

Revista Paulista de Reumatologia

Volume 11

Número 2

Abr./jun. 2012

ISSN 1809-4635

www.reumatologiasp.com.br



Catedral de São Carlos Borromeu, São Carlos-SP

Uma publicação trimestral da
Sociedade Paulista de Reumatologia

PALAVRA DO PRESIDENTE

- 3 Caros amigos PAULO LOUZADA JUNIOR

EDITORIAL

- 4 **Ἰστορία: apreender pelo olhar**
FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI, RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

ARTIGOS ORIGINAIS/REVISÕES/DESCRIÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- 5 **Leflunomida: avaliação dos efeitos colaterais a longo prazo**
Leflunomide: long-term follow-up evaluation of side effects
JOSÉ MARQUES FILHO

VISÃO DO EXPERT

- 10 **Aspectos do termo de consentimento livre e esclarecido na pesquisa clínica**
GISELLE PONTIM PRATES PEREIRA

PUBLICAÇÕES

- 15 **Top 10** FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI, RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA

ARTRÓFILO

- 22 **Revista Paulista de Reumatologia: 10 anos de informação, especialização e serviços**
FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI, RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

ÉTICA

- 38 **A iatrogenia na prática reumatológica** JOSÉ MARQUES FILHO

DEFESA PROFISSIONAL

- 40 **Defesa profissional** PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI

RAIO X

- 42 **Reumatologia Pediátrica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Pediatria** SILVANA B. SACCHETTI, EUNICE OKUDA

PERSPECTIVAS

- 44 **Mercado de trabalho para o reumatologista em Ribeirão Preto, Presidente Prudente e Marília** FLAVIO CALIL PETEAN, SONIA R. FARAO GOMES, CÉSAR EMILE BAAKLINI

IMAGEM EM REUMATOLOGIA

- 46 **Cisticercose musculoesquelética** FERNANDA CALIL M. NETTO, DENISE DE FÁTIMA FORTESKI, YANNE SANTOS MONTINO, LENITA ADRIANA MAZZI, MARIA GUADALUPE BARBOSA PIPPA

EM SENDO REUMATOLOGISTA

- 48 **O que nos faz melhor reumatologista?** SANDRA. H. WATANABE

LADO B – ALMA LITERÁRIA

- 49 **Palavras que amo: pelejar** ALZÍRTON FREIRE

NOTICIÁRIO

AGENDA



Quando a combinação não é uma opção

Uma monoterapia biológica se destaca!¹

ACTEMRA®
tocilizumabe

Referência Bibliográfica: 1. G Jones, A Sebba, J Gu, et al. Comparison of tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis: the AMBITION study. Ann Rheum Dis 2010 69.

Contraindicações: Presença de infecção ativa; hipersensibilidade ao tocilizumabe. **Interações medicamentosas:** Ciclosporina; varfarina.

Actemra® (tocilizumabe) Apresentações: Caixas com 1 frasco-ampola contendo 80 mg/4 mL ou 200 mg/10 mL de solução concentrada para infusão IV. **USO ADULTO. USO RESTRITO A HOSPITAIS. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Composição:** Cada 1 mL contém 20 mg de tocilizumabe (TCZ). **Indicações:** Tratamento da AR ativa moderada a grave, se tratamento anterior adequado com pelo menos um DMARD (incluindo necessariamente o metotrexato) ou anti-TNFs, não trouxe os benefícios esperados (desde que utilizados na dose e tempo indicado nas respectivas bulas). Pode ser usado isoladamente ou em combinação com MTX e/ou outros DMARDs. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao TCZ/seus excipientes. Uso combinado com outros biológicos para AR. **Precauções e advertências:** Não iniciar tratamento na vigência de infecções ativas. Interromper TCZ se infecção grave se desenvolver. Cautela se infecções recorrentes ou condições que predisõem a infecções. Vigilância para detecção de infecções em tempo (sinais e sintomas de inflamação reduzidos por supressão da reação de fase aguda). **Tuberculose (Tb):** não demonstrado aumento no risco de Tb; reativação não pode ser descartada. Realizar RX de tórax periódico se histórico de Tb. **Vacinas:** não administrar vacinas vivas ou vivas atenuadas. **Diabéticos:** contém açúcar. **Reações de hipersensibilidade:** reações graves de hipersensibilidade foram relatadas. Tratamento apropriado deve estar disponível para uso imediato. **Doença hepática:** Cautela se doença hepática ativa ou insuficiência hepática; elevação de transaminases. **Doença cardiovascular:** realizar ECG, ecocardiograma e dosagens de colesterol e triglicérides. **Neutropenia:** Tratamento não recomendado se neutrófilos $<0,5 \times 10^9/L$. **Interações:** MTX, cloroquina/derivados, azatioprina, leflunomida, corticosteróides, ácido fólico, AINEs. Analgésicos não influenciam farmacocinética do TCZ. Enzimas CYP450 suprimidas pela inflamação. Após drogas com efeito antiinflamatório (TCZ), enzimas CYP450 se normalizam. Após introduzir drogas com janela terapêutica estreita (ex., varfarina, ciclosporina), ajustar a dose. **Reações adversas:** Hipertensão; reação anafilática; reações graves de hipersensibilidade. Neutropenia; elevações ALT/AST; colesterol total, LDL, HDL e triglicérides. **Posologia: Adultos:** 8 mg/kg, IV, cada 4 semanas. Diluir em 100 mL de SF 0,9%. Modificações na dosagem poderão ser necessárias em casos de neutropenia, plaquetopenia e elevação de transaminases (consultar bula completa do produto). Para pacientes com peso corporal acima de 100 kg, doses superiores a 800 mg por infusão não são recomendadas. **Idosos/insuficiência renal:** não requer ajuste de dose. **Insuficiência hepática:** segurança e eficácia não estudadas. **Via de administração:** IV. Iniciar de forma lenta, observar condições clínicas do paciente; constatada a ausência de anormalidades, aumentar a velocidade para completar a infusão em 1 hora. **Instruções para uso, manipulação e disposição:** Retirar a quantidade necessária (0,4 mL/kg); diluir em 100 mL de SF 0,9%. Inverter suavemente, sem agitar, para não formar espuma. **Conservação: Frasco-ampola:** Armazenar entre 2° e 8° C. Não congelar. Proteger da luz. **Solução pronta para infusão:** mantém-se estável em temperatura ambiente até 30°C por até 24 horas. **Atenção:** Este é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Neste caso, informe ao seu médico. **Superdose:** dados limitados. Reações adversas graves não observadas em voluntários com dose única de até 28 mg/kg. Num único caso de superdose acidental, paciente com mieloma múltiplo recebeu dose única de 40 mg/kg, sem reações adversas à droga. Registro MS 1.0100.0655. Farm. Resp.: Guilherme N. Ferreira - CRF-RJ nº 4288 "Venda sob prescrição médica." **A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Informações adicionais disponíveis à classe médica mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. - Av. Engenheiro Billings, 1.729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo - SP - Brasil. IMI - 1207-1.10outubro/2011.

Conselho Editorial

Fábio Jennings, Hérica Cristiani Barra de Souza, Nafice Costa Araújo, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira, Sandra H. Watanabe

Correspondência

Rua Maestro Cardim, 354, conjuntos 53, 71 e 72, CEP 01323-000, São Paulo, SP
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Sociedade Paulista de Reumatologia**DIRETORIA EXECUTIVA 2012/2013****Presidente**

Paulo Louzada Junior

Vice-Presidente

Silvio Figueira Antonio

Diretor Científico

Eduardo Ferreira Borba Neto

1º Secretário

Flávio Calil Petean

2º Secretário

José Alexandre Mendonça

1º Tesoureiro

Marcelo de Medeiros Pinheiro

2º Tesoureiro

Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira

Presidente Eleito 2014/2015

Dawton Yukito Torigoe

Conselho Fiscal e Consultivo

Ari Stiel Radu Halpern, Jamil Natour, José Carlos Mansur Szajubok, Luiz Carlos Latorre, Manoel Barros Bértolo, Rina Dalva Neubarth Giorgi, William Habib Chahade

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Presidente: Ivone Minhoto Meinão; 1º Secretário: Charles Helden de Moura Castro; 2º Secretário: Plínio José do Amaral; Coordenadora Científica: Deborah Colucci Cavalcante de Souza

Comissão Científica

Andrea B. V. Lomonte, Célio Roberto Gonçalves, Cristiano Barbosa Campanholo, Edgard Torres dos Reis Neto, Marcos Renato de Assis, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Renata Ferreira Rosa, Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira, Simone Appenzeller, Sônia Maria Alvarenga Antí Loduca Lima, Virgínia Fernandes Moça Trevisani

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Eduardo de Souza Meirelles, José Marques Filho, Marco Tadeu Moreira de Moraes

Comissão de Educação Médica

Cristiano Barbosa Campanholo, Fabíola Reis de Oliveira, Lucienir Maria da Silva, Rita Nely Vilar Furtado, Sérgio Couto Luna Almeida, Wagner Felipe de Souza Weidebach

Comissão do Interior

Cesar Emile Baaklini (Marília), Cláudia Saad Magalhães (Botucatu), Fabíola Reis de Oliveira (Ribeirão Preto), Ibsen Bellini Coimbra (Campinas), João Perchiavalli Filho (Santos), José Eduardo Martinez (Sorocaba), José Roberto Silva Miranda (Vale do Paraíba), Marianna Nechar Marques (Catanduva), Paulo de Tarso Nora Verdi (Araçatuba), Roberta de Almeida Pernambuco (Bauru), Roberto Acayaba Toledo (São José do Rio Preto), Rogério Carvalho Vieira Chachá (São Carlos)

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Claudio A. Len, Clovis Artur Almeida da Silva, Maria Teresa S. L. R. Ascensão Terrieri, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Virgínia Paes Leme Ferriani

Site

Daniel Brito de Araújo, Luiza Helena Coutinho Ribeiro, Marina Gonçalves Veras de Moraes, Rodrigo de Oliveira

Endereço

Rua Maestro Cardim, 354, conjuntos 53, 71 e 72, CEP 01323-000, São Paulo, SP
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Et Cetera Editora de Livros e Revistas**Direção**

Kleber Kohn

Coordenação

Silvia Souza

Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

Rua Caraíbas, 176, Casa 8, Pompeia, CEP 05020-000, São Paulo, SP

Fones: (11) 3368-4545 / 3368-5095

www.etceteraeditora.com.br

Caros amigos

Durante o biênio 2012-2013 estaremos comemorando duas datas relevantes: em 2012, os dez anos da *Revista Paulista de Reumatologia*, e em 2013, os 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia. São dois marcos significantes, que refletem toda a importância da Sociedade Paulista no contexto da Reumatologia brasileira.

Inúmeros reumatologistas paulistas contribuíram para que hoje tenhamos uma sede própria, uma revista consolidada, eventos de atualização médica imprescindíveis para a formação continuada do reumatologista e para a divulgação das doenças reumáticas para o público em geral. Atualmente, a SPR contribui de forma marcante para a divulgação da Reumatologia em todas as mídias, consolidando esta especialidade que pode ser considerada nova se comparada a outras, como Cardiologia e Dermatologia.

A programação do ERA 2012 foi elaborada com o intuito de tornar esse evento o mais interativo possível com seus participantes. Esperamos que seja bastante proveitoso, tanto em termos de atualização científica como no reencontro com amigos da Sociedade Paulista. Por fim, gostaria de lembrar a todos sobre o curso de atualização em Imunologia, que será realizado em setembro de 2012 e coordenado brilhantemente pelo Dr. Luis Eduardo Coelho Andrade. Recomendamos esse curso a todos, pois, com os avanços no tratamento das doenças reumáticas, todo reumatologista deve estar atualizado em relação aos novos conceitos da Imunologia, para poder acompanhar os mecanismos básicos da doença e da ação de medicamentos para o tratamento das doenças reumáticas.

Um bom evento a todos e espero que aproveitem bastante o ERA 2012.

PAULO LOUZADA JUNIOR

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2012/2013



www.reumatologiasp.com.br

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

Ἱστορία: apreender pelo olhar



Palavra derivada do grego antigo, *história* significa apreender pelo olhar. Não há definição melhor para a trajetória da *Revista Paulista de Reumatologia*. Durante dez anos, nossa *RPR* foi o palco de diversos editores, diferentes formas e linhas de pensamento trazendo aos associados da SPR o melhor da reumatologia do Estado de São Paulo. Neste número publicamos depoimentos daqueles que fizeram a história desta revista. É uma homenagem a aqueles que tentaram traduzir em textos e palavras os anseios de toda uma classe profissional. Foram erros e acertos de colegas que abraçaram a causa de tornar a *RPR* um importante meio de divulgação de informações e ideias. Sem formação jornalística, os editores desta publicação aprenderam e apreenderam pelo olhar...

Deixando um pouco a nostalgia de lado, iremos conhecer como está o mercado de trabalho hoje em três importantes regiões e centros de referência de São Paulo: Ribeirão Preto, Marília e Presidente Prudente. Esperamos que essas informações possam embasar e direcionar as decisões dos colegas em início de carreira.

Além dos excelentes artigos sobre o uso da leflunomida, o termo de consentimento livre e esclarecido e a iatrogenia na prática médica, destacamos o texto do Dr. Paulo Roberto S. Romanelli. Ele põe lenha na fogueira e convida todos os reumatologistas para a peleja e discussão de tópicos essenciais a nossa sobrevivência profissional.

Mas peleja não traduz apenas luta, trabalho árduo. O Dr. Alzirton Freire nos mostra outros significados dessa palavra tão afetivamente brasileira, incentivando-nos a ver e sentir seu "Lado B". Portanto, vamos pelejar!

Estaremos sempre aguardando a sua participação. Critique, dê sugestões e opiniões.

Um grande e forte abraço,

FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA,
NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI,
RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

Editores

Leflunomida: avaliação dos efeitos colaterais a longo prazo

Leflunomide: long-term follow-up evaluation of side effects

José Marques Filho

Médico especialista em Reumatologia e Clínica Médica.
Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo-SP.
Departamento de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba-SP

Endereço para correspondência: José Marques Filho. Clínica de Reumatologia e Fisioterapia.
Rua Silva Jardim, 343, Centro, CEP 16010-340, Araçatuba-SP
E-mail: filho.jm@bol.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: a leflunomida, uma droga imunomoduladora, tem sido utilizada no tratamento da artrite reumatoide, isoladamente ou associada a outras drogas antirreumáticas modificadoras de doença. **OBJETIVO:** avaliação dos efeitos colaterais do uso da leflunomida. **MÉTODOS:** estudo retrospectivo observacional, com revisão de prontuários de 40 pacientes em uso de leflunomida, com seguimento clínico e laboratorial feitos por um único observador. **RESULTADOS:** a média de seguimento foi de 36,3 meses. Ocorreram efeitos colaterais em 26 pacientes (65%). Os efeitos colaterais mais frequentes foram: aumento da frequência de evacuações diárias (25%) e hipogeusia (10%). Em dois pacientes foi necessária a suspensão da droga: num paciente do sexo masculino, devido à suspeita de nexo de causalidade com quadro de pneumonite intersticial; e numa paciente com quadro de alterações persistentes de enzimas hepáticas. **CONCLUSÕES:** os efeitos colaterais encontrados são semelhantes aos da literatura, com exceção da hipogeusia, não descrita por outros autores. A leflunomida pode ser considerada uma droga com segurança adequada no controle dos pacientes com artrite reumatoide.

Unitermos: leflunomida, artrite reumatoide, efeitos adversos, hipogeusia.

SUMMARY

INTRODUCTION: leflunomide is an immunomodulatory drug which has been used in the treatment of rheumatoid arthritis, either isolated or associated with other disease-modifying antirheumatic drugs. **PURPOSE:** To evaluate the side effects caused by leflunomide treatment. **METHODS:** this is an observational retrospective study, which reviewed 40 medical records of patients who making use of leflunomide, with clinical and laboratorial follow-up carried out by a single observer. **RESULTS:** the follow-up average was 36,3 months. Twenty-six (65%) patients presented side effects. The most frequent side effects were: increase in the frequency of daily evacuations (25%) and hypogeusia (10%). Two patients had the treatment suspended, one man due to symptoms of causal nexus with history of interstitial pneumonitis and a woman with history of persistent hepatic enzyme alterations. **CONCLUSIONS:** the side effects found are similar to those described in the literature, except hypogeusia. Leflunomide can be considered a drug with an adequate safety level for the control of patients with rheumatoid arthritis.

Key words: leflunomide, rheumatoid arthritis, side effects, hypogeusia.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune, progressiva, associada a severa morbidade, alterações funcionais, incapacidade permanente e aumento de mortalidade⁽¹⁾. A doença pode progredir rapidamente nas fases iniciais.

Nos últimos anos, a literatura médica demonstra tendência para a instituição de tratamento precoce e agressivo, com a utilização desde o início das manifestações clínicas de drogas antirreumáticas que modificam o curso da doença – *disease-modifying antirheumatic drugs* (DMARDs) ^(2,3,4).

Em virtude da cronicidade da AR, há necessidade de utilização de DMARDs, em monoterapia ou combinados, por longos períodos.

Entretanto, essas drogas apresentam dificuldades de utilização por períodos prolongados, principalmente, devido a dois fatores: falta de eficácia sustentada e toxicidade⁽⁵⁾.

O metotrexato é a DMARD mais utilizada na AR, com baixa toxicidade e excelente tolerância. Entretanto, em alguns casos ele não controla adequadamente a atividade da doença e sua associação com a leflunomida tem demonstrado boa segurança e eficácia⁽⁴⁾.

A leflunomida, um agente imunomodulador, com ação baseada na inibição da síntese de pirimidina e da proliferação de linfócitos TCD4⁽⁶⁾, tem sido utilizada na AR, isoladamente⁽⁷⁾ ou em associação com outros DMARDs⁽⁴⁾ há mais de uma década.

Todavia, assim como os outros fármacos modificadores de doença, tem efeitos colaterais que devem ser bem conhecidos, visando a seu adequado controle e manejo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo observacional, com longo seguimento, em 40 pacientes fazendo uso de leflunomida, assistidos em clínica privada⁽⁸⁾.

Todos os pacientes participavam do Programa de Medicamentos Especiais do Ministério da Saúde⁽⁹⁾, cumprindo protocolos específicos para sua dispensação.

Os diagnósticos foram feitos segundo os critérios do American College of Rheumatology (ACR).

O critério de inclusão foi a utilização da leflunomida por pelo menos um ano, podendo ser utilizada como monoterapia ou associada a outros DMARDs e medicações sintomáticas.

A dose utilizada foi de 20 mg por dia, via oral, sem dose de ataque.

A avaliação de todos os pacientes foi feita por um único observador, com avaliações clínicas e laboratoriais trimestrais, conforme protocolo do programa.

Os prontuários dos pacientes incluídos foram sistematicamente revisados, por meio de questionário, avaliando dados demográficos, variáveis clínicas e laboratoriais.

O nexo de causalidade entre a leflunomida e o efeito colateral observado foi avaliado levando-se em conta, principalmente, a concomitância entre a introdução do

fármaco e o aparecimento do efeito colateral, assim como a experiência e a avaliação clínica do observador.

RESULTADOS

Entre os prontuários selecionados para a amostra, 34 pacientes tinham o diagnóstico de AR com fator reumatoide positivo, quatro pacientes de AR com fator reumatoide negativo e dois pacientes com doença de Still do adulto.

O sulfato de hidroxiquina foi associado à leflunomida em 35 pacientes; metotrexato em três pacientes; azatioprina, etanercepte, adalimumabe e sulfassalazina em um paciente cada. A leflunomida foi utilizada como monoterapia em cinco pacientes.

A média de idade foi de 56,1 anos (30 a 75 anos), 33 pacientes eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino, 34 pacientes eram caucasóides.

A média de seguimento dos pacientes foi de 36,3 meses (12 a 96 meses).

Efeitos colaterais ocorreram em 26 pacientes (65%), com as seguintes frequências: diarreia – dez pacientes (25%); hipogeusia – quatro pacientes (10%); perda de apetite, perda de peso, queda de cabelo – três pacientes cada (7,5%); leucopenia (menor que 2.500/mm³), prurido cutâneo difuso, alterações de função hepática – dois pacientes cada (5%); e cefaleia, náuseas, dispepsia – um paciente cada (2,5%).

Encontraram-se também: infecção urinária de repetição (mais que três vezes) em 12 pacientes (30%); herpes-zóster em três pacientes (7,5%); monilíase oral e suspeita de pneumonite intersticial em um paciente cada (2,5%).

Em apenas dois pacientes foi necessária a suspensão da leflunomida (5%). Um deles com suspeita de pneumonite intersticial e outro com disfunção hepática persistente. Ambos faziam uso de terapia combinada de leflunomida e sulfato de hidroxiquina.

DISCUSSÃO

Os efeitos colaterais resultantes das DMARDs são um dos grandes problemas no controle terapêutico dos pacientes com AR.

A literatura demonstra que diversos DMARDs, embora eficazes no controle clínico e laboratorial da enfermidade, acabaram não mais sendo utilizados na prática clínica diária devido a seus, às vezes, graves efeitos colaterais.

Como exemplos, podem ser citados os sais de ouro e a D penicilamina, utilizados durante décadas no controle da AR, porém, com morbimortalidade incompatível com os avanços terapêuticos havidos na área das doenças autoimunes nas últimas décadas.

A exceção, já clássica na história da reumatologia, é o metotrexato, que apresenta excelente eficácia e segurança. Essa é considerada hoje a droga que modificou a história natural da AR.

Em que pese sua adequada eficácia e segurança, o metotrexato não controla todos os casos de AR, pois apresenta efeitos colaterais ou intolerância à droga em alguns pacientes.

Nesses casos, os protocolos clínicos apresentam como opção a introdução da leflunomida, como monoterapia ou associada à outros DMARDS⁽¹⁰⁾.

A leflunomida tem demonstrado, assim como o metotrexato, eficácia e tolerância adequadas no controle da AR e de outras enfermidades autoimunes da área reumatológica.

Nossos dados são semelhantes aos encontrados por outros autores, em relação aos efeitos colaterais^(5,7).

Embora relativamente frequentes (65%), os efeitos colaterais foram, em sua grande maioria, de leve intensidade, autolimitados ou tolerados pelos pacientes.

O efeito colateral mais frequente foi a diarreia ou o aumento da frequência de evacuações diárias associados ao uso da leflunomida. Evidentemente, torna-se difícil uma padronização desse sintoma, mas encontramos uma incidência (25%) maior do que Smolen⁽⁷⁾, que encontrou 12%.

Entretanto, em nenhum paciente foi necessária a suspensão da droga, em razão da melhora desse sintoma ou da adaptação do paciente, que ante o controle da enfermidade, optaram por continuar o uso da droga.

Em nossos dados, o segundo efeito colateral mais frequente foi a hipogeusia, de leve a moderada intensidade, encontrada em quatro pacientes (12,5%).

Esse dado não tem sido observado ou descrito por outros autores, talvez devido às próprias características do sintoma, que pode ser de leve intensidade ou o paciente não associá-lo ao uso de medicamentos, deixando de informar a seu médico.

Em nosso meio, Apell da Silva et al.⁽¹¹⁾ descreveram um caso de ageusia e anosmia, com o uso de lefluno-

mida, em uma paciente de 62 anos de idade com artrite reumatoide, após cinco meses de uso da medicação. Referem que, após a suspensão da droga por três meses, ocorreu total recuperação da sensibilidade gustativa e olfatória.

