

# Revista Paulista de Reumatologia

Volume 12

Número 1

Jan./mar. 2013

ISSN 1809-4635

[www.reumatologiasp.com.br](http://www.reumatologiasp.com.br)



Uma publicação trimestral da  
Sociedade Paulista de Reumatologia

## EDITORIAL

- 4 Os 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia  
PAULO LOUZADA JUNIOR

## RHEUMA

- 5 Relação médico-paciente nos dias atuais:  
influência do referencial bioético da autonomia  
JOSÉ MARQUES FILHO

## PUBLICAÇÕES

- 6 Top 10  
FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA,  
NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI,  
SANDRA H. WATANABE

## MATÉRIA ESPECIAL

- 12 Sociedade Paulista de Reumatologia: 60 anos  
FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA,  
NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCO ROMANELLI,  
SANDRA H. WATANABE

## ÉTICA

- 32 O reumatologista e o testamento vital  
ERNESTO LIPPMANN

## EM SENDO REUMATOLOGISTA

- 38 Astrologia baseada em evidências:  
um estudo retrospectivo não controlado  
SANDRA H. WATANABE

## LADO B – ALMA LITERÁRIA

- 40 Edifício Maximus. Praia do Flamengo, nº 122  
ADIL M. SAMARA

## XIX ERA – ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

- 42 Programação científica

- 44 NOTICIÁRIO

- 45 AGENDA




VRAComunicação

Oferecer o máximo de tecnologia  
em medicamentos não era o suficiente.

**Era preciso que eles fossem  
acessíveis a todos os pacientes  
com Artrite Reumatoide.**

Tão importante quanto produzir medicamentos  
eficazes e com alta tecnologia é proporcionar  
saúde a mais pessoas.

Agora, os imunobiológicos da Roche  
para tratamento da Artrite Reumatoide foram  
incluídos no mercado público, permitindo acesso  
aos pacientes em **todo o Brasil**.

serviço de informações  
 0800-7720-292  
[www.roche.com.br](http://www.roche.com.br)



# Revista **Paulista** de Reumatologia

**Órgão Oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia**

## **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, Wiliam 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 Anti 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 Terreri, 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

Site: [www.reumatologiasp.com.br](http://www.reumatologiasp.com.br)

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

**Direção:** Kleber Kohn

**Coordenação:** Sílvia Souza

**Jornalista:** Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

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

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

[www.etceteraeditora.com.br](http://www.etceteraeditora.com.br)

## Os 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia

A *Revista Paulista de Reumatologia* veste-se de festa. Neste ano, comemoramos o 60º aniversário da Sociedade Paulista de Reumatologia. Nada mais justo, portanto, a publicação neste editorial das palavras de nosso presidente, Dr. Paulo Louzada Junior.



A oportunidade de ser presidente da SPR foi uma das grandes honras que a vida me proporcionou. Acredito que dar continuidade aos trabalhos dos presidentes que me precederam foi o objetivo principal da minha contribuição. Consolidar o Encontro Avançado de Reumatologia, a *Revista Paulista de Reumatologia*, os Fóruns, o Curso de Atualização para Reumatologistas, o Curso em Imunologia Básica, o Encontro de Reumatologia do Interior e o Ação Reumato foi a prioridade que procurei manter, pois todos esses eventos foram iniciativas de excelência dos meus antecessores.

Durante estes dois anos, pude perceber a importância da Reumatologia Paulista e o quão generosos são os nossos colegas, pois sempre se colocaram à disposição em todos os eventos organizados pela SPR, mesmo em detrimento de seus inúmeros compromissos. Tive também a oportunidade de receber a nova sede da SPR e poder realizar a sua reforma, com imensa ajuda da nossa querida Márcia. Agora, em 2013, possuímos três conjuntos: dois fazem parte de nossa administração executiva e em outro podemos realizar reuniões com as diretorias executivas ou científicas, onde uma biblioteca foi disponibilizada a todos os sócios da SPR. Se observarmos bem, a nova sede é o fruto de um trabalho somatório dos inúmeros presidentes que me antecederam, e tenho certeza que melhorias serão adicionadas pelos que me sucederem. A SPR é uma entidade forte e sua força vem deste trabalho consistente e perene realizado durante estes sessenta anos. Parabéns a todos.

PAULO LOUZADA JUNIOR

*Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*  
*Gestão 2012/2013*

Nesta edição da *Revista Paulista de Reumatologia* publicamos o resumo da tese de doutorado em Bioética defendida pelo Dr. José Marques Filho – membro de nossa Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional – no Centro Universitário São Camilo, em São Paulo. Seu orientador foi o Dr. William Saad Hossne, professor emérito da Faculdade de Medicina de Botucatu e fundador da Sociedade Brasileira de Bioética.

## Relação médico-paciente nos dias atuais: influência do referencial bioético da autonomia

Objetivou-se analisar a influência do referencial bioético da autonomia na relação médico-paciente na atualidade, bem como a influência da internet na autonomia do paciente e do médico e a importância dessa relação ante os avanços tecnológicos na área médica. Aspectos históricos e revisão da literatura, ainda que pontuais, foram considerados. Trata-se de um estudo com técnica descritiva e exploratória. A metodologia adotada foi a abordagem quantitativa e qualitativa. O corpo de participantes da pesquisa foi constituído por conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo que atuaram nas gestões de 1998 até 2013. O total de conselheiros desse período foi de 73 médicos. O instrumento escolhido para a coleta de dados foi um questionário semiestruturado autoaplicável, elaborado para o presente estudo. Além das características demográficas dos respondentes, como idade, sexo, tempo de formado em Medicina e tempo de atuação como conselheiro, foram utilizadas questões de múltipla escolha e algumas questões abertas, buscando-se detalhes e dando oportunidade ao respondente de manifestar opinião pessoal sobre determinado tema. Os questionários, devidamente preenchidos, foram enviados por 62 conselheiros (84,9%). O surgimento de intermediário (planos de saúde, saúde pública) foi considerado o fator mais importante nas mudanças da relação médico-paciente por 52% dos participantes, enquanto 10% consideraram o surgimento do referencial bioético da autonomia. Entretanto, 96% dos participantes consideraram a introdução da autonomia na relação médico-paciente importante ou muito importante; que tornou a relação mais complexa (84%), que foi um grande avanço para o paciente (77%) e que o referencial da autonomia, em pessoa plenamente capaz, deve ser absoluto (85%). O fato de o paciente chegar para consulta ou retorno com informações obtidas na internet foi constatado por 56% dos participantes, 85,5% consideraram que essa atitude

aumenta a autonomia do paciente, 32,2% consideraram que interferem na autonomia do médico, 68% dos participantes aprovam essa atitude, mas 5% não aprovam. Os que aprovam justificam que essa atitude é um direito do paciente, aumenta o envolvimento do paciente na tomada de decisões e melhora a relação médico-paciente. Quanto à importância da relação médico-paciente ante os extraordinários avanços na área de diagnóstico e tratamento, 74% dos participantes consideraram que tem grande importância, e para 90% a relação presencial será sempre fundamental e indispensável. Conclui-se que a introdução do referencial da autonomia representou um grande avanço para o paciente e acrescentou complexidade a esse especial relacionamento humano; que a internet aumenta a autonomia do paciente, pode melhorar a relação médico-paciente, estimula a participação do paciente na tomada de decisões e que essa complexa relação tem grande importância na atualidade e será sempre fundamental e indispensável.

**UNITERMOS:** relação médico-paciente, autonomia pessoal, bioética, internet.



Da esquerda para a direita: Pe. Leo Pessini, Dra. Emilia Sato, Prof. Luiz Antonio Martins, Dr. José Marques Filho, Prof. William Saad Hossne, Prof. Marco Segre.

## TOP 10

### 1. HEMORRAGIA PULMONAR NA SÍNDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLIPÍDEO

*Pulmonary hemorrhage in antiphospholipid antibody syndrome.* Scheiman Elazary A, Cohen MJ, Aamar S, et al. J Rheumatol. 2012;39(8):1628-31

Introdução: a hemorragia pulmonar pode ocorrer nos pacientes com síndrome do anticorpo antifosfolipídeo, devendo-se provavelmente a certos eventos trombóticos. Embora saibamos de sua ocorrência como parte dos achados clínicos da síndrome antifosfolipídica (SAF), mesmo assim ainda permanece pouco reconhecida. Portanto, o objetivo do presente estudo foi caracterizar as manifestações clínicas dos pacientes com síndrome do anticorpo antifosfolipídeo e hemorragia pulmonar (HP). Materiais e métodos: foi realizado um estudo de coorte num centro universitário de Israel. Foram selecionados os pacientes com diagnóstico de SAF que estiveram sob seguimento clínico entre 1980 e 2011; destes, foram incluídos somente os que cumpriram os critérios de Sydney para SAF. Os pacientes com manifestações de HP foram colocados no grupo HP-SAF, enquanto os demais pacientes com SAF foram colocados no grupo controle. Não houve intervenção clínica neste estudo. Compararam-se apenas as manifestações clínicas dos pacientes do grupo HP-SAF com as manifestações do grupo controle. As principais medidas de evolução foram as manifestações clínicas dos pacientes com HP e SAF. Resultados: (a) um total de 63 pacientes satisfaz os critérios Sydney para a SAF; (b) um total de 13 pacientes sofreu HP e foram incluídos no grupo HP-SAF; (c) 75% dos pacientes com HP-SAF e 22% dos pacientes controles tiveram doença da válvula mitral ( $p=0,001$ ); (d) o comprometimento do sistema nervoso central (acidente vascular cerebral, convulsões) esteve presente em 61% e em 16% dos pacientes com HP-SAF e controles, respectivamente ( $p=0,001$ ); (e) o comprometimento da pele (*livedo reticularis*, úlceras crônicas das pernas) esteve presente em 54% e 8% dos pacientes dos grupos HP-SAF e controle, respectivamente ( $p=0,001$ ); (f) ocorreu morbidade na gravidez em 87,5% e em 32,5% dos pacien-

tes dos grupos HP-SAF e controle ( $p=0,005$ ); (g) 92% e os 83% dos pacientes do grupo HP-SAF tiveram altos títulos de anticorpos imunoglobulina gama (IgG) anticardiolipina e beta 2 glicoproteína-I IgG, em comparação com 43% e 30% dos controles ( $p=0,002$ ;  $p<0,001$ , respectivamente). Conclusão: os pacientes com HP-SAF tiveram mais risco que os pacientes controle com SAF de padecer de doença valvular mitral, doença da pele, comprometimento do sistema nervoso central, morbidade na gravidez e altos títulos de anticorpos antifosfolipídeos. Os pacientes com hemorragia pulmonar parecem pertencer a um subgrupo único dentro da síndrome antifosfolipídica.

### 2. FATORES DE RISCO GENETICAMENTE DIFERENTES DENTRO DA VASCULITE ASSOCIADA AO ANCA

*Genetically distinct subsets within Anca-associated vasculitis.* Lyons P, Rayner TF, Trivedi S, et al. New Engl J Med. 2012; 367(3):214-23

Introdução: a vasculite associada ao anticorpo citoplasmático antineutrófilo (Anca) é uma condição grave acompanhada de duas principais síndromes: granulomatose com poliangite (anteriormente conhecida como granulomatose de Wegener) e poliangite microscópica. Sua causa é desconhecida; discute-se se ambas as formas constituem-se em diferentes espectros de uma mesma doença e qual o provável papel do Anca em sua patogênese. O presente estudo de associação genômica da vasculite relacionada ao Anca procurou identificar os fatores de risco genéticos e avaliar se existe uma única ou diferentes procedências genéticas para a granulomatose com poliangite e a poliangite microscópica. Desenho: o presente estudo de associação genômica foi baseado em uma coorte de pacientes da Grã-Bretanha. Foram incluídos 1.233 pacientes britânicos com diagnóstico de vasculite associado ao Anca, segundo critério internacionalmente validado, e 5.884 participantes controle da população geral. O presente estudo foi replicado em 1.454 pacientes do norte europeu com vasculite e 1.666 controles. Não houve qualquer intervenção clínica e foram



analisados os perfis genéticos de todos os participantes. As principais medidas de interesse foram os fatores de riscos genéticos ligados à vasculite associada ao Anca e os perfis genéticos da granulomatose com poliangite e poliangite microscópica. Resultados: (a) a vasculite associada ao Anca foi associada a elementos do complexo maior de histocompatibilidade (MHC) e do não MHC; (b) a granulomatose com poliangite e a poliangite microscópica foram geneticamente diferentes; (c) a associação genética mais forte foi com a especificidade antigênica do Anca e não com a síndrome clínica; (d) o Anca antiproteinase 3 associou-se à HLA-DP e os genes codificantes da alfa -1 antitripsina (Serpina 1) e proteinase 3 (PRTN3) ( $p=6,2 \times 10^{-89}$ ,  $p=5,6 \times 10^{-12}$  e  $p=2,6 \times 10^{-7}$ , respectivamente); (e) o Anca antimieloperoxidase foi associado à HLA-DQ ( $p=2,1 \times 10^{-8}$ ). Conclusão: este estudo confirma que a patogênese da vasculite associada ao Anca tem um componente genético e mostra as diferenciações genéticas entre a granulomatose com poliangite e a poliangite microscópica que se associam à especificidade do Anca. Sugere que a resposta contra o autoantígeno proteinase 3 é uma característica patogênica central da vasculite associada ao Anca proteinase 3. Estes dados apoiam o conceito de que a vasculite associada ao Anca proteinase 3 e a vasculite associada ao Anca mieloperoxidase são diferentes síndromes autoimunes.

### 3. FATORES QUE PREDIZEM O TRATAMENTO COM FÁRMACOS MODIFICADORES DA DOENÇA NOS PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE, E TEMPO QUE TRANSCORRE ATÉ A INICIAÇÃO DESSAS INTERVENÇÕES. AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DE UMA COORTE NACIONAL MULTICÊNTRICA

*Time to disease-modifying antirheumatic drug treatment in rheumatoid arthritis and its predictors: a national, multicenter, retrospective cohort.* Tavares R, Pope JE, Tremblay JL, et al. J Rheumatol. 2012;39(11):2088-97

Introdução: para os pacientes que recebem diagnóstico de artrite reumatoide, as diretrizes terapêuticas específicas recomendam o início imediato de tratamento com fármacos modificadores da doença, a fim de controlar adequadamente a sinovite e limitar o máximo possível os danos nas articulações. Esta revisão procura estabele-

cer a proporção de pacientes que inicia tratamento nos seis primeiros meses do recebimento do diagnóstico, e quais são os principais fatores preditivos de início tardio dos tratamentos. Materiais e métodos: estudo de coorte retrospectivo, com seguimento máximo a 60 meses. Participaram 18 serviços de reumatologia pertencentes a estabelecimentos de oito províncias do Canadá: Terranova e Labrador, Nova Escócia, Nova Brunswick, Quebec, Ontário, Manitoba, Alberta, Columbia Britânica. A coorte esteve integrada por 339 pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico confirmado de artrite reumatoide. Não foram incluídos indivíduos que tivessem diagnóstico de artrite idiopática juvenil, nem afetados por alguma doença concomitante que impedisse o emprego de drogas antirreumáticas modificadoras da doença. Não houve intervenção clínica. Registraram-se os dados de evolução dos participantes. Medidas de evolução: (a) proporção de pacientes que tinham começado tratamento com fármacos modificadores nos primeiros seis meses pós-diagnóstico; (b) características de evolução clínica, segundo o momento de início dos tratamentos; (c) fatores preditivos de início mais tardio dos tratamentos. Resultados: foram empregados diferentes modelos multivariados, com validação mediante a técnica estatística do *bootstrap* (reformulação da aleatorização, com dados tirados da mesma amostra). Para a determinação das características de evolução, foi realizada análise de Kaplan-Meier. Os seguintes resultados foram obtidos: (a) nos primeiros seis meses receberam tratamento com fármacos modificadores 41% dos participantes (intervalo de confiança -IC- de 95%, entre 36% e 46%); (b) o tempo médio transcorrido até o início dos tratamentos foi de 8,4 meses (entre 3,8 e 24). Por outro lado, 78,1% do tempo empregado em tratamentos foi gasto com intervenções que tiveram lugar antes dos pacientes ser encaminhados aos serviços de reumatologia; (c) o mais importante fator preditivo de demora no início do tratamento foi a presença de uma afecção musculoesquelética concomitante, como osteoartrite, fibromialgia ou osteoporose. Nenhuma outra variável teve peso significativo no início das intervenções terapêuticas. Conclusão: (a) em uma coorte de adultos com artrite reumatoide, atendidos em diferentes centros do Canadá, menos de 50% dos pacientes recebeu tratamento com fármacos modificadores da doença nos primeiros seis

meses transcorridos do diagnóstico; (b) a maior parte do tempo investido em tratamentos de todos os tipos ocorreu antes que os pacientes fossem encaminhados a serviços especializados de reumatologia; (c) o principal fator preditivo de demora no início da administração de medicação modificadora foi a presença concomitante de alguma afecção musculoesquelética. As observações até aqui realizadas indicam a conveniência de prosseguir a investigação sobre estas questões.

