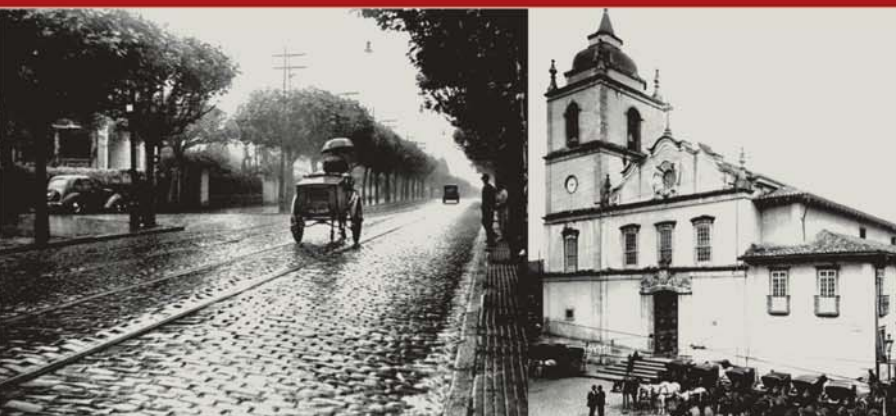


# Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 3 N.º 1 jan/mar 2004



## REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

A Importância do Padrão do FAN para a Correta Valorização do Resultado do Exame

## RHEUMA

Lesões Osteomioarticulares em Corredores

Órteses e Posicionamento de Punho na Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ)

## PERSPECTIVAS

A Ordem dos Médicos do Brasil

## GRUPOS DE APOIO

Fibromialgia na Internet

Site da SPR:  
uma nova fase



## Sumário

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5
Rheuma	7
Perspectivas	8
Publicações	9
Noticiário	16
Agenda	17
Grupos de Apoio	18

### Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2004/2005

**Presidente**

Manoel Barros Bértolo

**1.º Vice-Presidente**

Ari Stiel Radu

**1.º Secretário**

Rubens Bonfiglioli

**1.º Tesoureiro**

Percival Degra Sampaio Barros

**2.º Vice-Presidente**

José Carlos Mansur Szajubok

**2.º Secretário**

Sandra Watanabe

**2.º Tesoureiro**

Silvio Figueira Antonio

**Comissão Científica**

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

**Comissão de Ética**

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

**Comissão de Ensino**

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

**Conselho Fiscal**

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

**Comissão Estadual**

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

**Representantes da Reumatologia Pediátrica**

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudia Goldenstein Schainberg

**Site**

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann

**Endereço**

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

### Revista Paulista de Reumatologia

Órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

**Editores Científicos**

Alexandre Wagner S. Souza, Fábio Jennings, Marcelo Pinheiro, Plínio José do Amaral

### etCetera Editora de Livros e Revistas

**Editor responsável**

Kleber Kohn

**Administração**

Silvia Souza

**Jornalista responsável**

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

**Endereço para correspondência**

Rua Baronesa de Itú, 336, 10.º andar, Higienópolis, CEP 01231-100, São Paulo, SP  
Fones: (11) 3825-3504 / 3826-4945, Fax: (11) 3826-7770  
e-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br  
Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

## Palavra do Presidente

É com grande prazer que assumo a presidência da Sociedade Paulista de Reumatologia. A responsabilidade deste cargo é enorme. Nos últimos anos, participei de vários cargos da sociedade e penso que adquiri experiência suficiente para dirigi-la. A união da sociedade e a situação financeira que estou recebendo, da gestão do dr. Jamil Natour, deixam-me tranqüilo para administrar todos os eventos dos próximos dois anos, além de podermos investir em novas empreitadas, como a *homepage*, iniciada na gestão anterior.

Todos os membros da diretoria são altamente qualificados e representativos, não somente os da capital, mas também os do interior, o que facilita a realização da programação científica, tradicional em nossa sociedade. Nos próximos dois anos, realizaremos o Encontro de Reumatologia Avançada (2004 e 2005), a Jornada Paulista de Reumatologia (2005) e várias Jornadas do Interior, sendo que a primeira já está marcada para o mês de abril, em Araçatuba. O Fórum de Reumatologia, atividade consagrada há vários anos, continuará ocorrendo na primeira quarta-feira do mês, na Associação Médica Brasileira.

Estamos trabalhando intensamente para a realização do X Encontro de Reumatologia Avançada, de 27 a 29 de maio de 2004. O Encontro discutirá temas desde o modelo experimental de inflamação até as novas modalidades terapêuticas e sua aplicação em nossa prática diária.

Espero contar com o apoio de todos os sócios da Sociedade Paulista de Reumatologia para que consigamos levar a bom termo todos os nossos projetos.

MANOEL BARROS BÉRTOLO

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia  
Gestão 2004-2005

## Lugar nenhum é São Paulo

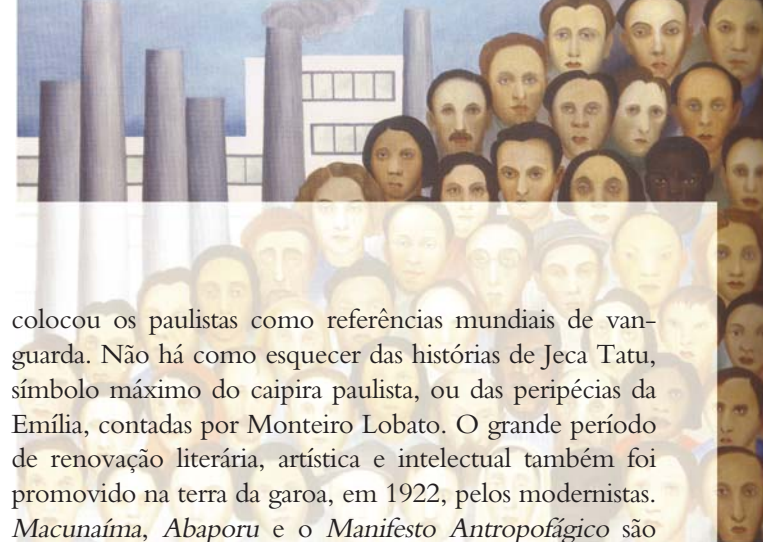
Se perguntarmos a algum estrangeiro quais imagens o fazem se lembrar do Brasil, na grande maioria das vezes o ouviremos falar sobre futebol, carnaval, mulatas cariocas, samba, Pão de Açúcar, Pelourinho, praias do Nordeste, Amazônia, entre outras. Se repararmos bem, não há citação de belezas naturais ou monumentos paulistas. Emerson Fittipaldi, Ayrton Senna, Maria Esther Bueno e Cacilda Becker são lembrados mais como personalidades brasileiras do que como provenientes de São Paulo. Entre os brasileiros, as referências à capital da diversidade também não são muito diferentes e, quando presentes, remetem a aspectos negativos, como o trânsito, estresse, filas intermináveis e trabalho excessivo.

