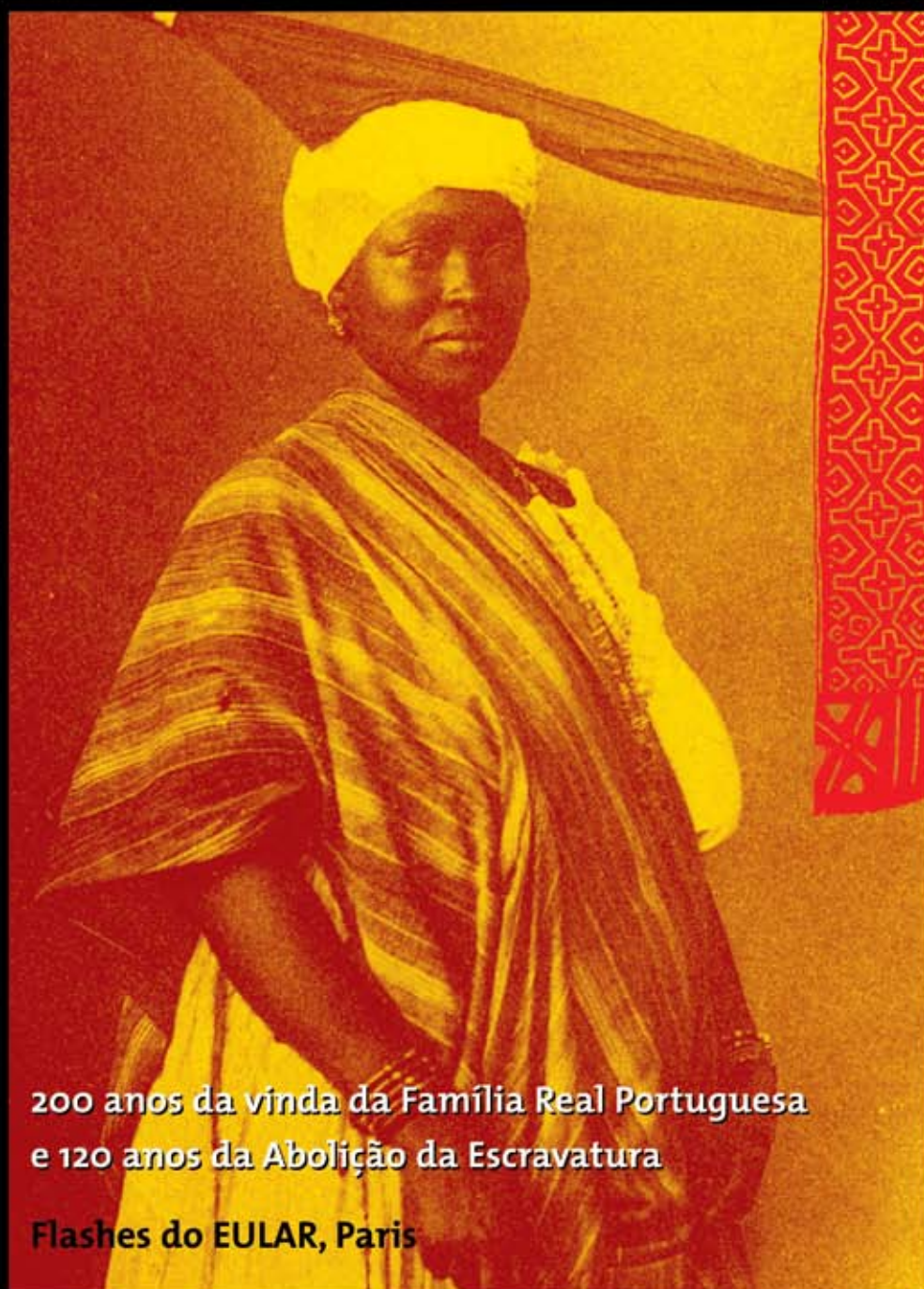


ISSN 1809-4635

# Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 7 Nº 3 jul/set 2008



200 anos da vinda da Família Real Portuguesa  
e 120 anos da Abolição da Escravatura

Flashes do EULAR, Paris





# Sumário

Palavra do Presidente	3
Editorial	4-5
Reabilitando o Reumatologista	6-8
Rheuma	8-9
Perspectivas	10-13
Artrófilo	14-17
Ética	18-19
Raio X	20-21
Noticiário	22-29
Agenda	30

## Sociedade Paulista de Reumatologia

### DIRETORIA EXECUTIVA 2008-2009

#### Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

#### Vice-Presidente

Paulo Louzada Jr.

#### Diretora Científica

Elaine de Azevedo

#### 1º Secretário

Nafice Costa Araújo

#### 2º Secretário

Rubens Bonfiglioli

#### 1º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

#### 2º Tesoureiro

Maria Guadalupe Barbosa Pippa

#### Presidente Eleito 2010-2011

Luiz Carlos Latorre

#### Conselho Fiscal e Consultivo

Ari Stiel Radu Halpern, Jamil Natour, José Roberto Provenza, Manoel Barros Bértolo, Rina Dalva Neubarth Giorgi, William Habib Chahade

#### Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Maurício Levy Neto (Presidente), Juliana de Alexandria Fernandes (1º Secretário), Pérola Guberstein Lerner (2º Secretário), Paulo Roberto Stocco Romanelli (Coordenador Científico)

#### Comissão Científica

Dawton Yukito Torigoe, Eduardo Ferreira Borba Neto, José Alexandre Mendonça, Luís Eduardo Coelho Andrade, Sônia Maria Alvarenga Anti Loduca Lima, Virgínia Fernandes Moça Trevisani

#### Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Isac Szarf Szwarc, José Marques Filho, Paulo Domingos Parisi Jr.

#### Comissão de Educação Médica

Abel Pereira de Souza Jr., Lilian Tereza Lavras Costallat, Robert Bernd

#### Comissão do Interior

Carla Perozini Rossi (Vale do Paraíba), Clóvis Strini Magon (São Carlos), Edgar Baldi Jr. (Marília), Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto), Jorge Eduardo Corrêa Clemente (Baixada Santista), José Eduardo Martinez (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto), Marianna Nechar Marques (Catanduva), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Paulo de Tarso Nova Verdi (Araçatuba), Plínio José do Amaral (Campinas), Roberta de Almeida Pernambuco (Bauru)

#### Comissão de Exames Complementares

Charlles Helden de Moura Castro, José Ricardo Anijar

#### Representantes da Reumatologia Pediátrica

Clóvis Artur Almeida da Silva, Maria Odete Esteves Hilário

#### Site

Carla Gonçalves, Roberto Ezequiel Heymann, Romy Beatriz Christmann de Souza

#### 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

#### Conselho Editorial

Andréa Barranjar Vannucci Lomonte, Marcelo de Medeiros Pinheiro, Renata Ferreira Rosa, Sandra Hiroko Watanabe

## Et Cetera Editora de Livros e Revistas

#### Direção Editorial

Kleber Kohn

#### Coordenação Editorial

Silvia Souza

#### Jornalista

Luciana C.N. Caetano (MTb 27.425)

#### Endereço para correspondência

Rua Caraibas, 176, Casa 8, Pompéia, CEP 05020-000, São Paulo, SP  
Fone: (11) 3368-5095 – Fone/Fax (11) 3368-4545  
www.etceteraeditora.com.br

## PALAVRA DO PRESIDENTE

Neste glorioso ano, a Sociedade Paulista de Reumatologia completa 55 anos de muitas realizações e conquistas, sendo a mais importante a convivência harmônica entre os associados e amigos. Gostaria de render uma homenagem a todos os que me precederam e que contribuíram, a seu modo, para que chegássemos aqui; e em especial aos fundadores, que tiveram a ousadia de iniciar naquele momento a nossa jornada.



A nossa sociedade é um bom exemplo de que as atividades associativas levam ao sucesso e atendem aos interesses, se não de todos, pelo menos da maioria. E, a nosso ver, este é o caminho, onde posamos conviver democraticamente e superando as divergências que devem ser explicitadas. As discussões devem ocorrer nos fóruns específicos. Assim, as nossas participações junto às entidades maiores (APM, AMB, Sindicato, CFM, CRM) devem ser mais frequentes para acompanharmos de perto as discussões que levam às decisões, inclusive de nossos destinos profissionais.

Recentemente, tivemos um fórum em conjunto com a APM para discutirmos quem paga a conta dos medicamentos de alto custo; só quem esteve presente pôde sentir a problemática que é lidar com medicamentos de alto custo, quer no setor público quer no privado, e quais interesses estão envolvidos.

Olhando para o futuro. Estamos organizando o XV Encontro de Reumatologia Avançada (ERA), que ocorrerá em maio de 2009. Ano que vem será celebrado o ano França–Brasil, em que haverá uma integração e troca de experiências entre os países, em especial no campo cultural e científico. O ERA 2009 estará neste mote. Já conseguimos uma pré-aprovação dos comitês envolvidos aqui e lá (durante o Euler). O programa está em fase de finalização, na qual trataremos de questões da medicina francesa, que na área da Reumatologia tem uma abordagem diferente da nossa, isso no campo de procedimentos. Já temos convidados que aceitaram, já temos locais reservados e principalmente temos muita energia para realizá-lo. Não percam.

