

Revista **Paulista** de Reumatologia

VOL. 4 N.º 2 abr/jun 2005



REABILITANDO O REUMATOLOGISTA

Marcadores Bioquímicos da Remodelação Óssea

RHEUMA

Importância da Podobarometria Computadorizada na Prescrição de Órteses para Redução das Hemartroses de Repetição dos Tornozelos, em Pacientes Hemofílicos

Diminuição da Apoptose Passiva e do Receptor Co-Estimulatório CD28 nas Células Mononucleares do Sangue Periférico de Pacientes com Febre Reumática Aguda e Artrite

PERSPECTIVAS

Perspectivas da Reumatologia

GRUPOS DE APOIO

Sociedade Brasileira de Pacientes com Osteoporose

Sumário

Registro

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-7
Rheuma	7-8
Perspectivas	10-11
Publicações	11-15
Ética	16-17
Noticiário	18-19
Grupos de Apoio	20-21
Agenda	21-22

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2004/2005

Presidente

Manoel Barros Bértolo

1.º Vice-Presidente

Ari Stiel Radu

2.º Vice-Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

1.º Secretário

Rubens Bonfiglioli

2.º Secretário

Sandra Watanabe

1.º Tesoureiro

Percival Degraça Sampaio Barros

2.º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

Comissão Científica

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

Comissão de Ética

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

Comissão de Ensino

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

Conselho Fiscal

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

Comissão Estadual

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

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudia Goldenstein Schainberg

Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann

Endereço

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

Revista Paulista de Reumatologia

Órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

Editores Científicos

Alexandre Wagner S. Souza, Fábio Jennings, Marcelo Pinheiro

ETCetera Editora de Livros e Revistas

Editor responsável

Kleber Kohn

Coordenação

Silvia Souza

Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

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

Palavra do Presidente

Será realizado em São Paulo, no período compreendido entre 19 e 21 de maio, a XVIII Jornada Paulista de Reumatologia e o XI Encontro de Reumatologia Avançada. Nessa ocasião serão apresentadas as principais pesquisas básicas e clínicas na área da Reumatologia, que vem sendo desenvolvidas no Estado de São Paulo e, também, tópicos sobre diagnóstico e tratamento, além de uma mesa que discutirá procedimentos em reumatologia.

Os principais trabalhos encaminhados para o evento serão avaliados e quatro serão selecionados para apresentação em forma de tema livre, dois em pesquisa básica e dois em pesquisa clínica. Os dois melhores, um em cada área, serão premiados.

Foram convidados quatro conferencistas internacionais, sendo que dois deles são brasileiros que estão atuando no exterior há vários anos e apresentarão temas relacionados com suas pesquisas. Quatro Simpósios Satélites, de grande interesse, também ocorrerá durante o evento.

Convidamos a todos para que participem de toda a programação que, certamente, será de grande contribuição tanto para aqueles que praticam clínica em consultórios, como também para aqueles que se dedicam à pesquisa nas Universidades.

Manoel Barros Bértolo

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2004-2005

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Mudanças

É difícil falar de mudanças sem cair na mesmice de um discurso óbvio e estéril. No entanto, alguns temas e idéias devem ser discutidos. O tempo todo as pessoas, os lugares, os fatos e a história mudam. Algumas mudanças acontecem da noite para o dia; outras acontecem mais lentamente, ao longo dos anos. Algo muda para melhor, algo nem tanto. Certas decisões são tomadas para mudar fatos e existem fatos que mudam sem nenhum esforço humano. Simplesmente mudam!

Viver talvez seja sinônimo de mudar. Mudanças de fases da vida que ocorrem mesmo contra a nossa vontade. Rugas, ganho de peso, deterioração do esquema corporal e desânimo. Envelhecemos, mas sobretudo amadurecemos, ganhamos vivência, sabedoria e sensatez. Mudamos estilos de vida para nos adaptar e incorporar o novo. É admirável a nossa capacidade de nos reinventarmos diante de adversidades, como se pudéssemos nos reeditar a cada momento, mudando perspectivas e desfechos.

A insatisfação impulsiona o pensamento a buscar novos conhecimentos e, assim, a mudança. Em nosso cotidiano médico, verificamos os benefícios de tratamentos medicamentosos, que modificam a história natural das doenças reumáticas, resultados até então inimaginados.

Kathleen Turner foi estrela de filmes como *Corpos ardentes* e *Peggy Sue*. A artrite reumatóide modificou seu corpo e seus hábitos. A musa do cinema americano viu sua carreira arrefecer após a doença. A “briga” para manter-se bela e jovem, agora, tornou-se uma luta para manter-se funcional.

Como médicos, temos de nos atualizar constantemente, a fim de não sermos alvos fáceis da ignorância, da incompetência e do ostracismo. Grandes verdades divulgadas há alguns anos hoje são obsoletas, tornando-se grandes mentiras, que fazem somente parte da história do que mudou. Mudam os conceitos, caem os mitos e arquétipos do mundo moderno.

A *Revista Paulista de Reumatologia* também mudou. Uma nova seção foi incorporada, destinada a expor e debater aspectos éticos da medicina atual. Da mesma forma, a Jornada Paulista de Reumatologia/Encontro de Reumatologia Avançada, evento cuja realização ocorre simultaneamente à circulação desta revista, também ocupa o papel de mostrar aos reumatologistas de São Paulo e do Brasil o que muda em nossa especialidade.

Participe desse evento e veja o que mudou...

Os Editores



CAPA: Kathleen Turner nasceu em 19 de junho de 1954, em Springfield, Missouri, e teve uma vida nômade, por causa da profissão do seu pai – diplomata. Mudava-se constantemente pelos cinco continentes, do Canadá a Venezuela, de Cuba ao Japão, da Inglaterra aos Estados Unidos. Começou a estudar teatro em Londres, onde aprendeu a magia da dramaturgia, tornando-se uma estrela de abrangência internacional, e desenvolveu a característica e peculiar voz *sexy*. Após a morte do pai, ela retorna ao Missouri, onde começa a estudar artes cênicas e conclui o curso na Universidade de Maryland em 1976. Viaja para Nova York para tentar a vida como atriz, mas em razão de sua escassa condição financeira começa a trabalhar como garçonne. Em 1977, tenta seu primeiro papel na Broadway no espetáculo *Gemini*. Graças a sua voz peculiar, comparada à de Lauren Bacall, consegue impressionar Lawrence Kasdan e tem sua primeira chance como estrela de Hollywood no papel de Matty Walker, uma mulher fatal e manipuladora, em *Body heat* (*Corpos ardentes*) (1981). Em *Crimes de uma paixão*, interpretou China Blue, uma *designer* de moda durante o dia e prostituta à noite. No papel de uma universitária e dirigida por Francis Ford Coppola tem sua primeira indicação ao Oscar de melhor atriz em *Peggy Sue* (1986). Outros filmes em seu currículo são *A jóia do Nilo* (1985); *Giulia e Giulia* (1987); *O turista acidental* (1988); *As virgens suicidas* (1989) e *A guerra dos Roses* (1989). Fez ainda a voz de Jessica Rabbit em *Quem tem medo de Roger Rabbit* (1988) e foi imortalizada na canção *The kiss of Kathleen Turner*, do cantor pop Falco (1980). Na década de 90 desenvolveu quadro de artrite reumatóide, com importante limitação para as atividades da vida diária e profissionais, que arrefeceu sua carreira no cinema. Recentemente, tem se dedicado ao teatro e à divulgação da doença para leigos e em associações de pacientes com artrite reumatóide.

[Acima, à esq., reprodução do cartaz original do filme *Julia e Julia* (*Julia and Julia*). Estrelando: Kathleen Turner, Gabriel Byrne, Sting. Direção: Peter Del Monte. Distribuído e duplicado por Abril Vídeo da Amazônia S/A.]

