a resposta inflamatória. Sua forma solúvel (CD14s), além dessa função, possui comportamento de proteína de fase aguda, estando aumentada em diversas afecções inflamatórias, inclusive na síndrome de Behçet (SB). Neste estudo avaliamos possíveis influências dos níveis de CD14s, CD14m na atividade clínica da SB. **Material e métodos:** foram avaliados 32 pacientes com SB e 32 controles saudáveis. A atividade da SB foi avaliada clinicamente pela versão brasileira do protocolo *Behçet Disease Current Activity Form* (BR-BDCAF) recentemente validado em nosso meio. A concentração plasmática de CD14s foi medida por ensaio imunoenzimático (Elisa), e a expressão de CD14m em neutrófilos e monócitos foi avaliada por citometria de fluxo. Como prova de fase aguda, a proteína C reativa (PCR) foi dosada por nefelometria. **Resultados:** CD14s está aumentado no soro dos pacientes com SB em relação aos controles (1824,6 vs 1602,6 ng/ml, $p=0,03$). Os níveis de CD14s apresentaram correlação positiva com o escore BR-BDCAF nos casos de SB ativa, mas não houve correlação entre os níveis de CD14s e da PCR.

CD14s vs BR-BDCAF	SB ativa (n=18)	SB inativa (n=14)
Coeficiente de correlação	0,606 ($p=0,022$)	-0,115 ($p=0,651$)

Conclusão: Níveis plasmáticos de CD14s aumentam proporcionalmente à atividade da SB, observada clinicamente. Estudos posteriores devem avaliar sua importância na fisiopatologia da SB. (Apoio Fapesp 2007/52448-4.)

5 (TL 26)

EFEITO DO METOTREXATO, DO CORTICOSTERÓIDE E DO ÁCIDO ZOLEDRÔNICO NA OSSEOINTEGRAÇÃO DE IMPLANTES DE TITÂNIO EM UM MODELO DE TÍBIAS DE COELHOS

Carvas JSB, Pereira RMR, Fuller P, Falco V, Lima LA, Mello SBV. Departamento de Clínica Médica/Reumatologia, FMUSP, São Paulo, SP

Sabe-se que algumas drogas utilizadas no tratamento de doenças inflamatórias podem afetar o tecido ósseo, porém, sua influência na osseointegração de implantes empregados na reabilitação oral é pouco conhecida. **Objetivo:** avaliar a influência do Metotrexato (MTX-3mg/kg/semana) e do corticosteróide (CE-prednisona 1,05 mg/kg/semana), ministrados isoladamente ou associados e do Ácido Zoledrônico (ZOL-0,1mg/kg dose única), na massa e arquitetura óssea e na osseointegração de implantes de titânio inseridos em tíbias de coelhos NZW. **Material e métodos:** coelhos com média de peso de 2,67 kg (DP:0,67) foram tratados por 18 semanas com solução salina (CTL; n=6), MTX(n=6), CE(n=8), MTX-CE(n=6) e CE-ZOL(n=6). Os implantes foram realizados 6 semanas após o início da administração das drogas. Análises da densidade mineral óssea (DMO) da tíbia e da coluna foram realizadas antes e após os tratamentos para determinar a variação da DMO (Δ DMO). A histomorfometria das tíbias analisou a espessura da cortical, a quantidade de tecido ósseo e o percentual de contato entre osso e implante. **Resultados:** as análises de DMO mostraram perda de massa óssea nos grupos tratados com CE (Δ DMO tíbia:-0,018 \pm 0,010 vs CTL:-0,040 \pm 0,011 $p=0,001$; Δ DMO coluna:-0,004 \pm 0,011 vs CTL: 0,055 \pm 0,009 $p=0,009$). A administração de ZOL reverteu esta perda (Δ DMO tíbia:0,027 \pm 0,003 $p=0,002$ em relação ao CE; Δ DMO coluna: 0,043 \pm 0,011 $p=0,02$ em relação ao CE). O tratamento com MTX não alterou a DMO. Os achados histomorfométricos mostraram redução da espessura cortical das tíbias, bem como da quantidade de tecido ósseo em função do tratamento com CE, sendo que a adição de ZOL reverteu também esse parâmetro. Da mesma forma, o percentual de contato entre osso e implante foi alterado pelo tratamento com CE (CE: 25,98 % vs. CTL: 42,40%; $p=0,013$) e o ZOL reverteu esse efeito (CE-ZOL: 38,95% vs. CE: 25,98%; $p=0,014$). **Conclusão:** em conjunto, nossos resultados mostraram que a terapia com MTX não alterou a osseointegração de implantes de titânio, enquanto que o CE promoveu uma diminuição de contato entre osso e implante que foi revertida pela administração de ZOL, comprovando a eficácia terapêutica dessa associação.

6 (TL 48)

AUMENTO DO COLÁGENO V NA CARTILAGEM ARTICULAR DE COELHOS APÓS A INDUÇÃO DE OSTEOARTRITE

Jesus VP, Teodoro WR, Velosa APP, Moutinho RC, Parra E, Arruda C, Capelozzi VL, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia e Departamento de Patologia da FMUSP e HC-FMUSP, São Paulo, SP

Objetivo: avaliar a expressão de colágeno do tipo V (COL V) na osteoartrite experimental induzida por meniscectomia em coelhos e relacionar este fato ao processo fibrótico da cartilagem nesta enfermidade. **Materiais e métodos:** coelhos Nova Zelândia (N=12) foram divididos em 2 grupos: Grupo controle não operado (N=6) e grupo meniscectomizado (OA) ambos mantidos por 22 semanas. A análise morfológica foi realizada por meio de cortes seqüenciais de articulação corados com H&E, tricrômico de Masson e Picrosírius sob luz polarizada. A histomorfometria do COL V foi realizada por meio de imunofluorescência por análise de imagem. **Resultados e conclusões:** a articulação dos coelhos com osteoartrite mostrou desorganização celular, formação de agregados de condrócitos, assim como alteração no padrão fibrilar da rede de colágeno e da linha de crescimento. Mudanças nos tipos de colágeno também foram observadas no tecido ósseo caracterizado pelo aumento da birrefringência das fibras finas na coloração pelo picrosírius. Quantificação estatisticamente significativa foi demonstrada pela imunomarcagem do COL V, com aumento importante na região pericondrocitária (2,363 \pm 0,3412), estendendo-se a matriz cartilaginosa quando comparados ao grupo controle (1,0240 \pm 0,6777) $p=0,05$. O aumento do colágeno do tipo V na cartilagem articular dos animais com osteoartrite pode estar relacionado com a perda de colágenos menores da cartilagem (IX e XI) e conseqüente desenvolvimento da fibrose e evolução do processo degenerativo nesta doença. (Apoio financeiro: Fapesp, Federic Foundation Grants, HC-FMUSP, FFMUSP.)

7 (TL 45)

REMODELAMENTO DA CARTILAGEM FEMOROTIBIAL EM MODELO EXPERIMENTAL DE DIABETES

Atayde SA, Teodoro WR, Catanozi S, Parra ER, Nascimento DP, Santos Filho A, Rocha JC, Capelozzi VL, Nakandakare ER, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia, Disciplina de Endocrinologia e Departamento de Patologia da FMUSP e do HCFMUSP, São Paulo, SP

Objetivo: alterações osteoarticulares no diabetes podem envolver a cartilagem articular e levar a diminuição da capacidade funcional e piora da qualidade de vida destes pacientes. O objetivo deste estudo foi analisar o remodelamento da cartilagem da articulação femorotibial (FT) em modelo de diabetes induzido por estreptozotocina. **Material e métodos:** foram utilizados 12 ratos Wistar com 2,5 meses e com peso de 200-250g, divididos em dois grupos: o grupo diabético (GD=6) foi induzido diabetes com dose única de estreptozotocina de 0,35mg/kg, por injeção intraperitoneal, para o grupo controle (GC=6) foi administrada solução fisiológica na mesma proporção. Mantivemos os animais por 8 semanas sem tratamento, em seguida os mesmos foram submetidos a eutanásia. Monitoramos o peso semanalmente e a glicemia após duas semanas da indução e no dia da eutanásia. As articulações (FT) foram isoladas, imersas em formalina 10%, descalcificadas e incluídas em parafina. Cortes histológicos corados com hematoxilina-eosina (HE) e Picrosírius foram obtidos para análise histomorfométrica. **Resultados e conclusões:** a análise quantitativa mostrou uma manutenção do aumento da glicemia no GD (425 \pm 55 ml/dl) quando comparado ao GC (104 \pm 8 ml/dl). Houve manutenção do peso no GD (248 \pm 52g) e aumento progressivo do peso de 202 \pm 17g para 448 \pm 52g no GC ($p<0,001$). Observou-se diminuição estatisticamente significativa da área cartilaginosa da articulação FT do grupo GD ($p=0,01$), quando comparada ao grupo GC e não houve diferença significativa no número de condrócitos em ambos os grupos no período estudado. A articulação FT de ratos após a indução de diabetes com estreptozotocina apresentou degeneração cartilaginosa, caracterizada pela diminuição de sua espessura. Este fato não teve relação com o peso dos animais, sugerindo que o processo degenerativo da cartilagem no diabetes resulta de mecanismos fisiopatológicos desta enfermidade. (Apoio financeiro: Fapesp, Federic Foundation Grants, HC-FMUSP, FFMUSP.)

8 (TL 46)

ESTUDO DO REMODELAMENTO DO COLÁGENO DOS TIPOS I, III E V NO TENDÃO E LIGAMENTOS DE RATOS DIABÉTICOS

Nascimento DP, Teodoro WR, Catanozi S, Rocha JC, Ataíde SA, Santos Filho A, Moutinho RF, Parra ER, Capelozzi VL, Nakandakare ER, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia, Disciplina de Endocrinologia e Departamento de Patologia da FMUSP e do HC-FMUSP

Objetivo: o objetivo deste estudo foi estudar a distribuição das fibras colágenas após o desenvolvimento de diabetes pela inoculação de estreptozotocina em ratos. **Material e métodos:** os ratos foram divididos em dois grupos de 15, um controle e um induzido à diabetes com estreptozotocina. Os ligamentos e tendões foram analisados por lâminas coradas com H&E, tricrômico de Masson e Picrosírius, sendo esta utilizada para quantificação do colágeno dos grupos de estudo dos cortes histológicos por análise de imagem. Para diferenciação dos tipos de colágeno I, III e V foi utilizada a técnica de imunofluorescência. **Resultados e conclusões:** resultados morfológicos mostram espessamento das fibras colágenas e ausência de infiltrado inflamatório nos tendões dos animais diabéticos, assim como alterações na orientação de suas fibras, mudando de paralelas ou lineares para difusas, com distorções em seu bandejamento. A imunomarcagem do colágeno dos tipos I, III e V mostrou que após a indução da diabetes os tendões apresentaram maior expressão do colágeno dos tipos III e V e queda da expressão do colágeno do tipo I. A análise estatística revelou ocorrência significativa ($p=0,03$) entre o grupo diabético e o controle, apresentando maior quantidade de fibras finas nos tendões e ligamentos diabéticos e mais fibras grossas no grupo controle. Estes achados sugerem que o acometimento do tendão em ratos diabéticos sofre um remodelamento e mudança em seus tipos, podendo comprometer a função desta estrutura. Mudanças na matriz extracelular fibrilar de tendões e ligamentos são freqüentemente observadas na patologia diabética, podendo resultar em atraso da angiogênese, cicatrização, resposta inflamatória e proliferação celular, possíveis causas de tendinites crônicas em pacientes diabéticos. Em situações de alta concentração de estresse, a orientação das fibras colágenas pode alterar sua conformação molecular, apresentando atraso no processo de estruturação do colágeno no tendão. (Apoio financeiro: Fapesp, Federic Foundation Grants, HC-FMUSP, FFMUSP.)

Área Clínica

9 (TL 31)

O IMPACTO DA PSORÍASE NA QUALIDADE DE VIDA: VARIÁVEIS INDIVIDUAIS DO DLQI E PDI

Carneiro SC, Martins BDL, Torres FN, Loureiro MC, Kassuga LE, Japiassu MAF. Serviço e Curso de Pós-Graduação em Dermatologia, HUCFF e Faculdade de Medicina da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ

Introdução: a extensão e gravidade da psoríase baseia-se nos sinais e sintomas que não estão necessariamente correlacionadas à qualidade de vida. **Objetivo:** avaliar o impacto da psoríase na QV global dos pacientes por meio de dois questionários: DLQI (Dermatology Life Quality Index) e PDI (Psoriasis Disability Index). Estabelecer relação destes e de seus domínios individuais com o PASI. **Métodos:** Foram aplicados os questionários DLQI e PDI em 58 pacientes com mais de 14 anos de idade. A gravidade e a extensão da doença foram determinadas pelo PASI. O PASI foi correlacionado ao DLQI e PDI e aos domínios individuais de cada questionário utilizando uma análise de regressão (p -valor $<0,05$). **Resultados:** as médias foram: DLQI-7,6 \pm 7,4; PDI-11,3 \pm 8,6 e PASI-12 \pm 12,5. Foi utilizada análise de regressão. Este coeficiente varia de -1 a +1 e, quanto mais perto de 1, mais forte a correlação entre as variáveis. Constatou-se equivalência entre DLQI e PDI ($r=0,78$; $p=0,0001$; $n=58$) gráfico 1; associação significativa entre DLQI e PASI ($r=0,26$; $p=0,0003$; $n=58$) gráfico 2; e também, entre PDI e PASI ($r=0,29$; $p=0,005$; $n=58$) gráfico 3. Entre os domínios individuais do DLQI, o PASI se correlacionou de forma mais significativa ao sinais/sintomas, atividades diárias e relações pessoais, ($r=0,35$; $r=0,24$; $r=0,16$). Com os domínios do PDI, a relação foi maior com trabalho, relações pessoais e atividades diárias ($r=0,38$; $r=0,20$; $r=0,19$). **Discussão:** os instrumentos utilizados neste estudo são específicos, para doenças dermatológicas (DLQI) e para psoríase (PDI). Alguns pacientes, mesmo apresentando formas graves da doença, preferem viver com esta condição a experimentar os efeitos adversos de alguns medicamentos. Outros solicitam tratamentos agressivos e relacionam formas leves da doença a algo intolerável. O que pode ser muito incapacitante para alguns pode ser irrelevante para outros. **Conclusão:** os dois questionários são correlatos e equivalentes na sua avaliação. Ficou claro o impacto negativo da psoríase na qualidade de vida, uma vez que há relação linear entre PASI, DLQI e PDI. Os domínios que compõem o conceito de qualidade de vida mais afetados na psoríase foram as relações pessoais e atividades diárias na avaliação por ambos questionários.

10 (TL 54)

APLICAÇÃO DA MEDIDA SUBJETIVA “ESTADO SINTOMÁTICO ACEITO PELO PACIENTE” (PASS: PATIENT ACCEPTABLE SYMPTOM STATE) EM UMA POPULAÇÃO COM ARTRITE REUMATÓIDE DE LONGA EVOLUÇÃO

Hasegawa EM, Caldas CAM, Torres SCR, Domiciano DS, Medeiros DM, Tucci B, Jales Neto LH, Arruda Jr ZC, Costa LP, Paupitz JA, Tomita RB, Macedo PA, Schimtz MK, Garcia CB, Kochen JAL, Guedes LKN, Laurindo IMM. Departamento de Reumatologia da USP, São Paulo, SP

Introdução: os conceitos de “mínima melhora clinicamente importante” (MCII) e de “estado sintomático aceito pelo paciente” (PASS) podem ser úteis na interpretação de resultados de estudos terapêuticos envolvendo medidas de eficácia dependentes do paciente, permitindo que respostas de grupo possam ser expressas de maneira mais objetiva do ponto de vista clínico como um “sucesso terapêutico” ou não do ponto de vista do paciente. **Objetivo:** avaliar o PASS em pacientes com AR de longa evolução. **Métodos:** 126 pacientes com AR (ACR) de longa evolução foram selecionados aleatoriamente. Fez-se um corte transversal e avaliou-se: DAS28 4V, HAQ, PCR, medicação utilizada e as questões PASS. Foram utilizadas as 2 versões: estado sintomático no momento da avaliação (PASS1) e ao longo de um período de 3 meses (PASS2), com atribuição de uma pontuação entre 0 (o melhor possível) e 10 (o pior possível). **Resultados:** os valores do DAS28 e HAQ foram respectivamente 3,94 \pm 1,2 e 1,3 \pm 1,25. Usavam MTX 63% dos pacientes, 45,6% cloroquina e 33,6% leflunomide. As respostas ao PASS 1 e 2 mostraram alta correlação ($r=0,73$), com 65% ($n=81$) e 54% ($n=68$) dos pacientes afirmando estar satisfeito com o tratamento. O médico se mostrou satisfeito com o tratamento de 65% dos pacientes. Houve correlação ($r>0,33$, $p<0,05$) entre os valores das respostas PASS 1 e 2 e os valores do HAQ e DAS28 4V. Estes resultados contrastam com o pequeno número de pacientes com baixa atividade doença (DAS \leq 3,2) e em remissão (DAS $<2,6$), respectivamente 46 (36,5%) e 20 (16%) pacientes. Valores semelhantes foram observa-

dos em relação ao HAQ, 23,2% dos pacientes com HAQ \leq 0,5 e 36,8% com HAQ $<1,0$. Análise preliminar dos dados não mostrou correlação com a medicação utilizada. **Conclusão:** estes resultados mostram que a satisfação do paciente com seu estado de inflamação depende de outros fatores além das medidas objetivas. Estes dados questionam a utilização de medidas objetivas como o DAS28 como critério absoluto de eficácia terapêutica em uma população com doença de longa evolução.

11 (TL 10)

FUNÇÕES COGNITIVAS E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS QUE APRESENTARAM CORÉIA DE SYDENHAM NA INFÂNCIA: RESULTADOS PRELIMINARES

Cavalcanti A, Hilário MOE, Santos FH, Bolognani SAP, Len CA, Viana R, Landucci D, Drumond D, Bueno OFA. Unifesp-EPM, São Paulo, SP

Objetivos: avaliar a qualidade de vida (QV) e as funções cognitivas de adultos com diagnóstico pregresso de coréia de Sydenham (CS). **Método:** os pacientes foram alocados em dois grupos: 1) indivíduos que apresentaram febre reumática (FR) na infância com CS e 2) indivíduos que apresentaram FR sem CS. Ambos os grupos foram pareados por sexo, idade e nível educacional. Os critérios de inclusão foram: idade atual maior ou igual a 18 anos, último episódio de CS há mais de 5 anos, ausência de doenças neurológicas e/ou uso de drogas com ação no sistema nervoso. A QV foi estudada por meio do questionário SF-36. As funções cognitivas foram avaliadas com o auxílio de uma bateria de testes que incluiu mensuração do quociente de inteligência (QI), da memória verbal e visual e das funções executivas visuoespacial e motora. **Resultados:** grupo 1) 11 indivíduos com CS pregressa (9 do sexo feminino, média de idade atual de 23,2 anos, tempo médio de remissão de 12,5 anos e tempo médio de educação formal de 11 anos), grupo 2) 11 indivíduos com FR pregressa e sem CS (5 do sexo feminino, média de idade atual de 24,4 anos, tempo médio de educação formal de 12,4 anos. A análise estatística mostrou que os grupos foram equivalentes quanto ao QI, nível educacional e QV. O grupo com CS apresentou escores mais baixos de memória visuoespacial e visual. **Conclusão:** pelo que sabemos, este é o primeiro relato de deficiência de memória visuoespacial e visual em adultos jovens que apresentaram CS na infância. Estes resultados preliminares podem sugerir que indivíduos com CS pregressa, em remissão, podem apresentar déficits persistentes relacionados aos circuitos cerebrais envolvendo os gânglios da base.

12 (TL 39)

PPD EM COORTE DE CRIANÇAS COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

Martin P, Medeiros AC, Seiscento M, Bombarda S, Silva CA, Goldstein-Schainberg C. Departamento de Reumatologia, FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: deve-se realizar *screening* para tuberculose (TB) latente utilizando-se o PPD previamente ao uso de agentes anti-TNF. A imunização com BCG é obrigatória em nosso país e sua influência sobre o PPD é restrita aos primeiros anos. Nosso objetivo foi avaliar a resposta do PPD em crianças com artrite idiopática juvenil (AIJ) >5 anos, considerando a atividade da doença e o uso de corticoides (CE) e/ou imunossupressores (IS). **Metodologia:** 23 crianças com AIJ (critérios da Ilar) foram entrevistadas (sintomas de TB, contato com portadores de TB, medicamentos em uso e vacinação prévia) e examinadas. Realizou-se VHS, raios X de tórax e PPD, após assinatura de termo de consentimento. O PPD foi realizado conforme as recomendações da OMS com leitura após 48 horas (positivo: ≥ 5 mm) Doença ativa: mais de uma articulação com sinovite ativa + VHS ≥ 20 mm. Raio X de tórax suspeito: lesões apicais; infiltrado reticulonodular; derrame ou espessamento pleural. Quando necessário realizou-se tomografia computadorizada (TC) de tórax e baciloscopia. Análise estatística: teste de Mann Whitney e Fischer; $P < 0,05$: significativo. **Resultados:** todas as crianças foram vacinadas com BCG. Nenhuma teve contato com TB; história de doença prévia ou sinais/sintomas compatíveis. PPD < 5 mm foi observado em 18/23(78,26%) pacientes, enquanto que 5/23 (21,74%) apresentaram PPD ≥ 5 mm. Destas, 4 apresentaram TST ≤ 10 mm (raios x de tórax normal) e 1 PPD=30 mm (raio x suspeito, TC de tórax normal). A distribuição dos subtipos de AIJ (2/18/, 10/18, 6/18 vs 0, 2/5, 3/5 para início sistêmico, poliarticular e oligoarticular respectivamente); idade (11,3 \pm 4,5 vs 12,2 \pm 3,5) e duração da doença (4,8 \pm 3,7 vs 5,8 \pm 3,2) foi comparável para crianças PPD ≥ 5 e PPD < 5 ($p=0,19$). A frequência de pacientes com doença ativa também foi semelhante nos dois grupos (22% vs 20%, $p=1,0$). Ademais, o uso de CE (33,3% vs 20%, $p=1,0$) e IS (77% vs 100%, $p=0,53$) foi similar em pacientes com resposta positiva e negativa ao teste. **Conclusão:** a resposta ao PPD não foi influenciada pelo tratamento nem pela atividade da doença em crianças com AIJ.