Quando não morava em São Paulo, não conseguia perceber quais motivos faziam as pessoas se sentirem atraídas por essa cidade. Não havia praia, culinária, festa ou folclore específico. A cara de São Paulo também não é bem conhecida. Baianos, gaúchos, cearenses, paraenses e mineiros são fenotipicamente característicos; paulistas, não. Da mesma forma, acarajé, pato no tucupi, pão de queijo, moqueca de peixe, tapioca e chimarrão nos fazem lembrar de alguma região brasileira. No maior centro industrial da América Latina não há uma única comida típica.

Desde a fundação do colégio jesuíta São Paulo de Piratininga, considerado o marco zero da história de São Paulo (Pátio do Colégio), a “locomotiva do Brasil” foi cenário de fatos relevantes para a história do país, como a partida das bandeiras, a Proclamação da Independência, a Revolução Constitucionalista e os grandes comícios da campanha das Diretas-Já.

Ao completar 450 anos de fundação, a cidade de São Paulo faz mais que comemorar uma efeméride ou cumprir discursos oficiais: faz os brasileiros se sentirem orgulhosos de tê-la em seu território. A grande metrópole possui a expressão, a culinária e o folclore de todas as regiões. Aqui, nós conseguimos comer qualquer comida do mundo, assistir aos melhores espetáculos culturais nacionais ou internacionais, e desfrutar dos principais avanços científicos mundiais.

A literatura paulista enumera grandes poetas, contistas e romancistas, como Orígenes Lessa, Lygia Fagundes Telles e Hilda Hilst. A poesia concreta foi o movimento que



colocou os paulistas como referências mundiais de vanguarda. Não há como esquecer das histórias de Jeca Tatu, símbolo máximo do caipira paulista, ou das peripécias da Emília, contadas por Monteiro Lobato. O grande período de renovação literária, artística e intelectual também foi promovido na terra da garoa, em 1922, pelos modernistas. *Macunaíma*, *Abaporu* e o *Manifesto Antropofágico* são expoentes dessa época. Mário de Andrade, Menotti del Picchia, Oswald de Andrade, Guilherme de Almeida, Graça Aranha, Tristão de Ataíde e Tarsila do Amaral jamais devem ser esquecidos. A arquitetura também é inovadora, desde Ramos de Azevedo, com a construção do Teatro Municipal e Casa das Rosas, inspirados no classicismo francês, à Lina Bo Bardi, idealizadora do Masp, que mantém corpo principal pousado sobre quatro pilares laterais e vão livre de 70 metros.

A visão dos “estrangeiros brasileiros” sobre essa cidade é algo encantador. Caetano Veloso, Gilberto Gil e Chico Buarque compuseram diversas músicas e Euclides da Cunha escreveu “Os Sertões” em solo paulista.

É nesta cidade que possuímos “Saúde”, “Liberdade”, “Luz” e “Consolação”. Nela podemos passear pela rua da “Glória” ou da “Vitória” e, quem sabe, atravessar o viaduto do “Chá”. Também é aqui que podemos viver, literalmente, no “Paraíso”, na “Bela vista” ou nos “Jardins”.

Não há cidade como São Paulo, nenhum lugar é São Paulo. São Paulo é todos os lugares. São Paulo não tem cara, mas muda a cara do Brasil.

Parabéns, São Paulo!



Nesta edição, a *Revista Paulista de Reumatologia*, além de comemorar o aniversário da cidade de São Paulo, traz algumas novidades. Nos próximos dois anos, a seção “Reabilitando o Reumatologista” abordará tópicos sobre o laboratório aplicado à nossa especialidade, sob a orientação do prof. dr. Luis Eduardo C. Andrade. Além disso, optamos por resgatar e homenagear dois antigos nomes da revista periódica da SPR. “Rheuma” será o novo nome da seção “Resumo de Teses” e “O Artrófilo” será nosso mascote, personagem da charge e “jornalista” da revista. A Revista estará disponível, *on line*, na *homepage* da sociedade.

Os Editores



## A Importância do Padrão do FAN Para a Correta Valorização do Resultado do Exame

PAULO GUILHERME LESER E LUÍS EDUARDO ANDRADE COELHO

Professor Adjunto Aposentado da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP  
Assessor Médico de Imunopatologia do Fleury Centro de Medicina Diagnóstica

Dentre os vários exames solicitados para um *check-up* de pacientes, uma dosagem de glicose de 200mg/dL possibilita ao clínico o diagnóstico de certeza de diabetes mellitus. Se o resultado da dosagem de triglicérides foi de 285mg/dL, o clínico experiente deverá perguntar para o paciente se ele tinha respeitado o jejum de 12 horas e abstinência de bebida alcoólica por 72 horas para realização a dosagem de triglicérides, antes de tirar qualquer conclusão, pois é sabido que o não preenchimento de um dos dois pré-requisitos pode ocasionar dosagens acima do valor de referência, não traduzindo que o paciente seja portador de alterações lipídicas. Se o resultado do FAN foi positivo, traduzido pela presença de um padrão pontilhado fino até 1/320, jamais o clínico poderá pensar de imediato, que pela simples positividade do FAN, o paciente seja portador de uma doença reumática auto-imune.

Nos três exemplos a visa de ilustração, somente a dosagem da glicose poderíamos considerar como suficiente para um diagnóstico. A suspeita de uma alteração lipídica somente deveria ser valorizada se os pré-requisitos tivessem sido respeitados, caso contrário à dosagem deveria ser repetida e o paciente obedecendo ao regime alimentar. Quanto ao resultado do FAN, para uma correta interpretação e valorização do resultado, vários são os conhecimentos prévios que o clínico deveria ter antes de solicitá-lo:

- a) Com a introdução da célula HEp-2, como substrato da reação de imunofluorescência indireta (IFI), a pesquisa de auto-anticorpos, que era no passado restrita a antígenos nucleares e nucleolares, passou a identificar antígenos localizados no citoplasma e aparelho mitótico da célula;
- b) Com a introdução da célula HEp-2, o teste apresentou um ganho em sensibilidade, mas com importante perda na especificidade, e isto tem causado uma enorme dificuldade na correta interpretação dos resultados.
- c) Perda na especificidade pode ser traduzida pela enorme percentagem de FAN positivos em indivíduos normais ou em pacientes com outras doenças não enquadradas nos critérios de doenças reumáticas auto-imunes. Este lado negativo do aumento da sensibilidade que contribuiu para um grande aumento de reações positivas em indivíduos sem doenças reumáticas auto-imunes (perda na especificidade), deve ser considerado também pelo lado positivo, pois diferentes auto-anticorpos, que não eram identificados quando se utilizavam cortes ou "imprints" de fígado de camundongo como substrato da reação, passaram a ser detectados com o uso da HEp-2, como os antígenos SS/A-Ro, PCNA, centromérico, proteína P ribossomal, Jo-1 entre outros, muito úteis no auxílio diagnóstico;
- d) O conceito do Colégio Americano de Reumatologia considera a pesquisa de anticorpos contra antígenos nucleares, nucleolares, citoplasmáticos e do aparelho mitótico pela técnica de imunofluorescência indireta (FAN), como um exame de triagem e, quando positivo como um dos critérios a ser considerado para o diagnóstico do LES, e coadjuvante para auxiliar no diagnóstico de outras doenças do tecido conjuntivo. Pressupõe-se que o FAN é uma ferramenta própria dos reumatologistas, mas na última década clínicos das mais diferentes especialidades o solicitam e, por não terem os conhecimentos das propriedades intrínsecas do teste, não sabem como interpretar um teste positivo e acabam encaminhando o paciente para o reumatologista;
- e) Um dos padrões que causam maiores dificuldades na interpretação do FAN, principalmente para os reumatologistas e, conseqüentemente, para todos os clínicos, é padrão pontilhado fino denso, que foi identificado há cerca de dez anos e passível de visualização apenas com o uso de célula HEp-2, como substrato da reação de IFI. Em nosso serviço, este padrão