#### 4. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO RANELATO DE ESTRÔNCIO NO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE JOELHOS: RESULTADOS DE ESTUDO DUPLO-CEGO, RANDOMIZADO, PLACEBO-CONTROLADO

*Efficacy and safety of strontium ranelate in the treatment of knee osteoarthritis: results of a double-blind, randomized placebo-controlled trial.* Reginster JY, Badurski J, Bellamy N, et al. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:179-86

O ranelato de estrôncio (RE) é comumente usado para o tratamento de osteoporose pós-menopáusia, porém, também é relatada sua ação na inibição da reabsorção óssea subcondral e estimulando a formação de matriz cartilaginosa. Um estudo de análise exploratória em pacientes com osteoartrite de coluna relatou que três anos de tratamento com RE reduz a progressão radiográfica e melhora a dor lombar. O presente estudo analisou a eficácia do RE na progressão radiográfica e clínica da osteoartrite de joelhos. Foram selecionados em 98 centros em 18 países 1.683 pacientes com osteoartrite de joelhos (Kellgren e Lawrence 2 ou 3 e JSW [joint space width] 2,5-5 mm). Estes foram randomizados em três grupos: os que receberam RE 1g/dia (558), RE 2d/dia (566) e placebo (559). O *end-point* primário foi a ocorrência de alteração radiográfica no JSW, medido no compartimento femurotibial medial durante três anos *versus* placebo. Os *end-points* secundários incluíram avaliação de progressão radiográfica, escore Womac (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) e dor em joelhos. O *intention-to-treat* populacional incluiu 1.371 pacientes. O tratamento com RE foi associado com menores decréscimos no JSW em relação ao placebo. Menor progressão radiográfica foi observada com os grupos de RE ( $p<0,001$  e  $p=0,012$  com RE 1d/dia e RE 2g/dia, respectivamente). Houve maior redução no índi-

ce de Womac ( $p=0,045$ ), escore de dor ( $p=0,028$ ), escore de função física ( $p=0,099$ ) e dor em joelhos ( $p=0,065$ ) no grupo de RE 2g/dia. O RE foi bem tolerado. Em vista do exposto, concluiu-se que o tratamento com RE 1 e 2g/dia foi associado com efeito significativo na alteração estrutural de pacientes com osteoartrite de joelhos e efeito benéfico também nos sintomas clínicos com RE 2g/dia.

#### 5. O USO DE HIDROXICLOROQUINA É ASSOCIADO COM MENOR CHANCE DE NÍVEIS persistentemente ELEVADOS DE ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES E/OU ANTICOAGULANTE LÚPICO EM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

*Hydroxychloroquine use is associated with lower odds of persistently positive antiphospholipid antibodies and/or lupus anticoagulant in systemic lupus erythematosus.* Broder A, Putterman C. *J Rheumatol.* 2013;40:30-3

Os anticorpos antifosfolípidos desempenham papel ativo na patogênese da síndrome antifosfolípide. A prevenção primária pode ser destinada a diminuir os níveis destes anticorpos se já existentes ou mesmo impedir que níveis elevados destes anticorpos se desenvolvam. O uso de hidroxicloroquina tem sido relacionado, em estudos retrospectivos, com a diminuição dos títulos de anticorpos antifosfolípidos e com diminuição do risco de trombose em pacientes com LES. Neste estudo retrospectivo foi investigada a associação entre o uso de hidroxicloroquina em pacientes com LES e níveis persistentemente elevados de anticorpos antifosfolípidos (aPL) e/ou anticoagulante lúpico (LAC). Foram incluídos 90 pacientes com LES segundo os critérios do ACR, com idade maior que 21 anos e que tinham aPL e LAC medidos em, pelo menos, duas ocasiões, com pelo menos 12 semanas de intervalo, no período de janeiro de 2006 a maio de 2012. Dos 90 pacientes incluídos, 19% tinham LAC positivo e/ou aPL  $\geq 40$  U. O uso de hidroxicloroquina foi associado com probabilidade significativamente menor de LAC e/ou aPL positivo, variáveis estas ajustadas para idade, etnia e sexo (OR 0,21, IC 95% 0,05-0,79,  $p=0,02$ ). Os dados deste estudo proporcionam uma base para o desenho de estudos prospectivos para investigar o papel da hidroxicloroquina na prevenção primária e secundária de síndrome antifosfolípide em pacientes com LES.



## 6. EFEITOS DO BELIMUMABE NOS PARÂMETROS RENAI: RESULTADOS DE ESTUDO FASE 3 EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

*Effect of belimumab treatment on renal outcomes: results from the phase 3 belimumab clinical trials in patient with SLE.* Doodley MA, Houssiau F, Aranow C, et al., for the BLISS-52 and -72 Study Groups. *Lupus*. 2013;22:63-72

Belimumabe é um anticorpo monoclonal humano que inibe a atividade biológica de uma proteína estimuladora de linfócitos B solúvel. Elevados níveis séricos desta proteína se correlacionam com atividade de doença no lúpus eritematoso sistêmico (LES). Dois estudos fase 3, BLISS-52 e BLISS-76, demonstraram significativa maior proporção de pacientes com lúpus eritematoso ativo que responderam ao uso de belimumabe associado à terapia padrão que nos pacientes que utilizaram placebo associado à terapia padrão. Esta análise *post-hoc* dos estudos fase 3 Bliss placebo-controlado (1.684 pacientes) foi realizada para avaliar os efeitos do belimumabe nos parâmetros renais em pacientes com envolvimento renal de base e para explorar se o belimumabe ofereceu benefício adicional para os pacientes que utilizavam micofenolato de mofetila. Em adição ao belimumabe ou placebo, todos os pacientes receberam tratamento padrão para LES. Pacientes com atividade renal importante foram excluídos destes estudos. Após 52 semanas de avaliação, taxas de flare renal, remissão de atividade renal, melhora do envolvimento renal (avaliados pelos índices de atividade Scleroderma-Sledai e Bilag), redução de proteinúria e atividades laboratoriais favoreceram o grupo que utilizou belimumabe, embora as diferenças entre os grupos em muitos parâmetros renais não tenham sido significativas. Entre os 267 pacientes com envolvimento renal de base, aqueles recebendo micofenolato de mofetila ou com atividade laboratorial apresentaram melhor resposta de atividade renal com belimumabe que os que utilizaram placebo. Limitações desta análise incluíram o pequeno número de pacientes com envolvimento renal crônico estável e o pequeno número com envolvimento renal que utilizavam micofenolato de mofetila. Estes resultados sugerem que belimumabe pode oferecer benefício aos pacientes lúpicos com envolvimento renal. Estudos futuros em pacientes com nefrite lúpica e doença renal importante em atividade são requeridos para documentação desta eficácia.

## 7. EFICÁCIA E SEGURANÇA DO RANELATO DE ESTRÔNCIO NO TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE DE JOELHOS: RESULTADOS DE UM ESTUDO DUPLO-CEGO, RANDOMIZADO, PLACEBO-CONTROLADO

*Efficacy and safety of strontium ranelate in the treatment of knee osteoarthritis: results of a double-blind, randomized placebo-controlled trial.* Reginster JY, Badurski J, Bellamy N, et al. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:179-86

O tratamento atual da osteoartrite (OA) baseia-se na melhoria dos sintomas e função articular através de medidas não farmacológicas e farmacológicas, não existindo, de fato, fármaco que atue como modificador de doença. O ranelato de estrôncio (RE) é atualmente indicado para o tratamento da osteoporose pós-menopáusia. Estudos *in vitro* mostraram que ele inibe a reabsorção óssea subcondral e estimula a formação de matriz cartilaginosa em condrócitos humanos. O objetivo deste estudo, multicêntrico, randomizado, duplo-cego, placebo-controlado, três anos de seguimento, foi avaliar o efeito do ranelato de estrôncio na progressão clínica e radiológica na OA de joelhos – Estudo SEKOIA. Pacientes com OA de joelhos (graduação Kellgren e Lawrence 2 ou 3) e medida do espaço articular de 2,5-5 mm foram alocados para uso de RE 1g/dia (n=558), 2g/d (n=566) ou placebo (n=559). O objetivo primário foi avaliar alteração radiográfica na medida do espaço articular, e o secundário incluiu progressão radiológica, índice Womac e dor articular. Foram incluídos 1.371 pacientes. O tratamento com RE foi associado com menor degradação do espaço articular que o placebo (tanto 1 como 2g/d). Menor progressão radiológica foi observada com o uso de RE ( $p < 0,001$  e  $p = 0,012$  para 1 e 2g/d). Houve maior redução no índice Womac ( $p = 0,045$ ), melhora na atividade funcional ( $p = 0,099$ ) e melhora na dor articular ( $p = 0,065$ ). O RE foi bem tolerado. Este estudo conclui, portanto, que o tratamento com o RE 1 e 2g/d é associado com significativo efeito estrutural nos pacientes com OA de joelhos e um efeito benéfico sintomático no uso de RE 2g/d.

## 8. REVISÃO DE 2012 DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE CHAPEL HILL PARA NOMENCLATURA DE VASCULITES SISTÊMICAS

*2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides.* Jeannette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. *Arthritis Rheum*. 2013;65(1):1-11

O objetivo da primeira Conferência Internacional de Chapel Hill para Nomenclatura de Vasculites Sistêmicas, em 1994, foi atingir consenso de nomes para as mais comuns formas de vasculite e construir uma definição específica para cada uma delas. Um esforço foi feito para adoção de nomes e definição largamente aceitos. Devido ao avanço no entendimento das vasculites, outra conferência foi convocada para melhora da nomenclatura, mudança de nomes e definições, quando apropriada, e adição de importantes categorias de vasculites não incluídas na conferência de 1994. Nomenclatura adotada: vasculites de grandes vasos (arterite de Takayasu e arterite de células gigantes), vasculites de médios vasos (poliarterite nodosa e doença de Kawasaki), vasculites de pequenos vasos (Anca associadas: poliangiíte microscópica, granulomatose com poliangiíte, granulomatose eosinofílica com poliangiíte; por imunocomplexos: doença antimebrana basal glomerular, vasculite crioglobulinêmica, vasculite por depósito de IGA, vasculite urticariforme hipocomplementenêmica), vasculites de vasos variados (doença de Behçet e síndrome de Coogan), vasculites de órgão isolado (angiíte leucocitoclástica cutânea, arterite cutânea, vasculite do sistema nervoso central, aortite isolada), vasculites associadas a doenças sistêmicas (vasculite lúpica, vasculite reumatoide, vasculite da sarcoidose), vasculites associadas com prováveis etiologias (vasculite crioglobulinêmica associada ao vírus da hepatite C, vasculite associada ao vírus da hepatite B, aortite associada à sífilis, vasculite por imunocomplexo droga-associada, vasculite associada ao Anca droga-associada e vasculite associada a neoplasia). A cada uma das nomenclaturas foi dada uma definição baseada no conhecimento atual e entendimento da manifestação e seu mecanismo de doença.

## 9. O PAPEL DOS ALINHAMENTOS EM VARO E VALGO NO DESENVOLVIMENTO INICIAL DO DANO DA CARTILAGEM DO JOELHO PELA RM: ESTUDO MOST

*The role of varus and valgus alignment in the initial development of knee cartilage damage by MRI: the Most study.* Sharma L, Chmiel JS, Almagor O, et al. Ann Rheum Dis. 2013; 72:235-40

Os alinhamentos em varo e valgo geralmente são associados com a progressão da osteoartrite de joelhos, contudo,

não se conhece o papel desses alinhamentos na ocorrência da doença. Os autores hipotetizaram que, em joelhos com cartilagem morfolologicamente normal pela RM, o varo seria associado com ocorrência de dano cartilaginoso no compartimento medial e o valgo, com ocorrência de dano lateral. O estudo Most é um estudo prospectivo que incluiu indivíduos com risco de OA de joelhos e foram obtidos RX simples dos membros inferiores na avaliação inicial e RM no início e após 30 meses de seguimento. Nos joelhos com cartilagem morfolologicamente normal em todos os compartimentos tibiofemorais, foi utilizada a regressão logística para verificar a associação entre o alinhamento do joelho e a ocorrência de dano na cartilagem, fazendo o ajuste para idade, gênero, IMC, instabilidade, extrusão/rotura meniscal. Foram avaliados 1.881 joelhos e, de 293 pessoas, 256 preencheram os critérios de inclusão. Na análise de regressão, o varo comparado com não varo foi associado com ocorrência de dano da cartilagem medial (OR=3,59), assim como o varo comparado ao neutro, com evidência de dose-efeito (OR=1,38 para cada 1° de varo). Os resultados mantiveram-se mesmo após a exclusão dos casos com lesão de menisco medial. Não houve associação do valgo com dano da cartilagem lateral. Além disso, o varo e o valgo apresentaram associação com risco reduzido de dano cartilaginoso nos compartimentos lateral e medial, respectivamente. Os autores concluíram que, em joelhos com cartilagem morfolologicamente normal, o alinhamento em varo foi associado com maior ocorrência de dano cartilaginoso no compartimento medial, e o varo e o valgo com risco reduzido de dano no compartimento com menor sobrecarga. Os resultados admitem a hipótese de que o varo aumente o risco de desenvolvimento inicial da OA de joelho.