Em nossos quatro pacientes, a diminuição da sensibilidade gustativa ocorreu logo no início da terapêutica com leflunomida.

Todas as pacientes eram portadoras de AR com fator reumatoide positivo, com idades de 31, 57, 60 e 66 anos e todas faziam uso da associação de leflunomida com sulfato de hidroxicloroquina.

Segundo Félix⁽¹²⁾, sintomas referentes ao paladar e olfato são de difícil avaliação devido ao fato de haver confusão entre "gosto" e "sabor", sendo ambos utilizados como sinônimos na maioria das vezes.

Além disso, a investigação de alterações do paladar é difícil devido à inexistência de testes padronizados.

Gosto é a sensação de salgado, doce, azedo e amargo. Já sabor é a associação de sensações captadas tanto pelo olfato quanto pelo paladar.

Além disso, a sensação do paladar é transmitida por diferentes nervos cranianos (V, VII, IX, X), sendo rara a completa perda do paladar.

As alterações do paladar podem ter diversas causas, entre elas, medicamentos, gravidez e envelhecimento. Em todas as pacientes, ocorreu regressão da hipogeusia em períodos variáveis, não ultrapassando seis meses.

Infecção urinária de repetição, herpes-zóster e monilíase oral foram os outros achados em nossos dados, não descritos por outros autores.

Nos dois casos onde foi necessária a suspensão da droga – um paciente do sexo masculino, com quadro de grave pneumonite intersticial, e uma paciente do sexo feminino, com provas de alterações hepáticas persistentemente elevadas – não foi possível a confirmação definitiva do nexo de causalidade com o uso da leflunomida, mas, devido à gravidade dos quadros, optou-se por sua suspensão.

Apesar dos efeitos colaterais encontrados com o uso de leflunomida, inclusive com a necessidade de suspensão da droga em dois pacientes, concordamos inteiramente com outros autores^(3,4,5,10,11) que a leflunomida é uma adequada, eficaz e segura opção terapêutica no controle da AR.

REFERÊNCIAS

1. Pincus T, Callahan LI. What is the natural history of rheumatoid arthritis? *Rheum Dis Clin North Am*. 1993; 19:123-51.
2. Cash JM, Klippel JH. Second line drug therapy for rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 1994;330:1369-75.
3. Comb B, Laudewe CL, Lukas C, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:34-45.
4. Alves JANR, Fialho SCMS, Morato EF, et al. Toxicidade hepática é rara em pacientes com artrite reumatoide usando terapia combinada de leflunomida e metotrexato. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51:138-44.
5. Wolfe F. Adverse drug reactions of DMARDs and DC-ARTs in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 1997;15(Suppl 17):75-81.
6. MacDonald J, Zhong T, Lazarescu A, Gan BS, Harth M. Vasculitis associated with the use of leflunomide. *J Rheumatol*. 2004;31:2076-8.
7. Smolen JS, Kalden JR, Scott DL, et al. Efficacy and safety of leflunomide compared with placebo and sulphasalazine in active rheumatoid arthritis: a double-blind, randomized, multicentre trial. *Lancet*. 1999; 353:259-66.
8. Marques Filho J. Leflunomida: avaliação dos efeitos colaterais a longo prazo (pôster). *Rev Bras Reumatol*. 2010 set; 50(Supl 1):92.
9. Brasil. Portaria SAS/MS n. 865, 12 nov. 2002.
10. Bertolo MB, Brenol CV, Scheinberg CG, et al. Atualização do Consenso Brasileiro no Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatoide. *Rev Bras Reumatol* 2007;47:151-9.
11. Da Silva MCA, Antonello VS, Da Silva FA. Ageusia e anosmia na vigência de tratamento com leflunomida para artrite reumatoide (AR). *Rev Bras Reumatol* 2005;45:XVII.
12. Félix F. Avaliação do paladar – um recurso importante na semiologia otorrinolaringológica. *Pediatria Moderna*. 2010;x:35-40.



Arava®
leflunomida

Muda o curso da
artrite reumatoide

OS CONSENSOS CONFIRMAM: ARAVA®
É INDICADO EM TODAS AS FASES DO
TRATAMENTO DA ARTRITE E REUMATOIDE.^{1,2,3}



"INDICADO PARA TODAS AS FASES DA
DOENÇA, MELHORA A ATIVIDADE DA
DOENÇA, A QUALIDADE DE VIDA
E REDUZ A PROGRESSÃO
RADIOLÓGICA."¹ ACR – 2008



"INDICADO PARA TODAS AS FASES DA
DOENÇA, ENQUANTO OS DMARDS BIOLÓGICOS
SÃO INDICADOS EM ASSOCIAÇÕES COM
OUTROS DMARDS NA FALHA DE 2 ESQUEMAS
TERAPÊUTICOS."² EULAR – 2010



"RECOMENDADO EM QUALQUER
ESTÁGIO E GRAU DE ATIVIDADE
DA DOENÇA, INDEPENDENTEMENTE
DE INDICADORES DE MAU
PROGNÓSTICO."³ SBR – 2007

Considere a
praticidade de Arava®²



Via oral



Não
injetável



Não requer
infusão

Arava® é contraindicado para mulheres grávidas. Pode ocorrer aumento das reações adversas quando associado a substâncias hepatotóxicas, incluindo álcool.

Referências bibliográficas: 1. Saag KG, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008 Jun;59(6):762-84. 2. Smolen JS, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2010 Jun;69(6):964-75. 3. Bertolo MB, et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2007;47(3):151-9.

ARAVA® (leflunomida). **INDICAÇÕES:** para o tratamento de artrite reumatoide ativa e da artrite psoriática ativa. **CONTRAINDICAÇÕES:** em pacientes com hipersensibilidade à leflunomida ou a qualquer um dos componentes da fórmula; em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar e não estejam utilizando métodos contraceptivos eficazes durante o tratamento ou que após o tratamento estejam com níveis plasmáticos do metabólito ativo acima de 0,02 mg/L. A possibilidade de gravidez deve ser excluída antes de se iniciar o tratamento. **REAÇÕES ADVERSAS:** Sistemas Gastrointestinal e Fígado: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar diarreia, náusea, vômitos, anorexia, alterações da mucosa oral, dor abdominal, elevação dos parâmetros laboratoriais hepáticos; raramente (0,01 – 0,1%) pode ocorrer hepatite, icterícia/colestase; muito raramente ($\leq 0,01\%$ dos pacientes) pode ocorrer dano hepático grave, como insuficiência hepática e necrose hepática aguda, e também pancreatite. Sistema Cardiovascular: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar elevação da pressão sanguínea. Sistema Hematológico e Linfático: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar leucopenia; 0,1 a 1,0% dos pacientes podem apresentar anemia, trombocitopenia; Raramente 0,01-0,1% dos pacientes podem apresentar leucopenia e eosinofilia ou pancitopenia. Sistema Nervoso: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar cefaleia, vertigem e parestesia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar distúrbios do paladar e ansiedade; muito raramente (em $\leq 0,01\%$ dos pacientes) pode ocorrer neuropatia periférica. Reações alérgicas, pele e anexos: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar reações alérgicas leves, prurido, eczema, pele ressecada, aumento da perda de cabelo; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar urticária; muito raramente (em $\leq 0,01\%$ dos pacientes) podem ocorrer reações anafiláticas/anafilactoides graves, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica; muito raramente (em $\leq 0,01\%$ dos pacientes) pode ocorrer vasculite, incluindo vasculite cutânea necrotizante. Infecção: raramente (0,01-0,1% dos pacientes) podem ocorrer infecções severas e sepsis, que pode ser fatal. Doenças do mediastino, torácica e respiratória: raramente (em 0,01 – 0,1% dos pacientes) pode ocorrer doença intersticial pulmonar (incluindo pneumonite intersticial), que pode ser fatal. Outras reações: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar perda de peso e astenia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar hipopotassemia; Pode ocorrer hiperlipidemia leve. Pequena diminuição na concentração de espermatozoide, contagem total de espermatozoide e na motilidade progressiva rápida, todas reversíveis, não podem ser excluídas. O risco de malignidade, particularmente desordens linfoproliferativas, também é conhecido por estar aumentado com o uso de alguns fármacos imunossupressores. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** Geral: devido à meia-vida prolongada do metabólito ativo da leflunomida - A771726, reações adversas podem ocorrer ou persistir mesmo após a interrupção do tratamento com leflunomida. Caso ocorra uma reação adversa grave com leflunomida, ou se por qualquer outra razão for necessário eliminar rapidamente o A771726 do organismo, deve-se iniciar a administração de colestiramina ou carvão ativado, conforme descrito no item Superdosagem, e mantê-la ou repeli-la, se clinicamente necessário. Sistema Hepático: deve ser utilizada com cautela em pacientes com função hepática prejudicada. O uso de leflunomida é desaconselhado em pacientes com insuficiência hepática significativa ou com doença hepática pré-existente. Deve-se monitorizar o nível de TGP antes do início do tratamento e, no mínimo, em intervalos mensais durante os seis primeiros meses de tratamento, e posteriormente, em intervalos de 6 – 8 semanas. Sistema Imunológico e Hematopoiético: em pacientes com anemia pré-existente, leucopenia e/ou trombocitopenia, bem como em pacientes com alteração da função da medula óssea ou naqueles que apresentam risco de supressão da medula óssea, o risco da ocorrência de reações hematológicas é aumentado. Antes do início do tratamento com leflunomida deve-se realizar hemograma completo, incluindo a contagem diferencial de leucócitos e plaquetas, bem como mensalmente nos primeiros seis meses de tratamento e posteriormente a cada 6-8 semanas. Infecções: medicamentos como a leflunomida podem aumentar a susceptibilidade dos pacientes às infecções, incluindo infecções oportunistas. Sistema respiratório: raramente relatada doença intersticial pulmonar durante tratamento com leflunomida. Sintomas pulmonares, como tosse e dispnéia, podem ser motivos para a interrupção do tratamento e para investigações adicionais, se necessário. Neuropatia Periférica: Foram relatados casos de neuropatia periférica em pacientes submetidos a tratamento com ARAVA. Idade superior a 60 anos, medicações neurotóxicas concomitantes e diabetes podem aumentar o risco de neuropatia periférica. Gravidez: ARAVA é contraindicado em mulheres grávidas ou que possam vir a engravidar. Caso seja utilizado durante a gravidez, ou se a paciente vier a engravidar durante o tratamento, a mesma deve ser informada sobre os riscos potenciais para o feto. Lactação: estudos com animais indicam que a leflunomida e seus metabólitos são excretados no leite materno, não sendo conhecido, entretanto, se a sua excreção ocorre ou não em humanos. Não é recomendado, portanto, que lactantes amamentem seus filhos durante o tratamento com ARAVA. Idade: não é necessário ajuste de dose em pacientes com mais de 65 anos de idade. A segurança e eficácia de ARAVA na população pediátrica não foram estabelecidas, portanto o seu uso em pacientes menores de 18 anos de idade não é recomendado. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** pode ocorrer aumento das reações adversas quando do uso recente ou concomitante de ARAVA e substâncias hepatotóxicas (incluindo álcool), hematotóxicas ou imunossupressoras. É recomendada a monitoração cuidadosa das enzimas hepáticas durante a fase inicial da substituição de leflunomida para metotrexato. Não foi observada interação farmacocinética entre a leflunomida (10 a 20 mg por dia) e metotrexato (10 a 25 mg por semana). Deve-se considerar o potencial de aumento dos níveis plasmáticos de leflunomida após administrações múltiplas em pacientes recebendo concomitantemente leflunomida e rifampicina. A administração de colestiramina ou carvão ativado provoca a diminuição rápida e significativa da concentração plasmática de A771726. A utilização de vacinas ativas é desaconselhada. A meia-vida prolongada da leflunomida deve ser considerada quando da administração de vacina ativa após a interrupção da leflunomida. **POSOLOGIA:** dose de ataque (artrite reumatoide e artrite psoriática): recomenda-se 100mg/dia, por 3 dias consecutivos. Dose de manutenção (artrite reumatoide e artrite psoriática): são recomendadas doses diárias de 20 mg. Doses superiores a 20 mg/dia não são recomendadas. Se a dose de 20 mg/dia não for clinicamente bem tolerada, a dose pode ser reduzida a critério médico. ARAVA® deve ser ingerido inteiro, com quantidade suficiente de líquido. ARAVA® não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos. Não é necessário ajuste de dose em pacientes acima de 65 anos de idade. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** Registro MS 1.1300.0264. Farm. Resp.: Antonia A. Oliveira – CRF-SP nº 5854. Última revisão: 24/11/2011. Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler a bula completa do produto.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Av. Major Sylvio de Magalhães Padilha, 5.200 – Ed. Atlanta
Jardim Morumbi – São Paulo – SP – CEP 05693-000



ASPECTOS DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NA PESQUISA CLÍNICA



GISELLE PONTIM PRATES PEREIRA

Faculdade Oswaldo Cruz.

Centro Paulista de Investigação Clínica (Cepic)

São Paulo-SP

E-mail: prates.giselle@ig.com.br

RESUMO

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é um documento previsto em leis específicas, declarações internacionais e códigos de ética. Deve ser utilizado no cotidiano da pesquisa clínica, e é através dele que o sujeito da pesquisa obtém informações sobre o estudo e confirma sua participação. O objetivo deste artigo é reunir informações sobre o TCLE, descrever sua estrutura, aplicação e importância na pesquisa clínica.

Unitermos: pesquisa clínica, termo de consentimento livre e esclarecido, boas práticas clínicas.

SUMMARY

The free and informed consent statement (FICS) is a document provided for specific laws, international declarations, codes ethics and must be used in everyday clinical research, and it is through it that the subject of trials gets information about the study and confirms their participation. The purpose of this article is to gather information about the FICS, to describe its structure, scope and importance in clinical research.

Key words: clinical research, free and informed consent statement, good clinical practice.

INTRODUÇÃO

A pesquisa clínica tem como objetivo a experimentação em seres humanos de novos medicamentos, métodos diagnósticos, procedimentos cirúrgicos e fisioterapêuticos com a finalidade de descobrir ou verificar os efeitos farmacodinâmicos, farmacológicos, clínicos e até mesmo identificar reações adversas ao produto em investigação, com o objetivo de testar suas segurança e eficácia. Por meio da pesquisa clínica é possível encontrar novas opções terapêuticas para as diferentes enfermidades.

Para auxiliar no desenvolvimento da pesquisa clínica há alguns documentos usados como base, entre eles o

Documento das Américas e o Guia de Boas Práticas Clínicas. Esses documentos estabelecem diretrizes para a prática da pesquisa clínica⁽¹⁾.

O Documento das Américas dispõe que o termo de consentimento livre e esclarecido é aquele em que o sujeito confirma voluntariamente o desejo de participar do estudo após ter sido informado de todos os seus aspectos relevantes.

Este artigo tem como objetivo fornecer informações sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, sobre sua aplicação e utilidade na pesquisa clínica.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: DEFINIÇÃO E HISTÓRICO

O consentimento esclarecido é indispensável na relação médico-paciente e na pesquisa com seres humanos. É a decisão voluntária de uma pessoa juridicamente capaz em relação ao estudo, livre de influência, coação e/ou intimidação. Essa decisão é tomada após ter sido informada de todos os aspectos relevantes do estudo, assim como de suas consequências e de seus riscos.

O Manual para Boa Prática Clínica (BPC) dispõe que esse consentimento deve ser documentado por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que deve ser datado, assinado e providenciado antes de qualquer participação do sujeito no estudo clínico. Segundo Greyce Lousana⁽²⁾, sujeito é o indivíduo que sofre a ação. Sujeito de pesquisa, então, é o sujeito que poderá ou não participar de um estudo clínico.

O termo de consentimento é um documento recomendado por declarações internacionais, códigos de ética, resoluções e leis específicas para ser utilizado em pesquisas envolvendo seres humanos⁽³⁾.

O Código de Nuremberg (1947) foi o primeiro documento com repercussão internacional a dispor sobre aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. A partir de então, o termo de consentimento passou a ser obrigatório. O código foi elaborado em decorrência dos abusos e atrocidades cometidos dentro e fora dos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial. Ele possui dez itens que estabelecem que o consentimento voluntário do ser humano é essencial, que o experimento deve trazer resultados vantajosos para a população e deve ser conduzido por pessoas cientificamente qualificadas e de maneira a evitar sofrimento e danos desnecessários.

Outro documento internacional é a Declaração de Helsinque (1964), da Associação Médica Mundial, que surgiu em um momento em que estavam ocorrendo problemas éticos em nível internacional, mesmo com o Código de Nuremberg, pois este não tinha sido adotado em vários países sob o argumento de que a obtenção do termo representaria uma burocracia e que só se aplicaria a médicos bárbaros.

A Declaração de Helsinque determina que em qualquer pesquisa com seres humanos cada participante deverá ser informado sobre os objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos decorrentes do

estudo. Os participantes também devem ser informados de que são livres para retirar seu consentimento em participar do estudo a qualquer momento. A declaração também dispõe que a pesquisa clínica deve estar em conformidade com os princípios científicos geralmente aceitos, que deve existir um protocolo experimental para discutir o desenho e a realização de cada procedimento envolvendo seres humanos, condenando o uso de placebo quando já exista tratamento eficaz estabelecido.

Diante de novos escândalos na pesquisa, o governo e o parlamento dos Estados Unidos da América estabeleceram a Comissão Nacional para Proteção dos Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais, tendo como objetivo identificar os princípios éticos para a condução de pesquisas com seres humanos. Desses esforços, que ocorreram de 1974 a 1978, resultou o Relatório de Belmont.

Por meio do Relatório de Belmont surgiram os três princípios éticos para a prática de pesquisa clínica: o *princípio da autonomia*, que é o direito das pessoas em decidirem sobre o seu corpo e a sua vida; o *princípio da beneficência (não maleficência)*, que visa a promover o bem e evitar o mal, e o *princípio da justiça*, segundo o qual o médico deve dar a cada um o que lhe é devido, atuando com imparcialidade, ou seja, com igualdade no tratamento.

No Brasil, em 10 de outubro de 1996, foi criada a Resolução n. 196/96⁽⁴⁾, fundamentada nos principais documentos internacionais resultantes das declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos. A resolução, além de normatizar a criação, a composição e a atuação de comitês de ética em pesquisa clínica (CEPs) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Clínica (Conep), também estabelece exigências éticas e científicas para pesquisas envolvendo seres humanos e exige que os sujeitos sejam esclarecidos em linguagem clara e objetiva⁽⁵⁾.

O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA E O TCLE

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é o órgão institucional que irá zelar pelos direitos, segurança e bem-estar de todos os sujeitos da pesquisa, portanto, é quem deverá aprovar o TCLE, assim como qualquer outra comunicação escrita a ser entregue aos sujeitos de pesquisa antes de sua aplicação.

ELABORAÇÃO DO TCLE

Consta no Manual para Boa Prática Clínica que:

“Os termos de consentimento livre e esclarecido e quaisquer outras comunicações escritas destinadas aos sujeitos de pesquisa devem ser revistos sempre que forem disponibilizadas novas e importantes informações que possam ser relevantes ao consentimento dos sujeitos da pesquisa.”

De acordo com a Resolução n. 196/96, o termo de consentimento deve ser elaborado pelo pesquisador responsável e em linguagem acessível, ou seja, tão leiga e tão prática quanto possível, para que seja compreendido pelo sujeito da pesquisa, por seu representante legal ou, caso seja necessário, por uma testemunha imparcial. Uma boa forma de avaliar se o termo será compreendido por todos os sujeitos da pesquisa é fornecê-lo a várias pessoas não envolvidas no estudo e verificar se elas compreendem-no corretamente; em caso contrário, será necessário rever o documento.

É fundamental que o termo contenha a justificativa da pesquisa, seus objetivos e a descrição dos procedimentos que serão realizados ao longo do estudo, não causando desconfortos ao sujeito. O pesquisador deve ser honesto ao declarar no termo todos os riscos possíveis, os benefícios e as inconveniências esperadas da pesquisa, para não acabar dando falsa esperança ao sujeito. Caso não haja nenhum benefício clínico esperado, o sujeito deve ser avisado. Vale lembrar que, se o estudo for trabalhar com placebo, o sujeito deve ser informado de tal possibilidade, assim como também deve ser informado de possíveis desconfortos e riscos durante o tratamento.

O sujeito tem o direito de conhecer os métodos alternativos para o tratamento, caso existam, antes de decidir participar do estudo. Ele também deverá saber qual será a rotina do estudo, ou seja, quantas visitas serão necessárias, a necessidade de internação, os horários de atendimento e também a identificação da equipe e a forma de contato, caso ocorra alguma emergência.

O pesquisador deve deixar bem claro ao sujeito que, em qualquer momento, ele poderá sair do estudo sem prejuízo de seu tratamento, e que sua participação no estudo, assim como todas as informações relacionadas a sua pessoa, serão sigilosas – somente terão acesso a elas

pessoas autorizadas. Mesmo se o estudo vier a ser publicado, a identidade do sujeito de pesquisa permanecerá confidencial.

De acordo com a regulamentação nacional, não é permitido remunerar nenhum sujeito de pesquisa. Assim, o sujeito deve ser informado que ele será ressarcido de todos os gastos relacionados à pesquisa (condução, alimentação, hospedagem) e indenizado em caso de dano relacionado ao estudo.

A duração esperada da participação do sujeito no estudo, assim como o número aproximado de sujeitos envolvidos, também deve constar no TCLE.

Conforme citado por Silva, Oliveira e Muccioli⁽⁶⁾, o principal desafio na obtenção do consentimento é garantir a compreensão do indivíduo, principalmente em um país como o nosso, em que os sujeitos são mais vulneráveis devido às condições sociais, culturais e econômicas diferenciadas. O texto deve ser estruturado de modo a facilitar a compreensão, por exemplo, as frases e os parágrafos não devem ser muito longos e a linguagem deve ser compreensível. Burman, Breese, Weis, et al.⁽⁷⁾ citaram em seu estudo a Escala Flesh-Kincaid – que se baseia num método de contagem de sílabas para calcular o nível de leitura esperado de acordo com o nível de educação escolar. Esse método, porém, não tem sido muito utilizado, pois os pesquisadores consideram que nem o tamanho da palavra tampouco o da sentença possam indicar a índice de compreensão de um texto.

O TCLE é utilizado eventualmente como documento para prevenir e/ou eximir responsabilidades dos pesquisadores. Clotet, Goldim e Francisconi⁽⁸⁾ assim se manifestam:

“Em alguns projetos de pesquisa os termos de consentimento informado são tão longos e de difícil compreensão que não poderiam ser utilizados na prática de forma adequada. Estes documentos poderiam ser caracterizados apenas como instrumentos burocráticos, com a finalidade de cumprir exigências de normas nacionais e internacionais. Na realidade alguns deles têm uma redação tão técnica e detalhada que sua finalidade parece ser outra. Poderiam ser caracterizados como pretensos termos de isenção de responsabilidades para o pesquisador e eventuais patrocinadores, na medida em que todas as informações estão ali contidas e o participante autorizou a realização dos procedimentos.”

O termo até pode respaldar o pesquisador, porém não se pode esquecer que sua finalidade é informar o sujeito de pesquisa com o objetivo de formalizar o seu consentimento.

OBTENÇÃO DO TCLE

O Documento das Américas (Organização Pan-Americana de Saúde, 2005)⁽⁹⁾ e o Manual para Boa Prática Clínica (Guideline for Good Clinical Practice, 1996)⁽¹⁰⁾ indicam algumas pautas para a obtenção do consentimento Informado. Elas serão comentadas a seguir.