Não percam também o Congresso Brasileiro de Reumatologia, os nossos fóruns de quarta-feira, as visitas no site, a leitura deste e dos futuros números da RPR e acima de tudo a paciência.

Um grande abraço a todos.

**José Carlos Mansur Szajubok**

*Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*

*Gestão 2008-2009*

# www.reumatologiasp.com.br

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



# Ora pois, chegamos ao Brasil!

**Sem dúvida,** neste ano temos muitas comemorações a fazer em todo o território nacional. O bicentenário da chegada da Família Real ao Brasil, os 120 anos da abolição da escravidão, os 100 anos da imigração japonesa e os 55 anos da fundação da SPR.

Diversos motivos nos fazem pensar sobre os reais motivos da vinda da corte portuguesa ao Brasil. Inicialmente, uma fuga diante da máquina militar de Napoleão e, depois, relacionada ao desastroso casamento de Dom João VI com a ambiciosa Carlota Joaquina. A imagem caricata e triste de um rei gordo, feio e baixinho povoa nossa mente sempre que recordamos dessas personagens. No entanto, é importante ressaltar que o rei conseguiu inúmeros feitos de inovação, além de comer coxinhas de galinha.

Era preciso transformar, rapidamente, o Rio de Janeiro na capital do reino português. Na época, só havia escambo e ele implementou, pela primeira vez, um ambiente econômico baseado em moeda. Com visão de grande empreendedor, abriu os portos, permitiu a atividade da imprensa, criou cursos universitários e o Banco do Brasil, incentivou as artes, criou o teatro João Caetano e trouxe a Missão Francesa ao Brasil. Além disso, estimulou a criação de indústrias de vidro, pólvora, tabaco e colheita de algodão. Desse modo, talvez tenha sido o primeiro grande estadista do Brasil.

O Brasil passou a ter suas primeiras escolas médicas e evoluiu no controle das doenças. Anteriormente, as consultas médicas eram feitas por barbeiros e boticários sem formação ou autorização para exercer a medicina. Da mesma forma, as condições de higiene eram muito precárias no Brasil antes de a Família Real chegar. Epidemias de febre tifóide, febre amarela e diarreias infecciosas eram muito frequentes, uma vez que a rede de esgotos era mais do que deficiente. Com a chegada da Família Real, foi criada a primeira faculdade de medicina, em Salvador e, posteriormente, no Rio de Janeiro.



No período da República, nomes como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolfo Lutz e Vital Brasil contribuíram para a melhoria da saúde pública no Brasil, por meio de medidas simples como vacinação obrigatória, retirada do lixo, combate a ratos e ao mosquito que transmite a febre amarela, semelhante ao que vivemos ainda hoje no controle da dengue. Essas vitórias se estenderam pelo Brasil e algumas doenças foram erradicadas, como a varíola (1976), a febre amarela urbana (1942) e a poliomielite (1989).

Desde o descobrimento, em 1500, até a vinda da Família Real, os portugueses não consideravam o Brasil como país, mas sim como colônia da América. Quem nascia aqui era oficialmente português. O termo brasileiro era a palavra usada para definir quem nascia no território ibérico de Portugal e, depois, vinha morar no Brasil, na maioria das vezes a trabalho. Essa é uma das principais razões para explicar a origem equivocada do termo brasileiro, cujo sufixo designa aquele que executa algum tipo de função laboral, como jornaleiro e garrafeiro, e não aquele que nasce em determinado local. Dessa forma, deveríamos ser chamados de brasilianos.

Mas a Família Real portuguesa trouxe ainda mais elementos, como as nobres vinhas. As tradicionais e *chics* castas francesas (*cabernet sauvignon*, *merlot* e *syrah*) podem, então, ser substituídas pelas castas portuguesas, como a uva baga da região da Bairrada, touriga e tinta roriz do Douro.

Outra integrante da Família Real, a princesa Isabel, filha de Dom Pedro II e bisneta de Dom João VI, assinou a Lei Áurea em 13 de maio de 1888. Vindos dentro de porões dos navios negreiros e em péssimas condições, os negros eram comprados por fazendeiros e senhores de engenho, que os trataram, de forma cruel e desumana, por quase 300 anos.

Mas ainda existem mais motivos de comemoração. Pela primeira vez, dois trabalhos brasileiros são selecionados para apresentação oral no evento reumatológico mais relevante da Europa. Além disso, lidamos melhor com o viver e morrer, diante do incremento da expectativa de vida, inclusive nas doenças reumáticas, como é argumentado na seção Ética e Reabilitando, com as artrites crônicas da infância. Nunca se pesquisou e publicou tanto como nos últimos 12 meses, como ressalta o Dr. Samara em suas reflexões. Resta-nos, ainda, torcer para ganharmos mais medalhas em Pequim. Boa-sorte, Brasil!

**Marcelo Pinheiro, Andréa Lomonte,  
Renata Rosa e Sandra Watanabe**  
**Os Editores**



# NOVOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DAS ARTRITES CRÔNICAS DA INFÂNCIA

MARIA ODETE ESTEVES HILÁRIO

1. Professora Associada e Responsável pelo Setor de Reumatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Unifesp/Escola Paulista de Medicina

As artrites crônicas da infância têm sido agrupadas sob a mesma denominação. Em 1977, os americanos adotaram o termo “artrite reumatóide juvenil (ARJ)” enquanto os europeus utilizavam “artrite crônica juvenil (ACJ)”. No entanto, atualmente, essas denominações estão em desuso. A artrite crônica é a característica mais comum dessas desordens e o termo “Artrite Idiopática Juvenil (AIJ)” tem sido preferido pela maioria dos autores. Este diagnóstico pode ser feito em pacientes que apresentam artrite antes dos 16 anos de idade e por, pelo menos, 6 semanas, com exclusão de outras causas de artrite crônica. A incidência varia de 2 a 20 casos por 100.000, e sua prevalência de 16 a 150 por 100.000 em países da Europa e Estados Unidos. Até o momento, não dispomos de estudos epidemiológicos em nosso meio.

As classificações utilizadas por americanos para a ARJ e por europeus para a ACJ deram lugar à nova classificação proposta pelo Comitê Pediátrico da Liga Internacional de Associações para Reumatologia (ILAR) (Quadro 1), que tenta agrupar todas as formas de artrite crônica. Entretanto, nenhuma é perfeita. Alguns pacientes podem preencher critérios para mais de um subtipo da nova classificação, enquanto outros não se encaixam em nenhum dos subtipos. Por outro lado, há dificuldade em se caracterizar as espondiloartropatias, como a espondilite anquilosante e a artrite psoriásica, na criança e no adolescente, uma vez que, em geral, o quadro é insidioso e pouco característico nos primeiros anos da doença.

**Quadro 1** – Denominações e classificações das artrites crônicas da infância e adolescência.

ACR (1977) ARJ	EULAR (1978) ACJ	ILAR (1997) AIJ
Sistêmica	Sistêmica	Sistêmica
Poliarticular	Poliarticular FR (–)	Poliarticular FR (–)
	Poliarticular FR (+) ARJ	Poliarticular FR (+)
Oligoarticular	Oligoarticular	Oligoarticular Persistente Estendida
	Soronegativas	Artrite psoriásica ERA Outros

ACR – American College of Rheumatology; ARJ – artrite reumatóide juvenil; EULAR – European League Against Rheumatism; ACJ – artrite crônica juvenil; ILAR – International League of Associations for Rheumatology; AIJ – artrite idiopática juvenil; FR – fator reumatóide; ERA – artrite relacionada a entesite.

De acordo com a nova classificação, a AIJ é dividida em sete subtipos que incluem: sistêmico, oligoarticular, poliarticular fator reumatóide (FR) positivo e FR negativo, artrite relacionada à entesite (ERA), artrite psoriásica, e “outras”. Esta classificação foi desenvolvida com o objetivo de identificar clinicamente os subtipos homogêneos da AIJ e facilitar a comunicação entre os profissionais de diferentes países no que diz respeito à epidemiologia, terapêutica e evolução dos pacientes.

Os subtipos são reconhecidos de acordo com as características clínicas durante os primeiros seis meses da doença. Os achados clínicos mais importantes para classificar os diferentes subtipos incluem: entesite, dactilite, dor na coluna lombo-sacra, sacroilite, psoríase, alterações em unhas, febre, rash e serosite.

