

Revista Paulista Reumatologia

VOL. 4 N.º 4 out/dez 2005



REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

Anticorpos Antiproteína P Ribossomal

RHEUMA

Correlações da Expressão de MHC-I e II, C5b-9 e Fenotipagem de Células Inflamatórias em Tecido Muscular da Dermatomiosite Juvenil (DMJ)

Anticorpos Antinucleossomos em Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil

ÉTICA

Recertificação Profissional

GRUPOS DE APOIO

Muito Além da Dor

Entrevista:
ELE que são **Elas**

Sumário

Registro

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-6
Rheuma	6-9
Publicações	9-12
Entrevista	14-16
Ética	16
Grupos de Apoio	17-18
Noticiário	19-21
Agenda	21-22

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2004/2005

Presidente

Manoel Barros Bértolo

1.º Vice-Presidente

Ari Stiel Radu

2.º Vice-Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

1.º Secretário

Rubens Bonfiglioli

2.º Secretário

Sandra Watanabe

1.º Tesoureiro

Percival Degraça Sampaio Barros

2.º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

Comissão Científica

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

Comissão de Ética

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

Comissão de Ensino

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

Conselho Fiscal

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

Comissão Estadual

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

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudia Goldenstein Schainberg

Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann

Endereço

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

Revista Paulista de Reumatologia

Órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

Editores Científicos

Alexandre Wagner S. Souza, Fábio Jennings, Marcelo Pinheiro

ETCetera Editora de Livros e Revistas

Direção Editorial

Kleber Kohn

Coordenação Editorial

Silvia Souza

Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

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

Fone: (11) 3673-5095, Fone/Fax: (11) 3868-2799

E-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br

Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

Palavra do Presidente

Estamos chegando ao final de dois anos de gestão da Sociedade Paulista de Reumatologia. No início, a responsabilidade de presidir esta sociedade me preocupou muito; contudo, após algumas reuniões com o grupo que participou da diretoria da SPR, fiquei mais tranquilo, pois todos atuaram intensamente e com sentido de colaboração. Isso nos permitiu realizar todas as programações científicas com excelente nível de qualidade.

É impossível deixar de citar os dois Encontros de Reumatologia Avançada, que, por sua organização e qualidade, vêm despertando o interesse de reumatologistas de todo o Brasil, apresentando, a cada ano, um expressivo aumento do número de participantes. Tivemos, também, uma significativa participação do interior do Estado, com um grande número de Jornadas, todas de alta qualidade. O Fórum de Debates continua obtendo um grande público e com participação nas apresentações dos Serviços de Reumatologia da capital e do interior. Não poderia deixar de citar a *Revista Paulista de Reumatologia*, pela qualidade científica e pela divulgação de todas as realizações da sociedade. Finalmente, agradeço a toda a diretoria e a todos que colaboraram nesse período.

Manoel Barros Bértolo

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2004-2005

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

O Reumatologista, o Cego e o Surdo

É fácil apontar falhas na formação, no caráter ou no comportamento dos outros. Difícil é enxergá-las em nós mesmos. Há pessoas que, até, as ignora. Não enxergar claramente o que acontece é uma definição para o chamado “ponto cego”, normalmente acompanhado de outro ponto, o surdo. Assim, o indivíduo, além de não ver, também não escuta algo que o comprometa ou que o coloque em contradição, ou, ainda, que o obrigue ao confronto consigo mesmo. Esse fenômeno é mundial: provocou um grave conflito no relacionamento de Jane Fonda com seu pai, Henry, e, tem sido observado com frequência em nosso país, do Presidente da República, que nada vê e tudo desconhece, ao funcionário mais simples de seu gabinete, que também nada sabe.

Em nosso cotidiano, é possível olhar sem ver, e ouvir sem escutar. É a completa vivência da alienação, na qual somos impedidos de perceber algo que, na realidade, pode não ter nada de perigoso, mas que em nossa subjetividade é tomado como difícil. A medicina e, sobretudo, a Reumatologia são, *a priori*, uma “clínica do olhar”, mas também uma “clínica da escuta”. Há poucos anos, tive uma paciente que comparecia mensalmente à consulta, apenas para falar. Dizia sempre: “Doutor, não faça nada, não se mexa, não me olhe, não precisa pedir exames ou me dar medicação. Na verdade, passo mal com todos, tudo me dá alergia e nada melhora as minhas dores.” Mas não desistia. Tive outra que falava: “Doutor, só vim buscar a receita daquela formulinha de dormir. Não precisa me examinar, sei que o senhor está atarefado, com muitos pacientes que precisam do senhor mais do que eu.” Não pedia mais nada. Uma terceira paciente repetia o mesmo discurso inúmeras vezes; parecia que nunca havia sido ouvida, como se precisasse reafirmar aquela fala durante todo o tempo, sem prepotência, mas pelo simples prazer de se repetir sem se dar conta de ao

menos escutar a si mesma, transferindo, momentaneamente, todos os seus problemas para mim. Nesses três casos, fica claro que não bastava apenas ouvi-las; era necessário perceber o que estava velado, dito nas entrelinhas ou no escurecimento da alma. Sentia que era como ouvir uma música: não bastava apenas escutar ou olhar a partitura; era necessário envolver-se, intervir e emocionar-se, onde o mais importante era aquilo que não fora dito. E isso fica claro ao ler o depoimento “Muito além da dor”, de nossa paciente Teresa Cristina, na seção Grupos de Apoio.

Acredito que a principal diferença entre os médicos esteja em não se darem conta de sua própria “cegueira” ou “surdez”. De quando estudava filosofia, lembro-me do mito da caverna de Platão, no qual os personagens estavam tão acostumados a um mundo pequeno e sem luz, que se sentiam pequenos imaginando ser o melhor dos mundos. No entanto, uma vez expostos à luz, o mundo de onde vinham parecia-lhes mesquinho e enganoso. Num primeiro momento, a luz causava-lhes cegueira, mas, tão logo estavam refeitos do choque visual, surgia um mundo de descobertas e de possibilidades infinitas. E, uma vez acostumados a essa nova realidade, sua existência era premiada e mais do que justificada. No último 18 de outubro, comemoramos o nosso dia, o Dia do Médico. Se estivéssemos nessa caverna, estaríamos felizes, acomodados e, talvez, “cegos”. Mas, fora dela, precisamos saber o que realmente estamos comemorando: salários? Carga horária? Satisfação? Universidade? Prestígio? Reconhecimento de nossos pares ou da sociedade? A entrevista com as três damas da Reumatologia Paulista nos dá coragem e entusiasmo para permanecer fora dessa caverna.

Um feliz Natal a todos e um excelente 2005. Nos vemos no próximo ano.

Os Editores



CAPA: Jane Fonda nasceu em 21 de dezembro de 1937, em Nova York, filha do lendário Henry Fonda e da socialite Frances Seymour Brokaw. Estreou no cinema com *Até os fortes vacilam* (“*Tall Story*”, 1960). Recebeu seis indicações ao Oscar de melhor atriz, por sua participação em *A noite dos desesperados* (“*They shoot horses, don’t they?*”, 1969), *Julia* (“*Julia*”, 1977), *Num lago dourado* (“*On golden pond*”, 1981), *A manhã seguinte* (“*The morning after*”, 1986), tendo sido agraciada com o prêmio em *Klute – O passado condena* (“*Klute*”, 1971) e *Amargo regresso* (*Coming Home*, 1978). Além de excelente atriz, fez o mundo inteiro queimar calorias na década de 80, como a rainha americana do *fitness* e estrela de vídeos de divulgação dos exercícios aeróbicos.

Teve um relacionamento difícil com os pais: a mãe cometeu suicídio quando ela tinha apenas 12 anos de idade; o pai, ela ainda não perdoou pela severidade da educação e escassez de diálogo e carinho durante sua infância e adolescência. Tentaram, inutilmente, purgar as espinhosas relações paternas, ao interpretarem juntos *Num lago dourado*.

Foi o ícone sexy de *Barbarella* (“*Barbarella*”, 1968, acima, à esq.), na época casada com o diretor francês Roger Vadim. Extremamente envolvida com questões políticas americanas e mundiais, foi grande ativista contra a Guerra do Vietnã.

Visitou o Vietnã do Norte, em plena guerra, ao interpretar *Hanói Jane*. Logo após se casou com outro ativista democrata, Tom Hayden, a quem ajudou a eleger deputado. Separada de Hayden, casou-se, pela terceira vez, com o magnata das comunicações Ted Turner, de quem está separada há quatro anos.

Aos 68 anos, ainda esplendidamente bela, volta às telas com a comédia *Até que a sogra nos separe*, no papel de Viola. E acaba de lançar sua autobiografia, *Minha vida até aqui* (*My Life So Far*), na qual narra episódios de bulimia, submissão e sexo grupal.

Não tem medo de morrer, mas de chegar ao fim da vida com arrependimentos. E o maior deles é a dificuldade de relacionamento com sua filha Vanessa. Acredita que se seus filhos não forem felizes, nada mais terá feito sentido.

Atualmente, não faz mais tanta ginástica como antes, por causa das fortes dores no quadril. Possui diagnóstico de osteoartrite de quadril e, neste ano, fez cirurgia ortopédica para colocar prótese de quadril.

Anticorpos Antiproteína P Ribossomal

Silvia Helena Barbosa⁽¹⁾, Alessandra Dellavance^(1,2), Luis Eduardo C. Andrade^(1,2)

1. Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM; 2. Instituto Fleury, São Paulo, SP

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença auto-imune sistêmica com amplo espectro de manifestações clínicas, o que dificulta por vezes o seu diagnóstico e a delimitação precisa da abrangência dos órgãos envolvidos em um dado paciente. Uma das manifestações de mais difícil definição nessa enfermidade é o acometimento do sistema nervoso central, que pode apresentar uma vasta gama de alterações como disfunções cognitivas, ansiedade, depressão, psicose e alterações de humor. O estudo sorológico frequentemente auxilia no diagnóstico do LES e também pode ser útil para a delimitação de certos nuances do quadro clínico. Entre esses aspectos, destacamos os anticorpos contra proteína P ribossomal (anti-P), que ademais parecem desempenhar importante papel diretamente na patogênese dessa doença.