O consentimento deve ser obtido do sujeito ou de seu representante legal, antes da participação no estudo, e deve ser voluntário. Em nenhum momento a pessoa deve se sentir obrigada, influenciada ou coagida para tal. O termo deve ser documentado, assinado e datado e uma cópia deve ser entregue para o sujeito.

No caso de menores de idade, os representantes legais considerados, ambos, pai e mãe, ou alguém instituído por decisão judicial – o tutor – têm de assinar o TCLE; se o menor for capaz de entender, deve assentir (assinar e datar pessoalmente). Se os pais não puderem estar presentes para assinar no mesmo dia, o termo pode ser assinado em dois dias, porém, o investigador e a testemunha devem assinar novamente e fazer um adendo esclarecendo. Caso os pais do sujeito sejam menores de idade, deverá ser requerida a certidão de casamento ou o documento de emancipação; se um deles ou ambos forem falecidos, o atestado de óbito, juntamente com o documento de tutoria, será requerido.

De acordo com o Código Civil brasileiro, a capacidade civil é aferida de acordo com a idade cronológica da pessoa, com o alcance da idade de 18 anos, quando, a princípio, pela ausência de perturbações ou doenças mentais e outras causas que interfiram na capacidade de consentir da pessoa, se atingiria a capacidade civil plena.

Em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição de sua capacidade de consentimento (por exemplo, idosos), deverá haver justificativa da escolha dos sujeitos de pesquisa com aprovação do CEP, assim como deverá haver o consentimento do responsável legal, juntamente com o consentimento do sujeito.

O idioma utilizado na obtenção do termo e no próprio termo deverá ser o mesmo do indivíduo e a linguagem

utilizada para esclarecimento de dúvidas deverá ser clara. O indivíduo ou seu representante legal deve ter tempo suficiente para decidir e para esclarecer eventuais dúvidas. Caso nenhum deles possa ler, deve estar presente uma testemunha imparcial durante todo o processo, que também deverá assinar e datar o formulário.

Em um estudo atual, Goldim Pithan, De Oliveira e Raymundo⁽¹¹⁾ verificaram que os pacientes que leram e assinaram o termo individualmente após terem participado de uma sessão explicativa com a ajuda de recurso áudio visual assimilaram e compreenderam melhor as informações contidas no termo.

Para uma aplicação adequada do TCLE, deve-se considerar que estão sendo levados esclarecimentos e informações ao sujeito de pesquisa sobre o estudo, e que ele deve compreendê-los e esclarecer todas as suas dúvidas antes de assinar o TCLE. Além disso, conforme Hanshkov⁽¹²⁾, devem ser respeitadas as capacidades e deficiências do sujeito, garantida sua liberdade tanto de entrar quanto de sair do estudo a qualquer momento, sempre respeitando-se a confidencialidade dos dados e o sigilo em relação ao sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O termo de consentimento livre e esclarecido é de extrema importância, tanto para o sujeito quanto para o pesquisador, pois ele os respaldará durante todo o processo de pesquisa. Assim, concluímos que, para exercer sua função, o termo deve ser escrito de forma clara, com linguagem simples e direta, sendo compreensível para pessoas de qualquer nível de escolaridade. O termo deve conter todas as informações importantes do estudo, como os exames que serão realizados, os braços do estudo, o objetivo do estudo, seus riscos e benefícios. Além disso, algumas normas devem ser seguidas, como preconiza o Manual para Boa Prática Clínica, o Documento das Américas, a Instrução Normativa n. 4/09 e diversas resoluções (RDC n. 39/08, n. 196/96, n. 240/97 e n. 251/97).

No momento de aplicação do termo, as dúvidas do sujeito devem ser esclarecidas e o termo deve ser bem explicado. O sujeito deve se sentir à vontade para decidir e é importante também que lhe seja dado tempo para pensar e conversar com familiares, caso ache necessário. A aplicação do termo deve ser feita em um local tranquilo, para que não ocorram interrupções e o paciente se sinta tranquilo para fazer eventuais questionamentos.

Ao aplicar o termo o pesquisador deve manter-se neutro para não influenciar o sujeito, já que o sujeito normalmente tem grande afinidade e confiança pelo pesquisador por ele ser, na maioria das vezes, seu médico.

Muitos sujeitos acabam entrando no estudo somente levando isso em consideração, sem analisar as questões relacionadas ao estudo e à sua saúde.

REFERÊNCIAS

1. Miranda, EB. Perfil de Publicações Científicas (ano 2005) referentes às pesquisas clínicas (fase III) à luz da bioética. 2007. 99 f. Tese (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP.
2. Lousana, G. Pesquisa clínica no Brasil. 1. ed. São Paulo: Revinter, 2007.
3. Estigara, A. Consentimento livre e esclarecido na pesquisa envolvendo seres humanos. A distância entre o “dever ser” e o “ser”. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1.144, 19 ago. 2006. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/8803>>. Acesso em: 6 nov. 2010.
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996 out 16. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>.
5. Revista Bioética. O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 3, n.1, p. 51-9, 1995.
6. SILVA LMP, Oliveira F, Muccioli C. O processo de consentimento na pesquisa clínica: da elaboração à obtenção. Arq Bras Oftalmol. 2005;68(5):704-7.
7. Burman W, Breese P, Weis S, et al. The effects of local review on informed consent documents from a multicenter clinical trials consortium. Control Clinical Trials. 2003 Jun;24(3):245-55.
8. Clotet J, Goldim JR, Francisconi CF. Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
9. Organização Pan-Americana de Saúde. Boas práticas clínicas: documento das Américas. República Dominicana, março 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/boaspraticas_americas.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.
10. Guideline for Good Clinical Practice (GCP). Disponível em: <<http://www.ich.org/lob/media/media482.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2010.
11. Goldim JR, Pithan CF, De Oliveira JG, Raymundo MM. O processo de consentimento livre e esclarecido em pesquisa: uma nova abordagem. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(4):372-4.
12. Hanshkov, V. Pesquisa clínica no Brasil: da bioética à responsabilidade civil. 2007. 139 f. Tese (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo-SP.

TOP 10

1. O IMPACTO DO USO DE BENGALA NA DOR, FUNÇÃO, SAÚDE GERAL E GASTO ENERGÉTICO DURANTE A CAMINHADA EM PACIENTES COM OSTEOARTRITE DE JOELHOS: UM ESTUDO CONTROLADO E RANDOMIZADO

Impact of cane use on pain, function, general health and energy expenditure during gait in patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. Jones A, Silva PG, Silva AC, Colucci M, Tuffanin A, Jardim JR, Natour J. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(2):172-9

Os autores realizaram o estudo com o objetivo de avaliar o impacto do uso diário de bengala durante a marcha na dor, função, saúde geral e gasto energético em pacientes com osteoartrite de joelhos. Foram randomizados 64 pacientes em dois grupos: experimental (GE) e controle (GC). Os pacientes do GE foram orientados a usar bengala diariamente por dois meses, enquanto o GC não utilizava. As avaliações foram realizadas antes da randomização e após 30 e 60 dias. A dor foi avaliada por uma escala visual analógica (EVA), a função pelos instrumentos Womac e Lequesne, a saúde geral pelo SF-36 e o gasto energético pela análise de gases durante o teste de caminhada de seis minutos. Os resultados mostraram que o GE melhorou significativamente a dor, a função, a qualidade de vida (domínios de dor e aspectos físicos) e a distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos em relação ao GC. No teste de caminhada de seis minutos com o uso da bengala, o GE melhorou de forma significativa o gasto energético, a produção de dióxido de carbono e o equivalente metabólico comparado ao GC. Os autores concluíram que a bengala pode ser usada para reduzir a dor, melhorar a função e a qualidade de vida de pacientes com OA de joelhos. A prescrição de bengala deve, contudo, levar em conta que o gasto energético aumenta durante o primeiro mês de uso, enquanto esse gasto é reduzido no segundo mês devido à adaptação ao uso de bengala. O estudo foi comentado no editorial da publicação *Annals of Rheumatic Diseases*.

2. ALTERAÇÕES NA MASSA E FORÇA MUSCULARES NOS MEMBROS INFERIORES APÓS PERDA DE PESO EM PACIENTES OBESOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO: UM ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO

Changes in lower extremity muscle mass and muscle strength after weight loss in obese patients with knee osteoarthritis: a prospective cohort study. Henriksen M, Christensen R, Daneskiold-Samsøe B, Bliddal H. *Arthritis Rheum.* 2012;64(2):438-42

A obesidade e a osteoartrite (OA) frequentemente coexistem e uma doença aumenta o risco da outra. A perda ponderal em indivíduos com OA de joelhos determina uma melhora na dor e na incapacidade. Uma preocupação que existe, porém, é se a perda ponderal tem efeito deletério na massa muscular, especialmente na população idosa. O objetivo do estudo foi investigar os efeitos da perda de peso induzida por dieta hipocalórica na massa muscular de membros inferiores e na força muscular de joelhos em pacientes com osteoartrite (OA) de joelhos e as associações desses efeitos. Foram recrutados 159 pacientes com OA de joelhos, submetidos à avaliação da composição corporal por meio de DEXA e ao teste de força muscular isométrica do joelho em extensão e flexão. As informações foram obtidas como parte de um estudo controlado e randomizado com mensurações antes e depois de uma intervenção de 16 semanas com uma dieta hipocalórica supervisionada para perda de peso. Os pacientes reduziram uma média de 12,9 kg (13%) em relação ao peso inicial e também melhoraram a dor e a incapacidade. A redução de peso consistiu de 10,9 kg de massa gorda, dos quais 3,8 kg foram de massa gorda nas pernas. A massa magra total reduzida em 1,9 kg, da qual 0,785 kg foi na massa magra das pernas. A força muscular absoluta reduziu 3,5 % para extensão e 4,8% após a perda ponderal, enquanto a força muscular ajustada para o peso corporal aumentou 11%-12%. Na avaliação inicial, a massa magra nas pernas foi significativamente relacionada à força muscular, porém, não houve correlação das alterações

nessas medidas no acompanhamento. Os autores concluíram que a perda de peso induzida por dieta hipocalórica determina reduções independentes de massa muscular e força. A perda ponderal foi acompanhada de aumento relativo na força muscular assim como melhora na dor e incapacidade. Os resultados sugerem, ainda, que perdas ponderais significantes em pacientes com OA de joelhos devem ser acompanhadas por um programa de exercícios que mantenha ou aumente a massa muscular.

3. INFILIXIMABE MAIS METOTREXATO É SUPERIOR AO METOTREXATO SOZINHO NO TRATAMENTO DA ARTRITE PSORIÁSICA EM PACIENTES VIRGENS DE METOTREXATO: ESTUDO RESPOND

Infliximab plus methotrexate is superior to methotrexate alone in the treatment of psoriatic arthritis in methotrexate-naïve patients: the RESPOND study. Baranauskaite A, Raffayová H, Kungurov NV, et al. Ann Rheum Dis. 2012;71:541-8

Foi realizado um estudo aberto, com pacientes acima de 18 anos, com artrite psoriásica (PsA) ativa, virgens de metotrexato (MTX) ou demais DMARDs (N=115), randomizados aleatoriamente (1:1) para receber Infiliximabe (5mg/kg) nas semanas 0, 2, 6 e 14 mais MTX (15 mg/sem); ou MTX (15mg/sem) sozinho. O *end point* primário foi a resposta ACR 20 na semana 16. Desfechos secundários incluíram o PASI 75, DAS 28, dosagens de PCR, avaliação de dactilite e entesite e ocorrência de eventos adversos. Foi encontrado como resultado que, na semana 16, 86,3% dos pacientes que receberam Infiliximabe + MTX e 66,7% dos que receberam MTX sozinho alcançaram a resposta ACR 20 ($p < 0,02$). Dos pacientes cuja base do PASI foi de 2,5 ou maior, 97,1% dos que receberam infliximabe + MTX em comparação com 54,3% recebendo MTX sozinho experimentaram uma melhora de 75% ou mais no PASI 75 ($p < 0,0001$). Melhoras nos níveis de proteína C reativa e DAS28 e as taxas de remissão, fadiga, dactilite e duração da rigidez matinal foram também significativamente maiores no grupo que recebeu infliximabe + MTX. A ocorrência de eventos adversos foi maior no grupo infliximabe + MTX, 46% (26/57) e dois pacientes tiveram evento adverso grave, comparado com 24% (13/54) de eventos adversos, nenhum deles grave, no grupo que recebeu MTX sozinho. Com base nesses dados, os autores

concluíram que o tratamento com infliximabe + MTX em pacientes virgens de MTX com PsA ativa demonstraram taxas de resposta ACR 20 e PASI 75 maiores em comparação com o MTX sozinho, sendo em geral bem tolerado.

4. ESTUDO COMPARATIVO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E ULTRASSONOGRAFIA POWER DOPPLER DE CALCANHAR EM PACIENTES COM ESPONDILOARTRITES COM OU SEM DOR NO CALCANHAR E CONTROLES

Comparative study of MRI and power Doppler ultrasonography of the heel in patients with spondyloarthritis with and without heel pain and in controls. Feydy A, Lavie-Brion MC, Gossex L, et al. Ann Rheum Dis. 2012;71:498-503

As imagens de entesopatia do calcânhar são potencialmente úteis no diagnóstico e monitoramento das espondiloartrites (SpA). O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade de diagnóstico da ressonância magnética (MRI) e ultrassonografia com Power Doppler (PDUs) do calcânhar para distinguir pacientes com SpA de controles e de distinção entre pacientes com e sem SpA com entesopatia. Foi realizado um estudo transversal, em único centro, com 51 pacientes (102 calcânhares) com espondiloartrite definida segundo os critérios de Amor. Pacientes com lombalgia não inflamatória (n=24; 48 calcânhares) foram incluídos como controles. Foram obtidas imagens de MRI e PDUs de calcânhares bilateral por dois radiologistas especialistas em musculoesquelético, cegos para dados clínicos e biológicos no mesmo dia da avaliação clínica. Os dados foram analisados por paciente e por calcânhar. Nem a MRI nem a PDUs puderam discriminar entre pacientes com SpA e controles; o edema ósseo na MRI foi a única anormalidade específica para SpA (94%), mas com baixa sensibilidade (22%). No entanto, os calcânhares de pacientes com SpA e dor tinham mais anormalidades inflamatórias (81% pela MRI, 58% por PDUs) do que nos calcânhares de paciente se queixa de dor (56% na RM, 17% em PDUs). Sendo assim, os autores concluíram que a MRI e PDUs de calcânhar de paciente com SpA frequentemente demonstram lesões inflamatórias, particularmente em pacientes sintomáticos. No entanto, estes exames também foram frequentemente anormais em controles. Estes resultados sugerem que a MRI e PDUs de calcânhar não podem ser usadas para diagnóstico de

SpA. Entretanto, podem ser úteis na descrição e avaliação de entesites em pacientes com SpA e dor no calcanhar.

5. INCLUSÃO DE BAIXAS DOSES DE PREDNISONA AO USO DE METROTEXATO, COM CONTROLE RIGOROSO, PARA TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE INICIAL: UM ESTUDO RANDOMIZADO

Low-dose prednisone inclusion in a methotrexate-based, tight control strategy for early rheumatoid arthritis: a randomized trial. Bakker MF, Jacobs JWG, Welsing PMJ, et al. *Ann Intern Med.* 2012; 156:329-39

A artrite reumatoide (AR) deve ser tratada o mais rápido possível após o diagnóstico. O prognóstico a curto e longo prazo é melhor se a remissão for induzida precocemente. Isto pode ser conseguido utilizando-se estratégias de controle rígido da atividade da doença por ajuste de medicações. O objetivo primário deste estudo foi verificar se a associação de metotrexato (MTX) com doses baixas de prednisona desde o início do tratamento da AR inicial (< 1 ano) poderia ter efeito como modificador de doença inibindo o dano erosivo articular. O objetivo secundário foi investigar se a estratégia com prednisona poderia ser mais efetiva clinicamente que a sem prednisona. De 2003 a 2008, 239 pacientes com AR foram elegíveis para este estudo, prospectivo, randomizado, duplo-cego, placebo-controlado, multicêntrico, de dois anos de duração (Camera II). Os pacientes foram randomizados em dois grupos: o que recebeu MTX (dose inicial de 10 mg/semana) e prednisona (10 mg/d) e o outro que recebeu MTX (dose inicial de 10 mg/semana) e placebo. O MTX era aumentado mensalmente em 5 mg até a dose máxima de 30 mg, conforme os critérios de resposta definidos para remissão. O dano articular após dois anos foi limitado e menor no grupo que recebeu MTX e prednisona (n=117) que no grupo que recebeu MTX e placebo (n=119). A utilização de MTX e prednisona foi também mais efetiva na redução da atividade de doença e incapacidade física, encontrando remissão sustentada e evitando a adição de ciclosporina ou tratamento biológico. Os efeitos adversos foram similares entre ambos os grupos. Como conclusão, evidenciou-se que a introdução de baixa dose de prednisona associada ao MTX, no início de tratamento da AR inicial, tem melhor eficácia nestes pacientes.

6. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE (SAF) COM OU SEM ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES (A CHAMADA “SAF SERONEGATIVA”)

Clinical manifestations of antiphospholipid syndrome (APS) with and without antiphospholipid antibodies (the so-called “seronegative APS”). Rodriguez-Garcia JL, Bertolaccini ML, Cuadrado MJ, et al. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:242-4

Embora a literatura médica apresente um crescente número de relatos de casos de pacientes com SAF e persistentemente anticorpos antifosfolípides negativos, ainda não havia relatos de uma série de pacientes enfocando os aspectos clínicos desta condição. Neste estudo, os autores descrevem as manifestações clínicas em uma série de pacientes com SAF seronegativa e comparam suas características com um subtipo de pacientes, todos preenchendo os critérios de classificação de Sidney para SAF definida. Entre março e setembro de 2010 foram incluídos 154 pacientes com manifestações clínicas de SAF, sendo que 87 pacientes eram SAF seropositivas e 67 pacientes eram SAF seronegativas. Em adição ao critério clínico principal (trombose vascular e/ou morbidade gestacional), a presença de ao menos duas das seguintes manifestações eram requeridas: livedo reticularis, fenômeno de Raynaud, enxaqueca, coreia, disfunção cognitiva, convulsão, esclerose múltipla-like, lesão de substância branca cerebral (RNM), doença valvar mitral ou aórtica, um ou dois abortos espontâneos < 10 semanas e trombocitopenia < 100.000/mm³. Pacientes com evidência clínica ou história de vasculite foram excluídos deste estudo. Como resultado, não houve diferença estatisticamente significativa na frequência dos eventos trombóticos ou morbidade gestacional nos pacientes com SAF seronegativos *versus* pacientes com SAF seropositivos: TVP (31,4% vs 31,0%), TEP (23,8% vs 28,7%), AVC (14,9% vs 17,2%), TIA (11,9% vs 10,3%), abortos espontâneos (67,1% vs 52,1%), nascidos mortos (62,5% vs 59,4%), prematuridade (28,1% vs 21,7%) ou pré-eclâmpsia (28,1% vs 23,1%). Os autores concluem, portanto, que a SAF clássica e a SAF seronegativa mostram perfis similares e que o diagnóstico e o tratamento da SAF poderiam não somente ser baseados na presença de anticorpos antifosfolípides, evitando trombozes recorrentes e resultados desfavoráveis materno/fetal.

7. TEMPO DE TRANSIÇÃO ENTRE OS PADRÕES DE CAPILAROSCOPIA NA ESCLEROSE SISTÊMICA

Timing of transition between capillaroscopic patterns in systemic sclerosis. Sulli A, Pizzorni C, Smith V, Zampogna G, Ravera F, Cutolo M. *Arthritis & Rheumatism*. 2012 March;64(3):821-5

O tempo de progressão dos estágios precoces para os tardios da microangiopatia da esclerose sistêmica (ES), detectados pela capilaroscopia da base ungueal (CBU), ainda não foi bem estabelecido. Com base neste fato, os autores decidiram estudar este tempo de progressão, como processo dinâmico e sequencial. Trata-se de um estudo longitudinal de médio prazo, em que foram avaliados 38 pacientes com esclerose sistêmica (ES), com média de duração da doença de 12 meses, média de idade de 46 anos, média de duração do fenômeno de Raynaud (FR) de cinco anos, todos com padrão de microangiopatia da ES precoce, analisadas por CBU, monitorados e gravados em sua evolução, com média de seguimento de 84 meses. Os pacientes com ES foram elencados no estudo desde que apresentassem FR e padrão precoce à CBU e/ou autoanticorpos não específicos e/ou outros sintomas relacionados; deveriam ainda preencher tanto os Critérios Le Roy para classificação da ES precoce, ou do ACR para ES. Todos apresentavam FR secundário bem como foram avaliados clínica e laboratorialmente, e para a presença de dismotilidade esofagiana, testes de funções pulmonares, teste de capacidade de difusão de CO, CT de tórax, ecocardiografia Doppler, função renal e avaliação arterial renal por Doppler, Doppler para hipertensão arterial pulmonar por cateterização. Todos os pacientes receberam aspirina e buflomedil; 40% foram tratados com ciclosporina no decorrer do estudo, da mesma forma como os prostanoides foram utilizados se houvesse indicação clínica. A cada seis meses eram refeitas as CBU, pelo mesmo profissional, nos 2º, 3º, 4º e 5º quirodáctilos bilaterais, sob a mesma temperatura ambiente. Com base na observação da CBU inicial, os capilares foram considerados conforme a presença ou aumento de capilares gigantes, hemorragias, perdas de capilares, desorganização da matriz microvascular e ramificações capilares; foram dadas notas de 0-3 para cada parâmetro (0=sem alterações; 1=<33% de alterações-reduções/mm linear; 2=33%-66% de alterações-reduções/mm linear; 3=>66% de alterações-reduções/mm linear) e classificadas como padrão microangiopático precoce, ativo ou tardio. Análises estatísticas: foram utilizados os testes de Mann-Whitney, qui-quadrado e análise de variância de Bonferroni/Dunn; considerados $P<0,05$ como significantes. Resultados: no final do seguimento, em 47% dos pacientes permaneceram com padrão de ES precoce à CBU, 34% com padrão de ES ativo, 13% com padrão tardio e 5% com padrão normal. A média \pm SD do tempo de progressão dos padrões precoces para os ativos, e dos precoces para os tardios foram, respectivamente de 28 ± 20 meses e 36 ± 29 meses. No subgrupo dos que evoluíram dos padrões precoces para os tardios, o tempo de progressão dos precoces para os ativos foi somente de 8 ± 1 meses ($P=0,01$), demonstrando que existe um subgrupo que progride a microangiopatia rapidamente. Já os sintomas clínicos de acometimento da ES progridem de acordo com as alterações morfológicas à CBU em 60% dos pacientes com ES. Os resultados deste estudo demonstram uma transição dinâmica do dano microvascular, avaliados à CBU, em aproximadamente 50% dos pacientes com ES. É recomendável que os pacientes que demonstram rápida progressão dos padrões precoces para os ativos (<1ano) devam ser monitorados frequentemente, pois as evidências deste estudo sugeriram que a rápida progressão clínica se correlaciona com as progressões para os padrões tardios das microangiopatias, vistas à CBU.

mm linear; 3=>66% de alterações-reduções/mm linear) e classificadas como padrão microangiopático precoce, ativo ou tardio. Análises estatísticas: foram utilizados os testes de Mann-Whitney, qui-quadrado e análise de variância de Bonferroni/Dunn; considerados $P<0,05$ como significantes. Resultados: no final do seguimento, em 47% dos pacientes permaneceram com padrão de ES precoce à CBU, 34% com padrão de ES ativo, 13% com padrão tardio e 5% com padrão normal. A média \pm SD do tempo de progressão dos padrões precoces para os ativos, e dos precoces para os tardios foram, respectivamente de 28 ± 20 meses e 36 ± 29 meses. No subgrupo dos que evoluíram dos padrões precoces para os tardios, o tempo de progressão dos precoces para os ativos foi somente de 8 ± 1 meses ($P=0,01$), demonstrando que existe um subgrupo que progride a microangiopatia rapidamente. Já os sintomas clínicos de acometimento da ES progridem de acordo com as alterações morfológicas à CBU em 60% dos pacientes com ES. Os resultados deste estudo demonstram uma transição dinâmica do dano microvascular, avaliados à CBU, em aproximadamente 50% dos pacientes com ES. É recomendável que os pacientes que demonstram rápida progressão dos padrões precoces para os ativos (<1ano) devam ser monitorados frequentemente, pois as evidências deste estudo sugeriram que a rápida progressão clínica se correlaciona com as progressões para os padrões tardios das microangiopatias, vistas à CBU.