Marcadores Bioquímicos da Remodelação Óssea

Charlles Heldan de Moura Castro⁽¹⁾ e Luís Eduardo Coelho Andrade⁽²⁾

1. Professor de Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade Nove de Julho

2. Professor adjunto livre docente da disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM

O tecido ósseo apresenta propriedades estruturais que o habilitam a desempenhar diversas funções no esqueleto. O osso precisa de dureza para resistir à propulsão do corpo e à carga gerada pelas forças gravitacionais e, ao mesmo tempo, precisa ser flexível, capaz de absorver energia por meio de deformação durante o impacto de carga, sem sofrer fratura. Tais propriedades conflitantes são possíveis em razão da singular composição material do tecido ósseo. A dureza e a flexibilidade do material ósseo são moduladas pela concentração de cristais de hidroxapatita nas moléculas da proteína colágeno tipo I que constitui a matriz óssea.

Por meio da sua estrutura mineralizada, o tecido ósseo confere múltiplas funções mecânicas e metabólicas ao esqueleto. O tecido ósseo é composto por dois tipos celulares distintos: os osteoblastos ou células formadoras, e os osteoclastos ou células reabsortivas. As funções dos osteoblastos e dos osteoclastos são intimamente ligadas e interdependentes. Durante o desenvolvimento fetal do esqueleto e na vida adulta, células da linhagem do osteoblasto sintetizam e secretam moléculas que, por sua vez, iniciam e controlam a diferenciação do osteoclasto. Essa interação direta entre os osteoblastos e os osteoclastos, notadamente entre células jovens, pouco diferenciadas, é fundamental para a manutenção da homeostasia mineral óssea.

O tecido ósseo é continuamente construído (modelação) e reconstruído (remodelação) com o objetivo de manter suas propriedades estruturais de acordo com a necessidade do sistema. Destruído e reabsorvido pelos osteoclastos, o tecido ósseo é, em seguida, substituído por osso novo, recém-formado pelos osteoblastos, em um processo fisiológico denominado remodelação óssea. A remodelação óssea é finamente regulada por fatores locais (regulação autócrina, parácrina), fatores endócrinos e fatores celulares que, de forma orquestrada, controlam a atividade osteoblástica e osteoclástica, com

o propósito de manter a homeostasia óssea e mineral. Esse sistema múltiplo de regulação permite que a atividade das células reabsortivas e das células formadoras seja coordenada, condição necessária para uma remodelação óssea eficiente (Figura 1).

O desequilíbrio entre a formação osteoblástica e a atividade reabsortiva dos osteoclastos é responsável pelo aparecimento da perda óssea e das fraturas que constituem a osteoporose, doença altamente prevalente na população geral. Por muitos anos, a ferramenta principal utilizada para o diagnóstico da osteoporose tem sido a medida da densidade mineral óssea (DMO) por meio das técnicas de densitometria óssea (DXA). A habilidade da DMO em prever risco futuro de fraturas em pacientes não tratados, associada à alta precisão da técnica de DXA, é responsável pelo disseminado uso clínico da densitometria óssea. Por outro lado, estudos recentes têm demonstrado que a densitometria óssea pode falhar em identificar indivíduos com risco aumentado para fraturas. Mais importante ainda, há reconhecida discrepância entre as alterações na DMO e a redução no risco de fraturas em pacientes em tratamento para osteoporose. Em outras palavras, os ganhos de massa óssea com as terapias existentes são inferiores e não refletem a redução no risco futuro de fraturas. Tais evidências sugerem que a monitorização da doença com

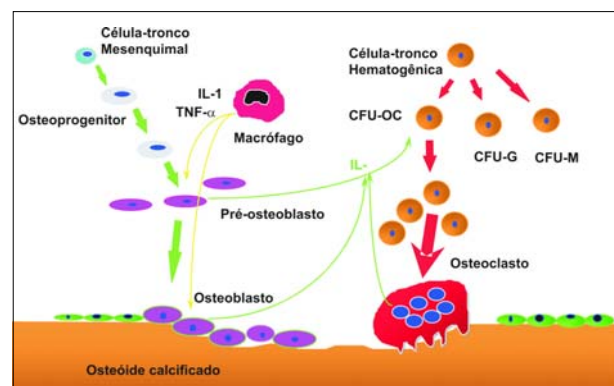


Figura 1

medidas repetidas da DMO isoladamente não é suficiente para o seguimento de tais pacientes.

O uso clínico dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea para o manejo da osteoporose é investigado há vários anos. Produtos da atividade celular dos osteoblastos e osteoclastos, os marcadores do *turnover* ósseo têm a capacidade de prever risco futuro de fraturas em populações não tratadas. Estudos clínicos também demonstraram que os marcadores bioquímicos da remodelação óssea são capazes de prever ganhos de massa óssea e a resposta individual à terapia de reposição hormonal e ao tratamento com drogas anti-reabsortivas (alendronato, risedronato, raloxifeno). Na maioria dos estudos, reduções dos marcadores bioquímicos em curto prazo (3 a 12 meses) estão associadas a ganhos na DMO, induzidas em longo prazo pela terapia (dois a três anos). Por outro lado, existe grande variabilidade individual dos marcadores bioquímicos do *turnover* ósseo na prática clínica. Outros estudos também demonstraram que os marcadores bioquímicos não são capazes de diagnosticar osteoporose ou prever alterações na DMO. Tais limitações impedem o uso clínico desses marcadores para prever risco de fraturas individualmente.

Reduções nos marcadores bioquímicos da remodelação óssea estão associadas a reduções na incidência de fraturas em pacientes tratados com alendronato, risedronato e raloxifeno. Na maioria dos estudos que avaliam o efeito antifratura das drogas anti-reabsortivas, as reduções nos marcadores bioquímicos da remodelação óssea foram melhores que as alterações na DMO em prever redução no risco de fraturas. Os marcadores bioquímicos da remodelação óssea podem ser úteis para a monitorização da progressão da osteoporose em um indivíduo porque a resposta à terapia é mais precoce e mais pronunciada que as alterações na DMO. Além disso, outros estudos demonstram que a monitorização nas fases iniciais do tratamento tem o potencial de encorajar a adesão do paciente à terapia e identificar pacientes que não estão respondendo ao tratamento.

A adesão em longo prazo com qualquer terapia é muito pobre e parece não depender da doença, sua gravidade ou tratamento proposto. A baixa adesão às terapias anti-reabsortivas limita a resposta ao

tratamento, como demonstrado em alguns estudos. Nesses estudos, o uso dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea aumentou a adesão ao tratamento em 57%.

A existência de um limiar de redução dos marcadores bioquímicos é outro aspecto interessante apontado pelos estudos do uso clínico dessa ferramenta na monitorização da terapia anti-reabsortiva em osteoporose. Parece haver um limiar de redução nos marcadores bioquímicos abaixo do qual não há benefício adicional na redução das fraturas. Para os telopeptídios amino e carboxi-terminal do colágeno tipo I, NTX e CTX, medidos no soro, esse limiar é 35%-40% e 55%-60%, respectivamente. Estudos em animais demonstraram que reduções mais pronunciadas no *turnover* ósseo estão associadas a incapacidade para reparar lesões (*microcracks* ou micro-rupturas) e a redução da resistência óssea.