é responsável por cerca de 30% dos FAN positivos, ocorrendo em títulos que variam de 1:80 a maiores que 1:640. Mediante contato com os clínicos que solicitam o teste verificamos que ele está associado a uma grande variedade de condições, incluindo indivíduos com queixas não específicas e sem diagnóstico efetivo, paciente com processos inflamatórios específicos e inespecíficos, tireoidite auto-imune e, menos freqüentemente, pacientes com doenças reumáticas auto-ímmunes;

- f) O padrão pontilhado fino convencional, quando presente em título de 1:80, é responsável também por cerca de 30% dos testes positivos na nossa rotina; temos evidências ao longo dos anos, também por contato com clínicos que solicitam o FAN, que a maioria desses pacientes não apresentam doenças reumáticas auto-ímmunes e muitos deles podem ser considerados como normais.

Após o 1º e 2º Consenso Brasileiro de Laudos de FAN HEP-2, um programa educativo tem sido desenvolvido para familiarizar todos os clínicos que solicitam o FAN com a terminologia utilizada nos laudos para os diferentes padrões e suas possíveis associações e relevância clínica. Este é um ponto de fundamental importância na interpretação do FAN, pois pode orientar a correta valorização do mesmo no contexto diagnóstico do paciente. Alguns padrões atualmente observados não apresentam uma relevância clínica expressiva enquanto outros estão fortemente associados à uma provável doença reumática auto-imune. Abaixo procuraremos de forma didática dividi-los de acordo com sua relevância clínica:

1. Padrões com forte relevância clínica: nuclear homogêneo, nuclear pontilhado grosso, nuclear centromérico, nuclear pontilhado pleomórfico (PCNA), nucleolar em altos títulos, pontilhado fino em altos títulos citoplasmático pontilhado fino, citoplasmático pontilhado fino denso, e nucleolar.
2. Padrões com moderada relevância clínica: nuclear pontilhado grosso reticulado, membrana nuclear, múltiplos pontos nucleares isolados, aparelho mitótico tipos NuMA-1 e NuMA-2, citoplasmático pontilhado reticulado.
3. Padrões com baixa relevância clínica e raramente observados: centriolar, ponte intercelular, raros pontos nucleares isolados, citoplasmático pontilhado polar, pontos citoplasmáticos isolados, citoplasmático fibrilar.
4. Padrões de discutida relevância clínica e alta frequência: pontilhado fino denso em qualquer título e pontilhado fino convencional na diluição de 1:80.

A consideração mais relevante e importante na correta valorização do resultado do exame antecede a realização do mesmo. A premissa é que o exame de triagem para a pesquisa de anticorpos contra antígenos nucleares, nucleolares, citoplasmáticos e contra aparelho mitótico (FAN) só deve ser solicitado quando critérios mínimos de suspeita de doença reumática auto-imune existem. Somente assim, um resultado positivo poderá ter uma correta valorização. Se não houver apoio em critérios, resultados positivos – e são abundantes – só trarão dúvidas e gerarão ansiedades desnecessárias aos pacientes, pensando que estão doentes quando o contrário é o verdadeiro.

**Capa: homenagem aos 450 anos da cidade de São Paulo.** No alto, à partir da esquerda: Avenida Angélica, Higienópolis: no início da década de 40, os moradores do bairro ainda compravam pão na carroça do padeiro (Hildegard Rosenthal, acervo IMS); largo da primeira Igreja da Sé: situada próximo da Rua XV de Novembro, foi demolida para alargamento da praça, por volta de 1910 (acervo DPH/PMSP); trecho da Avenida São João, década de 30: ao fundo, o Edifício Martinelli, primeiro arranha-céu da América do Sul (acervo DPH/PMSP); marca-d'água: vista aérea da cidade de São Paulo, 2004, acervo particular; Logomarca Comemorativa do Aniversário de 450 Anos da Cidade de São Paulo: um coração grafitado, simbolizando dinamismo, alegria, despojamento e afeto. A marca, idealizada pelos artistas gráficos Sérgio Gagliardi e Celso Ninomiya, escolhida entre 912 propostas inscritas no Concurso de criação, aberto ao público em janeiro deste ano, resume bem a expressão artística de caráter contemporâneo de São Paulo e marcante no cenário da capital paulista (Anhembí Turismo e Eventos da Cidade de São Paulo). Agradecimentos especiais a Léo Soares, arquiteto e diretor de criação de arte, que idealizou os principais eventos comemorativos para a Prefeitura de São Paulo e forneceu as imagens da logomarca e da obra de Tarsila do Amaral.



**SOCIEDADE  
PAULISTA DE  
REUMATOLOGIA**

## Lesões Osteomioarticulares em Corredores

PAULA PILEGGI

Dissertação apresentada à FMUSP para obtenção do título de Mestre em Medicina  
Orientadora: Fernanda Lima

A corrida é uma modalidade esportiva que vem sendo praticada cada vez mais no nosso país. Em vista disto, tem-se observado um aumento na incidência de lesões no aparelho locomotor associadas a essa modalidade esportiva. O objetivo desse trabalho foi estudar, de maneira prospectiva, a ocorrência de lesões osteomioarticulares em corredores e identificar os fatores de risco associados às lesões. Foram estudados 18 corredores, sob o mesmo regime de treinamento, durante 12 meses. Realizaram entrevista clínica (questionário e exame físico geral e osteomioarticular; avaliação da corrida, postura e nutricional) e exames complementares (teste ergométrico; composição corporal por DEXA; hemograma; ferro sérico; ferritina; cortisol sérico). A avaliação final consistiu em exame físico geral e osteomioarticular, hemograma, ferro sérico, ferritina, cortisol sérico e consulta com nutricionista. Os corredores foram orientados a entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento durante o estudo se sentissem qualquer sintomas que relacionassem com treino ou prova. A incidência de lesões no grupo estudado foi de 45%, com um total de 20 lesões.

Nove (50%) dos corredores estudados apresentaram pelo menos uma lesão no decorrer do estudo. As lesões encontradas foram tendinites, fasciíte plantar, periostite, fratura de estresse, síndrome do estresse tibial, síndrome da banda íliotibial e distensões musculares. Os fatores de risco associados à lesão: diminuição da flexibilidade nos membros inferiores ( $p=0,003$  lado esquerdo e  $p=0,008$  do lado direito) e discrepância no comprimento de membros inferiores ( $p=0,004$ ). A análise nutricional no final do estudo mostrou diminuição da ingestão total de calorias e lipídeos quando comparada com o início do estudo ( $p=0,026$  e  $0,039$ , respectivamente). A prática regular de corrida predispõe a lesões no aparelho locomotor. Os fatores de risco identificados foram de ordem anatômica, detectáveis ao exame físico locomotor. A diminuição da ingestão total de calorias e lipídeos está relacionada a maior incidência de lesão osteomioarticular. Ao se iniciar a prática regular de corrida, é de fundamental importância a realização de um exame médico e orientação nutricional no sentido de se minimizar a ocorrência de lesões osteomioarticulares.