8. TOCILIZUMABE: UMA NOVA TERAPÊUTICA PARA PACIENTES COM VASCULITES DE GRANDES VASOS

Tocilizumab: A Novel Therapy for Patients with Large-vessel Vasculitis. Salvarani C, Magnani L, Catanoso M, et al. *Rheumatology*. 2012; 51(1): 151-6

Arterite de Takayasu (AT) e arterite de células gigantes (ACG) são vasculites primárias de grandes vasos arteriais (AGV) que acometem predominantemente a aorta e seus maiores ramos, sendo tratadas, na grande maioria dos casos, com corticoesteroides (CE). Apesar destes, muitos pacientes voltam a apresentar atividade da doença ao se tentar a redução da dose, ou mesmo a retirada completa deste fármaco. Nestas situações, existem algumas evidências de que o metotrexato (MTX) e as drogas

biológicas inibidoras de interferon alfa (TNF- α) podem ser utilizados como tentativas de poupar doses elevadas de CE e de indução do controle das doenças, respectivamente, embora nem sempre significativamente eficazes. Os autores propuseram um estudo aberto e não controlado, utilizando o tocilizumabe (TCZ) em apenas quatro pacientes (dois com AT e dois com ACG), cujo objetivo inicial foi o de normalização de todos os parâmetros utilizados para acompanhamento das atividades destas arterites (avaliações clínicas, marcadores de atividade inflamatória e PET/CT). Como objetivos secundários, focaram o decréscimo das doses de CE e a remissão parcial das atividades de doenças (normalização dos índices clínicos e laboratoriais, mas não dos achados de PET/CT). Dois destes pacientes apresentavam reatividade da doença quando se tentava a diminuição das doses de CE (um com MTX e outro com TNF- α associados aos CE); outros dois eram “naïve” de tratamento. Foram avaliados: VHS, PCR, IL-6 e s-IL-6R mensalmente, PET/CT antes e após o tratamento, avaliação clínica antes, na metade e no final do tratamento, através do uso da ferramenta Indian Takayasu Activity Score (ITAS) e dos índices de Kerr. Em todos os pacientes foi utilizada a dose de 8mg/kg/dose de TCZ, mensal, endovenoso, por período de seis meses, com estudos da atividade das doenças, tolerabilidade (por avaliações clínicas e laboratoriais) no início e a cada mês de tratamento. Discussão e resultados: a IL-6 é uma citocina pleiotrópica que exerce grandes efeitos locais e sistêmicos pró-inflamatórios; sabidamente o complexo IL-6/s-IL-6R tem demonstrado ser a chave principal na patogênese das AGV, correlacionando-se a atividade destas doenças com a elevação de seus níveis, sendo expressos inclusive no tecido aórtico dos pacientes com AT; IL-6 induz a produção de proteínas de fase aguda inflamatória responsáveis pelas manifestações clínicas constitucionais, induz indiretamente a diferenciação de células Th17, as quais desempenham papel ativo na ACG; além disso, o bloqueio de s-IL-6R pelo TCZ, demonstrado neste e em outros estudos, é efetivo na contenção da inflamação e da melhora sintomática dos pacientes com AGV. Estas ações do IL-6/s-IL-6R corroboraram a utilização do TCZ nas AGV, que, no presente estudo, demonstrou resposta satisfatória clínico-laboratorial e de melhora nos parâmetros observados ao PET/CT em todos os casos;

três pacientes obtiveram remissão total, e uma remissão parcial, tendo permanecido com 20mg/semana de MTX; no final dos seis meses do estudo apenas um paciente, inicialmente refratário ao tratamento, permaneceu com a dose de 2,5mg/dia de CE. Não foram observados efeitos adversos infusionais ou infecciosos com o uso do TCZ; em apenas um paciente houve elevação transitória das enzimas hepáticas após a segunda infusão. Conclusões: apesar de ser um estudo com pouca casuística, pouco tempo de seguimento dos pacientes e ausência de pacientes portadores de ACG com acometimento craniano, o uso de TCZ, apesar do alto custo deste fármaco, pode representar uma alternativa terapêutica promissora, reservada principalmente para os casos refratários aos tratamentos com CE, TNF- α , pouca efetividade com o uso de MTX como poupador de CE e para aqueles em que os CE são contraindicados. Estudos randomizados, de longo prazo e que demonstrem a eficácia e segurança do TCZ, são necessários para a confirmação destas hipóteses.

9. PROGRESSÃO DA DISMOTILIDADE ESOFAGIANA NA ESCLEROSE SISTÊMICA

Progression of esophageal dysmotility in systemic sclerosis. Vischio J, Saeed F, Karimeddini M, et al. DOI: 10.3899/jrheum.110923. Disponível em: <<http://www.jrheum.org/content/early/2012/02/28/jrheum.110923>>

A função esofagiana é afetada em torno de 90% dos pacientes com esclerose sistêmica (ES). A disfunção tipicamente afeta os dois terços distais do esôfago, com paresia de esfíncter esofagiano inferior e redução do peristaltismo, levando a refluxo gastroesofágico e todas as possíveis complicações deste (esofagite erosiva, esôfago de Barrett e câncer esofagiano). O objetivo do estudo foi avaliar longitudinalmente a motilidade esofagiana e os fatores de risco para progressão da dismotilidade esofagiana em pacientes com ES cutânea limitada (ESCL) e cutânea difusa (ESCD). Foram avaliados 382 estudos de cintilografia de trânsito esofágico (CTE) de 102 pacientes com ES. Independente de terem sintomas gastrointestinais, todos os pacientes foram submetidos à cintilografia esofágica no momento do diagnóstico e, depois, anualmente. Todos os indivíduos estudados tinham ao menos dois exames, durante o período de 14 anos do estudo.

A média de idade foi de 51,6 anos, 89% eram mulheres e a média de duração de doença a partir do início do fenômeno de Raynaud foi de $6,9 \pm 5,0$ anos. Na época do diagnóstico, 80 pacientes apresentavam ESCL e 22 apresentavam ESCD; 54,9% tinham pirose, 41,2% regurgitação e 5,9% disfagia, sendo que, durante o estudo, esses valores passaram a 70,5%, 56,8% e 24,5%, respectivamente. A CTE foi realizada nas posições sentada e supina, com a seguinte gradação, segundo a porcentagem e o tempo de esvaziamento esofágico: Grau 0 – mais de 90% em menos de 15 segundos; Grau 1 – 50%-90% em até 30 segundos; Grau 2 – 50%-90% em até 60 segundos; Grau 3 – <50% em até 60 segundos. A dismotilidade esofágica foi considerada presente quando ao menos uma das porções esofágicas (superior ou inferior) em ao menos uma das duas posições de exame revelou dismotilidade, e a progressão da dismotilidade foi definida quando houve piora na gradação em qualquer região esofágica. Sessenta e oito (66,7%) pacientes apresentaram dismotilidade esofágica em algum período durante o estudo. A proporção de CTE mostrando dismotilidade foi significativamente maior nos pacientes com ESCD quando comparados aos com ESCL (95,4% vs 58,8%, $p<0,01$). Uma CTE anormal foi associada com pirose ($p<0,01$) e regurgitação ($p<0,01$), mas não com disfagia. Cinquenta e cinco (77,5%) pacientes tomando medicações antirrefluxo tiveram CTE anormal, comparando-os com 13 (41,9%) que não as tomavam ($p<0,01$). Usando análise multivariada com modelo de múltipla regressão logística, ESCD e regurgitação foram os únicos achados independentes significativamente associados com CTE anormal. O *odds ratio* ajustado para CTE anormal em pacientes com ESCD foi 12,7 vezes maior (IC 95% 1,4-111,1) do que para aqueles com ESCL ($p=0,02$), e para regurgitação o valor foi 5,8 vezes maior (IC 95% 1,8-18,9) para pacientes com regurgitação quando comparados àqueles sem regurgitação ($p=0,04$). Com tempo médio de seguimento de 7 anos, 21 (95,5%) pacientes com ESCD mostraram piora na dismotilidade esofágica, enquanto um (4,5%) não mostrou variação. Com tempo médio de 6,8 anos de seguimento, 47 (58,8%) pacientes com ESCL apresentaram piora na dismotilidade esofágica, 15 (18,8%) não tiveram variação e 18 (22,5%) tiveram melhora. Os autores discutem que o achado de maior prevalência de dismotilidade esofágica

em pacientes com ESCD está em acordo com dados da literatura. Além disso, sugerem que a maior frequência de uso de medicações antirrefluxo nesses pacientes seja devida ao acometimento esofágico mais grave. Seus dados sugerem que a vasta maioria dos pacientes com ESCD apresentará deterioração da motilidade esofágica, o que não ocorre naqueles com ESCL, em que alguns podem até apresentar melhora. Embora não haja um grupo controle para comparação, esses dados chamam a atenção para a necessidade de exames esofágicos seriados na ES, a fim de detectar as complicações mais comuns da dismotilidade.

10. UM GUIA DE PREDIÇÃO CLÍNICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE LINFOMA EM SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA

A Clinical Prediction Rule for Lymphoma Development in Primary Sjögren's Syndrome. Baldini C, Pepe P, Luciano N, et al. DOI: 10.3899/jrheum.110754. Disponível em: <<http://www.jrheum.org/content/early/2012/02/10/jrheum.110754>>

Estudos mostram que a síndrome de Sjögren primária (SSp) é a doença reumática que confere maior taxa de incidência de linfoma. A prevalência de linfoma não Hodgkin (LNH) de células B em pacientes com SSp foi estimada em 5%. Modelos de predição de risco para LNH não estão bem estabelecidos e ainda é difícil a identificação dos pacientes com SSP que terão progressão para linfoma. O objetivo deste estudo foi desenvolver e validar um guia para avaliação de risco para linfoma em pacientes com SSp, baseando-se em medidas clínicas e laboratoriais facilmente disponíveis na prática clínica. Foram avaliados 387 pacientes com diagnóstico de SS segundo o American-European Consensus Group 2002 criteria, com idade maior ou igual a 18 anos e sem diagnóstico de linfoma. Os pacientes foram seguidos a partir do diagnóstico de SSp e as variáveis analisadas foram: sexo, duração da doença, presença de olho seco e boca seca, alterações oculares (testes de Schirmer, Rosa-Bengala ou lissamina verde), aumento periódico de parótidas e sinais ou sintomas de envolvimento extraglandular (artrite, doença intersticial pulmonar, vasculite cutânea, acometimento neurológico periférico e acometimento renal). Com relação às anormalidades laboratoriais, foram

coletadas informações referentes a leucopenia, neutropenia, níveis séricos baixos de C3 e C4, hipergamaglobulinemia, fator reumatoide, anticorpos antinúcleo, anti-Ro, anti-La, presença de crioglobulinemia e soropositividade para hepatites B e C. O diagnóstico de LNH de células B foi comprovado histologicamente em todos os casos. O modelo preditivo foi desenvolvido pelo método de seleção passo a passo em ambiente logístico multivariado. A acurácia do guia de predição foi validada por reamostragem. A média de seguimento dos pacientes foi de seis anos. Durante o seguimento, foram diagnosticados 12 casos de LNH de células B, resultando em uma frequência de 3,1%. Todos eram brancos, com média de idade de 50,5 (33,7-54,7) anos e tempo médio entre diagnóstico da SSp e do linfoma de 17,5 (11,5-24,0) anos. O linfoma Malt salivar foi o mais frequente (7/12), seguido por linfoma difuso de células B (3/12), linfoma nodal de zona marginal (1/12) e linfoma MALT gástrico (1/12). Aumento parotídeo, níveis baixos de C3 e C4 e duração da SSp foram as variáveis associadas à progressão para linfoma na análise univariada. A análise multivariada foi então realizada: aumento de glândula salivar (X1: OR 10,20, $p=0,002$), níveis baixos de C4 (X2: OR 11,53, $p=0,008$) e duração da doença (X3: OR 1,14, $p=0,01$) foram identificados como fatores de risco independentes para LNH

de células B em pacientes com SSp. Os coeficientes β correspondentes foram então usados para calcular o preditor linear $Y = 2,32X_1 + 2,446X_2 + 0,132X_3$, variando de 0 a 6,5, com o maior valor indicando maior risco para o desenvolvimento de linfoma. Entre os pacientes com LNH de células B, o escore mediano de predição foi 4,6 (variando de 3,4 a 5,4), enquanto entre os pacientes que não desenvolveram LNH de células B, o valor foi de 1,1 (variando de 0,4 a 2,5; $p < 0,001$). O desempenho diagnóstico do modelo foi avaliado por análise de curva ROC. Foi obtida área sob a curva de 0,905 (IC 95% 0,815-0,995). Foi utilizado o ponto de corte ótimo de $Y = 4,26$ para determinar os pacientes sob risco de desenvolver LNH de células B, com sensibilidade de 78% e especificidade de 95%. O desempenho preditivo do guia foi avaliado por métodos de reamostragem. Os autores discutem que pela primeira vez foi desenvolvido um guia prático e de fácil acesso para predição de risco de desenvolvimento de linfoma, a partir de fatores de mau prognóstico bem reconhecidos. Outra vantagem potencial discutida é a de que a população do estudo contemplou amplo espectro da SSp, incluindo desde indivíduos com exocrinopatia apenas, até indivíduos com grave acometimento sistêmico, sugerindo que este modelo possa ser aplicado a todos os indivíduos com SSp.

SEÇÃO PUBLICAÇÕES

Contato: Dr. Fábio Jennings, Dra. Hérica Cristiani Barra de Souza, Dra. Nafice Costa Araújo, Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Dr. Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira; e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Revista Paulista de Reumatologia

Em 2002, iniciava-se uma nova gestão da Sociedade Paulista de Reumatologia. O recém-empossado presidente Jamil Natour, cheio de novas ideias, sempre pautadas pela ética e meritocracia, decidiu reformular o órgão oficial de divulgação escrita da SPR. Convocou os doutores Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings e Alexandre Wagner S. Souza para essa recriação. Repletos de energia e inventividade, fizeram surgir o primeiro número desta revista, ainda sem nome definido. Realizou-se uma enquete entre os associados para a escolha do título. Entre as opções, figuravam Artrófilo e Rheuma, periódicos anteriores de inegável qualidade editorial (hoje homenageados com seções batizadas com seu nome). No entanto, *Revista Paulista de Reumatologia* foi a opção eleita. Acreditando no sucesso da *RPR*, os primeiros números publicados não contavam com patrocínio, sendo bancados integralmente pela SPR. A repercussão que se seguiu foi imensa. Surgiram anunciantes e a revista, que inicialmente continha 16 páginas, foi ampliada para 32 páginas, já no início do 2º ano de sua criação. Progressivamente, a *RPR* cresceu, atingindo em alguns números conteúdo editorial de mais de 60 páginas. Em 2010, foi lançado o Suplemento sobre Osteoporose, marco editorial da *RPR*, fruto do inesgotável esforço do Dr. Cristiano A. F. Zerbini. Inesquecíveis as capas artísticas, os editoriais criativos, transbordantes de cultura e sensibilidade, ao longo destes dez anos.

Nas gestões seguintes, dos doutores Manoel Barros Bértolo, Ari Stiel Radu Halpern, José Carlos Mansur Szajubok e Luiz Carlos Latorre, a *RPR* sempre foi valorizada e seus editores, respeitados. Com o apoio de ex-presidentes, em ambiente democrático, sem cerceamento ou censura, a revista exerceu seu direito à liberdade de expressão.

Com o amadurecimento, novas seções foram criadas. Diferentes tópicos foram contemplados. Atualmente, nossa revista enfoca temas de cunho científico, educação, reciclagem médica, ética, defesa profissional, além da valorização do dia a dia do reumatologista e suas experiências pessoais.

A participação de todos os sócios foi sempre estimulada. Não são publicadas apenas matérias escritas por catedráticos, professores, doutores. Seja o colega de consultório, seja de hospital, pesquisador, cientista, do interior, da capital ou litoral, novo, não tão novo, todos têm espaço e são bem-vindos em nossa *RPR*. São aceitos artigos em todas as seções, além de comentários e sugestões na Carta aos Editores. Bons amigos elogiam, grandes companheiros criticam.

10 anos de informação, especialização e serviços

A *Revista Paulista de Reumatologia* procura homenagear grandes nomes da reumatologia paulista, veiculando suas vivências, opiniões e pontos de vista, mas também busca auxiliar o jovem reumatologista em seu caminho, em início de carreira. Perspectivas sobre o mercado de trabalho, novas formas de atuação e procedimentos para agregar valor ao consultório médico são temas frequentemente abordados.

Buscou-se a valorização de todos os serviços de reumatologia do Estado de São Paulo, divulgando-se na seção Raio X os mais importantes e relevantes centros de nossa especialidade.

O reconhecimento de que desfruta a *RPR*, inclusive entre reumatologistas de outros Estados, é a maior recompensa para todos os editores que por aqui passaram. Além dos já lembrados Marcelo, Fábio e Alexandre, não podemos deixar de comentar o empenho e excelência das atuações de Romy Beatriz Christman de Souza, Andrea B. V. Lomonte, Renata F. Rosa, Cristiano A. F. Zerbini, Maria José Nunes, José Alexandre Mendonça, Renê D. Ribeiro Oliveira, Paulo Roberto S. Romanelli, Nafice Costa Araújo, Hérica Cristiani B. Souza e Sandra H. Watanabe. Agradecimentos a todos os que colaboraram com matérias sobre os mais diversos assuntos. Especial gratidão aos sempre presentes doutores José Marques Filho, incansável defensor da ética e boa leitura, e Plínio José do Amaral, propagador da alegria e do bom humor. Com relação à produção editorial da *RPR*, sob a responsabilidade da Et Cetera Editora, os editores da revista (médicos por formação e amadores no mercado editorial) agradecem o brilhante trabalho, além da paciência e compreensão.

Hoje, a *RPR* representa um dos mais importantes canais de comunicação entre os associados e a SPR, um instrumento de e para todos os que desejam o crescimento da reumatologia paulista.

FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA,
NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI,
RENÊ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

Editores

Presidentes



A *Revista Paulista de Reumatologia* surgiu como uma revista “provisória” durante minha gestão, pois gostaríamos de consultar as pessoas antes de uma decisão final sobre o formato e o nome da revista. Este “provisório” ficou tão bom que se tornou definitivo. Parabênzito aos primeiros editores por este feito e aos demais por captarem o espírito lançado naquele momento, melhorando e mantendo a qualidade da revista de nossa querida Sociedade Paulista de Reumatologia.

JAMIL NATOUR



Ao assumir a Presidência da SPR, decidi enfrentar um desafio de muita responsabilidade e trabalho. Nunca, porém, me ocorreu que essa função me traria tanto prazer. Ao terminar meus dois anos de mandato, havia a satisfação do dever cumprido.

Sem dúvida nenhuma, a companhia constante de um grande grupo de amigos com o mesmo objetivo foi a base deste sucesso. Na minha visão, a SPR foi, e sempre será, um exemplo de eficiência, criatividade e arrojo que, de certa forma, reflete o espírito de São Paulo. Neste sentido, nada reflete melhor a alma da SPR do que sua revista.

Na minha gestão, a organização da *Revista Paulista de Reumatologia* já estava nas mãos de um grupo de “reumato-jornalistas” jovem e dinâmico que soube, como ninguém, produzir uma revista excepcional. Ainda hoje, ao ler cada nova edição da *RPR*, vem à minha lembrança a imagem de toda a equipe de colaboradores da SPR (em particular, os responsáveis pela *RPR* à época) trabalhando com empenho e muita animação.

O tempo passou e, como não poderia deixar de ser, a equipe foi sendo renovada. No entanto, o espírito permanece o mesmo, inovando, melhorando, valorizando a eficiência. Só posso me sentir profundamente honrado e feliz por ter participado, um pouco, desta história.

ARI S. RADU HALPERN



Durante nossa gestão perante a SPR, o Conselho Editorial da *Revista Paulista de Reumatologia* contou com total autonomia, como sempre deve ser, e nossa avaliação é muito satisfatória. A reinvenção do formato há dez anos tornou a revista muito mais gostosa de manusear. Tenho saudades das capas extrovertidas, que refletiam um determinado assunto em seu conteúdo, não necessariamente relacionado com a reumatologia, já que não somos seres voltados para um único assunto. A diversidade em todos os campos de nossa vida é fundamental e muito saudável. Gostaria de ressaltar que a tiragem de nossa revista é muito ampla e bem aceita por colegas de outros Estados.

Sinceramente desejo para a próxima década muito mais sucesso, “cutucando” novos autores, abrindo espaço para outros, estimulando os mais tímidos e, se possível, diversificando cada vez mais. Como proposta, poderíamos pensar numa seção destinada a assuntos polêmicos, visando a estimular debates e, assim, enriquecer as opiniões.

Forte abraço a todos do Conselho Editorial.

JOSÉ CARLOS MANSUR SZAJUBOK



No início da gestão 2010-2011, a *Revista Paulista de Reumatologia* passou por algumas modificações, não com o intuito de melhorar, mas para acrescentar oportunidades para o associado atualizar-se, distrair-se, manifestar-se e ser ouvido. Por iniciativa do Conselho Editorial, formado pelos Drs. Cristiano Zerbini, Sandra Watanabe, Andrea Lomonte, Jose Alexandre Mendonça, Maria José Nunes e Renata Rosa, a *RPR* mudou a capa e acrescentou algumas seções, mantendo as anteriores. A capa passou a ter maiores características de revista, contendo o sumário e ilustrações de São Paulo. Passou a contar com uma seção intitulada Artigos Originais/Revisões/Descrição de Casos Clínicos, propiciando a oportunidade de apresentação e discussão de estudos por parte de associados e mesmo de relatos de consultório. A seção Visão do Expert ouviu autoridades em assuntos de nosso interesse, contribuindo para nossa atualização. Pudemos conhecer características de quase todos os Serviços de Reumatologia do Estado, através da seção Raio X. A seção Em Sendo Reumatologista nos deu a oportunidade de conhecer a opinião de reumatologistas experientes em relação a nossa profissão. A seção Lado B – Alma Literária desvendou talentos culturais em vários membros de nossa sociedade. A seção Carta aos Editores nos trouxe, além de opiniões e sugestões importantes, elogios a nossos associados, como, por exemplo, o agradecimento emocionado da paciente Cristina Henrique pelo atendimento exemplar realizado pelo Dr. Henrique Josef a seu esposo, exemplificando, ao jovem reumatologista, a importância do bom relacionamento médico-paciente em nosso dia a dia. A pontualidade na entrega das oito edições foi uma constante. Com a penúltima edição da *Revista*, publicou-se um excelente suplemento sobre osteoporose, um verdadeiro livro, escrito pelas maiores autoridades nacionais no assunto. Críticas surgiram e sempre foram devidamente analisadas. Sugestões sempre foram bem-vindas, ajudando-nos a gerenciar nossa Sociedade. A Sociedade Paulista de Reumatologia vem crescendo muito nos últimos anos. Mudanças sempre serão necessárias. Esperamos que as já realizadas tenham obtido bons resultados. As próximas são inevitáveis e, temos certeza, virão para acrescentar. O atual Conselho Editorial é da mais alta capacidade e estamos aguardando ansiosamente as novas edições.