## AIJ OLIGOARTICULAR

Quando o acometimento é de até quatro articulações durante os primeiros seis meses de doença. As grandes articulações dos membros inferiores são as mais acometidas e é freqüente a monoartrite de joelho. Os pacientes com anticorpo antinúcleo (AAN) positivo têm maior chance de apresentar uveíte anterior crônica (Figura 1). Quando a artrite persiste em até quatro articulações é denominada de “AIJ oligoarticular persistente”. Se após os seis primeiros meses a criança apresentar artrite em cinco ou mais articulações,



**Figura 1** – Menina de 9 anos de idade com AIJ e uveíte anterior crônica.

considera-se “AIJ oligoarticular estendida”, que é de pior prognóstico. Aproximadamente 50% das crianças desenvolvem a oligoartrite estendida, 30% das quais nos primeiros dois anos de doença. Os fatores de risco para essa evolução incluem: artrite em tornozelos ou punhos, artrite simétrica, comprometimento da mão, velocidade de hemossedimentação elevada e AAN positivo.

### **AIJ POLIARTICULAR FR NEGATIVO**

A presença de artrite em cinco ou mais articulações durante os primeiros seis meses de doença caracteriza a AIJ poliarticular. Este subtipo inclui pacientes com FR negativo e corresponde a 20% a 30% das AIJ. As meninas são mais acometidas do que os meninos.

Este subtipo tende a aparecer numa idade mais precoce, ou seja, nos primeiros anos de vida, e o seu prognóstico é variável. A uveíte anterior crônica pode ocorrer, porém é bem menos freqüente do que nos oligoarticulares.

O comprometimento dos quadris, punhos e tornozelos, o atraso no diagnóstico e no início do tratamento, bem como a falta de adesão são determinantes do pior prognóstico em todos os subtipos da AIJ.

### **AIJ POLIARTICULAR FR POSITIVO**

Este subtipo da AIJ poliarticular corresponde a 5% a 10% das AIJ e se inicia na pré-puberdade ou durante a puberdade e as meninas também são mais acometidas do que os meninos.

A artrite é, geralmente, simétrica, de pequenas e grandes articulações. Nódulos subcutâneos, freqüente comprometimento da coluna cervical (Figura 2) e da articulação temporomandibular, e rápida progressão para deformidades são características deste subtipo. O quadro articular é, com freqüência, agressivo e bastante doloroso. A associação com o HLA destes pacientes é semelhante à dos adultos com artrite reumatóide (AR) FR positivo. As deformidades que podem

ocorrer nas mãos destas crianças são semelhantes às que ocorrem nos adultos (pescoço de cisne e botoeira) (Figura 3). A uveíte anterior crônica pode ocorrer, porém também é menos freqüente do que nos oligoarticulares.

### **AIJ SISTÊMICA**

Caracteriza-se por manifestações extra-articulares que incluem: febre, *rash* cutâneo, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia e serosite. Em muitos pacientes a artrite só irá aparecer durante a evolução do quadro, após semanas ou meses do início da doença. Esta é uma das principais dificuldades no diagnóstico definitivo da AIJ sistêmica. É o único subtipo da AIJ sem forte associação com faixa etária ou sexo.

A febre tem duração de pelo menos duas semanas, geralmente alta, com um ou dois picos diários. O *rash* caracteriza-se por máculas não pruriginosas em tronco e região proximal das extremidades, é evanescente e piora ou aparece com a febre; nunca é purpúrico. A artrite é, geralmente, poliarticular, porém poderá ocorrer oligoartrite assimétrica. O curso da AIJ sistêmica é variável, podendo ocorrer remissão em até 70% dos casos. Cerca de 30% a 35% dos indivíduos podem evoluir com poliartrite crônica destrutiva. Os preditores de mau prognóstico incluem: idade menor de seis anos; duração da doença maior que cinco anos; persistência das manifestações sistêmicas (febre prolongada e persistência do tratamento com corticosteróide) e plaquetose persistente.

### **AIJ – ARTRITE RELACIONADA À ENTESITE (ERA)**

A espondilite anquilosante e a artrite associada à doença intestinal inflamatória fazem parte deste subtipo, cuja prevalência é de 12 a 33 por 100.000. É mais freqüente em meninos com mais de oito anos de idade. História familiar positiva e alta freqüência do HLA-B27 são características destes pacientes. ERA deve ser suspeitada em toda criança, especial-



**Figura 2** – Radiografia de coluna cervical de paciente com AIJ mostrando retificação dos corpos vertebrais e rarefação óssea.



**Figura 3** – Deformidades de pequenas articulações da mão esquerda em paciente com AIJ.

mente meninos, com artrite crônica periférica, entesite e FR ou AAN negativos. A artrite periférica de poucas articulações, geralmente, precede o comprometimento axial em anos.

A artropatia da doença intestinal inflamatória pode ser a primeira manifestação da doença, o que dificulta e retarda o seu diagnóstico. É, geralmente, periférica e independe do curso da doença intestinal. Queixas gastrointestinais, perda de peso, alterações mucocutâneas (eritema nodoso, estomatite aftosa, pioderma gangrenoso) e atraso no desenvolvimento ponderoestatural, são algumas alterações que podem levar à suspeita do diagnóstico.

Manifestações extra-articulares incluem uveíte anterior aguda, insuficiência aórtica, aortite, fraqueza muscular e febre baixa.

### AIJ – ARTRITE PSORIÁSICA

O diagnóstico da artrite psoriásica sempre representa um desafio, pois o quadro articular pode preceder o comprometimento cutâneo em anos. Em um terço dos pacientes este se desenvolve por volta dos 15 anos de idade. O quadro articular caracteriza-se pelo comprometimento de joelhos, tornozelos e pequenas articulações das mãos e dos pés. Manifestações extra-articulares incluem *rash* cutâneo, alterações em unhas (Figura 4) e uveíte. O AAN pode ser positivo.

Em resumo, a atual classificação da AIJ, embora ainda não seja abrangente o suficiente para incluir todas as formas (apresentações) das artrites crônicas da infância, está sendo cada vez mais utilizada e cumprindo o objetivo de facilitar a comunicação entre os autores e a comparação dos diversos estudos da literatura.



**Figura 4** – Deformidades em unhas de ambas as mãos em menina de 12 anos com artrite psoriásica.

## ALTERAÇÕES MENSTRUAIS E HORMONAIS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL

ALUNA: POLIANA DE BARROS MEDEIROS

Orientador: Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva

Iniciação Científica apresentada ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Introdução:** estudos anteriores mostraram atraso da menarca em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ). No entanto, poucos estudos avaliaram o ciclo menstrual após a menarca e em nenhum deles houve seguimento prospectivo ou comparação dos níveis hormonais com grupo controle. **Objetivos:** avaliar distúrbios menstruais e perfil hormonal no LESJ e controles, bem como a associação de alterações menstruais com dados demográficos, manifestações clínicas, atividade, dano cumulativo da doença e tratamento. **Métodos:** trinta pacientes com LESJ e 30 adolescentes saudáveis, pareadas pela idade, foram prospectivamente acompanhadas durante pelo menos seis meses consecutivos. Ciclo menstrual normal foi definido

como intervalo entre 25 e 35 dias e duração de 3 a 7 dias. Amenorréia foi definida como interrupção da menstruação acima de quatro meses após menarca, não estando relacionada à plaquetopenia e falência ovariana prematura (FOP), como amenorréia mantida persistentemente com níveis de hormônio folículo estimulante (FSH) acima de 40 UI/l. Níveis séricos de FSH, hormônio luteinizante (LH), prolactina, estradiol e testosterona total foram aferidos nos primeiros três dias do ciclo menstrual ou aleatoriamente nas pacientes e controles com amenorréia. Os dados demográficos, características clínicas, atividade da doença (SLEDAI), dano cumulativo (SLICC-ACR) e tratamento foram comparados entre dois grupos – com e sem alterações menstruais. **Resultados:** a



média de idade entre pacientes com LESJ e controles foi similar ( $17,4 \pm 3,2$  vs  $17,06 \pm 2,08$  anos,  $p=0,66$ ). A média da idade da menarca foi maior nas pacientes com LESJ *versus* controle ( $13,13 \pm 1,4$  vs  $11,56 \pm 1,5$  anos,  $p=0,0008$ ). Em contraste, a média da idade da menarca materna foi similar nos dois grupos ( $12,5 \pm 0,57$  vs  $13,15 \pm 1,67$  anos,  $p=0,62$ ). A idade ginecológica (tempo entre a menarca e a idade atual) foi também similar ( $4,31 \pm 2,56$  vs  $5,64 \pm 2,01$  anos,  $p=0,066$ ). Alterações menstruais (intervalo/duração aumentado ou reduzido ou amenorréia) e intervalos maiores dos ciclos menstruais foram observados com maior frequência em LESJ *versus* controles (63% vs. 10%,  $p=0,0001$ ; 23% vs 0%,  $p=0,0105$ ; respectivamente). A mediana dos níveis de FSH foi significativamente maior em LESJ *versus* controle (4,6 vs. 3,4 IU/L) e a mediana dos níveis de progesterona foi menor

(32,5 vs 70 ng/ml,  $p=0,0033$ ). Nenhuma das pacientes e controle teve FOP. A mediana do LH foi menor nas pacientes com LESJ que tiveram anormalidades menstruais em relação àquelas com ciclo normal (2,9 vs 5,5 IU/L,  $p=0,019$ ) e ambas tiveram maior porcentagem de redução nos níveis de progesterona (63% vs 73%,  $p=0,70$ ). As frequências das manifestações clínicas, SLEDAI $>4$ , SLICC-ACR $>1$  e tratamento foram igualmente observadas em LESJ com anormalidades menstruais *versus* com ciclos menstruais normais ( $p>0,05$ ). **Conclusões:** distúrbios menstruais são frequentes no LESJ, podendo estar associados com disfunção hipofisária e redução da produção de progesterona. Apesar de a FOP ser um evento raro no LESJ, a reserva folicular ovariana parece ser menor nestas pacientes, independente do tratamento com ciclofosfamida.