Vários marcadores bioquímicos da remodelação óssea estão disponíveis para uso clínico. Desses, o marcador de formação óssea osteocalcina (medida no soro) e os marcadores de reabsorção piridinolina (Pyr) e deoxi-piridinolina (D-ox-Pyr) (medidos na urina) e CTX e NTX (medidos no soro ou na urina) têm sido os mais empregados em estudos clínicos. Ensaios automatizados podem medir tais marcadores com grande precisão e estão disponíveis em nosso meio. Em decorrência da diária variabilidade natural nos níveis dos marcadores, alguns cuidados são necessários para o uso adequado dessa ferramenta na prática clínica. É aconselhável colher medidas em duplicata dos marcadores antes e após (3-6 meses) o início do tratamento. Ainda para minimizar a variabilidade natural dos níveis dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea e otimizar seu uso clínico, atenção especial deve ser dada ao horário da coleta, bem como ao tempo de jejum. Os níveis dos marcadores variam significativamente no decorrer do dia e com a ingestão de alimentos. Assim, o horário de coleta do material para análise deve ser padronizado e um jejum de 6 a 8 horas deve ser respeitado.

A escolha dos marcadores na prática clínica deve ser particularizada para cada terapêutica instituída. Assim, os marcadores de reabsorção óssea (NTx, CTx, Pyr e D-ox-Pyr) deverão ser priorizados quando tentarmos avaliar o desempenho de medicações

anti-reabsortivas. Por outro lado, marcadores de formação óssea (osteocalcina, pró-peptídeo amino ou carboxiterminal do coleagênio tipo I – PINP ou PICP, respectivamente) serão mais úteis para avaliar o efeito de drogas osteoanabólicas como o PTH 1-34 (teriparatida) ou PTH 1-84. Reduções de pelo menos 30% do valor dos marcadores de reabsorção são indicativas de adequado bloqueio da reabsorção óssea. Da mesma forma, aumentos de pelo menos 30% do valor dos marcadores de formação óssea são capazes de inferir sobre a eficácia de um agente anabólico.

Por fim, o uso concomitante de marcadores de reabsorção e de formação óssea pode confundir o raciocínio clínico e o manejo adequado do paciente com osteoporose e deve ser desencorajado.

Em conclusão, evidências recentes sugerem que o uso dos marcadores bioquímicos da remodelação óssea é indicado para a adequada monitorização terapêutica da osteoporose. O uso dessa ferramenta ajuda a identificar pacientes que não responderão ao tratamento, além de ser útil para melhorar a adesão ao tratamento em longo prazo.

Importância da Podobarometria Computadorizada na Prescrição de Órteses para Redução das Hemartroses de Repetição dos Tornozelos, em Pacientes Hemofílicos

Donaldo Jorge Filho

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciência

Orientadora: Linamara R. Battistella

As hemartroses, a despeito dos avanços terapêuticos ocorridos na hemofilia, continuam sendo os eventos clínicos mais frequentes. As hemartroses de repetição, sobretudo dos tornozelos, podem estar associadas à instabilidade articular. Sabe-se que a instabilidade articular pode ser um fator agravante dessas complicações e prescrevem-se órteses que limitam muito os pacientes. Diante desse quadro, buscamos um instrumento para qualificar os desvios nos tornozelos instáveis durante a marcha, dinamicamente e em tempo real. Essa avaliação permitiu a prescrição de palmilhas de fácil confecção, de calçados com contrafortes posteriores e, nos casos muito instáveis, a associação de órteses funcionais e dinâmicas para tornozelos. A intervenção realizada nos pacientes constou do exame pela podobarometria dinâmica computadorizada, antes e depois da prescrição das órteses. O uso das órteses prescritas con-

forme as observações podobarométricas permitiu liberdade na marcha, assegurando estabilidade articular. O número de hemartroses nos tornozelos e o consumo de fatores da coagulação em cada hemorragia nos 43 hemofílicos avaliados foram verificados nos prontuários médicos dos pacientes, em suas instituições de origem, nos seis meses pré-intervenção e nos seis meses pós-intervenção. Nos 43 hemofílicos avaliados, a média de ocorrência de hemartroses, que era de 4,81, foi reduzida para 2,53 hemartroses por paciente, após a intervenção. A média do consumo de fatores de coagulação reduziu de 9647,7 UI para 4407,0 UI ($p < 0,001$). Com base na análise dos resultados, concluímos que a podobarometria dinâmica computadorizada é um meio diagnóstico útil na prescrição de estabilizadores para os tornozelos dos hemofílicos, contribuindo significativamente para a redução da incidência de hemartrose.

Diminuição da Apoptose Passiva e do Receptor Co-Estimulatório CD28 nas Células Mononucleares do Sangue Periférico de Pacientes com Febre Reumática Aguda e Artrite

André Luis Shinji Hayata

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciência
Orientadora: Cláudia Goldstein-Schainberg

A febre reumática (FR), causada pelo *Streptococcus* b-hemolítico do grupo A, é uma doença inflamatória sistêmica associada a fenômenos auto-imunes, bastante prevalente e onerosa em países subdesenvolvidos como o Brasil, o que justifica o seu melhor entendimento. A apoptose, fundamental no equilíbrio do sistema imunológico, é um importante mediador no desenvolvimento da auto-imunidade. O seu estudo na FR, portanto, tornou-se alvo de nosso interesse.

Avaliamos a apoptose pela via de indução do CD95 nas células mononucleares do sangue periférico (CMNSP) de pacientes com FR e analisamos os receptores celulares co-estimulatórios CD28 e CD152, além de um dos marcadores de ativação celular, o CD25 nas suas células.

Foram selecionados 10 pacientes com FR aguda e artrite clinicamente ativa e 15 controles normais (15 ± 5 e 15 ± 8 anos de idade, respectivamente). As CMNSP foram obtidas pela técnica de gradiente de densidade, utilizando-se Ficoll-Hypaque e a apoptose foi induzida por meio de ativação do CD95 com o anticorpo monoclonal (moAb) anti-CD95-NaLe. Realizamos a marcação do CD25, CD28, CD152, CD95 e CD95 ligante nas células CD4+ e CD8+, utilizando moAb específicos marcados com fluorocromos FITC ou PE. A identificação das células em apoptose foi feita pelo método de TUNEL e a aquisição e análise da fluorescência foram realizadas no aparelho FACScallibur (BD) por

citometria de fluxo. Os testes de Mann-Whitney, ANOVA e distribuição t-student com nível crítico de significância de 0,05 foram utilizados para comparação estatística.

Observamos uma importante diminuição da apoptose em CMNSP na FR (6,8 *vs* 16,3; $p < 0,05$) que não foi conseqüente à disfunção do receptor CD95, já que houve capacidade de indução de apoptose após ativação deste receptor (cinco vezes o valor basal, $p = 0,0007$). Adicionalmente, verificamos que a expressão de CD95 e seu ligante na superfície das células CD4 (6,9 *vs* 9,2; $p = 0,06$) e CD8 (6,4 *vs* 5,4; $p = 0,8$) foi similar entre os pacientes e os controles. No entanto, nas células CD4 de pacientes com FR, a expressão do CD25, que reflete ativação celular, foi baixa (1,7 *vs* 3,4; $p = 0,01$), assim como, observamos uma importante diminuição da expressão de CD28 nas células CD4 (14,7 *vs* 24,9; $p = 0,001$) e CD8 (5,2 *vs* 13,7; $p = 0,0005$). Esta redução de CD28 não mostrou relação interdependente com os outros receptores analisados (CD25, CD125 e CD95) ($p > 0,05$).

Concluimos então que, na fase precoce da FR com artrite, a diminuição da apoptose pode ser conseqüente à uma falha na ativação de CMNSP que pode ser corroborada pela baixa expressão do receptor co-estimulatório CD28. Estudos complementares ainda são necessários para determinar se esta falha de ativação reflete um estado, ainda que transitório, de anergia nas CMNSP na FR.