LUIZ CARLOS LATORRE

Editores e colaboradores



Fiz parte do grupo de editores, juntamente com o Marcelo Pinheiro e o Fábio Jennings, responsável pelo ressurgimento e reestruturação da *Revista Paulista de Reumatologia* em 2002, durante a gestão de Jamil Natour como presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia. A tarefa de contribuir na editoração da revista que representaria a Sociedade Paulista de Reumatologia foi um grande desafio, sobre o qual não tinha ideia de como proceder. Estava descortinando um mundo novo, que me trouxe experiências boas e divertidas, apesar do estresse da correria nos dias que antecederiam o fechamento de cada edição.

Durante cinco anos de edição da *RPR* fui responsável pelos resumos de teses e pelo Top 10, mas frequentemente recebia ajuda dos colegas editores e, sempre que possível, contribuía nas seções sob sua responsabilidade. Era muito gratificante ver a transformação das inspirações em matérias e entrevistas na *Revista*, receber comentários e ver a repercussão do trabalho entre os colegas reumatologistas. Nos anos 2006 e 2007, recebemos a Romy Christman de Souza como uma nova agregada na editoração da *RPR*, o que muito nos auxiliou no desempenho de nossas tarefas. Indubitavelmente, os anos de contribuição para a editoração da *Revista Paulista de Reumatologia* foram anos de experiências boas e divertidas.

ALEXANDRE WAGNER S. DE SOUZA



Em 2002, quando assumiu a presidência da SPR, Jamil Natour nos convidou para sermos – eu, Marcelo Pinheiro e Alexandre Wagner – editores da revista da SPR que havia parado de circular havia alguns anos. Aceitamos o convite, porém, não tínhamos ideia de como iniciar e de onde iria parar esse projeto. Ser editor de uma revista não estava em nossos planos.

O primeiro número da *Revista Paulista de Reumatologia* foi bancado pela própria SPR, pois não tínhamos anunciantes. Ninguém queria patrocinar uma publicação que tinha parado de circular. Com a primeira revista na mão, fomos aos patrocinadores mostrar que ela já existia. Aos poucos, conseguimos apoio e a revista passou a se manter sozinha, sem, contudo, ser tendenciosa. Com o passar dos anos, a *RPR* solidificou-se e hoje, acreditamos, é uma das publicações mais importantes para levar informações aos associados da SPR e da SBR.

É muito gratificante fazer parte dessa trajetória!

FÁBIO JENNINGS



COMEÇANDO AOS 49 Em 2002, quando fomos convocados para coordenar o boletim trimestral da SPR, juntamente com Fábio Jennings e Alexandre Wagner, pensamos em como poderíamos desenvolver um material que aglutinasse informação cultural, social e científica ao mesmo tempo, mantendo a identidade de nossa sociedade. A primeira iniciativa foi modificar as capas a cada edição, a fim de criar uma expectativa ao leitor e agregar novo conhecimento sobre a história de ilustres personagens que sofreram de alguma doença reumática, incluindo grandes nomes da literatura, cinema, teatro, música, pintura, entre outras artes. Surgiram, então, capas impactantes, tais como Boris Karloff vivendo o Frankenstein, Jane Fonda em *Barbarella*, Edit Piaf eternizada em canções, entre outros.

Outro desafio foi criar o nome do novo boletim. Na época, ainda não existia o nome de *Revista Paulista de Reumatologia*. Fizemos, então, uma enquete entre os associados e o nome *RPR* foi escolhido. Os antigos nomes foram resgatados em algumas seções, como *Rheuma*, que albergou o resumo de teses paulistas recentemente defendidas, e *Artrófilo*, inicialmente idealizado para ser o nosso “jornalista” e responder às dúvidas dos leitores, mas que acabou funcionando como grande divulgador de novas perspectivas da nossa especialidade. Assim, começava a *RPR*, aos 49 anos da fundação da SPR, quase uma cinquentona, mas cheia de graça.

Em 2003, fizemos uma grande comemoração das Bodas de Ouro da SPR e, a partir daí, muitos foram os motivos para celebrar, incluindo os 450 anos de fundação da cidade de São Paulo (2004), a homenagem ao Rio *sem parar* de Janeiro (2006), a Imigração Japonesa no Brasil (2008), ao ano da França no Brasil (2009). A ideia de “reabilitar” o reumatologista também surgiu nessa época e trouxe informações sobre as diversas facetas da nossa especialidade, caracterizando um longo período das nossas edições. Do laboratório à beira do leito, do consultório ao hospital, da imagem aos procedimentos.

Enfim, em oito anos conduzindo a *RPR*, sou muito grato a todos aqueles que contribuíram com textos, mensagens, ilustrações, fotos, bem como ao Prof. Jamil Natour, que enxergou esse potencial “jornalístico” em minha pessoa e à Et Cetera, que conseguiu materializar todas as minhas ideias em capas, textos, brindes etc. Não poderia também deixar de agradecer aos meus sucessores, que têm trabalhado arduamente para manter o espírito original da *RPR* nesses 10 anos de história. Parabéns!

MARCELO PINHEIRO



Foi com muita alegria que recebi o convite da Dra. Sandra para também contribuir com o meu depoimento.

A *Revista Paulista de Reumatologia* não é apenas um veículo de informação da Sociedade Paulista de Reumatologia com seus associados. *Ela é muito mais!!!*

Nestes dez anos, ela cresceu graças à dedicação de todos os seus editores e colaboradores. Nela, não há somente ciência, notícias, fotos, história, capa, palavras, números, anúncios, eventos realizados etc. Há, também, em todas as suas páginas, a representação da família SPR.

Parabéns *RPR*.

MÁRCIA GERARDI



Ótimas lembranças! Muitos desafios! Novos amigos! Foram estes sentimentos que vieram à tona ao relembrar desta fase de minha vida como editora da *Revista Paulista de Reumatologia*! Participar ativamente das atividades da SPR e então descrevê-las na revista, para que o “reumato-leitor” se sinta mais participativo, foi um exercício prazeroso e gratificante. Muitos desafios surgiram, como o de dar vida nova à revista com a seção Artrófilo! Muitas críticas e sugestões surgiram, inserindo cada vez mais o leitor como co-criador da revista. Essa é, aliás, a característica da *RPR* que mais a diferencia das demais: a contínua remodelagem baseada na opinião de nosso mais importante membro: o reumato-leitor. Ao final, nenhuma conquista seria completa senão pela ajuda e apoio dos amigos, antigos ou novos, que nos marcam profundamente. Obrigada, *RPR*, por estes momentos marcantes, e a você leitor, que ajudou e continua a participar ativamente deste processo.

ROMY BEATRIZ CHRISTMANN



Sinto que a *Revista Paulista de Reumatologia* é como a sobrinha preferida. Eu a vi nascer, filha legítima de três pais: Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings e Alexandre Wagner. Torci por seu crescimento. Com orgulho, acompanhei seu amadurecimento. Agora, seguro em sua mão, tentando, junto com os demais editores, seguir o melhor trajeto. Fiz novos amigos e descobri o que havia de melhor em cada um deles. Só posso agradecer pela pessoa que hoje sou, graças ao convívio com todos os que fizeram parte da história da *RPR* e da SPR.

SANDRA H. WATANABE



Quando assumimos a Diretoria Científica da SPR, em 2010, na gestão do Dr. Luiz Carlos Latorre, optamos pela introdução de algumas mudanças na *Revista Paulista de Reumatologia*. Nossa intenção foi a de fornecer informações capazes de influenciar positivamente a atividade profissional dos reumatologistas paulistas. Optamos por torná-la realmente uma revista científica, sem perder aquele aspecto de amizade e confraternização que caracteriza a SPR. Nosso modelo foi o *Annals of Internal Medicine*, revista do Colégio Americano de Medicina (ACP) que agrega características científicas, sociais e de convívio humano e médico. Publicamos vários artigos originais e revisões que acentuaram a característica médico-científica da *RPR*. Introduzimos a seção *Em Sendo Reumatologista* para que pudéssemos compartilhar histórias médicas vividas por nossos colegas e também solicitamos poesias e textos para sentir o talento e a face profundamente humana de nossos reumatologistas. Continuamos os textos sobre ética e análises de nossa situação profissional tradicionais da *RPR*. Penso que nos dois anos de nossa colaboração como editores aperfeiçoamos e também conduzimos a *RPR* a novos rumos. Pretendemos que estes rumos sejam mantidos e aperfeiçoados. A *RPR* deve ser uma revista aberta a todos os reumatologistas brasileiros e deve organizar um corpo de revisores (*peer reviewers*) para a publicação de artigos científicos e revisões cada vez melhores. Queremos que a *Revista Paulista de Reumatologia* seja lida e aguardada como uma publicação agradável e informativa para todos os reumatologistas paulistas e brasileiros.

CRISTIANO ZERBINI



Fui editora da *Revista Paulista de Reumatologia* de 2008 a 2011 e me orgulho por ter contribuído para o seu crescimento e modernização. Vejo a *Revista* como uma ferramenta de comunicação entre a SPR e seus associados, com o objetivo de atualizar e fornecer um panorama da reumatologia em nosso meio. O clima harmonioso da equipe de edição foi fundamental para o sucesso da *RPR* e, além disso, propiciou o aparecimento de grandes amizades. Parabéns a todos os que dedicaram seu tempo para a construção da *RPR*!"

Um abraço,

ANDREA LOMONTE



Nesta gestão da SPR que agora se inicia, fui honrosamente convidado a participar do Conselho Editorial da *RPR*, tendo prontamente aceito, com muita satisfação, ciente da enorme responsabilidade que está implícita nesta tarefa, não só pela especificidade inerente à função, como também pelo dever de dar continuidade aos brilhantes serviços prestados por meus antecessores, nestes dez anos da *RPR*. Coube-me a responsabilidade de levar adiante a seção Defesa Profissional, iniciada nesta gestão, em virtude da constatação dos movimentos da categoria médica que se avolumam, da insatisfação dos reumatologistas com a remuneração paga pelos serviços públicos e privados, pelo mercado de trabalho exigente com os profissionais sem que haja contrapartida sobre as condições gerais de trabalho, pela falta de ética que paira sobre todos os envolvidos nos processos de trabalho, e muitas outras. Em seções preexistentes, como Raio X, procuraremos dar continuidade em descrever e apresentar o histórico e o atual funcionamento dos Serviços de Reumatologia existentes em nosso Estado; em Publicações (Top 10), sintetizaremos alguns dos principais artigos científicos de relevância para a prática dos colegas reumatologistas.

Esforços para que o histórico brilhante de uma década possa se manter no decorrer desta gestão, entregando para as futuras uma *RPR* com o mesmo padrão que herdamos, constitui-se num honroso compromisso do atual corpo editorial.

PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI



Participo do Conselho Editorial da *Revista Paulista de Reumatologia* pela primeira vez, mas já pude perceber com que empenho e dedicação a publicação é elaborada. Constatei que um dos pontos fortes da revista é o equilíbrio entre temas científicos bem abordados e momentos de descontração. Espero prestar uma boa contribuição a essa publicação tão importante para a reumatologia paulista.

RENÊ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA



Quando o colega Paulo Louzada me fez o convite para participar do corpo editorial da *RPR*, fiquei extremamente feliz e honrada. Afinal, tenho acompanhado as mudanças gradativas, positivas pelas quais a *RPR* vem apresentando, tornando-se cada vez mais interessante, agradável e científica também! Fiquei ainda mais contente pela oportunidade de trabalhar com colegas de extrema competência. Espero, realmente, poder colaborar e aperfeiçoar ainda mais este trabalho, no sentido de mantermos seu caráter científico, social e cultural, bem como aprofundarmos questões voltadas para o reconhecimento e valorização de nossa especialidade.

NAFICE COSTA ARAÚJO



Recebi o convite para compor o Conselho Editorial da *Revista Paulista de Reumatologia* ainda na gestão anterior pelo estimado Dr. Luiz Carlos Latorre. Confesso que já num primeiro momento aceitei o desafio e me senti muito honrada em poder participar, expor para a comunidade reumatológica, ciência, informação, humor e arte – praticamente lemas da *RPR*. Acho que o trabalho do Conselho Editorial é fundamental para o sucesso da revista e muito me orgulha agora fazer parte disso. Gostaria de parabenizar a todos os que, nestes dez anos, colaboraram de alguma forma para a composição da revista, sejam presidentes, antigos e atuais editores, colaboradores, sejam residentes que ultimamente têm contribuído bastante enviando artigos, imagens e até poesias. E um agradecimento especial à Dra. Sandra Watanabe, nosso cerne, nossa referência na revista, uma pessoa muito carismática, prestativa e competente, que, com os demais membros deste atual Conselho Editorial, está buscando sempre inovar e aprimorar a *RPR*. Espero poder dar a minha contribuição com afinho e dedicação.

HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA



A *Revista Paulista de Reumatologia* apresenta hoje uma qualidade técnica e visual digna da reumatologia praticada em São Paulo. O crédito é de todos os presidentes e editores da revista, desde o primeiro número, aos quais todos nós devemos eterna gratidão.

O próximo passo, acredito, deve ser iniciar o processo de indexação.

JOSÉ MARQUES FILHO



Ler a *Revista Paulista de Reumatologia* durante estes dez anos, desfrutando de seu conteúdo, tem sido muito bom; poder contribuir com charges e fotos é um verdadeiro privilégio.

Parabéns a todos que colaboraram para esta realidade!

PLÍNIO J. DO AMARAL

10 anos de inovação, diversificação e cultura

Em sua concepção, a *Revista Paulista de Reumatologia* teve como diretrizes a inovação, a diversificação e a cultura. Assim, desde a primeira edição, sua capa reproduziu o trabalho e a arte de personalidades de diferentes áreas de atuação que fizeram a história mundial, e que de alguma forma sempre estiveram ligados à reumatologia.

Em um momento posterior, estendemos o cuidado com a identidade visual também para o título da revista, que passou a incorporar cores do brasão da Sociedade Paulista de Reumatologia, na concepção de Flerts Nebó, o azul, que significa a serenidade do reumatologista, e o verde dos ramos e frutos do café, que representam a riqueza do solo paulista.

Em sua fase mais recente, com um perfil mais especializado, a revista passou a contar com uma nova identidade visual, trazendo na capa o sumário sobre um fundo padrão. Sem descuidar, contudo, de sua missão de surpreender o leitor a cada nova edição, sobre o fundo, sempre a imagem de um ponto turístico da cidade de São Paulo. Da primeira edição de 2012 para cá, de um ponto turístico do Estado de São Paulo, de forma a prestigiar todas as cidades que compõem a Sociedade Paulista de Reumatologia.

Nesses 10 anos de publicação da *Revista Paulista de Reumatologia*, gostaríamos de saber qual é a capa que mais chamou a atenção de nossos leitores. Assim, aproveitamos este momento para fazer uma pesquisa de opinião.

A seguir reproduzimos, ano a ano, a capa das edições, acompanhadas de um pequeno texto explicativo. Escolha a de sua preferência e informe-nos por e-mail. A capa mais votada será divulgada na próxima edição de sua *RPR*.



2002



Vol. 1 nº 1 jun./jul.

Capa: Pierre-Auguste Renoir, nascido em 1841, foi um dos mais célebres pintores franceses e um dos mais importantes nomes do movimento impressionista. Na capa, *Study for Venus Victorious*, 1914, aquarela.



Vol. 1 nº 2 nov./dez.

Capa: Antonio Francisco Lisboa, o Aleijadinho, foi um genial escultor, entalhador e arquiteto, nascido em 1730, em Minas Gerais. Tendo desde cedo demonstrado inimitável talento, tornou-se o maior representante do Barroco mineiro. Na capa, detalhe do *Cristo do Passo da Prisão*, Congonhas, Minas Gerais.

2003



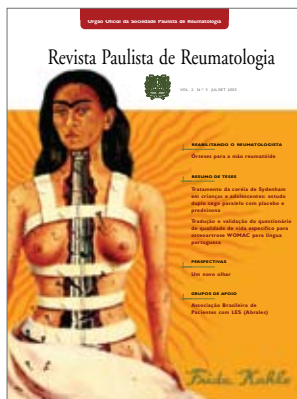
Vol. 2 nº 1 jan./mar.

Capa: Michelângelo nasceu em 1475, na Itália. Foi pintor, escultor, poeta e arquiteto. Revolucionou a concepção da pintura mural e é considerado o representante maior do Renascimento italiano. Na capa, um dos quatro Ignudi que rodeiam o profeta Jeremias, teto da Capela Sistina, Vaticano.



Vol. 2 nº 2 abr./jun.

Capa: os 50 anos da SPR, com o brasão idealizado em 1956 por Flerts Nebó, membro fundador, ex-presidente e sócio emérito da SPR. Trata-se de um escudo, no qual se apoiam três estrelas douradas, um triângulo prateado, sobre fundo azul, guardado por dois ramos de café com seus frutos e uma faixa com a data da fundação.



Vol. 2 nº 3 jul./set.

Capa: Frida Kahlo nasceu no México, em 1907. Criou imagens provocantes, frequentemente chocantes, que refletiam sua vida turbulenta. Seus quadros, principalmente autorretratos, tinham cores fortes e vibrantes, que remetiam ao folclore mexicano e logo considerados surrealistas. Na capa, detalhe de *Coluna partida*, 1944.



Vol. 2 nº 4 out./dez.

Capa: Boris Karloff foi um ator inglês, nascido em 1887. Ao interpretar em 1931 a lendária criatura de Frankenstein, consagrou-se como imortal do cinema de horror. Nos anos seguintes, atuou em diversos filmes, como *The old dark house*, *A múmia*, *The bride of Frankenstein*, *Son of Frankenstein*.

2004



Vol. 3 nº 1 jan./mar.

Capa: homenagem aos 450 anos da cidade de São Paulo. Na capa, Avenida Angélica, Higienópolis, no início da década de 40. Largo da primeira igreja da Sé, demolida em 1910. Trecho da Avenida São João e o Edifício Martinelli, década de 30. Vista aérea da cidade de São Paulo, 2004.



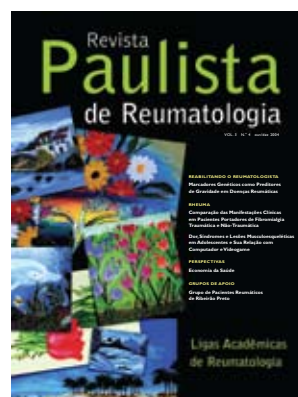
Vol. 3 nº 2 abr./jun.

Capa: Paul Klee foi um pintor e poeta suíço naturalizado alemão, nascido em 1879. O seu estilo, grandemente individual, foi influenciado por várias tendências artísticas diferentes, incluindo o expressionismo, cubismo, e surrealismo. Na capa, as obras *Tem cabeça, mãos, pés e coração*, 1930 (no fundo) e *Uns Atrás dos outros!*, 1940 (detalhe).



Vol. 3 nº 3 jul./set.

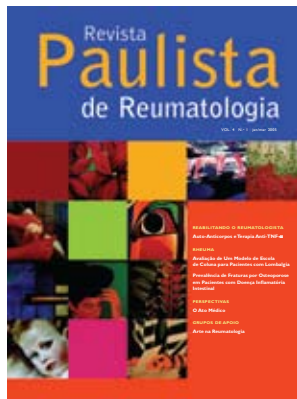
Capa: Hilda Hilst nasceu em 1930 em Jaú, SP. Foi poetisa, escritora e dramaturga e publicou cerca de 40 livros, traduzidos para diversas línguas. Defendia a imortalidade da alma e dizia que, quanto mais velha e mais louca, melhor ela seria. Na capa, desenhos de sua própria autoria, extraídos do livro *Hilda Hilst da morte*. *Odes mínimas*.



Vol. 3 nº 4 out./dez.

Capa: detalhe de quadros feitos por pacientes dos Grupos de Pacientes Artríticos do Rio de Janeiro (Gruparj) e São Paulo (Grupasp), entidades filantrópicas, voltadas para a orientação, informação e apoio a pacientes com doenças reumáticas. Fornecem também apoio psicológico, visando ao fortalecimento da autoestima.

2005



Vol. 4 nº 1 jan./mar.

Capa: no Congresso Brasileiro de Reumatologia realizado no Rio de Janeiro em 2004, 12 artistas expuseram com sucesso suas obras. A arte faz parte da seção cultural da especialidade.



Vol. 4 nº 2 abr./jun.

Capa: Kathleen Turner nasceu em 1954 nos EUA. Estrela de Hollywood, em seu currículo há grandes filmes, como *Corpos ardentes*, *A joia do Nilo*, *Giulia e Giulia*, *O turista acidental*, *As virgens suicidas*, *A guerra dos Roses* e tem sua primeira indicação ao Oscar de melhor atriz em *Peggy Sue*.



Vol. 4 nº 3 jul./set.

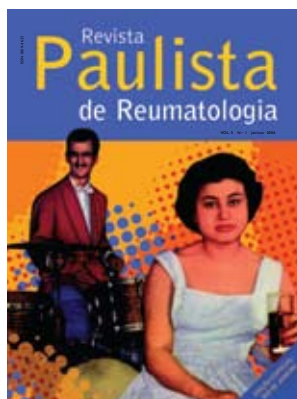
Capa: Cleópatra VII nasceu na Macedônia, em 69 a.C., filha de faraós do Egito. Vários historiadores descreveram-na com uma beleza arrebatadora, mas há relatos que evidenciam o inverso. Falava nove idiomas, conhecia bem história, literatura e filosofia grega. Era uma negociadora astuta, excelente diplomata e estrategista militar.



Vol. 4 nº 4 out./dez.

Capa: Jane Fonda nasceu em 1937 nos EUA. Filha do lendário Henry Fonda. Recebeu seis indicações ao Oscar de melhor atriz. Além de excelente atriz, fez o mundo inteiro queimar calorias na década de 80, como "rainha americana" do *fitness* e estrela de vídeos de divulgação de exercícios aeróbicos. Foi o ícone *sexy* de *Barbarella*.

2006



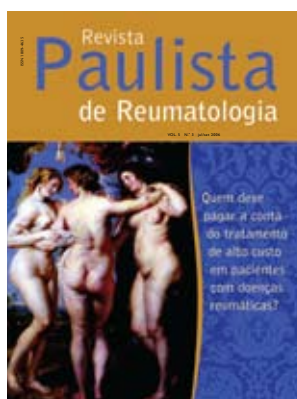
Vol. 5 nº 1 jan./mar.