13 (TL 23)

RIGIDEZ ARTERIAL EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM ATIVIDADE E BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR

Prokopowitsch AS, Bortolotto LA, Borba EF, Bonfá E. Disciplina de Reumatologia e Instituto do Coração do HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivos: a velocidade de onda de pulso (VOP) e o *echo-tracking* são métodos não-invasivos que permitem mensurar rigidez, distensibilidade, complacência e elasticidade da parede arterial. O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da atividade de doença sobre esses parâmetros no lúpus eritematoso sistêmico (LES) numa população de baixo risco cardiovascular. **Materiais e métodos:** 37 pacientes lúpicos do sexo feminino, com até 40 anos de idade e até 10 anos de duração de doença, sem fatores de risco tradicionais para doença cardiovascular, foram selecionadas e divididas em pacientes com atividade (Sledai \geq 4) e sem atividade de doença (Sledai $<$ 4), e comparadas a 25 mulheres controles saudáveis. Todas foram submetidas à avaliação de rigidez e distensibilidade arterial por meio da VOP carótido-femoral e do *echo-tracking* da artéria carótida comum. Foram mensurados também os níveis séricos de lipoproteínas, apolipoproteínas, homocisteína e proteína C-reativa. **Resultados:** VOP foi significativamente diferente entre os grupos estudados ($p=0.01$). Pacientes com LES em atividade apresentaram níveis menores de VOP em comparação a pacientes fora de atividade (6.89 ± 1.00 vs. 7.79 ± 1.10 m/s, $p<0.05$) e controles (6.89 ± 1.00 vs. 8.14 ± 1.07 m/s, $p<0.05$). Do mesmo modo, houve correlação negativa entre VOP e Sledai ($r=-0.354$, $p=0.03$). Todos os parâmetros obtidos pelo *echo-tracking* foram semelhantes entre os grupos: espessura íntima-média (EIM) ($p=0.50$), diâmetro diastólico ($p=0.34$), distensibilidade ($p=0.98$), complacência ($p=0.74$) e módulo elástico ($p=0.87$). EIM apresentou correlação positiva com idade ($r=0.328$, $p=0.04$) e negativa com HDL ($r=-0.366$, $p=0.03$) e apoA1 ($r=-0.407$, $p=0.01$). Além disso, pacientes em atividade apresentaram níveis maiores de triglicérides e menores de HDL e apoA1 comparadas aos controles ($p<0.05$). **Conclusão:** este estudo demonstra que a atividade do LES causa redução da rigidez arterial aórtica numa população lúpica de baixo risco cardiovascular. A associação concomitante com elevação de triglicérides e redução de HDL na doença ativa sugere que tais alterações podem representar dano vascular relacionado a processo aterosclerótico precoce.

14 (TL 7)

SARCOPENIA EM HOMENS COM OSTEOPENIA, OSTEOPOROSE E DENSIDADE MINERAL ÓSSEA NORMAL

Zerbini CA, Pippa MG. Departamento de Reumatologia, Hospital Heliópolis, São Paulo, SP

Introdução: o envelhecimento habitualmente é acompanhado de perda de massa óssea e massa muscular. Sarcopenia é definida como índice muscular esquelético relativo (RSMI) abaixo de 7.26 kg/m^2 . **Objetivos:** avaliar sarcopenia em homens com 50 anos ou mais. **Material e métodos:** analisar a composição corpórea (CC) e a densidade mineral óssea (DMO) em 220 homens. Estudamos DMO de coluna lombar (DMOCL), colo do fêmur (DMOCF) e corpo total (DMOCT) e classificamos os homens em osteoporose, osteopenia e normal. Quantificamos a massa magra total (MMT), massa gorda total (MGT), massa magra dos braços (MMB), massa magra das pernas (MMP). De acordo com a idade (50-60a, 61-70a e ≥ 71 anos.), avaliamos a aderência à curva normal, proporção linear de tendência e a diferença das variáveis quantitativas. O valor de P considerado significativo de <0.05 . **Resultados:** a média de idade foi de 61.8 anos (DP =8.15), peso 72.9 kg (DP=12.0), DMOCL 1.146 g/cm^2 (DP= 0.1), DMOCF 0.924 g/cm^2 (DP = 0.6) e DMOCT foi de 1.145 g/cm^2 (DP= 0.1). 195 homens não apresentaram sarcopenia (88.6%) e 25 eram sarcopênicos (11.3%). A prevalência de sarcopenia mostrou uma diminuição linear de acordo com o aumento de IMC ($p < 0.0001$) e aumento de acordo com o envelhecimento ($p = 0.0305$). 38.8% dos sarcopênicos tinham osteoporose (OP); 10.5% osteopenia e 9.5% DMO normal (DMOCF), 31.5% tinham OP, 12.7% osteopenia e 13,12% tinham DMO normal. (DMOCL). 40.9 % tinha OP, 10.5% osteopenia e 12.1 DMO normal (DMOCT). Houve uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo sarcopênico (GS) e o não sarcopênico (GNS): idade (66.3 ± 9.50 GS), (61.24 ± 7.80 GNS), $p = 0.016$; IMC (21.7 ± 2.0 GS), (27.3 GNS), $p < 0.0001$; DMOCT (1.041 g/cm^2 GS), (1.158 g/cm^2 GNS) $p < 0.0001$; T-score L1-L4 (-1.5 SG), (-0.5 GNS), $p = 0.001$; T-score DMOCF (-1.8 GS), (-1.0 GNS), $p = 0.000$. **Conclusão:** nossos dados confirmam a maior prevalência de OP nos sarcopênicos assim como a sua relação com o envelhecimento. Observamos também que pacientes com menores valores de IMC apresentaram maiores perda de massa muscular, o que confere uma relação inversa entre estas duas variáveis.

15 (TL 56)

FATORES CLÍNICOS DE RISCO PARA FRATURAS POR FRAGILIDADE ÓSSEA EM MULHERES E HOMENS BRASILEIROS: THE BRAZILIAN OSTEOPOROSIS STUDY (BRAZOS)

Pinheiro MM, Ciconelli RM, Martini LA, Ferraz MB. Disciplina de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP/Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP

Introdução/objetivos: Brazos é o primeiro estudo com amostra representativa população Brasileira com objetivo de identificar principais fatores de risco para fratura baixo impacto em mulheres e homens com idade superior a 40 anos. **Pacientes e métodos:** 2.420 indivíduos (1695 mulheres) provenientes de 150 cidades brasileiras foram incluídos. Foram avaliados dados antropométricos, aspectos hábitos de vida, fraturas, ingestão dietética, atividade física, quedas e qualidade de vida. A amostragem representativa e probabilística baseada nos dados do censo IBGE 2000 e PNAD 2003. O coeficiente de variação é de 2,2% com 95% IC. A regressão logística assumiu a fratura por baixo impacto como variável dependente e as outras como independentes. **Resultados:** média de idade, altura e peso para homens e mulheres foi de $58,4 \pm 12,8$ e $60,1 \pm 13,7$ anos, $1,67 \pm 0,08$ e $1,56 \pm 0,07$ m e $73,3 \pm 14,7$ e $64,7 \pm 13,7$ kg, respectivamente. Osteoporose foi referida por 6% dessa população e fratura por baixo impacto por 15,1% das mulheres e 12,8% dos homens. Nas mulheres, principais FCR associados com fratura por baixo impacto foram idade (OR=1,6; 95% IC 1,06-2,4), história familiar fratura fêmur (OR=1,7; 95% IC 1,1-2,8), menopausa precoce (OR=1,7; 95% IC 1,02-2,9), sedentarismo (OR=1,6; 95% IC 1,02-2,7), pior qualidade de vida (OR=1,9; 95% IC 1,2-2,9), maior consumo fósforo (OR=1,9; 95% IC 1,2-2,9), diabetes mellitus (OR=2,8; 95% IC 1,01-8,2), uso benzodiazepínicos (OR=2,0; 95% IC 1,1-3,6) e quedas (OR=2,4; 95% IC 1,2-5,0). Nos homens foram pior qualidade vida (OR=3,2; 95% IC 1,7-6,1), tabagismo atual (OR=3,5; 95% IC 1,28-9,77), diabetes mellitus (OR=4,2; 95% IC 1,27-13,7) e sedentarismo (OR=6,3; 95% IC 1,1-36,1). **Conclusões:** os resultados demonstram que idade avançada, sedentarismo, história familiar fratura fêmur, tabagismo, maior número quedas, diabetes mellitus e pior qualidade de vida foram principais FCR associados com fratura por osteoporose em mulheres e homens Brasileiros. Esse estudo sugere que a melhor compreensão dos fatores de risco em nossa população pode ser importante ferramenta para identificar indivíduos com maior risco de fratura por osteoporose.

16 (TL 18)

ANÁLISE CLÍNICA E SOROLÓGICA DE PACIENTES COM SÍNDROME INFECTO-REACIONAL LYME-SÍMILE

Mantovani E, Gauditano G, Bonoldi VLN, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, SP

Introdução/objetivos: atualmente, a doença de Lyme (DL) no Brasil é denominada doença de Lyme-símile (DL-S) ou síndrome infecto-reacional Lyme-símile (SIRLS), em decorrência de particularidades epidemiológicas, microbiológicas e clínicas em relação à DL descrita nos EUA e Europa. É uma doença infecciosa emergente transmitida por carrapatos, que cursa com manifestações clínicas compatíveis com a DL. As manifestações clínicas no país evoluem também em estágios e incluem presença de eritema migratório (EM), queixas osteoarticulares, neurológicas ou cardíacas, que podem cursar com recidivas, especialmente naqueles pacientes que não foram diagnosticados e tratados adequadamente. O diagnóstico clínico nem sempre é fácil nas situações em que o EM está ausente ou quando a doença manifesta-se tardiamente, na forma isolada de complicação articular, neurológica ou cardíaca. O objetivo dos exames sorológicos é avaliar se os pacientes encaminhados preenchem os critérios diagnósticos adotados pelo nosso serviço, onde a sorologia é considerada um parâmetro diagnóstico maior. O critério diagnóstico da SDLS foi baseado na presença de critérios maiores e menores, sendo considerado caso positivo na presença de 3 parâmetros maiores ou 2 parâmetros maiores associados a 2 menores. **Material e método:** por meio destes parâmetros, foram selecionados 68 pacientes, os quais foram avaliados clinicamente e sorologicamente para DLs (Elisa e WB). **Resultados e conclusão:** observamos as seguintes frequências de complicações nos 68 pacientes: EM em 35,3%, cardiopatia em 11,7%, neuropatia em 29,4%, artrite em 7,3%, artroalgia em 67,6%, mialgia em 41,2%, fadiga em 58,8%, distúrbios do cognitivo em 16,2% e parestesia de extremidades em 1,5%. A sorologia mostra que 64,7% dos pacientes tiveram sorologia positiva, enquanto que 16% do grupo de normais ($n=50$) apresentaram positividade. Demonstramos que a sensibilidade dos procedimentos sorológicos para diagnóstico da SDLS é de 65%, mesmo incluindo-se Elisa e WB em conjunto. Contudo, não há dúvida que a sorologia ainda é um instrumento diagnóstico útil, especialmente se interpretado com cuidado. Mostramos ainda que, indivíduos normais não expostos às áreas de risco, têm baixa positividade (16%). (Apoio: Fapesp.)

PÔSTERES

Áreas Básica e Clínica

17 (PO 1)

PERFIL LIPÍDICO EM PACIENTES COM DOENÇA DE BEHÇET – CORRELAÇÃO COM A ATIVIDADE DA DOENÇA E EVENTOS VASCULARES?

Caldas CAM, Medeiros DM, Borba Neto EF, Gonçalves CR. Departamento de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: modificações do perfil lipídico têm sido relacionadas à atividade de doenças reumatológicas como o lúpus eritematoso sistêmico. Na doença de Behçet (DB) os estudos ainda apresentam resultados conflitantes, além de sugerir que alterações do perfil lipídico possam estar relacionadas com eventos trombóticos. **Objetivos:** definir o perfil lipídico dos pacientes com DB em uma população brasileira; correlacionar a atividade da doença e a presença de eventos vasculares ao perfil lipídico. **Material e métodos:** foi realizado um estudo transversal avaliando 110 pacientes com diagnóstico definido de DB segundo os critérios do Grupo Internacional de Estudo para DB – 1990. Os dados foram coletados por meio de uma ficha padronizada, a atividade clínica da doença foi avaliada pelo BDCAF e a laboratorial por meio da VHS e PCR. O perfil lipídico foi avaliado pela análise do colesterol total, HDL, VLDL, Triglicerídeos, LDL e Lipoproteína (a). Foram excluídos do estudo os pacientes com menos de 19 anos, assim como os que faziam uso de drogas que pudessem alterar o perfil lipídico, medicações à base de estrógenos, obesos, mulheres na menopausa, gestantes, portadores de diabetes melito, disfunção hepática, renal ou tireoidiana. Foram incluídos neste estudo 22 pacientes. **Resultado:** a população com DB avaliada apresentava níveis mais baixos de colesterol total, VLDL e Triglicerídeos, em relação ao grupo controle. Não houve correlação entre a atividade clínica e alterações do perfil lipídico. Houve correlação positiva entre VHS e Lp(a) ($r=0,6907$; $p=0,0004$). Cinco (22,72%) pacientes apresentaram acometimento vascular durante o curso da doença e estes apresentaram níveis significativamente maiores de VLDL e Triglicerídeos quando comparados aos pacientes sem acometimento vascular. **Conclusão:** alterações do perfil lipídico podem estar relacionadas a atividade laboratorial da DB, mas não com a atividade clínica, podendo ainda ter relação com os eventos vasculares.

18 (PO 2)

AValiação PRECOCE NÃO-INVASIVA DE ATEROSCLEROSE EM PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE PRIMÁRIA

Andrade DCO, Bortolotto LA, Bonfa E, Borba EF. Departamentos de Reumatologia da FMUSP e INCOR, São Paulo, SP

Objetivo: a aterosclerose precoce e acelerada tem sido reconhecida como um fator adicional de dano vascular nos pacientes com síndrome antifosfolípide (SAF). Esses pacientes podem ser beneficiados com métodos de avaliação não invasivos como: Velocidade de Onda de Pulso e Echo-Tracking Device. Por meio da análise da rigidez arterial esses métodos permitem uma avaliação precoce de lesão na parede vascular. Nosso principal objetivo foi avaliar a aterosclerose de forma precoce em pacientes com SAF. **Pacientes e métodos:** 27 pacientes do sexo feminino e controles foram pareados por idade. Todas as pacientes tiveram trombose confirmada por meio de *doppler* e foram subdivididas de acordo com o sítio de trombose: arterial ($n=12$) e venosa ($n=11$). Os critérios de exclusão foram: raça negra, hipertensão, tabagismo, diabetes, gravidez, menopausa e obesidade. Todos os pacientes foram submetidos a medida da VOP no leito fêmoro-carotídeo e ao echo-tracking no leito carotídeo para avaliação das propriedades mecânicas dos vasos. **Resultados:** ambos os grupos não mostraram diferença em relação à idade (41.5 ± 9.3 vs 41.2 ± 10.2 , $p=0.92$) e IMC (22.7 ± 3.4 vs 22.6 ± 3.7 , $p=0.91$). Todas as pacientes com SAF apresentaram valores semelhantes de VOP em relação aos controles ($p=0.34$). O Espessamento da íntima média (EIM) dos vasos foi semelhante nos dois grupos ($p=0.29$) assim como os parâmetros do echo-tracking: diâmetro ($p=0.26$), distensibilidade ($p=0.92$), coeficiente de complacência ($p=0.36$) e módulo elástico ($p=0.78$). Foi observado um aumento na pressão arterial sistólica no grupo com SAF ($p=0.02$). Os pacientes com evento arterial exclusivo apresentaram um aumento na VOP ($p=0.01$) sem diferença no EIM, mesmo após considerar a idade e o tempo de duração da doença. Na análise multivariada foi demonstrada uma correlação entre VOP e idade ($r=0.59$, $p=0.0014$) e VOP e diâmetro do vaso ($r=0.40$, $p=0.035$) e EIM com diâmetro do vaso

($r=0.30$, $p=0.042$). **Conclusão:** a aterosclerose em pacientes com SAF tem um curso precoce e peculiar principalmente naqueles indivíduos com eventos arteriais. A VOP foi um método sensível capaz de detectar de forma precoce a disfunção funcional vascular relacionada à rigidez arterial na SAF.

19 (PO 3)

QUANTIFICANDO AS LESÕES ASSINTOMÁTICAS DO SISTEMA NERVOUSO CENTRAL NA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE (SAF): O PAPEL DA TRANSFERÊNCIA DE MAGNETIZAÇÃO (MTI)

Andrade DCO, Maia Jr AC, Bonfá E, Carvalho JF, Rocha AJ, Borba EF. Departamento de Reumatologia da FMUSP, Fleury Medicina e Saúde

Objetivo: a MTI apresenta a vantagem de detectar lesões microscópicas cerebrais em relação à ressonância magnética (RM) convencional. Nosso objetivo foi determinar o papel da MTI na SAF e sua relevância em detectar lesões subclínicas do SNC em pacientes com SAF. **Métodos:** 20 pacientes com SAF primária (10 com e 10 sem manifestações do SNC) e 10 controles pareados por sexo e idade submeteram-se a RM com MTI complementar. Todos os pacientes preencheram os critérios de Sapporo. Histogramas foram construídos a partir da MTI para quantificação da integridade do parênquima cerebral. A viabilidade do SNC foi determinada de acordo com o índice de transferência de magnetização (MTR) e pela intensidade de pixels (MPI). A análise volumétrica cerebral foi determinada por meio da avaliação do fator parenquimatoso cerebral (FPC) e pela relação do volume total/cerebral. **Resultados:** a idade foi semelhante em pacientes com e sem manifestações do SNC (41.2 ± 6.8 vs 40.7 ± 10.6 vs 40.8 ± 4 , $p=0.98$). Além disso, não houve diferença em relação ao tempo de doença (7.9 ± 5.5 vs 4.4 ± 4.1 , $p=0.10$), título exclusivo de anticardiolipina (40% vs 0%, $p=0.08$) ou de anticoagulante lúpico (50% vs 70%, $p=0.65$), quando comparados os indivíduos com e sem manifestação de SNC respectivamente. Os pacientes sem manifestação de SNC apresentaram um maior MPI que aqueles com quadro clínico (30.5 ± 1.0 vs 25.1 ± 3.2 , $p<0.05$) entretanto esse mesmo parâmetro foi menor quando comparado com os controles (31.2 ± 0.5 , $p<0.05$). Já os indivíduos com SNC apresentaram um MPI menor que os controles ($p<0.05$). Além disso, foi observado um menor FPC nos pacientes com CNS e sem SNC em relação aos controles (0.70 ± 0.05 vs 0.84 ± 0.02) e (0.80 ± 0.03 vs 0.84 ± 0.02 ; $p=0.0007$) respectivamente. O volume cerebral ($p=0.17$) e o volume total ($p=0.06$) foram semelhantes entre os grupos. **Conclusão:** nossos achados indicam que a análise do MTI é uma ferramenta sensível para identificar danos cerebrais subclínicos em pacientes com SAF. A relevância clínica desse método merece ser melhor definida em estudos prospectivos.

20 (PO 4)

AUMENTO DE PREVALÊNCIA DE CISTO RENAL SIMPLES EM PACIENTES COM GOTA

Hasegawa EM, Fuller R, Chammas MC, Goldenstein-Schainberg C. Disciplina de Reumatologia do HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: envolvimento renal sob a forma de litíase e nefropatia intersticial pode ocorrer em pacientes com gota, no entanto a prevalência de cisto renal simples não é estabelecida. **Objetivos:** determinar a prevalência de cisto renal simples na gota e possíveis fatores de risco associados. **Materiais e Método:** 146 pacientes com gota e 47 controles pareados por sexo e idade foram submetidos à ultra-sonografia de rins e vias urinárias. Análise estatística das características clínicas dos pacientes com e sem cisto renal foi realizada por meio dos testes chi-quadrado, Fisher e t de Student; teste de regressão logística multivariada foi utilizada para determinar qual característica clínica estaria correlacionada à presença de cisto renal simples. $P \leq 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** a prevalência de cisto renal simples foi de 26.0% nos pacientes com gota e de 10.6% no grupo controle ($p=0.045$). Não houve diferença quanto às características clínicas dos pacientes com cisto e sem cisto renal quanto à média de idade, tempo de doença, distribuição de sexo, presença de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, insuficiência renal e tofo. Por outro lado, nefrolitíase foi significativamente menos frequente no grupo com cisto renal ($p=0.003$). Pacientes mais idosos (OR=1.17; IC95%=1.01-1.37) ($p=0.035$) e com nefrolitíase (OR=0.09; IC95%=0.01-0.48) ($p=0.004$) correlacionaram-se independentemente à presença de cisto renal simples. **Conclusão:** a prevalência de cisto renal simples é de 2,6 vezes maior nos pacientes com gota, principalmente nos indivíduos mais idosos e sem nefrolitíase, sugerindo um possível papel protetor na sua ocorrência.