## 10. TRATAMENTO COM PLASMA RICO EM PLAQUETAS É MAIS EFETIVO QUE PLACEBO PARA OSTEOARTRITE DE JOELHO: UM ESTUDO PROSPECTIVO, DUPLO-CEGO E RANDOMIZADO

*Treatment with platelet-rich plasma is more effective than placebo for knee osteoarthritis: a prospective, double-blind, randomized trial.* Patel S, Dhilon MS, Aggarwal S, et al. Am J Sports Med. 2013;41:356-64

O plasma rico em plaquetas (PRP) tem sido proposto como opção terapêutica na OA, por conter fatores de

crescimento específicos que auxiliam na recuperação da cartilagem. Os autores realizaram um estudo controlado e duplo-cego com um total de 78 pacientes (156 joelhos) com OA precoce bilateral de joelho e sem deformidades significantes. Os participantes foram randomizados em três grupos: grupo A (52 joelhos), que recebeu uma única infiltração com PRP; grupo B (50 joelhos), que recebeu duas infiltrações com PRP com três semanas de intervalo; e grupo C (46 joelhos), que recebeu uma infiltração com solução salina. Os instrumentos de medida foram: questionário Womac para função de joelho, EVA para dor e escala de satisfação. Foram realizadas avaliações antes dos procedimentos e seis semanas, três e seis meses após o tratamento. Houve melhora em todos os

domínios do Womac nos grupos A e B, de maneira semelhante e em todos os tempos de avaliação até seis meses, enquanto o grupo C apresentou piora dos parâmetros ao longo do tempo. Na avaliação de seis meses, os grupos A e B apresentaram uma discreta piora do Womac. O EVA para dor apresentou melhora nos grupos A e B, enquanto permaneceu sem alterações no grupo C nos tempos de avaliação. O grau de satisfação foi positivo somente nos grupos A e B. Os autores concluíram que uma única infiltração com PRP é tão efetiva quanto duas infiltrações para aliviar os sintomas em OA precoce de joelho. Os resultados parecem durar até seis meses após o procedimento. A infiltração com PRP foi mais efetiva que a infiltração com solução salina.

---

#### SEÇÃO PUBLICAÇÕES

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

### história

**São Paulo, 24 de agosto de 1953.** Na sala A, 10º andar, da Associação Paulista de Medicina, em conjunto com a Sessão Ordinária do Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica da APM, reuniram-se 30 médicos (nem todos reumatologistas). Com a presença do Dr. Israel Bonomo, do Rio de Janeiro e integrante da Sociedade Brasileira de Reumatologia, e dos doutores Gil Spilborghs, Flerts Nebó, Joaquim Gonçalves Filho, Hernani D'Auria, Castor Jordão Cobra, Erwin Wolffenbüttel, Roberto Taliberti, entre outros, foi declarada fundada a Sociedade Paulista de Reumatologia.

Desde então, a sociedade, a ciência e a medicina sofreram inúmeras inovações, avanços e modificações em antigos paradigmas. Mesmo com o entusiasmo com a evolução e a ânsia em fazer o futuro acontecer, não devemos, jamais, esquecer aqueles que abriram nossos caminhos. Com esta matéria comemorativa, a SPR deseja homenagear todos os visionários e desbravadores que, com iniciativa, coragem e determinação, defenderam a reumatologia e o reumatologista, fazendo a história de nossa Sociedade Paulista de Reumatologia.

## presidentes e gestões

CASTOR JORDÃO COBRA	1953-1955
GIL SPILBORGHES	1956-1957
ROBERTO TALIBERTI	1958-1959
FLÁVIO PIRES DE CAMARGO	1960-1961
ARMANDO BUONICONTI	1962-1963
HERNANI D'AURIA	1964-1965
FLERTS NEBÓ	1966-1968
SÉRGIO IGNÁCIO RUIZ	1969-1970
JOÃO PINHEIRO MACHADO AMARANTE	1971-1973
WILIAM HABIB CHAHADE	1974-1975
HENRIQUE JOSEF	1976-1977
JOSÉ GOLDENBERG	1978-1979
JOÃO FRANCISCO MARQUES NETO	1980-1981
MOACYR ROBERTO CUCÊ NOBRE	1982-1983
JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA PERNAMBUCO	1984-1985
CRISTIANO AUGUSTO DE FREITAS ZERBINI	1986-1987
ALEXANDRE GABRIEL JÚNIOR	1988-1989
EMILIA INOUE SATO	1990-1991
ELDA MATILDE HIROSE PASTOR	1992-1993
DANIEL FELDMAN POLLAK	1994-1995
CÉLIO ROBERTO GONÇALVES	1996-1997
JOSÉ ROBERTO PROVENZA	1998-1999
RINA DALVA NEUBARTH GIORGI	2000-2001
JAMIL NATOUR	2002-2003
MANOEL BARROS BÉRTOLO	2004-2005
ARI STIEL RADU HALPERN	2006-2007
JOSÉ CARLOS MANSUR SZAJUBOK	2008-2009
LUIZ CARLOS LATORRE	2010-2011
PAULO LOUZADA JR.	2012-2013
DAWTON YUKITO TORIGOE (Presidente Eleito)	2014-2015

## brasão



O brasão da SPR foi idealizado pelo Dr. Flerts Nebó, em 1956, em conformidade com a ciência e a arte da heráldica. Sua simbologia e significado expressam ideais e valores importantes à época, fundamentais ainda em 2003, quando da publicação do texto reproduzido a seguir, de autoria do próprio Dr. Flerts (*RPR* vol. 2, n. 2, abr./jun. 2003, p. 4):

“Trata-se de um escudo simples, no qual se apoiam três estrelas douradas, um triângulo prateado, de ângulos rombos, sobre fundo azul, guardado por dois ramos de café com seus frutos e uma faixa inferior com a data da fundação. O fundo azul significa a serenidade do reumatologista. As estrelas douradas, o terceiro ano da fundação, sendo o ouro representativo da nobreza de nossa arte médica. O triângulo prateado é o símbolo teosófico da fé, da esperança, da caridade e da eloquência do especialista. Fé naquilo que promove benefício alheio, esperança de ser bem-sucedido na terapêutica e caridade no tratamento dos pacientes. As barras brancas e pretas representam a bandeira de nossa terra. O mapa vermelho é o sangue que circula em nossos corações, dentro da especialidade médica que escolhemos. Nos ramos e frutos do café, a riqueza do solo paulista.”

Em 2013, 60 anos após sua criação, o brasão mostra-se atual, levando-nos a reflexões pertinentes de nosso próprio tempo.

## com a palavra, os presidentes

Para não incorrer em injustiça, pois inúmeros foram os colaboradores da SPR ao longo de todos esses anos, publicaremos aqui declarações de presidentes. Sintam-se homenageados, no entanto, todos os que participaram das Diretorias Executivas, Comissões Científicas, de Ética Médica e Defesa Profissional, de Educação Médica, do Interior, Conselhos Fiscais e Consultivos, do site, editores das revistas oficiais (*Rheuma*, *Artrófilo* e *Revista Paulista de Reumatologia*), representantes da Reumatologia Pediátrica e os membros do Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Reumatologia ou mesmo aqueles cujos nomes não faziam parte do quadro oficial da diretoria da SPR. Nosso reconhecimento a esses colaboradores quase anônimos, sem os quais a SPR não seria tudo o que hoje representa. Todo o trabalho na SPR ocorre de forma voluntária, até mesmo abnegada e muitas vezes sem alarde e confetes. Não nos esqueçamos de nossa querida Márcia Gerardi, secretária da SPR, desde 1990, sempre prestativa, incansável e sorridente.

A história dos 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia será contada por aqueles que pessoalmente a construíram, os presidentes, com suas próprias palavras. Em comum, eles sempre tiveram como objetivo o engrandecimento da especialidade, a defesa de nossos pares, o incentivo à formação de novos valores e a atualização de conhecimentos.





### MINHA GESTÃO À FRENTE DA SPR: 1976-1977

Foi um período muito grato e agradável para mim: a SPR estava “engatinhando”, tinha ainda um pequeno número de associados, embora a gestão anterior, do Dr. Wiliam Habib Chahade, já tivesse dado um “choque de gestão” nas atividades da Sociedade que, até o início de sua administração, praticamente não apresentava nenhuma atividade científica ou societária.

Foram dois anos de continuidade de inúmeras atividades societárias, iniciadas pela gestão anterior: reuniões científicas abertas ao público interessado, cooptação de novos sócios, incremento do relacionamento com outras regionais (particularmente a do Rio de Janeiro), publicação do periódico da SPR, o *Artrófilo*, etc. Demos sequência às reuniões científicas, em geral realizadas em anfiteatro de pequenos hotéis da Capital, procurando incentivar a participação dos então poucos Serviços de Reumatologia do Estado: USP, EPM (atual Unifesp), Unicamp, Servidor Estadual, Servidor Municipal. Homenageamos alguns dos “ícones” e pioneiros da reumatologia paulista e brasileira, como os Drs. Wiliam Cossermelii, Edgard Atra, Gil Spilborghs, Adil M. Samara, Luiz Verztman, Israel Bonomo, Jacques Houli. A programação científica era espontânea, levando em consideração o mérito profissional dos convidados e do serviço a que pertenciam; não havia interferência de “forças ocultas” (pressão de “marketing” das indústrias ou das universidades).

Foram, enfim, dois anos que recordo com satisfação e que, modesta à parte, fortaleceram a germinação da “semente”, lançada dois anos antes, pelo Dr. Wiliam Chahade. Verifico, com alegria, que tal esforço valeu a pena, ao constatar, na atualidade, a pujança e o desenvolvimento alcançados pela SPR e o respeito que ela goza no meio médico, especialmente reumatológico, em âmbito nacional e internacional.

Parabéns, SPR, pelo seu 60º aniversário!

Afetuosamente,

(DR.) HENRIQUE JOSEF  
Gestão 1976-1977



**HÁ SESSENTA ANOS**, homens de grande visão de futuro sonharam e fundaram a Sociedade Paulista de Reumatologia. Ao longo desses anos esta gloriosa sociedade conquistou o respeito e a admiração da comunidade reumatológica e médica em geral, nacional e internacional. Esta Sociedade se tornou um modelo e exemplo de organização, seriedade e liderança, proporcionando atualização aos seus membros, dentro das melhores evidências científicas, por meio de seus cursos e publicações. Também fornece informações para a sociedade civil divulgando a especialidade, bem como com forte atuação junto aos órgãos governamentais.

Tive o privilégio de presidir a Sociedade no período de 1978-79, em sua nova fase de atuação, iniciada pelo Dr. Willian Chahade. Nesse período havia muito empirismo na prática reumatológica, os recursos diagnósticos e terapêuticos, bem como a classificação das doenças reumáticas, estavam em desenvolvimento, longe dos conhecimentos atuais. Não havia estudos prospectivos e a etiologia e etiopatogenia das doenças em estudo. Nessa época jamais sonhávamos com a “cura” de doenças inflamatórias como a artrite reumatoide, em parte devido à terapia biológica, ou a gota com as modernas medicações hoje disponíveis, entre outros.

Nesse biênio procuramos consolidar a Sociedade mantendo contato com as outras filiadas dentro da SBR. Foram realizadas cinco Jornadas Paulistas de Reumatologia, na capital e no interior, o Encontro Interamericano de Reumatologia, Simpósio de Correlação Anátomo-Radiológica em Afecções Reumáticas e a Jornada Interdisciplinar de Reumatologia/Dermatologia.

JOSÉ GOLDENBERG  
Gestão 1978-1979



**PREZADOS AMIGOS**, inicialmente, muito grato pelo convite.

Assumir a Presidência da Sociedade Paulista de Reumatologia durante dois anos, naquela época, foi um desafio instigante, uma vez que a reumatologia no interior do Estado de São Paulo estava praticamente germinando. Não havia grupos, apenas nomes isolados que começavam a se destacar. Enquanto isso, em São Paulo capital, os grandes serviços começavam a pontificar, principalmente os universitários, formando novos reumatologistas e em programas perfeitamente sintonizados. Todos trabalhavam unissonamente sem arestas ou quaisquer motivos que minimizassem a obtenção dos objetivos pretendidos: constituir o melhor núcleo de prática da reumatologia no Brasil e também o melhor núcleo de formação de especialistas em reumatologia do País. Trabalhavam em absoluta harmonia a Unicamp, a então Escola Paulista de Medicina, a Santa Casa de São Paulo, a USP e o Hospital do Servidor Público do Estado.

O apoio da indústria farmacêutica era quase nenhum, pois os únicos fármacos disponíveis eram os anti-inflamatórios e, mesmo assim, já desgastados. Então todos os programas científicos da SPR eram desenvolvidos sempre sob a tutela desses serviços.

Meu principal objetivo durante minha gestão foi vitalizar a reumatologia do interior do Estado de São Paulo, promovendo o primeiro programa de educação continuada do interior, e contemplando as principais cidades onde houvesse um núcleo de reumatologia em atividade. Em dois anos foram realizados 15 módulos educacionais, um verdadeiro “trem da reumatologia”, visitando Santo André, Santos, Bauru, Marília, Presidente Prudente, Jundiaí, Bragança Paulista, Piracicaba, Ribeirão Preto, Rio Preto, Catanduva, Jaú, Campinas e Vinhedo (Siloé). Desse modo, auxiliamos a divulgar e a construir os fundamentos da reumatologia do interior do Estado, hoje um verdadeiro celeiro de talentos, todos excelentes especialistas. Dessa gestão trago na lembrança a figura fraterna de todos os colegas que me acompanharam nessa caminhada, sempre estimulando e tudo fazendo para que o futuro da reumatologia paulista se concretizasse na magnitude do que é hoje.

JOÃO FRANCISCO MARQUES NETO  
Gestão 1980-1981



**A DIRETORIA RESPONSÁVEL PELA GESTÃO 1982-83** teve como objetivos principais abrir a SPR a todos os colegas, ampliar o número de associados que conduziam as reuniões científicas; atender às demandas do interior do Estado, ávido por informação e troca de ideias; padronizar os procedimentos clínicos e laboratoriais nas doença autoimunes; estreitar os vínculos com a Associação Paulista de Medicina, visto que a diretoria da SPR também dirigia o Departamento de Reumatologia da APM. Após a avaliação de questionário distribuído aos sócios, definimos a linha de ação em apoio à participação dos recém-formados em congressos para obter o título de especialista; realizar cursos de reciclagem

em módulos integrados; trocar experiências profissionais por meio da discussão de casos clínicos; reforçar a discussão científica com os colegas de outras especialidades afins, reforçando o espaço do reumatologista; na defesa profissional, denunciemos, junto com a APM, as práticas antiéticas que utilizavam meios não científicos no tratamento de pacientes reumáticos, em especial as doenças degenerativas osteoarticulares do idoso.

Foi realizada uma mesa-redonda para discussão dos medicamentos disponíveis para a prática do reumatologista, ante as dificuldades do paciente em encontrar medicamentos como o miocrisina, a ciclofosfamida, a cloroquina, a calcitonina, a trianinolona e a benzidaron; com a presença de especialistas, representantes governamentais e indústria farmacêutica. Criamos o jornal da SPR, que circulou durante a nossa gestão com divulgação ampla. Foi formada uma Comissão de Padronização Clínico-Laboratorial, que realizou alguns eventos focados principalmente nas doenças autoimunes. Entre os eventos científicos realizados, destacam-se o de Padronização Laboratorial de Complexos Imunes e Patologias Regionais na Capital, Artrite Reumatoide em Araraquara, Doenças Osteometabólicas em Campinas, e Artropatias Soronegativas no Encontro Rio-São Paulo.

Entre os convidados de fora, tivemos a presença de Andrei Calin para falar sobre espondiloartrites e a vinda de um dos fundadores da reumatologia inglesa, professor emérito da Universidade de Londres, Eric Baywater, que nos deliciou com uma apresentação conceitual inovadora sobre artrite crônica juvenil. Esse trabalho só foi possível graças à força de uma diretoria especialmente combativa, composta por mais de dez colegas. Por último, e o mais importante, guardo na lembrança, com muito afeto, o apoio de colegas que tive a honra de conhecer melhor e conviver naquele período, o meu obrigado muito especial ao Odilio Rodrigues Filho, João Luiz Nobrega, Roberto Bernd, Francisco Simões Russo, Ricardo Manoel Oliveira e Fernando de Almeida Coimbra. Sem vocês, não teria tido graça.