O anti-P é conhecido por sua alta especificidade para o LES, apresentando uma frequência entre 10% e 20% nesses pacientes. O auto-epitopo dominante é altamente conservado e formado por uma sequência terminal de 22 aminoácidos comum às três fosfoproteínas P0, P1 e P2 localizadas na subunidade 60S do ribossomo, pesando respectivamente 38, 19 e 17 kDa (Figura 1).

Além de seu papel como marcador diagnóstico do LES, os anticorpos anti-P parecem associar-se a determinadas manifestações clínicas dessa enfermidade. As primeiras associações clínicas foram estabelecidas a partir do achado destes auto-anticorpos em cerca de 90% dos soros de pacientes lúpicos com distúrbios neuropsiquiátricos, dados estes que foram corroborados por

Schneebaum *et al.* em 1991 em um estudo prospectivo multicêntrico com 269 pacientes lúpicos. A partir dessas informações a presença do anti-P foi considerada importante na definição de distúrbios neuropsiquiátricos em pacientes lúpicos segundo o Colégio Americano de Reumatologia, em um consenso realizado em 1999. Entretanto, esta associação não tem aceitação absoluta, tendo sido contestada por outros autores.

Outras associações clínicas foram também descritas, como acometimento hepático relatado por Teh em 1992 e por Koren em 1993, e estudo caso-controle mostrando associação entre a presença de anti-P e comprometimentos hepático e renal. Manifestações renais isoladas também foram associadas à presença desses auto-anticorpos. Outro dado interessante foi a demonstração da maior prevalência do anti-P em pacientes com doença ativa quando comparados àqueles em remissão.

Além da ocorrência isolada do anti-P-ribossomal, são descritas associações sorológicas entre este e outros auto-anticorpos como anti-DNA nativo, anti-Sm e anti-fosfolípidos. Embora se tenha cogitado a hipótese de reação cruzada, a grande diversidade estrutural entre os antígenos alvos destes auto-anticorpos sugere que se trate de populações distintas de auto-anticorpos. A associação entre estes auto-anticorpos corrobora a idéia de alta especificidade do anti-P-ribossomal para o LES. Alguns autores têm sugerido que a coexistência de anti-P e anti-DNA nativo apresenta forte associação com envolvimento renal.

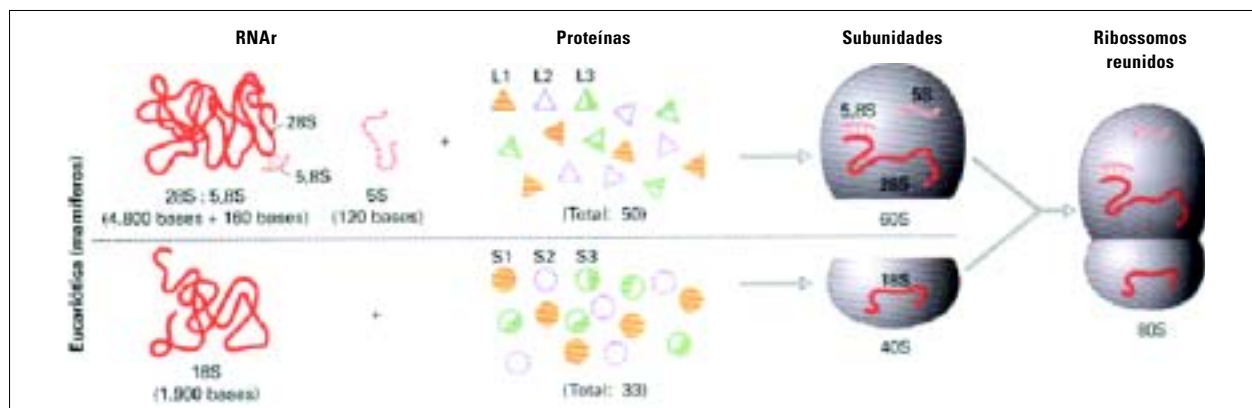


Figura 1 – Estrutura geral dos ribossomos em eucariotos. L1-Ln e S1-Sn correspondem às proteínas das subunidades grande e pequena, respectivamente. Adaptado de Lodish H, Berk A, Zipursky SL, Matsudaira P, Baltimore D, Darnell JE: *Biologia Celular e Molecular*. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002

Entre os métodos usados para a pesquisa de anti-P estão: imunofluorescência indireta (IFI), imunodifusão dupla (IDD), *Western blotting* (WB) e ELISA, que apresentam diferentes características de sensibilidade e especificidade, em parte dependentes da natureza e pureza da fonte antigênica. Como outros auto-anticorpos, o anti-P foi inicialmente descrito utilizando-se a técnica de IDD. Somente 20 anos depois este sistema antígeno-anticorpo foi caracterizado por meio da técnica de WB, que demonstra maior especificidade e fácil interpretação dos resultados obtidos por um padrão de bandas comparado às proteínas de peso molecular conhecido. O advento da síntese de peptídeos resultou em testes mais sensíveis e a possibilidade de quantificação e automação por meio da técnica de ELISA.

Em um estudo comparativo entre métodos para a detecção de anticorpos anti-P-ribossomal, demonstrou-se que a IFI utilizando como substrato antigênico células HEp-2, é pouco sensível, pois foi capaz de detectar apenas um terço dos casos sabidamente positivos, resultados vistos através do padrão de fluorescência citoplasmático pontilhado fino denso (Figura 2). Além disso, em decorrência da subjetividade inerente à técnica de IFI, metade dos pacientes que apresentaram este padrão citoplasmático não exibiu positividade para o mesmo auto-anticorpo quando outras técnicas foram utilizadas. As técnicas de IDD e contraímuno eletroforese apresentaram-se menos sensíveis, corroborando os achados de estudos prévios.

Uma forte correlação entre as técnicas de WB e ELISA foi também verificada por Bonfá em 1994. Esses dois métodos foram capazes de detectar anticorpos anti-P-ribossomal com alta sensibilidade e especificidade.

Como esperado, a utilização de diferentes metodologias para a detecção destes auto-anticorpos pode resultar em achados controversos. No entanto, a elevada especificidade desse auto-anticorpo e a possibilidade de que os títulos flutuem com a atividade e remissão da doença merecem cuidadosa atenção para a utilização de sua pesquisa em pacientes que apresentem quadro clínico indicado.

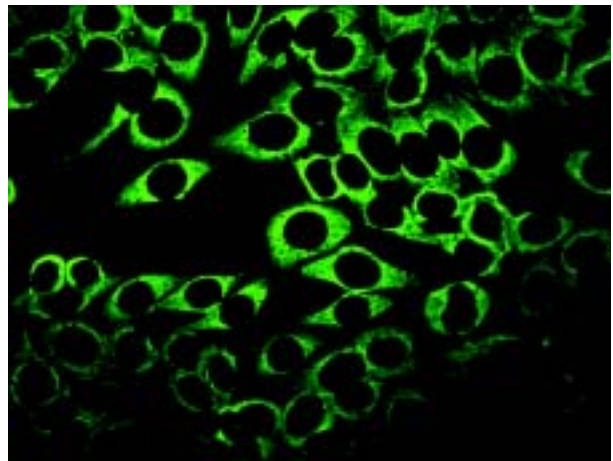


Figura 2 – Imunofluorescência indireta em célula HEp-2 com soro anti-P ribossomal, apresentando o característico padrão citoplasmático pontilhado fino denso. Alguns soros podem corar também o nucléolo. Magnificação: X400

Correlações da Expressão de MHC-I e II, C5b-9 e Fenotipagem de Células Inflamatórias em Tecido Muscular da Dermatomiosite Juvenil (DMJ)

Adriana Maluf Elias Sallum

Dissertação apresentada ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Orientadora: Suely Kazue Nagahashi Marie

Co-orientadora: Maria Helena Bittencourt Kiss

Introdução

Embora o infiltrado inflamatório seja característico do grupo de doenças denominadas miopatias inflamatórias idiopáticas, diferenças clínicas e histopatológicas suge-

rem etiologia e mecanismos patogênicos específicos para cada subgrupo: polimiosite (PM), dermatomiosite (DM) e miosite de corpo de inclusão (MCI). Acredita-se que na PM e na MCI, células T CD8 citotóxicas invadam e

destruam as fibras musculares que expressam MHC-I, enquanto na DM, a ativação do complemento determina o depósito do complexo de ataque de membrana (C5b9) nos capilares endomisiais, resultando em inflamação perivascular, depleção capilar, isquemia muscular, necrose e atrofia da fibra muscular. O complemento ativado nas células endoteliais irá regular a expressão das moléculas de adesão: ICAM-1 e VCAM-1. Estudando a expressão das moléculas de adesão ICAM-1 e VCAM-1 no tecido muscular de pacientes com DMJ acompanhados na Unidade de Reumatologia Pediátrica do ICr-HC-FMUSP, observamos que: 1) a expressão de ICAM-1 foi maior quando comparado à expressão de VCAM-1; 2) a expressão de ICAM-1, nos capilares e vasos perimisiais, foi semelhante e maior nos vasos endomisiais; 3) houve correlação entre a maior expressão de ICAM-1 e o sexo feminino, menor grau de força muscular, presença de comprometimento pulmonar, níveis séricos mais elevados de CK e presença de degeneração na histologia muscular. Comparando a expressão de ICAM-1 e VCAM-1 entre pacientes com DMJ, PM, DM e MCI, a expressão de ICAM-1 na DMJ foi maior nos vasos e menor em fibras musculares, quando comparado à PM e DM, enquanto a expressão de VCAM-1 na PM e DM foi maior nos vasos quando comparado com a DMJ.