21 (PO 5)

ASSOCIAÇÃO DE IMUNOSSUPRESSORES EM DERMATOPOLIMIOSITE REFRATÁRIA - CORRELAÇÃO COM FATORES PROGNÓSTICOS

Caldas CAM, Medeiros DM, Levy-Neto M, Borges CTL. Departamento de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: o tratamento da dermatomiosite (DM) e polimiosite (PM) é baseado no uso de glicocorticóides. Em casos refratários ou quando há limitação ao uso de glicocorticóides os imunossupressores são indicados. Há pouca informação a respeito da necessidade de associação de dois ou mais imunossupressores para controle de miopatia refratária. Início da doença após os 50 anos, retardo maior que 6 meses para o início do tratamento, presença de neoplasia, pneumopatia, anti-Jo1, disfagia e restrição ao leite são fatores de mau prognóstico. **Objetivo:** avaliar os fatores de mau prognóstico nos pacientes em uso de associação de mais de um imunossupressor para controle da doença. **Casística e método:** neste estudo transversal avaliamos 112 pacientes com PM e DM. Destes, 18 (16,96%) faziam uso de associação de imunossupressores por miopatia refratária. Neste grupo, avaliamos a frequência dos fatores de mau prognóstico. **Resultado:** destes 18 pacientes, 12 tinham diagnóstico de DM (66,7%) e 6 de PM (33,3%). Dos fatores de mau prognóstico 14 pacientes (77,8%) ficaram acamados; disfagia ocorreu em 11 (61,1%); demora no início do tratamento em 7 (38,9%); associação com pneumopatia foi observada em 7 (38,9%); positividade para o anti-Jo1 em 4 (22,2%); idade avançada em 1 (5,5%) e 1 paciente (5,5%) teve diagnóstico concomitante de neoplasia. As associações de imunossupressores utilizadas foram: azatioprina e metotrexato em 8 pacientes (44,4%); azatioprina e ciclosporina em 1 (5,5%); ciclosporina e metotrexato em 4 (22,2%); e azatioprina, metotrexato e ciclosporina em 5 (27,8%). Fatores limitantes para o uso prolongado de doses altas de glicocorticóide foram: diabetes mellitus em 5 pacientes (27,8%); doença arterial coronariana em 1 (5,5%); obesidade em 8 (44,4%); glaucoma em 1 (5,5%); hipertensão arterial de difícil controle em 4 (22,2%). Dos 18 pacientes, 61,1% continuam em uso de glicocorticóide, na dose média de 8,4mg/dia de prednisona e apenas 5 (27,78%) apresentam CPK maior que 2x o normal. **Conclusão:** refratariedade ao uso de glicocorticóides isoladamente ou em associação com um imunossupressor ocorreu em 16,96% dos pacientes com dermatopolimiosite. Nestes casos foi necessária a associação de mais de um imunossupressor para o controle da doença.

22 (PO 8)

NANISMO: ANÁLISE DE DENSIDADE MINERAL ÓSSEA E COMPOSIÇÃO CORPÓREA

Pippa MG⁽¹⁾, Andrade DC⁽²⁾, Eis SR⁽³⁾, Brandao CA⁽⁴⁾, Zerbini CA⁽¹⁾. (1) Departamento de Reumatologia, Hospital Heliópolis, SP. (2) Centro Paulista de Investigação Clínica, SP. (3) Centro de Diagnóstico e Pesquisa da Osteoporose do Espírito Santo. (4) Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP

Introdução: o nanismo caracteriza-se por baixa estatura, associada à deformidade de corpos vertebrais e pelve. **Objetivos:** avaliar a densidade mineral óssea (DMO), composição corpórea (CC) e alterações radiológicas de coluna dorsal e lombar. **Material e método:** a densitometria óssea foi utilizada para avaliar a DMO areal (DMOA), DMO aparente (DMOapp), DMO ajustada (DMOajust) de coluna lombar (DMOCL), rádio 33% (DMOR 33%), corpo total (DMOT), conteúdo mineral ósseo total (CMOT) e CC. Peso, altura e índice de massa corpórea (IMC) foram calculados. Analisamos as variáveis como modelos descritivos e estudamos a aderência à curva normal (teste Kolmogorov Smirnov). **Resultados:** estudamos 12 mulheres e doze homens, com idade de 6 a 53 anos. A média de idade foi de 34,5 anos (DP = 11.9), peso médio 18 Kg (DP= 12.1), IMC 33.9 Kg/m² (SD=9.2) e altura 1,20 m (DP= 0.12). A média de DMOCL areal foi 0.991 g/cm² (DP=0.19), app 0.304 g/cm³ (DP=0.05) e ajust 0.0274 g/cm² (DP=0.007). A média de DMOT areal foi 1.047 g/cm² (SD= 0.20), app 0.616 (DP=0.52) e ajust 0.874 (DP =0.17). A DMO areal R 33% foi 0.616 g/cm² e o Z-score médio de -1.92 (DP= 1.02). De acordo com Z score referente à DMOCL (areal), baixa massa óssea esperada para idade foi encontrada em 5 portadores anões (20.8%). Quando utilizamos o Z-score referente à DMOCL (areal) nenhum dos anões apresentou baixa massa óssea. Quando utilizamos o Z-score referente à DMOR 33% (areal), baixa massa óssea esteve presente em 52,6%. Toda a amostra apresentou alterações radiológicas em coluna lombar e/ou coluna dorsal, incluindo fraturas vertebral. A baixa massa óssea foi muito prevalente, particularmente quando utilizamos o Z-score referente à DMO R 33%. **Conclusão:** concluímos que anões devem realizar análise de DMO mais cedo que indivíduos de estatura normal, possivelmente ao redor dos 30 anos, utilizando como referência o sítio do Rádio 33%.

23 (PO 9)

NANISMO: ANÁLISE COMPARATIVA DE DENSIDADE MINERAL ÓSSEA

Andrade DC⁽¹⁾, Zerbini CA⁽²⁾, Eis SR⁽³⁾, Brandao CA⁽⁴⁾, Pippa MG⁽²⁾. (1) Centro Paulista de Investigação Clínica. (2) Departamento de Reumatologia, Hospital Heliópolis, São Paulo, SP. (3) Centro de Diagnóstico e Pesquisa da Osteoporose do Espírito Santo, Vitória, ES. (4) Densitometria Óssea, Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP

O nanismo resulta em baixa estatura (habitualmente ≤ 1.20 m) e o tipo mais comum é conhecido como acondroplasia São poucos os relatos sobre a massa óssea e a composição corpórea (CC) de anões. Objetivamos avaliar a influência da baixa estatura na densidade mineral óssea (DMO). Comparamos os resultados de DMO de 20 anões com os resultados de DMO de 20 homens e mulheres de estatura normal, pareados por sexo e idade. A densitometria óssea avaliou a DMO areal da coluna lombar e fêmur proximal (DMOF), DMO ajustada (DMOajust), DMO aparente (DMOapp) e conteúdo mineral ósseo (CMO). Estudamos as variáveis de forma descritiva e a aderência à curva normal (Kolmogorov Smirnov test). Na comparação das diferenças das variáveis quantitativas entre os grupos utilizamos o test t de Student t. O valor de P considerado significativo foi < 0.05 . Os anões apresentaram < valores para todas as médias de medidas antropométricas, exceto índice de massa corpórea. [(peso = 52.8 Kg); (altura = 1.23 m); (IMC = 34.4 Kg /m²)] quando comparada ao grupo controle [(peso = 65.3 Kg); (altura = 1.62 m); (IMC = 34.4 Kg /m²)]. Quanto à massa óssea não houve diferenças significantes entre os anões e o grupo controle, no que se refere à DMO areal de L1-L4 1.035 g/cm²; 1.122 g/cm² p= 0.158, L1-L4 Z-score (-0.71 DP; -0.44 DP) p= 0.532, e DMO App (0.308 g/cm³; 0.313 g/cm³) p= 0.735. Os anões mostraram < valores de CMO L1-L4 (48.40g) e área de L1-L4, (45.65) quando comparados ao controle: CMO L1-L4 (58.50g) p= 0.040; área L1-L4 (51.67g) p= 0.026. L1-L4 adj Fo > quando comparado ao controle (0.837 g/cm²/0.697 g/cm², respectivamente), p= 0.001. Nossos resultados sugerem que a avaliação de massa óssea em pacientes com nanismo deve ser baseada na DMO ajust de L1-L4 ao invés da DMO aparente.

24 (PO 11)

EFEITOS ADVERSOS DURANTE A INFUSÃO DE INFLIXIMABE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES – ESTUDO MULTICÊNTRICO

Barbosa CMP⁽¹⁾, Terreri MTR⁽¹⁾, Oliveira SK⁽²⁾, Bica BBR⁽²⁾, Sacchetti SB⁽³⁾, Romanelli P⁽⁴⁾, Len CA⁽¹⁾, Hilário MOE⁽¹⁾. (1) Universidade Federal de São Paulo-EPM. (2) Universidade Federal do Rio de Janeiro. (3) Santa Casa de São Paulo. (4) Hospital Infantil Menino Jesus, São Paulo

Objetivo: avaliar a frequência e a gravidade dos efeitos adversos em pacientes durante a infusão de infliximabe. **Material e métodos:** foram avaliados retrospectivamente os prontuários de 58 pacientes acompanhados em cinco serviços de reumatologia pediátrica, com doença refratária ou intolerantes ao uso de uma ou mais drogas modificadoras de doença, que receberam uma ou mais infusões de infliximabe, no período de janeiro de 2003 a junho de 2007. A dose utilizada foi de 3 a 5 mg/Kg (máximo de 300 mg), exceto para uma paciente em que foi usado 10 mg/Kg (máximo 500 mg), aplicada em uma primeira dose, 15 dias e seis semanas após e, posteriormente, em intervalos de 6 ou 8 semanas, dependendo da evolução do paciente. A análise estatística foi descritiva, levando-se em conta a frequência e o tipo dos efeitos adversos assim como sua relação com o número de infusões, a dose de infliximabe e a doença. **Resultados:** a média de tempo de evolução das doenças foi de 7 anos e 7 meses (variando de 6 meses a 17 anos) e a média de idade na época da introdução do infliximabe foi de 12 anos e 9 meses (variando de 3 a 19 anos). A indicação da medicação foi artrite idiopática juvenil (39), espondiloartropatia (5), dermatomiosite (4), doença inflamatória intestinal (3), uveíte com síndrome de Blau (2), síndrome periódica associada ao receptor do fator de necrose tumoral (Traps) (1), vasculite indeterminada (1), psoríase (1), síndrome infantil crônica articular neurológica e cutânea (Cinca) (1) e policondrite (1 caso). Dos 58 pacientes avaliados, 25 (43,1%) apresentaram efeitos adversos durante a infusão e, em 19 (32,7%), a medicação teve de ser suspensa. As reações que ocorreram foram: náuseas e vômitos (9), dispnéia e sensação de falta de ar (7), choque anafilático (6), angioedema (6), rubor facial (5), além de urticária, hipertensão, hipotensão, tosse, dor torácica, sensação de morte, taquicardia e cianose. As reações foram prontamente diagnosticadas e tratadas adequadamente. Os pacientes apresentaram boa evolução e não ocorreu nenhum óbito. A reação anafilática foi mais frequente entre a quarta e a sexta doses, embora em um caso tenha ocorrido na primeira aplicação e, em outro, na 18ª. Os pacientes fizeram uso de medicamentos pré-infusão: anti-histamínicos, corticosteróides e antipiréticos. **Conclusão:** a

freqüência e a gravidade dos efeitos adversos ao infliximabe devem ser levadas em conta, não apenas quando da sua indicação, mas principalmente quando da escolha do local para sua aplicação, que deve possuir uma estrutura para atendimento de urgência e médico habilitado.

25 (PO 12)

CONFIABILIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO GENÉRICO "PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY 4.0"

Klatchoian D⁽¹⁾, Len CA⁽¹⁾, Terrieri MTRA⁽¹⁾, Ciconelli RM⁽¹⁾, Varni J⁽²⁾, Hilário MOE⁽¹⁾. (1) Unifesp-EPM, São Paulo, SP. (2) Colleges of Architecture and Medicine, Texas A&M University, College Station, Texas, USA

Introdução: nas últimas duas décadas vários questionários genéricos para a mensuração da qualidade de vida foram desenvolvidos para o uso específico na faixa etária pediátrica. O *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL) versão 4.0 destaca-se por sua confiabilidade e facilidade de aplicação. **Objetivo:** traduzir e validar o questionário genérico de qualidade de vida PedsQL 4.0 para o idioma português e para a cultura brasileira. **Método:** os pesquisadores seguiram a metodologia proposta pelos autores da versão original do questionário: 1) tradução por um painel de especialistas; 2) *back translation* para o inglês com avaliação pelos autores da versão original; 3) estudo piloto envolvendo cinco crianças e pais de cada faixa etária (2-4 anos, 5-7 anos, 8-12 anos e 13-18 anos); 4) avaliação das propriedades de medida. Nesta etapa o PedsQL 4.0 foi administrado a um grupo de 105 crianças e adolescentes com doenças reumáticas e a 240 controles pareados por idades, bem como aos respectivos pais ou cuidadores. Resultados. Observamos valores de α de Cronbach entre 0.6 e 0.9 para todos os aspectos avaliados pelo questionário (físico, emocional, social e educacional) apontando uma boa consistência interna. A validade construída foi comprovada, utilizando-se parâmetros habitualmente utilizados em Reumatologia Pediátrica como o *Childhood Health Assessment Questionnaire* e o *Childhood Health Questionnaire* (coeficiente de correlação de Spearman, $p < 0,001$). Com relação à reprodutibilidade interpesquisador, observamos boa correlação intraclassa para todas as faixas etárias (0.69 a 0.88). **Conclusão:** a versão brasileira do PedsQL mostrou-se válida e confiável. Sua aplicabilidade prática será de grande utilidade para todos os profissionais responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes.

26 (PO 13)

DIMINUIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS

Klatchoian D⁽¹⁾, Len CA⁽¹⁾, Terrieri MTRA⁽¹⁾, Ciconelli RM⁽¹⁾, Varni J⁽²⁾, Hilário MOE⁽¹⁾. (1) Department of Pediatrics, Unifesp-EPM, São Paulo, SP. (2) Colleges of Architecture and Medicine, Texas A&M University, College Station, Texas, USA

Introdução: as doenças reumáticas acarretam incapacidade física em muitas crianças e adolescentes, com reflexos em outras dimensões (emocional, social e educacional, entre outras). **Objetivo:** mensurar a qualidade de vida de um grupo de pacientes com doenças reumáticas com idades entre 2 e 18 anos utilizando o questionário genérico *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL). **Método:** o PedsQL 4.0 foi aplicado a um grupo de pacientes constituído por 105 crianças e adolescentes. As patologias foram: artrite idiopática juvenil ($n = 71$), lúpus eritematoso sistêmico ($n = 22$), dermatomiosite juvenil ($n = 7$) e miscelânea ($n = 5$). O grupo controle de 240 indivíduos (124 meninas) foi constituído por 60 crianças ou adolescentes aparentemente saudáveis em cada uma das 4 faixas etárias. A versão para os pais ou cuidadores foi aplicada no mesmo dia, separadamente. **Resultados:** observamos que os escores, em todos os aspectos, dos pacientes foram significativamente mais baixos do que os dos controles ($p < 0,0001$): físico = 75.99 ± 22.65 vs. 95.94 ± 5.83 ; psicossocial = 73.33 ± 16.02 vs. 85.03 ± 9.66 e total = 74.28 ± 16.73 vs. 88.90 ± 7.35 , respectivamente. Para a versão do PedsQL 4.0 para os pais também foram observadas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,0001$) em todos os aspectos. Cabe ressaltar que, de um modo geral, os cuidadores, foram capazes de aferir a qualidade de vida dos filhos, com exceção para os aspectos emocional e social. **Conclusão:** a qualidade de vida dos pacientes foi significativamente menor do que os controles saudáveis, indicando para a necessidade de uma abordagem mais integral e focada não somente para os aspectos físicos mas também para os psicossociais.

27 (PO 14)

FREQÜÊNCIA DE HIPERHOMOCISTEINEMIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: AVALIAÇÃO EVOLUTIVA

Terrieri MTRA, Sarni ROS, Prado R, Nascif AKS, D'Almeida V, Hilário MOE. Departamento de Pediatria, Unifesp-EPM, São Paulo, SP

Objetivo: acompanhar evolutivamente pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) juvenil e detectar a presença ou persistência de hiperhomocisteinemia. **Pacientes e métodos:** foram avaliados 18 crianças e adolescentes com diagnóstico de LES juvenil (mediana de idade 13,5 anos). O levantamento de dados demográficos, clínicos e laboratoriais e de tratamento foi realizado com base nos prontuários. A homocisteína sérica foi dosada duas vezes com mediana de intervalo de tempo entre as duas dosagens de 1,5 anos (1,3 a 2,5), e associada com estado nutricional (peso e estatura), atividade de doença, comprometimento renal e uso de metotrexato. A dosagem de homocisteína foi também realizada em 59 indivíduos controle, pareados para idade e sexo. **Resultados:** dos 18 pacientes com LES juvenil, 16 (88,9%) eram do sexo feminino, 14 (77,8%) caucasianos, 13 (72,2%) tinham comprometimento renal e 3 (16,7%) utilizavam metotrexato. Cinco (27,8%) dos pacientes avaliados mantiveram níveis elevados de homocisteína nas duas dosagens (acima do percentil 90 do grupo controle). Entretanto, este grupo não se diferenciou do grupo de pacientes com uma ou nenhuma dosagem com elevação de homocisteína, no que diz respeito a dados clínicos, atividade de doença ou dados antropométricos. Os níveis aumentados de homocisteína não mostraram associação estatisticamente significativa com a presença de lesão renal (na primeira dosagem, $p = 0,676$ e na segunda, $p = 0,500$), atividade de doença (na primeira dosagem, $p = 0,630$ e na segunda $p = 0,182$), sobrepeso/obesidade (na primeira dosagem, $p = 0,485$ e na segunda, $p = 0,288$) e nem com a baixa estatura (escore z de estatura para a idade < -2) (na primeira dosagem, $p = 0,202$ e na segunda, $p = 0,500$). **Conclusão:** este estudo nos alerta para a persistência de concentrações elevadas de homocisteína sérica em alguns pacientes com LES juvenil e para a necessidade de avaliações de intervenção terapêutica e orientação nutricional visando à redução de fatores de risco para doença cardiovascular.

28 (PO 16)

VASCULITE CUTÂNEA EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

Nishimura WE, Fernandes SRM, Conde RA, Bértolo MB. Departamento de Reumatologia. HC-Unicamp, Campinas, SP

Introdução/objetivo: a vasculite cutânea (VC) acomete cerca de 5% dos pacientes (pts) com artrite reumatóide (AR). Pode causar gangrena periférica e úlceras cutâneas profundas com dor importante quando associada ao acometimento do sistema nervoso periférico (mononeurite múltipla). Não há sinais e sintomas específicos da VC e seu diagnóstico depende da exclusão de outras condições como diabetes, aterosclerose, reação a drogas, infecções e neoplasias. O objetivo do estudo foi avaliar o comportamento da freqüência da VC em pts com AR acompanhados no ambulatório de Reumatologia do HC-Unicamp visto que na literatura houve uma sensível queda de sua incidência durante os anos devido, principalmente, ao tratamento com uso de drogas modificadoras do curso da doença (DMARDs). **Material e Método:** o estudo foi baseado em análise aleatória de prontuários durante o ano de 2006 de 130 pts com AR pelos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) acompanhados no HC-Unicamp em uso de DMARDs. O diagnóstico de VC foi estabelecido pela presença de úlceras dolorosas predominantes em regiões distais de membros inferiores e excluídas condições citadas acima. Dados como sexo, etnia, idade, fator reumatóide e o escore de atividade da doença (DAS 28) foram extraídos dos prontuários e correlacionados aos pacientes com AR e VC. **Resultados:** foram observadas VC em 07 pts (5,3%) com média de idade de 55 anos. Encontramos 05 pts do sexo feminino com VC o que discorda da literatura onde o predomínio é do sexo masculino. Quanto à etnia 05 eram caucasóides e 02 não-caucasóides. O fator reumatóide foi positivo em 06 pts com VC o que não diverge da literatura onde o mesmo poderá estar ausente em alguns pts com VC. O DAS 28 demonstrou doença moderadamente ativa em 06 pacientes e inativa em 01 paciente. **Conclusão:** a freqüência de VC na nossa casuística é semelhante ao apontado pela literatura, porém sendo mais comum no sexo feminino com fator reumatóide positivo e doença articular ativa.