## Órteses e Posicionamento de Punho na Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ)

CLÁUDIA APARECIDA SARAIVA

Dissertação apresentada à FM-Unicamp para obtenção do título de Mestre em Medicina  
Orientador: Adil Muhib Samara. Co-orientador: Manoel Barros Bértolo

O presente estudo demonstra os benefícios adquiridos com a introdução das órteses para posicionamento de punho em 26 pacientes portadores de ARJ, demonstrando, ainda, em que momentos foram obtidas mudanças significativas no padrão articular do punho, durante e após 18 meses de tratamento. Nas comparações dos movimentos de punho foram encontradas medidas com diferença estatisticamente significativa entre os momentos inicial e final e ao longo das 6 avaliações, para ganho de amplitude articular e correção de deformidades bilaterais para os movimentos ântero-posteriores

e desvios laterais ( $p<0,001$ ) (teste de Friedman, Wilcoxon e teste de correção de Bonferroni para comparações múltiplas). Quanto à dor, verificou-se redução da escala visual analógica (momento inicial=6,88 e final=1,21) ( $p<0,01$ ) (teste de Wilcoxon). Assim, com o correto posicionamento articular, os autores demonstraram diminuição do quadro inflamatório e da dor, aumento da amplitude de movimento, bem como redução na evolução de deformidades articulares, melhor desenvolvimento bio-psico-social e da capacidade funcional nesses pacientes.

# A Ordem dos Médicos do Brasil

JOSÉ MARQUES FILHO

Conselheiro do CREMESP  
Membro da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SBR e SPR

Está na ordem do dia a discussão a respeito da criação de uma entidade médica única, representativa de todos os seguimentos da categoria.

Os defensores da criação da “Ordem dos Médicos” argumentam que à semelhança da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), uma entidade única dos médicos representaria um somatório de forças, resultando em ganhos políticos e sociais e, principalmente, respeitabilidade e prestígio, junto ao poder público e mídia. Adicionalmente, ocorreria redução da anuidade, aliviando os gastos do profissional com as atuais entidades e sociedade de especialistas. Há diversas teses bem fundamentadas contrárias a sua criação. Este cenário é complexo e merece reflexão mais profunda. A busca de dados históricos nos parece fundamental para que possamos entender o contexto da criação de uma entidade médica única.

O dr. Jair Xavier Guimarães, Cremesp n.º 000003, professor aposentado da Universidade Federal de São Paulo e secretário do Conselho Regional de São Paulo (provisório) na gestão 1954-1958, diz que: “O culto ao passado nos dá forças para enfrentar o presente e inspiração para o futuro.” Os dados aqui citados foram pinçados de vários artigos do ilustre professor.

A primeira proposta para a criação da Ordem dos Médicos foi apreciada e aprovada no “Congresso Médico Sindicalista Sul-Riograndense”, em 1936. Esta proposta foi levada a discussão pela Associação Paulista de Medicina, Sindicato dos Médicos de São Paulo e Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul. Esta proposta foi levada à Câmara dos Deputados, que designou comissão especial para estudá-la. Os trabalhos dessa comissão resultaram no Projeto de Lei n.º 41, de 1937, cujo fulcro era a criação da Ordem dos Médicos do Brasil, já no primeiro artigo enunciava:

“Art. 1.º – A Ordem dos Médicos do Brasil é o órgão de seleção e disciplina da classe médica no país, tutelar de seus direitos e interesses morais e econômicos.”

O ecletismo de que se revestia a futura instituição propondo-se a cuidar de problemas éticos e também dos de natureza econômica, já então prerrogativas dos órgãos sindicais, foi motivo de muitas discordâncias entre as entidades, principalmente dos sindicatos e também daqueles que preferiam ver a futura entidade médica voltada exclusivamente para assuntos referentes a moral e a ética, longe de embates e entrechoques. As controvérsias e discussões tornaram-se intermináveis, pondo por terra o referido projeto de lei.

No ano seguinte, em pleno “Estado Novo”, no ministério da Educação e Saúde, outra iniciativa de implantação da “Ordem” foi proposta. Tratava-se de trabalho elaborado por comissão ministerial com base em anteprojetos apresentados pela Academia Nacional de Medicina e do Sindicato Médico Brasileiro (atual Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro) e da Associação Paulista de Medicina. O repúdio a este projeto por parte de diversas entidades médicas, em razão de seu caráter mais eclético que o Projeto de Lei n.º 41, levou o ministério a arquivá-lo mais uma vez.

A esse tempo as Academias de Medicina, as Associações Médicas e os Sindicatos já estavam bem estabelecidos e atuantes, cada qual com suas competências e objetivos. Faltava um órgão de controle e fiscalização da atividade ética, autônomo e respeitado. Finalmente, este anseio de todos os médicos foi concretizado com a aprovação da lei 3268 de 30 de setembro de 1957, que criou o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais, na gestão do presidente dr. Juscelino Kubitschek, médico mineiro, urologista.

O artigo 2.º da lei define e limita claramente a atuação do órgão:

“Artigo 2.º – O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe

médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.”

A atuação autônoma e digna dos conselhos foi, ao longo dos anos, sendo reconhecida pela sociedade e pelo poder judiciário, desfrutando hoje de notório reconhecimento e respeito. A competência judicante dos conselhos tem sido reconhecida pelo judiciário e por todos aqueles que recorrem a estes órgãos. Este reconhecimento se deve, sem quaisquer dúvidas, a imparcialidade na apreciação de demandas éticas e de suas justas decisões.

A criação de uma entidade única dos médicos levará certamente a uma postura mais corporativa, ansiada por

segmentos da categoria, porém com inevitável comprometimento da autonomia judicante da entidade.

As condições do exercício profissional sofreram forte impacto negativo nas últimas décadas. O aumento do número de escolas médicas com ensino de baixa qualidade, um mercado competitivo, a baixa remuneração do profissional tem levado a uma reação natural, representada pela criação de uma entidade única, pretensiosamente mais poderosa e com condições melhores de enfrentar tais adversidades. Este talvez não seja o melhor caminho.

As discussões estão apenas começando. As entidades médicas brasileiras tem um passado digno de orgulho e todos nós, indistintamente, temos que refletir e nos posicionar a respeito do nosso próprio futuro profissional.

## TOP 10

Recentemente, diversas revistas publicaram uma série de manuscritos destacando o papel da terapia biológica no tratamento de doenças reumáticas. A seleção de artigos dessa edição pontua alguns deles.