Objetivos

Avaliar a expressão dos antígenos de MHC classes I e II, da ativação do complemento (C5b-9) e fenotipagem do infiltrado inflamatório quanto à expressão de linfócitos T (CD4, CD8), linfócitos B (CD20) e macrófagos (CD68) no tecido muscular de pacientes com DMJ. Correlacionar estas expressões com características clínicas, laboratoriais, histológicas, terapêuticas e evolutivas da doença, com os achados em pacientes com DM, PM e distrofia e com os resultados prévios da expressão das moléculas de adesão ICAM-1 e VCAM-1.

Métodos

Foram estudados 37 fragmentos musculares de pacientes acompanhados na Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança do HC-FMUSP e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com diagnóstico de DMJ de acordo com os critérios de Bohan e Peter (1975), referendados pelo Colégio Americano de Reumatologia. Os 37 fragmentos musculares utilizados foram referentes aos mesmos pacientes incluídos no estudo da expressão das moléculas de adesão. Dezesete controles foram

estudados: oito pacientes adultos com PM, cinco com DM e quatro com distrofia. Foi realizada análise retrospectiva (março de 1991 a janeiro de 2004) de dez prontuários de pacientes em seguimento na Unidade de Reumatologia Pediátrica do ICr-HC-FMUSP e prospectiva (fevereiro de 1999 a janeiro de 2004) de 25 pacientes admitidos durante o período de fevereiro de 1999 a janeiro de 2001 (período da realização do estudo da expressão das moléculas de adesão) e avaliados por meio de um protocolo clínico, laboratorial e anatomo-patológico. As expressões de MHC-I, MHC-II e C5b-9 foram identificadas por imunoistoquímica, por meio da técnica de imunoperoxidase StreptABComplex/HRP, CD4 e CD8 pela técnica EnVision-AP; e CD20 e CD68 por meio do sistema LSAB+. A análise estatística foi realizada pelos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, comparações múltiplas de Dunn, coeficiente de correlação por postos de Spearman (rs), qui-quadrado e/ou teste exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 0,05 ($\alpha=5\%$).

Resultados

O infiltrado inflamatório na DMJ foi constituído predominantemente de linfócitos CD8 (86%) e CD4 (81%) e em menor quantidade de linfócitos CD20 (62%). Infiltrado de macrófagos (CD68) foi evidenciado em 97% dos casos. A expressão do complexo de ataque à membrana (C5b-9) foi observada em 84% dos casos e a expressão de MHC-I e II foi evidenciada em 97% e 22%, respectivamente. Na DMJ observou-se maior expressão de C5b-9, CD4 e CD8 e menor expressão de MHC-I e II em comparação com DM e PM. A expressão destes marcadores foi sempre menor na distrofia. Houve correlação da expressão de MHC-II, C5b-9, CD4 e CD20 com: níveis séricos das enzimas musculares (CK, aldolase e DHL) e alterações histológicas correspondentes à intensidade da lesão muscular; e da atividade inflamatória no músculo com: C5b-9, CD4, CD8, CD20 e CD68. Houve correlação da marcação de ICAM-1 com presença de células CD4.

Conclusões

Diferenças de expressão de MHC-I e II, C5b9, CD4, CD8, CD68 na DMJ, DM e PM sugeriram a participação das imunidades celular e humoral em proporções distintas na fisiopatologia da doença na faixa etária pediátrica (DMJ) e na doença do adulto (DM e PM). Alta positividade de expressão de MHC-I, C5b9, CD4, CD8 e CD68, a correlação destes marcadores entre si e com

ICAM-1, assim como a correlação com características clínicas, laboratoriais, histológicas e terapêuticas, ressaltaram a participação destes marcadores no mecanismo fisiopatológico da DMJ. A correlação da expressão de CD4, CD8, CD20 e CD68 com características histológicas indicou que possam ser considerados marcadores diagnósticos da DMJ. A correlação da expressão de C5b-9 com várias características clínicas, laboratoriais, histológicas e terapêuticas, especialmente característi-

cas de pior prognóstico (presença de calcinose, comprometimento cardíaco e pulmonar, necessidade da utilização de corticoterapia associada a duas ou mais medicações), sugeriu que possa ser considerado marcador prognóstico da DMJ. Apesar da baixa positividade de expressão de CD20 e MHC-II, a correlação com características clínicas, laboratoriais, histológicas e terapêuticas da doença, sugeriu a participação no mecanismo fisiopatológico da DMJ.

Anticorpos Antinucleossomos em Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil

Lúcia Maria de Arruda Campos

Dissertação apresentada ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências
Orientadora: Maria Helena Bitencourt Kiss

Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ) é uma doença associada à alta morbidade e seu diagnóstico precoce é de significativa importância clínica. Entre os ensaios biológicos utilizados para o diagnóstico do LES, considera-se que a detecção dos anticorpos anti-DNA é altamente específica. No entanto, este anticorpo é negativo em cerca de 40% dos pacientes. Estudos recentes revelaram o interesse potencial no uso dos anticorpos antinucleossomos (anti-Ncs) no diagnóstico do LES.

Objetivos

Avaliar a positividade dos anti-Ncs em pacientes com LESJ, comparando esses resultados com aqueles observados para os anticorpos anti-DNA, assim como estudar a associação entre os anti-Ncs e manifestações clínicas, laboratoriais e atividade da doença.

Métodos

Foram coletados os soros de 74 pacientes com diagnóstico de LESJ seguidos no Instituto da Criança/HCFMUSP e 64 controles saudáveis. Foram utilizados ensaios imunoenzimáticos (ELISA) para a detecção dos anti-Ncs (INOVA Diagnostics) e anti-DNA (Hemagen Diagnostics). Os registros clínicos dos pacientes elegíveis foram recuperados e estudados. A atividade da doença no momento da coleta da amostra foi estudada

por meio da VHS (velocidade de hemossedimentação), níveis séricos das frações C_3 e C_4 do complemento e pelo SLEDAI (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*). A medida do dano cumulativo da doença foi detectada pelo *Systemic Lupus International Collaborating Clinics/ACR Damage Index* (SLICC/ACR-DI).

Resultados

Os dados demográficos dos 74 pacientes com LESJ foram: relação F:M de 5,2:1; média de idade no início da doença de 9,8 anos (1,2-15,8); média de idade à época do estudo de 14,4 anos (7,9-21,3) e tempo médio de seguimento de 4 anos (0-11,6). A média de idade do grupo controle foi de 14,7 anos (2,1-21,6). Os anti-Ncs foram encontrados em 52,7% dos pacientes (39/74) e os anticorpos anti-DNA em 54% (40/74). Foi observada uma discordância de 25,7% entre os dois ensaios: anti-Ncs positivos e anti-DNA negativos em nove casos (12,2%) e anti-Ncs negativos e anti-DNA positivos em 10 casos (13,5%). Houve concordância em 74,3% dos casos, sendo 30 pacientes positivos para os dois anticorpos e 25 pacientes negativos para ambos. Todos os controles, exceto um, apresentaram anti-Ncs negativos e três controles foram positivos para o anticorpo anti-DNA. Os anti-Ncs e anti-DNA demonstraram, respectivamente, sensibilidade de 52,7% e 54%, especificidade de 98,4% e 95,3%, valor preditivo positivo de 97,5% e

93% e valor preditivo negativo de 64,3% e 64,2%. A presença dos anti-Ncs esteve associada às seguintes manifestações clínicas e laboratoriais do LESJ observadas na época do estudo: eritema malar ($p=0,003$), alterações hematológicas ($p=0,022$), anemia hemolítica ($p=0,015$), anticorpos anti-DNA positivos ($p<0,001$) e diminuição dos níveis séricos das frações C3 e C4 do complemento ($p<0,001$). Associação entre positividade dos anti-Ncs e manifestações renais (prévias ou atuais) não foi evidenciada, assim como também não foi observada entre positividade dos anticorpos anti-DNA e o comprometimento renal. Não houve diferença entre os grupos de anti-Ncs positivos e negativos em relação à média de SLICC/ACR DI. A presença dos anti-Ncs esteve associada à média mais elevada de SLEDAI ($p<0,001$), mas não com o valor médio da VHS. Observou-se uma correlação moderada entre os títulos dos anti-Ncs e SLEDAI ($r=0,504$; $p<0,001$) e uma fraca correlação entre o título destes anticorpos e VHS

($r=0,231$; $p=0,048$). Os títulos dos anti-Ncs apresentaram correlação negativa com os níveis séricos das frações C3 ($r=0,422$; $p<0,001$) e C4 ($r=0,338$; $p=0,003$) do complemento. Os títulos dos anticorpos anti-DNA foram correlacionados ao SLEDAI ($r=0,426$), mas não à VHS. Foi evidenciada correlação negativa de fraca intensidade entre os títulos dos anticorpos anti-DNA e C4 ($r=0,250$; $p=0,031$), mas não com C3.

Conclusões

Os anticorpos antinucleossomos apresentaram frequência, sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo e negativo semelhantes aos encontrados para os anticorpos anti-DNA. No entanto, a discordância de 25,7% observada entre os dois anticorpos sugere que os dois testes possam ser complementares em termos diagnósticos. Os anti-Ncs apresentaram associação com diversos indicadores de atividade da doença (manifestações clínicas, laboratoriais e escore do SLEDAI).