## FATORES ASSOCIADOS À NEFRITE EM CRIANÇAS

### E ADOLESCENTES COM PÚRPURA DE HENOC-SCHÖNLEIN

ALUNO: JOSÉ LUIZ JESUS DE ALMEIDA

Orientador: Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva

Iniciação Científica apresentada ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Introdução:** a púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite mais freqüente da faixa etária pediátrica e o comprometimento renal é o principal determinante do prognóstico e ocorre em 10% a 50% dos pacientes. Na faixa etária pediátrica, estudos com modelos de análise multivariada avaliando os fatores prognósticos iniciais associados ao envolvimento renal nos pacientes com PHS são escassos e geralmente com populações orientais. Além disto, nestes estudos não há descrição de outros envolvimento iniciais da doença como orquite, vasculite de sistema nervoso central (SNC) e hemorragia pulmonar. **Objetivos:** identificar fatores iniciais associados à nefrite nas crianças e adolescentes com PHS. **Pacientes e métodos:** no período de 21 anos consecutivos, os prontuários de 189 pacientes com diagnóstico de PHS admitidos em nosso Hospital Universitário foram revistos. Os fatores iniciais avaliados nos primeiros três meses em 142 pacientes que tinham todas as informações nos prontuários foram avaliados e incluíram dados demográficos, manifestações clínicas (púrpura palpável persistente acima de um mês, artrite, dor abdominal, dor abdominal intensa que não melhorava com analgésicos, sangramento gastrointestinal, orquite, envolvimento do SNC e hemorragia pulmonar), exames laboratoriais (níveis séricos elevados de IgA) e tratamento utilizado (corticosteróides, imunoglobu-

lina endovenosa e medicação imunossupressora). Os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com a presença ou ausência de nefrite e foram avaliados pela análise univariada (testes exato de Fisher, chi-quadrado e t de Student) e multivariada (regressão logística tipo Backward Stepwise). **Resultados:** nefrite foi evidenciada em 70 pacientes (49,3%). Destes, a nefrite ocorreu nos primeiros três meses da doença em 69 (99%), e apenas uma paciente (1%) desenvolveu nefrite tardia (insuficiência renal aguda, hematuria e proteinúria, com biópsia renal evidenciando glomerulonefrite proliferativa mesangial com crescentes em 30% dos glomérulos) após três anos de seguimento. A análise univariada revelou que dor abdominal intensa (OR=1,6; IC 95% 1,18-2,21), sangramento gastrointestinal (OR=1,6; IC 95% 1,1-2,26) e uso dos corticosteróides (OR=1,7; IC 95% 1,28-2,4) foram associados com nefrite. Entretanto, a análise multivariada mostrou que a única variável independente associada com nefrite foi dor abdominal intensa (OR=2,59; IC 95% 1,23-5,45). **Conclusões:** dor abdominal intensa representou um importante fator associado com o desenvolvimento da nefrite na PHS. Conseqüentemente, os pacientes pediátricos com esta manifestação clínica devem ser rigorosamente seguidos pelo maior risco de acometimento renal, particularmente no primeiro trimestre da doença.



# PESQUISA. PUBLICAR É PRECISO!

Certa vez, conversando com um Prêmio Nobel de Medicina, ele me dizia que não há maneira mais autêntica de progredir cientificamente do que publicar os achados de uma pesquisa, mesmos os parciais. Isto porque, outros cientistas, de mesmo nível e trabalhando na mesma área de investigação, podem trazer importante contribuição ao estudo daquela primeira publicação. Não fosse por isto, não haveria obviamente necessidade de consultar à exaustão toda literatura pertinente, pois muito descobre quem pouco lê, dizia um professor com quem trabalhei. Aqueles que assim procedem chegam a resultados mais rápidos e mais concludentes. John Vane, a partir de informações de Boris Vergafti ganhou, em 1982, o Prêmio Nobel de Medicina por suas descobertas com respeito à ação da aspirina e drogas aspirina-símeles como inibidoras de ciclo-oxigenase.

Pesquisar é pertinente ao exercício médico. Nenhuma outra profissão está tão intimamente relacionada à pesquisa como esta. A cada caso, uma nova experiência, e diz-se mesmo que em medicina não existem doenças e sim doentes porque cada qual reage à sua maneira, e, portanto, com um cenário clínico diferente. Assim, não raro, dizem os doentes que estão servindo de cobaias ao diagnóstico e conduta do médico, e, olhando por este aspecto, pessoalmente tenho a sensação que sim. Folkman conta que certa vez, como chefe de plantão do Children's Hospital de Boston, uma senhora idosa com fratura de colo de fêmur irritou-se profundamente ao ouvi-lo chamar um residente da ortopedia para atendê-la. "Não deixem treinar medicina em mim", exclamou a velhinha, arrancando uma carteira do bolso, dizendo-se disposta a pagar por um médico de maior experiência.

Aquelas palavras calaram fundo no Dr. Folkman, por serem, no seu entender, a pura expressão da verdade. Não estaria ele, e por adição todos nós, aprendendo a cada doente, a cada dia, adquirindo maior experiência, e por conseguinte errando menos? Em outras palavras, a pesquisa, em sua essência, a pesquisa clínica, é um exercício diário e que exige do médico, já não me refiro se acadêmico ou não, a atenção permanente a cada dado da história, e do exame físico do doente, que não necessariamente corresponda a um cenário de doença previamente conhecida. Frequentemente, é mais assim, ou seja, diferente daquilo que se lê em livros-textos de medicina. Qualquer médico, por menor experiência

que tenha, já nos primórdios da carreira, acaba sabendo que o curso de medicina é apenas o início de uma carreira, que só será fulgurante se ele souber pesquisar. Diz-se, aliás, que só quem procura acha, porém só acha quem sabe procurar e isto distingue competências entre nós, mesmo de descobertas acidentais.

A penicilina e a cortisona foram as duas maiores descobertas observacionais acidentais do século passado. Foi Phillip Hench, da Clínica Mayo, que observara que a artrite reumatóide tinha uma melhora transitória naqueles que casualmente padeciam de icterícia, ou naquelas que engravidavam ou ainda no pós-operatório imediato. A esta substância que produzia esses efeitos deu o nome de composto F de Kendall, cientista que isolara os hormônios da supra-renal anos antes. Ambos, mais Slocumb, ganharam o Prêmio Nobel de Medicina, em 1950, tamanha foi a relevância dessa descoberta. O acaso também favoreceu Alexander Fleming, que, ao deixar um meio de cultura com estafilococos fora das condições ideais de laboratório, observara o crescimento de um fungo e em torno do qual um alo de inibição, no qual aquela cultura de estafilococos não crescia. Dr. Pryce, que com ele trabalhava e observara também este fenômeno, o aconselhara a estudá-lo, dando início à descoberta da penicilina. Escusado é dizer que não foi tão somente por acaso que ambos foram tão meritórios, porém, e muito mais, pela mente observacional e privilegiada de ambos. Em outras palavras, pelo alto espírito de pesquisa que neles residia. Publicar é preciso, pois foi graças às publicações dessas pesquisas que se chegou a tais resultados e dos demais depois deles, com novos compostos, novas gerações de antibióticos até nossos dias e novos glicocorticóides, menos tóxicos e mais eficazes.

São inúmeros os exemplos de descobertas brasileiras não reconhecidas internacionalmente, e que possivelmente a maioria dos brasileiros também não as conhecem. Uma das razões em medicina e também fora dela é que a língua portuguesa não é comumente usada em linguagem científica, a despeito de ser falada nos cinco continentes. A segunda razão, de todas a mais importante, é a não publicação das descobertas brasileiras em revistas de ampla divulgação nacional e internacional. Patentear nossas descobertas, então, é caso de calamidade pública e de todas as razões a

mais desalentadora. Contudo, algumas descobertas nossas que mudaram a história da humanidade parecem oportunas para serem aqui mencionadas.