### **Comparação da eficácia dos agentes bloqueadores de TNF adalimumabe, etanercepte e infliximabe quando associado ao metotrexato em pacientes com artrite reumatóide em atividade**

*Comparison of the efficacy of the tumour necrosis factor alpha blocking agents adalimumab, etanercept, and infliximab when added to methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis*

Hochberg MC, Tracy JK, Hawkins-Holt M, Flores RH. Ann Rheum Dis 2003 Nov;62 Suppl 2:iii13-6

Esses autores avaliaram se existem diferenças de eficácia entre os agentes biológicos anti-TNF $\alpha$ , por meio de revisão sistemática da literatura. A comparação foi feita em pacientes com artrite reumatóide em atividade e resposta incompleta

ao metotrexato, provenientes de ensaios clínicos randômicos, duplo-cegos e placebo controlado. As respostas ACR 20, 50 e 70, após 24 a 30 semanas, foram utilizadas como desfechos principais. Adalimumabe, etanercepte e infliximabe ocasionaram adequadas respostas terapêuticas (ACR 20 em 20% a 30% dos casos; ACR50 em 3% a 10% dos pacientes e ACR70 em até 3%). Durante a fase de recrutamento e início do estudo, observou-se que os pacientes apresentavam características demográficas semelhantes, bem como quanto aos critérios de atividade de doença. A taxa de resposta, no grupo placebo, também foi homogênea entre as três drogas. O risco relativo para obter respostas ACR 20 e 50 foi semelhante entre os agentes, ou seja, as três medicações possuem eficácia comparável, quando associados ao metotrexato, no tratamento de pacientes com artrite reumatóide em atividade.



## Terapia anti-TNF em quinze pacientes com amiloidose secundária à artropatia inflamatória: seguimento de tolerabilidade e eficácia

*Anti-tumor necrosis factor therapy in fifteen patients with AA amyloidosis secondary to inflammatory arthritides: A followup report of tolerability and efficacy*

Gottenberg J-E, Merle-Vincent F, Bentaberry F, Allanore Y et al. *Arthritis Rheum* 2003;48(7):2019-2024

Os agentes anti-TNF podem ser utilizados como forma de tratamento para tratar artropatias inflamatórias crônicas. No entanto, é controvertido se esses agentes podem ser usados para tratar a amiloidose secundária (AA) a essas mesmas artropatias. Os autores estudaram, retrospectivamente, a segurança e eficácia dessas drogas no tratamento de quinze pacientes com acometimento renal pela amiloidose secundária (AA), provenientes de um estudo francês multicêntrico, acompanhados por 10,4 meses, em média. Infiximabe e etanercepte foram usados em dez e quatro pacientes, respectivamente. Apenas um paciente usou terapia com ambas as drogas em tempos diferentes. No tempo zero, a média de proteinúria, creatinina sérica e taxa de filtração glomerular foram  $4,5 \pm 3,6$  g/24h,  $1,8 \pm 0,7$  mg/dl e  $46 \pm 23$  ml/minuto, respectivamente. A redução da proteinúria 24h maior do que 50% ou estabilização ou melhora da taxa de filtração glomerular em 30% foram utilizados como parâmetros de eficácia das drogas. Os autores não observaram eventos adversos sérios, apenas um episódio de zoster trigeminal com infiximabe. A doença renal progrediu em sete pacientes e estabilizou em cinco. Três pacientes (infiximabe, infiximabe associado ao metotrexato ou etanercepte combinado ao metotrexato) tiveram redução rápida, significativa e prolongada da proteinúria (80%) e aumento da taxa de filtração glomerular (15% a 78%). De modo geral, as medicações foram bem toleradas, seguras e eficazes em oito pacientes, sugerindo que podem ser candidatas potenciais para o tratamento da amiloidose secundária.

## Tratamento de artrite psoriásica refratária com infiximabe: estudo observacional de 16 pacientes

*Treatment of refractory psoriatic arthritis with infiximab: a 12 month observational study of 16 patients*

Feletar M, Brockbank JE, Schentag CT, Lapp V, Gladman DD. *Ann Rheum Dis* 2004;63(2):156-61

Os autores avaliaram a eficácia e segurança do infiximabe (5 mg/kg/administração, dados na semana 0, 2 e 6 e mantido a cada 6 semanas) em 16 pacientes adultos com diagnóstico de artrite psoriásica refratária ao uso de metotrexato, de longa evolução (14 anos, em média). A atividade articular atual foi medida pelo número de juntas inflamadas (média de 22) e a gravidade da lesão pelo escore de pele (média=4,5). Onze pacientes continuaram recebendo metotrexato. A contagem de juntas inflamadas não mostrou significativa redução após 54 semanas de tratamento. A contagem de articulações edemaciadas só diminuiu na 54ª semana de tratamento, mas houve redução da dosagem sérica da proteína C reativa na semana 30. O escore de gravidade da lesão de pele melhorou na 14ª e 30ª semana, assim como o escore do HAQ. Durante o tratamento, foi observado positividade para anti-DNA nativo em seis pacientes, mas sem manifestação clínica. Seis pacientes foram descontinuados, cinco por toxicidade e um por perda de eficácia. Os principais eventos adversos foram urticária (3), trombocitopenia (1), sangramento intestinal baixo (2), diarreia grave (2), infecções sérias (6) e aumento de transaminases (4). Assim, parece que o infiximabe ocasiona melhora significativa da lesão cutânea, porém modesta resposta para a doença articular em pacientes com artrite psoriásica refratária.

## Terapia com infiximabe para doenças reumáticas em pacientes com hepatopatia crônica por vírus B ou C

*Infiximab therapy for rheumatic diseases in patients with chronic hepatitis B or C*

Oniankitan O, Duvoux C, Challine D, Mallat A, Chevalier X, Pawlotsky JM, Claudepierre P. *J Rheumatol*. 2004 Jan;31(1):107-9

Esse trabalho descreve o perfil de segurança do infliximabe em dois pacientes com artropatia inflamatória crônica secundária à hepatopatia crônica pelos vírus B ou C. O índice de atividade da doença hepática e articular e o estado imunológico viral foi realizado antes e após cada infusão do agente biológico. A biópsia hepática foi feita antes e após o término do tratamento. Após 12 meses, os autores observaram melhora articular relevante, mas sem piora da função hepática ou da replicação viral, bem como adequado perfil de segurança da droga, ou seja, houve melhora da doença articular sem deterioração do quadro infeccioso.

### **Etanercepte no tratamento de pacientes com síndrome de Sjögren primária: um estudo piloto**

*Etanercept in the treatment of patients with primary Sjogren's syndrome: a pilot study*

Zandbelt MM, de Wilde P, van Damme P, Hoyng CB, van de Putte L, van den Hoogen F. J Rheumatol. 2004 Jan;31(1):96-101

A eficácia e segurança do etanercepte (25 mg, administrado por via subcutânea, duas vezes por semana, durante 12 semanas) foram avaliadas em 15 pacientes com síndrome de Sjögren primária, acompanhados até a 24ª semana. Os autores realizaram biópsia labial antes e após 12 semanas de tratamento, a fim de determinar o escore de "focus" linfocítico e porcentagem de plasmócitos positivos para IgA (IgA%). Não foi observada qualquer melhora clínica da função da glândula salivar ou lacrimal, bem como nenhuma modificação histopatológica das glândulas salivares (focus linfocítico ou IgA%). Em quatro pacientes, foi evidenciada diminuição das queixas e do escore de fadiga (*Multidimensional Fatigue Inventory questionnaire*), concomitante à redução do VHS. Após 26 semanas, o tratamento foi reinstituído, mas os mesmos achados foram demonstrados, ou seja, a terapia biológica com etanercepte, a curto e longo prazo, não foi capaz de melhorar os sinais e sintomas da síndrome de Sjögren primária. No entanto, parece haver um subgrupo de pacientes, nos quais as queixas de fadiga crônica são mais proeminentes, que pode se beneficiar.