Top 10

Efeitos de diversos tratamentos anti-reabsortivos sobre a densidade mineral óssea em mulheres jovens hipogonádicas após transplante alogênico de células-tronco

Effects of various antireabsorptive treatments on bone mineral density in hypogonadal young women after allogeneic stem cell transplantation

Tauchmanova L, De Simone G, Musella T, et al. Bone Marrow Transplant 2005 [Epub]

Insuficiência ovariana após o transplante alogênico de células-tronco (TxACT) é um importante fator de risco para osteoporose. Os autores investigaram os efeitos de vários tratamentos anti-reabsortivos ou anticatabólicos em 60 mulheres, durante 12 meses, com insuficiência ovariana e baixa massa óssea (osteopenia/osteoporose), após o TxACT. As pacientes foram divididas randômica e equitativamente em quatro grupos: 1 – recebeu cálcio e vitamina D; 2 – terapia hormonal da pós-menopausa, cálcio e vitamina D; 3 – risedronato (35 mg/semana); e 4 –

ácido zoledrônico (4mg endovenoso a cada três meses). As pacientes foram pareadas para idade, IMC, doenças concomitantes e tempo de transplante. Após 12 meses, houve redução significativa da densidade óssea da coluna lombar e fêmur no grupo 1 e leve, mas não significativa, redução no grupo 2. O risedronato aumentou significativamente a densidade óssea vertebral e preveniu a perda óssea no colo do fêmur. O ácido zoledrônico aumentou significativamente a densidade óssea da coluna lombar e do fêmur proximal. Nos grupos 3 e 4, ocorreu redução significativa da excreção da hidroxiprolina, enquanto a osteocalcina aumentou levemente somente no grupo 4. Dessa forma, o tratamento com bisfosfonatos foi útil para prevenir e tratar a baixa massa óssea em mulheres jovens após o TxACT.

Estudo da tolerância de infusões do infliximabe com ou sem pré-medicação com betametasona em pacientes com artrite reumatóide em atividade

Study of the tolerance of infliximab infusions with or without betamethasone premedication in patients with active rheumatoid arthritis

Sany J, Kaiser MJ, Jorgensen C, Trape G. Ann Rheum Dis 2005; 64(11): 1647-9

Os autores avaliaram a incidência e gravidade de reações adversas após infusão do infliximabe em 355 pacientes com artrite reumatóide, comparando com ou sem a pré-dose de betametasona, por meio de um estudo prospectivo, multicêntrico, randômico, duplo-cego e placebo controlado, antes e após a 36.^a semana. De modo geral, a incidência de reações adversas à infusão do infliximabe foi inferior a 5%, das quais a maioria foi mais observada no grupo que recebeu a pré-dose com betametasona do que no grupo placebo. A presença de relato prévio de reação adversa durante a infusão do infliximabe não diferiu entre aqueles que receberam ou não a betametasona. Dessa forma, a betametasona não deve ser recomendada como medida profilática sistêmica de reações infusionais ao infliximabe, mesmo em pacientes com história prévia de atopia ou farmacodermia.

Polimiosite/dermatomiosite e doença intersticial pulmonar: uma nova abordagem terapêutica com imunossuppressores específicos para célula T

Polymyositis/dermatomyositis and interstitial lung disease: a new therapeutic approach with T-cell-specific immunosuppressants

Takada K, Nagasaka K, Miyasaka N. Autoimmunity 2005; 38(5): 383-92

A doença pulmonar intersticial (DPI) é uma complicação comum da polimiosite/dermatomiosite, que está relacionada com maior morbidade e mortalidade. O mecanismo patogênico não é bem conhecido, mas diversos estudos demonstram a participação de células T, especialmente CD8+ ativadas, e podem ser alvos terapêuticos potenciais. Os autores conduziram um estudo para investigar a eficácia de imunossuppressores específicos para a célula T como ciclosporina (CsA) e FK506 em 53 pacientes com polimiosite/dermatomiosite e DPI. A combinação de CsA e corticosteróides resultou em evolução favorável a curto e longo prazos na maioria dos pacientes, exceto em pacientes com dermatomiosite e DPI aguda. Verificaram que os pacientes que receberam a combinação como terapêutica inicial tiveram melhor sobrevida do que aqueles que,

inicialmente, receberam apenas corticosteróides. FK506 tem um mecanismo de ação semelhante, mas é 100 vezes mais potente do que a CsA *in vitro* e tem sido usado em casos refratários de DPI. Os autores ainda avaliaram, separadamente, cinco pacientes com polimiosite/dermatomiosite refratária com DPI que não responderam a vários imunossuppressores e foram tratados com FK506 posteriormente. Três pacientes obtiveram boa resposta inicial e rápida, um teve uma resposta gradual e constante e um não respondeu ao tratamento. Reações adversas graves não foram observadas. Assim, essas terapias têm um potencial para ser o tratamento mais adequado para DPI em pacientes com dermatomiosite/polimiosite.

Vacinação contra influenza na artrite reumatóide: o efeito das drogas modificadoras da doença, incluindo anti-TNF

Vaccination against influenza in Rheumatoid Arthritis: the effect of disease modifying drugs, including TNF blockers.

Fomin I, Caspi D, Levy V, et al. Ann Rheum Dis 2005 (epub).

Os autores determinaram a eficácia e segurança da vacinação contra vírus da influenza em 82 pacientes com artrite reumatóide, com especial ênfase sobre as drogas modificadoras da doença (DMARD's), incluindo terapia imunobiológica. Vacinaram 112 indivíduos (30 controles saudáveis) com uma vacina de vírus inativados contendo 15µg hemaglutinina (HA)/dose de cada de B/Hong Kong/330/2001 (HK), A (H3N2)/Panamá/2007/99 (PAN) e A (H1N1)/Nova Caledônia/20/99 (NC). A atividade da doença foi avaliada pelo número de articulações dolorosas e inflamadas, rigidez matinal, escala visual analógica de dor, HAQ, VHS e PCR no dia da vacinação e seis semanas após. Anticorpos inibidores da hemaglutinação foram testados por um procedimento-padrão estabelecido pela OMS. A taxa de resposta foi definida como um ganho superior a quatro vezes nos anticorpos inibidores da hemaglutinação após seis semanas da vacinação ou soroconversão em pacientes com nível basal de anticorpos não protetores (<1/40). A média geométrica dos títulos (MGT) foi calculada para determinar a imunidade do grupo. Seis semanas após a vacinação, houve um significativo aumento na MGT, para cada antígeno, em ambos os grupos, especialmente no grupo saudável para HK (p=0,004). A taxa de respondedores foi significativamente menor em pacientes com artrite reumatóide do que nos saudáveis, mas não foi comprometida pelo uso de corticosteróides, cloroquina, metotrexato, in-

fliximabe ou etanercepte e não houve mudança dos parâmetros de atividade da doença. Assim, a vacina para o vírus da influenza proporcionou boa resposta humoral em pacientes com artrite reumatóide, embora menor do que nos controles saudáveis.

Segurança dos exercícios em pacientes com artrite reumatóide

Safety of exercise in patients with rheumatoid arthritis

De Jong Z, Vlieland TP. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17(2): 177-82

Os autores revisam o efeito dos exercícios sobre a atividade da doença e dano radiológico de pacientes com artrite reumatóide, uma vez que esses enfermos se beneficiam de programas de exercícios de moderada à alta intensidade, com melhora da capacidade aeróbia, força muscular, estado funcional e bem-estar psicológico. Tais estudos demonstram melhora ou estabilização da atividade da doença. Nos poucos trabalhos que avaliaram a progressão radiológica em pequenas articulações, os resultados apontam para segurança adequada para as mãos e pés. Um estudo recente, porém, sugere cautela ao prescrever exercícios de alta intensidade e a longo prazo em pacientes com dano radiológico pré-existente em grandes articulações, pois estas lesões podem piorar. Concluem que exercícios de moderada à alta intensidade são seguros no que diz respeito à atividade da doença e dano radiológico de mãos e pés. Na ausência de dados suficientes sobre os efeitos nas grandes articulações, pacientes com alterações radiológicas significativas nestas articulações não deveriam ser encorajados a realizar exercícios de alta intensidade.

Efeitos de um programa de exercícios em idosos com osteoartrite de quadril

The effects of an exercise program for older adults with osteoarthritis of the hip

Tak E, Staats P, Van Hespen A, Hopman-Rock M. *J Rheumatol* 2005; 32(6): 1106-13

Os autores avaliaram um programa de exercícios de oito semanas com treino de força e conselhos de estilo de vida em 109 idosos (55 no grupo intervenção e 54 no controle) com diagnóstico de osteoartrite de quadril (ACR), por meio de ensaio clínico controlado e randomizado com duração de três meses. Dor, função do quadril, incapacidade, qualidade de vida e índice de massa corporal foram avaliados,

por meio dos seguintes instrumentos de medida: *Harris Hip Score*, *Sick Impact Profile*, *Groningen Activity Restriction Scale*, testes funcionais (caminhadas, *time up&go*, subir e descer degraus, distância dedo-chão), VAS (para dor e qualidade de vida). O programa teve efeito positivo (pequeno a moderado) sobre dor, função, incapacidade e teste *time up&go*. Não teve efeito sobre a qualidade de vida ou índice de massa corporal. Dessa forma, o programa teve efeitos positivos sobre a dor e função que são importantes mediadores da incapacidade. Com isso, mostra a necessidade de incorporar os exercícios na abordagem de idosos com osteoartrite de quadril.