29 (PO 19)

AVANÇOS NA ETIOLOGIA DA SÍNDROME INFECTO-REACIONAL LYME-SÍMILE

Mantovani E, Anselmo G, Yoshinari NH. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: na síndrome infecto-reacional Lyme-símile (SIRLS) observamos estruturas que sugerem espiroquetas, *Chlamydia* spp e *Mycoplasma* spp à microscopia eletrônica (Braz J Med Biol Res 40(4):443-56, 2007) e interrogamos se esta zoonose representava uma variante da doença de Lyme (DL) ou nova entidade emergente brasileira. **Objetivos:** 1. realizar sorologias e PCR para *Chlamydia* spp e *Mycoplasma* spp nos pacientes com SIRLS; 2. inocular estas estruturas presentes no sangue dos pacientes em cultura de células endoteliais. **Materiais e métodos:** amostras de soros de 68 pacientes com SIRLS que preencheram critérios diagnósticos pré-estabelecidos e 50 controles normais, foram submetidas a sorologia para *M.pneumoniae* (Elisa) e para *Chlamydia* spp (IFI). Sangue de pacientes e de normais foram semeados em culturas de células endoteliais (HUV) e analisados com auxílio de microscopias óptica e eletrônica. PCR identificadores de gêneros *Chlamydia* e *Mycoplasma* foram realizados em 10 pacientes com SIRLS. **Resultados:** dos 68 pacientes de SIRLS, 31 (45,6%) foram positivos, assim como 21 dos 50 normais 21 (42%) foram positivos para *M. pneumoniae*. Para *Chlamydia* spp, dos 68 pacientes 56 (80,9%) apresentaram-se positivos e no grupo controle 41 (82%). Estruturas semelhantes à espiroquetóides foram vistas em 49 das 52 amostras de sangue de doentes com SIRLS examinadas (94,2%). Na ME, analisamos 6 pacientes com diagnóstico de SIRLS, havendo confirmação de estruturas sugestivas de *Chlamydia* spp, *Mycoplasma* spp e espiroquetas, com migração para o interior de células endoteliais. Amostra de 1 indivíduo normal em HUV não apresentou presença de estruturas. **Conclusão:** apesar dos estudos morfológicos sugerirem a existência de *Mycoplasma* spp e *Chlamydia* spp associadas às espiroquetas na SIRLS, estudos sorológicos e de PCR não confirmaram tal hipótese. Sugerimos que estas estruturas representem forma L ou císticas de espiroquetas, de sobrevida intracelular, justificando aspectos clínicos como a recorrência e resistência ao emprego de antibióticos. Assim, a SIRLS é uma entidade distinta da clássica DL, devido às particularidades microbiológicas e clínicas, e de grande importância para a Medicina brasileira. Apoio: Fapesp.

30 (PO 20)

ENFERMIDADES NEUROLÓGICAS CONTRA ANTÍGENOS DE *BORRELIA BURGDORFERI*

Mantovani E⁽¹⁾, Livramento JA⁽²⁾, Marchiori P⁽³⁾, Gauditano G⁽¹⁾, Bonoldi VLN⁽¹⁾, Yoshinari NH⁽¹⁾. (1) Reumatologia da FMUSP. (2) Neurologia da FMUSP. (3) Neurologia do HC-FMUSP

Introdução: a doença de Lyme-símile é enfermidade cada vez mais frequente no país e pode acometer o SNC na sua evolução. **Objetivo:** verificar se a sorologia no líquido para *Borrelia burgdorferi* poderia discriminar pacientes com neuroborreliose de outras doenças neurológicas. **Material e métodos:** foram analisados 131 líquidos de padrão linfomonocitário de diferentes causas: 31 de origem viral, 34 de causa bacteriana, 37 de meningite asséptica e 29 de patologias diversas. O grupo controle tinha 42 líquidos de pacientes com história de cefaléia. Utilizou-se o ensaio imunoenzimático (ELISA) para detectar anticorpos anti *B. burgdorferi*. **Resultados:** obteve-se a seguinte positividade do ELISA nos líquidos: citomegalovírus (33,3%), paraparesia crural HTLV1 (12,5%), cisticercose (30,7%), sífilis (88,8%), neoplasia (33,3%), varicela zoster (33,3%), HIV (0%); meningoencefalite (0%); candidíase (0%), histoplasmoses (66,6%), herpes tipo 1 (75%), meningites virais (14,3%), meningites bacterianas (57,1%); meningites linfomonocitárias (37,8%). Todos os controles foram negativos. **Conclusões:** indivíduos normais não têm anticorpos anti *B. burgdorferi* no líquido ao contrário do observado no sangue, mas o teste de ELISA no LCR é pouco específico para discriminar diferentes enfermidades, pois inúmeras entidades neurológicas apresentam reatividade cruzada contra os antígenos da *B. burgdorferi*. Assim, a sorologia não é diagnóstica para neuroborreliose, mas exame auxiliar frente a paciente suspeito. (Apoio Fapesp.)

31 (PO 21)

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS NA DOENÇA DE LYME-SÍMILE

Gauditano G⁽¹⁾, Cardoso JL⁽²⁾, Mantovani E⁽¹⁾, Spolidorio MG⁽¹⁾, Bonoldi VLN⁽¹⁾, Yoshinari NH⁽¹⁾. (1) Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP. (2) Instituto Butantan, São Paulo, SP

Introdução: a doença de Lyme-símile (DL-S) no Brasil é definida como enfermidade infecciosa transmitida por carrapatos e causada por espiroquetas de comportamento latente e incultivável, que reproduz manifestações clínicas observadas no hemisfério Norte. **Objetivo:** apresentar diferentes formas de complicações cutâneas em indivíduos picados por carrapatos. **Casuística e metodologias:** o Laboratório e o Ambulatório de DL-S acompanham doentes com suspeita de DL-S e realiza sorologias (ELISA e Western-blotting) para *Borrelia burgdorferi* no auxílio diagnóstico desta zoonose. Pacientes com lesões de pele foram biopsiados e as lâminas analisadas à microscopia óptica. Resultados: seis formas de lesões de pele foram identificadas na DL-S: eritema migratório, eritema anular secundário, eritema recorrente, acrodermatite atrófica (ACA), linfocitoma borreliano e paniculite. Todos relatavam histórico de picadas por carrapatos e desenvolveram anticorpos para *B. burgdorferi*. Com exceção do paciente com ACA, as demais formas de apresentação de pele evoluíram com complicações sistêmicas (articulares ou neurológicas). Achados histológicos confirmaram hipóteses clínicas. **Conclusão:** a DL-S evolui com múltiplas complicações de pele, similares às vistas nos EUA e Eurásia, sendo marcadores importantes desta espiroquetoze no Brasil. Suporte financeiro: FAPESP

32 (PO 22)

ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM DOENÇA DE LYME-SÍMILE

Gauditano G⁽¹⁾, Gonçalves R⁽¹⁾, Shinjo SK⁽¹⁾, Raissa AC⁽²⁾, Yoshinari NH⁽¹⁾. (1) Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP. (2) Oftalmologia do HC da FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: a doença de Lyme-símile ocorre após a picada de carrapato contaminado com espiroquetas, inicialmente leva a um quadro dermatológico, com eritema crônico migrans no local da picada (fase inicial), evolui para uma fase de disseminação sistêmica (fase secundária) atingindo outros órgãos, podendo manter-se sem tratamento e em fase de latência por muitos anos (fase terciária ou latente). A fase terciária pode apresentar acometimento neurológico múltiplo ou isolado com ou sem manifestações clínicas de pele e sistema osteoarticular. No diagnóstico diferencial das patologias do SNC devemos suspeitar de DL-S quando a clínica for compatível, sempre preenchendo os critérios diagnósticos. Quadros de comprometimento específicos envolvendo distúrbios de visão têm sido observados em nosso serviço. **Material e métodos:** foram observados seis pacientes com comprometimento de primeiro e/ou sexto par craniano e/ou nervo óptico e/ou retina, confirmado pelo campo visual. Todos foram tratados pelo menos um mês com antibióticoterapia. **Resultados:** três tipos de acometimento foram observados: o acometimento de nervo óptico isolado uni ou bilateral; meningite linfomonocitária sintomática com associação com distúrbios do nervo oculomotor e paralisia facial recorrente, artrite com maculopatia secundária a neurorretinite. O Tempo de doença variou de 20 dias a três anos. Em 66,6% dos casos houve melhora com tratamento e estabilização da visão. **Conclusão:** distúrbios de visão envolvendo nervos cranianos podem ocorrer na DLS e são passíveis de tratamento antibiótico com melhora e até remissão. (Apoio: Fapesp.)

33 (PO 25)

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPÓREA E DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM MULHERES PORTADORAS DE ARTRITE REUMATÓIDE

Oliveira RG⁽¹⁾, Pippa MGB⁽²⁾, Zerbini CAF⁽²⁾. (1) Departamento de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP. (2) Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis, SP

Introdução: as aferições da composição corpórea são de grande importância para o diagnóstico e controle de várias enfermidades. A absorciometria por raios X de dupla energia (Dexa), técnica mais utilizada para avaliação da DMO, tem sido aplicada com sucesso na mensuração da composição corpórea, visto que separa o osso da massa gorda e massa magra. A diminuição da massa óssea e mudanças na composição corpórea são comuns em pacientes com artrite reumatóide, particularmente nos usuários de glucocorticóides. **Objetivos:** analisar o comprometimento da

densidade mineral óssea (DMO) e a sua correlação com os componentes da composição corporal (CC). **Material e método:** 83 pacientes com artrite reumatóide (AR) realizaram densitometria óssea para análise de massa óssea total e regional, e estudo da composição corpórea. Além disso, foram submetidas a radiografia lateral de coluna dorsal e lombar e a realização laboratorial de provas inflamatórias e dosagem de fator reumatóide. Foram aplicados questionários específicos para avaliação da atividade da doença, classe funcional, atividade física, e inquérito alimentar. **Resultados:** a prevalência de osteoporose foi relevante e ocorreu de forma semelhante em coluna lombar e colo do fêmur. Mais da metade da amostra apresentou diminuição de DMO em coluna lombar e/ou colo do fêmur. As mulheres de raça não branca e as mulheres pré-menopausa apresentaram maiores valores nas médias de DMO. A dose cumulativa de corticóide nos últimos dois anos foi um determinante negativo na massa magra total. **Conclusão:** o achado de valores reduzidos de DMO sugerem que devam ser aplicadas medidas para a prevenção e tratamento de osteoporose a partir do diagnóstico desta doença. Embora não tenhamos evidenciado uma ação deletéria direta do corticóide na DMO, o seu uso deve ser criterioso em relação ao tempo e dose. A preservação da massa muscular e o incentivo ao DMO equilíbrio das pacientes, com conseqüente diminuição de quedas e futuras fraturas.

34 (PO 27)

EFEITO DA HIPOFUNÇÃO MASTIGATÓRIA NA MASSA ÓSSEA DA MANDÍBULA DE RATAS WISTAR SUBMETIDAS, OU NÃO, A OVARECTOMIA

Patullo IMF, Takayama L, Patullo RF, Jorgetti V, Pereira RMR. Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP

O esqueleto sofre alto risco de perda de massa óssea, pela supressão de estrogênio, porém, para a reabsorção óssea oral, não está bem definida, qual a influência da deficiência hormonal e dos fatores locais, principalmente, as cargas geradas durante a mastigação. **Objetivo:** avaliar o efeito da hipofunção mastigatória na massa óssea do osso mandibular de ratas Wistar, submetidas, ou não, a supressão estrogênica. **Material e métodos:** foram estudados 24 ratas randomizadas em 4 grupos: 2 grupos submetidos a ovariectomia (OVX) ou cirurgia simulada (Sham). Dois outros grupos foram alimentados com dieta *Pellet* ou dieta *Pó*, para indução de hipofunção mastigatória. Os grupos de dieta-pó, tiveram também os incisivos cortados 2 vezes por semana. Deste modo: Grupo I (GI:Sham Pellet); Grupo II (GI:OVX Pellet); Grupo III (GIII:Sham Pó); Grupo IV (GIV:OVX Pó). A densidade mineral óssea (DMO) foi analisada na coluna lombar, fêmur antes e após 9 semanas de dieta. A DMO e análise histomorfométrica dos côndilos mandibulares foram avaliadas após a intervenção da dieta. **Resultados:** os animais dos grupos Sham apresentaram DMO maior na coluna e fêmur que os dos grupos OVX (GI vs. GII, $p < 0,01$; GIII vs. GIV, $p < 0,001$), mas nenhuma diferença foi observada na DMO da mandíbula na comparação com os grupos Sham e OVX ($p > 0,05$). Por outro lado, os animais sob dieta-Pó mostraram diminuição da DMO na mandíbula quando comparados com os dos grupos sob dieta-Pellet, tanto em grupos OVX quanto Sham (GIV vs. GII, $p < 0,01$; GIII vs. GI, $p < 0,01$). Semelhantemente, a análise histomorfométrica do côndilo mandibular mostrou que os grupos sob dieta-Pó, em relação aos de dieta-Pellet, tiveram uma significativa diminuição no volume trabecular (GIV vs. GII, $p < 0,01$; GIII vs. GI, $p < 0,001$) e espessura trabecular (GIV vs. GII, $p < 0,05$; GIII vs. GI, $p < 0,01$). **Conclusões:** este trabalho demonstrou que a hipofunção mastigatória influencia de maneira predominante a perda de massa óssea na região mandibular e que a supressão hormonal parece não afetar o osso mandibular, em contraste com a ação estrogênica no esqueleto axial e apendicular. Assim, as cargas oclusais decorrentes da mastigação demonstraram ter papel principal na manutenção da massa óssea mandibular.

35 (PO 29)

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM PSORÍASE NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO COM ÊNFASE NO PERFIL LIPÍDICO

Carneiro SC, Pereira FS, Kassuga LE, Brollo MV, Chaves M, Filgueira A. Serviço e Curso de Pós-Graduação em Dermatologia, HUCFF e Faculdade de Medicina-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ

Introdução: a psoríase tem sido associada a alterações dos lipídios e maior risco de aterosclerose. **Objetivo:** Avaliar o perfil lipídico de pacientes com psoríase, comparando-o com o de um grupo controle. **Pacientes e métodos:** foram avaliados 81 pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, com psoríase de moderada a grave, no período de novembro de 2004 a maio de 2006. Os pacientes controles foram indivíduos saudáveis.

Foram avaliados sedentarismo, etilismo, história familiar de dislipidemia, índice de massa corpórea (IMC), e PASI (*psoriasis area score index*). Coleta do sangue periférico após 12 horas de jejum para dosagem de colesterol total, LDL-c, HDL-c e triglicerídeos. **Resultados:** o grupo psoríase apresentou idade ($p = 0,0001$), IMC ($p = 0,017$) e TG ($p = 0,0001$) significativamente maior, e o HDL-c ($p = 0,0001$) significativamente menor que o grupo controle, na amostra geral. No subgrupo do sexo masculino o grupo psoríase apresentou idade ($p = 0,0001$), IMC ($p = 0,05$) e TG ($p = 0,0002$) significativamente maior, e o HDL-c ($p = 0,006$) significativamente menor que o controle. No subgrupo feminino, o grupo psoríase apresentou idade ($p = 0,009$) e TG ($p = 0,003$) significativamente maior, e o HDL-c ($p = 0,0001$) significativamente menor que o controle. O grupo psoríase apresentou proporção de TG alterado (22,1%) e HDL-c alterado (31,1%) significativamente maior ($p = 0,007$ e $p = 0,003$, respectivamente) que o grupo controle (4,2% e 8,3%, respectivamente), na amostra geral. Observou-se que o grupo psoríase apresentou proporção de etilismo (34%) e TG alterado (28,6%) significativamente maior ($p = 0,005$ e $p = 0,012$, respectivamente) que o controle (4,2% em ambos), na amostra do sexo masculino e que na amostra do sexo feminino o grupo psoríase apresentou proporção de etilismo (3,7%) significativamente menor ($p = 0,034$) e HDL-c alterado (18,5%) significativamente maior ($p = 0,034$) que o grupo controle (25% e 0%, respectivamente). **Conclusões:** não houve correlação significativa das variáveis laboratoriais com o PASI nos pacientes com psoríase. O sexo masculino apresentou o escore PASI (mediana de 7,6) significativamente maior que o sexo feminino (mediana de 4), com $p = 0,05$.

36 (PO 30)

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO-COMPARATIVO: PSORÍASE DE INÍCIO PRECOCE E TARDIO

Carneiro SC, Fagundes FP, Torres FN, Lobato BD, Brollo MV, Kassuga LE, Sá L, Filgueira A. Serviço e Curso de Pós-Graduação em Dermatologia, HUCFF e Faculdade de Medicina-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ

Introdução: vários estudos têm observado a existência de formas clínicas diferenciadas de Psoríase, relacionadas à idade início da doença. Pacientes de início precoce apresentariam curso clínico sujeito a exacerbações e remissões, maior prevalência de história familiar de Psoríase e fatores desencadeantes específicos. **Objetivos:** distinguir um padrão clínico-evolutivo e de história familiar entre a Psoríase de início precoce, (antes de 30 anos: Tipo I), e a doença que se inicia tardiamente (após 30 anos: Tipo II). **Material e métodos:** foram incluídos 259 pacientes com diagnóstico de Psoríase, entre dezembro/2003 e outubro/2006, avaliados por questionário e exame clínico: análise descritiva foi realizada e os dados foram expressos como frequências, no caso de variáveis categóricas, e, como médias com seus respectivos desvios padrões, no caso de variáveis contínuas. Para comparações das variáveis contínuas foi usado o teste U de Mann-Whitney. As variáveis dicotômicas ou categóricas foram comparadas utilizando-se o teste qui-quadrado. **Resultados:** a idade média de início de doença foi de 35,7 anos para toda a amostra. As pacientes do sexo feminino apresentaram idade de início mais precoce e valor médio de PASI menor do que os do sexo masculino ($p < 0,05$). Os pacientes com Psoríase tipo I apresentaram maior frequência de faringite como fator desencadeante, acometimento do tronco e de lesão tipo gutata ($p < 0,05$). Houve tendência no tipo I a terem valor médio de PASI mais alto, maior duração de remissão, história de eritoderma, utilização de medicamentos sistêmicos, remissões e fenômeno de Koebner. Pacientes do tipo II apresentaram uma frequência maior de acometimento da região sacra ($p < 0,05$), tendência a envolvimento de cotovelos e joelhos e lesões em placa. Não houve diferença entre os grupos quanto à história familiar de psoríase. **Conclusões:** as características clínico-evolutivas dos pacientes com Psoríase tipo I sugerem que este seja um grupo diferenciado, de curso clínico instável. As pacientes do sexo feminino apresentaram de forma significativa curso clínico mais brando. A história familiar de Psoríase não apresentou correlação com a idade de início de doença.

37 (PO 32)

CARACTERÍSTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE NO SEXO MASCULINO

Almeida CS, Lo SC, Oliveira IS, Shinjo SK, Laurindo IMM. Disciplina de Reumatologia, Liga de Doenças Auto-Imunes, HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: artrite reumatóide (AR) é uma doença auto-imune, com uma relação de 3 mulheres para 1 homem nas populações caucasianas, enquanto que na América Latina e no Brasil, segundo estudos recentes, é de 6:1. Características clínicas e demográficas da AR podem estar as-

sociadas a esta discrepância. O objetivo deste trabalho foi comparar estas características em pacientes com AR do sexo masculino (grupo A) e feminino (grupo B) do nosso Serviço de Reumatologia (centro terciário). **Material e método:** foram avaliados os dados demográficos e comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, hipotireoidismo, dislipidemia, história de tuberculose pulmonar – Tbc –, osteoartrite, insuficiência renal crônica, insuficiência coronariana, doença pulmonar, diabetes, acidente vascular cerebral – AVC –, síndrome de Sjögren –SSj) de 48 pacientes do grupo A e 48 do grupo B, pareados por idade. Todos preenchiam pelo menos 4 dos 7 itens do critério de AR (ACR). **Resultado:** no grupo B predominou rigidez matinal (45 vs 37, $p=0,020$; OR 0,22, IC95% 0,06~0,86), artrite em mãos (44 vs 34, $p<0,01$; OR 0,22, IC95% 0,07~0,73) e presença de erosões ósseas em mãos (40 vs 20, $p<0,01$, OR 0,17, IC95% 0,07~0,44). A análise multivariada demonstrou OR 0,22 IC95% 0,07~0,66, para a presença de erosões ósseas em mãos do grupo A. Não houve diferença quanto à média da idade (DP): grupo A (60,5 (9,5)) vs grupo B (60,8 (9,8)). Os dois grupos foram também similares quanto à presença do fator reumatóide (40 vs 37; $p=0,45$), e de nódulos reumatóides (12 vs 9; $p=0,46$). Em relação às comorbidades, SSj (8 vs 1, $p<0,01$), fibromialgia (4 vs 0; $p=0,04$) e AVC (4 vs 0; $p=0,04$) foram mais prevalentes no grupo B enquanto FIP (8 vs 1; $p=0,01$) e Tbc (4 vs 0; $p=0,01$) predominaram no grupo A. **Conclusão:** houve diferentes características clínicas e radiográficas da AR associadas ao sexo. No sexo masculino observou-se um menor comprometimento das mãos e menor número de erosões, certamente associados a um melhor prognóstico. A presença de co-morbidades associadas a significativa perda da qualidade de vida (SSj e fibromialgia) foram mais frequentes em sexo feminino, justificando pelo menos em parte, a maior procura por recursos médicos.

38 (PO 33)

RELAÇÃO DO ANTICORPO ANTICENTRÔMERO E DOENÇAS AUTO-IMUNES

Cardoso PRMM, Nogueira AR, Lo V W, Shinjo SK, Borba EF. Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Reumatologia, Liga de Doenças Auto-Imunes, HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: a presença de anticorpo anticentrômero (ACA) tem sido fortemente associada à forma limitada de esclerose sistêmica. Entretanto, apesar da sua alta especificidade, o ACA pode também estar presente em outras doenças sistêmicas. O objetivo do presente estudo foi avaliar o significado clínico dos pacientes com o ACA positivo. **Material e Método:** os dados clínicos foram obtidos do levantamento do prontuário dos pacientes, cujas amostras de sangue foram colhidas no Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), no período entre 1997 e 2007. O ACA foi baseado em imunofluorescência indireta em cultura de células Hep2. **Resultado:** foram avaliados 126 pacientes com o ACA. A média de idade (DP) foi de 56,5 (15,4) anos, sendo 124 (98,6%) do sexo feminino e 119 (94,4%) da cor branca. Foram 53,6% casos com a esclerose sistêmica (7,9% forma difusa e 45,7% forma limitada), 11,8% síndrome de Sjögren, 6,3% lúpus eritematoso sistêmico, 4,8% artrite reumatóide e 2,4% cirrose biliar. Houve, ainda, 61,4% fenômeno de Raynaud, 26,4% doença do refluxo gastroesofágico, 20,5% hipertensão arterial sistêmica, 15,0% tireoidopatia, 9,5% hipertensão pulmonar, 7,1% acometimento articular, 4,7% doença de Barret, 3,2% fibrose pulmonar e 3,2% hepatopatia. **Conclusão:** o ACA foi presente praticamente em sexo feminino e da cor branca. Além disto, aproximadamente 60% e 40% dos casos apresentavam, respectivamente, o fenômeno de Raynaud e o acometimento do trato gastrointestinal. Com relação às comorbidades, metade dos pacientes apresentava esclerose sistêmica. Apesar da sua alta especificidade, o ACA também foi encontrado em outras entidades, o que pode contribuir com o desenvolvimento de características clínicas e comorbidades heterogêneas, incluindo as doenças reumatológicas e não reumatológicas.