MOACYR ROBERTO CUCÊ NOBRE  
Gestão 1982-1983



**ASSUMIMOS A PRESIDÊNCIA** da Sociedade Paulista de Reumatologia na gestão 1984-1985, ocasião em que nossa sociedade recentemente completava 30 anos de sua fundação, em 24 de agosto de 1953, sendo o saudoso Prof. Dr. Castor Jordão Cobra seu primeiro presidente. Graças ao trabalho das diretorias da SPR que nos precederam nos dez anos anteriores, ocorriam importantes progressos em nossa especialidade. A função da nossa diretoria foi dar continuidade às atividades, elaborando 17 jornadas na capital e cidades do interior, várias reuniões e cursos, promovendo maior integração entre os associados da SPR e com as demais especialidades médicas. Essas realizações só foram possíveis graças à colaboração de inúmeros colegas, principalmente dos médicos, residentes e estagiários do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo Francisco Morato de Oliveira, com apoio incondicional do Prof. Dr. William Habib Chahade e dos médicos residentes, colegas de pós-graduação e docentes da Escola Paulista de Medicina, com a coordenação de nosso inesquecível orientador, Prof. Dr. Edgard Atra.

Havia grande interesse de médicos recém-formados pela reumatologia e crescente aumento de novos especialistas. A maioria das grandes e médias cidades do interior paulista passaram a contar com reumatologistas, foram criados novos serviços e cursos de pós-graduação em Reumatologia e a SPR tornou-se a federada mais numerosa da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA PERNAMBUCO  
Gestão 1984-1985



**NOSSA GESTÃO** à frente da Sociedade Paulista de Reumatologia foi no biênio 1986-87. Durante dois anos realizamos uma reunião mensal nas salas da Associação Paulista de Medicina, onde cada disciplina ou serviço de reumatologia apresentava seus principais trabalhos de pesquisa básica ou clínica. Essas reuniões eram muito interessantes, pois todos os sócios presentes ficavam sabendo o que estava sendo desenvolvido em cada unidade de reumatologia em nosso Estado. Havia também a oportunidade de trocar ideias e experiências com o corpo clínico dessas unidades. Penso que tais reuniões talvez tenham inspirado as reuniões que hoje se realizam mensalmente na AMB com o revezamento dos diversos serviços. Realizamos também um Encontro Rio-SP, no qual o Dr. Antonino Rocha proferiu uma memorável conferência sobre o desenvolvimento científico comparativo na América Latina. Organizamos também duas jornadas da SPR, uma delas ligada totalmente a aspectos ortopédicos/reumatológicos, com a participação do corpo clínico do Instituto de Ortopedia e Traumatologia da USP. Procuramos capitalizar a SPR e também manter circulante o periódico da SPR (o *Artrófilo*). Quando vejo atualmente o desenvolvimento organizacional e científico da SPR, sinto orgulho de ter participado, mesmo que brevemente, da construção de nossa Sociedade. Hoje temos sede própria, reuniões mensais, uma excelente revista e o Encontro Avançado de Reumatologia, talvez o melhor evento de cunho estritamente científico nacional em nossa especialidade médica. As disciplinas e os serviços de reumatologia paulistas tornaram-se cientificamente muito fortes e competitivos em nível internacional. Vamos continuar e que venham os jovens!

CRISTIANO AUGUSTO DE FREITAS ZERBINI  
Gestão 1986-1987





**NO FINAL DE 1989** estava finalizando a presidência da SPR o saudoso Dr. Alexandre Gabriel Júnior, que, juntamente com o também saudoso Dr. Edgard Atra, professor titular de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina, propuseram meu nome para a presidência da SPR. Na ocasião, um grande desafio e também uma grande oportunidade de colaborar para o crescimento de nossa especialidade. Assim, fui a primeira mulher a assumir a presidência da Sociedade Paulista de Reumatologia.

De pitoresco e de dificuldade inimaginável para os colegas mais jovens, era a grande inflação que corroía os salários da época, chegando à média mensal de 28% em 1989! Eleita, assumi as atividades no início de 1990, e ao realizar a primeira reunião da diretoria fomos surpreendidos pelo Plano Collor I, que congelou, por 18 meses, 80% de todos os depósitos em *overnight*, das contas correntes ou das cadernetas de poupança que excedessem a NCz\$ 50mil (cruzados novos, transformados em 50 cruzeiros). Assim, ficamos com apenas 50 cruzeiros, equivalentes a cerca de 6 mil reais atuais, disponíveis na conta da SPR. De início, tivemos de fazer cotização entre alguns membros da diretoria para pagar a então recém-contratada secretária da SPR, a Márcia Gerardi. Na ocasião uma jovem, que assumia seu primeiro emprego e que, felizmente, continua até os dias de hoje trabalhando para o bom andamento de nossa sociedade. Naquela ocasião, as indústrias farmacêuticas também ficaram com o dinheiro confiscado e, portanto, não puderam contribuir com nossas atividades. Assim, para as reuniões da diretoria comprávamos o pó de café, que a Márcia gentilmente preparava na cafeteira que ela trazia de sua casa. No final da gestão, em 1991, ainda sem recursos financeiros, organizamos o Encontro Rio-São Paulo, com o mínimo de custo. Para isso, o evento foi realizado no anfiteatro da Associação Paulista de Medicina, os convidados foram alojados em *flats* e dispensamos coquetéis e jantares. Como não havia restaurante próximo do local do evento, todos os participantes receberam *lunch-box* na hora do almoço. Apesar das dificuldades financeiras, com a colaboração de todos os participantes conseguimos fazer um evento de alto nível científico, do qual muito nos orgulhamos.

Naquela época, apesar de a Sociedade Brasileira de Reumatologia contar com uma pequena sede em São Paulo, adquirida na gestão do Dr. William Chahade, o local não era ocupado pois os presidentes preferiam ter as secretárias nas cidades onde residiam. Assim, propusemos fazer uma parceria entre a SBR e SPR para que a nossa secretária ocupasse a sala e prestasse parte do serviço para a SBR. Isto era importante para manter um endereço fixo para as correspondências para a regional de SP e para a SBR.

Passadas mais de duas décadas, é com prazer que observamos o crescimento da Sociedade Paulista de Reumatologia, que posteriormente adquiriu e ampliou sua sede própria. Um crescimento no número de associados, no nível dos eventos científicos organizados pela SPR e também na importância desta regional no cenário reumatológico nacional. É um grande orgulho, para mim, ter participado da consolidação desta grande família que reúne os reumatologistas de São Paulo.

EMÍLIA INOUE SATO  
Gestão 1990-1991



### MEMÓRIAS DE UM EX-PRESIDENTE

Em dezembro de 1993, em assembleia geral da Sociedade Paulista de Reumatologia, com a presença de 15 membros, fui eleito presidente da SPR. Épocas difíceis, pós-plano Collor, sem dinheiro e sem autoestima. Juntamente com os outros membros da nova diretoria, decidimos que tínhamos de trabalhar duro e fixamos um objetivo geral: tornar a SPR novamente pujante, criativa e merecedora da confiança e do carinho de seus sócios.

A primeira reunião foi em janeiro de 1994, e a primeira decisão foi... pagar a anuidade antecipadamente, para podermos pagar o salário da santa Marcinha. A segunda decisão foi que as reuniões seriam quinzenais e incluiriam comes e bebes trazidos de casa pelos membros da diretoria. A terceira decisão foi que a SPR precisava de uma atividade científico/social que fosse a sua cara, e assim surgiu o Encontro de Reumatologia Avançada... O resto é história.

Sabem qual foi o meu maior orgulho? No dia da assembleia em que foi eleito o meu sucessor, o Prof. Dr. Celio Gonçalves, havia mais de 200 sócios presentes.

DANIEL FELDMAN POLLAK  
Gestão 1994-1995



**NO PÓS-SEGUNDA-GUERRA**, década de 40 e início de 50, houve avanços na medicina, como a descoberta do uso da sulfa, da penicilina, do fator reumatoide, da célula LE do Lúpus (célula Hargreaves), culminando com a descoberta da cortisona em 1949, por Philip Hench, o que se traduziu pelo direcionamento dos clínicos brasileiros na procura do tratamento e diagnóstico até então não possíveis, aos pacientes reumáticos.

Também nesse período, em São Paulo, ocorre a passagem do Hospital Escola da FMUSP da velha Santa Casa para o Hospital de Clínicas, em 1946. Havia então dois núcleos de tratamento de pacientes reumáticos que levaram à formação da reumatologia paulista. Um núcleo da Segunda Clínica Médica (Prof. Luiz Venere Decourt), liderado por Gil Spilborghs, agregando Flerts Nebó, Antonio Carlos Neves e Wilson Cossermelli, e um núcleo da Terceira Clínica Médica (Prof. Fernandes Pontes), na sessão de terapêutica clínica responsável pelo acompanhamento de doentes crônicos formou-se um polo reumatológico liderado por Castor Jordão Cobra. Nesse grupo se firmaram Armando Buoniconti, Plínio Augusto Balthazar, Hernani D'Auria, Joaquim Gonçalves Filho, Sérgio Ignácio Ruiz, que posteriormente migrou para o Instituto de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP.

Em 24 de agosto de 1953, no Anfiteatro Cantídio de Moura de Campos, no terceiro andar do Hospital das Clínicas da FMUSP, fundou-se em sessão plenária a Sociedade Paulista de Reumatologia.

Na década de 60 ocorreu a formação das primeiras residências médicas da especialidade, levando à formação de novos núcleos: HSPE, EPM, HSPM e HC, tornando assim possível a divulgação da especialidade e de novos reumatologistas que a sedimentaram e a impulsionaram, com nobreza e paixão, como Wiliam Habib Chahade, Henrique Josef, Edgard Atra, Adil Muhib Samara, João Francisco Marques Neto, José Goldenberg, Wilson Cossermelli e Francisco Simões Russo Filho, dentre muitos outros, com posterior formação das disciplinas e pós-graduação nos respectivos serviços.

Hoje contamos com diversos serviços espalhados por todo o território paulista, sendo braços oriundos do núcleo inicial, que levaram à formação de inúmeros reumatologistas paulistas.

Eu vivi desde a minha infância entre encontros e congressos da reumatologia, como o primeiro encontro oficial da SPR, o Panamericano, que começou no Rio de Janeiro e terminou em São Paulo. Venho militando na Sociedade desde 1974, quando fui segundo bibliotecário e a partir daí nunca deixei de fazer parte dela, cujo ponto alto foi a presidência da SPR em 1996-1997 e a presidência do XXIII Congresso Brasileiro de Reumatologia, em 2000, na cidade de São Paulo. Minha principal meta como presidente foi a agregação de todos os serviços do Estado, educação continuada, formação de novos reumatologistas e a divulgação da especialidade, deixando de lado o personalismo ou divergências pessoais.

Viva a reumatologia, viva os 60 anos, viva São Paulo-Brasil.

CÉLIO ROBERTO GONÇALVES  
Gestão 1996-1997



**TIVE O PRIVILÉGIO** de ser eleito para conduzir, como presidente da SPR, as atividades científicas e sociais no biênio 1998-99. Nessa ocasião, recebi muito apoio das sociedades do interior, onde pudemos executar com muito êxito as jornadas locais. Confesso que, se não fosse também o empenho e incentivo dos meus grandes amigos campineiros, teria sido muito difícil alcançar o sucesso que tivemos.

O que marcou essa gestão foi a tão sonhada independência física administrativa da SPR. No final de 1999, após consulta aos associados e à Comissão Fiscal, recebemos o aval para a aquisição de nossa primeira sede. Infelizmente não pude desfrutar, como presidente, desse novo espaço, mas tivemos o prazer e a felicidade de deixar para as próximas gestões um local de trabalho que daria maior identidade a nossa querida SPR.

Quero agradecer toda a confiança, apoio e carinho que recebi indistintamente de todos os associados da SPR.

JOSÉ ROBERTO PROVENZA  
Gestão 1998-1999



**A ATUAL DIRETORIA** me pediu para escrever dois parágrafos sobre nossa gestão frente à Sociedade Paulista de Reumatologia, o que melhor resume este período é **paixão**, muita paixão pelo que fazíamos. O julgamento não pode ser nosso. Feliz aniversário SPR.

JAMIL NATOUR  
Gestão 2002-2003



### ATIVIDADES NA GESTÃO 2004-2005

Tive a honra de ser presidente da SPR no período de 2004-2005 em companhia de colegas reumatologistas de alto nível e que colaboraram para o sucesso da gestão durante esses dois anos.

Para a organização de todas as atividades, realizamos 12 reuniões administrativas e conseguimos organizar e realizar 13 Fóruns de Debates, dois Encontros de Reumatologia Avançada, sendo uma delas junto com a Jornada Paulista de Reumatologia, nove Jornadas de Reumatologia em várias cidades do Estado, oito edições da *Revista Paulista de Reumatologia* e a atualização científica do site da sociedade nesses dois anos.

Conseguimos, por meio de todas essas atividades, promover a atualização médico-científica de nossos associados, com várias atividades no interior do Estado de São Paulo. Um importante objetivo alcançado foi divulgar nossa especialidade e demonstrar sua importância para a comunidade científica e para a população em geral.

Além dessas importantes atividades, o que chamou a atenção foi a participação de todos os serviços de reumatologia e de médicos reumatologistas de consultório, que colaboraram e participaram em todos os eventos da Sociedade Paulista de Reumatologia no anos 2004-2005.

Principais realizações:

- Promoção da atualização médico-científica de todos os nossos associados por meio dos eventos realizados, principalmente os associados do interior do Estado.
- Participação nos demais eventos da nossa especialidade.
- Difusão da especialidade e de sua importância.

MANOEL BARROS BÉRTOLO  
Gestão 2004-2005



**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 desse 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. Ainda hoje, ao ler cada nova edição da *RPR*, vem à minha lembrança a imagem de toda a equipe de colaboradores da SPR 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 STIEL RADU HALPERN  
Gestão 2006-2007



**OS 60 ANOS** são um bom momento para reflexão sobre tempo e espaço, as dimensões que regem nossas vidas.

Aqueles um pouco mais velhos dirão que parece que foi ontem.

A sensação de que os eventos agradáveis passam mais rápido que os chatos está bem aplicada na história da reumatologia paulista, reunida numa sociedade que tem como metas incansáveis a atualização científica e a defesa de seus associados.

Por outro lado, 60 anos não são 60 segundos, mas temos um caminho longo para avançar. Há que se estimular **de fato** a associação dos reumatologistas para efetivamente poderem contribuir nos destinos de nossa especialidade, e em especial a manutenção de nossos eventos, que são altamente qualificados e que poderão arrefecer em função dos novos calendários.

JOSÉ CARLOS MANSUR SZAJUBOK  
Gestão 2008-2009





**A SPR ESTÁ DE PARABÉNS** pelos 60 anos de existência, tendo como objetivo principal a representatividade dos nossos associados, em todo o Estado, ante as entidades médicas e a população em geral. Nossa Sociedade cresceu muito desde a sua fundação até hoje. O trabalho de todas as diretorias sempre foi no sentido de estimular o ensino, pesquisa e representatividade em todos os setores da sociedade. Hoje somos a maior regional do País e, com isso, o trabalho das diretorias cresce ano a ano.