Perda de peso reduz a sobrecarga no joelho de adultos com sobrepeso ou obesos com osteoartrite de joelhos

Weight loss reduces knee-joint loads in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis

Messier SP, Gutekunst DJ, Davis C, DeVita P. *Arthritis Rheum* 2005; 52(7): 2026-32

O objetivo desse estudo foi determinar a relação entre alterações da massa corporal e os momentos e forças do joelho durante a marcha em 142 pacientes sedentários com sobrepeso ou obesos e relato de incapacidade ou diagnóstico radiológico de osteoartrite, por meio de um programa de dieta e exercícios e acompanhamento de 18 meses. Os achados da cinética da marcha que incluíram picos de forças e momentos foram obtidos por análise tridimensional da marcha. Modelos de regressão foram criados para prever os valores do seguimento da cinética, usando os valores de seguimento da massa corporal como variável explicativa primária. Os resultados mostraram relação direta e significativa entre os valores de seguimento da massa corporal e valores de força compressiva ($p=0,001$), força resultante ($p=0,002$), momento de abdução ($p=0,03$) e momento de rotação medial ($p=0,02$). A redução de peso corporal de 9,8 N (1kg) esteve associada com reduções de 40,6N e 38,7N nas forças compressiva e resultante, respectivamente. Assim, cada unidade de diminuição de peso corporal foi associada com redução de 4 unidades da força do joelho. Além disso, a redução de 1kg do peso corporal esteve associada com 1,4% (0,496N) de diminuição no momento de abdução do joelho. Os autores concluem que cada unidade de perda de peso corporal resulta em uma redução de quatro vezes na sobrecarga exercida no joelho a cada passo durante as atividades diárias. Acumulando centenas de passos por dia, uma redução dessa magnitude parece ser clinicamente relevante.

Anormalidades nas células T de pacientes com lúpus eritematoso sistêmico

T cell abnormalities in systemic lupus erythematosus

Takeuchi T, Tsuzaka K, Abe T, et al. *Autoimmunity* 2005; 38(5): 339-46

A célula T tem um papel fundamental e de extrema relevância na patogênese do LES. Os autores estudaram a base molecular da função defectiva das células T lúpicas para expressão da transdução de sinal, bem como para as estruturas de superfície – moléculas de adesão. Expressão e função aumentada das moléculas de adesão foram observadas nas células T de pacientes com lúpus em atividade que tinham manifestações clínicas características da doença como vasculite, artrite e lesão cutânea discóide. No entanto, a transdução do sinal estava defectiva. A análise mais detalhada para identificar as moléculas responsáveis pelos defeitos mostrou que a expressão da cadeia zeta do TCR estava atenuada ou ausente em mais da metade dos pacientes. Ademais, os transcritos aberrantes da cadeia zeta do TCR, incluindo a perda de variantes do exon 7 e com um curto 3'UTR, foram também observadas nas células T. Diversas alterações das células T já foram descritas em doentes com câncer, infecções graves sistêmicas e outras doenças auto-imunes. No entanto, os achados de defeitos da cadeia zeta do TCR parecem ser mais observados em pacientes com LES.

Efeitos antiinflamatórios de leflunomide em combinação com metotrexato sobre co-culturas de linfócitos T e macrófagos sinoviais de pacientes com artrite reumatóide

Antiinflammatory effects of leflunomide in combination with methotrexate on coculture of T lymphocytes and synovial macrophages from rheumatoid arthritis patients

Cutolo M, Capellino S, Montagna P, Sulli A, Serio B, Villaggio B. *Ann Rheum Dis* 2005 (Epub)

Os autores investigaram os efeitos antiinflamatórios do metabólito ativo do leflunomide A771726 em combinação com metotrexato sobre macrófagos sinoviais de pacientes com artrite reumatóide co-cultivados com linfócitos T ativados, por meio da análise da expressão

protéica (imunistoquímica e *Western Blot*) de citocinas pró-inflamatórias (TNF- α , IL-1 β , IL-6), moléculas de adesão (ICAM-1), isoenzimas da Cox (Cox1, Cox2) e o complexo NF-kB. A expressão extracelular de proteínas foi avaliada por meio de ELISA e do RNA por RT-PCR após tratamento com o A771726 (1, 10, 30 μ M) sozinho ou em combinação com metotrexato (50ng/ml). A redução mais significativa de citocinas foi observada, por meio de imunistoquímica, em macrófagos sinoviais tratados com a combinação de drogas (TNF- α 30% a 50%; IL-1 β 40% a 60% e IL-6 60% a 70%). Esse achado foi confirmado por ELISA, *Western Blot* e RT-PCR, bem como demonstraram redução da expressão de ICAM-1, COX1, COX2 e NF-kB após o tratamento com leflunomide e metotrexato. Dessa forma, a combinação dessas drogas aponta para um efeito inibitório aditivo sobre a produção de mediadores inflamatórios de macrófagos sinoviais co-cultivados com linfócitos T ativados.

Índice de ressonância magnética do consórcio de pesquisa de espondiloartropatias do Canadá para avaliação de sacroileíte na espondilite anquilosante

Spondyloarthritis research Consortium of Canada magnetic resonance imaging index for assessment of sacroiliac joint inflammation in ankylosing spondylitis

Maksymowych WP, Inman RD, Salonen D, et al. *Arthritis Rheum* 2005; 53(5): 703-9

Os autores desenvolveram um sistema fácil para graduação de sacroileíte por meio da ressonância magnética em pacientes com espondilite anquilosante. O procedimento é rápido, não requer uso de contatos e avalia as lesões de cada superfície articular isoladamente. O escore se baseia na avaliação do hipersinal em T2, que traduz edema da medula óssea. Os filmes de ressonância foram avaliados de forma randômica e 'cega' por diversos radiologistas. Avaliaram 11 pacientes com espondilite anquilosante e doença clinicamente ativa e 11 pacientes alocados para participar de um ensaio clínico com infliximabe. O coeficiente de correlação intraclassa para a sacroilíaca total variou de 0,90 a 0,98 ($p < 0,0001$) e o coeficiente de correlação interobservador foi 0,84 ($p < 0,0001$). O coeficiente de correlação interclassa para a mudança dos escores foi mais baixo para a sequência STIR (0,53) do que para a sequência com gadolínio (0,79). O índice de ressonância magnética do consórcio de pesquisa de espondiloartropatias do Canadá é factível e reproduzível para avaliar a sacroileíte em pacientes com espondilite anquilosante.



Entrevista

ELE que são Elas

Nesta última edição 2005 da RPR, encerrando a gestão do Dr. Manoel Barros Bértolo, fizemos uma entrevista virtual com as três professoras titulares das três principais universidades da América Latina. As damas da Reumatologia Paulista, Emília Sato (Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, Unifesp/EPM), Lillian Costallat (Universidade Estadual de Campinas, Unicamp) e Eloísa Bonfá (Universidade de São Paulo, USP) são mulheres fortes, reconhecidas nacional e internacionalmente como grandes pesquisadoras e excelentes reumatologistas. Elas têm desempenhado um importante papel para a melhor compreensão da fisiopatologia, diagnóstico, prognóstico e tratamento do lúpus eritematoso sistêmico. De modo geral, as três lupólogas são apaixonadas pelo trabalho e pela carreira universitária, bem como pelos filhos e... por doces e chocolates. Curiosamente, a junção de suas iniciais, formam a palavra ELE.



Emília, 52 anos, nissei, leonina, guerreira, simpática. Filha de Thuitiro e Mizuko, mãe de Ricardo, Lucy e Fábio, divorciada. Formada pela Unifesp/EPM em 1977. Fez residência médica em 1978-79 e concluiu o doutorado em 1986 na Unifesp/EPM. É a atual chefe do Departamento de Medicina e professora titular da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM desde 1996. Foi presidente da SPR (1990-1991) e da SBR (1998-2000).



Lillian, 53 anos, branca, dionisiaca, libriana, convincente, enérgica. Filha de Fernando e Ondina, mãe de Fernanda, Beatriz e Guilherme, casada com Luciano há 28 anos. Formada pela Unicamp em 1977. Fez residência médica em 1978-80 e concluiu o doutorado em 1987 na Unicamp. É a atual diretora da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e presidente do Conselho de Administração do Hospital das Clínicas da Unicamp, além de professora titular da Disciplina de Reumatologia desde 1998. Exerceu diversos cargos de chefia na Unicamp: chefe da disciplina, coordenadora do Departamento de Clínica Médica e de diversos colegiados. Foi editora da Revista Brasileira de Reumatologia (1990).



Eloísa, 47 anos, morena, apolínea, discreta, pisciana, charmosa. Filha de José Eduardo e Maria Helena, mãe de Debora, Rodrigo e Thais, casada com Haroldo. Formada em Medicina pela USP de Ribeirão Preto, em 1981. Fez residência médica em 1983 e concluiu o doutorado em 1991 na FMUSP. É professora titular da Disciplina de Reumatologia da FMUSP desde 1998.

Revista Paulista de Reumatologia – Ser professora titular de Reumatologia de uma das principais universidades do Brasil é...

Emília Sato – Uma grande responsabilidade e, ao mesmo tempo, uma grande honra.

Lillian Costallat – Agregar pessoas, motivar o grupo, participar e buscar a participação de todos.

Eloísa Bonfá – Fogo!

RPR – O que torna a Reumatologia de sua universidade uma das melhores do país?

Emília – A grande vantagem da Disciplina de Reumatologia da EPM é que foi fundada por um professor (o saudoso

Prof. Edgard Atra) que estimulou muito o crescimento de todos os seus membros. Assim, temos uma disciplina formada por professores e médicos que cresceram, ocuparam seus espaços e atualmente estão formando suas equipes. Vivemos num ambiente em que a competição é saudável e estimulante e não destrutiva. Hoje, contamos com colegas que são referência nas suas respectivas áreas e orientam os vários setores da disciplina como partes moles, doenças reumáticas auto-imunes, laboratório, doenças osteometabólicas, microcristalinas, artrose, reabilitação, doenças da coluna etc.

Lillian – As pessoas que a compõem.