Perspectivas da Reumatologia

A reumatologia foi, é e sempre será uma especialidade essencialmente clínica. Dedicando-se ao estudo e tratamento de doenças tão antigas quanto antiga é a história da medicina, seu reconhecimento oficial deu-se apenas em 1929, com a realização do I Congresso Mundial de Reumatologia, em Budapeste. Jacques Forestier apresentava, então, os primeiros resultados da eficácia dos sais de ouro coloidal na artrite reumatóide, que ele mesmo só reconheceria depois de alertado por seu pai.

De fato, a doença era antes cercada por medidas de valor questionável, algumas das quais encontram adeptos até hoje, sob o nome de medicina alternativa, reconhecida pelos órgãos societários competentes, que regem o exercício médico, sendo de certa forma também consagrada pelo uso.

De limites nosologicamente mal definidos, uma previsão sobre o futuro da especialidade é, no meu entendimento, preocupante. Se perguntado, nenhum reumatologista saberá precisar quais doenças “rotuladas” como reumáticas estão subordinadas à sua competência.

Conceituá-las como dor musculoesquelética ou doenças do tecido conjuntivo não é essencial, porém circunstancial, posto que uma infinidade de doenças não reumáticas possa ter início com sinais e sintomas do aparelho locomotor, como, p.ex., quase todas as hemopatias anemiantes, mieloproliferativas e moléstias da coagulação. Outras têm um caráter de multidisciplinaridade, como a osteoporose, a lombalgia, as doenças metabólicas observadas nas endocrinopatias e quase todas as moléstias infecciosas, e assim sucessivamente. Quem somos, e o que nos compete, é ainda assunto para muitas discussões, pois a artrose, modernamente conhecida como osteoartrite, notadamente a mais freqüente de todas as doenças de nossa especialidade, na maioria dos casos é atendida por ortopedistas, geriatras e clínicos gerais. Estes últimos são os que mais nutrem as clínicas ortopédicas, numa prova eloqüente do não reconhecimento da reumatologia como especialidade.

O conceito unitário das enfermidades reumáticas nos anos 1940 (Klemperer, Pollack e Boher), calcados no achado anatomopatológico do fibrinóide, e agrupadas sob a denominação de collagenoses, restringiria nosso exercício clínico a um par de doenças, por sinal extremamente raras na prática, e de difícil conduta terapêutica. Nem mesmo as alterações sorológicas – os auto anticorpos –, descobertas na década seguinte e denominadas doenças difusas do tecido conjuntivo, posteriormente doenças auto-imunes, ampliaram nosso espectro de ação.

Pelo contrário, a cada ano que passa, muitas das doenças outrora sob nossos cuidados recebem agora denominações diferentes e são conduzidas por outra classe de especialistas. Refiro-me aos reumatismos de partes moles, hoje sob os cuidados da medicina do trabalho e tidas como lesões por esforços repetitivos. A osteoporose, a lombalgia, mesmo as doenças inflamatórias intituladas espondiloartropatias soronegativas, estão seguindo o exemplo anterior, e até com congressos próprios.

Visto de outro ponto-de-vista, porém, o futuro de nossa especialidade pode ser menos sombrio, sobretudo se considerarmos a descoberta de novos medicamentos, como a dos antiinflamatórios não hormonais, e a dos corticoesteróides, em 1948, que conferiu a Phillip Hench o Prêmio Nobel de Medicina.

Esse foi, sem dúvida, o evento mais importante da reumatologia, que marcou o renascimento de uma especialidade que sofreu uma quase total indiferença da classe médica com relação à eficácia das medidas terapêuticas até então utilizadas. Readquiriu-se o entusiasmo pela reumatologia a tal ponto que ela se tornou uma das disciplinas preferidas da classe médica nos anos 1960 nos Estados Unidos da América, juntamente com a cardiologia e as doenças mentais.

Na verdade, foi a partir dessas descobertas, na segunda metade do século passado, que se aprofundaram os estudos sobre a patogenia das enfermidades reumáticas inflamatórias, despertando em todo o mundo um interesse sem precedentes em suas pesquisas.

As doenças reumáticas não ensejam, porém, qualquer forma de procedimento especial, diferentemente das demais especialidades que tiveram um crescimento colossal, a cardiologia, por exemplo. Estas despertam, por isso mesmo, um interesse muito grande na classe médica, hoje subordinada aos escorchantes rendimentos de uma medicina conveniada, massificada e na qual o exercício clínico, em outras palavras, a essência do saber médico, compete em regime de absoluta inferioridade com aqueles procedimentos, outrora subsidiários.

O caminho que ela persegue desde os seus primórdios é, ressalve-se, essencialmente clínico. As descobertas oriundas das três últimas décadas, seja de um ponto de vista molecular, seja dos novos conhecimentos sobre os mecanismos celulares, os mais íntimos da inflamação, vão assim favorecendo enormemente o prognóstico das enfermidades reumáticas.

A genética médica, com seus modelos experimentais transgênicos, as células-tronco na reparação da cartilagem articular, os agentes biológicos de toda

sorte e seus diversos mecanismos de ação, com certeza mudarão o curso da história das enfermidades reumáticas.

De meu ponto de vista, perfazendo quase cinco décadas de combate a essas doenças, posso dizer que a legião de doentes reumáticos hoje existente aos poucos vai ganhando sua liberdade de movimentos, diferentemente de outrora, quase sempre atingidos pela invalidez inexorável.

O lado frustrante dessa história é que possivelmente muitas doenças alcançarão sua cura sem que tenhamos chance de saber de onde elas vêm.

Sir William Osler hoje ficaria exultante se pudesse ver todo um século impregnado de grandes descobertas na condução dos problemas reumáticos. Certamente não ousaria repetir o que dissera outrora, por volta de 1900: “Quando um reumático entra em meu consultório, tenho vontade de atirar-me pela janela.”

Adil Muhib Samara

Professor titular da disciplina de Reumatologia do Departamento de Clínica Médica da FCM/Unicamp

Top 10

Ensaio clínico controlado de pulsoterapia com ciclofosfamida comparada a metilprednisolona nas manifestações neurológicas graves do lúpus eritematoso sistêmico

Controlled clinical trial of IV cyclophosphamide versus IV methylprednisolone in severe neurological manifestations in systemic lupus erythematosus

Barile-Fabris L, Ariza-Andraca R, Olguin-Ortega L, Jara LJ, Fraga-Mouret A, Miranda-Limon JM, Fuentes de la Mata J, Clark P, Vargas F, Alocer-Varela J. Ann Rheum Dis 2005; 64(4): 620-5

O objetivo desse estudo foi identificar a melhor opção posológica para o tratamento de manifestações neuropsiquiátricas graves do lúpus eritematoso sistêmico – LES (LESNP). Os autores realizaram um ensaio clínico controlado envolvendo dois centros terciários de referência para tratamento de pacientes com LES. Trinta e dois lúpicos (ACR) com manifestações neuropsiquiátricas graves e recentes (até 15 dias), tais como convulsões, neurite óptica, neuropatia periférica ou de pares cranianos, coma ou mielite transversa, foram randomizados para receber uma infusão endovenosa de 3g de metilprednisolona (MP). Após essa “indução”, seguiu-se infusão endovenosa mensal de ciclofos-

famida (Cy) *vs* MP bimensal a cada quatro meses durante 12 meses. Após o primeiro ano de tratamento, a infusão de Cy ou MP foi feita a cada três meses por mais 12 meses. A melhora clínica, laboratorial e de testes neurológicos específicos de pelo menos 20% foi considerada como medida de eficácia. Em geral, observou-se elevada taxa de boa resposta, cerca de 75%. Dezoito dos 19 pacientes que receberam Cy e 7 dos 13 pacientes que receberam MP responderam ao tratamento ($p < 0,03$). Cy parece ser mais efetiva do que MP para o tratamento de manifestações NP agudas e graves de pacientes com LES.