39 (PO 34)

ALTA PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES NA SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA

Fukuda MV, Anzai A, Paredes HA, Shinjo SK, Levy-Neto M. Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Reumatologia, Liga de Doenças Auto-Imunes, HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: a síndrome de Sjögren (SSj) é uma doença auto-imune sistêmica, que quando ocorre de forma isolada, não associada a outras doenças auto-imunes sistêmicas, é considerada primária. Comorbidades podem estar presentes na forma primária. Possível associação de SSj com *diabetes mellitus* (DM) foi descrita, mas persiste controversa. O obje-

tivo deste trabalho foi: (a) avaliar o perfil clínico-laboratorial de SSj primária e (b) avaliar a sua relação com as diversas comorbidades. **Material e método:** foram avaliados os dados clínicos e laboratoriais de 96 pacientes com SSj primária em acompanhamento no nosso Serviço de Reumatologia. Todos os pacientes preenchiam pelo menos 4 dos 6 critérios de SSj (ACR). **Resultado:** a média da idade (DP) dos pacientes foi de 57,4 (14,8) (variação: 24 a 86 anos), sendo 97,9% do sexo feminino e 89,6% de cor branca. Laboratorialmente, a frequência de anticorpos anti-Ro e anti-La foram respectivamente de 77,1% e 41,7%. Das manifestações clínicas da doença, fibrose pulmonar ocorreu em 18,8%, fenômeno de Raynaud em 17,7%, vasculite cutânea em 9,4%, neuropatia periférica em 7,3% e uveíte em 4,2%. Sessenta pacientes (62%) apresentavam pelo menos uma comorbidade: hipertensão arterial sistêmica foi encontrada em 27,1% dos casos, fibromialgia em 22,9%, osteoartrite em 22,9%, hipotireoidismo em 13,5%, diabetes mellitus (DM) em 10,4%, síndrome dispéptica em 7,3%, dislipidemia em 5,2%, e bócio tireoidiano em 5,2%. Metade dos pacientes faz uso regular de antimaláricos e 81,2% não apresentam evidências de atividade atual da doença. A frequência de DM foi significativamente menor nos pacientes com SSj que apresentam anticorpos anti-Ro (OR 0,16; IC 95% 0,03~0,76). **Conclusão:** a alta frequência de comorbidades encontrada nos pacientes com SSj primária sugere que ao se estabelecer este diagnóstico, além dos cuidados na sua terapêutica, atenção especial deve ser empenhada na investigação e tratamento de todos os aspectos relacionados à saúde destes pacientes. A associação negativa entre DM e a presença de anti-Ro encontrada neste estudo é um achado intrigante que exige um estudo específico mais aprofundado.

40 (PO 35)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DE INÍCIO TARDIO

Kim SY, Kinchoku VM, Suzuki CM, Shinjo SK, Borba EF. Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Reumatologia, Liga de Doenças Auto-Imunes, HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: o lúpus eritematoso sistêmico (LES) é o protótipo de doenças auto-imunes. Geralmente inicia-se na 2ª década de vida, sendo rara na 3ª idade. O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil clínico dos pacientes com LES iniciado após 50 anos de idade. **Material e método:** foram avaliados, por meio do prontuário dos pacientes, 22 indivíduos que iniciaram LES quando apresentavam mais de 50 anos de idade (grupo A) e, 35 pacientes, menos que 50 anos de idade (grupo B). Todos preenchiam pelo menos 4 dos 11 itens do critério de LES (Colégio Americano de Reumatologia). **Resultado:** a média da idade (DP) dos pacientes foi de 56,3 (4,9), variando de 64 a 83 anos de idade, e 39,1 (7,3), variando de 64 a 79 anos de idade, respectivamente, para os grupos A e B. A duração de tempo de LES foi de 14,7 (4,7) (grupo A) e 29,0 (7,3) (grupo B). A distribuição de comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, osteoporose, hipotireoidismo, depressão, fibromialgia, osteoartrite, osteonecrose asséptica, vasculite cutânea, síndrome de anticorpo antifosfolípide, síndrome de Sjögren) foi similar nos dois grupos. O quadro clínico foi estável em ambos os grupos. No entanto, com relação à manifestação clínica inicial do LES, houve menor predominância de fotossensibilidade no grupo A (OR 0,11; IC 95% 0,03~0,44). **Conclusão:** houve distribuição similar de comorbidades nos dois grupos. A manifestação clínico-laboratorial do LES também foi similar em ambos os grupos, exceto pela menor predominância de fotossensibilidade nos pacientes que iniciaram LES após 50 anos de idade.

41 (PO 36)

ALTA PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES NA EVOLUÇÃO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Suzuki CM, Kim SY, Kinchoku VM, Shinjo SK, Borba EF. Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Reumatologia, Liga de Doenças Auto-Imunes, HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: o lúpus eritematoso sistêmico (LES) é o protótipo de doenças auto-imunes. Geralmente inicia-se na 2ª década de vida. Entretanto, pouco se sabe sobre o estado da doença no idoso. O objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil clínico e o quadro clínico atual dos pacientes idosos com LES. **Material e método:** foram avaliados, por meio do prontuário dos pacientes, 57 pacientes com LES com mais de 65 anos de idade, em acompanhamento no Serviço de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Todos os pacien-

tes preenchiam pelo menos 4 dos 11 itens do critério de LES (Colégio Americano de Reumatologia). **Resultado:** a média da idade (DP) dos pacientes foi de 69,6 (4,7) anos, (64 a 83), sendo 53 (93%) do sexo feminino e 39 (68,4%) da cor branca. O início da doença foi aos 46,0 (11,7) anos de idade, com predomínio de quadro articular (80,7%) e cutâneo (68,4% com fotossensibilidade, 61,4% com eritema malar e 29,8% com lesões discóides). O acometimento seroso, renal, hematológico e da mucosa ocorreram, respectivamente, em 17,5%, 10,5%, 15,8% e 19,3% dos casos. Não houve casos de manifestação de sistema nervoso central. Alteração imunológica foi vista em 17,5% dos casos. Dos 57, 50 (87,5%) encontravam-se estável clinicamente, sendo 39 (68,4%) com a remissão da doença, sem uso de imunossupressor. Com relação a morbidades cardiovasculares, havia 47,4% hipertensos, 14% diabéticos, 14% hipotireóide, 12,3% dislipidêmicos, 8,8% infarto agudo do miocárdico, 8,8% acidente vascular cerebral, 5,3% insuficiência cardíaca congestiva, 3,5% insuficiência renal crônica dialítica. Outras comorbidades associadas foram osteoporose (40,4%), osteoartrite (36,8%), depressão (15,8%), osteonecrose asséptica (7%), síndrome de anticorpo antifosfolípide (5,3%), vasculite cutânea (1,8%) e síndrome de Sjögren (1,8%). **Conclusão:** apesar da maioria dos pacientes com LES estável, houve alta predominância de manifestações cardiovasculares e da presença de comorbidades, motivo pelo qual deve ser considerada na avaliação deste grupo de pacientes.

42 (PO 37)

EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM OSTEOPOROSE SENIL

Madureira MM, Takayama L, Pereira RMR. Laboratório de Metabolismo Ósseo, Disciplina de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP

Objetivo: avaliar a efetividade de um programa de orientação à atividade física na qualidade de vida de mulheres com OP senil. **Pacientes e métodos:** foram selecionadas 60 mulheres (>65 anos) com diagnóstico de OP, provenientes do Ambulatório de Doenças Osteometabólicas do HCFMUSP- Reumatologia. Foram avaliadas e divididas em dois grupos: Grupo Atividade Física (GAF)–30 pacientes submetidas a um programa de treinamento de atividade física (sessões semanais de exercícios orientados por fisioterapeuta com continuidade em casa 3 x/ semana); Grupo Controle (GC)– 30 pacientes sem intervenção. Foram aplicados 2 questionários no início do estudo (basal) e após 12 meses. Um questionário sobre dados pessoais, e relacionados aos fatores de risco para OP + questionário específico para avaliar a qualidade de vida – OPAQ (*Osteoporosis Assessment Questionnaire*) composto por 5 domínios: Bem-Estar Geral, Função Física, Estado Psicológico, Sintomas e Interação Social. Os escores do OPAQ variam de 1-10 (1=bom estado de saúde e 10=pior estado de saúde). A análise estatística constituiu dos testes *Mann-Whitney*, com significância de 5%. **Resultados:** os grupos (GAF vs. GC) foram semelhantes em relação as médias dos escores basais do OPAQ: Bem-Estar Geral (4,85±1,27 vs 4,39±1,31, p=0,135), Função Física (1,82±1,36 vs 1,62±0,97, p=0,965), Estado Psicológico (3,12±1,26 vs 3,02±0,98, p=0,745), Sintomas (4,67±1,91 vs 4,53±2,27, p=0,610). Somente, a média dos escores iniciais para a Interação Social foi diferente no GAF comparado com o GC (2,69±1,42 vs 3,49±1,47, p=0,013). Por outro lado, quando comparamos as diferenças (escore basal – escore final) em relação aos domínios do OPAQ observamos uma diferença estatisticamente significante entre os dois grupos (GAF vs GC): Bem-Estar Geral 1,61± 1,44 vs -1,46±1,32, p<0,001; Função Física (1,30±1,33 vs -0,36±0,82, p<0,001); Estado Psicológico (1,58±1,36 vs -1,02±0,83, p<0,001); Sintomas (2,76±1,96 vs -0,63±0,87, p<0,001); Interação Social (1,01±1,51 vs 0,35±1,08, p<0,001). **Conclusão:** um programa de orientação de atividade física é efetivo para melhorar a qualidade de vida em mulheres com OP senil.

43 (PO 38)

POLIMORFISMO DO ANTAGONISTA DO RECEPTOR DA INTERLEUCINA 1 (IL1-RA) ASSOCIADO À CARDITE GRAVE E SUSCEPTIBILIDADE À FEBRE REUMÁTICA

Azevedo PM, Bauer R, Caparbo VF, Silva CAA, Bonfá E, Pereira RMR. Divisão de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: a Lesão valvar na febre reumática (FR) é efetivada pela imunidade celular, com papel central das interleucinas IL-1, IL-2 e TNF- α . Uma resposta exagerada a IL-1 parece ser evento precoce na fisiopatologia da doença. O IL-1ra é um antagonista endógeno da ação da IL-1. Existem na

população cinco alelos diferentes para o gene codificador desta proteína e seu polimorfismo tem sido associado a doenças autoimunes e inflamatórias, ou maior resistência à infecções. Parece plausível que este gene tenha influência sobre a aquisição ou curso da FR. **Objetivos:** avaliar a relação entre o genótipo para o IL-1ra e a aquisição e manifestações clínicas da FR. **Material e método:** por meio da análise do número de repetições em tandem no 2º intron do gene do IL-1ra foi determinado o genótipo de 84 pacientes com FR e 84 controles pareados por raça. O DNA foi extraído do sangue periférico e amplificado por PCR com primers específicos. A raça foi definida pela cor de seus ascendentes até a segunda geração, como previamente validado para a população brasileira. Foram determinadas relações estatísticas entre os genótipos e FR e suas variações clínicas. Cardite foi classificada como grave na presença de insuficiência cardíaca ou indicação cirúrgica, segundo critérios da *American Heart Association*. **Resultado:** na população total o alelo 1 e o genótipo A1/A1 foram encontrados com menor frequência entre os pacientes com cardite grave comparados com pacientes sem esta manifestação (78,6 vs 97,1%, p=0,031; 50 vs 75%, p=0,021). Associação semelhante foi encontrada na população parda (72,7 vs 100%, p=0,02; 45,5 vs 69,2%, p=0,02). Diferentemente, nos indivíduos brancos o genótipo A2/A2 foi associado à menor frequência de FR (20,5 vs 47,7%, p=0,007). **Conclusão:** este estudo demonstrou que na nossa população o polimorfismo do IL1-ra está associado à manifestação clínica de cardite grave e aquisição de FR, sendo que estes achados diferem nas raças branca e parda.

44 (PO 40)

COMO O DAS 28 PODE SER MODIFICADO PELA DETECÇÃO DE SINOVITE PELO ULTRA-SOM ARTICULAR?

Lomonte ABV⁽¹⁾, Golmia APF⁽¹⁾, Ortiz KR⁽²⁾, Lin WF⁽²⁾, Caldana WC⁽²⁾, Carvalho LO⁽¹⁾, Silva AB⁽¹⁾, Nunes MJ⁽¹⁾, Ribeiro LHC⁽¹⁾, Waisberg MG⁽¹⁾, Latorre LC⁽¹⁾, Zerbini CAF⁽¹⁾. (1) Hospital Heliópolis, São Paulo, SP. (2) Departamento de Radiologia-Fleury, São Paulo, SP

Resumo: em pacientes com artrite reumatóide (AR), a correta identificação das articulações dolorosas e edemaciadas é crucial para se obter um DAS28 confiável. Entretanto, o ultra-som (US) parece ser mais sensível que o exame clínico na identificação de sinovite. Nós comparamos os resultados do DAS28 obtido clinicamente com o DAS28 obtido quando articulações edemaciadas foram substituídas por aquelas com sinais de sinovite pelo US. **Métodos:** 45 pacientes com AR foram submetidos de forma independente a exame clínico e US das 28 articulações do DAS28. A avaliação clínica foi feita por três reumatologistas treinados em contagem articular. O US foi realizado por radiologista experiente com aparelho ATL HDI 3500 e transdutor linear de 7,5-12 MHz, em busca de espessamento sinovial e derrame articular. Articulações com edema ao exame clínico foram substituídas por aquelas com sinais de sinovite pelo US e um novo DAS28 foi obtido (DAS28us). Foi analisada a concordância entre DAS28 e DAS28us. A atividade da doença foi definida de acordo com o DAS28: baixa (<3,2), moderada (3,2-5,1) e alta (>5,1), e a concordância entre as classes de atividade da doença pelo DAS28 e DAS28us foi analisada. **Resultados:** um total de 43 mulheres (95,6%) e 02 homens (4,4%) com AR foram avaliados. Houve correlação significativa entre a mediana das articulações edemaciadas ao exame clínico e das edemaciadas de acordo com o US (r= 0,487; p=0,007). A média do DAS28 foi 5,276 (IC 95% 4,999-5,552) e do DAS28us foi 5,647 (IC 95% 5,372-5,923). A concordância entre DAS28 e DAS28us foi satisfatória (Rc=0,859; IC 95% 0,773-0,914). De forma semelhante, houve concordância entre os grupos de atividade de doença de acordo com o DAS28 e o DAS28us (Kp= 0,563; IC 95% 0,32-0,82). **Conclusão:** quando a avaliação clínica é feita por reumatologistas treinados em contagem articular a identificação de articulações edemaciadas mostra uma correlação significativa com aquela observada pelo US. Não houve mudanças significativas do DAS28 e da classe de atividade da doença quando as articulações clinicamente edemaciadas foram substituídas por aquelas identificadas pelo US.

45 (PO 41)

RELAÇÃO ENTRE BIOMARCADORES DE DEGRADAÇÃO ÓSSEA E DE CARTILAGEM X ACOMETIMENTO OLIGO/POLIARTICULAR EM PACIENTES COM AR

Golmia APF⁽¹⁾, Lomonte ABV⁽¹⁾, Ortiz KR⁽²⁾, Lin WF⁽²⁾, Caldana WC⁽²⁾, Nunes MJ⁽¹⁾, Ribeiro LHC⁽¹⁾, Waisberg MG⁽¹⁾, Silva AB⁽¹⁾, Carvalho LO⁽¹⁾, Latorre LC⁽¹⁾, Zerbini CAF⁽¹⁾. (1) Serviço de Reumatologia, Hospital Heliópolis, São Paulo, SP. (2) Departamento de Radiologia-Fleury, São Paulo, SP

Objetivo: correlacionar biomarcadores de degradação óssea e de cartilagem e acometimento oligo ou poliarticular em pacientes com artrite reumatóide (AR), avaliando edema de forma clínica e ultra-sonográfica as 28 articulações do DAS28. **Materiais e métodos:** pacientes preenchem os critérios diagnósticos do ACR para AR. Todos foram submetidos a contagem articular por três reumatologistas treinados pelo mesmo método para detecção de edema das 28 articulações do DAS28. Essas mesmas articulações foram avaliadas por ultra-som (US), realizado por radiologista experiente em sistema musculoesquelético, sendo considerado edema a presença de espessamento sinovial e derrame articular. Os pacientes foram divididos em 2 grupos (avaliação clínica e US): < 5 articulações edemaciadas (atividade oligoarticular) e ≥ 5 articulações edemaciadas (atividade poliarticular). Amostras de sangue foram obtidas para dosagem Comp (cartilage oligomeric matrix protein) e CTX I (type I collagen cross-links), por Elisa. A relação entre os marcadores e o número de articulações edemaciadas detectadas clinicamente (mediana das 3 avaliações) e por US foram analisadas nos 2 grupos. **Resultados:** 45 pacientes com AR foram estudados. A média dos valores para Comp e CTX I foram 3,84 e 0,07, respectivamente. Houve associação significativa entre Comp e as articulações clinicamente edemaciadas nos pacientes com envolvimento poliarticular ($p=0,045$), mas nenhuma associação foi observada entre Comp e atividade oligoarticular. Não houve associação de Comp e CTX1 com articulações edemaciadas ao US ($p=1,0$ e $p=0,33$ respectivamente), e entre CTX1 e as articulações clinicamente edemaciadas ($p=0,83$). **Conclusões:** biomarcadores de degradação óssea e de cartilagem têm sido sugeridos como parâmetros laboratoriais de atividade da doença na AR. Nesse estudo usando Comp e CTX I uma associação significativa foi observada entre Comp e os pacientes que apresentaram atividade poliarticular detectada pelo exame clínico. Este achado reforça a idéia de que o Comp é relacionado com uma maior atividade da AR.

46 (PO 42)

ARTERITE DE TAKAYASU: COMPARAÇÃO DA FORMA DE INÍCIO JUVENIL E INÍCIO ADULTO

Jales-Neto LH, Bonfá E, Levy-Neto M, Pereira RMR. Departamento de Reumatologia do HC-FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite crônica de etiologia indeterminada que afeta as grandes artérias. Tem idade de início mais prevalente dos 15 aos 25 anos, acometendo pessoas com menos de 18 anos em 20 %. Mortalidade de 3-15% e morbidade elevada por lesões neurológicas seqüelares, cardiopatia e nefropatias. Reconhecem fatores de pior prognóstico como a insuficiência aórtica, retinopatia, HAS e aneurismas, indicando que estes pacientes necessitam de um tratamento imunossupressor mais intenso. Revisando a literatura não encontramos trabalhos comparando diferenças prognósticas entre populações juvenis e adultas. **Objetivo:** avaliar prognóstico e diferenças de sítio de acometimento vascular em pacientes com AT de idade ao início dos sintomas menor ou igual aos 18 anos (juvenil, ATJ) e com idade maior que 21 anos (adulto, ATA). **Materiais e métodos:** estudo de coorte retrospectivo de pacientes com diagnóstico de AT acompanhados no ambulatório de reumatologia do HCFMUSP. Os pacientes foram pareados por tempo de doença, 17 incluídos no grupo juvenil e 45 no grupo adulto. Avaliamos comparativamente os sítios e tipo do comprometimento vascular, tratamento medicamentoso, sinais/sintomas de pior prognóstico, número de cirurgias realizadas, remissão e mortalidade. A comparação entre os dois grupos foi analisada pelo teste qui-quadrado, e t-Student sendo considerado estatisticamente significante, $p < 0,05$. **Resultados:** houve diferença significativa no acometimento de estenose da artéria renal esquerda (ATJ: 41,18% vs. ATA: 11,10%, $p=0,013$), de mais vasos sem diferenças. Em relação aos fatores de pior prognóstico: retinopatia (ATJ: 24% vs. ATA: 4%, $p=0,043$) e aneurismas (ATJ: 41,18% vs. ATA: 11,10%, $p=0,013$) foram mais prevalentes no grupo juvenil. Observou-se também uma menor frequência de remissão da doença no grupo juvenil (ATJ: 35,29% vs. ATA: 64,44%, $p=0,048$). Não foi observado diferença no tratamento, número de cirurgias, HAS, insuficiência aórtica e óbito entre os dois grupos. **Conclusão:** pacientes com AT de início juvenil apresentam maior comprometimento de artéria renal esquerda, retinopatia, aneurisma e menor taxa de remissão, sendo provavelmente a idade de início precoce um fator de pior prognóstico nesta doença.