Eloísa – Humildade.

RPR – Ser reumatologista é...

Emília – Bastante interessante, pois a falta de atendimento de urgência (raro em nossa especialidade) permite que muitas reumatologistas consigam conciliar atividade profissional e compromissos como esposa e mãe.

Lílian – Muito bom, porque a reumatologia é uma ótima especialidade para todos que gostam de clínica médica, homens e mulheres.

Eloísa – É uma vantagem.

RPR – Competir com homens é...

Emília – Ter que entrar no universo masculino, sem jamais esquecer de ser mulher.

Lílian – Fácil, desde que você não entre na insanidade competitiva de alguns.

Eloísa – Fácil.

RPR – Sou *workaholic* e daí...

Emília – Tenho pouco tempo para conviver com a família e amigos e para atividades de lazer como leitura, cinema e teatro. Tento compensar a falta de tempo, concentrando as atividades e melhorando a qualidade da convivência.

Lílian – Realmente ser viciada em trabalho, embora socialmente muito bem aceito, é difícil e não tem cura...

Eloísa – As outras titulares também são.

RPR – Existem pessoas que esperam ou outras que nunca irão chegar?

Emília – Acredito que existam pessoas que saibam traçar seu rumo e abram caminhos para isso, e outras, que não tenham este perfil. De qualquer forma, a diversidade é salutar. Já imaginaram como seria este mundo se fossemos todos iguais? Querer e lutar são meio caminho andado para se atingir uma meta.

Lílian – Existem pessoas que não querem chegar e são felizes assim...

Eloísa – Sem esforço não dá.

RPR – Família...

Emília – É o esteio de nossa vida, com a qual podemos contar sempre. Filhos são os estímulos para tentarmos construir um mundo melhor e a fonte das maiores alegrias.

Lílian – Base e motivação para tudo.

Eloísa – É tudo.

RPR – Encontraria a cura para...

Emília – O lúpus eritematoso sistêmico, uma doença tão intrigante do ponto de vista científico e que faz parte da história da minha família há tanto tempo.

Lílian – A corrupção e a violência.

Eloísa – O lúpus.

RPR – Não pode faltar na minha bolsa...

Emília – Agenda, para lembrar os meus compromissos.

Lílian – Batom.

Eloísa – Meu celular.

RPR – Não pode faltar na minha geladeira...

Emília – Frutas.

Lílian – Leite e frutas.

Eloísa – Iogurte de morango.

RPR – Um dia de cão.

Emília – Um dia com muitas reuniões administrativas e não decisivas.

Lílian – Vão atrasado em cinco horas, perder a conexão no exterior, mais dez horas de aeroporto...

Eloísa – Papéis, reuniões, papéis, reuniões.

RPR – Preguiça de...

Emília – Fazer ginástica.

Lílian – Fazer ginástica, arrumar armários...

Eloísa – Problemas administrativos.

RPR – Meu sonho de consumo...

Emília – Morar em uma casa bem grande, para receber a família e muitos amigos.

Lílian – Louças, quadros, objetos de design etc.

Eloísa – Mil viagens.

RPR – Quando não estou trabalhando, estou...

Emília – Lendo, conversando com filhos ou amigos.

Lílian – Cozinhando para a família, trabalhando no jardim, lendo...

Eloísa – Com minha família.

RPR – Indicaria “pulsoterapia” para...

Emília – Tratar a desonestidade.

Lílian – A corrupção e a violência.

Eloísa – A lerdia.

RPR – Produziria anticorpos monoclonais para...

Emília – Inativar o “gene” da hipocrisia.

Lílian – A corrupção e a violência, se a “pulso” não funcionar.

Eloísa – A preguiça.

RPR – “Caso de vida” que publicaria...

Emília – A história de vida de meus avós maternos, que, com menos de 21 anos, decidiram deixar a família e seu país para tentar a vida em terras tão distantes.

Lílian – Minha tia Lisette.

Eloísa – As histórias da política da USP.

RPR – Pecado capital...

Emília – Comer doces.

Lílian – Chocolate.

Eloísa – Chocolate “diamante negro”.

RPR – Uma vaidade...

Emília – Vestir bem.

Lílian – Meus filhos.

Eloísa – Manter o peso.

RPR – A qualidade que mais admiro é...

Emília – Confiabilidade.

Lílian – Honestidade.

Eloísa – Sinceridade.

RPR – Mensalão é...

Emília – Um desastre para o país.

Lílian – A cara do Brasil. Corrupção por toda parte.

Eloísa – Um “*paper*” por mês.

RPR – Um defeito imperdoável...

Emília – Ser mentiroso.

Lílian – Impaciência.

Eloísa – “Delete”.

RPR – Não posso esquecer de...

Emília – Deixar um tempo livre para mim.

Lílian – Meu pai Fernando e meus avós Arthur e Thereza.

Eloísa – Não estou lembrando...

RPR – Um fato marcante...

Emília – São tantos, que fica difícil optar por um; mas foi marcante tomar posse como professora titular na EPM.

Lílian – Ser diretora da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Eloísa – O concurso para professor titular.

RPR – Não posso revelar nem em sonho...

Emília – Se nem em sonho posso revelar, também não posso divulgar.

Lílian – Que gostaria de... cantar...

Eloísa – Tive um ataque de amnésia.

Recertificação Profissional

Ética

No início do século XX, todo aquele que terminasse um curso de medicina estaria apto a exercer a profissão pelo resto de sua vida. No entanto, após algumas décadas, em razão do aumento do conhecimento, as especialidades médicas começaram a surgir e tornou-se necessário que além do curso regular, o profissional aprendesse também uma especialidade para depois exercê-la. Nessa época foi instituída a residência médica e o médico especialista estava em plenas condições de trabalhar pelo decorrer de toda sua carreira profissional, visto que o desenvolvimento científico ainda não era tão rápido como nos dias de hoje.

Atualmente, a ciência e a tecnologia, especialmente no campo da medicina, têm evoluído “à velocidade da luz” e, conseqüentemente, tornou-se necessário que os profissionais da área médica se atualizem constantemente, para o melhor exercício da profissão. Assim, mais recentemente, surgiu a necessidade da recertificação dos títulos de especialista, a fim de garantir a qualidade do exercício profissional.

No último dia 15 de novembro terminou o prazo concedido às sociedades de especialidade para informarem à Comissão Nacional de Acreditação (CNA) os eventos que deverão ser consideradas na recertificação. Esses eventos incluem congressos, cursos, simpósios, aulas virtuais, cursos de reciclagem e programas de educação continuada. A CNA é constituída por representantes da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Federal de Medicina (CFM), e de sociedades médicas de especialidade.

A *pontuação* foi o critério escolhido para a atualização do certificado de especialista e foi instituída pela Resolução 1772/05 do CFM. É um processo que terá início a partir de janeiro de 2006 e estabelece que os médicos que

obtiverem Título de Especialista e Certificados de Área de Atuação a partir de janeiro de 2006 serão obrigados a participar do processo, renovando seu certificado de atualização a cada cinco anos. Até 100% dos créditos exigidos poderão ser alcançados por meio da participação em congressos nacionais, uma vez ao ano. Caso isto não ocorra, poderão ser obtidos por meio de prova, que seguirá as normas estipuladas pelas sociedades de especialidades e pela CNA.

A pontuação anual máxima se restringe a 40% dos créditos necessários, dos quais 20 pontos são dados pela participação em congressos nacionais e 15, em congressos e jornadas regionais e/ou estaduais. Portanto, é importante que cada profissional guarde os certificados recebidos.

Além disso, as sociedades de especialidade deverão proporcionar aos médicos 40 créditos anuais, dos quais 50% em cada Região do país, e um adicional mínimo de 10 créditos para os programas à distância. Títulos de mestrado e doutorado, bem como publicações também receberão pontuação.

Esta é uma medida salutar para preservar a qualidade do exercício da medicina e vem ressaltar a confiança que a população brasileira deposita na classe médica, conforme recente pesquisa do IBOPE, que demonstrou ser a Instituição Médica a de mais respeito dentre as instituições pesquisadas.

Certamente este mérito foi construído ao longo de diversas décadas, por meio da qualidade do exercício profissional e do empenho das instituições representativas da classe, que procuram traçar princípios mais abrangentes de regulamentação da profissão, de modo a torná-la digna da confiança que lhe é atribuída.

Ivone Minhoto Meinão

Muito Além da Dor

Ser portador de uma síndrome, seja ela qual for, é complicado em razão da variedade de sintomas com os quais o paciente tem de lidar. A síndrome de fibromialgia, além de dor crônica, apresenta alguns agravantes que tornam a convivência com a doença ainda mais desgastante.

A particular abrangência de sintomas, resultado da sobreposição de outras síndromes, confunde o paciente impedindo-o de lidar adequadamente com todas as variáveis e compreender a complexidade da fibromialgia. Conseqüentemente, não é rara a sensação de estar inventando doenças, ou de sofrer de um mal mais grave.

A invisibilidade da doença para as pessoas do círculo familiar, social e profissional traz sentimentos de rejeição, incompreensão e desamparo; agrega tensão às relações pessoais e leva o paciente, gradativamente, ao isolamento. Esse quadro de sofrimento é agravado pelos distúrbios do sono, que transformam o dia em suplício e a noite em solidão, afastando o paciente ainda mais do convívio familiar.

Geralmente, as pessoas acometidas pela síndrome passam anos perambulando por consultórios, até obterem o diagnóstico correto. A auto-estima e a segurança vão sendo minadas pelos diversos exames realizados, pelos diagnósticos imprecisos e pela falta de tato dos profissionais da saúde que invariavelmente associam os sintomas a problemas emocionais ou psicológicos.