Capa: Dolores Duran, nascida no Rio de Janeiro em 1930, tornou-se uma das maiores representantes do samba-canção brasileiro. Compositora de algumas das mais lindas, tristes e ternas músicas da MPB, como *Fim de caso*, *Solidão*, *Castigo*, *Olha o tempo passando*, *Pela rua*, *Ternura antiga*, *Ideias erradas* e *A noite do meu bem*.



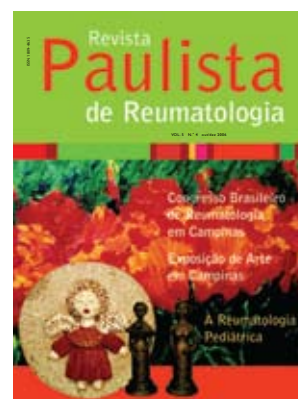
Vol. 5 nº 2 abr./jun.

Capa: Edith Piaf é o símbolo máximo da canção francesa de todos os tempos. Viveu intensamente, sempre cantando e encantando o público de maneira que só ela sabia fazer. Com sua voz inconfundível, ficou famosa pelo modo quase teatral de interpretar suas músicas, como *La Vie en Rose* e *Non Je ne Regrette Rien*.



Vol. 5 nº 3 jul./set.

Capa: Peter Paul Rubens nasceu em Vestefália, país de origem flamenga, em 1577. Foi um dos maiores expoentes do Barroco setentrional. Na capa, detalhe de *As três graças*, óleo sobre madeira, 1636-8, coleção particular.



Vol. 5 nº 4 out./dez.

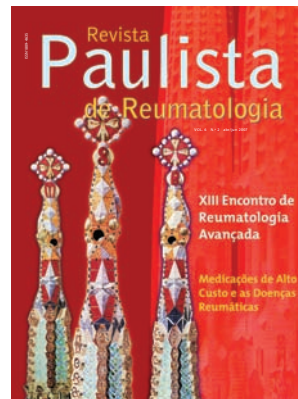
Capa: tradicionalmente, realizam-se exposições de arte nos congressos brasileiro de reumatologia. Nessa edição, várias obras foram reproduzidas, em homenagem à exposição de arte realizada em Campinas.

2007



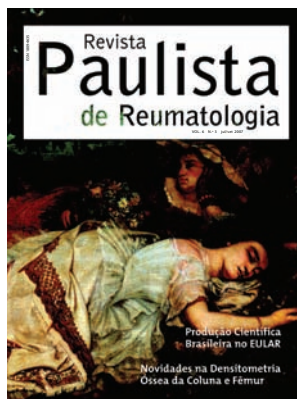
Vol. 6 nº 1 jan./mar.

Capa: a edição traz a logomarca do evento anual Ação Reumato, criado pela Sociedade Paulista de Reumatologia em 2006, com o objetivo de divulgar a especialidade para a população em geral.



Vol. 6 nº 2 abr./jun.

Capa: Antoni Gaudí I Cornet, arquiteto catalão, nasceu em Tarragona em 1852 e se tornou um dos símbolos da cidade de Barcelona, onde se educou e passou grande parte da vida. Na capa, detalhe da obra *Sagrada Família*.



Vol. 6 nº 3 jul./set.

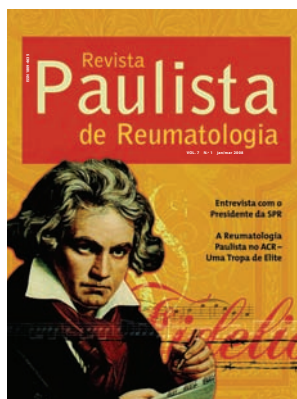
Capa: Jean Desire Gustave Courbet nasceu em 1819 na Suíça. Pertencente à escola Realista, foi acima de tudo um pintor de paisagens campestres e marítimas em que o romantismo e a idealização são substituídos por uma representação da realidade como resultado da observação direta.



Vol. 6 nº 4 out./dez.

Capa: Claude Oscar Monet, o maior expoente do Impressionismo, nasceu em Paris, em 1840. Ele buscava a verdadeira realidade por trás da aparência visual, enaltecendo a cor até seu limite. Na capa, composição de duas obras da série *Ninfeias*, 1918, óleo sobre tela, Museu Marmottan, Paris.

2008



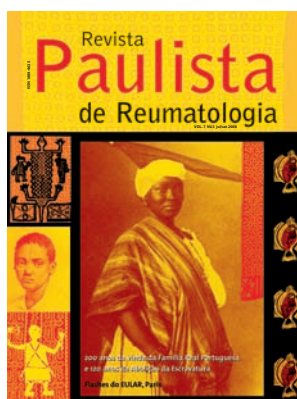
Vol. 7 nº 1 jan./mar.

Capa: Ludwig van Beethoven, compositor alemão, figura central no período de transição entre o Classicismo (século XVIII) e o Romantismo (século XIX), permanece como um dos compositores mais influentes e mais respeitados de todos os tempos na música ocidental.



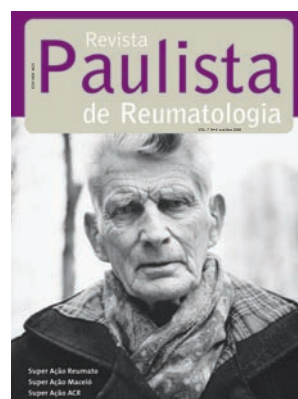
Vol. 7 nº 2 abr./jun.

Capa: homenagem da *Revista Paulista de Reumatologia* aos 100 anos da Imigração Japonesa.



Vol. 7 nº 3 jul./set.

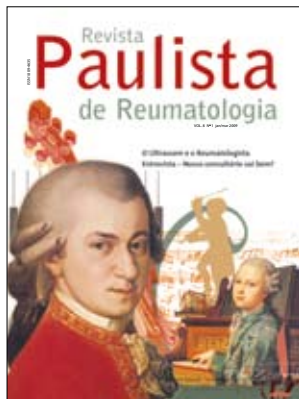
Capa: homenagem da *Revista Paulista de Reumatologia* aos 200 anos da vinda da Família Real Portuguesa e aos 120 anos da Abolição da Escravidão.



Vol. 7 nº 4 out./dez.

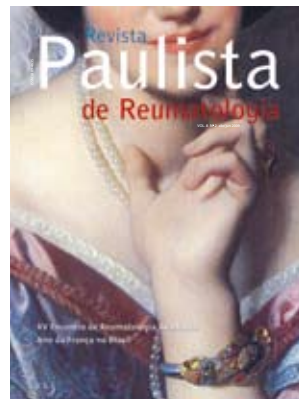
Capa: Samuel Beckett, um dos mais famosos dramaturgos irlandeses e um dos principais autores do Teatro do Absurdo, prêmio Nobel de Literatura em 1969. "Tentar de novo. Falhar de novo. Falhar melhor." No teatro e na prosa, essa é a síntese que, desde sempre, (des)orienta autor e leitor no universo beckettiano.

2009



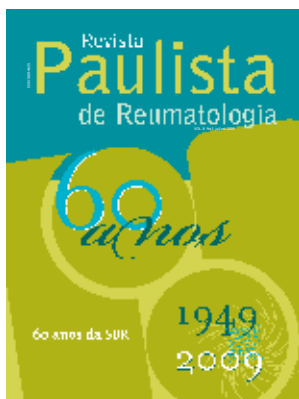
Vol. 8 nº 1 jan./mar.

Capa: Wolfgang Amadeus Mozart foi um prolífico e influente compositor austríaco do período clássico. Tendo composto mais de 600 obras, inspirou Beethoven e Tchaikovsky e é considerado pela crítica especializada o maior gênio da música clássica.



Vol. 8 nº 2 abr./jun.

Capa: em homenagem ao Ano da França no Brasil, a RPR reproduziu em sua capa o quadro *Betty de Rothschild, Baronne de Rothschild*, de Jean-Auguste-Dominique Ingres, de 1848, onde se observam as cores da bandeira do país.



Vol. 8 nº 3 jul./set.

Capa: homenagem da Sociedade Paulista de Reumatologia ao aniversário de 60 anos da Sociedade Brasileira de Reumatologia.



Vol. 8 nº 4 out./dez.

Capa: o número destaca as 30 edições da *Revista Paulista de Reumatologia*, que se iniciou na gestão Jamil Natour, em 2002-2003.

2010



Vol. 9 nº 1 jan./mar.

Capa: O Edifício da Fiesp é um símbolo da arquitetura brasileira. Com linhas arrojadas, o edifício foi projetado em 1969 por Roberto Cerqueira César e Luiz Roberto de Carvalho Franco. A construção destaca-se na paisagem da Av. Paulista, maior centro financeiro da América Latina.



Vol. 9 nº 2 abr./jun.

Capa: O Monumento às Bandeiras, no Parque Ibirapuera, idealizado em 1920 por Victor Brecheret e inaugurado mais de 30 anos depois, em 1953. Retrata índios, negros e brancos, integrantes das bandeiras sertanistas que, partindo de São Paulo no século XVII, desbravaram o interior brasileiro em busca de riquezas.



Vol. 9 nº 3 jul./set.

Capa: Idealizado por Galileo Emendabili e Mário Eugênio Pucci, o Monumento-Mausoléu ao Soldado Constitucionalista de 1932, popularmente conhecido como "Obelisco do Ibirapuera", homenageia a Revolução Constitucionalista de 1932 e seus heróis anônimos.



Vol. 9 nº 4 out./dez.

Capa: construída entre 1926 e 1938 para ser a sede da Estrada de Ferro Sorocabana, a Estação Júlio Prestes foi transformada em Complexo Cultural. O edifício abriga a Sala São Paulo, uma das mais modernas e bem equipadas salas de concerto do mundo e atual sede da Orquestra Sinfônica do Estado de São Paulo.

2011



Vol. 10 nº 1 jan./mar.

Capa: Edifício Copan, à direita, e o Edifício Itália, à esquerda. O Edifício Copan, símbolo da arquitetura moderna brasileira, foi projetado pelo arquiteto Oscar Niemeyer, em 1954, e finalizado em 1966. O Edifício Itália, o segundo maior da cidade, foi projetado pelo arquiteto Franz Heep, e foi idealizado pela colônia italiana.



Vol. 10 nº 2 abr./jun.

Capa: Parque do Ibirapuera, projeto arquitetônico de Oscar Niemeyer e constituição paisagística de Roberto Burle Marx. Com uma área de 1,6 milhões de m², abriga museus, monumentos, pistas de ciclismo e de corrida, além de quadras de esportes.



Vol. 10 nº 3 jul./set.

O Masp, projetada por Lina Bo Bardi, possui 11 mil metros quadrados, cinco pavimentos e vão livre de 74 metros e é a sede do museu mais importante de arte ocidental do Hemisfério Sul. Possui cerca de 8 mil peças, dentre as coleção de artistas brasileiros, destacam-se Cândido Portinari, Di Cavalcanti, Anita Malfatti e Almeida Junior.



Vol. 10 nº 4 out./dez.

Capa: O Theatro Municipal de São Paulo, projetado pelo arquiteto Ramos de Azevedo, é um dos mais importantes da cidade, tanto por seu estilo arquitetônico, inspirado na Ópera de Paris, como por sua importância histórica, por ter sido o palco da Semana de Arte Moderna de 1922, o marco inicial do Modernismo no Brasil.



Vol. 10 Supl. 1 2011

Capa: A ponte Octávio Frias de Oliveira, inaugurada em 2008, é formada por duas pistas estaiadas (suspensas) em curvas independentes de 60° que cruzam o rio Pinheiros. É a única ponte estaiada do mundo com duas pistas em curva conectadas a um mesmo mastro. É hoje um dos cartões postais da cidade.

2012



Vol. 11 nº 1 jan./mar.

Capa: Theatro Pedro II, inaugurado em 1930, principal referência cultural de Ribeirão Preto durante cinco décadas. Após entrar em decadência, em 1991 iniciou-se sua restauração e modernização. Em 1996, foi reinaugurado, transformando-se no 2º maior teatro de ópera do país em capacidade de público.



Vol. 11 nº 2 abr./jun.

Capa: a Catedral de São Carlos Borromeu, localizada na cidade de São Carlos é considerada o marco zero da cidade. Com uma cúpula com mais de 70 metros de altura e 30 metros de diâmetro, é uma réplica arquitetônica da Basílica de São Pedro no Vaticano.

A IATROGENIA NA PRÁTICA REUMATOLÓGICA

*Aqui jaz um homem rico, nessa rica sepultura,
escapava da moléstia, se não morresse de cura.*

BOCAGE

Em 1984, em início de carreira, eu enviei uma Carta ao Editor, publicada na *Revista Paulista de Medicina*⁽¹⁾, com o seguinte teor:

Sr. Redator,

Um dos temas que sempre nos preocupou dentro da prática médica é a iatrogenia.

Parece-nos que o princípio “primum non nocere” é fundamental no exercício desta nossa nobre profissão e deveria nortear toda e qualquer atitude médica.

Outro aspecto fundamental é também a constante e obstinada procura da atualização de conhecimentos, que nos parece também estar sendo deixada de lado.

A Reumatologia é talvez a área da Medicina onde mais se comete iatrogenia. As causas do número elevado de diagnósticos e procedimentos inadequados dentro desta área médica são múltiplas e variadas. A falta de disciplina de Reumatologia em algumas de nossas escolas, o despreparo de alguns profissionais do ponto de vista do exame clínico do doente e má interpretação de provas laboratoriais complementares parecem ser os pontos principais do problema.

O número de diagnósticos de “febre reumática” ou “reumatismo no sangue”, porque o indivíduo (geralmente crianças) apresenta elevação da taxa de anticorpos contra a enzima estreptocócica: a antistreptolisina (ASLO) é assustador. Os procedimentos decorrentes deste diagnóstico inadequado são ainda mais descabidos.

Crianças saudáveis, com quadro clínico súbito de febre, mialgia ou mesmo sem nenhuma sintomatologia, onde eventualmente encontra-se uma ASLO elevada, são rotuladas de “reumáticas” e condenadas à profilaxia com benzetacil e proibidos de se desenvolverem psicossocialmente.

Os mesmos erros também têm sido cometidos em adultos. Recentemente, acompanhamos um caso grave de LES fazendo profilaxia com penicilina benzatina há um ano.

A escassez de trabalhos e relatos a respeito deste tema e o aumento da frequência de iatrogenia em Reumatologia nos parecem que merece abordagem mais ativa por toda a coletividade médica.

Passados 28 anos, posso afirmar que, lamentavelmente, as coisas pioram e muito.

Nesses 28 anos, os avanços que ocorreram na área médica foram extraordinários.

A consolidação da prática da Medicina Baseada em Evidências (MBE), a publicação regular de diretrizes e o desenvolvimento da Bioética são exemplos de áreas do conhecimento humano que trouxeram enorme contribuição à qualidade da assistência prestada aos pacientes reumatológicos.

Lamentavelmente, porém, continuam ocorrendo iatrogenias na prática reumatológica, talvez, até mais graves e frequentes que há 28 anos atrás e raríssimos são os trabalhos publicados^(2,3).

Podemos citar, por exemplo, colegas que solicitam o FAN (fator antinuclear) para todos os pacientes de forma rotineira e quando o resultado vem positivo, receitam, de forma absurda, altas doses de corticoides ou, pior ainda, pequenas doses, com orientação de tomar continuamente a medicação. Outro exemplo são colegas que, diante de um quadro algico difuso e inespecífico, receitam fórmulas com subdoses de diversos fármacos, a maioria com perigosos efeitos colaterais, sem qualquer noção do diagnóstico do paciente. Lamentavelmente, essas irresponsabilidades não são eventuais, como em 1984, mas sim frequentes em nossos dias.

A iatrogenia é uma das mais sérias ameaças a nossos pacientes, com uma taxa de morbimortalidade assustadora.

A literatura refere que a incidência de iatrogenias medicamentosas varia de 4% a 17% das admissões hospitalares⁽⁴⁾. Segundo Melmon⁽⁵⁾, o número de acidentes anuais com procedimentos médicos nos EUA é próximo ao número de acidentes automobilísticos.

O termo iatrogenia provém do grego *iatrós* que significa médico, *genia* que significa origem, causa.

Barr⁽⁶⁾, em 1955, foi o primeiro autor a alertar a comunidade médica, afirmando que a terapêutica moderna, apesar dos grandes benefícios proporcionados para a humanidade, também trouxe o aparecimento de novas doenças – as doenças iatrogênicas.

Mas o primeiro autor a definir esta nova modalidade de agravo à saúde foi Mozer⁽⁷⁾, definindo-a como “qualquer doença resultante de um procedimento diagnóstico ou terapêutico”.

Atualmente, porém, a definição de iatrogenia é bem mais abrangente: "Entende-se por iatrogenia qualquer intervenção da equipe de saúde, seja ela correta ou equivocada, justificada ou não, que resulte em algum dano para a saúde do paciente"⁽⁸⁾.

Entretanto, na prática, o termo tem sido usado para designar qualquer agravo à saúde do paciente relacionado a procedimentos médicos, tanto para a diagnóstico quanto para a terapia.

O paciente reumatológico tem grande potencial para eventos iatrogênicos em razão da gravidade das doenças reumatológicas, da faixa etária mais elevada, da evolução crônica e da presença de diversas comorbidades.

A rigor, toda situação diagnóstica ou terapêutica tem sempre potencial iatrogênico, independentemente da capacidade técnica do profissional que a executa, sendo a própria relação médico-paciente uma fonte de iatrogenia⁽⁶⁾.

Podem-se classificar as iatrogenias como de ação ou omissão e somáticas ou psíquicas.

Uma das formas mais frequentes de iatrogenia somática são os efeitos colaterais dos medicamentos, previstos na literatura, mas que podem ocorrer em determinados casos sem caracterizar má prática profissional.

Um exemplo frequente e às vezes dramático são as farmacodermias, por exemplo, com o uso de anti-inflamatórios não hormonais.

As iatrogenias somáticas com certa frequência podem levar a lides judiciais e éticas, principalmente as relacionadas a práticas caracterizadas como imperícia, negligência e imprudência.

Essa modalidade de iatrogenia tende a ser baixa entre especialistas com boa formação e treinamento na área reumatologia, entretanto, atinge níveis assustadores entre médicos inexperientes ou com formação deficiente.

As iatrogenias psíquicas são mais sutis e, possivelmente, até mais frequentes que as somáticas, mas são menos notadas, tanto pelo médico quanto pelo paciente.

A própria relação médico-paciente tem enorme potencial iatrogênico, ligada, em geral, aos fenômenos de regressão, transferência e contratransferência.

É importante que estejamos atentos para lidar com eventos iatrogênicos.

A postura adequada do profissional, diante do agravo à saúde provocado pelo próprio paciente, é fundamental para a manutenção da relação médico-paciente.

O comportamento do médico deve se caracterizar, nesses momentos, por lealdade, transparência, integridade e honestidade com seu paciente.

É fundamental que todas as informações sejam fornecidas ao paciente e seus familiares, com respostas claras e firmes às dúvidas levantadas.

Assim procedendo, o profissional estará cumprindo sua função principal, a de cuidar do ser humano, em todas as suas dimensões e em todos os momentos.

JOSÉ MARQUES FILHO
Reumatologista e membro
das Comissões de Ética e Defesa Profissional
da SPR e da SBR

REFERÊNCIAS

1. Marques Filho J. A iatrogenia em reumatologia. Rev Paul Med. 1984;102:40.
2. Freitas G, Pessoa AL. Iatrogênese em reumatologia. Rev Bras Reumatol. 1984;45:1-8.
3. Sato EI, Harima H, Atrá E. Manifestações reumáticas induzidas por drogas: experiência pessoal e literatura. Rev Bras Reumatol. 1990;30:45-57.
4. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. JAMA. 1995;274:29-34.
5. Melmon KL. Preventable drug reaction cause and cures. Semin Beth Israel. 1971;284:1361-7.
6. Barr DP. Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. JAMA. 1956;159:1452-56.
7. Mozer RH. Disease of medical progress. N Engl J Med. 1956;255:606-14.
8. Schmidt E, Valle DA, Martins JSC, Borges JL, Souza Junior L, Ribeiro URVC. A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente. Rev Soc Bras Clin Med. 2011;9:146-9.

DEFESA PROFISSIONAL

A *Revista Paulista de Reumatologia* inaugurou, na edição anterior, uma nova seção, intitulada Defesa Profissional. Essa iniciativa surgiu na atual gestão da Sociedade Paulista de Reumatologia, em conjunto com a renovação de grande parte do Conselho Editorial da *RPR*, devido à necessidade de uma abordagem específica dos problemas atuais vivenciados pelos reumatologistas de todo o País, seja no setor público seja no setor privado, como, por exemplo, ausência de valorização profissional, péssima remuneração, falta de condições de trabalho e de segurança e carência de profissionais especializados. Nas próximas edições, vamos aprofundar a discussão desses problemas.

Recentes manifestações da classe médica, contestando a assimetria e exigindo a correção dos valores relativos a consultas e demais procedimentos médicos – quando comparados aos de outros prestadores de serviços não relacionados à saúde –, bem como a desproporção entre os valores auferidos pelas empresas de saúde suplementar (por meio do pagamento de mensalidades por seus associados) e os médicos, serviram para motivá-la a uma maior união por lutas legítimas.

O alto custo da saúde tem como causas, além do baixo investimento do setor público e de sua má gestão, a crescente evolução tecnológica nos setores desenvolvimentistas dos insumos terapêuticos e diagnósticos (fármacos, equipamentos destinados ao diagnóstico e terapêutica), que, inexoravelmente, elevam os valores a patamares ainda maiores, autorizados pelo governo e/ou pelos próprios fabricantes de aparelhos, praticamente sem nenhum controle ou interferência governamental. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por sua vez, permite o aumento dos valores praticados pelas empresas prestadoras de saúde suplementar sem que haja o respectivo aumento do valor dos honorários pagos aos médicos. Esse fato é corroborado pela utilização das obsoletas tabelas AMB 1990, 1992, CHs, etc., há mais de 20 anos, sem a adoção de novas determinações consensuais da classe médica, ou sem nem mesmo ter proposto, durante as duas últimas décadas, quaisquer formas de transição para as atuais CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), o que

demonstra extremo descaso e má vontade em negociar. Como resultado desse impasse, culminaram as recentes e legítimas manifestações da classe médica contra os “atravessadores” da medicina liberal – o movimento decidiu pela suspensão parcial do atendimento aos associados das empresas que insistiram em não negociar. Essa decisão acabou se tornando uma “via de mão dupla” para o movimento. A suspensão parcial do atendimento, mesmo previamente comunicada, provocou revolta na população que utiliza o recurso de saúde suplementar. Esse sentimento foi catalisado pelo incentivo costumeiro de uma mídia parcial e manipuladora, que age movida por interesses obscuros, contra o movimento médico reivindicatório, levando-o a acreditar em “conquistas” ilusórias e temporárias, suficientes apenas para arrefecer o ânimo de colegas mais inconformados.