A história da fotografia, utilizando-se de uma câmara escura, data provavelmente do século V a.C. na China, e a partir daí foram inúmeras as tentativas de se obter em papel uma impressão fotográfica de nitidez minimamente aceitável. Foi Hercules Florense, francês de Nice, radicado desde 1824 em Vila São Carlos de Campinas, hoje Campinas, quem primeiro obteve em papel possivelmente sensibilizado com nitrato de prata, e em câmara escura, uma imagem de melhor qualidade e chamou-a de *fotographie* em 1833, portanto seis antes da Garred na França ter apresentado os primeiros resultados do que ele convencionou chamar de Daguerreotipia, na Academia de Ciências e Belas Artes de Paris em 1839. O invento foi patenteado na Inglaterra, pois causara um alvoroço entre pintores da época, sujeitos ao prestígio, mas também ao abandono das classes mais privilegiadas.

Existem relatos da invenção da máquina de escrever, desde 1808 de autoria de um nobre italiano Pellegrino Turri, porém de uso meramente artesanal, pois ele inventara este dispositivo tão-somente para que uma moça cega pudesse com ele corresponder. Foi, porém, um padre paraibano, Francisco João de Azevedo, quem a concebeu de tal forma que poderia ser produzida em escala, conforme registra a história. Ele, padre Azevedo, mostrou seu invento numa Feira Internacional, de 1861, em Recife. Conta a história, também, que americanos que lá estiveram levaram consigo a idéia para a produção industrial. O espaço era acionado por um pedal, tal qual havia concebido o padre. A história beira a tristeza com respeito às dificuldades enfrentadas pelo padre. Inicialmente, porque não tinha recursos para ir avante com o seu invento, pois tencionava ir à Europa para moldar os tipos das letras em aço. O reconhecimento e uma frágil ajuda financeira só vieram 12 anos depois, e as máquinas americanas já tinham sido patenteadas e disponibilizadas no comércio, dentre elas a conhecida Remington, indústria de armas de guerra.

A invenção do rádio é atribuída a Guglielmo Marconi, em 1895. O Pe. Roberto Landell de Moura, gaúcho de Porto Alegre, depois de elevado ao *status* de sacerdote na Europa, onde completara seus estudos, regressou ao Brasil primeiro para o Rio de Janeiro e depois para a cidade de Campinas, em 1892. Aqui exerceu o sacerdócio, mas também se dedicava aos estudos de transmissão de voz sem fio para o Brasil e para o mundo. Esses objetivos só foram alcançados em 1893. Portanto, antes mesmo de Guglielmo Marconi. Em 1905, Landell de Moura, que por diversas vezes tinha demonstrado a autenticidade de seu invento em São Paulo, pretendia doar ao governo brasileiro a patente dele conseguida nos Estados Unidos da América três anos antes. Havia então solicitado ao Presidente Rodrigues Alves que permitis-

se fazer uma demonstração pública do seu invento, de um navio a outro da marinha, na Baía de Guanabara, o que lhe foi negado por não acharem relevante a aludida transmissão. Não obstante todos esses contratempos, é ele o patrono dos radioamadores do Brasil, que o tem na conta do inventor das transmissões sem fio em todo o mundo.

Nenhuma invenção tem sido alvo de tanta controvérsia com respeito ao seu criador como a do avião, a despeito de tentativas frustradas de voar que datam desde a era pré-cristã, 400 anos a. C., por Archytas, um estudioso da Grécia Antiga. Contudo, a época de ouro dos primeiros dirigíveis mais leves que o ar ocorreu entre 1895 e 1905 nos Estados Unidos da América e também em quase todos os países da Europa. De fato, os irmãos Wright já tinham feito vôos do mais leve que o ar, porém não o exibindo publicamente, com medo de o seu invento ser explorado por outrem. Além do mais, o avião era lançado por uma plataforma de trilhos e uma catapulta para alcançar a altura desejada e mesmo assim voar a curtas distâncias. Considerando todos estes aspectos, o mérito coube ao franco-brasileiro Santos Dumont que, em 1906, em Paris, pela primeira vez pilotou o 14-BIS, com o seu celebre vôo em torno da Torre Eiffel absolutamente independente, ou seja, sem aqueles artefatos utilizados pelos irmãos Wright. Lendo a respeito desta história tem-se a impressão que foi somente depois da exibição triunfal de Santos Dumont em Paris que a aeronáutica gradual e progressivamente se desenvolveu, até os nossos dias, daí a razão pela qual se atribui a Santos Dumont mui justamente o Título de Pai da Aviação. O reconhecimento internacional, contudo, ainda hoje é alvo de muitas discussões.

Se todos esses inventos tivessem sido publicados à exaustão, possivelmente a história da humanidade teria sido bem outra para o país, não pelo desejo da fama tão-somente, porém estaria rendendo maiores dividendos e, possivelmente, não permaneceria como ainda hoje é, uma nação em desenvolvimento. O país que mais tem registros de patentes no mundo são os Estados Unidos da América, por coincidência a nação mais rica do mundo. Lá, contudo, o estímulo e o investimento na pesquisa são assombrosos, e não é sem razão que eles detêm, todos os anos, o maior contingente de ganhadores do prêmio mais cobiçado do mundo, o Prêmio Nobel, conferido pelo Instituto Karolinska da Suécia em todas as áreas do conhecimento humano.

Algo parecido com esta breve introdução vem acontecendo com a medicina em geral e de forma desanimadora nas escolas médicas, a salvo, porém, os projetos, pré-planejados e sob orientação de professores habilitados porém habilidosos nesta difícil arte de criar, ou pelo menos pensar. Assim deveria ser a Universidade, lugar de pensadores, de idéias apoiadas no conhecimento essencial do homem, ou seja, dele consigo próprio, mas também circunstancial, ou

seja, como resultado de uma experiência acumulada no exercício que se dispôs a fazer. A pesquisa é mesmo dedutiva, seja ela investigacional, isto é, planejada, seja observacional, que não obstante acidental requerem ambas a lógica do pensamento claro, hialino, linear, pois nela não existem inventores nem invenções conseqüentes. Inventores são muitos, pesquisadores muito poucos.

Uma das mais belas histórias da Medicina Brasileira coube a Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, Carlos Chagas, mineiro da cidade de Oliveira, nascido em 1879. Não só pela descoberta casual do *Tripanosoma cruzi*, como também por muitas outras, dentre elas o combate à malária, juntamente com Osvaldo Cruz. Seus estudos, que tiveram início em Itatinga, município de Avaré, São Paulo, serviram de base para a erradicação dessa temível enfermidade em todo o mundo. Foi, também, estudando a malária em Lassance, um arraial quase às margens do rio São Francisco, a pedido de Oswaldo Cruz e juntamente com Belizário Penna, um grande sanitista daquela época, que Chagas deu início aos estudos da enfermidade que leva o seu nome. Neste povoado começou a observar uma infinidade de insetos hematófagos, dentre eles aquele mais conhecido com o nome de barbeiro e que se alojava nas frestas de moradias de pau-a-pique. Também observara que animais domésticos e habitantes da região padeciam de um mal clinicamente obscuro para ele. O trabalho de Carlos Chagas é único na história da medicina, pois foi desde o agente transmissor ao quadro etiopatogênico e clínico da enfermidade, por um único pesquisador o que lhe valeu prêmios e honrarias apenas no Brasil e um único na Alemanha em 1912. Escusado é dizer que pesquisas desta natureza e importância endêmica bem podiam ser contempladas com o Prêmio Nobel.

Possivelmente, os médicos mais moços não sabem quem foi Manoel de Abreu e sua contribuição no combate à tuberculose. Possivelmente saibam, isto sim, sobre a descoberta dos bacilos e os postulados de doenças infectocontagiosas de Koch. Manoel Dias de Abreu, nascido em São Paulo, 1892, filho de imigrantes portugueses, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1913, e foi o inventor da abreugrafia, foto-radioscopia. A discrepância entre a propedêutica clínica aparentemente normal de um paciente e o resultado de um exame radiológico mostrando lesões tuberculosas importantes fez com que Abreu empenhasse toda sua atenção para o diagnóstico em massa desta enfermidade. É interessante notar que isto ocorrera no Hôtel Dieu de Paris, em 1916, onde se encontrava para aperfeiçoar seus estudos com o Prof. Gilbert, que examinara e dera aquele paciente como normal. Lá, começara seus primeiros estudos sobre o invento. Regressando ao Rio de Janeiro, em 1922, percebera um surto enorme de tuberculose, sendo dele a declaração que se segue: "Havia

óbitos, não havia doentes, os quais ocultavam seu diagnóstico na espessa massa da população; os poucos doentes que havia, procuravam o dispensário na fase final da doença, quando o tratamento, o isolamento e as várias medidas profiláticas já eram inúteis." O sucesso do seu invento, entretanto, foi somente alcançado em 1936. As imagens das fluorografias eram boas, suficientemente claras, restando, apenas, sistematizar o método para aplicação em massa no combate à tuberculose. O novo método teve várias denominações, como fluorografia, fotofluorografia, radiofotografia e roentgenfotografia. Esta última, por sua infinita modéstia, por Manoel de Abreu na apresentação do seu invento à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1936. Foi, no entanto, o Dr. Ary Miranda, presidente do I Congresso Nacional de Tuberculose, em 1939, quem propôs em sua homenagem o nome abreugrafia. Creio não ser necessário dizer da importância de sua descoberta em todo o mundo no controle deste mal que dizimava populações inteiras à época, antes do advento de uma terapêutica mais eficaz. A abreugrafia tornou-se de cadastramento obrigatório em massa para as admissões em serviços públicos ou de qualquer outra natureza, evitando-se e prevenindo este terrível flagelo da humanidade. Ele foi meu professor de enfermidades pulmonares, em 1958, e morreu, em 1962, de câncer de pulmão.