O paciente vai, ao longo dos anos, colecionando rótulos que se tornam pesados fardos e que abalam suas estruturas emocionais e suas relações afetivas, e levam a um constrangimento que, muitas vezes, o impede de relatar sua condição a outras pessoas.

A dificuldade em manter a estabilidade em função das constantes crises afeta o planejamento da vida pessoal e social. Os fibromiálgicos não têm segurança para assumir desafios e sentem-se inferiorizados em função dos distúrbios cognitivos, afetando a vida profissional. É nessa área que o impacto sobre a auto-estima é maior, pois a reavaliação de objetivos de vida, adaptações na carreira e graves reflexos na renda familiar são conseqüências muito difíceis de lidar.

O tratamento adequado inclui acompanhamento médico, fisiátrico, psicológico e ocupacional, dentro de uma visão multidisciplinar. No entanto, o paciente necessita mais que atendimento: ele precisa de carinho, solidariedade e atenção, e principalmente compartilhar experiências, dores e dúvidas com pessoas com o mes-

mo problema. Essa é a verdadeira razão para a existência dos grupos de apoio.

Em outubro de 2003, após quase 20 anos convivendo com os sintomas, finalmente fui diagnosticada com fibromialgia. Nesse momento, a doença já havia causado significativo impacto em vários aspectos de minha vida, que ainda hoje luto para reverter. O diagnóstico me trouxe um imenso alívio por desvendar a causa do sofrimento e, por outro lado, medo e insegurança em relação ao futuro. Trouxe ainda a necessidade de aprender a conviver com uma doença crônica, o que me levou a uma busca quase obsessiva por informação e autocohecimento.

Não encontrei um grupo de apoio em São Paulo e pensei seriamente em criar um. Não tive forças, porém, para superar as dores, a fadiga e a depressão, visto que me encontrava imobilizada pelos sintomas físicos e emocionais da fibromialgia. Alguns meses depois, uma nova moda tomou conta do país, o Orkut. Uma sociedade virtual que liga você, por meio da Internet, a comunidades também virtuais, com o objetivo de conversar com outros internautas, trocar experiências, ou simplesmente fazer amigos.

Assim começou a comunidade *Eu tenho Fibromialgia*, que hoje, um ano após sua criação, reúne mais de 800 membros. Por esse caminho, muito aprendi. Descobri pessoas e histórias de vida, sofrimentos e esperanças, certezas e dúvidas, tratamentos, pesquisas e novos caminhos que, somados à minha própria experiência, me fizeram entender um pouco melhor a rotina de um fibromiálgico.

Inicialmente, enfrentei preconceitos, alguns amigos e parentes desdenharam a iniciativa. Outros, inclusive alguns profissionais da saúde, alertaram que a instituição se transformaria em uma “comunidade de lamentações”, com tendência depressiva e que pouco agregaria em termos de atitude positiva em relação à doença, o que efetivamente não ocorreu.

Fui me surpreendendo com o envolvimento das pessoas, a necessidade de falar, a coragem para se expor, a capacidade de se solidarizar e animar os mais abalados, e o conhecimento que cada um, à sua maneira, foi adquirindo e compartilhando. Rapidamente passou a fazer parte da rotina dos membros da comunidade dar uma “passadinha” diária para ler e comentar os tópicos.

A Internet, hoje, faz parte intrínseca da vida dos jovens e, conseqüentemente, eles são maioria na co-

munidade, proporcionando um olhar diferenciado sobre essa população, que foge do padrão encontrado em estudos científicos. Da mesma forma que choca descobrir pessoas tão jovens convivendo com uma doença tão devastadora, encanta a postura e a forma como lutam para que a fibromialgia não interfira de maneira radical em seus sonhos e esperanças. Do grupo também fazem parte filhos de fibromiálgicos, que por meio da comunidade dão apoio a seus pais, mães fibromiálgicas com filhas, também com diagnóstico de fibromialgia infantil, adolescentes, jovens, pessoas mais maduras e mulheres na menopausa.

Os interesses dos participantes são variados e inicialmente se baseiam na busca de suporte emocional. Após conseguir algum conforto, o foco se desvia para entender como a fibromialgia se manifesta no outro. Segue-se então a curiosidade sobre tratamentos e formas de melhorar a qualidade de vida e, finalmente, manifesta-se o interesse pelo conhecimento mais detalhado da síndrome. Percebendo esse interesse coletivo, decidimos produzir uma tabulação dos dados da comunidade, com o objetivo de mapear e disseminar conhecimento sobre o grupo, a fibromialgia e suas manifestações.

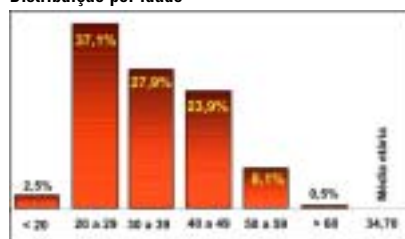
Surgiu assim a nossa pesquisa, elaborada por leigos e sem seguir qualquer conceito científico ou estatístico. Participaram espontaneamente 197 pessoas e os resultados confirmam várias estatísticas já publicadas pela comunidade científica. Entretanto, abordamos vários outros assuntos por meio da ótica do paciente que, para muitos, deveriam ser considerados pela comunidade médica.

Sofremos com a falta de divulgação da doença e ainda mais com a superficialidade com que é abordada. O esclarecimento de todos os impactos da síndrome seria fundamental para uma real compreensão do problema e traria alívio na difícil batalha de adaptação imposta ao paciente e a seus familiares, refletindo positivamente na qualidade de vida de todos.

Teresa Cristina Góes de Araújo
48 anos, casada e dois filhos

Apresento a seguir alguns dos gráficos extraídos de nossa pesquisa. Para solicitar os dados completos de nossa tabulação, envie e-mail para tecuar@uol.com.br ou acesse o site www.criar-arte.com/fibromialgia.

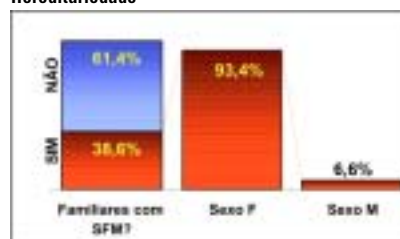
Distribuição por idade



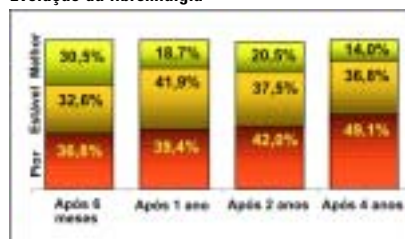
Convívio com a fibromialgia (média em anos)



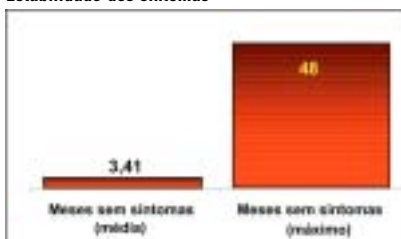
Hereditariedade



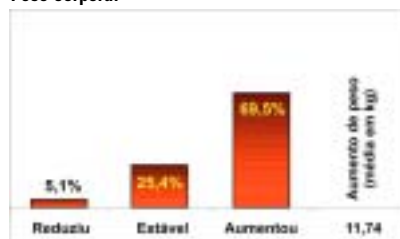
Evolução da fibromialgia



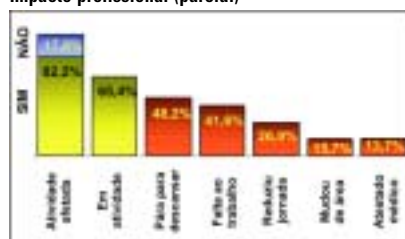
Estabilidade dos sintomas



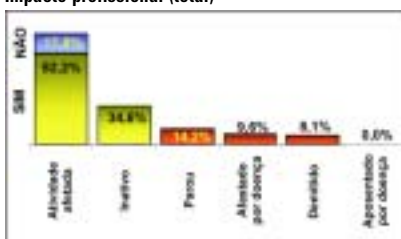
Peso corporal



Impacto profissional (parcial)



Impacto profissional (total)



Jornadas de Reumatologia de São Paulo

I JORNADA DE REUMATOLOGIA DE JUNDIAÍ

Realizada em 20 de agosto de 2005 no Centro de Estudos da WCA, com ênfase especial sobre a abordagem clínica da lombalgia. O Prof. Dr. José Roberto Provenza (PUC-Campinas) discorreu sobre as peculiaridades do quadro clínico. O diagnóstico e os principais métodos de imagem foram abordados pelo Dr. Silvio Figueira Antonio (HSPE). O Prof. Dr. Jamil Natour encerrou a Jornada com o tratamento medicamentoso. Parabéns à Dra. Eliana Martins Spina pela organização do belo evento.



Palestrantes do evento (a partir da esq.): Dr. Silvio Figueira Antonio (São Paulo), Dr. José Roberto Provenza (Campinas) e Dr. Jamil Natour (São Paulo)



Almoço de confraternização. A partir da esq., Dra. Eliana Martins Spina (Jundiaí) – Coordenadora da Jornada, Dr. Manoel Bértolo (Campinas), Dr. José Roberto Provenza (Campinas) e Dr. Silvio Figueira Antonio (São Paulo)

II JORNADA DE REUMATOLOGIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Realizada em 27 de agosto no Saint Paul Plaza Hotel – São José do Rio Preto e organizada pela alegre e querida Dra. Lúcia Angélica Buffulin de Faria.