Talvez, neste momento, caiba uma reflexão polêmica: quem são esses “colegas inconformados”? Teríamos duas categorias: uma composta por médicos que realmente agem de maneira ética, atendendo com decência aos pacientes, que trabalham com seriedade, por necessidade e por não vislumbrarem uma alternativa ao modelo de atendimento, sujeitando-se assim a receber a mísera remuneração paga pelos “atravessadores” do serviço médico liberal. Outra categoria, composta por médicos que atendem aos pacientes sem lhes dar a devida atenção, sem lhes permitir sentar numa cadeira, sem olhá-los nos olhos – pois seus olhos não os enxergam –, sem escutá-los – pois seus ouvidos não os ouvem –, tratando-os sem dignidade, como “peças” produzidas em série. Essa distinção é perfeitamente cabível quando nos deparamos, em todos os setores, com médicos que se recusam a trabalhar por uma “ninharia”, e outros que aproveitam sua recusa para angariar mais e mais pacientes, trabalhando por uma “subninharia”. De que categoria de médicos estamos falando, então, quando os chamamos de “inconformados”? Se a dignidade e a ética motivassem e orientassem o comportamento de todos os médicos, essas dúvidas não existiriam e não nos sujeitaríamos a ser constantemente aviltados e vilipendiados pelos “atravessadores”, tampouco nos permitiríamos ser “pseudorregulados” por uma agência governamental (ANS) que, assim

como outras agências reguladoras (ANATEL, ANEEL, ANAC, ANTT, etc.), nunca exerceram, de fato, a regulação dos serviços prestados aos cidadãos e consumidores deste País. Essas agências, em lugar de evitar abusos diuturnamente cometidos, preferem jogar o jogo dos mais poderosos para favorecê-los. É fato que, nos dois últimos anos, a ANS parece estar mais atenta a sua real função – muito mais devido a pressões populares e dos órgãos de defesa do consumidor que da classe médica –, pressionando os que sempre se situaram entre os primeiros lugares em reclamações, embora de maneira ainda tímida e lenta, para que mudanças possam ser efetivamente notadas.

Quanto à solicitação, por parte de colegas “inconfiáveis”, para que nossas entidades de classe se colocassem como “escudo” visando a negociar com os “atrassados”, essa postura se deu por uma única razão: numa grande proporção, são profissionais que não têm coragem para se descredenciar de empresas de saúde suplementar – escolha que sempre lhes foi facultada, fosse no credenciamento fosse no descredenciamento –, para decidir por livre e espontânea vontade; com essa postura, tal como viciados, não se livram de sua dependência em usar uma “droga” que decreta seu próprio fim, o fim de sua autonomia, de seu livre-arbítrio, abdicando da recuperação de sua condição de profissional liberal.

O fortalecimento de nossas entidades, em especial de nossa SPR, pode representar, para os reumatologistas, uma via de encaminhamento de nossas reais necessidades e reivindicações diante dos abusos com que nos deparamos no exercício da especialidade. Para isso, contamos com a colaboração de todos os colegas reumatologistas, para que possamos conhecê-los melhor, seus vínculos de emprego, remuneração, satisfações e insatisfações, cotidiano, de que forma se atualizam, anseios, sugestões e outros aspectos de sua vida profissional.

Em 2011, a SPR realizou, com essa finalidade, uma enquete que acabou por obter baixa adesão, talvez devido a uma divulgação pouco eficaz ou por timidez em sua aplicação. De todo modo, faremos algumas correções no sentido de que possamos agora obter respostas efetivas dos colegas a essas questões tão intrigantes, solicitando sua avaliação e sugestões de como tornar a SPR uma entidade cada vez mais representativa dos reumatologistas, motivando-os assim a se associarem espontaneamente.

PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI

Médico especialista em Reumatologia e Reumatologia Pediátrica.

Membro do Conselho Editorial da RPR; Membro da Comissão de Ética Médica da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO – DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA



Irmandade da Santa Casa
de Misericórdia de São Paulo

A especialidade Reumatologia Pediátrica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo está sob a direção do Departamento de Pediatria, atualmente chefiado pelo Prof. Dr. Rogério Pecchini.

O Prof. Dr. Paulo de Barros França, diretor do Departamento de Pediatria nos anos 1960, iniciou em 1966, em moldes acadêmicos, as subespecialidades da pediatria e dentre elas o primeiro serviço de reumatologia pediátrica. A Profa. Dra. Wanda Alves Bastos, com seu espírito dinâmico e humanitário, priorizando a ciência a serviço do doente, assumiu a coordenação da especialidade, sob a orientação do Prof. Dr. Gil Spilbborghs, reumatologista clínico da instituição.

O serviço sempre teve o objetivo de preparar profissionais capacitados para atuar nas várias áreas da especialidade, que inclui atendimento clínico, ensino e pesquisa, difundindo e levando o crescimento da especialidade para outras regiões. Os Profs. Drs. Margarida F. F. Carvalho (Universidade Estadual de Londrina – PR), Paulo Spelling (Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – PR), Zelina B. Mesquita e Izabel Cunha Lima (Instituto Materno Infantil de Pernambuco), Maria Heloisa Torres Ventura (Irmandade da Santa Casa de Santos) e Valeria Cristina Santucci Ramos (Pontifícia Universidade Católica de Sorocaba) foram residentes que atualmente

desempenham um importante papel na atuação diante da Reumatologia Pediátrica.

A formação dos alunos da especialização conta com o apoio de várias outras especialidades pediátricas, principalmente os serviços de emergência e UTI, a Nefrologia, Imunologia, Endocrinologia, Hematologia, Neurologia, Ortopedia e Reabilitação, Cirurgia Pediátrica e Vascular. Ainda temos o apoio dos departamentos de Oftalmologia, Radiologia, Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica.

O atendimento dos pacientes é realizado nos ambulatórios e enfermarias. Em 2011, foram atendidos 2.400 pacientes, dos quais 144 casos novos.

Atualmente, a equipe é composta por duas residentes do 3º ano, Natali W. Spelling e Renata Torres de Matos, uma do 4º ano, Andressa B. Guariento, quatro médicos assistentes, Eunice M. Okuda, Maria Carolina dos Santos, Marcos V. Ronchezel e Silvana B. Sacchetti (coordenadora) e uma psicóloga, Débora Silva, com participação no atendimento ambulatorial e dos casos de enfermaria. Todos os médicos têm pós-graduação, nível doutorado.

A equipe participa da graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo ministrando aulas para os alunos de 3º ano (propedêutica do sistema osteoarticular) e 4º ano (aulas e discussões de

casos clínicos). No programa de residência médica, os residentes do 1º ano do Departamento de Pediatria de nossa instituição, residentes do 2º ano de Pediatria de outras instituições e do 3º ano de Reumatologia Clínica da Santa Casa e do Hospital do Servidor Público Estadual, participam dos ambulatórios e aulas com discussões de casos clínicos.

A especialidade oferece anualmente duas vagas de residência e duas de especialização em Reumatologia Pediátrica. A programação do 1º ano inclui atividades ambulatoriais, visitas a enfermarias, seminários com temas de atualização, prática laboratorial, com ênfase nas provas de fase aguda e autoanticorpos, e seminários com discussão de casos clínicos no Serviço de Radiologia da Santa Casa. No 2º ano realizam estágios nos serviços de Dermatologia, Fisioterapia, Ortopedia Pediátrica, Imunologia, Laboratório de Análises Clínicas e Reumatologia da clínica médica da instituição, coordenada pela Profa. Dra. Branca D. B. de Souza. No final da especialização, o aluno apresenta um trabalho de conclusão desenvolvido no ano com publicação posterior.

O serviço formou 30 especialistas na área de Reumatologia Pediátrica. Seis alunos de pós-graduação foram titulados mestres e/ou doutores em Pediatria, sob a orientação da Profa. Dra. Silvana B. Sacchetti.

A aquisição de novos membros na equipe possibilita a realização de trabalhos voltados para a pesquisa clínica, em parceria com outras disciplinas (Radiologia, Medicina Nuclear, Biologia Molecular e Anatomia Patológica), permitindo apresentações em congressos e publicações.

A nossa responsabilidade aumenta enquanto instituição de ensino na formação de novos especialistas, estimulando todos os membros da equipe a estar sempre atualizados na área da pesquisa científica, o que permite a utilização de todos os recursos disponíveis, possibilitando uma melhor qualidade de vida a nosso paciente.

SILVANA B. SACCHETTI

Profa. do Departamento de Pediatria e chefe do Serviço de Reumatologia Pediátrica da Santa Casa de São Paulo

EUNICE OKUDA

Profa. do Departamento de Pediatria e assistente do Serviço de Reumatologia Pediátrica da Santa Casa de São Paulo

ENDEREÇO:

Departamento de Pediatria,
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
Rua Dr. Cesário Mota Jr, 112, CEP 01221-020, São Paulo-SP
Fone: (11) 2176-7000



(1) Da esquerda para a direita: Dra. Maria Carolina Santos, Dra. Wanda A. Bastos, Dra. Eunice M. Okuda, Dra. Renata Torres de Matos e Dra. Natali W. Spelling (residentes do 3º ano da Reumatologia Pediátrica). **(2)** Da esquerda para a direita: Dr. Marcos V. Ronchez, Debora Silva (psicóloga da equipe), Dra. Maria Carolina Santos, Dra. Silvana B. Sacchetti, Dra. Renata Torres de Matos e Dra. Natali W. Spelling e Dra. Andressa B. Guariento (residente do 4º ano da Reumatologia Pediátrica). **(3)** Da esquerda para a direita: equipe de Reumatologia e residentes de 1º e 2º anos de Pediatria, que acompanham o serviço.

MERCADO DE TRABALHO PARA O REUMATOLOGISTA EM RIBEIRÃO PRETO, PRESIDENTE PRUDENTE E MARÍLIA

Dando continuidade ao propósito de retratar as diferentes regiões do Estado de São Paulo, publicamos dados e informações sobre o mercado de trabalho para o reumatologista em Ribeirão Preto, Presidente Prudente e Marília. Esperamos, desta forma, auxiliar jovens colegas em suas futuras escolhas, com os relatos obtidos de renomados profissionais atuantes em suas respectivas regiões.

RIBEIRÃO PRETO

Nossa região, a Alta Mogiana, conta com várias cidades e com população estimada em mais de 4 milhões de pessoas. A região tem renda *per capita* elevada, uma das maiores do País, em grande parte pelo grande número de usinas de açúcar e álcool, uma delas a maior do Brasil e talvez do mundo.

Temos, apenas na cidade de Ribeirão Preto, 23 reumatologistas em atividade, 11 ligados à Universidade de São Paulo, três à Barão de Mauá (particular) e um à UNAERP (particular).

Na região, em cidades num raio de 100 km, temos cerca de 25 reumatologistas.

A principal atividade dos médicos reumatologistas de nossa região concentra-se nos convênios médicos, com destaque para Unimed, que melhor os remunera, executando-se os seguros-saúde e os convênios de instituições bancárias.

As clínicas privadas em sua maioria são individuais, não havendo consultórios conjuntos, nem clínicas de reumatologia que ofereçam serviços de apoio, como exames (imagem, laboratório de imunologia ou capilaroscopia) e serviço de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, educador físico).

As agendas dos reumatologistas, em sua maioria, estão lotadas, sendo as listas de espera algumas vezes superiores a seis meses.

Com a nova geração optando por permanecer na cidade ou na região, os jovens reumatologistas têm se sujeitado a trabalhar em convênios de remuneração menor, mas com grande número de pacientes (conveniados), recebendo rendimentos menores e muito aquém de sua capacidade profissional, frequentemente com carga de trabalho excessiva.

Sobre nosso serviço no Hospital das Clínicas da FMRP-USP, somos os responsáveis pelo atendimento dos casos mais graves e de alta complexidade. Por décadas temos sido referência regional, estadual e interestadual para esses casos. Pelo mesmo motivo, formamos dezenas de residentes e alguns pós-graduandos, hoje em atividade clínica e docente por todos os Estados da federação.

Até há alguns anos mantínhamos, regularmente, reuniões no Centro Médico de Ribeirão Preto, com participação da Disciplina de Reumatologia do HCRP, mas em razão da sobrecarga crescente do trabalho médico, as reuniões foram se esvaziando e hoje não mais existem. No HCRP mantemos, diariamente, discussões científicas sobre temas clínicos e básicos, com grande parte do conhecimento gerado *in loco*. Muitas dessas reuniões são abertas a interessados.

Creio que em nossa região seja praticada uma reumatologia de alto nível, não apenas devido à boa formação de profissionais, como também aos recursos de bons hospitais e laboratórios de análises clínicas nos proporcionando suporte.



Dr. Flavio Calil Petean, médico assistente, especialista em Reumatologia pela SBR.

PRESIDENTE PRUDENTE

Presidente Prudente, capital do Oeste Paulista, representa um grande centro médico, odontológico e educacional para esta região, norte do Paraná e sul do Mato Grosso do Sul.

Contamos com cinco reumatologistas na cidade, três deles homens e duas mulheres.

As reumatologistas atuam fundamentalmente em consultórios médicos privados, onde atendem a consultas particulares e convênios.

Dos colegas homens, temos um colega professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Presidente Prudente (Unoeste) e os outros dois colegas atendem principalmente em consultórios privados.

Em Presidente Venceslau, distante aproximadamente 50 km de Presidente Prudente, temos uma colega reumatologista que atende em PSF e consultório médico.



Dra Sonia R. Farao Gomes,
médica reumatologista.

MARÍLIA

Marília é uma cidade situada a 430 km de São Paulo, com uma população de aproximadamente 250 mil habitantes, sendo a sede do DRS IX, abrangendo uma região com 62 cidades e 1.200.000 habitantes.

Temos duas faculdades de medicina: uma pública, Famema, e uma privada, Unimar. Nossa Faculdade de Medicina de Marília (Famema) tem um Serviço de Reumatologia, com residência reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, com duas vagas para R1 e duas vagas para R2.

Há seis reumatologistas em Marília, três deles com título e três sem título de especialista.

Há, no restante da região, aproximadamente seis reumatologistas.

Os serviços da faculdade são referência para toda a região em função de sua infraestrutura e investigação mais apurada.

A demanda por atendimento reumatológico é muito grande, não havendo na rede básica profissional especializado que possa prestar atendimento adequado.

Existe uma proposta junto aos gestores municipal e estadual para a capacitação de profissionais da rede bá-

sica, para melhor atendimento dos doentes reumatológicos e melhor triagem para o serviço de referência.

Em função desses dados, acreditamos que exista uma carência muito grande de reumatologistas nesse mercado, principalmente se levarmos em conta o aumento da expectativa de vida da população, com consequente aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas.



Dr. César Emile Baaklini, mestrado
em Reumatologia, doutorado
em Clínica Médica.

CISTICERCOSE MUSCULOESQUELÉTICA

Fernanda Calil Machado Netto⁽¹⁾, Denise de Fátima Forteski⁽¹⁾, Yanne Santos Montino⁽¹⁾, Lenita Adriana Mazzi⁽¹⁾, Maria Guadalupe Barbosa Pippa⁽²⁾

1. Residente em Reumatologia do Hospital Heliópolis
2. Médica assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis

Paciente de 69 anos de idade, do sexo masculino, evoluindo com dor em membros inferiores há 18 meses.

A cisticercose é uma doença causada pela infestação com a forma larvária da *Taenia solium*. Na cisticercose humana, o homem está na posição de hospedeiro intermediário anômalo. A infestação ocorre após a ingestão de ovos contendo oncosferas viáveis que invadem os intestinos, entram na vasculatura e se instalam em tecidos. A prevalência mundial de cisticercose causada pelo *Cisticercos cellulosae* foi estimada em 300 mil pessoas⁽¹⁾. Embora

qualquer órgão ou tecido possa abrigar os cistos, cérebro, musculatura esquelética e tecido subcutâneo são os locais mais comumente afetados.

A cisticercose acometendo musculatura esquelética é um diagnóstico incomum, mas que deve ser pensado no caso de pacientes com dor crônica de caráter inespecífico.

REFERÊNCIAS

1. Melo RMV, De Melo Neto AV, Corrêa LCL, De Melo Filho AV. Arq. Bras. Cardiol. 2005 Dec;85(6).



xviii ERA 2012 ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

3 A 5 DE MAIO | MAKSOUD PLAZA | SÃO PAULO SP

Programação e horários sujeitos a alterações

3 DE MAIO QUINTA-FEIRA

08h00 às 13h00 **CURSO PRÉ-EVENTO 1**

INFECÇÕES e TRATAMENTO – Atualização no diagnóstico e no tratamento do paciente reumático imunossuprimido

08h00 às 13h00 **CURSO PRÉ-EVENTO 2**

EXAMES DE IMAGEM – Indicações da radiografia convencional a ressonância nuclear magnética

14h00 às 14h10 Abertura oficial do evento

14h10 às 15h45 REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

14h10 às 14h30 Conferência – Segurança do uso de biológicos na reumatologia pediátrica

14h30 às 15h45 Apresentação de trabalhos em reumatologia pediátrica

15h45 às 16h15 Intervalo

16h15 às 17h00 Novos procedimentos em reumatologia

16h15 às 16h45 PRP/TOCE/toxina botulínica como novos procedimentos em reumatologia?

16h45 às 18h00 Apresentação de trabalhos clínicos

18h00 às 20h00 *Happy hour* ou coquetel de abertura

4 DE MAIO SEXTA-FEIRA

08h15 às 09h15 **SESSÃO INTERATIVA**

Prós e contras no uso de DMARDs na AR inicial

08h15 às 08h30 Metotrexate

08h30 às 08h45 Leflunomida

08h45 às 09h00 Corticosteroides

09h00 às 09h10 Cloroquina

09h10 às 09h30 Debates

09h15 às 10h30 Apresentação de trabalhos sobre artrite reumatoide

10h30 às 11h00 Intervalo

11h00 às 12h00 Fórum de biossimilar: biosimilar, biobetter or bioworst

12h00 às 13h00 Simpósio Roche

13h00 às 14h00 Almoço

14h00 às 14h30 Células T reguladoras (TREG) e doenças reumáticas autoimunes

14h30 às 15h30 Apresentação de trabalhos básicos

15h30 às 16h00 Intervalo

16h00 às 17h00 Pulmão e doenças reumáticas

16h00 às 16h30 Conferência – Pulmão e doenças reumáticas

16h30 às 17h00 Discussão de casos com os participantes do ERA 2012

17h00 às 18h00 Apresentação de trabalhos clínicos sobre collagenoses

20h00 Jantar da diretoria/convidados

5 DE MAIO SÁBADO

09h00 às 10h00 **SESSÃO INTERATIVA**
SNC e Imagem

10h00 às 10h30 Discussão de casos com os participantes do ERA 2012

10h30 às 11h00 Intervalo

11h00 às 11h45 Apresentação de trabalhos clínicos/básicos

12h00 às 13h00 Simpósio Janssen

13h30 às 15h00 Premiação dos melhores trabalhos do ERA 2012

13h30 às 13h45 Anúncio dos ganhadores e premiação

13h45 às 14h15 Reapresentação 1º/2º lugar – Área Básica

14h15 às 14h30 Discussão com participantes do ERA 2012

14h30 às 15h00 Reapresentação 1º/2º lugar – Área Clínica

15h00 às 15h15 Discussão com participantes do ERA 2012

15h15 às 15h30 Encerramento do ERA 2012

O QUE NOS FAZ MELHOR REUMATOLOGISTA?

Na busca constante de evolução e crescimento, levanta-se um questionamento: o que nos faz ser melhor reumatologista?

Não resta dúvida de que estudar sempre, atualizar-se, buscar novos conhecimentos e tecnologias são aspectos importantes. Ao longo de minha experiência, porém, aprendi que respeitar o paciente é fundamental. E respeitar significa recebê-lo com um aperto de mão, um sorriso ou até mesmo um abraço. Olhá-lo no rosto enquanto se ouve com atenção tudo o que ele tem a dizer. Saber que qualquer informação é importante, simplesmente porque diz respeito a toda sua vida. Ao examiná-lo, pedir licença, pois estaremos tocando no corpo, seu templo. Respeitar suas crenças, suas opiniões. Lembrar que nosso paciente tem família: é pai ou mãe, filho, irmão, tio, companheiro afetivo de alguém que precisa muito dele.

Imaginar-se paciente, sentado do outro lado da mesa do consultório ou até mesmo deitado sobre uma maca, ajuda-nos neste longo aprendizado e deve servir de base para uma vida profissional mais rica e completa.

Quando criança, meus pais levavam-me a médicos. Hoje sou eu quem leva meus pais ou meu filho a consultórios. Quem já esteve doente, aprende a ser paciente. Valorizo hoje, além da competência dos colegas, aqueles que se dedicam com amor à profissão.

A dor é uma experiência única, pessoal. Se não podemos, muitas vezes, curar nossos pacientes, devemos aliviar seu sofrimento, amenizar sua ansiedade. Uma mão no ombro, uma palavra doce pode ter um efeito sedativo no corpo e na alma.

Acredito que, se hoje sou melhor reumatologista, não foi por acúmulo de conhecimentos acadêmicos, mas sim porque já fui paciente, sou boa filha e uma mãe dedicada. Através dos exemplos daqueles que cuidaram dos meus, com tanta dedicação, sigo em busca de constante evolução.

SANDRA. H. WATANABE

Mãe, filha, paciente lombálgica
e médica reumatologista

PALAVRAS QUE AMO: PELEJAR

*Um único momento de beleza
vivido e amado justifica a vida inteira.*

RUBEM ALVES

Aurélio: Pelejar. Verbo intransitivo. Batalhar, combater.
No presente do indicativo: Eu pelejo. Tu peijas. Nós
pelejamos.
E quem não peleja?!

Viver é (também) pelejar. Os limites do corpo. Os medos.
As culpas. As mágoas. A solidão. A imensa carência de
afeto. As idealizações. A apatia. As ansiedades. A desespe-
rança. A preguiça. As dores. O desamor. O inconsciente.
A morte. Enfim, os terríveis da condição humana.

O que salva é a beleza. O sorriso das crianças. O beijo
amoroso. O abraço amigo. As mães. As árvores. As flores.
O céu. Os pássaros. O mar. A música. Os poemas. A beleza
é o que podemos ver da face de Deus.

Por causa da beleza do mundo, ainda vale a pena. E eu
pelejo. E tu peijas. E nós pelejamos. Dá até vontade de
pelejar. E ficar por aqui ainda um bom tempo. Aprenden-
do a pelejar cada vez melhor.

ALZIRTON FREIRE

Reumatologista em Recife-PE



Grafite de Rildo Moreira de Oliveira, no Centro de Ilhéus, BA.

Noticiário

VI CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS

O primeiro evento do ano, organizado pela nova Comissão Científica da SPR, foi um sucesso. Durante o VI Curso de Revisão para Reumatologistas, realizado nos dias 3 e 4 de março de 2012, no Maksoud Plaza Hotel, em São Paulo, os cerca de 200 inscritos de todo o Brasil (do Amapá ao Rio Grande do Sul), foram brindados com palestras dos mais renomados e experientes reumatologistas de nosso Estado. Os temas debatidos foram: Infecção, Reumatologia Pediátrica, Agentes Biológicos, Espondiloartrites, Sarcoidose, Artrite Reumatoide, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Osteoporose e Exames Complementares. O teor das aulas foi elogiado tanto por colegas em busca de reciclagem, como por jovens residentes em preparação para a prova de título de especialista.



Visão geral da plateia.

CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA

Realizou-se no dia 15 de março, na Associação Paulista de Medicina, o Curso de Diagnóstico por Imagem em Reumatologia, cujo tema foi “Introdução às técnicas dos métodos de imagens e abordagem das principais alterações em Reumatologia”. O evento contou com a participação do Dr. Alexandre Grinberg como palestrante.



(1) Da esquerda para a direita: Dr. Plínio José do Amaral, Dr. Charles Heldan de Moura Castro, Dr. Alexandre Grinberg, Dra. Ivone Minhoto Meinão e Dra. Deborah Colucci Cavalcante de Souza. (2) Visão geral da plateia.