Tive a honra de presidir a SPR no biênio 2010-2011. Nossa diretoria esforçou-se muito para manter a excelência das antecedentes. Dentre as inúmeras atividades dessa gestão, destaco o grande número de reuniões científicas, abordando temas variados de atualizações, bem como dando oportunidade a todos os sócios e serviços do Estado de mostrarem suas ideias e suas atividades assistenciais, de ensino e pesquisa. Escutamos muito, falamos pouco, executamos o possível. Tive a enorme satisfação de encerrar a gestão com a compra de nossa nova sede. Mais ampla, confortável e, acima de tudo, um excelente negócio financeiro! A atual gestão está terminando a sua reforma e, ciente de seu bom gosto, tenho certeza que, em breve, iremos inaugurá-la com o destaque que ela merece.

Fico muito feliz em constatar que a atual diretoria vem trabalhando muito neste primeiro ano e os frutos deste trabalho serão doces, como todo trabalho honesto, árduo e desinteressado. As diretorias passam rapidamente e a SPR fica, para sempre, cada vez mais forte!

LUIZ CARLOS LATORRE  
Gestão 2010-2011

# mais presidentes



CASTOR JORDÃO COBRA  
Gestão 1953-1955



GIL SPILBORGHs  
Gestão 1956-1957



ROBERTO TALIBERTI  
Gestão 1958-1959



FLÁVIO PIRES DE CAMARGO  
Gestão 1960-1961



ARMANDO BUONICONTI  
Gestão 1962-1963



HERNANI D'AURIA  
Gestão 1964-1965



FLERTS NEBÓ  
Gestão 1966-1968



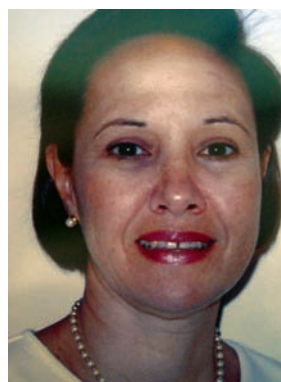
WILIAM HABIB CHAHADE  
Gestão 1974-1975



ALEXANDRE GABRIEL JR.  
Gestão 1988-1989



ELDA MATILDE H. PASTOR  
Gestão 1992-1993



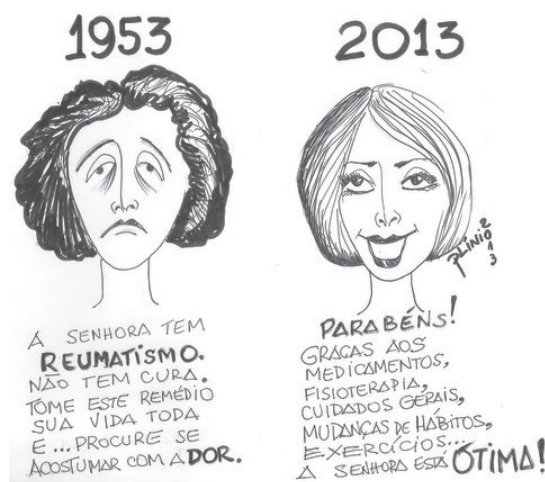
RINA DALVA N. GIORGI  
Gestão 2000-2001



DAWTON YUKITO TORIGOE  
(Presidente Eleito)  
Gestão 2014-2015

**Nestes 60 anos de existência** da Sociedade Paulista de Reumatologia foram eleitos 30 presidentes (o Dr. Dawton Yukito Torigoe, presidente eleito para o biênio 2014-2015, será o trigésimo a ocupar o cargo). Três mulheres já exerceram o posto, as Dras. Emília Inoue Sato, Elda Matilde Hirose Pastor e Rina Dalva Neubarth Giorgi. Tivemos representantes da capital e do interior (Campinas, Bauru, Ribeirão Preto) e dos principais serviços de reumatologia do Estado de São Paulo. Inúmeras foram as realizações ao longo destes anos: a criação de publicações oficiais (*Jornal da SPR*, *Artrófilo*, *Rheuma*, *Revista Paulista de Reumatologia*) e do site oficial; eventos científicos (Jornada Paulista de Reumatologia, Encontro Rio-São Paulo, Encontro de Reumatologia Avançada, Cursos de Revisão para reumatologistas e para clínicos, Jornadas do Interior, Curso de Imunologia, Fóruns de Debates); Ação Reumato; aquisição de sede própria e atividades junto aos órgãos gestores do Estado de São Paulo.

No não tão longínquo ano de 1953, foi descoberta a estrutura do DNA por Watson e Crick, terminava a Guerra da Coreia, eram lançados os filmes *A um passo da eternidade* (Burt Lancaster, Deborah Kerr e Frank Sinatra) e *Os homens preferem as loiras* (Marilyn Monroe e Jane Russell), Sir Winston Churchill ganhava o Nobel de Literatura e Érico Veríssimo, o Prêmio Machado de Assis, e era criada a Petrobras. A mídia escrita (em papel) era a principal forma de difusão do conhecimento científico. Hoje, a revolução digital nos proporciona uma avalanche de informações. No entanto, apesar de toda tecnologia disponível, nada substitui a importância do fator humano. A participação ativa e não apenas uma postura contemplativa nos leva a grandes realizações. Já dizia o Dr. Jamil Natour, em editorial de 2003 da *Revista Paulista de Reumatologia* (RPR vol. 2, n. 2, abr./jun. 2003, p. 3): "Somente a genialidade e o interesse de seus associados podem garantir um futuro promissor para a entidade e para a especialidade". Portanto, neste aniversário de 60 anos, a RPR deseja, além de muitos outros anos de vida, a participação maciça dos sócios reumatologistas. As divergências e os desafios do futuro só nos levarão ao crescimento e evolução com a opinião e colaboração de todos. Afinal, uma das finalidades estatutárias da SPR é "Congregar médicos do Estado de São Paulo para o objetivo de defesa e interesses da classe no âmbito científico, ético, social e econômico" (Estatuto da Sociedade Paulista de Reumatologia, Título I, Capítulo I, art. 2; § 1º).





# Ata de fundação da Sociedade Paulista de Reumatologia, em 24 de agosto de 1953

Sociedade Paulista de Reumatologia <sup>1</sup>

São Paulo, 24 de Agosto de 1953

1	Emílio W. B. B. B.
2	Alfredo P. B. B.
3	Flávio P. B. B.
4	Erving W. B. B.
5	Lygia P. B. B.
6	Henrique P. B. B.
7	Costa P. B. B.
8	Antonio P. B. B.
9	Walter P. B. B.
10	Walton P. B. B.
11	Emmanuel P. B. B.
12	Antonio P. B. B.
13	Arão P. B. B.
14	Alfredo P. B. B.
15	Caetano P. B. B.
16	Marcos P. B. B.
17	Alfredo P. B. B.
18	Bonifácio P. B. B.
19	Benedito P. B. B.
20	Leandro P. B. B.
21	João P. B. B.
22	Representante o Dr. Waldo Rolim de Moraes: W. Camêlo.
23	Representante o Dr. Eduardo C. F. Ferraz: W. Camêlo.
24	Representante o Dr. Flávio P. B. B. de Camargo: J. B. B.
25	Representante o Prof. Dr. Costa e Silva de Moraes Campos: Costa e Silva.
26	Representante o Dr. Renato Ring Tullini: Costa e Silva.
27	Amílcar M. C. B. B.
28	Agostinho de Jesus P. B. B.
29	Fernando P. B. B.
30	Benjamin P. B. B.
31	Fernando P. B. B.

Ata - Aos vinte e quatro dias do mês de agosto de 1953, reuniram-se os membros acima,



no 10.º andar, sala A, da Associação Paulista de Medicina, com o objetivo de fundar a Sociedade Paulista de Reumatologia. A reunião se realizou conjuntamente com a sessão ordinária do Departamento de Radiologia e Eletroclínica Médica da A.P.M., e foi presidida, a pedido dos presentes, pelo Dr. Roberto Tallburt, presidente em exercício daquele departamento. Declarada fundada a "Sociedade Paulista de Reumatologia", pelo presidente, foi em seguida sugerida a criação de uma comissão para elaboração do estatuto da Sociedade. Por aclamação, a comissão foi constituída dos Drs. Castor Jordan Cobra, Gil Spilborghe, Joaquim Gonçalves Filho, Flerty Hebe e Erwin Wolffersbittel. Em seguida foi lida pelo presidente, uma carta do Dr. Decio Olinto, presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia, na qual se uniu aplausos a fundação da Sociedade Paulista de R. e uma comemoração de parte as sociedades filiadas à Sociedade Brasileira de Reumatologia "percepo parte integrante" da "Ligue Internationale contre le Rhumatisme" e da "Liga Panamericana para o estudo e controle das doenças reumáticas". Em seguida o presidente se congratulou com os presentes e encerrou a sessão, ficando para ser marcada oportunamente, nova sessão para discussão do estatuto e eleição da diretoria. O sr.

## O REUMATOLOGISTA E O TESTAMENTO VITAL

Por Ernesto Lippmann\*

*A realidade mais fundamental é que houve uma revolução biotecnológica que possibilita o prolongamento interminável do ato de morrer.*

BERNARD LOWN

O testamento vital não se confunde com o testamento civil. Por um lado, o testamento civil – que não é o tema deste artigo – diz respeito àquilo que se quer fazer com o patrimônio, ou seja, para quem se quer deixar, após a morte, os bens que foram adquiridos em vida.

O testamento vital, por outro lado, não tem conteúdo patrimonial – visa a ser eficaz em vida, indicando como o paciente deseja ser tratado se estiver em uma situação de doença grave ou inconsciente, o que pode ser providencial em casos de doenças crônicas ou degenerativas tratadas pelos reumatologistas.

Embora estados terminais em reumatologia não sejam tão comuns, visto que as doenças reumatológicas são crônicas e, ao menos, parcialmente tratáveis, algumas doenças podem, em sua evolução, levar a quadros de insuficiência respiratória, insuficiência renal ou cardíaca, e até a quadros neurológicos.

Dentre esses quadros podemos destacar alguns, como os da esclerose sistêmica progressiva (insuficiência renal, cardíaca, respiratória), do lúpus eritematoso sistêmico (insuficiência renal, cardíaca, quadro neurológico), polimiosite, que pode levar à insuficiência renal e respiratória e as vasculites sistêmicas (que podem levar à insuficiência renal, cardíaca, respiratória e neurológica). Estes são exemplos de patologias reumáticas que podem, em sua evolução, determinar quadros com insuficiências orgânicas múltiplas ou não e levar a quadros terminais.

Esta é uma matéria difícil de ser abordada pelo médico com seus pacientes. Apesar disso, o esforço compensa, pois a preparação de uma declaração antecipada de vontade no caso de agravamento de uma doença crônica, de-

generativa ou sem cura, certamente irá poupar angústias e discussões, pois uma das grandes fontes de desavenças familiares de quem tem pessoas queridas em estado terminal é a questão de até que ponto deve-se investir na terapia do paciente e quais seriam suas vontades. Fazer uma declaração por escrito torna mais tranquila esta decisão, pois se saberá exatamente qual é o desejo daquele que não tem mais condições de expressá-lo.

Antes da elaboração do testamento, especialmente no caso daqueles que sofram de doenças crônicas, incuráveis, ou degenerativas, é recomendável que haja uma consulta, na qual o médico irá informar ao paciente as possibilidades de tratamento que podem ser oferecidas, seja nos casos que não possam mais responder aos tratamentos, seja no caso do paciente saudável, mas que deseje tomar uma decisão consciente sobre como deve ser tratado na eventualidade de uma situação que o torne um paciente grave.

A experiência mostra que muitas pessoas não têm medo da morte, mas quase todas têm medo de uma morte sofrida, o que justifica uma declaração antecipada de vontade, especialmente em situações terminais.

Neste caso, o paciente é convidado a refletir sobre temas como: se estivesse sem chances de cura, e numa UTI, até que ponto desejaria que fossem feitos esforços para reanimá-lo? E se, mesmo numa situação não terminal, isso ocorresse após um AVC, em que, devido a uma lesão no cérebro, tivesse comprometidos permanentemente a visão ou os movimentos? E se, após esta reanimação, a continuidade da vida só fosse possível com a presença permanente de um cuidador, profissional ou familiar?

Nesse caso, qual seria a escolha terapêutica feita pelo paciente? A luta pela preservação da vida a todo custo ou deixar que a natureza seguisse seu curso? Que tipos de tratamento o paciente aceitaria nesses casos? Quais rejeitaria? Na hipótese de uma doença sem chances de cura, o paciente aceitaria sofrer intervenções cirúrgicas ou evasivas?

\* O autor é advogado, pós-graduado pela Universidade de São Paulo. É autor dos livros *Testamento vital: o direito de morrer com dignidade*, *Manual dos Direitos do Médico* e *Você tem todo o direito! como escolher um bom advogado e garantir seus direitos*, publicado pela Et Cetera Editora. Foi consultor jurídico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O autor agradece a revisão científica feita pela Dra. Sandra Watanabe.



Não há uma resposta certa para essas perguntas, que dependem dos valores morais e espirituais de cada pessoa. Mas para que a vontade do paciente seja respeitada, é importante que seja transmitida, ainda em vida, para um familiar – antes que qualquer eventualidade possa acontecer.

A maneira de fazer essa declaração antecipada denomina-se *testamento vital* e deve preferencialmente ser feita por escrito.

Não é por outra razão que o “testamento vital”, ou “diretriz antecipada de vontade” foi regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução n. 1985, de 2012, razão pela qual o desejo do paciente, nele manifestado, deve ser respeitado pelo médico.

Portanto, o paciente pode ser devidamente esclarecido pelo médico de sua confiança e tem a possibilidade de opinar sobre como deseja ser tratado e, mesmo que não esteja consciente, as ações devem ser pautadas naquilo que ele tenha disposto em seu testamento vital, que foi elaborado como uma declaração antecipada de vontade. Nele, pode ser declarada a recusa ao uso de recursos artificiais que apenas prolongariam sua existência, em detrimento de sua qualidade de vida.

Mas é importante ser lembrado que a eutanásia, ou seja, a interrupção premeditada da vida, é vetada por lei, ainda que seja desejada pelo paciente.

Uma das funções mais importantes do médico é, na medida do possível, antecipar e mostrar claramente as decisões que poderão ser tomadas a cada passo do processo terapêutico, no caso de evolução de uma doença pré-existente.

Quais são os temas a serem discutidos no testamento vital?

Basicamente, devem ser registradas no testamento vital as decisões e as condutas que você deseja que sejam seguidas em relação à aplicação – ou não – de medidas possíveis para que sua vida seja prolongada ou mantida quando em uma UTI. O testamento vital também registrará o desejo do testador em relação à conduta do intensivista nas seguintes hipóteses:

- a) perda da consciência, sem a possibilidade de recuperá-la;
- b) coma com a possibilidade de lesão permanente no cérebro;
- c) falta nas funções vitais de qualquer natureza;
- d) presença de sequela que torne a vida impossível sem o auxílio permanente de um cuidador.