Os efeitos cardiovasculares dos inibidores seletivos da Cox-2 foram abordados pelo Prof. Dr. Sidney Carvalho Fernandes, cardiologista do CEU. O Prof. Dr. Jamil Natour (Unifesp/EPM) discorreu sobre as técnicas e evidências atuais dos benefícios da infiltração poliarticular na reumatologia. O consenso de artrite reumatóide foi debatido pelo Prof. Dr. Manoel Barros Bértolo (Unicamp) e os riscos e benefícios do uso de agentes biológicos no tratamento da artrite reumatóide foram pontuados pelo Prof. Dr. João Francisco Marques Neto (Unicamp). O evento contou ainda com as intermediações dos médicos “pratas da casa” Dra. Valéria Braille, Prof. Dr. Alceu Gomes Chueire, Profa. Dra. Rita de Caessai Menin, Dra. Elisete Nunes e Prof. Dr. Roberto Acayaba de Toledo (São José do Rio Preto).

A Jornada foi uma das mais disputadas de São Paulo e teve a participação de 52 profissionais da Região, com a seguinte distribuição: reumatologistas (31), cardiologistas (11), ortopedistas (3), clínicos (2), gastroenterologista (1), além de três estudantes e um fisioterapeuta.



A partir da esq., Prof. Dr. Alceu Gomes Chueire (São José do Rio Preto), Dra. Valéria Braille (São José do Rio Preto) Dra. Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto) – Coordenadora da Jornada e Prof. Dr. Sidney Carvalho Fernandes (São Paulo)



A partir da esq., Prof. Dr. Jamil Natour (São Paulo), Prof. Dr. Aldo José Fernando da Costa (São José do Rio Preto) Profa Dra. Rita de Cássia Menin (São José do Rio Preto) e Dra. Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto)



A partir da esq., Prof. Dr. Manoel Barros Bértolo (Campinas), Prof. Dr. Roberto Acayaba de Toledo (São José do Rio Preto), Dra. Elisete Funes (São José do Rio Preto) e Prof. Dr. João Marques Neto (Campinas)

JORNADA DE REUMATOLOGIA DE BOTUCATU

Realizada em 15 de setembro de 2005 na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, com a organização do Prof. Dr. Oswaldo Melo da Rocha (FMB-Unesp) e do Prof. Dr. Manoel Barros Bértolo (Unicamp).

O lúpus eritematoso sistêmico e a esclerose sistêmica foram os principais destaques do evento. A Dra. Cleicy Frota Silva (FMB-Unesp) abordou as manifestações cardiovasculares do LES e o Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto (HC-FMUSP) discorreu sobre o risco cardiovascular e o tratamento do LES com micofenolato de mofetil. A Dra. Juliana Waidemam (FMB-Unesp) proferiu palestra sobre os aspectos clínicos da esclerose sistêmica e o Prof. Dr. Percival Degraça Sampaio-Barros (Unicamp) encerrou a jornada com o diagnóstico e tratamento da hipertensão pulmonar na esclerose sistêmica. A participação da Dra. Sula Gláucia L. D. Pacheco (FMB-Unesp) e da Dra. Andréa de A. Peduti Batista (FMB-Unesp) foi fundamental na moderação dos debates com a platéia.



A partir da eq., Prof. Dr. Percival D. Sampaio Barros (Campinas), Prof. Dr. Oswaldo M. da Rocha (Botucatu) – Coordenador da Jornada, Dra. Andréa de A. P. Batista (Botucatu), Dra. Juliane Waideman (Botucatu), Prof. Dr. Eduardo F. Borba Neto (São Paulo), Dra. Sula Gláucia L. D. Pacheco (Botucatu), Dra. Cleicy Frota Silva (Botucatu) e Dr. Paulo de Tarso Nora Verdi (Araçatuba)



Visão geral do auditório

IV JORNADA DE REUMATOLOGIA DE SÃO CARLOS

Realizada em 1 de outubro de 2005 no anfiteatro da Unimed de São Carlos e organizada pelo incansável Dr. Clovis Strini Magon.

Contou com a palestra do Dr. Milton Helfenstein (Unifesp) sobre os aspectos clínicos e tratamento da fibromialgia. A Dra. Iêda Laurindo (HC-FMUSP) discorreu sobre o diagnóstico e tratamento atual da artrite reumatóide e o Prof. Dr. Paulo Louzada Jr. abordou o diagnóstico diferencial e tratamento das miopatias inflamatórias.



A partir da eq., Dr. Clovis Strini Magon (São Carlos) – Coordenador da Jornada e Dr. Milton Helfenstein Jr. (São Paulo)



A partir da eq., Dr. Clovis Strini Magon (São Carlos), Dr. Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto) e Dra. Iêda M. M. Laurindo (São Paulo)

ABRESPAN

A Associação Brasileira de Portadores de Espondilite Anquilosante (Abrespan) foi fundada em 16 de dezembro de 2004, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC-FMUSP, com o apoio da SBR, na pessoa do presidente, Dr. Fernando de Souza Cavalcanti. Eduardo de Souza Meirelles é o presidente da chapa provisória da Abrespan. O contato com a associação pode ser feito por correio, telefone ou e-mail:



Endereço oficial: Av. Brigadeiro Luís Antônio, 2.466 - conj. 93-94 - CEP 01402-000 - São Paulo-SP.

Endereço para correspondência: Rua Joaquim Antunes, 490 - conj. 71 - CEP 05415-001 - São Paulo-SP.

Fone: (011) 3081-5999 (Solange, das 10 às 19 horas)

E-mail: abrespan@grupos.com.br

Site: www.espondilitebr.ig.com.br



Diretoria fundadora (a partir da esq.): Rodinei Guimarães (paciente), Flavio Puchalski (fisioterapeuta), Percival Barros (reumatologista), Célio Gonçalves (reumatologista), Yeda Bellia (fisioterapeuta), Francisco Assis (paciente), Eduardo Meirelles (reumatologista) e Pedro Pacheco (paciente)

LANÇAMENTO

No dia 15 de setembro, a Dra. Evelin Goldenberg fez o lançamento do livro *O coração sente, o corpo dói – Como reconhecer e tratar a fibromialgia*, Editora Atheneu, direcionado ao público leigo e aos profissionais da área de saúde. Essa obra certamente enriquecerá a abordagem e o reconhecimento dessa enfermidade. Boa leitura!



ANIVERSÁRIO DO PRESIDENTE DA SPR

Dia 1.º de outubro foi aniversário de nosso presidente, Dr. Manoel B. Bértolo. A comemoração foi feita durante o jantar do Fórum de Debates de outubro. Parabéns, Sr. Presidente!



SORTEIO

Após o encerramento do Sexto Fórum de Debates, de 5 de outubro, foi realizado o sorteio de um exemplar do livro *Diagnóstico e tratamento das doenças imunológicas*, editores Dr. Mario Geller e Dr. Morton Scheinberg, Editora Elsevier. O ganhador foi o Dr. Bruno César Cavalcanti dos Anjos, residente do primeiro ano do Hospital Heliópolis, São Paulo-SP.



PRÊMIO PEDRO NAVA

O Prof. Dr. Jamil Natour foi o grande vencedor do Prêmio Pedro Nava, entregue na última Jornada Brasileira de Reumatologia em Brasília-DF. Na foto, ao lado do Dr. Gustavo Paiva.



Agenda

NACIONAIS

VI Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica

Data: 17 a 20 de maio de 2006

Local: Belo Horizonte - MG

Contato: sbre@terra.com.br

Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 6 a 9 de setembro de 2006

Local: Campinas - SP

Contato: (11) 3284-0507 c/ Márcia, SPR

INTERNACIONAIS

European Congress of Rheumatology

Data: 8 de junho de 2006

Local: Amsterdã, HO

Contato: eular@bluewin.ch

Panlar 2006

Data: 20 a 24 de agosto de 2006

Local: Lima, Cusco, Peru

Contato: www.panlar2006peru.terra.com.pe

Fórum de Debates

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

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

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

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

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



Quinto Fórum de Debates. A partir da eq., Dr. Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto), Dr. Manoel Barros Bértolo (Campinas) e Dr. Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto)



Sexto Fórum de Debates. A partir da eq., Dra. Juliane Waidemam (Botucatu), Dra. Cleicy Frota Silva (Botucatu), Prof. Dr. Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Dr. Paulo Eduardo Arbex (Botucatu), Dr. Ari Stiel Radu (São Paulo)

Quinto Fórum (14 de setembro de 2005)

O Quinto Fórum de Debates do ano versou sobre o tema “Disfunção auto-imune”.

Coordenação: Dr. Flávio Calil Petean (Faculdade de Medicina da USP-Ribeirão Preto).

Debatedores: Dr. Paulo Louzada Jr. (USP-Ribeirão Preto).

Sexto Fórum (5 de outubro de 2005)

O Sexto Fórum de Debates do ano versou sobre o tema “Artrite reumatóide e hemofilia”.

Coordenação: Prof. Dr. Oswaldo Melo da Rocha (Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp).

Debatedores: Dra. Rina Neubarth Giorgi (HSPE), Dra. Cleicy Frota Silva (Unesp Botucatu) e Dr. Paulo Eduardo Arbex (Hematologia, Unesp Botucatu).

Sétimo Fórum (9 de novembro de 2005)

O Sétimo e último Fórum de Debates do ano versou sobre a enfermidade mais freqüente em nossos consultórios, a “Fibromialgia”.

Coordenação: Prof. Dr. José Eduardo Martinez (Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba – PUC).

Debatedores: Prof. Dr. José Roberto Provenza (PUC-Campinas), Dr. Roberto Ezequiel Heymann (Unifesp/EPM) e Cecília Maeda (psicóloga da Unifesp).



Sétimo Fórum de Debates. Visão do auditório. Na primeira fila, a partir da eq., Dr. Rubens Bonfiglioli (Campinas), Dra. Eliana M. I. Amstalden (Campinas), Dr. Manoel Barros Bértolo (Campinas), Dr. Morton Scheinberg (São Paulo) e Dra. Rina Neubarth Giorgi (São Paulo)