Ciclofosfamida na nefrite lúpica

Cyclophosphamide in lupus nephritis

Houssiau FA. *Lupus* 2005; 14(1): 53-8

Os autores revisam as evidências para o tratamento da nefrite lúpica com ciclofosfamida (Cy), por meio da consulta a 454 referências publicadas nos últimos 20 anos. Fazem considerações ainda sobre as indicações, tempo de uso, dose e esquema posológicos utilizados.

Nefrite lúpica membranosa

Membranous lupus nephritis

Austin HA, Illei GG. *Lupus* 2005; 14(1): 65-71

A nefrite lúpica membranosa (NLM) representa cerca de 20% das causas de doença renal clinicamente relevante em pacientes com LES. Poucos estudos têm se preocupado com aspectos relacionados diretamente com a patogênese, manuseio e tratamento da NLM. O atual conhecimento sobre os mecanismos envolvidos são baseados na combinação e extrapolações de outras causas de nefrite membranosa idiopática, principalmente em

modelos animais, e nefrite lúpica proliferativa. Estudos sobre a história natural da NLM sugerem uma taxa relativamente baixa de progressão para falência renal, no entanto, com alta frequência de comorbidades. Alterações dos critérios histopatológicos para diagnóstico e classificação de nefropatia lúpica membranosa têm prejudicado as descrições definitivas da história natural, prognóstico e tratamento dessa enfermidade. Pacientes com NLM devem ser tratados precocemente com inibidores da enzima de conversão da angiotensina, a fim de minimizar a proteinúria, bem como modificações dos hábitos de vida. Considerações para o uso de imunossuppressores, como corticosteróides, ciclosporina, micofenolato e ciclofosfamida, devem ser feitas em pacientes com síndrome nefrótica grave e persistente, principalmente se houver risco cardiovascular aumentado. No entanto, ainda são necessários mais ensaios clínicos prospectivos e controlados para estabelecer manuais de conduta sólidos e consistentes para o tratamento da NLM.

Patogênese e manuseio da dor na osteoartrite

Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis

Dieppe PA, Lohmander LS. *Lancet* 2005; 365 (9463): 965-73

O termo osteoartrite descreve um grupo comum e heterogêneo de doenças caracterizadas pela relação com o envelhecimento e por áreas focais de perda de cartilagem articular, associadas com grau variável de formação de osteófitos, alterações do osso subcondral e sinovite. O dano articular é causado por fatores sistêmicos, que predispõe à doença, e fatores locais mecânicos, responsáveis pela gravidade. Diversas anormalidades genéticas têm sido descritas, mas a maioria dos casos de osteoartrite

apresenta contribuição de uma gama de alterações genéticas e não de um único locus. O dano articular está relacionado aos problemas clínicos concomitantes, mas a gravidade da doença articular é fracamente relacionada à gravidade da doença de base. O osso subcondral e a sinóvia são responsáveis pelo estímulo nociceptivo e estimulação do neurônio periférico, na qual atividades habituais, como caminhar, podem causar dor. A sensibilização central da dor também pode ocorrer e fatores psicossomáticos são importantes na modulação e gravidade da dor. Os autores apresentam em detalhes todo o manuseio da osteoartrite.

Efeitos de baixa dose de prednisona sobre o metabolismo ósseo

Effects of low-dose prednisone on bone metabolism

Ton FN, Gunawardene SC, Lee H, Neer RM. *J Bone Miner Res* 2005; 20(3): 464-70

Está bem estabelecido que altas doses de corticosteróides desempenham papel deletério sobre a massa óssea e aumento do risco de fratura. Medidas de prevenção são recomendadas para pacientes que recebem doses maiores que 7,5 mg/dia por mais de três meses. Recentemente, diversos ensaios clínicos randômicos e controlados por placebo em mulheres saudáveis na pós-menopausa têm demonstrado que prednisona 5 mg/dia também suprime a formação óssea. Assim, mesmo doses baixas de corticosteróides podem prejudicar o remodelamento, resistência, qualidade e o reparo do tecido ósseo. No entanto, existem poucas evidências clínicas mostrando o aumento da taxa de fraturas com essas doses e não há recomendações de prevenção para esses pacientes. Os autores investigaram os efeitos esqueléticos e cardiovasculares de doses de 5 mg/dia de prednisona ou equivalente, em 50 mulheres saudáveis na pós-

menopausa, por meio de ensaio clínico, duplo-cego, randômico, placebo-controlado com oito semanas de duração. As pacientes foram randomizadas para receber prednisona 5 mg/dia ou placebo por seis semanas, seguidas por duas semanas. Marcadores de formação e reabsorção óssea foram medidos na primeira visita e nas semanas 2, 4, 6 e 8 subsequentes. Prednisona rapidamente reduziu o PINP ($p < 0,01$), PICP ($p < 0,01$) e osteocalcina ($p < 0,01$) e deoxipiridinolina urinária ($p = 0,017$); no entanto, estas alterações foram revertidas após o término das seis semanas. Eventos adversos foram indistinguíveis nos dois grupos. Assim, baixas doses de prednisona diminuem significativamente os marcadores de formação e reabsorção óssea em mulheres na pós-menopausa. São necessários, porém, outros estudos para definir o papel de baixas doses de corticosteróides sobre o risco de fratura.

Efeito do alendronato sobre o risco de fratura vertebral em mulheres com baixa densidade óssea do colo do fêmur (T-escore de -1,6 a -2,5): the Fracture Intervention Trial

Effect of alendronate on vertebral fracture risk in women with bone mineral density T scores of -1.6 to -2.5 at the femoral neck: the Fracture Intervention Trial.

Quandt SA, Thompson DE, Schneider DL, Nevitt MC, Black DM. *Fracture Intervention Trial Research Group. Mayo Clin Proc* 2005; 80(3): 343-9

Os autores determinaram a eficácia do tratamento com alendronato sobre o risco de fratura vertebral em um subgrupo de mulheres do FIT que tinham T-escore de densidade óssea do colo do fêmur entre -1,6 e -2,5 desvios-padrão. Eles descreveram como e quando a terapia com alendronato torna-se efetiva e se é consistente em

mulheres com e sem fratura vertebral radiológica. Um total de 3.737 mulheres na pós-menopausa (55 a 80 anos de idade) foram randomizadas para receber alendronato 5 mg/dia por dois anos, seguidos por 10 mg/dia ($n = 1.878$) ou placebo ($n = 1.859$) por cinco anos (média de 3,8 anos). O risco de fratura vertebral sintomática e radiológica foi reduzido significativamente no grupo do alendronato ($RR = 0,40$; IC 95% 0,19-0,76; $P = 0,05$ e $RR = 0,57$; IC 95% 0,41-0,81; $P = 0,002$, respectivamente), tanto naquelas mulheres com quanto naquelas sem relato prévio de fratura vertebral. Os autores concluem que em mulheres com baixa densidade óssea, que não preenchem critérios densitométricos para osteoporose, o alendronato pode ser efetivo para reduzir, precocemente, o risco de fratura vertebral, principalmente se houver história prévia ou evidência radiográfica de fratura vertebral.