Devem também fazer parte do testamento vital, “a retirada de suporte vital (RSV), a não oferta de suporte vital (NSV) e as ordens de não ressuscitação ou de não reanimação (ONR) são partes integrantes da limitação consentida de tratamento. A RSV significa a suspensão de mecanismos artificiais de manutenção da vida, como os sistemas de hidratação e de nutrição artificiais e/ou o sistema de ventilação mecânica; a NSV, por sua vez, significa o não emprego desses mecanismos. A ONR é uma determinação de não iniciar procedimentos para reanimar um paciente acometido de mal irreversível e incurável, quando ocorre parada cardiorrespiratória. Nos casos de ortotanásia, de cuidado paliativo e de limitação consentida de tratamento é crucial o consentimento do paciente ou de seus responsáveis legais, pois são condutas que necessitam da voluntariedade do paciente ou da aceitação de seus familiares, em casos determinados”<sup>\*</sup>.

O testador ainda pode declarar se deseja, ou não, alguma assistência religiosa, caso passe por alguma das situações descritas anteriormente. Isto inclui definir qual a religião e até mesmo o nome do sacerdote pelo qual pretende ser assistido; além de o que deseja fazer com o próprio corpo, como enterro ou cremação, e a celebração, ou não, de cerimônia religiosa, bem como questões relativas à doação de órgãos.

Recomenda-se que esta manifestação seja impressa, assinada pelo interessado, e preferentemente por três testemunhas, conforme prevê o art. 1.876 do Código Civil. Não há necessidade de que o testamento vital seja registrado em cartório mediante escritura pública.

O novo Código de Ética Médica já sinaliza que deve ser respeitada a vontade expressa por meio do testamento vital, especialmente considerando-se o disposto

\* Barroso LR, Martel LCV. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. Revista Consultor Jurídico, 11 de jul. 2012. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>. (As notas do original foram suprimidas). Acesso em: 12 jul. 2012.

no parágrafo único do art. 41 do novo Código de Ética Médica, que dispõe: "Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal".

É indispensável que nele seja designado, pelo menos, um responsável para ser seu porta-voz e representá-lo perante a equipe médica. Essa pessoa eleita, se possível, não deve ser um parente ou qualquer outro que possa obter algum benefício financeiro proveniente de herança material, para que não haja conflito de interesses, mas pode ser um médico; por razões éticas, contudo, este não

pode estar cuidando do paciente por ocasião da aplicação do testamento vital.

Como qualquer testamento, ele pode ser revogado a qualquer momento sem que haja necessidade de qualquer justificativa. Basta apenas que seja feita uma declaração de alteração de seu teor, ou que o original do documento seja rasgado, caso não tenha sido registrado em cartório.

A ideia de que podemos nos despedir da vida com dignidade e com o mínimo de dores e em paz é algo que merece ser prestigiado pelo Direito e pela Medicina. Em algumas doenças crônicas, pode ser um auxílio decisivo do reumatologista para a dignidade e respeito da pessoa do paciente.

### RESOLUÇÃO CFM n. 1.995/2012

(Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p. 269-70)

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes

**O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei n. 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n. 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei n. 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

**CONSIDERANDO** a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;

**CONSIDERANDO** a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

**CONSIDERANDO** a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

**CONSIDERANDO** que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

**CONSIDERANDO** que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

**CONSIDERANDO** o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012,

#### RESOLVE:

**Art. 1º** Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

**Art. 2º** Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de

expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

**§ 1º** Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

**§ 2º** O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

**§ 3º** As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

**§ 4º** O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

**§ 5º** Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

**Art. 3º** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012.

**ROBERTO LUIZ D'AVILA**  
Presidente

**HENRIQUE BATISTA E SILVA**  
Secretário-geral

## REFERÊNCIAS

1. Alkimin MA. O testamento vital e suas implicações éticas e jurídicas. *Direito & Paz – Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Aparecida*, ano 5, 2º sem. 2003;9:45-60.
2. Adoni AL. Bioética e biodireito: aspectos gerais sobre a eutanásia e o direito à morte digna. *Revista dos Tribunais*. São Paulo, ano 92, Dez. 2003;818:395-423.
3. Antonio JMM de. Los testamentos vitales frente al Código Penal: Una nueva visión de la eutanasia. *Acciones e Investigaciones Sociales*. Jun. 2003;17:9-64.
4. Anziliero DL, Lopes Neto, AR. Considerações acerca da (i) legalidade da ortotanásia no Brasil. *Revista Jurídica*. Porto Alegre, Ano 55, Set. 2007;359:103-114.
5. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsink V. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin5.thm>>. Acesso em: 10 jul. 2012.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 19/2002. Institui no âmbito do Sistema único de Saúde o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2012.
7. Batista, AD. A eutanásia, o direito à vida e sua tutela penal. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2009-dez-21/eutanasia-direito-vida-tutela-penal-luz-constituicao>>. Acesso em: 6 jul. 2012.
8. Barroso LR, Martel LV. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Revista Consultor Jurídico*, 11 de jul. 2012. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jul-11/morte-ela-dignidade-autonomia-individual-final-vida>>. Acesso em: 12 jul. 2012.
9. Bueno TM. Limitação a Liberdade Individual: O Testamento Vital. *Conteúdo Jurídico*, Brasília-DF: 6 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.37383&seo=1>>. Acesso em: 28 jun. 2012.
10. Carvalho GM de. A eutanásia no anteprojeto do Código Penal. *Boletim IBCCrim*, São Paulo, ano 8, Fev. 2001;99:15.
11. Carvalho GM de. Ainda sobre a eutanásia: é possível justificar o homicídio piedoso mesmo sem contar com o consentimento da vítima? *Boletim IBCCrim*, ano 14, Dez. 2006; 169:13.
12. Castro JM de. Responsabilidade Civil do Médico. 1. ed. São Paulo: Método; 2005.
13. Congresso Internacional sobre: "Os Desafios do Direito Face às Novas Tecnologias", I, Ribeirão Preto, 10 de novembro de 2010. Pereira AGD. O consentimento informado na experiência europeia.
14. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre os Projectos de Lei relativos às Declarações Antecipadas de Vontade (59/CNEVC/ 2010). Disponível em: <[http://www.cnevc.pt/admin/files/data/docs/1293115760\\_Parecer%2059%20CNEVC%202010%20DAV.pdf](http://www.cnevc.pt/admin/files/data/docs/1293115760_Parecer%2059%20CNEVC%202010%20DAV.pdf)>. Acesso em 29 jun. 2012.
15. Constantino CF, Hirschheimer MR, Oselka GW. Consentimento informado no atendimento pediátrico. [Editorial]. *Revista Paulista de Pediatria*. 2010;28(2):28-33.
16. Constantino CF, Hirschheimer MR. O direito de morrer em paz e com dignidade: considerações a respeito da resolução CFM n. 1.805/2006 (Publicada no Diário Oficial da União, em 28 nov. 2006, seção I, p. 169). *Boletim IBBCrim*, São Paulo, n. 172, p. 9-11, mar. 2007.
17. Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas. Editor: Frankli Santana Santos. São Paulo: Atheneu; 2011.
18. Dadalto, L. Testamento Vital. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2010.
19. Dantas E, Coltri MV. Comentários ao Código de Ética Médica: Resolução CFM n 1.931. 1. ed. Rio de Janeiro: GZ Editora; 2010.
20. Esteves LB. (In)disponibilidade da vida? *Revista de Direito Privado*. São Paulo, ano 6, out.-dez. 2005;24:89-111.
21. Faculdade de Medicina do Porto. Serviço de Bioética e Ética Médica. Guidelines sobre sedação em doentes terminais. Disponível em: <[http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1297367969sedacao\\_em\\_doentes\\_terminais.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1297367969sedacao_em_doentes_terminais.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2012.
22. Friso GL. A ortotanásia: uma análise a respeito do direito de morrer com dignidade. *Revista dos Tribunais*. São Paulo, ano 98, jul. 2009;885:130-53.
23. Godinho AM. Testamento vital e o ordenamento brasileiro. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 15, n. 2.545, 20 jun. 2010. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/15066>>. Acesso em: 28 jun. 2012.
24. Gomes CLSP, et al. Anteprojeto de Código Penal: reflexões relativas ao crime de eutanásia. *Boletim IBCCrim*. Ago. 1998; 69:11-2.
25. Gomes DV. O princípio da dignidade humana e a ponderação de princípios em conflitos bioéticos. *Revista de Direito Privado*. São Paulo, ano 6, jan.-mar. 2007;29:78-92.
26. João Paulo II Papa. *Evangelium vitae*. Vaticano, 1995. Disponível em: <[http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae\\_po.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_po.html)>. Acesso em: 10 jul. 2012.
27. Kfoury Neto M. Culpa médica e ônus da prova: presunções, perda de uma chance, cargas probatórias dinâmicas, inversão do ônus probatório e consentimento informado. Responsabilidade civil em pediatria, responsabilidade civil em gineco-obstetrícia. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2010.
28. Kreimer SF. Does pro-choice mean pro-Kevorkian? An Essay on Roe, Casey, and the right to die. *The American Law Review*. Feb. 1995;44(3):803-54.
29. Kühn MLS. Responsabilidade civil: a natureza jurídica da relação médico-paciente. 1. ed. Barueri; 2002.
30. Lebeau B. A eutanásia e a livre escolha. *Le monde*. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/lemonde/2012/07/22/a-eutanasia-uma-livre-escolha.htm>>. 22 ago. 2012. Acesso em: 23 ago. 2012.
31. Lippmann E. Manual dos Direitos do Médico. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma; 2011.

32. Lippmann E. Os Direitos Fundamentais da Constituição de 1988: com anotações e jurisprudência dos Tribunais. São Paulo: LTR; 1999. 511 p.
33. Lopes AD. O direito de escolher. *Veja*. 12 Set. 2012;2.286:98-106
34. Lux LM. Autonomía del paciente y responsabilidad penal médica. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. 2º sem. 2011;37:371-413.
35. Martínez K. Los documentos de voluntades anticipadas [Living Will]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Navarra – Espanha*, 2007;30:Supl 3.
36. Melo HP. O direito a morrer com dignidade. *Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. Coimbra. 2006;3(6):69.
37. Melo H, Nunes R. Parecer n. P/05/APB/06 – Sobre Directivas Antecipadas de Vontade. *Bioética – Associação Portuguesa de Bioética*. Disponível em: <[http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802556471148471346directivas\\_medicas\\_parecer\\_05.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/12802556471148471346directivas_medicas_parecer_05.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2012.
37. Melo H, Nunes R. Testamento Vital. Coimbra: Edições Almeida; 2011. 222 p.
38. Moritz RD (Org.). Conflitos bioéticos do viver e do morrer. Brasília: Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina – CFM, 2011. 238 p.
39. Nigre A. O atuar médico: direitos e obrigações. 3. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
40. Nogueira RMR. Ética no fim da vida – decisões médicas relacionadas com a abstenção e suspensão terapêuticas em doentes terminais. Artigo de Revisão Bibliográfica. Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2009.
41. Nunes R. Estudo n. E/17/APB/10 – Testamento Vital. *Bioética – Associação Portuguesa de Bioética*. Disponível em: <[http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1284923005parecer-testamento\\_vital.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1284923005parecer-testamento_vital.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2012.
42. Ribeiro BSP. Eutanásia e ortotanásia – perspectivas atuais no ordenamento jurídico nacional. *Boletim IBCrim*. Fev. 2011;18(219):15-6.
43. Ribeiro DC. A relação médico-paciente: velhas barreiras, novas fronteiras. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010.
44. Roberto LMP. Responsabilidade Civil Do Profissional De Saúde & Consentimento Informado. 2. ed. revista e atualizada. Curitiba: Juruá; 2009.
45. Pereira AGD. O consentimento informado na experiência europeia. In: Congresso Internacional sobre: os Desafios do Direito Face às Novas Tecnologias”, I, 2010. Ribeirão Preto. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/14549/1/Aspectos%20do%20consentimento%20informado%20e%20do%20testamento%20Vital%20Andr%c3%a9%20Pereira%20Ribeir%c3%a3o%20Preto.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2012.
46. Piccini CF, Steffani JA, Bonamigo EL, Bortoluzzi MC, Schlemper BR Jr. Testamento Vital na perspectiva dos médicos, advogados e estudantes. *Revista Bioethikos*. São Paulo. Out./dez. 2011;5(4). Disponível em <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A4.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.
47. Patiño AP. Limitações ao direito de recusar tratamento médico ou intervenção cirúrgica, dissertação de mestrado, não publicada, Universidade de São Paulo, Faculdade de Direito, 2005.
48. Sayid MD. Euthanasia: a comparison of the criminal laws of Germany, Switzerland und the United States, 6 B.C. Int'l & Comp. L. Rev. 553 (1983). Disponível em: <<http://lawdigital-commons.bc.edu/iclr/vol6/iss2/7>>. Acesso em: 1 jun. 2012.
49. Segre M, Carvalho HV. Compêndio de medicina legal. São Paulo: Saraiva; 1987.
50. Siqueira JE. Testamento Vital: CFM prepara documento para garantir dignidade na morte. Depoiment. [10/07/2010]. *Revista Época*. Entrevista concedida a Eliane Brum.
51. Serrão D. Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In: Serrão D, Nunes R. Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora; [s.d.].
52. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Capítulo 23: Organização e legislação de saúde em Portugal. Tópico 6: Declaração Antecipada de Vontade. In: Fernandes A. [Cord.]. Guia Prático de Saúde. Tradução e adaptada à realidade portuguesa. Lisboa – Portugal: APMG, nov. 2009. p. 251. Disponível em: <[http://pt.scribd.com/doc/44582395/Guia-Pratico-de-Saude-Versao-Integral#outer\\_page\\_267](http://pt.scribd.com/doc/44582395/Guia-Pratico-de-Saude-Versao-Integral#outer_page_267)>. Acesso em: 5 jun. 2012.
53. Souza PV. Sporleder de. Direito penal médico. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2009.
54. Steinbock B. Ethical issues in modern medicine. 6. ed. London: McGraw-Hill; 2003.
55. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o direito penal brasileiro. *Revista Bioética*. Brasília, 2008;16(1):61-83.
56. Vítor PT. Procurador para cuidados de saúde: importância de um novo divisor. *Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde*. Coimbra, 2004;1(1):121-34.
57. Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R, et al. Palliative medicine. Canadá: Elsevier; 2009.





**Arava®**  
leflunomida

Muda o curso da  
artrite reumatoide

OS CONSENSOS CONFIRMAM: ARAVA®  
É INDICADO EM TODAS AS FASES DO  
TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATOIDE.<sup>1,2,3</sup>



"INDICADO PARA TODAS AS FASES DA  
DOENÇA, MELHORA A ATIVIDADE DA  
DOENÇA, A QUALIDADE DE VIDA  
E REDUZ A PROGRESSÃO  
RADIOLÓGICA."<sup>1</sup> 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."<sup>2</sup> EULAR – 2010



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

Considere a  
praticidade de Arava®<sup>2</sup>



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:** **Sistema 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 repeti-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 M.S.: 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



## ASTROLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO NÃO CONTROLADO

Por Sandra H. Watanabe

**Introdução:** em 21 de julho, teoricamente e esotericamente, termina o meu inferno astral. Não que eu acredite em astrologia, faça parte do povo da floresta, coma alfafa com suco de beterraba ou curta acampar em São Tomé das Letras. Muito pelo contrário. Por formação e posteriormente por convicção, segui o pensamento racional e lógico. Defendi não só a medicina, como também as emoções e relações baseadas em evidências. No entanto, lembrando eventos passados, surgiu a necessidade de profunda análise em paradigmas astrológicos pré-estabelecidos.