47 (PO 43)

ASSOCIAÇÃO DE BAIXOS VALORES SÉRICOS DE 25-HIDROXIVITAMINA D COM FRATURAS VERTEBRAIS MODERADAS/GRAVES EM MULHERES DA COMUNIDADE

Lopes JB, Danilevicius CF, Takayama L, Bonfá E, Caparbo VF, Menezes PR, Pereira RMR. Laboratório de Metabolismo Ósseo do Serviço de Reumatologia e Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, São Paulo, SP

Objetivo: avaliar a associação de valores séricos de 25-hidroxivitamina D (25OHD) com fraturas vertebrais osteoporóticas moderadas ou graves em mulheres idosas da comunidade. **Pacientes e métodos:** das 659 mulheres com 65 anos ou mais, residentes na região do Butantã, São Paulo, SP, convidadas a participar do projeto Saúde do Idoso, 85 mulheres sem fratura vertebral foram consecutivamente selecionadas (grupo: SEM FRATURA) e comparadas a 85 mulheres com ao menos uma fratura vertebral moderada ou grave (grupo: FRATURA). Nenhum indivíduo fazia suplementação de vitamina D. Imagens da coluna foram avaliadas pela técnica de VFA (Avaliação de Fraturas Vertebrais – densitômetro HOLOGIC Discovery) aplicando-se o método de Genant para identificação das fraturas vertebrais. Amostras de sangue foram obtidas na mesma época do ano para dosagem de: 25OHD, hormônio paratireoidiano (PTH), cálcio e estimativa da taxa de filtração (eTFG). **Resultados:** mulheres SEM FRATURA tinham menor média de idade ($71,8 \pm 4,4$ vs. $73,4 \pm 4,9$ anos, $p=0,032$), maior peso ($68,01 \pm 12,4$ vs. $62,51 \pm 12,47$ kg, $p=0,005$) e maior altura ($151 \pm 6,22$ vs. $149 \pm 6,36$ cm, $p=0,029$) comparadas àquelas com FRATURA. Interessantemente, valores séricos de 25OHD no grupo SEM FRATURAS foram significativamente maiores comparados ao outro grupo ($24,9 \pm 13,3$ vs. $17,6 \pm 7,5$ ng/ml, $p=0,0001$). Reforçando este achado, insuficiência de vitamina D (25OHD < 20ng/ml) foi menos freqüente no grupo SEM FRATURA que naquele com FRATURA (42,3 vs. 66,8%, $p=0,001$). Análise de regressão logística incluindo 25OHD, idade, peso, altura, eTFG e PTH revelou que somente 25OHD permaneceu como um fator significativo para a presença de fratura vertebral (OR: 0,939, 95% IC=0,907-0,973, $p=0,001$). **Conclusão:** este é o primeiro estudo mostrando que a 25OHD é um fator independente para fraturas vertebrais, mostrando a importância de incluir este fator modificável na avaliação da osteoporose/fraturas em mulheres idosas. (CNPQ, Capes, Fapesp – # 03/09313-0.)

48 (PO 44)

FATORES ASSOCIADOS E SEGUIMENTO DA INFECÇÃO POR HERPES ZOSTER EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

Medeiros AC, Martin P, Ribeiro AR, Gonçalves R, Borba EF. Departamento de Reumatologia da FMUSP, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: a infecção por herpes zoster (HZ) é comum em lúpicos, embora não se compreendam completamente os fatores de risco. O objetivo do trabalho é determinar fatores que influenciaram a freqüência e o prognóstico das infecções por HZ em pacientes lúpicos. **Materiais e métodos:** dos 1.145 pacientes do banco de dados eletrônico do ambulatório de LES, foram selecionados 51 (critérios do ACR 1997) com infecção por HZ. Foi feita revisão dos registros médicos. **Resultado:** dos 1.145, identificaram-se 51 pacientes com quadro de HZ (4,45%). A média de idade foi $39 \pm 13,6$ anos e a média de duração da doença foi de $12,74 \pm 8$ anos, com predomínio de mulheres (90,2%) e da raça branca (60,3%). Na ocasião do diagnóstico de HZ, a média de duração do LES foi de $9,78 \pm 8,37$ anos; o Sledai era 2,5 (0-12) e apenas 9 pacientes (17,6%) tinham Sledai ≥ 8 . Onze pacientes (21,56%) tinham doença renal: proteinúria de 3,52 + 3,58 g/dl (0,56 – 9,36) e creatinina de 1,34 + 0,64 mg/dl. Quarenta e dois pacientes (82,5%) usavam prednisona, (dose de 22,2 + 18,4mg/d) e 3 tinham recebido pulso de metilprednisolona nos últimos 14 dias. A maioria dos pacientes (68,6%) fazia uso de imunossupressores: 20 com azatioprina (39,2%), 5 com IgIV (9,8%), 5 com micofenolato de mofetil (9,8%), 3 com metotrexato (5,9%), 1 com ciclosporina (1,95%) e 1 com clorambucil (1,95%). O uso concomitante de prednisona e imunossupressores se deu em 34 pacientes (66,7%). Apenas 13,7% estavam sem medicação. A leucometria foi de $6600 \pm 2904/\text{mm}^3$, com neutrófilos de $4780 \pm 2302/\text{mm}^3$ e, interessantemente, o número de linfócitos foi $1219 \pm 803/\text{mm}^3$. Grande parte dos pacientes (43,13%) tinha menos de 1000 linfócitos/ mm^3 e 17,64% tinham menos de <500 linfócitos/ mm^3 . Todos foram tratados com aciclovir e 22% foram internados. O segmento torácico foi acometido em 56,5% dos

casos, o lombar em 23,9%, o cervical em 10,9%, o facial em 6,5% e o sacral em 2,2%. Três pacientes (6,5%) tiveram mais de uma área envolvida; 4 tiveram recorrência e houve superinfecção bacteriana em 12%. **Conclusão:** o uso concomitante de esteróides e imunossuppressores, sem atividade de doença franca e linfopenia foram observados com frequência. Recorrência é incomum.

49 (PO 47)

PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL DOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE EM USO DE AGENTES BIOLÓGICOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (UERJ)

Pinheiro GRC⁽¹⁾, Vilela V⁽¹⁾, Seneghini CC⁽¹⁾, Teixeira IMN⁽¹⁾, Paiva PC⁽¹⁾, Costa CH⁽¹⁾, Gayer CRM⁽²⁾. (1) Disciplina de Reumatologia e (2) Departamento de Bioquímica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ

Introdução: o uso de agentes biológicos (AB) vem sendo empregado, de forma crescente, no manejo dos pacientes de artrite reumatóide (AR), refratários ao uso das drogas modificadoras de doença tradicionais. **Objetivo:** descrever o perfil clínico e laboratorial dos pacientes de AR em uso de AB participando de protocolos clínicos ou em atendimento regular no ambulatório de AR do Serviço de Reumatologia do Hupe-UERJ. **Material e Métodos:** 506 pacientes com AR (ACR), sendo 68 em uso atual de AB (a-AB), 9 ex-usuários de AB (ex-AB) e 429 nunca usuários de AB (n-AB) foram estudados quanto à idade, tempo de doença, atividade clínica (DAS28) e laboratorial (VHS- mmHg/1^h) de doença, capacidade funcional (HAQ), presença de fator reumatóide (FR) e doença erosiva aos raios X, uso de prednisona (Pred-mg/dia) e metotrexato (MTX - mg/semana). **Resultados:** 89,9% eram mulheres, 71,3% e 65% no grupo n-AB e 89,9% e 97,4% no grupo a-AB + ex-AB eram, respectivamente, FR positivo ($p<0,01$) e doença erosiva ($p<0,01$). A idade média (anos) e o tempo de doença (anos) foram, respectivamente, 53 (13,1) e 11,4 (8,5) no grupo n-AB e 47,6 (12,4) ($p<0,001$) e 10,3 (7,4) no grupo a-AB + ex-AB. O DAS28, o HAQ e a VHS média no grupo n-AB + ex-AB foram 4,61 (1,46), 1,23 (0,8) e 38,1, enquanto que, no grupo a-AB, observou-se 3,93 (1,62) ($p<0,01$), 0,99 (0,61) e 18,5 ($p<0,01$), respectivamente. Pred estava sendo utilizada por 59,1% (dose média de 6,7) do grupo n-AB + ex-AB e por 39,7% (dose média de 8,2) do grupo a-AB. MTX estava sendo utilizada por 70,8% (dose média de 14,7) do grupo n-AB + ex-AB e por 88,2% (dose média de 17,5) ($p<0,01$) do grupo a-AB. **Conclusão:** pacientes em uso de AB eram mais jovens, com doença mais grave (FR+ e erosiva) e apresentavam menos sinais de atividade de doença, DAS28 e VHS mais baixos. Apesar de um número menor de pacientes em uso atual de AB estar fazendo uso de Pred, a dose média deste grupo era mais elevada. Além disso, nesse grupo (a-AB) havia mais pacientes usando MTX e em doses mais elevadas.

50 (PO 49)

AVALIAÇÃO DAS PREFERÊNCIAS ENTRE MÉDICOS E PACIENTES PARA O TRATAMENTO DA NEFRITE LÚPICA UTILIZANDO O INSTRUMENTO QUADRO DE DECISÃO

Abreu MM⁽¹⁾, Gafni A⁽²⁾, Ferraz MB⁽¹⁾. (1) Unifesp-EPM, São Paulo, SP. (2) Depto. Clinical Epidemiology, McMaster University, Ontario, Canadá

O arsenal terapêutico da nefrite lúpica (NL) tem aumentado nos últimos anos, com opções que oferecem diferentes riscos e benefícios distintos. Conhecer e incorporar as preferências do paciente para essas consequências pode melhorar a qualidade da assistência médica. **Objetivo:** avaliar as preferências entre pacientes com LES e de médicos não reumatologistas, sob o cenário de serem pacientes com LES, para o tratamento da NL. **Métodos:** 172 pacientes com LES e 202 médicas foram entrevistadas individualmente, utilizando cenários por meio do Quadro de Decisão (QD). As etapas de aplicação do QD foram: sumário de informações sobre a doença; duas opções de tratamento (oral e venosa); uma lista com oito potenciais efeitos adversos; seleção de três dos oito efeitos adversos; apresentação das chances de ocorrerem os três efeitos colaterais (EC) selecionados, decisão por uma das opções e, por fim, justificativa. Seguem os questionários de qualidade de vida e classificação econômica. Estatística descritiva, t test e qui-quadrado de Pearson avaliaram as decisões. Um modelo de regressão logística determinou as preferências. **Resultados:** a média (DP) de idade foi 34, 3 (8, 34) anos para o grupo das pacientes e 31,0 (7,39), para as médicas. A duração média (DP) do QD foi 20 min (11) e 9 min (4,4) para pacientes e médicas, respectivamente. A frequência da seleção dos EC pelas pacientes foi câncer pelo remédio (44,2%), queda de cabelo (21,6%) e infecção grave

(19,1%). No grupo das médicas, esta frequência foi câncer pelo remédio (45,5%), infecção grave (33,1%) e esterilidade (12,5%). Decisão pelo tratamento oral: 98% das médicas e 68% das pacientes ($P<0,001$). Pacientes e médicas justificaram sua decisão de tratamento, respectivamente, por risco (47,7 e 68,9%), efetividade (12,2 e 2,0%), "trade-off" entre riscos e benefícios (2,3 e 22,3 %) e pela praticidade do medicamento (37,8 e 5,9 %). ($P<0,001$). A variável que mais explicou as diferenças entre os grupos foi justificativa pela decisão. **Conclusões:** Usando o QD, pacientes e médicos avaliaram suas preferências e apresentaram resultados discrepantes. (Apoio: Fapesp.)

51 (PO 50)

SEGURANÇA E RESPOSTA À VACINA CONTRA VARICELA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS REUMÁTICAS

Pileggi GCS⁽¹⁾, Ono E⁽²⁾, Moraes-Pinto MI⁽²⁾, Souza CBS⁽¹⁾, Ferriani VPL⁽¹⁾. (1) Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. (2) Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Unifesp-EPM, São Paulo, SP

Introdução: a segurança e eficácia da vacinação, particularmente com componentes vivos atenuados como a vacina contra varicela (VV), em pacientes portadores de doenças reumáticas (RD) é um tema polêmico. A varicela oferece um risco aumentado nestes pacientes. **Objetivo:** verificar o estado de imunização contra varicela em uma população de crianças e adolescentes com doenças reumáticas em vigência de terapia imunossupressora (IS) e avaliar a segurança e resposta à VV naquelas que forem susceptíveis. **População e Métodos:** dos 102 pacientes incluídos no estudo, 22 foram selecionados para receber a vacina por apresentarem baixos títulos de Ac sérico contra vírus da varicela zoster (VZV). 18 controles saudáveis pareados foram vacinados. Uma dose da vacina Biken (Aventis Pasteur) foi aplicada e os níveis séricos de VZV-Ac foram mensurados imediatamente antes e 4-6 semanas após. A atividade da doença de base foi avaliada em 4 momentos: 3 meses e 1 mês antes e após a vacinação. **Resultados:** todos os 22 pacientes (2-15 anos) usavam methotrexate no momento da vacinação; 11 deles também recebiam prednisona e em 5, outra droga IS estava associada. Nenhum apresentou doença varicela pós vacinal ou qualquer outro efeito adverso grave, como também não desenvolveram varicela ou herpes-zoster num período de 2 anos de observação. Não houve piora ou reativação da doença nos primeiros 3 meses seguintes à vacinação. Nos pacientes com AIJ (16), houve uma significativa diminuição no número médio de articulações em atividade no período pós vacinação ($p=0,005$). A dose média de methotrexate e prednisona permaneceu estável nos 4 momentos. Níveis protetores de Ac contra VZV foram detectados em 10/22(45,5%) dos pacientes e em 12/18 dos controles (66,6%). A resposta foi duvidosa em 5 pacientes e 3 controles. **Conclusão:** apesar do número de pacientes vacinados ser pequeno, a VV parece ser segura em pacientes com doenças reumáticas, mesmo nos que estão em uso de methotrexate e prednisona.

52 (PO 51)

ARTRITE REUMATÓIDE E SARCOPENIA: FATORES DETERMINANTES

Pippa MG, Silva RG, Latorre LC, Lomonte AB, Nunes MJ, Zerbini CAF. Hospital Heliópolis, São Paulo, SP

Introdução: sarcopenia é definida como o índice muscular esquelético relativo (RSMI) abaixo de 7,26 kg/m². **Objetivos:** avaliar a prevalência de sarcopenia na artrite reumatóide (AR) e seus fatores determinantes. **Material e método:** medimos a massa magra das pernas (MMP) e massa magra dos braços (MMB) em 98 mulheres com AR. A atividade de doença (AD), classe funcional (CF) e atividade física (AF) foram avaliadas (DAS 28, HAQ and Baecke, respectivamente), assim como o tempo de doença (TD). A dose atual de corticóide (DACC) foi a média das doses de CC tomadas nos últimos 3 meses e a dose cumulativa de CC (DCCC) foi calculada na dose total de CC nos últimos 2 anos. Para variáveis com três categorias utilizamos Anova. A aderência à curva normal foi calculada (teste de Kolmogorov Smirnov), a correlação entre as variáveis (coeficiente de Pearson). Forte correlação linear foi definida como coeficiente $\geq 0,70$; moderada: entre 0,5 e 0,7 e fraca quando $< 0,3$. Regressão múltipla foi usada para verificar os fatores preditores da RSMI. **Resultados:** médias: idade 54,0 anos (DP=10,5); peso 66,6kg (DP= 14,0); altura 1,54 m² (DP= 0,05), IMC 27,5 g/cm² (DP=6,0); MMB 5438,60 (DP=968,25); MMP 13713,11 (DP= 2231,15); RSMI 7,98

($DP=1.17$); TD 7.4 anos ($DP=6.4$); DAS 28 5.0 ($DP=1.28$); HAQ 0.97 ($DP=0.74$); DACC 5.63g ($DP= 3.73$); DCCC 3640.7g ($DP= 2258.29$); AF 7376.9 ($DP= 1110.2$). Valores > de RSMI tiveram forte correlação + com o peso ($r=0.72$), ($p<0.0001$); altura, idade, TD e DCCC, fraca correlação negativa com RSMI [($r= -0.02$, $p= 0.803$); ($r= -0.07$, $p=0.462$); ($r= -0.24$, $p=0.01$)] respectivamente. DAS28, HAQ, DACC, e AF fraca correlação + com RSMI [($r=0.15$, $p= 0.27$); ($r=0.18$, $p= 0.068$); ($r= 0.06$, $p= 0.499$), ($r= 0.03$, $p= 0.753$)], respectivamente. IMC foi a única determinante encontrada, impossibilitando o ajuste dos modelos com mais de uma variável. Não houve nenhuma diferença significativa entre as médias de RSMI quando comparamos as classes funcionais. A prevalência de sarcopenia foi muito baixa 1.02% em toda a amostra. **Conclusão:** a baixa prevalência de sarcopenia encontrada na nossa amostra pode ser explicada pelo efeito protetor de maiores valores IMC sobre a massa muscular.

53 (PO 52)

STATUS DE VITAMINA D EM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL

Medeiros DM, Caldas CAM, Pereira RM. Departamento de Reumatologia, FMUSP, São Paulo, SP

Introdução: a vitamina D tem papel fundamental no metabolismo ósseo e há evidências recentes de sua atuação na regulação do sistema imune. **Objetivo:** avaliar o status de vitamina D em lúpus eritematoso sistêmico e sua relação com atividade da doença, densidade mineral óssea (BMD) e fraturas vertebrais. **Método:** Pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico (LES), segundo os critérios do ACR (1997), com idade entre 10 e 25 anos, foram selecionados no ambulatório de Doenças Infantis do Departamento de Reumatologia (FMUSP). Foram coletados dados demográficos e amostras de sangue, após jejum de 06 horas, para análise de parâmetros de atividade (DNA, P, complemento, VHS, PCR, eletroforese de proteínas, hemograma, urina 1), função renal e perfil de cálcio completo, incluindo PTH e 25 hidroxivitamina D (25OH), e realizada densitometria óssea e morfometria (VFA) pelo aparelho Hologic® DXA de todos os pacientes. Os testes *t* de Student, Qui-quadrado e Pearson foram utilizados para análise estatística, sendo considerado $p<0,05$ estatisticamente significantes. **Resultados:** 28 pacientes com idade média de $18,1\pm4,2$ anos, Tanner de $4,25\pm1,17$ e tempo de doença $6,1\pm5,1$ anos preencheram os critérios de inclusão, sendo 75% mulheres, 43% da raça branca, 78,5% sedentários e 78,5% em uso de protetor solar (≥ 01 vez/dia). Do total, 08 pacientes apresentavam Sledai ≥ 4 e 78,6% estava em uso atual de prednisona, dose média de $12,8\pm14,2$ mg/d. Deficiência de vitamina D ($25OH \leq 20$ ng/mL) foi encontrada em 39,3%, DMO baixa para idade (índice $Z<-2$) em 50%, mais frequente em coluna e colo femoral, e fraturas vertebrais em um terço dos pacientes. Comparando aqueles com e sem deficiência, ocorreu apenas uma tendência a um menor BMD em coluna, colo e fêmur total no primeiro grupo, sem significância estatística, assim como em relação ao Sledai ($r=-0,259$, $p=0,18$). Entre os pacientes com e sem fratura vertebral (T8 a L4), não houve diferença em relação ao nível de vitamina D ($p=0,77$). **Conclusão:** hipovitaminose D ocorreu em cerca de 1/3 dos pacientes com LES juvenil, sem relação estatística com Sledai, DMO baixa e fraturas vertebrais, porém estas devem ser pesquisadas mais ativamente, dada sua alta prevalência no presente estudo.

54 (PO 53)

PAPEL DA AVALIAÇÃO DA SAÚDE GLOBAL PELO PACIENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE NO CÁLCULO DO ESCORE DE ATIVIDADE DE DOENÇA (DAS 28)

Torres SCR, Guedes LKN, Kochen JAL, Laurindo IMM. Serviço de Reumatologia, USP, São Paulo, SP

Introdução: como o controle precoce e o rigoroso da atividade de doença são considerados mandatórios no manejo da AR, torna-se necessário determinar os métodos mais apropriados para tal aferição e a contribuição da auto avaliação do paciente e das medidas objetivas. **Objetivo:** analisar longitudinalmente a contribuição da avaliação da saúde global pelo paciente no cálculo do escore de atividade de doença (DAS28) na AR de início recente. **Material e Método:** 28 mulheres, com idade média 46 anos, artrite com ≤ 1 ano de sintomas, foram selecionadas no ambulatório de artrites iniciais de um centro terciário. Todas tinham AR (ACR) e foram seguidas de 2003 a 2006. O DAS 28 com 3 (DAS 3V) e 4 variáveis (DAS 4V) foi calculado e, assim como o HAQ, foram avaliados anualmente. O cálculo do DAS 28 3V inclui o número de articulações dolorosas e edemaciadas e o VHS; o

DAS 28 4V adiciona a escala visual analógica para avaliação da saúde global do paciente (EVA-AGP; 0=melhor, 100=pior). Um índice de discrepância foi calculado subtraindo-se DAS 3V do DAS 4V, levando à definição de dois grupos: a) discrepância positiva (DP), quando EVA-AGP aumentava o valor do DAS 28 ;b) discrepância negativa (DN), quando a EVA-AGP reduzia o valor do DAS28. **Resultados:** nas três avaliações, considerando a população total, foi observada uma grande correlação entre DAS28 4V e 3V, ($r=0.94-0.97$) e de cada um deles com o HAQ ($r=0.6-0.75$). No três momentos, o grupo com DP obteve valores do DAS 28 4V, 3V e HAQ significativamente maiores. É interessante notar que a correlação entre os valores do HAQ e de ambos os DAS28 foi maior no grupo DP e com o DAS28 3V. Na primeira avaliação do grupo DP, os índices de correlação foram: HAQ e DAS28 4v ($r=0.65$) e HAQ e DAS28 3V ($r= 0.72$) versus 0.48 e 0.63 respectivamente no grupo DN. Resultados semelhantes foram observados na última avaliação, com $p<0.05$ apenas para a correlação entre HAQ e DAS28 3V ($r= 0.5$) no grupo positivo. **Conclusão:** a avaliação da saúde global pelo paciente superestima o valor do DAS 28 quando a doença está ativa e a subestima quando a doença está sob controle. Baseado nestas observações, questionamos o papel da perspectiva do paciente na avaliação da atividade e remissão da AR.