Três momentos de minha experiência pessoal também ilustram este artigo. A primeira data de 1970, quando eu descobrira aqui em Campinas um caso de condrocalcinose articular difusa, enfermidade caracterizada por calcificação das cartilagens e estruturas fibrocartilaginosas. Dela eu já tinha conhecimento por meio das publicações de Daniel McCarty Jr. e também de chilenos que tinham o maior contingente mundial destes enfermos no extremo sul do Chile. Eram galegos que lá foram no século passado para o cultivo da lã, e por causa de uma enorme endogamia certamente alteraram seu perfil genético. A partir deste caso e outros mais que comecei a observar, percebia que a fenda articular na radiografia simples do idoso era mais clara do que nos jovens. Escusado é lembrar que a fenda é virtual e ocupada por cartilagem articular hialina rádio-transparente. Esta simples observação me levou a pensar num meio de medir aquela rádio-transparência, para mais ou para menos, e a partir dela suspeitar de calcificações não detectáveis ao raio X simples dos joelhos.

Com a colaboração do Instituto de Física da Unicamp, implantei um método de leitura da radiografia num microscópio comum acoplado a um galvanômetro que dava assim em valores numéricos a maior ou menor intensidade daquela transparência, evidentemente com observação de todas as variáveis de erros possíveis (distância foco-filme, miliamperagem, quilovoltagem, tempo de revelação, etc.). Como outra investigação estava em curso, achei melhor es-



tudar a densidade óssea em osteoporose fazendo a leitura de lugares preestabelecidos no osso subcondral. Esta idéia, que serviu de Tese de doutorado de João Francisco Marques Neto, em 1974, sob o título de "Microfotodensitometria na Osteoporose Senil", foi somente publicada na *Revue de Rhumatisme et Maladie Osteoarticulaire* em 1976. Antes, não é do meu conhecimento que tenha havido alguma publicação de quantificação da densidade óssea, conhecida hoje com o nome de fotodensitometria.

A leitura de um trabalho de Louzada, clínico chileno de nomeada, mostrando altos títulos de íons cálcio no líquido sinovial de um enfermo com condrocalcinose, e a observação de McCarty que os cristais nele desapareciam 96 horas depois de sua colheita, levou-me a pensar que estes cristais lá solubilizavam. Isto posto, comecei a titular o cálcio logo após a colheita e, 96 horas depois, percebia uma diferença entre os títulos que convencionei chamar de Ca 1 à primeira e à segunda dosagem de Ca 2. Havia também diferenças estatisticamente significantes nas primeiras 24 horas, por conseguinte, com amplas possibilidades de ser usado na prática clínica. Bastava para isso, no entanto, acrescentar um solubilizante de cristais de pirofosfato no líquido sinovial, o citrato de sódio, conseguido com a ajuda de Eugênio Zerlotti.

A vantagem deste método sobre a microscopia de luz polarizada é que em não encontrando os cristais no líquido sinovial, ninguém está autorizado a dizer que não tem. Em outras palavras, o achado de cristais é questão de sorte e patologista dependente além de inúmeros artefatos que dão a impressão de falsos positivos. A literatura está eivada desses artefatos e a ultramicroscopia e a difração pelo raio X, que poderiam dirimir estas dúvidas, não estão ao alcance da maioria dos laboratórios de patologia clínica. Este trabalho algumas vezes laureado serviu de tese de doutoramento pela Unicamp, em 1972, e mereceu diversas publicações nacionais e internacionais. Só muitos anos depois, tem merecido a atenção de alguns patologistas pela simplicidade, rapidez e fidelidade dos resultados.

O terceiro e último momento deu-se numa enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, ainda sob a responsabilidade do Departamento de Clínica Médica da Unicamp, sob a chefia do professor Silvio dos Santos Carvalho. Naquela memorável manhã, em 1972, internou-se um moço, que beirava seus 20 anos de idade, e vinha do Instituto Bairral de Itapira, um hospital de enfermos neuropsiquiátricos, em estado de coma e lesões purpúricas disseminadas por todo o corpo. Bittencourt, conhecido entre nós como Biteca, residente à época, prescreveu uma dose de glicocorticóide de três em três horas que equivalia hoje a 1,5 g de metilprednisolona/dia. O Dr. Silvio, que passava visita, passou a todos nós uma reprimenda em altos brados, a tal ponto que, partindo em retirada, esqueceu-se no prontuário de corrigir o erro da medicação. Na manhã seguinte, ao chegar à en-

fermaria, a doente, posso dizer, estava sentada no leito sem um único sinal de púrpura e na posse de suas faculdades mentais normais. Na verdade, o Bittencourt antecipou ao que quatro anos mais tarde, em 1976, viria a ser publicado sob o pomposo título de "Pulse of Hidrocortizone in Rheumatic Diseases" numa conceituada revista médica, o *Lancet*, e que teve como um dos seus autores Morton Scheinberg. Anos antes do Bittencourt, eu tinha me tornado conhecido por ter usado uma dose tão grande como esta num caso de lúpus eritematoso sistêmico, internado na Beneficência Portuguesa de Campinas. Isto terá acontecido por volta de 1964, quando cheguei a usar dez frascos de 100 mg de hidrocortisona por dia, uma droga onde se recomendava o uso de apenas um frasco em situação de emergência, e com muita parcimônia.

Por último, ainda recentemente, assistindo a uma apresentação de Francisco Airtton, da Universidade Federal do Ceará, não me surpreendi ao ver que seu projeto, iniciado em 1992 e concluído em 1994, só foi publicado em 1997. Consistia num modelo experimental de artrite por imuno-complexos (ratos machos da espécie Wistar), onde se demonstrava, pela primeira vez, liberação de fator de necrose tumoral (TNF) e fator ativador de plaquetas (PAF) no líquido sinovial, numa época em que as citocinas eram comentadas com muita parcimônia. O trabalho que serviu de tese de doutorado do Francisco Airtton traz também a assinatura de um pesquisador da Unifesp, por todos nós respeitado, Luiz Eduardo Andrade, com a colaboração da professora Sonia Jancar, do Instituto de Biologia da USP. Foi publicado no *J. Lipid Mediat Cell Signal*, 1997, maio 16 (1): 1-10.

Bem, sei que existem muitos outros exemplos como estes, sobre os quais acabei de discorrer, e que chegaram ao meu conhecimento em todos estes anos. Não me acusa, contudo, a consciência por não mencioná-los, pois meu desejo era tão-somente o de estimular o leitor e a quem interessar possa, o desejo não somente de ver e investigar, mas, sobretudo, o de publicar seus achados o mais depressa possível em revistas conceituadas. Revistas não faltam e seus editores estão ávidos por boas publicações. Felizmente, um grande passo já foi dado. A pós-graduação já colocou como pré-requisito para defesa de tese a publicação da pesquisa em revista de língua inglesa por ser a *working language* do mundo científico atual. Um outro passo mais urgente do que este é a indexação da *Revista Brasileira de Reumatologia* e sua edição em língua inglesa. Os europeus, que durante anos dominaram as publicações científicas, já se renderam a começar pelo número em inglês da *Revue de Rhumatisme et Maladie Osteoarticulaire*. Inúmeras outras revistas dos países nórdicos, alemãs, belgas, italianas há tempos estão seguindo o mesmo caminho.

**Adil Muihb Samara**

# Artrófilo

## EM DIREÇÃO AO FUTURO: TERAPIAS EXPERIMENTAIS PARA O LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO



Nos últimos anos, avanços nas pesquisas em ciência básica proporcionaram melhor compreensão de aspectos imunopatogênicos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). O papel central dos linfócitos B (LB) e de suas interações com as demais células do sistema imune foi mais bem elucidado e potenciais alvos terapêuticos têm sido identificados com o advento da biotecnologia e prometem revolucionar o tratamento da doença. Nesta edição, o Artrófilo investigou esses avanços e fez uma breve revisão.

### O LINFÓCITO B

Os LB apresentam diferentes funções no sistema imune, uma vez que são precursores de células secretoras de anticorpos, apresentam antígenos aos linfócitos T (LT) e regulam a resposta inflamatória por meio da secreção de citocinas. Assim, a via dependente de anticorpo (formação de imunocomplexos, produção de interleucinas e citotoxicidade dependente de anticorpo) e a via independente de anticorpo (apresentação de antígenos, ativação do LT e modulação de célula dendrítica) estão envolvidas na fisiopatologia do LES.