**Objetivo:** confirmar a existência do inferno astral e sua influência na validade ou não do viver.

**Material e método:** estudo retrospectivo, de longo prazo, baseado em coleta de dados obtidos do fundo de minha memória (já aqui se coloca uma grande restrição, um viés ao estudo, seria a memória ainda confiável?). Posterior análise dos desfechos dos eventos enumerados na 1ª fase do estudo.

### Resultados:

**Fase 1.** Breve descrição dos eventos ocorridos no período pré-aniversário (final de junho e início de julho), de 2003 a 2005.

**1.** Morte do namorado. Após meu divórcio, passei anos sozinha, balzaquianamente encalhada e enfurnada dentro de casa. Para minha surpresa e alívio, um dia esbarrei naquele que viria a ser meu namorado. Animei, rejuvenesci e até de vermelho pintei o meu cabelo. Quis o destino, ou as estrelas talvez, que no meio do caminho houvesse uma pedra e um acidente de carro levou esse alguém.

**2.** Acidente de carro. Bateram em meu carro num dia de chuva e rodei várias vezes na pista. O estrago material foi grande. O terceiro, culpado pelo acidente, é um pastor evangélico. Ele ainda não pagou minha franquia, mas jura que ora todas as noites por mim.

**3.** Hérnia de disco. Com tanto estresse, meu corpo achou que eu deveria ter uma válvula de escape. E realmente tive. Um

disco lombar “escapou”. Fiquei travada, com ciatalgia. Tenho alergia a anti-inflamatórios e sobrevivi com corticosteroides. Acho graça: apelidaram-me de “a nova velhinha da praça”.

**4.** Última paciente do dia, uma senhora idosa, muito humilde. No final da consulta, me dá um pacotinho e pede desculpas, pois foi o único presente de aniversário que pôde comprar com as economias que tinha. Recebo um abraço, um sorriso e de dentro do embrulho, um enfeite de louça, onde toscamente estava pintado: “Deus lhe abençoe!”.

**5.** Ao chegar em casa, de volta do consultório, num estado de espírito neurótico, de irritação pós-engarrafamento na 23 de Maio, vejo meu filho. Ele desgruda os olhos da televisão, me dá a mão, um grande beijo e com sua gigantesca e nada complexa sabedoria, diz do alto de seus seis anos: – Você é a melhor mãe que um filho poderia ter.

**Conclusão da Fase 1:** É, vale a pena.

**Fase 2.** Relato atual, *follow-up* de oito anos:

**1.** Continuo com os cabelos vermelhos. No Facebook, nosso grupo de reumatologistas chama-se “Grisalhos e Tingidas”. E continuo sozinha...

**2.** O pastor não me pagou. Espero que mantenha, pelo menos, suas orações por mim.

**3.** Viva a reabilitação!!! (*Back school*, fortalecimento abdominal e de estabilizadores de tronco, alongamento de musculatura paravertebral e caminhada).

**4.** Ainda recebo muitos beijos, abraços e mimos de meus pacientes no aniversário e também no Natal (de louça, de tricô, de crochê e até um peixinho dourado de rabo verde).

**5.** O trânsito na 23 de Maio não mudou, nem minha irritação na hora do *rush*. Meu filho hoje tem 14 anos, me olha do alto e continua achando que sou a melhor mãe do mundo. Quando chego em casa, desliga o *game* e o Skype e me dá um grande e estalado beijo.

**Conclusão final:** tomando meu banho de sal grosso e com um galho de arruda atrás da orelha, relaxo e reflito. É, vale a pena. Essa vida ainda pode ser muito boa! Pelo menos até a próxima entrada do sol em câncer.

# HUMIRA® adalimumabe

○ único anti-TNF totalmente humano  
com eficácia em **6 indicações** no Brasil em<sup>1-8</sup>



**HUMIRA® (adalimumabe) – MS:** 1.0553.0294. **Indicações:** Artrite reumatóide, 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. Histoplasmoses 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, neurite óptica 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-existentes. **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 reumatóide 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. **Administração concomitante de DMARDs ou antagonista de TNF:** A combinação de adalimumabe e com outros DMARDs (por exemplo, anacina e abatacepte) ou outros antagonistas de TNF 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). A administração de vacinas vivas em recém-nascidos expostos ao adalimumabe no útero não é recomendada por 05 meses após a última injeção de adalimumabe da mãe durante a gravidez. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Uso na lactação:** recomenda-se decidir descontinuar o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) ou interromper o aleitamento, levando em conta a importância do medicamento para a mãe. O aleitamento não é recomendado por pelo menos 05 meses após a última administração de HUMIRA® (adalimumabe). **Interações Medicamentosas:** **Mefenoxato:** não há necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. **Outras:** o uso concomitante de HUMIRA® (adalimumabe) e outros DMARDs (por exemplo, anacina e abatacepte) não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a HUMIRA® (adalimumabe). Não foram observadas interações com DMARDs (sulfassalazina, hidroxiquina, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticóides, 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 do trato urinário, infecção do trato urinário, infecções fúngicas, infecções articulares, neoplasia benigna (incluindo cistos e pólipos), câncer de pele não melanoma, trombocitopenia, leucocitose, hipersensibilidade e alergia, hipocalcemia, aumento do ácido úrico, alteração de sódio sérico, hipocalcemia, hiperglicemia, hipofosfatemia, hipercalemia, desidratação, alterações de humor, ansiedade, insônia, parestesia, enxaqueca, compressão de raiz nervosa, distúrbio visual, conjuntivite, blefarite, edema 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, hematúria, insuficiência renal, dor no tórax, edema no local da injeção, 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, insuficiência cardíaca congestiva, oclusão arterial vascular, tromboflebite, aneurisma aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumopatia intersticial, pneumonite, pancreatite, distúrgia, edema facial, colecistite e colelitíase, aumento da bilirrubina, esteatose hepática, suores noturnos, manchas, rabdomiólise, lúpus eritematoso sistêmico, noctúria, disfunção erétil, inflamação no local da aplicação. **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 Reumatóide, 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.

**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. HUMIRA® (adalimumabe). Bula do produto. Abbott Laboratórios do Brasil. 3. van der Heijde D, Bredveld 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 adalimumabe 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.

Abbott Center  
Central de Relacionamento com o Cliente  
0800 703 1050  
www.abbottbrasil.com.br

Material destinado a profissionais da saúde prescritores.  
Reprodução Proibida. Produzido em Fevereiro/2013.

**Abbott**  
A Promise for Life



## EDIFÍCIO MAXIMUS. PRAIA DO FLAMENGO, Nº 122

Por Adil M. Samara

Lá pelos anos quarenta, quando o Brasil deu início a sua participação na Segunda Guerra Mundial, não raro navios norte-americanos atracavam no cais do porto da Praça Mauá. Fuzileiros navais então ganhavam o solo para os seus dias de folga, divertindo-se diuturnamente desde o centro do Rio de Janeiro até Copacabana. E aí, invariavelmente, na Boate Bolero na Avenida Atlântica, soma de todas as idades dos boêmios que passaram pelo Rio até a presente data. Não raro, ouvia-se ali, por motivos óbvios, prostitutas falando fluentemente inglês para defender seu pão de cada dia e possivelmente do dia seguinte, porque os entendimentos eram em dólares. Havia uma exceção à regra com respeito às tais noitadas, o edifício Maximus, na Praia do Flamengo, 122, pelo que nos contou Dalmo dez anos mais tarde, um colega que lá residiu durante o curso de Medicina da UFRJ, Faculdade de Medicina da Praia Vermelha.

\* \* \*

O Maximus era um enorme de um edifício, com cinco blocos, de A até E, onde os dois últimos, o D e o E, eram de apartamentos menores, uma quitinete propriamente dita, de apenas um quarto com uma sala e banheiro que podia atender aos dois separadamente se quartos fossem. E foram, naquela época, de tal modo que uma vez fechando a porta da sala o quarto se comunicava com o banheiro e fechando a do quarto era a sala que se comunicava com o banheiro, portanto, um segundo quarto. Assim, isolados os dois compartimentos, não é preciso ser nenhum sábio para imaginar que tal conformação alojava perfeitamente bem duas prostitutas sem se perturbarem nas suas atividades domésticas!!! Evidentemente a um menor custo. Pois não era à toa que, ao desembarcar na Praça Mauá, os fuzileiros navais já iam logo perguntando, *Where is Maximus Building?* Um detalhe muito importante: ao sair do elevador no bloco D,

onde Dalmo morou, era possível ver a distância o porteiro sentado em sua cadeira bem ao lado da imensa porta de ferro fundido na saída do prédio, e obviamente o porteiro vê-lo.

\* \* \*

A festa parece ter durado pouco, finda a guerra em 1945, e já não mais existindo aquela imensa clientela de outrora, o *negócio* veio por água abaixo, ao que o síndico resolveu moralizar o prédio. Principalmente por causa daqueles dois últimos blocos, o D e o E, onde morava este colega nove anos mais tarde.

\* \* \*

O Sr. Waldomiro, o porteiro, era um homem moreno de estatura média, bigode cerrado, pesando seus 80 quilos, trajando um terno azul marinho impecável, invariavelmente com a Bíblia à mão. Era crente, tratava a todos com muito respeito e calmamente, não resvalava em nada quando se tratava de manter a moral do prédio principalmente por seu passado um tanto quanto nebuloso.

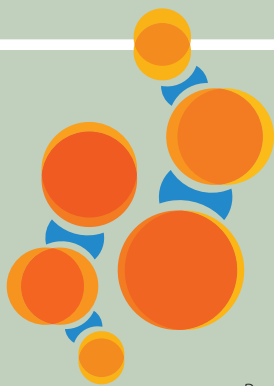
\* \* \*

Naquele tempo, não havia a mais remota hipótese, nem mesmo em sonho, de alguém convidar uma namorada a passar um quarto de hora que fosse na *república*, mesmo que não houvesse segundas intenções. Não raro era Dalmo quem recebia as reclamações do Sr. Waldomiro sobre todos os demais, por ser o apartamento alugado em seu nome. Bastava ele sair do elevador e o homem se punha de pé lá distante para queixar-se de algum deles, principalmente dos mais atrevidos que entravam de mãos dadas com suas namoradas. E assim acontecia todas as vezes, de tal forma que o colega já se cansara de tanta reclamação.

\* \* \*

Pensou em como haveria de fazer para vencer o Sr. Waldomiro, e outra coisa não lhe veio à mente senão a máxima de que a melhor defesa é o ataque, e assim se foi para o campo de batalha. Argumentos não faltavam, pois, estudantes que eram, só restavam as tardes e também as noites, quando era possível estudar na república. Uma vizinha do bloco D era professora de canto, com alunos treinando aquelas odiosas escalas musicais, outro era um exilado, judeu egípcio com filhos da pesada, socando o cabo da vassoura no andar de cima, crianças brincando de salva e amarelinha e por aí afora. Armou-se de coragem o colega e lá se foi ele, todo garboso.

Toda vez que ele saía do elevador, e que o senhor Waldomiro se punha de pé lá distante, Dalmo já se antecipava a ele em altos brados, levando suas queixas de que não era possível estudar com aquela parafernália toda nos seus ouvidos e a seu redor. Tantas foram as vezes que assim procedeu, que o Sr. Waldomiro não teve alternativa senão apressadamente esconder-se atrás do balcão da portaria toda vez que a porta do elevador do Bloco D se abria, por onde saía Dalmo já com certa arrogância de quem venceu a batalha. Os vizinhos nunca souberam dessa inestimável ajuda que prestaram ao Dalmo e seus companheiros de república, e as namoradas puderam sair e entrar livremente no AP 208, no tempo da inocência.



# XIX ERA

## Encontro de Reumatologia Avançada

14 a 16 março de 2013

Hotel Tivoli Mofarrej São Paulo/SP

Programação e horários sujeitos a alterações

### 14 DE MARÇO QUINTA-FEIRA

#### 08h00 às 13h00 CURSO PRÉ-EVENTO

*EXAMES DE IMAGEM: Ressonância Nuclear Magnética e SPECT/PET-CT na Prática Reumatológica*

Coordenação: Simone Appenzeller – Unicamp, Campinas-SP

08h00 às 08h10 Abertura

08h10 às 08h40 *RNM no lúpus neuropsiquiátrico* – Simone Appenzeller, Unicamp, Campinas-SP

08h40 às 09h10 *SPECT/PET-CT no lúpus neuropsiquiátrico* – Lauro Wichert-Ana – HC FMRP USP, Ribeirão Preto-SP

09h10 às 09h30 Debate

09h30 às 10h00 *RNM na artrite reumatoide* – Marcello Henrique Nogueira Barbosa – HC FMRP USP, Ribeirão Preto-SP

10h00 às 10h10 Debate

10h10 às 10h30 Intervalo

10h30 às 11h00 *RNM nas espondiloartrites* – Marcelo Bordalo Rodrigues, HC FMUSP e Hospital Sírio Libanês, São Paulo-SP

11h00 às 11h10 Debate

11h10 às 11h50 *RNM nas vasculites* – Antonio Carlos dos Santos – HC-FMRP-USP

11h50 às 12h30 *Diagnóstico diferencial das vasculites de SNC* – Antonio Rocha-Fleury, São Paulo-SP

12h30 às 13h00 Debate

13h00 Encerramento

14h00 às 14h10 Abertura oficial do evento  
Presidente da SPR: Paulo Louzada Junior – FMRP-USP, Ribeirão Preto-SP  
Diretor Científico da SPR: Eduardo Ferreira Borba Neto – SPR, São Paulo-SP

14h10 às 16h00 *Reumatologia pediátrica*  
Presidente: Claudia Saad Magalhães FM-UNESP – Botucatu-SP

Moderador: Paulo Roberto Stocco Romanelli – SMS de São Paulo-SP

14h10 às 14h40 *Atualização das Vasculites Primárias na Infância* – Maria Teresa de Sande e Lemos Ramos Ascensão Terreri – Unifesp, São Paulo-SP

14h40 às 15h30 *Apresentação de casos clínicos em reumatologia pediátrica*

14h40 às 15h00 *Doença de Kawasaki* – Claudio Arnaldo Len – Unifesp, São Paulo-SP

15h00 às 15h20 *Púrpura de Henoch-Schoenlein* – Virgínia Paes Leme Ferriani – FMRP USP, Ribeirão Preto-SP

15h20 às 15h30 Debate

15h30 às 16h00 *Inflamação ocular nas doenças autoimunes (adulto/pediátrico)* – Virgínia Fernandes Moça Trevisani, Unifesp e Univ. Santo Amaro-SP

16h00 às 16h20 Intervalo

16h20 às 17h30 *Prescrição de exercícios físicos em reumatologia*  
Presidente: Marcos Renato de Assis – Faculdade de Medicina de Marília-SP

Moderador: Sandra Hiroko Watanabe – Unifesp, São Paulo-SP

16h20 às 16h40 *No adulto* – Martin Fabio Jennings Simões – Unifesp, São Paulo-SP

16h40 às 16h55 Debate

16h55 às 17h15 *Na criança* – Ana Lucia de Sá Pinto – HC-FMUSP – São Paulo-SP

17h15 às 17h30 Debate

17h30 às 18h00 *Sono e Inflamação* – Marco Tulio de Mello – Unifesp, São Paulo-SP

18h00 às 20h00 *Happy hour*

### 15 DE MARÇO SEXTA-FEIRA

08h00 às 9h15 *Sessão – Osteoimunologia*  
Moderador: Charles H. M. Castro – Unifesp, São Paulo-SP