Proteína C reativa como preditora de tratamento com infliximabe em pacientes com artrite reumatóide: definindo subtipos de não respondedores e resposta subsequente ao etanercepte

C-reactive protein as a predictor of infliximab treatment outcome in patients with rheumatoid arthritis: defining subtypes of nonresponse and subsequent response to etanercept

Buch MH, Seto Y, Bingham SJ, Bejarano V, Bryer D, White J, Emery P. *Arthritis Rheum* 2005; 52(1): 42-8

Pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide (AR), que não respondem à terapia biológica, são pouco estudados. O objetivo desse estudo foi definir o padrão de não-resposta em pacientes que usam infliximabe e o perfil de proteína C reativa (PCR), a fim de determinar o poder preditivo dessa medida de resposta e correlacionar esses acha-

dos com a resposta subsequente ao etanercepte. Foram estudados 207 pacientes com AR refratária em uso de infliximabe. Após 12 semanas, o critério ACR20 foi usado para classificar os pacientes como respondedores (resposta ACR20 ou maior) ou não respondedores (NRs). Posteriormente, os NRs foram subdivididos em três grupos, de acordo com a resposta PCR na semana 2, 6 e 12. No grupo dos NRs, aqueles com uma PCR suprimida na 12.^a semana continuaram a receber infliximabe por mais 12 semanas; aqueles sem uma resposta da PCR foram convidados a usar etanercepte, e a resposta ACR nas 12 semanas foram calculadas. Na 12.^a semana, 54% dos pacientes alcançaram uma resposta ACR20 e 46% não conseguiram uma resposta. Entre os NRs, 63% demonstraram uma redução significativa do nível de PCR na semana 12, 59% dos quais atingiram ACR20 na semana 24 de continuação do infliximabe. Dos pacientes que não demonstraram redução significativa da PCR após a primeira infusão, 86% não mostraram boa resposta laboratorial ou do ACR20 na semana 12. Vinte e quatro por cento dos NRs tiveram uma redução temporária da PCR e 13% dos NRs não reduziram. A modificação do infliximabe para etanercepte foi observada em 75% dos NRs, dos quais 68% alcançaram ACR20 na 12.^a semana (51% tiveram ACR50), com redução da PCR em 63%. Os autores concluem que existem subtipos de pacientes com AR que não respondem ao infliximabe e que exibem diferentes padrões de resposta da PCR. Concluem, também, que a falha para suprimir a PCR na segunda semana de tratamento identifica a maioria dos pacientes que não responderão ao tratamento na semana 12. A supressão da PCR na 12.^a semana em pacientes NRs estava associada com melhora clínica tardia com infliximabe na semana 24, embora a falha para suprimir a PCR na semana 12 estivesse associada com boa resposta à modificação do esquema de tratamento para etanercepte.

Custo-efetividade dos agentes biológicos anti-TNF

Cost-effectiveness of anti-tumor necrosis factor agents

Wong JB. Clin Exp Rheumatol 2004; 22 (5 Suppl 35): S65-70

A artrite reumatóide pode ocasionar morbidade, incapacidade e mortalidade significativa. O desenvolvimento da terapia biológica tem fornecido grandes perspectivas para os pacientes com doenças reumáticas. Os autores revisaram a eficácia e o custo da doença e dos agentes biológicos, como o etanercepte, infliximabe e adalimumabe para o tratamento da artrite reumatóide.

Leflunomide na artrite reumatóide: recomendações do consenso

Leflunomide in rheumatoid arthritis: recommendations through a process of consensus

Maddison P, Kiely P, Kirkham B, Lawson T, Moots R, Proudfoot D, Reece R, Scott D, Sword R, Taggart A, Thwaites C, Williams E. Rheumatology (Oxford). 2005; 44 (3): 280-6.

Os autores determinaram, por meio de consenso, o uso do leflunomide em pacientes com artrite reumatóide (AR), utilizando um painel multidisciplinar de *experts* com avaliação de meta-análises dos dados disponíveis. Os questionamentos foram feitos antes da reunião dos pesquisadores e todos os pontos foram pré-determinados. Recomendações sobre a eficácia e tolerabilidade do leflunomide. Leflunomide foi tão eficaz quanto sulfassalazina e metotrexato, sendo bem tolerado. A taxa geral de descontinuação do leflunomide em decorrência de eventos adversos foi semelhante entre as drogas. Evitar usar a dose de ataque pode minimizar o risco de eventos adversos gastrointestinais, mas pro-

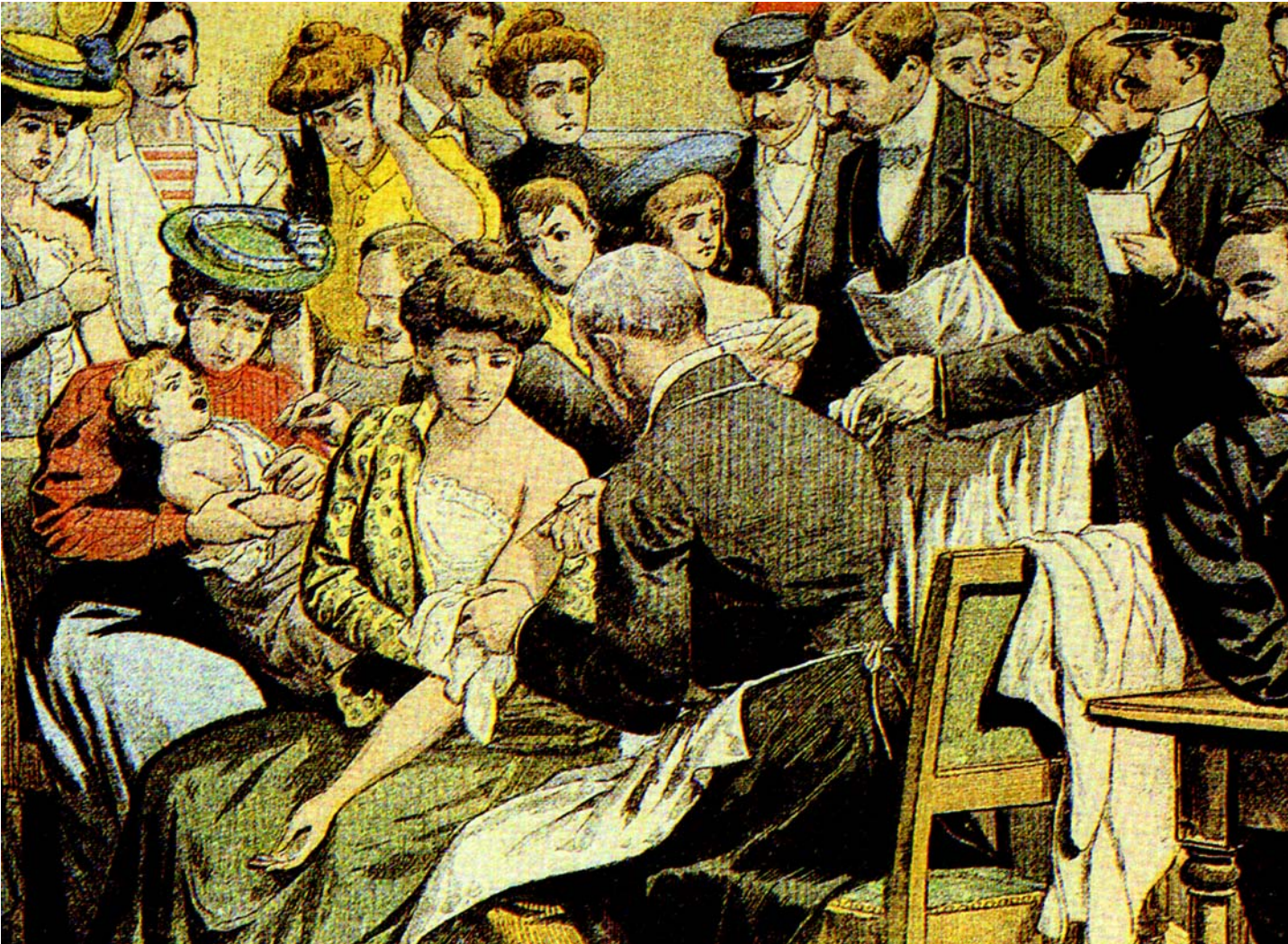
vavelmente atrasa o início de ação da droga. Esse consenso conclui que o leflunomide deve ser recomendado a pacientes com AR que não responderam aos DMARDs de primeira linha, do ponto de vista de eficácia, segurança e custo. Em casos refratários, o leflunomide deve ser usado em combinação com metotrexato, antes de se indicar agentes biológicos.