### **Etanercepte induz melhora de artropatia em crianças com síndrome neurológico-cutâneo-articular crônica (CINCA)**

*Etanercept induces improvement of arthropathy in chronic infantile neurological cutaneous articular (CINCA) syndrome*

Federico G, Rigante D, Pugliese AL, Ranno O, Catania S, Stabile A. Scand J Rheumatol. 2003;32(5):312-4

A síndrome CINCA é considerada rara, de etiologia desconhecida, com início precoce, geralmente no período neonatal, que se caracteriza pela presença de artropatia grave, anormalidades da cartilagem e das epífises, bem como rash cutâneo persistente, doença do sistema nervoso central e ossificação anormal. Envolvimento articular pode ser variável (leve edema a artrite destrutiva). Esses autores descrevem o caso de uma criança de quatro anos de idade, com o diagnóstico dessa enfermidade e acometimento articular grave, progressivo e refratário ao uso sistêmico de corticosteróides e anti-inflamatórios não hormonais. O etanercepte foi usado durante seis meses, como terapia alternativa de exceção. Observou-se melhora dramática do quadro articular, sugerindo o provável papel do TNFa na fisiopatogenia da doença.

### **Uma revisão do uso do infliximabe, etanercepte, efalizumabe e alefacepte como terapia biológica para psoríase**

*An overview of infliximab, etanercept, efalizumab, and alefacept as biologic therapy for psoriasis*

Weinberg JM. Clin Ther. 2003 Oct;25(10):2487-505

Nesse artigo, os autores revisaram o progresso de quatro agentes biológicos (infliximabe, etanercepte, efalizumabe e alefacepte) para o tratamento da psoríase. Com infliximabe, foi observada 75% de redução do envolvimento ativo da pele, mas apenas 6% do índice de gravidade, em comparação ao placebo. O aumento da dose de 3 para 5mg/kg/aplicação aumentou a eficácia de 70 para quase 90% na 10ª semana. Com etanercepte, foi vista redução dos mesmos parâmetros cutâneos em 49% e 59% dos casos na semana 12 e 24, respectivamente. O efalizumabe (1 mg/kg, via subcutânea, por 12 semanas) atingiu redução dos parâmetros

em 30% dos casos a cada semana e o alefacepte (15 mg/semana, via subcutânea, por 12 semanas), conseguiu efetividade em 21% dos casos apenas na 14ª semana. A tolerabilidade foi semelhante entre os quatro agentes, com pequenas diferenças quanto à eficácia.

### **Tratamento com infliximabe quando etanercepte não funcionou ou vice-versa: dados do STURE mostram que a troca dos bloqueadores dos anti-TNF pode fazer sentido**

*Treatment with infliximab when etanercept has failed or vice versa: data from the STURE registry showing that switching tumour necrosis factor alpha blockers can make sense*

Van Vollenhoven R, Harju A, Brannemark S, Klareskog L. Ann Rheum Dis. 2003;62(12):1195-8

Os autores procuraram demonstrar a eficácia da substituição de um agente biológico anti-TNF (etanercepte ou infliximabe) quando um deles falha, ou seja, se quando um apresenta falha terapêutica, podemos trocar pelo outro. Eles estudaram 31 pacientes que haviam usado ambas as drogas em períodos diferentes. Dezoito pacientes receberam etanercepte primeiro e descontinuaram, principalmente, por falta de eficácia (média do DAS 28 de  $4,8 \pm 0,6$ ). Após trocá-lo para infliximabe, observou-se regressão da média do DAS 28 ( $3,6 \pm 0,6$ ,  $p < 0,05$ ). Treze pacientes tinham recebido primeiramente infliximabe e o principal motivo da descontinuação foi por toxicidade ou ineficácia (média do DAS 28 de  $4,1 \pm 0,4$ ). Após substituí-lo para etanercepte, notou-se melhora do DAS 28 ( $3,6 \pm 0,4$ ,  $p < 0,05$ ), de forma semelhante. Assim, em pacientes que apresentam eficácia não satisfatória com etanercepte, podemos trocá-lo por infliximabe e, da mesma forma, indivíduos que não evoluem com melhora clínico-laboratorial com infliximabe, podem se beneficiar com a troca para etanercepte.

### **Citocinas nas espondiloartropatias soronegativas e sua relação com o bloqueio do TNF: um breve relato e revisão da literatura**

*Cytokines in the seronegative spondyloarthropathies and their modification by TNF blockade: a brief report and literature review*

Keller C, Webb A, Davis J. Ann Rheum Dis 2003;62 (12): 1128-32

A artrite reumatóide é caracterizada pela secreção de diversas citocinas inflamatórias (TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$ , IL-1 e IL-6), no entanto existem poucos estudos com relação ao papel dessas substâncias na fisiopatologia das espondiloartropatias soronegativas. Além disso, os resultados são controversos, ou seja, ora apontam para um papel semelhante ao encontrado na artrite reumatóide ora mostram a existência de uma polarização da resposta inflamatória (aumento da IL-4, IL-5 e IL-10 e diminuição das anteriormente descritas). Esses autores fazem uma revisão sobre o perfil fisiopatogênico dessas citocinas em pacientes com espondilite anquilosante antes e após o tratamento com etanercepte.

### **Terapia com infliximabe em pacientes com espondilite anquilosante: um estudo aberto de 12 meses**

*Infliximab therapy in patients with ankylosing spondylitis: an open label 12 month study*

Temekonidis TI, Alamanos Y, Nikas SN, Bougias DV, Georgiadis AN, Voulgari PV, Drosos AA. Ann Rheum Dis 2003 Dec;62(12):1218-20

Avaliaram a eficácia e segurança da terapia biológica com infliximabe em 25 pacientes com diagnóstico de espondilite anquilosante grave e refratária ao uso de metotrexato, durante 12 meses. A média de idade e de duração da doença foi de  $36 \pm 10,5$  e  $13,8 \pm 8,5$  anos. Vinte e dois pacientes (88%) possuíam positividade para o HLA-B27. Todos os pacientes estudados tinham envolvimento axial ativo (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index – BASDAI*) e proteína C reativa superior a 10 mg/l. Infliximabe foi administrado por via endovenosa, na dose de 5 mg/kg/aplicação, na semana 0, 2, 6 e a cada 8 semanas, durante 12 meses. Redução de 20%, 50% e 70% da avaliação global da dor pelo paciente foi observada 23 (92%), 21 (84%) e 13 (52%) pacientes, respectivamente. A redução do índice de atividade (BASDAI) e PCR foram estatisticamente significativas. Os pacientes apresentaram boa tolerabilidade à medicação. Dois pacientes descontinuaram a droga (um por falta de eficácia e outro por urticária).

Em breve todas as especialidades médicas deverão enfrentar o processo de **recertificação do título de especialista**, promovido pela Associação Médica Brasileira através do Conselho Federal de Medicina.