08h00 às 08h25 *Osteoimunologia e doenças reumatológicas* – Rosa Maria Rodrigues Pereira – USP, São Paulo-SP

08h25 às 8h50 *Dinapenia x sarcopenia no envelhecimento* – Vera Lúcia Szejnfeld – Unifesp, São Paulo-SP

09h15 às 10h00 *Apresentação de trabalhos científicos*  
Presidente: Luiz Carlos Latorre – Hospital Heliópolis, São Paulo-SP  
Moderador: José Roberto Provenza – PUC, Campinas-SP

10h00 às 10h20 Intervalo

10h20 às 11h20 *Sessão interativa – Manejo atual em osteoporose*  
Presidente: Cristiano A. F. Zerbini – São Paulo-SP  
Moderador: João Francisco Marques Neto, FCM-Unicamp, Campinas-SP

10h20 às 10h35 *Quando investigar?* – Marcelo de Medeiros Pinheiro – Unifesp, São Paulo-SP

10h35 às 10h50 *Quando introduzir e interromper a medicação?* – Charles H. M. Castro – Unifesp, São Paulo-SP

10h50 às 11h05 *Manejo do paciente com insuficiência renal crônica* – Rosa Maria Rodrigues Pereira – USP, São Paulo-SP

11h05 às 11h20 Debate

11h20 às 12h00 *Apresentação de trabalhos científicos*  
Presidente: Adil Samara – Unicamp, Campinas-SP  
Moderador: Rubens Bonfiglioli – PUC, Campinas-SP

12h00 às 13h00 Simpósio Janssen-Cilag

13h00 às 14h00 Almoço

14h00 às 15h15 *Sessão interativa – Urgências em reumatologia*  
Presidente: Emilia Inoue Sato – Unifesp, São Paulo-SP  
Moderador: Manoel Barros Bértolo – Unicamp, Campinas-SP

14h00 às 14h20 *SAF catastrófica* – Simone Appenzeller– Unicamp, Campinas-SP

14h20 às 14h40 *Hemorragia alveolar* – Flávio Calil Petean – FMRP-USP, Ribeirão Preto-SP

14h40 às 15h00 *Síndrome de ativação macrofágica* – Cássia Maria Passarelli L. Barbosa – Hospital Infantil Darcy Vargas, São Paulo-SP

15h00 às 15h15 Debate

15h15-16h00 *Apresentação de trabalhos científicos*  
Presidente: Célio Roberto Gonçalves – SPR, São Paulo-SP  
Moderador: Daniel Feldman – Unifesp, São Paulo-SP

16h00 às 16h20 Intervalo

16h20 às 17h00 Comemoração dos 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia

17h00 às 18h00 *Lombalgia*  
Presidente: Jamil Natour – São Paulo-SP  
Moderador: Ari Stiel Radu Halpern – HC-FMUSP, São Paulo-SP

17h00 às 17h25 *Indicações de exames subsidiários* – Marcello Nogueira Barbosa – FRMP-USP

17h25 às 17h45 *Novos procedimentos para tratamento* – Luiza Ribeiro – São Paulo-SP

17h45 às 18h00 Debate

18h00 às 19h00 Simpósio Roche

## 16 DE MARÇO SÁBADO

08h45 às 10h00 *Sessão – Novos critérios*  
Presidente: Eloisa Dutra Bonfá – FMUSP, São Paulo – SP  
Moderadores: José Alexandre Mendonça – PUC, Campinas-SP; Lilian Tereza Lavras Costallat – Unicamp, Campinas-SP

08h45 às 09h00 *Lúpus eritematoso sistêmico* – Edgard Torres dos Reis Neto – Unifesp, São Paulo-SP

09h00 às 09h15 *Vasculites* – Maurício Levy Neto – HC-FMUSP, São Paulo-SP

09h15 às 09h30 *Síndrome de Sjogren* – José Eduardo Martinez, PUC, Sorocaba-SP

09h30 às 09h45 *Artrite psoriásica* – Cristiano Barbosa Campa-nholo – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo-SP

09h45 às 10h00 Debate

10h00 às 10h20 Intervalo

10h20 às 11h00 Conferência internacional: *Novos alvos terapêuticos no tratamento da artrite reumatoide* – Roy Fleischmann (EUA)  
Presidente: César Emile Baaklini – Faculdade de Medicina de Marília, Marília-SP  
Moderador: Rodrigo Lupino Assad – FMRP – USP, Ribeirão Preto-SP

11h00 às 11h15 Debate

11h15 às 12h00 *Espondiloartrites: o que há de novo?* – Percival Degraça Sampaio Barros – USP, São Paulo-SP

12h00 às 13h00 Simpósio Pfizer

13h00 às 13h30 Premiação dos melhores trabalhos do ERA 2013

13h30 Encerramento do ERA 2013

# Noticiário

## CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

No dia 22 de novembro de 2012, na sede da Associação Paulista de Medicina, foi ministrada pelo Dr. André Aihara a última aula do Curso de Diagnóstico por Imagem em Reumatologia, sobre imagens em espondiloartropatias. O curso, realizado durante todo o ano de 2012, contemplou diferentes temas e contou com a participação dos mais renomados radiologistas que atuam em São Paulo. Parabéns aos organizadores dessa série de eventos, Drs. Ivone Minhoto Meinão, Deborah Colucci C. Souza, Plínio José do Amaral e Charles Heldan de Moura Castro.



**CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM DOENÇAS REUMATOLÓGICAS:** da esquerda para a direita: Dra. Deborah Colucci C. Souza, Dra. Ivone Minhoto Meinão, Dr. André Aihara e Dr. Plínio José do Amaral.

## FÓRUM DE DEBATES

### SEXTO FÓRUM DE DEBATES (21 DE NOVEMBRO DE 2012)

**Tema:** “Infecção oportunista no LES em atividade. Se correr o ‘bicho’ pega; se ficar o ‘bicho’ come”

**Coordenação:** Dr. Luiz Carlos Latorre (reumatologista do Hospital Heliópolis)

**Apresentação:** Dra. Fernanda Calil Machado Netto (residente de Reumatologia do Hospital Heliópolis),  
Dra. Denise de Fátima Forteski (residente de Reumatologia do Hospital Heliópolis)

**Debatedor:** Prof. Dr. Getúlio Daré Rabello (neurologista clínico, doutor em Neurologia pela FMUSP)



**SEXTO FÓRUM DE DEBATES:** da esquerda para a direita: Dr. Paulo Louzada Junior, Dr. Luiz Carlos Latorre, Dra. Fernanda Calil Machado Netto, Dr. Getúlio Daré Rabello, Dra. Denise de Fátima Forteski, Dr. Cristiano A. F. Zerbini, Dra. Yanne Montino e Dra. Lenita Mazzi.

# Agenda 2013

12 DE OUTUBRO  
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

## NACIONAIS

### XX Jornada Rio-São Paulo de Reumatologia

**Data:** 11 a 13 de abril

**Local:** Windsor Atlântica Hotel, Rio de Janeiro, RJ

**Contato:** reumatologia@reumatorj.com.br

**Endereço:** [http://reumatorj.com.br/medica/jornada\\_2013.php](http://reumatorj.com.br/medica/jornada_2013.php)



**XX Jornada**  
RIO - SÃO PAULO DE  
REUMATOLOGIA

Rio de Janeiro | 11 a 13 . abril . 2013  
I Jornada Anual da SRRJ

### XIX Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

**Data:** 24 a 28 de abril

**Local:** Centro de Eventos do Pantanal, Cuiabá-MT

**Contato:** alcimar@moretticoelho.com.br

### XXX Congresso Brasileiro de Reumatologia

**Data:** 20 a 24 de novembro

**Local:** Centro de Convenções de Pernambuco, Recife-PE

**Contato:** comercial.sbr2013@gt5.com.br

## INTERNACIONAIS

### European Congress on Osteoporosis and Osteoarthritis (IOF-ECCEO13)

**Data:** 17 a 20 de abril

**Local:** Roma, Itália

**Contato:** info@piettecommunication.com

### 10th International Congress on SLE

**Data:** 18 a 21 de abril

**Local:** Buenos Aires, Argentina

**Contato:** lupus2013@metgroup.com.ar

### Eular 2013

**Data:** 12 a 15 de junho

**Local:** Madri, Espanha

**Contato:** eular@eular.org

### 14th International Congress on Antiphospholipid Antibodies & 4th Latin American Congress on Autoimmunity – Apla & Laca 2013

**Data:** 18 a 21 de setembro

**Local:** Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Contato:** [www.kenes.com/apla-laca](http://www.kenes.com/apla-laca)

### 11th World Congress on Inflammation – Immuno Natal 2013

**Data:** 21 a 25 de setembro

**Local:** Natal, RN, Brasil

**Contato:** [www.inflammation2013.sbicongressos.com](http://www.inflammation2013.sbicongressos.com)

### ACR/ARHP 2013

**Data:** 25 a 30 de outubro

**Local:** San Diego, EUA

**Contato:** [www.rheumatology.org](http://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](mailto: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.



# Fórum de Debates em Reumatologia 2013

**Sempre às 20 horas**

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

**Estacionamento conveniado:** Feller Estacionamentos – Rua São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

**Local da confraternização:** Avenida Paulista Hotel – Rua São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

Neste ano teremos novidades na transmissão das reuniões. Participe e incentive a participação de seus colegas reumatologistas. Após os debates, você é nosso convidado para degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

## PRÓXIMOS ENCONTROS:

- 27 DE MARÇO
- 8 DE MAIO
- 5 DE JUNHO
- 7 DE AGOSTO
- 11 DE SETEMBRO
- 2 DE OUTUBRO
- 6 DE NOVEMBRO



# mensal Simponi<sup>®</sup> golimumabe

O anti-TNF feito para o paciente<sup>1</sup>

Moderna caneta  
aplicadora com  
formato anatômico

## O primeiro anti-TNF subcutâneo com uma única aplicação mensal.<sup>1</sup>

- Desde o lançamento, o primeiro anti-TNF com indicação para Artrite Reumatoide, Artrite Psoriásica e Espondilite Anquilosante.<sup>1</sup>
- Moderna caneta aplicadora. Basta um único movimento.
- Apenas uma única administração no mesmo dia em cada mês.<sup>1</sup>
- Anticorpo monoclonal humano.<sup>1</sup>
- Baixa incidência de reações no local da aplicação.<sup>1</sup>



**INFOC**  
Informações Científicas  
0800 7013017  
www.portalmed.com.br

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF Johnson & Johnson



**REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** 1. Bula de Simponi. **BULA RESUMIDA, SIMPONI<sup>®</sup> (GOLIMUMABE).** Forma farmacêutica e apresentações: Embalagem com 1 caneta aplicadora SmartJect com solução injetável de SIMPONI<sup>®</sup> 50 mg/0,5 mL. As embalagens de SIMPONI<sup>®</sup> devem ser mantidas sob refrigeração (2°C a 8°C), protegidas da luz e não devem ser congeladas. Não agitar. A caneta aplicadora SmartJect deve ser mantida na embalagem original para proteger da luz. **Uso adulto e pediátrico. Uso subcutâneo.** Indicações: tratamento da artrite reumatóide (AR) ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia com medicamento antirreumático modificador da doença (DMARD), incluindo metotrexato (MTX), foi inadequada ou em pacientes adultos não tratados previamente com MTX. SIMPONI<sup>®</sup> pode ser usado em pacientes previamente tratados com um ou mais inibidor(es) de TNF; tratamento de artrite psoriásica ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia prévia com DMARD foi inadequada; tratamento da espondilite anquilosante (EA) ativa em pacientes adultos quando a resposta à terapia convencional foi inadequada. SIMPONI<sup>®</sup> também demonstrou melhorar a função física e a qualidade de vida relacionada à saúde. Posologia: para todas as indicações, SIMPONI<sup>®</sup> 50 mg é administrado na forma de uma injeção subcutânea uma vez ao mês, no mesmo dia do mês. **Contraindicações:** hipersensibilidade à golimumabe ou a qualquer um dos excipientes. **Precauções e advertências:** Houve relatos de infecções bacterianas (incluindo septicemia e pneumonia), micobacteriana (tuberculose), fúngica invasiva e oportunistas, até mesmo fatalidades, em pacientes recebendo agentes bloqueadores de TNF, incluindo SIMPONI<sup>®</sup>. SIMPONI<sup>®</sup> não deve ser administrado em pacientes com infecção ativa e clinicamente importante. Deve-se ter precaução quando considerar o uso de SIMPONI<sup>®</sup> em pacientes com infecção crônica ou histórico de infecção recorrente. Os pacientes devem ser aconselhados a evitar a exposição a fatores de risco em potencial para infecção quando apropriado. Os pacientes devem ser avaliados quanto a fatores de risco para tuberculose e testados quanto à tuberculose latente antes do tratamento com SIMPONI<sup>®</sup>. O tratamento da tuberculose latente deve ser iniciado antes da terapia com SIMPONI<sup>®</sup>. O uso de agentes bloqueadores de TNF foi associado com a reativação do vírus da hepatite B em pacientes portadores crônicos. Os portadores crônicos de hepatite B devem ser adequadamente avaliados e monitorados antes e durante o tratamento com SIMPONI<sup>®</sup>, assim como por vários meses após a sua descontinuação. Desconhece-se o papel potencial da terapia bloqueadora de TNF no desenvolvimento de malignidades. Deve-se tomar cuidado ao considerar a terapia bloqueadora de TNF para pacientes com histórico de malignidade, ou quando se considera a continuação do tratamento em pacientes que desenvolvem malignidade: insuficiência cardíaca congestiva; eventos neurológicos; reações hematológicas; vacinas; reações alérgicas. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Interações medicamentosas: não foi realizado nenhum estudo de interação. A combinação de SIMPONI<sup>®</sup> e anacina e abatacepte não é recomendada. Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente com SIMPONI<sup>®</sup>. Embora o uso concomitante de MTX resulte em maiores concentrações mínimas no estado de equilíbrio de SIMPONI<sup>®</sup> em pacientes com AR, AP e EA, os dados não sugerem necessidade de ajuste de dose de SIMPONI<sup>®</sup> ou MTX. Reações adversas mais frequentes: Infecção do trato respiratório superior (nasofaringite, faringite, laringite e rinite), infecções bacterianas (como celulite), infecções virais (como gripe e herpes), bronquite, sinusite e infecções fúngicas superficiais, aumento na alanina aminotransferase, aumento no aspartato aminotransferase, anemia, tontura, parestesia, hipertensão, constipação, alopecia, pirexia, reação no local da aplicação (eritema no local da aplicação, urticária, induração, dor, hematoma, prurido, irritação, parestesia). Superdose: recomenda-se que o paciente seja monitorado quanto a quaisquer sinais ou sintomas de efeitos adversos e o tratamento sintomático apropriado seja instituído imediatamente. Venda sob prescrição médica. Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda. MS-1.0171.0184. Distribuído por Janssen-Cilag Farmacêutica. Informações adicionais para prescrição: vide bula completa. INFOC 0800.7013017 – www.janssen.com.br - Cód.Set2011\_B-simponi31-pro(caneta).doc. **CONTRAINDICAÇÕES: ESTE MEDICAMENTO É CONTRAINDICADO PARA USO POR PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE À SUBSTÂNCIA ATIVA OU A QUALQUER UM DOS EXCIPIENTES. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: A COMBINAÇÃO DE SIMPONI<sup>®</sup> E ANACININA OU ABATACEPTE NÃO É RECOMENDADA.**