Envolvimento cardiopulmonar no lúpus eritematoso sistêmico juvenil

Cardio-pulmonary involvement in juvenile systemic lupus erythematosus

Beresford MW, Cleary AG, Sills JA, Couriel J, Davidson JE. Lupus 2005; 14 (2): 152-8

As manifestações cardiopulmonares do LES juvenil são bem reconhecidas em adultos, mas não em crianças. Os autores relatam a ocorrência de doença cardiopulmonar clinicamente relevante em uma coorte retrospectiva de 29 crianças caucasianas com LES. Nove crianças (31%) tinham complicações cardiopulmonares – cardíaco somente (n = 1); respiratório somente (n = 4); ambos (n = 4) – e foram seguidas por quatro anos em média. A maioria (75%) apresentava sintomas respiratórios antes do diagnóstico do LES. Três crianças sofreram derrame pericárdico e uma necessitou de pericardiocente em consequência de tamponamento cardíaco. Uma tinha distúrbio de condução cardíaca e outra tinha hipertensão arterial pulmonar grave. As principais complicações respiratórias foram: doença pulmonar intersticial (n = 4), fibrose pulmonar (n = 2); derrame pleural (n = 2), hemorragia alveolar (n = 1) e pneumonite lúpica (n = 1). A biópsia pulmonar foi feita em somente cinco casos. Sete pacientes foram tratados com ciclofosfamida com significativa melhora dos sintomas e função pulmonar.



Ética

Tem se tornado cada vez maior o número de processos contra médicos. Felizmente, a clínica médica e a reumatologia não lideram a lista de especialidades atingidas por tais questionamentos. A maior incidência recai sobre as especialidades cirúrgicas, como ginecologia, obstetrícia, ortopedia, cirurgia plástica e geral, na medida em que haja riscos de lesões de órgãos próximos ao campo operatório, consolidação de fraturas com mal resultado estético ou permanência de corpos estranhos nas cavidades acessadas. Na obstetrícia, as queixas são em relação ao atendimento no momento do parto. Na plástica, o entendimento do paciente, que considera ser obrigação médica o êxito nos resultados, quando não o é, pelo fato de que o sucesso depende de inúmeros fatores como os do próprio organismo e de complicações não previsíveis. Na pediatria, a situação mais freqüente de queixas é relativa aos atendimentos de emergência.

Há cinco anos, a Associação Paulista de Medicina disponibiliza assessoria jurídica a seus associados e recomenda que os prontuários sejam devidamente preenchidos com as queixas, exame físico e possíveis exames laboratoriais. Este é um procedimento de grande valia na defesa do profissional. Notou-se também que, entre os elementos da culpa, a negligência – caracterizada pela omissão, inação, inércia ou inobservância –, é a acusação mais freqüentemente apresentada e a que provoca mais dificuldades na defesa do profissional. Deixar de agir em certas circunstâncias, acarretando danos ao paciente, merece ser sistematicamente evitado. A imperícia, outro elemento da culpa, caracterizada pelo despreparo, insuficiência de conhecimentos técnicos e inabilitação, também se apresenta com certa freqüência e da mesma forma deve ser combatida. Já a imprudência é caracterizada pela intempestividade, precipitação ou insensatez, sendo menos comum a sua alegação.

O serviço de assessoria jurídica oferece defesa ao associado perante o Poder Judiciário, em processos criminal e/ou cível, tanto perante o CREMESP quanto no acompanhamento do associado em depoimentos nas delegacias. Oferece também orientação quanto aos casos que tramitam perante Comissão de Ética Médica ou Comissões processantes e, ainda, a quaisquer casos envolvendo acusação relacionada à prática médica.

O maior número de processos dos quase mil colegas atendidos em cinco anos, tramita perante o CREMESP, cuja pena é punição disciplinar, mas que pode resultar em cassação do exercício profissional. Depois, em menor número, vem as ações indenizatórias em trâmite na Justiça Estadual, seguidas de poucas ações criminais. São esferas de poder independentes e o médico pode ser acionado em mais de uma delas simultaneamente.

Um fato freqüentemente observado é o de que a maioria das queixas não constitui um erro médico, e

sim maus resultados ou conflitos com os pacientes ou seus familiares. Diante dessas observações, recomenda-se que o prontuário seja preenchido corretamente e de maneira legível, constando todos os dados que contribuíram para o diagnóstico e sua terapêutica. É de suma importância, também, esclarecer corretamente o paciente e seus familiares a respeito da doença, tratamento e possíveis complicações, até com documentação por meio de consentimento informado.

Conclui-se que a boa relação médico-paciente é essencial para prevenir litígios, devendo pautar-se por transparência, ética e confiança. Felizmente, em nosso país, a sociedade ainda mantém um relacionamento de confiança com a medicina, demonstrando conhecer suas dificuldades e limitações, além de compreender que o resultado do tratamento não depende exclusivamente do médico, que deve ser encarado como um aliado no combate à doença.

Comissão de Ética da Sociedade Paulista de Medicina



Ao lado: o quadro mostra William, que publicou *Anatomia do Corpo Humano* em 1713, demonstrando a dissecação de um humano a seus alunos.

Acima: Ilustração de um manual de cirurgia publicado em 1874 em Paris. Esta foi a 8.ª edição do livro, obviamente uma obra popular entre médicos. Ela mostra que os métodos de amputação não haviam mudado muito desde Ambroise Paré, embora o paciente estivesse em uma cama especial.

Página oposta: a varíola foi finalmente erradicada em 1980. O processo de eliminação da doença foi iniciado pelo Dr. Edward Jenner, descobridor do fato de que o vírus *vaccinia* em dose moderada protegia o paciente contra *vaccinia* gangrenosa. A vacinação em massa, como a que ocorreu nesta clínica vitoriana, reduziu o perigo de uma epidemia na Grã-Bretanha.

JORNADA DE REUMATOLOGIA DE BOTUCATU

17 de março de 2005

Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista

"Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp)

Campus de Botucatu, SP

A artrite reumatóide foi o grande destaque da Jornada de Botucatu. A prof.^a dra. Iêda M. M. Laurindo (HCFMUSP) trouxe novidades sobre a "Etiopatogenia e Manifestações Clínicas" e o prof. dr. Manoel Barros Bértolo (Unicamp) ilustrou sobre o "Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide Precoce". Os "Cuidados de Enfermagem" foram o tema proferido pela enfermeira Silvana A. Molina (FMB-Unesp). A organização, empenho e simpatia ficaram por conta do prof. dr. Oswaldo Melo da Rocha (FMB-Unesp) e do prof. dr. Manoel Barros Bértolo (Unicamp).



A partir da esq., prof. dr. Manoel Barros Bértolo, dra. Cleicy Frota, dra. Sula Gláucia L. D. Pacheco, dra. Andréa de A. Peduti Batista, enfermeira Silvana A. Molina, prof.^a dra. Iêda M. M. Laurindo e prof. dr. Oswaldo Melo da Rocha



Visão geral do auditório

I JORNADA DE REUMATOLOGIA DE ARARAQUARA

16 de abril de 2005

Hotel Fazenda Salto Grande

Araraquara, SP

A Jornada de Araraquara contou com a participação da prof.^a dra. Maria Odete E. Hilário (Unifesp/EPM), que mostrou o que está estabelecido e as perspectivas do “Tratamento da Artrite Idiopática Juvenil”. O “Tratamento da Osteoporose” foi bem ilustrado pelo prof. dr. João Francisco Marques Neto e o prof. dr. Percival Degrava Sampaio-Barros finalizou versando sobre a “Atualização Terapêutica nas Espondiloartropatias”. A dra. Cristiana Cury Lia demonstrou gentileza e competência na organização do evento.