Pensando nisso, a atual gestão da Sociedade Paulista de Reumatologia desenvolveu um moderno e eficiente sistema de **Ensino Continuo à Distância**, de atualização quinzenal, disponível em seu novo site institucional **www.reumatologiasp.com.br**

Acessando-o, o sócio poderá pesquisar e enviar sugestões. Poderá, também, receber o **Informativo Quinzenal da SPR**, bastando, para isso, informar o seu e-mail.

## DESTAQUES DO SITE:

### ■ Brasil não faz estudo de Coorte

Um dos temas de atualização em reumatologia aprofundados no novo site é o Euro-Lupus, desenvolvido pelo European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus. O Professor Dr. Ricard Cervera, principal autor do estudo, é chefe do serviço de doenças auto-imunes do Hospital Universitário Clínica Villarroel, localizado em Barcelona, Catalonia, Espanha. Entrevistado por e-mail, declarou:

1. “O estudo ‘Euro-Lupus’ foi feito em 13 centros europeus, que incluem internistas, reumatologistas, imunologistas etc., acompanhando 1.000 pacientes durante dez anos, com 67 óbitos. Nosso serviço de Barcelona é designado ‘Doenças Autoimunes’. Não está especificamente ligado às afecções reumatológicas.”
2. “Os recursos econômicos desse consórcio europeu sobre lúpus são específicos para cada projeto. Por exemplo, para o estudo ‘Imunogenético do SLE’ tivemos uma grande dotação da União Européia. Concretamente, para o estudo ‘Euro-Lupus’, os recursos foram obtidos por dotação de cada centro participante, mas por ser um estudo basicamente epidemiológico as necessidades econômicas eram mínimas, pois os pacientes já estavam cadastrados e com exames e controles periódicos realizados.”
3. “Os resultados desse estudo correspondem somente à população européia (a coorte em que 97% dos pacientes é branca caucasiana). Muito provavelmente, no Brasil a morbi-mortalidade é superior, porque o lúpus é geralmente mais agressivo na população de raça negra.”
4. “Os medicamentos atuais para o lúpus permitiram a melhora no tratamento e no prognóstico da doença nos últimos 30 anos, mas devem melhorar ainda mais, para evitar principalmente os efeitos secundários. Esperamos nos próximos anos disponibilizar, principalmente, novas terapias biológicas.”

Sobre o tema há um trabalho realizado na Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da USP, publicado no Arch Intern Med 25 Jun 2001;161(12):1557, que analisa 113 casos de autópsia.



## ■ Qual é a expressão correta: toxidez ou toxicidade hepática?

O dicionário Aurélio dispõe que os dois termos se equivalem. Pesquise no site, em Critérios do ACR, as três atualizações referentes à toxicidade hepática do Metotrexato Guideline.

## ■ Artrite reumatóide e alimentação

Causa aborrecimento à maioria dos reumatologistas a seguinte pergunta feita por pacientes de artrite reumatóide: “Doutor, tem algum regime para fazer?”

O dr. O. M. Silvério Amâncio e colaboradores do departamento de reumatologia pediátrica da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina publicaram na Eur J Clin Nutr, em maio de 2003, estudo sobre a influência do cobre e do zinco na ARJ.

O dr. J. R. Cerhan e colaboradores da Clínica Mayo estudaram a associação de vitaminas antioxidantes, elementos de traço dos alimentos e dos suplementos com o aparecimento da artrite reumatóide. Realizaram estudo prospectivo de uma coorte de 29.368 mulheres, com idade entre 55 e 69 anos em 1986. Em 1997, realizada nova avaliação, os autores identificaram 152 casos de artrite reumatóide e relacionaram a importância do cobre e o zinco. Vale conferir!

## ■ Fórum de Debates ON-LINE

A partir de agora, a SPR disponibiliza em seu site, para o participante que não puder se deslocar até a Capital, a consulta on-line dos casos apresentados em seu Fórum de Debates. Os dados, em forma de slides, possibilitam o estudo e elaboração de diagnóstico e conduta.

Consulte “Osteoporose Secundária”, tema apresentado pela disciplina de reumatologia da Unicamp, sob coordenação do prof. dr. João Francisco Marques Neto, com a participação do profs. drs. Cristiano A. F. Zerbini Percival D. Sampaio Barros.

A participação de professores e estudantes em sistemas de discussão on-line, desenvolvidos em sites de todo o mundo e em todas as áreas, incluindo a de saúde, encontra muita resistência. O receio de emitir opinião incorreta acaba por vezes inviabilizando o sistema. A solução encontrada por muitos é a adoção de um pseudônimo.

O prof. dr. Ibsen Belini Coimbra, diretor científico da SPR e professor na Unicamp, participou recentemente de um bate-papo no site UOL, falando sobre reumatologia para um público cuja média de acessos registrou 69 participantes no Brasil. Na ocasião, todas as pessoas se identificaram com pseudônimos.

## ■ Revista Paulista de Reumatologia

Os quatro números já publicados — e em breve este que você está lendo! — estão disponíveis para consulta em pdf. A leitura é feita através do programa Acrobat Reader. Caso não o tenha instalado em seu computador, há instruções no site de como obtê-lo, gratuitamente.



## XVII JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA E ENCONTRO RIO-SÃO PAULO DE REUMATOLOGIA

Evento realizado em São Paulo entre 4 e 6 de dezembro de 2003, reuniu mais de 300 participantes, bem como cerca de 50 convidados nacionais e dois convidados estrangeiros, os drs. Marc Hochberg (EUA) e Bernard Roger (França). O jubileu de ouro da Sociedade Paulista de Reumatologia foi comemorado com grande alegria por meio de vídeo comemorativo que contou a história da sociedade desde a sua fundação até os dias de hoje. O ponto alto da festa foi a entrega de placa de reconhecimento a todos os ex-presidentes da associação e a presença do único sócio-fundador vivo, dr. Flerts Nebó, que emocionou a todos ao soprar as velinhas dos 50 anos e discursar sobre o prazer de presenciar essa data. Cinquenta e três trabalhos, desenvolvidos em território nacional, foram selecionados e apresentados nesse evento, mostrando o aprimoramento e o destaque que a pesquisa e pós-graduação paulista representa para a projeção do país no cenário internacional. A SPR entregou prêmios aos melhores trabalhos da área clínica e básica. Na primeira, o prêmio foi entregue à dra. Maria Guadalupe Pippa, com trabalho intitulado "A influência da composição corpórea na densidade óssea é distinta em mulheres brasileiras", desenvolvido no departamento de saúde pública da USP e departamento de reumatologia do Hospital Heliópolis, com a orientação do prof. dr. Cristiano Zerbini. Na área experimental, o trabalho vencedor foi realizado pela dra. Cláudia Laurino, da disciplina de reumatologia da Unifesp/EPM, sob a orientação do prof. dr. Luís Eduardo C. Andrade, com o título "Identificação e caracterização molecular de auto-anticorpos contra fosfatidiletanolamina e EEA-I, *early endosomal antigen-I*, associados ao padrão de imunofluorescência de pontos citoplasmáticos isolados". Outros destaque foram o Curso de Densitometria Óssea, promovido pela CODOST/ SBR, e a assembléia da SBR, como aconteceu na XVII Jornada Brasileira de Reumatologia, em Porto de Galinhas, PE. A assembléia da SPR elegeu o dr. Manoel Barros Bértolo, da Unicamp, por unanimidade, para a próxima gestão da Sociedade (2004-2005) e evidenciou a excelente gestão do dr. Jamil Natour, caracterizada pela honestidade, independência e participação ativa e democrática de todos os serviços de reumatologia nas decisões da diretoria. Além disso, os sócios presentes aprovaram o novo estatuto da SPR.