FALECIMENTO DO DR. JULIO CESAR VOLTARELLI

É com imenso pesar que comunicamos o falecimento do querido amigo e companheiro Julio Cesar Voltarelli. Julio, com seu brilhantismo científico, revolucionou os princípios do tratamento de doenças autoimunes, especialmente as órgão-específicas.

Ele fará muita falta à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, como também à Ciência Médica Brasileira. Poucos foram tão ousados e corajosos em transformar o conhecimento adquirido na Academia em aplicação terapêutica imediata a diversas doenças de cunho imunológico, propiciando grande benefício aos pacientes.

Na vida pode se perder muita coisa, menos a coragem. Assim foi o Julio, corajoso, brilhante, convicto de seus conhecimentos, transformador e amigo até às últimas consequências.

Não há como mensurar o tamanho de sua ausência, ficando este enorme vazio, que nunca mais será preenchido.

Divisão de Imunologia Clínica
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP



Dr. Julio Cesar Voltarelli.

Todas as edições da *Revista Paulista de Reumatologia* já estão disponíveis na íntegra em nosso [site](http://www.reumatologiasp.com.br) **www.reumatologiasp.com.br**.

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 no último encontro:

PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES (4 DE ABRIL DE 2012)

Tema: "Poliartrite e síndrome paraneoplásica"

Coordenação: Dr. Paulo Louzada Junior

Apresentação: Dr. Paulo Louzada Junior e Dra. Patrícia Rolim Mendonça

Debatedores: Dr. Paulo Louzada Junior (professor livre-docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP), Dr. Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira (médico-assistente da Disciplina de Reumatologia do HC Ribeirão Preto-USP) e Dra. Patrícia Rolim Mendonça (residente do 4º ano da Disciplina de Reumatologia do HC-Ribeirão Preto-USP)

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). Confraternização: Avenida Paulista Hotel, Rua São Carlos do Pinhal, 200, Bela Vista, São Paulo-SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima). Estacionamento conveniado no local (Feller Estacionamentos).



PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES: da esquerda para a direita: Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto, Dra. Patrícia Rolim Mendonça, Dr. Paulo Louzada Junior e Dr. Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira.

FÓRUMS DE DEBATES DE SÃO PAULO – 2012:

Confira as próximas datas para este ano: 20 de junho • 1 de agosto • 5 de setembro • 3 de outubro • 21 de novembro

CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA

Local: Associação Paulista de Medicina
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 – São Paulo, SP
Inscrições: www.apm.org.br – **Informações:** (11) 3188-4281

Programação – Reumatologia

• 26/04/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em artrite reumatoide
Dr. André Rosenfeld

• 17/05/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em acometimento abdominal em reumatologia
Dr. George Rosas

• 21/06/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em doenças por depósito de cristais e artropatias infecciosas
Dr. Elói Fernandes

• 26/07/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em doenças da coluna vertebral
Dr. Luis Guilherme Hartmann

• 23/08/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em distúrbios endócrinos associados a doenças reumáticas
Dra. Fernanda Reis

• 27/09/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em vasculites e alterações neurovasculares
Dr. Denis Szejnfeld

• 18/10/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em acometimento cardiopulmonar na reumatologia
Dra. Julia Capobianco

• 22/11/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em espondiloartrites
Dr. André Aihara



2012

Agenda 2012

12 DE OUTUBRO
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

NACIONAIS

XIV Reciclagem de Reumatologia
Universidade Federal de São Paulo
(EPM-Unifesp)

Data: 21 a 24 de junho

Local: Embu das Artes, SP

Contato: contato@numeneventos.com.br

4º Curso de Imunologia

Data: 1 de setembro

Local: São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 19 a 22 de setembro

Local: Vitória, ES

Contato: www.cbr2012.com.br

IV Curso de Infiltrações em Reumatologia –
Disciplina de Reumatologia da Unifesp

Data: 26 e 27 de outubro

Local: São Paulo, SP

Contato: www.cursoinfiltracao.com.br/
mskonai@gmail.com

INTERNACIONAIS

8th Internacional Congress on Autoimmunity

Data: 9 a 13 de maio

Local: Granada, Espanha

Contato: www2.kenes.com/autoimmunity

1st Latin America Osteoporosis Meeting

Data: 24 a 27 de maio

Local: São Paulo, Brasil

Contato: www.iofbonehealth.org

Eular 2012

Data: 6 a 9 de junho

Local: Berlim, Alemanha

Contato: www.eular.org

15th Congress of Asia Pacific League of Associations
for Rheumatology (APLAR)

Data: 10 a 14 de setembro

Local: Mar Morto, Jordânia

Contato: www.aplar2012.com

2012 Annual Meeting of the American Society
for Bone and Mineral Research (ASBMR)

Data: 12 a 15 de outubro

Local: Minneapolis, Minnesota

Contato: www.asbmr.org

ACR 2012

Data: 9 a 14 de novembro

Local: Washington, DC

Contato: www.rheumatology.org

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. Serão publicados artigos originais, revisões, descrição de casos clínicos e atualização em reumatologia, conforme a ortografia oficial da língua portuguesa.
2. O trabalho deverá conter, necessariamente:
 - a) título (em português e inglês);
 - b) nome completo dos autores;
 - c) citação do local (endereço completo) de realização do trabalho;
 - d) formação acadêmica/titulação dos autores;
 - e) unitermos (em português e inglês);
 - f) resumo do trabalho (em português e inglês), até o limite de 250 palavras. Deverá conter, quando se tratar de artigo original: objetivo, métodos, resultados e conclusão;
 - g) introdução;
 - h) material ou casuística e métodos ou descrição de caso;
 - i) resultados;
 - j) discussão e/ou comentários (quando for o caso);
 - k) conclusões;
 - l) ilustrações anexas devem seguir regulamentação apropriada (conforme o item 6, a seguir).
 - m) referências (conforme o item 7, a seguir);
3. Os trabalhos serão avaliados pelo Conselho Editorial. Pequenas alterações poderão ser realizadas, com a finalidade de padronizar os artigos, sem importar mudanças substanciais em relação ao texto original.
4. Os trabalhos devem ser encaminhados por e-mail para: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br. O processador de texto utilizado deve ser compatível com Windows (Word, Excel etc.).
5. Caberá ao Conselho Editorial analisar textos demasiadamente longos, de modo a suprimir – sem excluir trechos essenciais à compreensão – termos, frases e parágrafos dispensáveis ao entendimento do estudo. A medida também se aplica a tabelas e ilustrações. Em trabalhos prospectivos, envolvendo seres humanos, é necessária aprovação prévia por um Comitê de Ética, devendo o trabalho seguir as recomendações da Declaração de Helsinki. Os pacientes devem ter concordado previamente com sua participação no estudo.
6. Ilustrações: constituem figuras e gráficos, referidos em algarismos arábicos (exemplo: Figura 1, Gráfico 3). Se forem escaneadas, deverão ser enviadas em formato TIF ou JPG e ter, no mínimo, 270 DPI de resolução. Quando possível, deverão ser enviadas em formato original. Somente serão reproduzidas ilustrações que permitirem visualização adequada. Não devem ser inseridas no texto, mas sim encaminhadas em arquivos anexos, com as respectivas legendas (no texto, deve-se apenas indicar o local de entrada da ilustração). Tabelas e quadros devem ser relacionados em algarismos arábicos, com o respectivo título, dispensam sua descrição no texto e têm a finalidade de resumir o artigo. Unidades utilizadas para exprimir resultados (m, g, g/100, ml etc.) devem figurar no alto de cada coluna. Caberá ao Conselho Editorial analisar o excesso de ilustrações (figuras, quadros, gráficos, tabelas etc.) e suprimir as redundantes.
7. As referências devem seguir a ordem de aparecimento no texto. Utilizar estilo e formato conforme a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos no *Index Medicus* (de acordo com o estilo Vancouver – Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos).
 - a) Artigo de revista – sobrenome por extenso e inicial dos prenomes de todos os autores (havendo sete ou mais, apenas os três primeiros, seguidos da expressão et al.). Título do artigo. Nome abreviado da revista, ano; volume: página inicial-página final.
 - b) Para citação de outras fontes de referência, consultar os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Médicos. *New Engl J Med* 1997; 336(4):309-15.
8. O nome de medicamentos citados no texto (nome de fantasia, oficial, patenteado, químico e siglas de pesquisa) deve obedecer à regulamentação correspondente da Organização Mundial da Saúde.
9. De acordo com a Resolução nº 1.595 do Conselho Federal de Medicina, os autores devem declarar os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas, como agências financiadoras, laboratórios farmacêuticos etc.
10. Trabalhos que não se enquadrem nestas normas ou que não se ajustem às necessidades editoriais da revista poderão ser reencaminhados aos autores para que procedam às necessárias adaptações, indicadas em carta pessoal dos editores.

HUMIRA®

adalimumabe

O único anti-TNF totalmente humano
com eficácia em **6 indicações** no Brasil em:¹⁻⁸



Artrite Reumatoide²



Espondilite Anquilosante²



Artrite Psoriásica²



Artrite Idiopática Juvenil²



Doença de Crohn²



Psoríase²



humanizar



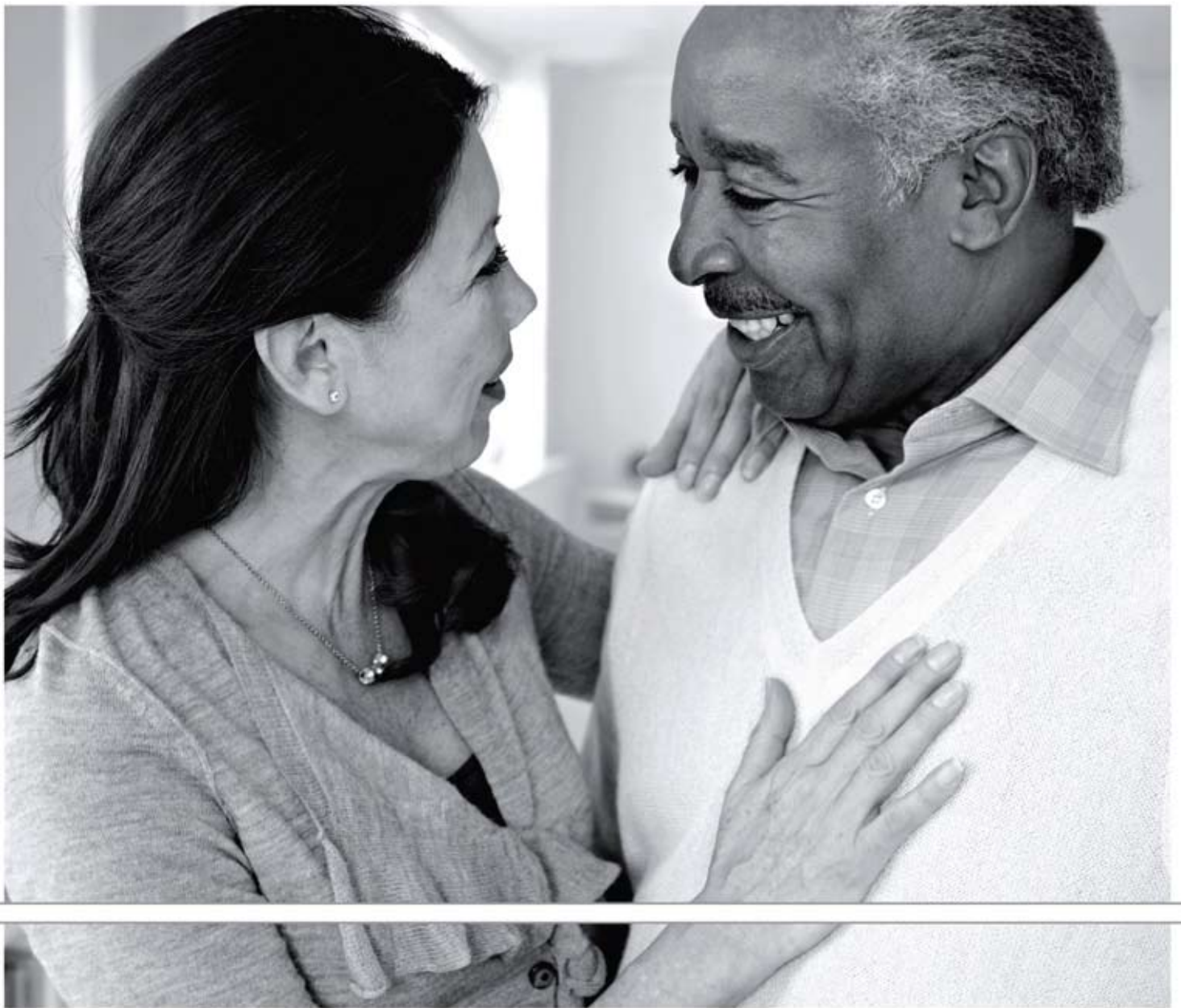
A Abbott apoia a atualização científica: www.rima.org

Referências: 1. Burmester GR, Mease P, Dijkman BAC, et al. Adalimumab safety and mortality rates from global clinical trials of six immune-mediated inflammatory diseases. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1863-9. 2. Bula do produto. 3. van der Heijde D, Breedveld D, Kavanaugh A et al. Disease activity, physical function, and radiographic progression after long term therapy with adalimumab plus methotrexate: 5-Year results of PREMIER. *The Journal of Rheumatology.* 2010;37(11): 2237-46. 4. van der Heijde D, Kivitz A, Schiff MH, et al. Efficacy and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2136-46. 5. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, et al; para o Grupo de estudo sobre eficácia da adalimumab em estudo clínico sobre artrite psoriásica. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double blind, randomized, placebo-controlled Trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52:3279-89. 6. Saurat JH, Stingl G, Dubertret L et al. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *Br J Dermatol.* 2008;158:558-566. 7. Hanauer SB, Sandborn WJ, Rutgeerts P et al. Human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody (Adalimumab) in Crohn's Disease: The CLASSIC-I Trial. *Gastroenterology* 2006;130:323-333. 8. Lovell DJ, Ruperto N, Goodman S, Reiff A. Adalimumab with or without Methotrexate in Juvenile Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med.* 2008;359:810-20.

HUMIRA® (adalimumabe) – MS: 1.0553.0294. **Indicações:** Artrite reumatoide, Artrite psoriásica, Espondilite Anquilosante, Doença de Crohn, Psoríase em placas, Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular. **Contraindicações:** pacientes com conhecida hipersensibilidade ao adalimumabe ou quaisquer componentes da fórmula do produto. **Advertências e Precauções:** **Infecções:** foram relatadas infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas, virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas, sepsis, raros casos de tuberculose, candidíase, listeriose, legionelose e pneumocistose foram relatados em pacientes tratados com antagonistas do TNF. Histoplasmoze e outras infecções fúngicas invasivas são um risco para os pacientes. Pacientes que desenvolvem uma infecção fúngica grave são também advertidos a interromper o uso de bloqueadores de TNF até que a infecção seja controlada. O tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado ou continuado em pacientes com infecções ativas, incluindo infecções crônicas ou localizadas, até que as infecções estejam controladas. Recomenda-se cautela ao uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com histórico de infecções de repetição ou com doença de base que possa predispor o paciente a infecções. **Tuberculose:** foram relatados casos de tuberculose (frequentemente disseminada ou extrapulmonar) associados ao HUMIRA® (adalimumabe). Antes de iniciar o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) todos os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou inativa (latente). Se a tuberculose ativa for diagnosticada, o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado. Se for diagnosticada tuberculose latente, deve-se iniciar a profilaxia antituberculose apropriada. **Reativação da Hepatite B:** o uso de inibidores de TNF foi associado à reativação do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes portadores crônicos deste vírus, podendo ser fatal. Deve-se ter cautela ao administrar inibidores de TNF em pacientes portadores do vírus da hepatite B. **Eventos neurológicos:** foram associados, em raros casos, com exacerbação de sintomas e/ou evidência radiológica de doença desmielinizante, incluindo esclerose múltipla e doença desmielinizante periférica, incluindo Síndrome de Guillain Barré. Deve-se ter cautela ao considerar o uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com doenças desmielinizantes do sistema nervoso periférico ou central, de início recente ou pré-existent. **Malignidades:** foi observado maior número de casos de linfoma entre os pacientes que receberam antagonistas de TNF. Além disso, há maior risco de linfoma em pacientes com artrite reumatoide com doença inflamatória de longa duração, altamente ativa, o que complica a estimativa do risco. Malignidades, algumas fatais, foram relatadas entre crianças e adolescentes que foram tratados com agentes bloqueadores de TNF. A maioria dos pacientes estava tomando concomitantemente imunossuppressores. Casos muito raros de linfoma hepatoesplênico de células T foram identificados em pacientes recebendo adalimumabe. O risco potencial com a combinação de azatioprina ou 6-mercaptopurina e HUMIRA® (adalimumabe) deve ser cuidadosamente considerado. **Alergia:** durante estudos clínicos, reações alérgicas graves associadas ao uso de HUMIRA® (adalimumabe) foram raramente observadas, incluindo reação anafilática. Se uma reação anafilática ou outra reação alérgica grave ocorrer, a administração de HUMIRA® (adalimumabe) deve ser interrompida imediatamente e deve-se iniciar o tratamento apropriado. A tampa da agulha da seringa contém borracha natural (látex). Pacientes sensíveis ao látex podem ter reações alérgicas graves. **Eventos hematológicos:** raros relatos de pancitopenia, incluindo anemia aplásica. A descontinuação da terapia com HUMIRA® (adalimumabe) deve ser considerada em pacientes com anormalidades hematológicas significativas confirmadas. **Uso com anacina:** A combinação de adalimumabe e anacina não é recomendada. **Insuficiência cardíaca congestiva:** Casos de piora da ICC também foram relatados em pacientes recebendo HUMIRA® (adalimumabe). **Processos autoimunes:** o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) pode resultar na formação de anticorpos autoimunes. Se um paciente desenvolver sintomas que sugiram síndrome Lúpus símile, o tratamento deve ser descontinuado. **Uso em idosos:** a frequência de infecções graves entre pacientes com mais de 65 anos de idade tratados com HUMIRA® (adalimumabe) foi maior do que para os sujeitos com menos de 65 anos de idade. Devido a uma maior incidência de infecções na população idosa geral, deve-se ter cautela quando do tratamento de pacientes idosos. **Uso na gravidez:** este medicamento só deve ser usado durante a gravidez quando, na opinião do médico, os benefícios potenciais claramente justificarem os possíveis riscos ao feto. Mulheres em idade reprodutiva devem ser advertidas a não engravidar durante o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe). Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Uso na lactação:** recomenda-se decidir entre descontinuar o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) ou interromper o aleitamento, levando em conta a importância do medicamento para a mãe. **Interações Medicamentosas:** **Methotrexato:** não há necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. **Outras:** o uso concomitante de HUMIRA® (adalimumabe) e anacina ou abatacepte não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a HUMIRA® (adalimumabe). Não foram observadas interações com DMCDs (sulfassalazina, hidroxiquina, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticoides, salicilatos, anti-inflamatórios não esteroidais ou analgésicos. **Reações Adversas:** **Reação muito comum:** infecções no trato respiratório, leucopenia, anemia, aumento de lipídeos, dor de cabeça, dor abdominal, náusea, vômito, elevação de enzimas hepáticas, rash, dor músculo-esquelética, reação no local da injeção. **Reação comum:** infecções sistêmicas, infecções intestinais, infecções de pele e tecidos moles, infecções de ouvido, infecções de trato urinário, infecções fúngicas, infecções articulares, neoplasia benigna, câncer de pele não melanoma, trombocitopenia, leucocitose, hipersensibilidade e alergia, hipocalcemia, aumento do ácido úrico, quantidade anormal de sódio no sangue, hipocalcemia, hiperglicemia, hipofosfatemia, aumento de potássio no sangue, desidratação, alterações de humor, ansiedade, insônia, parestesia, enxaqueca, compressão de raiz nervosa, distúrbio visual, conjuntivite, blefarite, inchaço nos olhos, vertigem, taquicardia, hematoma, hipertensão, rubor, tosse, asma, dispnéia, hemorragia gastrointestinal, dispepsia, doença do refluxo gastroesofágico, síndrome Sicca, prurido, urticária, contusões, dermatite, onicoclase, hiperidrose, espasmos musculares, hematuria, insuficiência renal, dor no tórax, edema, alterações da coagulação e distúrbios hemorrágicos, teste para autoanticorpos positivo, aumento de desidrogenase láctica no sangue, cicatrizações prejudicadas. **Reação incomum:** infecções oportunistas e tuberculose, infecções neurológicas, infecções dos olhos, infecções bacterianas, linfoma, neoplasia de órgãos sólidos, melanoma, púrpura trombocitopênica idiopática, tremor, neuropatia, diplopia, surdez, tinnitus, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva, oclusão arterial vascular, tromboflebite, aneurisma aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumopatia intersticial, pneumonite, pancreatite, disfagia, edema facial, colecistite e coledocite, aumento da bilirrubina, esteatose hepática, suores noturnos, manchas, rabdomiólise, lúpus eritematoso sistêmico, noctúria, disfunção erétil, inflamação. **Reação rara:** pancitopenia, esclerose múltipla, parada cardíaca. **Infecções:** As infecções consistiram principalmente de nasofaringites, infecções respiratórias superiores, sinusites, bronquites e infecções do trato urinário. **Reações adversas de pós-comercialização:** diverticulite, linfoma hepatoesplênico de células T, leucemia, anafilaxia, sarcoidose, doenças desmielinizantes, acidente vascular cerebral, embolismo pulmonar, derrame pleural, fibrose pulmonar, perfuração intestinal, reativação da hepatite B, insuficiência hepática, vasculite cutânea, síndrome de Stevens-Johnson, angioedema, aparecimento ou piora da psoríase; eritema multiforme, alopecia, síndrome lúpus símile, infarto do miocárdio. **Posologia:** Artrite Reumatoide, Artrite Psoriásica, Espondilite Anquilosante: a dose para pacientes adultos é de 40 mg, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. Doença de Crohn: início do tratamento – Semana 0: 160 mg por via subcutânea; Semana 2: 80 mg; Manutenção do tratamento: a partir da Semana 4, 40 mg a cada 14 dias. Psoríase: para pacientes adultos é de uma dose inicial de 80 mg por via subcutânea, seguida de doses de 40 mg administradas em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. Artrite idiopática juvenil poliarticular: para pacientes com idade superior a 13 anos é de 40 mg solução injetável, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. - Rua Michigan, 735 – São Paulo – SP - CNPJ: 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 703 1050.

Contraindicações/Precauções: Assim como observado com outros antagonistas de TNF, foram relatados casos de tuberculose associados ao HUMIRA® (adalimumabe). A administração concomitante de antagonistas de TNF e abatacept tem sido associada a aumento do risco de infecções, incluindo infecções sérias, quando comparada a antagonistas de TNF isolados.

Material destinado a profissionais da saúde prescritores. Reprodução Proibida. Produzido em Março/2012.



Sobre a Janssen-Cilag

A Janssen-Cilag é uma indústria farmacêutica reconhecida pela inovação em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e serviços de alta qualidade. Opera mundialmente, atendendo as diversas necessidades médicas e farmacológicas. A empresa está no Brasil há 75 anos e comercializa 60 medicamentos. A companhia dedica-se a estudar e solucionar as mais importantes necessidades médicas não atendidas em dor, oncologia, imunologia, nefrologia e doenças gastrintestinais. Orientados pelo nosso compromisso com a ciência, trabalhamos para oferecer ideias, produtos e serviços inovadores para pacientes, médicos e farmacêuticos em todo o mundo.