Antígenos que entram em contato com anticorpos da superfície dos LB são interiorizados, processados e apresentados na superfície celular por meio do HLA de classe II. Após isso, ligam-se ao receptor do LT (TCR), caracterizando o primeiro sinal da ativação dos LT. Entretanto, para que os LT sejam plenamente ativados é necessário um segundo sinal, chamado de co-estímulo, proporcionado pela interação entre as moléculas de superfície das células T e B, como o CD40-ligante (CD40L, molécula expressa

em LT) e CD40 (superfície de LB) e, entre o CD80/86 (superfície de LB) e CD28 (superfície de LT).

Outras moléculas de superfície dos LB que regulam a ativação dessas células são o CD20 e CD22. O CD20 é uma glicoproteína transmembrana encontrada em pré-LB e LB maduros, não sendo encontrado em *stem cells*, pró-LB e plasmócitos. Apresenta peso molecular de 33-37 kDa e pode funcionar como canal de cálcio. O CD22 é uma glicoproteína da classe das moléculas de adesão, que regula a ativação dos LB e sua interação com os LT. O CD22 apresenta peso molecular de 135kDa e é expresso no citoplasma de pré e pró-LB, bem como em LB maduros, mas não em plasmócitos. O CD22 pode levar à sinalização intracelular, tanto de forma constitutiva quanto após interação com seu ligante.

Recentemente, duas citocinas relacionadas à família do fator de necrose tumoral (TNF) e que são importantes para o desenvolvimento e função dos LB foram identificadas: BAFF (B-cell Activation Factor of the tumor necrosis factor Family) ou BlyS (B Lymphocyte Stimulator) e APRIL

(A Proliferation-Inducing Ligand). Elas compartilham dois receptores – BCMA (B-Cell Maturation Antigen) e TACI (Transmembrane Activator and CAML [calcium-modulating cyclophilin ligand] Interactor) – e são encontradas em LB e plasmócitos. Diferentemente do APRIL, o BAFF ainda apresenta um terceiro receptor específico, encontrado principalmente em LB e plasmócitos, mas também em alguns subtipos de LT, chamado de BAFF-R (BAFF-Receptor). BAFF e APRIL são produzidos de forma constitutiva por células do estroma de órgãos linfóides e de forma indutível por células de origem mielóide (monócitos, macrófagos e neutrófilos, além de células dendríticas) e osteoclastos.

### POTENCIAIS INTERVENÇÕES NO TRATAMENTO DO LES

Estudos com medicamentos biológicos que têm como alvo diferentes moléculas envolvidas nas funções dos LB estão sendo atualmente conduzidos e encontram-se em diferentes fases da pesquisa clínica.

#### RITUXIMABE (ANTI-CD 20)

O rituximabe é um anticorpo monoclonal, quimérico, contra o CD20 presente em LB maduros. É capaz de bloquear a ação do LB por três mecanismos principais – citotoxicidade dependente do complemento, citotoxicidade dependente de anticorpo e aumento da apoptose. Inicialmente, foi aprovado para tratamento do linfoma não Hodgkin de células B (1997). Posteriormente, também foi aprovado para o tratamento da artrite reumatóide não responsiva aos agentes bloqueadores do TNF (2006). Até o momento, ainda não está aprovada para o tratamento do LES, embora diversos estudos apontem bons resul-

tados do controle de atividade. Pode ser usado em pacientes com nefrite lúpica ou outros casos de LES grave, entretanto, maior número de trabalhos randômicos necessitam ser realizados.

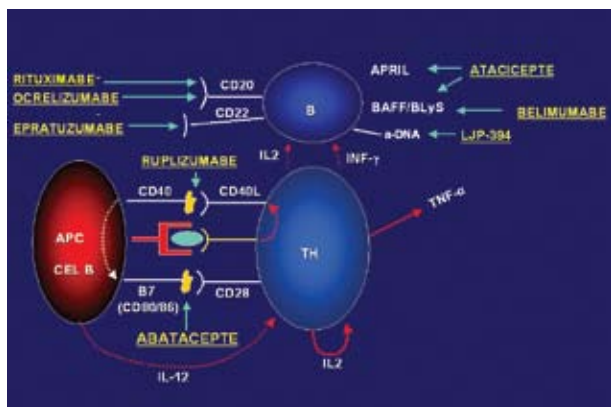
A dose usada nas doenças auto-imunes é de duas infusões lentas (4 horas) de 1 grama cada, com intervalo de 15 dias entre elas. Os efeitos colaterais mais temidos são as infecções, embora, até o momento, não haja evidências de aumento em relação aos imunossuppressores convencionais como a ciclofosfamida. Reações infusionais são descritas, principalmente nas primeiras aplicações, e a prevenção destas com anti-histamínicos e corticosteróides, no dia da infusão, é uma conduta recomendada. Estudos controlados no LES estão em andamento.

#### OCRELIZUMABE (ANTI-CD20)

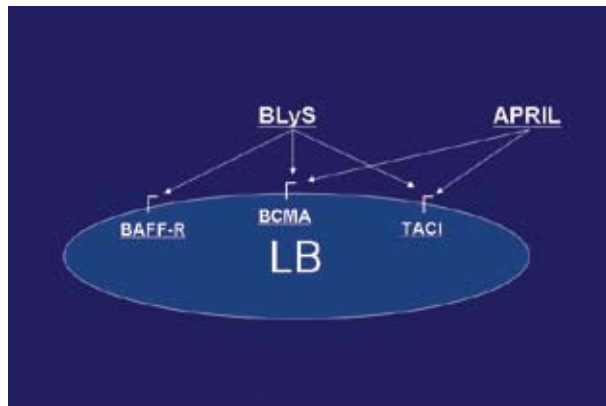
O ocrelizumabe, a exemplo do rituximabe, é um anticorpo monoclonal dirigido contra a molécula de superfície CD20 dos LB maduros. A diferença em relação ao rituximabe é que o ocrelizumabe é uma molécula humanizada, que está relacionada com menos reações infusionais e alérgicas. Estudos fase III para artrite reumatóide, LES e nefrite lúpica estão em andamento.

#### EPRATUZUMABE (ANTI-CD22)

O epratuzumabe é um anticorpo monoclonal humanizado IgG1 recombinante, dirigido contra a glicoproteína transmembrana CD22 presente na superfície dos LB maduros. Também foi desenvolvido para o tratamento do linfoma não Hodgkin e outras doenças dos LB. Inicialmente, foi sintetizado ligado a elemento radiativo para imunorradioterapia. Posteriormente, mostrou ação mesmo sem



**Figura 1** – Locais de ação dos medicamentos biológicos.



**Figura 2** – Receptores para BlyS e APRIL no linfócito B.



o radiomarcador. Promove citotoxicidade dependente de anticorpos *in vitro*, mas, diferentemente do rituximabe, proporciona depleção parcial (35% a 40%) da população de LB em pacientes com LES. Acredita-se que modifique a função dos LB sem destruí-los, mas o mecanismo de ação preciso ainda é desconhecido. Estudos randômicos de fase III no LES estão sendo iniciados.

### ABETIMUS SÓDICO (LJP-394)

Essa medicação é classificada como indutora de tolerância dos LB ao próprio DNA, decorrente da inibição da sobrevida e ativação de LB auto-reativos. É composta de quatro oligonucleotídeos do DNA ligados a uma substância inerte (DNA-PEG). Seu epítipo liga-se aos receptores dos LB, que, sem a sinalização para a célula T, tornam-se anérgicos. Outros mecanismos de ação, como a indução de apoptose e inativação do anti-DNA, ainda não estão bem definidos. É indicado em pacientes com nefrite lúpica e anti-DNA de alta afinidade, embora ainda não esteja aprovado para o uso clínico. Atua diminuindo a possibilidade de exacerbação da nefrite lúpica em remissão. Injeções semanais do medicamento são um fator limitante de adesão ao tratamento. Ensaios clínicos de fase III continuam em andamento.

### BELIMUMABE (LymphoStat-B)

Trata-se de um anticorpo monoclonal humano que inativa o BAFF/BLyS. A ligação do belimumabe com o BAFF/BLyS diminui a ativação, maturação e sobrevida dos LB, reduzindo, assim, a produção de auto-anticorpos. Resulta-

dos preliminares de um estudo fase II, com 449 pacientes com LES e com atividade moderada da doença, demonstraram melhora da atividade da doença e dos escores de qualidade de vida.

### ATACICEPTE (TACI-Ig)

O atacicepte (TACI-Ig) é uma proteína de fusão recombinante, constituída pelo domínio extracelular do TACI ligado a um domínio Fc da IgG1 humana. O atacicepte liga-se ao APRIL e ao BAFF/BLyS, impedindo a ligação destes com seus receptores. Com isso, ocorre bloqueio da estimulação e diminuição da sobrevida dos LB. Estudos de fase IIb foram recentemente concluídos, demonstrando que o atacicepte, administrado de forma subcutânea, é bem tolerado e apresenta atividade biológica consistente.