55 (PO 55)

ANÁLISE DA RADIOGRAMETRIA POR RAIOS-X DIGITAL, (DXR) DENSITOMETRIA ÓSSEA, (DXA) E RAIOS-X SIMPLES DE MÃOS EM MULHERES COM ARTRITE REUMATÓIDE NA PRÉ-MENOPAUSA: SIGNIFICANTE CORRELAÇÃO ENTRE DXR E DXA NO COLO DE FÊMUR E REGIÃO ULTRADISTAL DE ANTEBRAÇO

Kochen JAL⁽¹⁾, Algulin J⁽²⁾, Laurindo IMM⁽¹⁾. (1) Serviço de Reumatologia do HC-FMUSP, São Paulo, SP. (2) Sectra Musculoskeletal Applications (Sweedens)

Objetivo: avaliar a perda óssea em mãos pela radiogrametria digital (DXR) e sua correlação com a densitometria mineral óssea (DMO) em coluna, colo de fêmur e região ultra-distal do rádio em mulheres com artrite reumatóide (AR) na menacme. **Método:** trinta e oito pacientes com AR (critério ACR) foram incluídas nesse estudo. D.O. das mãos foi medida por DXR, uma técnica validada que utiliza raios-X simples de mãos digitalizado para calcular a DMO e espessura cortical (EC) das 2ª, 3ª, e 4ª MTC falangianas (Sectra, Suécia). DMO em coluna lombar (L1-L4), colo de fêmur (CF) e rádio ultra-distal (RUD) foram realizadas pelo Hologic 4.500. Avaliação radiológica de mãos foi realizada pelo método de Larsen. Parâmetros de avaliação da AR foram avaliados: fator reumatóide, duração e atividade da doença, classe funcional, VHS, PCR, também doses cumulativas de corticosteróides e metotrexato. Estudo estatístico pela correlação de Pearson. **Resultados:** a duração mediana nesse grupo de pacientes foi 6.5 anos (6–19), 66.7% eram Fator Reumatóide (FR) positivo; 68.4% em classe funcional I e II, e 31.6% em classe III. DXR e valores da DMO expressos por Média \pm DP foram: 0.582 ± 0.056 g/cm² (DXR - mãos), 0.195 ± 0.028 mm (EC-DXR), 0.997 ± 0.114 g/cm² (L1-L4-DXA), 0.828 ± 0.102 g/cm² (CF-DXA) e 0.418 ± 0.054 g/cm² (UDR-DXA). Houve associação significativa entre DXR-BMD de mãos e FN-DXA ($r=0.456$ $p=0.009$), bem como na UDR-DXA ($r=0.366$ $p=0.019$). A medida da EC-DXR também foi significativamente associada com CF-DXA ($r=0.398$, $p=0.014$) e região UDR-DXA ($r=0.395$, $p=0.015$). Além disso, observou-se associação negativa entre DXR de mãos e score de Larsen em punhos ($r=-0.316$, $p=0.05$). **Conclusão:** em mulheres na menacme com AR a avaliação da densidade óssea por DXR em falanges pode ser um importante recurso no estudo das alterações ósseas cortical e trabecular. Nessa população, a correlação com a destruição óssea sugere que DXR possa ser mais um parâmetro relacionado à gravidade da doença.

56 (PO 57)

INGESTÃO DE NUTRIENTES RELACIONADOS À SAÚDE ÓSSEA EM MULHERES E HOMENS BRASILEIROS – THE BRAZILIAN OSTEOPOROSIS STUDY (BRAZOS)

Pinheiro MM, Jacques NO, Genaro PS, Ciconelli RM, Ferraz MB, Martini LA. Disciplina de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP/Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, SP

Introdução e objetivo: muita atenção tem sido dada à importância da alimentação adequada para a prevenção e tratamento da osteoporose. O presente estudo teve como objetivo avaliar a ingestão dos nutrientes relacionados à massa óssea em amostra representativa da popula-

ção Brasileira. **Pacientes e métodos:** foram avaliados 2.344 indivíduos acima de 40 anos de idade, de ambos os gêneros e de todas as classes socioeconômicas, por meio de estudo transversal e pesquisa quantitativa domiciliar. A amostragem foi calculada de maneira probabilística e representativa da população Brasileira urbana e rural. Para avaliação da ingestão alimentar foi utilizado recordatório alimentar de 24h e a análise dos nutrientes foi feita por meio do NDS (Nutrition Data System). Foram utilizados teste T de Student e Oneway Anova seguida de teste *post-hoc* de Tukey. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. **Resultados:** a ingestão de cálcio, magnésio, vitamina D e K foi inferior ao valor recomendado pelas *Dietary Reference Intakes*, para a idade e gênero. Em média, a ingestão de cálcio e vitamina D foi 30 e 25% abaixo, respectivamente, do valor recomendado. As mulheres apresentaram ingestão significativamente maior de cálcio e vitamina D e, os homens, maior ingestão de energia, proteína e magnésio. Os indivíduos da região norte apresentaram maior consumo de proteína, fósforo e vitamina D e os da região sul, maior consumo de cálcio e vitamina K. Os indivíduos das classes sociais mais favorecidas tinham consumo significativamente maior. **Conclusão:** estes dados demonstram importantes inadequações no consumo de nutrientes relacionados com a saúde óssea e apontam para a necessidade de incentivo à ingestão de alimentos fontes desses nutrientes na nossa população.

57 (PO 58)

AValiação DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA E COMPOSIÇÃO CORPORAL EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE PRECOCE – THE OSTEOPOROSIS AND EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS (OPERA) STUDY

Reis Neto ET, Azevedo ABC, Sarkis KS, Martini LA, Ciconelli RM, Szejnfeld VL, Pinheiro MM. Disciplina de Reumatologia, Unifesp-EPM, São Paulo, SP

Introdução/objetivo: fraqueza muscular, uso de glicocorticosteroide (GC) e citocinas pró-inflamatórias aumentam a perda óssea, risco de fraturas e quedas em pacientes com artrite reumatóide (AR). Avaliar a densidade óssea e composição corporal em pacientes com AR inicial antes e após o tratamento. **Material e método:** avaliou-se 32 pacientes com AR (ACR, 1987) com menos de 12 meses de sintomas e sem tratamento prévio com drogas modificadoras da doença. Pacientes em uso de medicações que interferissem com o metabolismo mineral e ósseo foram excluídos, exceto GC. Investigou-se hábitos de vida, dados demográficos, fraturas, ingesta nutricional, atividade física, qualidade de vida (SF-36 e HAQ), atividade da doença (DAS28) e tratamento atual. Todos fizeram densitometria óssea (DO) da coluna lombar (CL), fêmur e corpo total. Após 12 meses, questionários e DO foram repetidos. Análise estatística descritiva, χ^2 -quadrado, Anova e regressão logística foram utilizados. **Resultado:** A média de idade e índice de massa corpórea (IMC) foram $43,4 \pm 11,8$ anos e $24,7 \pm 6,5 \text{ kg/m}^2$, respectivamente. A maioria dos pacientes era feminino (83,9%) e parda (41,9%). Na primeira avaliação, a duração da doença, DAS28 e HAQ foi $7,97 \pm 4,5$ meses, $5,41 \pm 1,45$ e $0,896 \pm 0,605$, respectivamente. 67,7% usaram GC com dose média de $7 \pm 8,9 \text{ mg/dia}$. A DO da CL e fêmur foi $1,068 \pm 0,15$ e $0,987 \pm 0,12 \text{ g/cm}^2$, respectivamente. Massa magra total e esquelética foi $37.180 \pm 6,4 \text{ kg}$ e $6,34 \pm 0,9 \text{ kg/m}^2$, respectivamente e, percentual de gordura total $36,8 \pm 6,9$. Após 12 meses, não houve mudança significativa das massas óssea e magra nos sítios avaliados. Houve redução significativa da atividade da doença, incremento da capacidade funcional e massa adiposa. **Conclusão:** observamos baixa prevalência de osteopenia/osteoporose e sarcopenia em pacientes com AR inicial na primeira avaliação e perda óssea não significativa no primeiro ano de tratamento. Porém, alto percentual de massa adiposa corporal total entre as duas avaliações. Sugerimos que intervenções com ênfase na atividade física (exercícios aeróbios) possam proporcionar benefícios a esses pacientes.

58 (PO 59)

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS COM BAIXA DENSIDADE ÓSSEA E FRATURAS POR OSTEOPOROSE EM MULHERES BRASILEIRAS – THE SAO PAULO OSTEOPOROSIS STUDY (SAPOS)

Yang JJH, Machado FS, Reis Neto ET, Omura F, Szejnfeld VL, Szejnfeld J, Pinheiro MM. Disciplina de Reumatologia/Universidade Federal de São Paulo

Introdução/objetivos: estudos transversais demonstram associação entre densidade mineral óssea (DMO) e fatores de risco clínicos (FRC)

nas mulheres brasileiras. Entretanto, heterogeneidade e pequeno tamanho da amostragem tornam-nos pouco consistentes. Sapos é um estudo de coorte para avaliação de 4332 mulheres na pré e pós-menopausa provenientes de centros primários de atenção à saúde de São Paulo, com o objetivo de avaliar os principais FRC associados à baixa DMO e fraturas por osteoporose (OP). **Pacientes e métodos:** todas responderam a um questionário sobre FRC para OP e fratura que incluía detalhes sobre hábitos de vida, dieta, aspectos hormonais, doenças prévias e medicações, e submetidas à densitometria óssea da coluna lombar e fêmur. **Resultados:** a média de idade, peso, altura e IMC foi $60,1 \pm 10,1$ anos; $66,1 \pm 13,1 \text{ kg}$; $1,54 \pm 0,06 \text{ m}$ e $27,8 \pm 5,2 \text{ kg/m}^2$, respectivamente. A maioria dessa população era branca (75,2%) e estava na pós-menopausa (90,9%). Fratura por baixo impacto foi relatada por 734 mulheres (16,9%). Após ajustes estatísticos para idade e outras variáveis, observou-se que idade (OR 1,07, 95%CI 1,06; 1,08), menopausa (OR 2,17, 95%CI 1,49; 3,14) e tabagismo atual (OR 1,45, 95%CI 1,13; 1,85) foram significativamente associadas com baixa DMO, enquanto IMC (OR 0,88, 95%CI 0,86; 0,89), consumo diário e atual de lácteos (OR 0,93, 95%CI 0,87; 0,99), atividade física atual (OR 0,67, 95%CI 0,57; 0,79) e uso atual de terapia hormonal (OR 0,43, 95%CI 0,33; 0,56) desempenharam papel protetor sobre a massa óssea. Por outro lado, idade (OR 1,05, 95%CI 1,04; 1,06), menopausa (OR 4,16, 95%CI 1,81; 9,56) e história familiar de fratura de quadril (OR 3,59, 95%CI 2,88; 4,47) estavam significativamente associados com fratura por OP. Atividade física atual (OR 0,79, 95%CI 0,63; 0,99) foi o único fator de risco que se associou positivamente e significativamente com a fratura por OP. **Conclusão:** os resultados demonstram que idade avançada, menopausa e tabagismo atual estão associados com baixa DMO. Idade avançada, menopausa e história familiar de fratura de quadril são preditivos de fratura por OP nas mulheres na pré e pós-menopausa.

59 (PO 60)

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DE MULHERES COM BAIXA DENSIDADE ÓSSEA E FRATURAS POR BAIXO IMPACTO – SÃO PAULO OSTEOPOROSIS RISK INDEX (SAPORI)

Omura F, Machado FS, Neto ETR, Yang JJH, Szejnfeld VL, Szejnfeld J, Pinheiro MM. Disciplina Reumatologia da Unifesp-EPM, São Paulo, SP

Introdução: diversos estudos têm demonstrado a relevância clínica da identificação de fatores de risco (FR) para a fratura (Fx) por baixo impacto e baixa densidade óssea (DO). No Brasil, não existem pesquisas que utilizaram indivíduos provenientes da população geral. Sapos é um estudo transversal para avaliação de FR para Fx e baixa DO em mulheres provenientes de unidades básicas de saúde (UBS) de São Paulo (SP). **Objetivos:** desenvolver e validar um instrumento capaz de identificar mulheres com maior risco de osteoporose (OP) e Fx por fragilidade óssea. **Pacientes e métodos:** foram avaliadas 4.332 mulheres na pré e pós-menopausa, por meio de questionário sobre FR para OP e Fx e densitometria óssea da coluna lombar e fêmur proximal (DPX NT, GE-Lunar). Após a identificação dos principais FR para OP e Fx, por meio de análise de regressão logística, foram construídos dois modelos e verificado o desempenho do novo instrumento (Sapori), por meio da confecção da curva ROC (*Receiving Operator Curve*), para identificar indivíduos de risco. A validação foi feita em um segundo coorte de pacientes, composto por 1915 mulheres na pré e pós-menopausa, acima de 40 anos de idade, também provenientes de UBS de SP. **Resultados:** os principais FR associados com baixa DO e Fx por baixo impacto foram baixo peso, idade avançada, etnia branca, história familiar de Fx de fêmur, tabagismo atual e uso crônico de corticosteróides. Terapia hormonal após a menopausa e atividade física regular no último ano tiveram papel protetor. Após ajustes estatísticos, observou-se que o Sapori foi capaz de identificar mulheres com baixa DO (T-Score ≤ -2 desvios padrões) do fêmur com sensibilidade (S) de 91,4%, especificidade (E) de 52% e área sob a curva (AUC) ROC de 0,831 ($p < 0,001$). O desempenho do instrumento para identificar baixa DO da coluna lombar foi semelhante, com S de 81,5%, E de 50% e ROC AUC de 0,724 ($p < 0,001$). E, para Fx por fragilidade óssea, a S foi de 71%, E de 52% e ROC AUC de 0,689 ($p < 0,001$). **Conclusão:** Sapori é um instrumento simples, útil e válido, em nosso meio, para identificação de mulheres, na pré e pós-menopausa, com maior risco de OP e Fx por fragilidade óssea.

ÍNDICE DOS AUTORES DOS TEMAS LIVRES E PÔSTERES

A

Abreu MM, 50 (PO 49)
Alarcon RT, 2 (TL 24)
Algulin J, 55 (PO 55)
Almeida CS, 37 (PO 32)
Andrade DC, 22 (PO 8), 23 (PO 9)
Andrade DCO, 18 (PO 2), 19 (PO 3)
Anselmo G, 29 (PO 19)
Anzai A, 39 (PO 34)
Arruda C, 6 (TL 48)
Arruda Jr ZC, 10 (TL 54)
Atayde SA, 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Azevedo ABC, 57 (PO 58)
Azevedo PM, 43 (PO 38)

B

Barbosa CMP, 24 (PO 11)
Bauer R, 43 (PO 38)
Bértolo MB, 28 (PO 16)
Bica BBR, 24 (PO 11)
Bolognani SAP, 11 (TL 10)
Bombarda S, 12 (TL 39)
Bonfá E, 13 (TL 23), 18 (PO 2), 19 (PO 3), 43 (PO 38), 46 (PO 42), 47 (PO 43)
Bonoldi VLN, 16 (TL 18), 30 (PO 20), 31 (PO 21)
Borba EF, 13 (TL 23), 18 (PO 2), 19 (PO 3), 38 (PO 33), 40 (PO 35), 41 (PO 36), 48 (PO 44)
Borba Neto EF, 17 (PO 1)
Borges CTL, 21 (PO 5)
Bortolotto LA, 13 (TL 23), 18 (PO 2)
Brandao CA, 22 (PO 8), 23 (PO 9)
Brollo MV, 35 (PO 29), 36 (PO 30)
Bueno OFA, 11 (TL 10)

C

Caldana WC, 44 (PO 40), 45 (PO 41)
Caldas CAM, 10 (TL 54), 17 (PO 1), 21 (PO 5), 53 (PO 52)
Caparbo VF, 43 (PO 38), 47 (PO 43)
Capelozzi VL, 6 (TL 48), 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Cardoso JL, 31 (PO 21)
Cardoso PRMM, 38 (PO 33)
Carneiro SC, 3 (TL 28), 9 (TL 31), 35 (PO 29), 36 (PO 30)
Carrasco S, 4 (TL 17)
Carvalho JF, 19 (PO 3)
Carvalho LO, 45 (PO 41)
Carvas JSB, 5 (TL 26)
Carvalho LO, 44 (PO 40)
Cássia FF, 3 (TL 28)
Cavalcanti A, 11 (TL 10)
Chammas MC, 20 (PO 4)
Chaves M, 35 (PO 29)
Ciconelli RM, 25 (PO 12)
Conde RA, 28 (PO 16)
Costa CH, 49 (PO 47)
Costa DP, 2 (TL 24)
Costa LP, 10 (TL 54)
Catanozi S, 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Ciconelli RM, 15 (TL 56), 26 (PO 13), 56 (PO 57), 57 (PO 58)

D

D'Almeida V, 27 (PO 14)
Domiciano DS, 10 (TL 54)
Danilevicius CF, 47 (PO 43)
Drumond D, 11 (TL 10)

E

Eis SR, 22 (PO 8), 23 (PO 9)

F

Falco V, 5 (TL 26)
Fagundes FP, 36 (PO 30)
Feldman D, 1 (TL 6), 2 (TL 24)
Fernandes SRM, 28 (PO 16)
Ferraz MB, 15 (TL 56), 50 (PO 49), 56 (PO 57)
Ferriani VPL, 51 (PO 50)
Figueira A, 3 (TL 28), 35 (PO 29), 36 (PO 30)
Fukuda MV, 39 (PO 34)
Fuller P, 5 (TL 26)
Fuller R, 20 (PO 4)

G

Gafni A, 50 (PO 49)
Garcia CB, 10 (TL 54)
Gauditano G, 16 (TL 18), 30 (PO 20), 31 (PO 21), 32 (PO 22)
Gayer CRM, 49 (PO 47)
Genaro PS, 56 (PO 57)
Goldenstein-Schainberg C, 4 (TL 17), 12 (TL 39), 20 (PO 4)
Golmia APF, 44 (PO 40), 45 (PO 41)
Gonçalves CR, 4 (TL 17), 17 (PO 1)
Gonçalves R, 32 (PO 22), 48 (PO 44)
Guedes LKN, 10 (TL 54), 54 (PO 53)

H

Hasegawa EM, 10 (TL 54), 20 (PO 4)
Hilário MOE, 11 (TL 10), 24 (PO 11), 25 (PO 12), 26 (PO 13), 27 (PO 14)

J

Jacques NO, 56 (PO 57)
Jales Neto LH, 10 (TL 54), 46 (PO 42)
Jesus VP, 6 (TL 48)
Japiassu MAF, 9 (TL 31)
Jorgetti V, 34 (PO 27)

K

Kassuga LE, 9 (TL 31), 35 (PO 29), 36 (PO 30)
Kim SY, 40 (PO 35), 41 (PO 36)
Kinchoku VM, 40 (PO 35), 41 (PO 36)
Klatchoian D, 25 (PO 12), 26 (PO 13)
Kochen JAL, 10 (TL 54), 54 (PO 53), 55 (PO 55)

L

Lage LV, 4 (TL 17)
Landucci D, 11 (TL 10)
Latorre LC, 44 (PO 40), 45 (PO 41), 52 (PO 51)
Laurindo IMM, 10 (TL 54), 37 (PO 32), 54 (PO 53), 55 (PO 55)
Len CA, 11 (TL 10), 24 (PO 11), 25 (PO 12), 26 (PO 13)
Levy-Neto M, 21 (PO 5), 39 (PO 34), 46 (PO 42)
Lima LA, 5 (TL 26)
Lin WF, 44 (PO 40), 45 (PO 41)
Livramento JA, 30 (PO 20)
Lo SC, 37 (PO 32)
Lo VW, 38 (PO 33)
Lobato BD, 36 (PO 30)
Lomonte AB, 52 (PO 51)
Lomonte ABV, 44 (PO 40), 45 (PO 41)

Lopes JB, 47 (PO 43)
Loureiro MC, 9 (TL 31)

M

Macedo PA, 10 (TL 54)
Machado FS, 58 (PO 59), 59 (PO 60)
Madureira MM, 42 (PO 37)
Maeda AMC, 1 (TL 6), 2 (TL 24)
Maia Jr AC, 19 (PO 3)
Mantovani E, 16 (TL 18), 29 (PO 19), 30 (PO 20), 31 (PO 21)
Marchiori P, 30 (PO 20)
Marques MT, 3 (TL 28)
Martin P, 12 (TL 39), 48 (PO 44)
Martini LA, 15 (TL 56), 56 (PO 57), 57 (PO 58)
Martins BDL, 9 (TL 31)
Martins MAV, 1 (TL 6)
Medeiros AC, 12 (TL 39), 48 (PO 44)
Medeiros DM, 10 (TL 54), 17 (PO 1), 21 (PO 5), 53 (PO 52)
Mello SBV, 4 (TL 17), 5 (TL 26)
Menezes PR, 47 (PO 43)
Moraes-Pinto MI, 51 (PO 50)
Moutinho RC, 6 (TL 48)
Moutinho RF, 8 (TL 46)