(1) Ex-presidentes da Sociedade Paulista de Reumatologia que compareceram ao evento do cinquentenário; (2) momento de extrema emoção, quando o dr. Flerts Nebó, único sócio-fundador vivo, faz pronunciamento de agradecimento à gestão do dr. Jamil Natour pela comemoração dos 50 anos da SPR, e faz questão de soprar a vela comemorativa, ao lado do dr. Jamil Natour (presidente) e da dra. Vera Szejnfeld (comissão científica e idealizadora do vídeo comemorativo do cinquentenário); (3) a platéia compareceu à seção solene de abertura da XVII Jornada Paulista de Reumatologia e Encontro Rio-São Paulo; (4) dr. Jamil Natour, presidente da SPR no biênio 2002-2003, e o atual presidente, dr. Manoel Barros Bértolo; (5) a reumatologia pediátrica apresenta novas abordagens para as doenças reumáticas infantis; (6) palestrantes debatem sobre o papel da reabilitação no tratamento de diversas doenças reumáticas; (7) palestrantes discutem sobre os avanços no tratamento das doenças da coluna vertebral; (8) seção solene de abertura da XVII Jornada Paulista de Reumatologia e Encontro Rio-São Paulo, com a participação dos Drs. (a partir da esquerda) Sueli Carneiro (presidente da SPRJ), José Luiz Gomes do Amaral (presidente da APM), Jamil Natour (presidente da SPR no biênio 2002-2003), Caio Moreira (presidente da SBR) e Adil Samara (representante dos fundadores da SPR); (9) a partir da esquerda: Drs. Jamil Natour, Bernard Roger, Rita Furtado e Ari Radu, em conagração franco-brasileiro.

## AGENDA

### III Evento de Reumatologia em Araçatuba

Temas:

- *Auto-anticorpos na prática clínica*, prof. dr. Luís Eduardo C. Andrade
- *Estreptococcia e doenças reumáticas*, prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Maria Helena Kiss
- *Reabilitação em doenças reumáticas*, prof. dr. Marcos Renato de Assis

Data: 2 e 3 de abril de 2004

Local: Araçatuba, SP

Contato: Sociedade Paulista de Reumatologia

Fone: (11) 3284-0507

E-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

### X Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 27 a 29 de maio

Local: Maksoud Plaza, São Paulo, SP

Contato: Sociedade Paulista de Reumatologia

Fone: (11) 3284-0507

E-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

### XXV Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 8 a 11 de outubro de 2004

Local: Rio de Janeiro, RJ

Contato: Congrex do Brasil Ltda.

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

E-mail: reumato2004@congrex.com.br



## Fibromialgia na Internet

O website sobre fibromialgia, [www.fibromialgia.com.br](http://www.fibromialgia.com.br), foi criado com o intuito de divulgar informações para pacientes e médicos interessados no assunto.

Tenho tido a oportunidade de colaborar com a homepage há um ano, por meio de editoriais mensais e participação em salas de bate-papo (*chats*). A resposta do público tem sido extremamente positiva, com cerca de 600 acessos diferentes diariamente, bem como presença marcante nos dois *chats* realizados.

O website possui uma estrutura básica, direcionada a duas populações principais: pacientes/leigos e médicos. De modo geral, o público leigo pouco sabe sobre fibromialgia. Essa webpage oferece informação precisa, abrangente, não tendenciosa, atualizada e baseada em evidências científicas para aqueles interessados em conhecer mais sobre a síndrome.

Inicialmente, o paciente encontra uma seção de perguntas e respostas com as dúvidas mais comuns (“o que é a fibromialgia?”, “como os sintomas se manifestam?”, “como o médico faz o diagnóstico?” e “quais são as linhas de tratamento?”). Definições claras sobre aspectos clínicos da fibromialgia, como as alterações do sono, os quadros psicológicos associados e critérios diagnósticos, podem ser pesquisadas.

A seção sobre tratamento é abrangente e aborda aspectos da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. É importante ressaltar que o laboratório patrocinador não interfere em nenhuma área ou no conteúdo do site, mesmo na área de tratamento medicamentoso.

A seção “ponto de vista” mostra como a fibromialgia é divulgada em outros meios de comunicação (revistas, jornais e televisão) e traz a opinião de diversos especialistas no assunto, assim como abordagens sobre áreas específicas, como medicina ocupacional e reabilitação. Embora esta seção esteja na área para pacientes, sempre me pareceu muito interessante ser vista também pelo médico, visto que, muitas vezes, é o paciente quem nos traz estas notícias, e ter conhecimento das mesmas é muito útil para dirimir dúvidas que surjam durante as consultas.

Os editoriais, escritos por mim e outros colegas, mostram aspectos bastante práticos para o paciente conviver melhor com a fibromialgia, com temas como “Como ter uma noite bem-dormida” ou “Memória e fibromialgia”, apresentados de maneira simples e direta.

Outro importantíssimo enfoque do site é a oportunidade oferecida ao paciente para deixar seu testemunho para outras pessoas. A sensação de “não estar sozinho” traz enorme sensação de bem-estar ao paciente com fibromialgia.

Os dois *chats* realizados até agora, com minha participação, foram considerados eventos de sucesso. Os pacientes participaram com inúmeras perguntas que engrandeceram a discussão. Nessa sala de bate-papo, a intenção não é fazer consultas *on line*, mas sim, estabelecer linhas gerais de esclarecimentos a partir dos questionamentos dos pacientes.

A parte reservada aos médicos é mais técnica, com orientações gerais sobre o que é a fibromialgia e suas repercussões, assim como a transcrição do conteúdo dos *chats*.

Os editoriais apresentam uma visão diferente, com resumos dos artigos recentemente publicados pela comunidade científica. Abstracts de diversos estudos de impacto são apresentados na seção “publicações recentes”. Revisões sobre as novidades apresentadas após cada congresso brasileiro ou americano de Reumatologia também são publicadas.

As conexões ou *links* do site também espelham a constante procura de instituições sérias para basear nossas opiniões e pontos de vista, como a Sociedade Brasileira de Reumatologia, Sociedade Brasileira de Clínica Médica e Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor.

Acesse a seção “fale conosco”, envie sua opinião, crítica ou sugestão. Estamos abertos para recebê-las. Este website pode ser divulgado, sem reservas, uma vez que estamos nos aperfeiçoando a cada dia, a fim de melhor informar e educar nossos pacientes sobre a fibromialgia.

EDUARDO S. PAIVA

Chefe do Ambulatório de Fibromialgia, Serviço de Reumatologia, Curitiba, UFPR  
Editor do site [www.fibromialgia.com.br](http://www.fibromialgia.com.br)