Visão geral do auditório. Destacam-se na primeira fileira, a partir da esq., os palestrantes do evento: prof.^a dra. Maria Odete E. Hilário, prof. dr. João Francisco Marques Neto e o prof. dr. Percival Degrava Sampaio Barros



Almoço de Confraternização. Destacamos a dra. Cristiana Cury Lia, coordenadora da Jornada

Sociedade Brasileira de Pacientes com Osteoporose

A Sociedade Brasileira de Pacientes com Osteoporose (SOBRAPCO) é uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, que realiza palestras, campanhas informativas e eventos, com o objetivo de conscientizar a população sobre a gravidade dessa doença. É a única sociedade de pacientes no Brasil, oficialmente reconhecida e filiada à *International Osteoporosis Foundation* (IOF), organização internacional com sede na Suíça, que é a sociedade matriz responsável pela luta contra a osteoporose.



A IOF representa uma aliança global, atualmente com 165 entidades, presente em mais de 85 países. Incentiva a prevenção, detecção precoce e o tratamento da osteoporose, refletindo uma preocupação crescente sobre este sério problema de saúde. Uma das principais metas da IOF é a fundação de sociedades de pacientes em todos os países do mundo. Seguindo esse exemplo, o dr. Rubem Lederman, membro do *board* da IOF, convidou a senhora Myriam Hagen, para fundarem em conjunto a Sociedade Brasileira de Pacientes com Osteoporose, em 5 de dezembro de 2002.

Por intermédio do suporte da IOF, a presidente da SOBRAPCO, Myriam Hagen, teve a oportunidade de visitar outras sociedades de pacientes que se destacaram pelo padrão de excelência no trabalho

que desenvolvem em seus países, como é o caso das Sociedades do Canadá e do México. Com base nesses modelos, podemos afirmar que já temos os primeiros resultados positivos – cerca de 6.000 associados, um número bastante expressivo para uma sociedade com pouco mais de dois anos de existência e um trabalho realizado essencialmente por voluntários. A receptividade da população em relação ao nosso trabalho tem sido infinitamente superior a qualquer expectativa.

A SOBRAPCO também realiza o Dia Mundial da Osteoporose, uma campanha de âmbito mundial, promovida pela IOF há nove anos. Desde 1998, a IOF conta com o apoio da Organização Mundial de Saúde, que elegeu esta a Década do Osso e da Articulação. Atualmente, o dia 20 de outubro marca as comemorações da campanha, que acontece simultaneamente em mais de 80 países.

O evento realizado pela SOBRAPCO em prol do Dia Mundial da Osteoporose em 2004 foi marcante pelo sucesso obtido. Foi realizada uma caminhada que reuniu cerca de duas mil pessoas da Praça do Lido, em Copacabana, até o Forte Duque de Caxias, no Leme, onde foram realizadas palestras sobre osteoporose e a importância da alimentação associada aos exercícios físicos mais apropriados para a saúde óssea. Foram oferecidos, gratuitamente, exames para medição de massa óssea, atividades recreativas, programação especial para as crianças e distribuição de lanches com alimentos ricos em cálcio. O tema para a campanha do Dia Mundial da Osteoporose de 2005 é a importância da atividade física para a prevenção da osteoporose e já estamos trabalhando na organização do próximo evento.

Estamos empenhados, no momento, em conseguir recursos para investir em nossos projetos e campanhas, incrementar a infra-estrutura, contratar profissionais para compor uma equipe que é hoje formada, basicamente, por voluntários. Teríamos, assim, condições de levar não só a informação, que é fundamental, mas dar continuidade a esse trabalho.

Embora a osteoporose atinja milhões de pessoas em todo o mundo, a conscientização sobre essa doença ainda é muito deficiente. Os equipamentos para diagnósticos são escassos ou não utilizados em seu potencial máximo.

Temos constatado que os maiores problemas são decorrentes da falta de recursos da população, que não tem acesso sequer a um diagnóstico, primeiro passo para a prevenção e/ou tratamento da osteoporose. Como resultado dos exames que temos oferecido em diferentes ocasiões, vem a frustração dos pacientes por não poderem se tratar adequadamente pelo custo elevado que isso representa.

O número de pessoas com osteoporose no Brasil é superior a 10 milhões. Isso representa um grave

problema de saúde pública. Parece-nos inadmissível a pouca atenção dada por nossas autoridades a esse problema tão grave, que pode ser facilmente diagnosticado, dispondo a medicina, atualmente, de tratamentos muito eficazes.

Invista na saúde de seus ossos: torne-se um associado da SOBRAPCO. Entre em contato conosco. A inscrição é gratuita.

Sociedade Brasileira de Pacientes com Osteoporose (SOBRAPCO)

Rua Barão de Ipanema, 56 – Grupo 602, Copacabana
CEP 22.450-030, Rio de Janeiro, RJ
Tel./fax: (21) 2548-0678 / 2548-0496
E-mail: sobrapco@globo.com

2005

NACIONAIS

XVIII Jornada Paulista e XI Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 19 a 21 de maio de 2005
Local: Maksoud Plaza Hotel, São Paulo – SP
Contato: Eventus – Tel (11) 3361-3056
E-mail: reumato@eventus.com.br
Site: www.reumatologiasp.com.br/eventos2005

XVIII Jornada Brasileira de Reumatologia e XIV Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

Data: 4 a 6 de agosto de 2005
Local: Brasília – DF
E-mail: jbr2005@uol.com.br

Jornada Cone Sul de Reumatologia

Data: 22 a 24 de outubro de 2005
Local: Gramado – RS

Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

Data: 9 a 11 de dezembro de 2005
Local: Rio de Janeiro – RJ
E-mail: jbr2005@uol.com.br

Agenda

INTERNACIONAIS

Eular 2005: European Congress of Rheumatology

Data: 8 a 11 de junho de 2005
Local: Viena, Áustria
Tel.: 4-113-839-690 – **Fax:** 4-113-839-810
E-mail: eular@bluewin.ch

Congreso SIBOMM 2005: Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo

Data: 29 de junho a 3 de julho de 2005
Local: Cuzco, Peru
Site: www.condortravel.com/sibomm

27th Annual Meeting of the American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR)

Data: 23 a 27 de setembro de 2005
Local: Nashville, Tennessee, EUA

ACR 2005: 69th Annual Scientific Meeting of the American College of Rheumatology

Data: 13 a 17 de novembro de 2005
Local: San Diego – CA, EUA
Tel.: 404-633-3777 – **Fax:** 404-633-1870
E-mail: acr@rheumatology.org

Fórum de Debates

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

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

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

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

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

Segundo Fórum (6 de abril de 2005)

O segundo Fórum de Debates do ano versou sobre o tema “Vasculites” e suas principais complicações e envolvimento sistêmicos, bem como o que fazer em casos refratários.

Coordenação: dr. Dawton Torigoe (Santa Casa de São Paulo).

Debateadores: drs. Jorge Etel Filho (pneumologista), Ivoty Sens (nefrologista) e Mauricio Levy Neto (HCFMUSP).

Próximos eventos

03 de agosto • 14 de setembro • 05 de outubro •
09 de novembro



Visão geral do auditório



A partir da esq., dr. Dawton Torigoe, dr. Jorge Etel Filho, Dra. Ivoty Sens e dr. Cristiano Campanholo