N

Nakandakare ER, 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Nascif AKS, 27 (PO 14)
Nascimento DP, 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Neto ETR, 59 (PO 60)
Neves FS, 4 (TL 17)
Nishimura WE, 28 (PO 16)
Nogueira AR, 38 (PO 33)
Nunes MJ, 44 (PO 40), 45 (PO 41), 52 (PO 51)

O

Oliveira DC, 3 (TL 28)
Oliveira IS, 37 (PO 32)
Oliveira RG, 33 (PO 25)
Oliveira SK, 24 (PO 11)
Omura F, 58 (PO 59), 59 (PO 60)
Ono E, 51 (PO 50)
Ortiz KR, 44 (PO 40), 45 (PO 41)

P

Paiva PC, 49 (PO 47)
Paredes HA, 39 (PO 34)
Parra E, 6 (TL 48)
Parra ER, 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Patullo IMF, 34 (PO 27)
Patullo RF, 34 (PO 27)
Paupitz JA, 10 (TL 54)
Pereira FS, 35 (PO 29)
Pereira RM, 53 (PO 52)
Pereira RMR, 5 (TL 26), 34 (PO 27), 42 (PO 37), 43 (PO 38), 46 (PO 42), 47 (PO 43)
Pileggi GCS, 51 (PO 50)
Pinheiro GRC, 49 (PO 47)
Pinheiro MM, 15 (TL 56), 56 (PO 57), 57 (PO 58), 58 (PO 59), 59 (PO 60)
Pippa MG, 14 (TL 7), 22 (PO 8), 23 (PO 9), 52 (PO 51)
Pippa MGB, 33 (PO 25)
Porto LC, 3 (TL 28)
Prado R, 27 (PO 14)
Prokopowitsch AS, 13 (TL 23)

R

Raissa AC, 32 (PO 22)
Reis Neto ET, 57 (PO 58), 58 (PO 59)
Ribeiro AR, 48 (PO 44)
Ribeiro LHC, 44 (PO 40), 45 (PO 41)
Rocha AJ, 19 (PO 3)
Rocha JC, 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Romanelli P, 24 (PO 11)

S

Sá L, 36 (PO 30)
Sacchetti SB, 24 (PO 11)
Santos FH, 11 (TL 10)
Santos Filho A, 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Sarkis KS, 57 (PO 58)
Sarni ROS, 27 (PO 14)
Schimitz MK, 10 (TL 54)
Seneghini CC, 49 (PO 47)
Seiscento M, 12 (TL 39)
Shinjo SK, 32 (PO 22), 37 (PO 32), 38 (PO 33), 39 (PO 34), 40 (PO 35), 41 (PO 36)
Silva AB, 44 (PO 40), 45 (PO 41)
Silva CA, 12 (TL 39)
Silva CAA, 43 (PO 38)
Silva RG, 52 (PO 51)
Souza CBS, 51 (PO 50)
Spolidorio MG, 31 (PO 21)
Suzuki CM, 40 (PO 35), 41 (PO 36)
Szejnfeld J, 58 (PO 59), 59 (PO 60)
Szejnfeld VL, 57 (PO 58), 58 (PO 59), 59 (PO 60)

T

Takayama L, 34 (PO 27), 42 (PO 37), 47 (PO 43)
Teixeira IMN, 49 (PO 47)
Teodoro WR, 6 (TL 48), 7 (TL 45), 8 (TL 46)
Terreri MTRA, 24 (PO 11), 25 (PO 12), 26 (PO 13), 27 (PO 14)
Tomita RB, 10 (TL 54)
Torres FN, 3 (TL 28), 9 (TL 31), 36 (PO 30)
Torres SCR, 10 (TL 54), 54 (PO 53)
Tucci B, 10 (TL 54)

V

Varni J, 25 (PO 12)
Varni J, 26 (PO 13)
Velosa APP, 6 (TL 48)
Viana R, 11 (TL 10)
Vilela V, 49 (PO 47)

W

Waisberg MG, 44 (PO 40), 45 (PO 41)

Y

Yang JH, 58 (PO 59), 59 (PO 60)
Yoshinari NH, 6 (TL 48), 7 (TL 45), 8 (TL 46), 16 (TL 18), 29 (PO 19), 31 (PO 21), 32 (PO 22)
Yoshinari NHY, 30 (PO 20)

Z

Zerbini CA, 14 (TL 7), 22 (PO 8), 23 (PO 9), 45 (PO 41)
Zerbini CAF, 33 (PO 25), 44 (PO 40), 52 (PO 51)

V JORNADA DE REUMATOLOGIA DE SÃO CARLOS

Realizada em 18 de agosto no Anfiteatro da Unimed São Carlos e organizada pelos dr. Clóvis Strini Magon e Dr. Rogério C. V. Crachá, foi um evento que abordou quatro temas de grande interesse prático para o clínico, como o papel dos exercícios físicos nas doenças da coluna vertebral (Dr. Ari Radu Halpern, FMUSP); o diagnóstico e tratamento atual das espondiloartropatias (Dr. Percival Degra Sampaio-Barros, Unicamp); gota e hiperuricemia (Dra. Fabíola Reis de Oliveira, FMRP, USP) e osteoporose (Dr. Charles Helden de Moura Castro, Unifesp-EPM).

JORNADA DE REUMATOLOGIA DE BOTUCATU

No dia 23 de agosto a osteoartrite foi o tema central na Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Sucesso garantido do evento pela organização do Prof. Dr. Oswaldo Melo da Rocha (FMB, Unesp). A abordagem clínica e propedêutica diagnóstica foi feita pela Dra. Lissiane Karina Noronha Guedes (FMUSP) e a medicamentosa pela Dra. Fátima Aparecida Fernandes (Unifesp-EPM). O evento foi finalizado pelo Dr. Ricardo Valente Pereira (FMB/Unesp) com a palestra sobre o tratamento cirúrgico da osteoartrite de joelhos.

JORNADA DE REUMATOLOGIA DE MARÍLIA

Ocorreu de 24 a 25 de agosto e contou com a participação das duas Faculdades de Medicina de Marília, a Famema e Unimar, sob a organização cuidadosa do Prof. Dr. César Emile Baaklini (Famema). Na noite da sexta-feira, o Dr. Ari Radu Halpern (FMUSP) abordou o diagnóstico das doenças da coluna vertebral e o Prof. Dr. Manoel Barros Bértolo (Unicamp) versou sobre o diagnóstico e o tratamento atual da artrite reumatóide. Na manhã seguinte, a Prof.^a Dra. Maria Odete E. Hilário (Unifesp-EPM) apresentou as dificuldades do diagnóstico e o tratamento atual do lúpus juvenil. Logo após, o Dr. José Marques Filho (Santa Casa de Araçatuba) ilustrou os aspectos inusitados dos reumatismos de partes moles.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Realizado em Istambul, Turquia, de 5 a 9 de setembro. Dra. Cláudia Goldenstein Schainberg envia-nos os temas mais interessantes discutidos no evento: "Aspectos genômicos e fármaco-genômicos em reumato-pediatria", assim como maior ênfase em vasculites, doenças auto-inflamatórias, segurança em longo prazo do uso de etanercepte e adalimumabe em artrite idiopática juvenil (AIJ). A novidade é sobre a segurança e eficácia do abatacepte em AIJ, bem como possibilidade de rilonacepte (inibidor de IL-1) em AIJ sistêmica. Muito se discutiu sobre infecção e auto-imunidade, o papel dos PAMPs e *toll like receptors* nas doenças reumáticas da infância.

XIX JORNADA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA E XVI JORNADA DE REUMATOLOGIA DO CONE SUL

De 6 a 8 de setembro, em Blumenau, SC, foi realizada a Jornada Brasileira de Reumatologia. Após 20 anos, a linda cidade catarinense voltou a sediar o maior evento do ano de 2007 da SBR. A cidade do vale do rio Itajaí-Açu, repleta de herança européia, em especial germânica, é um famoso pólo de compras, malhas, artesanato e cristais. O teatro Carlos Gomes, totalmente restaurado, foi a sede da programação científica e cultural, que teve brilhantismo peculiar. Parabéns a Prof.^a Dr.^a Rosa Pereira Rodrigues (FMUSP), vencedora do Prêmio Pedro Nava.

V ENCONTRO DE RECICLAGEM DO HOSPITAL HELIÓPOLIS

Com programação ampla e diversos convidados de outros Serviços de Reumatologia do país, o tradicional evento do Hospital Heliópolis ocorreu em 17 e 18 agosto no Hotel Mercure, em São Paulo, e contou com a participação de 166 inscitos. Médicos-residentes e ex-residentes do Serviço também tiveram a oportunidade de mostrar a vivência e o conhecimento no diagnóstico de tratamento de várias enfermidades reumáticas, em especial a artrite reumatóide, osteoporose e lúpus.



V JORNADA DE REUMATOLOGIA DE SÃO CARLOS: (1) Abertura do evento. A partir da esquerda, dr. Clóvis Strini Magon, dr. Ari Stiel Radu Halpern, dr. Rogério C. V. Chachá; (2) dr. Percival Degraça Sampaio Barros, dr. Clóvis Strini Magon, dr. Ari Stiel Radu Halpern; (3) dr. Rogério C. V. Chachá, dra. Fabíola Reis de Oliveira, dr. Clóvis Strini Magon, dr. Charlles Heldan de Moura Castro; JORNADA DE REUMATOLOGIA DE BOTUCATU: (4) A partir da esquerda, dra. Fátima Aparecida Fernandes, dra. Lissiane Karina Noronha Guedes, dra. Marina Canineu Brandão, dra. Beatriz Funayama Alvarenga Freire, dr. Ricardo Valente Pereira, dr. Oswaldo Melo da Rocha, dra. Lícia Affonso Silva; JORNADA DE REUMATOLOGIA DE MARÍLIA: (5) A partir da esquerda, dr. Edgar Baldi Júnior, dr. José Marques Filho, dr. César Emile Baaklini, dr. Manoel Barros Bértolo, dra. Maria Odete Esteves Hilário, dr. Ari Stiel Radu Halpern; (6) dr. Tarcísio Adilson Ribeiro Machado; dr. Ari Stiel Radu Halpern, dra. Maria Odete Esteves Hilário, dr. César Emile Baaklini, dr. José Marques Filho, dr. Edgar Baldi Júnior; (7) visão geral da platéia; CONGRESSO INTERNACIONAL DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA: (8) A partir da esquerda, dr. Flávio Roberto Sztajn bok (Rio de Janeiro), dra. Seza Ozen (presidente do Congresso), dra. Cláudia Schainberg (FMUSP) e dra. Blanca Elena Rios Gomes Bica (UFRJ); (9) ENCONTRO DE RECICLAGEM DO HOSPITAL HELIÓPOLIS.

I CURSO DE ULTRA-SOM PARA REUMATOLOGISTAS

O primeiro Curso de Ultra-Som (US) direcionado para reumatologistas e certificação do Eular foi organizado pela SPR e realizado em São Paulo, no Hotel Sofitel São Paulo, de 21 a 23 de setembro com a participação de 24 inscritos. Contou com a participação de três professores estrangeiros – Dr. George A. W. Bruyn, Dr. Nanno Swen e Dr. Wolfgang Schmidt. Os temas abordados foram a história e os princípios da ultra-sonografia, inclusive do *power doppler*. Além disso, sítios anatômicos articulares e de partes moles (tendões, músculos, nervos e ênteses), detalhes técnicos e do equipamento e as principais indicações em nossa especialidade foram bastante discutidos pelos palestrantes. A utilização do US como extensão do exame clínico e instrumento para se fazer decisão diagnóstica e terapêutica também foi enfatizada, assim como para guiar procedimentos.

JORNADA DE REUMATOLOGIA DO LITORAL

No último sábado (29) de setembro, na cidade de Guarujá, SP, foi realizada a Jornada do Litoral que versou sobre os Aspectos Clínicos e Tratamento da Espondilite Anquilosante e da Artrite Psoriásica. O Dr. Célio Roberto Gonçalves e a Dra. Cláudia Goldenstein Schainberg, ambos da Faculdade de Medicina da USP, foram os responsáveis pela excelente apresentação. O sucesso do evento também é creditado à organização do Dr. Joaquim Gonçalves Neto.

II CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS

Realizado de 19 a 20 de outubro, em São Paulo, com sucesso de público e crítica. Os principais temas discutidos foram Osteoporose, Colagenoses, Fibromialgia, Osteoartrose, Reumatologia Infantil e Artrite Reumatóide. Contou com o apoio do Comitê Multidisciplinar de Reumatologia da APM.



I CURSO DE ULTRA-SOM PARA REUMATOLOGISTAS: (10) participantes do curso; JORNADA DE REUMATOLOGIA DO LITORAL: (11) visão geral do evento; II CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS: (12) visão geral da platéia.

PRÊMIO SAÚDE

O trabalho “BRAZOS – Ingestão de nutrientes relacionados à saúde óssea em mulheres e homens brasileiros”, dos pesquisadores Marcelo M. Pinheiro, Natielen O. Jacques, Patrícia S. Genaro, Rozana M. Ciconelli, Lígia A. Martini e Marcos Bosi Ferraz, e coordenado pelo Centro Paulista de Economia em Saúde (CPES) da Unifesp, foi o vencedor do Prêmio Saúde na categoria “Saúde e Prevenção”. O prêmio é organizado e oferecido pela Editora Abril ao melhor trabalho realizado em território nacional e com impacto social e relevância clínica na área de saúde. Na edição de 2007, concorreram cerca de 637 pesquisas. A cerimônia ocorreu na noite de 9 de outubro, em grande festa no Teatro Abril, em São Paulo. Merece destaque o time de reumatologistas da Unifesp-EPM e participantes ativos da SPR, bem como as nutricionistas da Faculdade de Saúde Pública da USP. Parabéns!



A partir da esquerda, dr. Marcelo Pinheiro, dra. Rozana Ciconelli e dr. Marcos Bosi Ferraz.

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, os temas debatidos nos últimos encontros:

QUINTO FÓRUM DE DEBATES (8 DE AGOSTO DE 2007)

Tema: "Manifestações Gastrointestinais do Lúpus Eritematoso Sistêmico". A quinta reunião do Fórum de Debates da SPR fomentou a discussão sobre o lúpus e o intestino

Coordenação: dr. Luiz Carlos Latorre (Hospital Heliópolis)

Apresentação: dra. Lina Oliveira de Carvalho e dra. Andréia Bonato da Silva (Hospital Heliópolis)

Debatedores: dra. Danieli Castro Oliveira de Andrade (Hospital Heliópolis), dr. Leonardo de Lucca Schiavon (Gastroenterologista/Hospital Heliópolis)

SEXTO FÓRUM DE DEBATES (19 DE SETEMBRO DE 2007)

Tema: "Pé e Tornozelo Doloroso"

Coordenação e apresentação: dra. Lúcia Stella Seiffert de Assis Goulart (Unisa)

Debatedores: dra. Alessandra Bruns (Unisa) e a fisioterapeuta Leda Magalhães de Oliveira (Unifesp)

SÉTIMO FÓRUM DE DEBATES (10 DE OUTUBRO DE 2007)

Tema: "Artrite Reumatóide e Envolvimento Pulmonar"

Coordenação: prof. dr. Manoel Barros Bértolo (FCM-Unicamp)

Apresentação: dra. Cristiane Mendes da Silva (FCM-Unicamp)

Debatedores: dr. Michel A. Yazbek (FCM-Unicamp) e dr. Eduardo M. de Capitani (pneumologista, FCM-Unicamp)

Obtenha mais informações pelo telefone 0++11/3284-0507.

FÓRUM DE DEBATES EM REUMATOLOGIA 2008:

2 de abril, 7 de maio, 25 de junho, 6 de agosto, 1 de outubro, 5 de novembro

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.



QUINTO FÓRUM DE DEBATES: (1) a partir da esquerda, dr. Luiz Carlos Latorre, dra. Maria Guadalupe Barbosa Pippa, dra. Maria José Nunes, dra. Andreia Vannucci Lomonte, dr. Wagner Ikehara (assistentes do Serviço), dra. Danieli Castro Oliveira de Andrade (pós-graduanda da FMUSP e médica do Cepic-Heliópolis), dra. Lina de Oliveira Carvalho (residente), dr. Leonardo de Lucca Schiavon (assistente dos Serviços de Clínica Médica e Gastroenterologia do Heliópolis), dra. Andreia Bonato da Silva (residente) e dr. Cristiano Zerbini(assistente); SEXTO FÓRUM DE DEBATES: (2) a partir da esquerda, dr. Ari Stiel Radu Halpern, dra. Aline Basoli (fisioterapeuta), dra. Lúcia Stella Seiffert de Assis Goulart, dra. Alessandra Bruns, dra. Leda Magalhães de Oliveira (fisioterapeuta), dra. Virgínia Fernandes Moça Trevisani, dr. Thiago Teixeira, dr. Kelson Nonato Gomes da Silva (fisioterapeuta), dr. Lucas Emanuel Teixeira (fisioterapeuta), dra. Andréa Harumi Kayo (fisioterapeuta); SÉTIMO FÓRUM DE DEBATES: (3) a partir da esquerda, dr. Eduardo M. De Capitani, dr. Manoel Barros Bértolo, dra. Cristiane Mendes da Silva, dr. Michel A. Yazbek.

2008 NACIONAIS

II Curso de Revisão para Reumatologistas
Data: 8 e 9 de março de 2008
Local: Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP
Contato: www.reumatologiasp.com.br

Jornada de Reumatologia Pediátrica
Data: 16 e 17 de maio de 2008
Local: a ser definido
Contato: www.reumatologiasp.com.br

XIV Encontro de Reumatologia Avançada
Data: 29 a 31 de maio de 2008
Local: São Paulo, SP
Contato: www.reumatologiasp.com.br

Fórum "Medicamentos de Alto Custo nas Doenças Reumatológicas: Quem Paga a Conta?"
Data: 3 de julho de 2008
Local: Associação Paulista de Medicina (APM), São Paulo, SP
Contato: www.reumatologiasp.com.br

XVII Congresso Brasileiro de Reumatologia
Data: 17 a 20 de setembro de 2008
Local: Maceió, AL
Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

INTERNACIONAIS

VII Congresso Europeu de Reumatologia (Eular)
Data: 11 a 14 de junho de 2008
Local: Paris, França
Contato: www.eular.org

XV Congresso Pan-Americano de Reumatologia (Panlar)
Data: 13 a 16 de agosto de 2008
Local: Cidade da Guatemala, Guatemala

72.º Congresso do Colégio Americano de Reumatologia (ACR)
Data: 24 a 29 de outubro de 2008
Local: São Francisco, EUA

CAPA: Claude Oscar Monet, considerado o maior expoente do impressionismo, nasceu em Paris, no dia 14 de novembro de 1840. Aos cinco anos, mudou-se para Le Havre, agitado porto marítimo na desembocadura do Sena, perto das espetaculares rochas brancas de Etretat e Fécamp. De temperamento volátil e sentimental, conheceu Eugène Bodin, pintor que o encorajou a pintar ao ar livre, método não muito comum numa época de pintores de ateliê. Entusiasmado com a idéia de ser pintor, Monet retornou a Paris, ingressando na *Académie Suisse* e no estúdio Gleyre, berço das novas gerações como Bazille, Pissaro, Renoir e Sisley. Durante muito tempo Monet foi considerado, como Cézanne comentou, "meramente um olho, mas que olho!", que conseguia traduzir para as telas as imagens, a luz e as cores e, até mesmo, o pouco provável: o ar e a beleza do ar que circundava qualquer objeto de desenho como a ponte, os rios, a vegetação. A abordagem do mundo por Monet seguia linhas venezianas em vez de florentinas: ele interpretava o mundo por meio da cor e não, meramente, do desenho. Seus ancestrais são Ticiano e Claude, e não Michelangelo e Poussin. Como seus predecessores, Monet descobriu que a cor tem suas próprias razões, ela rompe as nítidas exigências da linha. Monet buscava a verdadeira realidade por trás da aparência visual enaltecendo a cor até seu limite. Em 1870, Monet casou-se com Camille Doncieux e, logo após, iniciou fértil período de pinturas e discussões sobre arte com seus amigos Renoir, Manet e Sisley. Camille morreu de tuberculose em 1879, após o parto do seu segundo filho. Monet registrou o seu leito de morte em um quadro extraordinário. Depois da morte de Camille, o inquieto Monet fez várias viagens à Riviera francesa e à italiana, à Normandia e à costa atlântica da França. Aonde ia, pintava, mas não estava contente com seu trabalho. Temas diferentes não eram a resposta. O importante era a pintura em si, o significado da realidade através da cor. Monet acabou voltando para o campo, em Giverny, nos arredores de Paris, onde começou a plantar um jardim onde pudesse pintar. Em 1891, começou a sua famosa série de montes de feno nos campos circunvizinhos, em todas as épocas do ano e condições climáticas. E, logo após, iniciou sua igualmente famosa série de quadros da Catedral de Rouen. Em 1892, casou-se com Alice Hoschedé. Novamente, entrou em uma fase feliz e produtiva da sua vida. Seus trabalhos foram aceitos pelo Salão Oficial e não lhe faltava dinheiro. Viajava para a Noruega, Veneza, Londres. A morte de Alice, em 1911, deixou-o só e desolado. Nessa época, tinha muitas dificuldades para enxergar, mas depois de uma operação de catarata, e usando óculos especiais, pôde continuar trabalhando e foi incentivado por Georges "Tigre" Clemenceau a terminar a grande série de nenúfares que o governo francês adquiriu. No entanto, as fortes dores articulares, decorrente de problemas reumáticos, começavam a limitá-lo e a impossibilitá-lo de pintar. Morreu de câncer de pulmão em 6 de dezembro de 1926. No detalhe, Claude Monet, próximo ao lago das ninféias, no Jardim de Giverny; na capa, composição de duas obras da série *Ninféias*, 1918, óleo sobre tela, Museu Marmottan, Paris.