### RUPLIZUMABE (ANTI-CD 40L)

É um anticorpo monoclonal que, ao se ligar ao CD40L, impede o co-estímulo da ligação com o CD40 presente nos LB, bloqueando o co-estímulo B-T. Em estudo aberto para avaliar a eficácia e a segurança dessa droga em pacientes com nefrite lúpica proliferativa ativa, houve melhora dos títulos de anti-DNA e cerca de 50% de redução da proteinúria. Entretanto, esse estudo terminou precocemente devido à ocorrência de eventos tromboembólicos (infarto do miocárdio não fatal), talvez como resultado da expressão de CD40L em plaquetas ativadas.

### ABATACEPTE (CTLA4-Ig)

É uma proteína de fusão recombinante da proteína CTLA4 (Cytotoxic T-Lymphocyte Antigen) combinada ao fragmento Fc da IgG1 modificado para não ativar complemento. O CTLA4 é expresso, apenas, em LT ativados e se liga ao CD80/86 com maior afinidade do que o CD28, levando à inibição da ativação dos LT por meio de mecanismo de retroalimentação negativo. Assim, ocorre bloqueio do segundo sinal entre LB e LT e posterior inativação dos LT. A droga já foi aprovada para uso em artrite reumatóide refratária a pelo menos uma droga indutora de remissão. Estudos randômicos em lúpicos estão em andamento.

### Agradecimentos:

Ao Dr. Luiz Carlos Latorre e à Dra. Andréa Vanucci Lomonte a colaboração na elaboração do texto desta seção.

**Quadro 1** – Drogas em investigação no LES e seus alvos terapêuticos.

DROGAS EM INVESTIGAÇÃO	ALVO TERAPÊUTICO
Rituximabe	CD20
Ocrelizumabe	CD20
Epratuzumabe	CD22
Abetimus sódico	LB (reconhecimento de antígeno)
Belimumabe	BAFF/BLyS
Atacicepte	APRIL e BAFF/BLyS
Ruplizumabe	CD40L
Abatacepte	CD80/86

# Reflexões de um clínico sobre o morrer, o viver e o cuidar

**O lidar com a morte** não faz parte do treinamento da grande maioria dos médicos. O jovem médico, em sua formação, aprende a encará-la como o último e mais poderoso inimigo, o adversário “a ser vencido”.

Ao longo de nossa prática, empreendemos diversas batalhas com o terrível inimigo, com encontros frequentes para uns e mais raros para outros, porém, com uma atitude comum a todos: o desprezo e a indiferença. Conscientemente, a enfrentamos combativos. Inconscientemente, evitamos até citá-la em consultas e conversas. A dor e a decepção que sentimos quando ela nos derrota é indescritível. O sentimento de fracasso e frustração é longo e sofrido. Os rostos semi-apagados de alguns daqueles meus pacientes que partiram, apesar de todos os meus esforços, ainda recentemente, rondavam-me os pensamentos. A dor e o pesar eram penosamente revividos.

Peguei-me, em algumas ocasiões, evitando a visita de rotina ao leito de um paciente terminal, ou mesmo apressando-me na visita e no cuidado, como meio de defesa a meu sofrimento e inconformismo. O sentimento de culpa era inevitável.

Os pacientes que vi partirem foram os que mais me marcaram afetivamente. Como reumatologista, perdi diversos pacientes com graves doenças auto-imunes, principalmente jovens mulheres lúpicas, após longas, agressivas e dolorosas batalhas terapêuticas. Semanas eram necessárias para o retorno do equilíbrio emocional. A maturidade e o dia-a-dia de nossa prática tratam de consolidar uma aproximação lenta, porém consistente, com o conceito de morte, terminalidade e a fundamental importância de nosso papel junto a nossos pacientes.

Rubem Alves, poeta e filósofo de todas as horas, trata deste tema com enorme sensibilidade em *A chegada e a despedida*: “A vida começa com uma chegada. Termina com uma despedida. A chegada faz parte da vida. A despedida faz parte da vida. Como o dia, que começa com a madrugada e termina com o sol que se põe. A madrugada é alegre, luzes e cores que chegam. O sol que se põe é triste, orgasmo final de luzes e cores que se vão. Madrugada e crepúsculo, alegria e tristeza, chegada e despedida: tudo é parte da vida, tudo precisa ser cuidado. A gente prepara, com carinho e alegria, a chegada de quem a gente ama. É preciso preparar também, com carinho e tristeza, a despedida de quem a gente ama...”

A medicina criou a obstetrícia como uma especialidade cuja missão é “estar diante” da vida que está chegando. Acho que ela, por amor aos homens, deveria também criar uma especialidade simétrica à obstetrícia, cuja missão seria “estar diante” daqueles que estão morrendo. A morte também está cheia de medos de dor. A morte é também um angustiante canal apertado e escuro. É solidão. O bebê, na passagem escura e apertada, está totalmente sozinho e abandonado. Aquele que está morrendo também está absolutamente sozinho e abandonado. Aqueles que o amam e o cercam estão longe, muito longe. As mãos dadas não transpõem o abismo. A morte é sempre um mergulho no abandono.

Pensei nessa especialidade... Pois a missão da medicina não é cuidar da vida? Pois a despedida também parte da vida. Os que estão partindo ainda estão vivendo... Eles precisam de tantos cuidados tanto quanto aqueles que estão nascendo. E até inventei um nome para a tal especialidade. Combinei duas palavras: *Moriens, entis*, do latim, que quer dizer: “que está morrendo”; e *therapeuein*, do grego, que quer dizer: “cuidar, servir, curar”. Saiu, então, morienterapia, os cuidados com aqueles que estão morrendo. E o morienterapeuta seria aquele que, à semelhança do obstetra, encontra-se diante daquele que está se despedindo. Nossa Senhora do Bom Parto é a padroeira das parturientes. Procurei uma outra Nossa Senhora





para ser a padroeira dos que estão morrendo. Eu a descobri na *Pietà*: aquela que acolhe em seu colo o filho que está morrendo. Morrer nos braços da *Pietà* é, talvez, sentir-se finalmente voltando para o colo de uma mãe que nunca se teve, mas que sempre se desejou ter. Talvez, no colo da *Pietà*, a despedida poderia ser vivida, então, como um retorno ao colo materno.

O poeta, sempre sensível, aborda também o “estar doente” citando Alberto Caeiro, “Pensar é estar doente dos olhos”: “Pode ser que você ainda não tenha se dado conta disso, mas o fato é que todas as coisas belas do mundo são filhas da doença. O homem cria a beleza como remédio para sua doença, como bálsamo para o seu medo de morrer. Pessoas que gozam saúde perfeita não criam nada. Se dependesse delas, o mundo seria uma mesmice chata. Por que haveriam de criar? A criação é fruto do sentimento.”

Elizabeth Kübler-Ross aborda a terminalidade com rara felicidade: “Aqueles que tiverem a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo com o silêncio que vai além das palavras saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo. Observar a morte em paz de um ser humano faz-nos lembrar uma estrela cadente. É uma entre milhões de luzes do céu imenso, que cintila ainda por um breve momento para desaparecer para sempre na noite sem fim. Ser terapeuta de um paciente que agoniza é conscientizar-se da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade.”

É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. Poucos entre nós vivem além dos 70 anos; ainda assim, nesse curto espaço de tempo, muitos entre nós criam e vivem uma biografia única e nós mesmos tecemos a trama da história humana.

O carisma e a sensibilidade da Dra. Cicely Saunders foram responsáveis pela consolidação do conceito de *Cuidar e cuidados paliativos*: “Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte.” Introduz, assim, o importante conceito de “Dor Total”, no artigo publicado no *British Medical Journal* de dezembro de 1996: “Acreditamos que são poucas as regras cardeais no tratamento da dor intratável nesse estágio. Primeiramente, temos de fazer uma avaliação o mais cuidadosa possível dos sintomas que causam problemas para o paciente. Não é simplesmente diagnosticar e prescrever um tratamento específico, porque isto já foi feito. Significa tratar da dor e de tudo o que pode ser adicionado ao estado geral da doença.”

Logo, ficou claro que cada morte era tão única quanto a vida que a precedia e que toda a experiência de vida se refletia no processo do morrer da pessoa. Isso me levou ao conceito de “dor total”, que estava presente como um complexo de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais. A experiência total para um paciente inclui ansiedade, depressão e medo, além de preocupações com a família, que viverá o luto, e freqüentemente a necessidade de encontrar algum sentido na situação, uma realidade mais profunda na qual confiar. A isso dava maior ênfase nas palestras e escritos sobre a natureza e a administração da dor terminal e a família como uma unidade de cuidados.

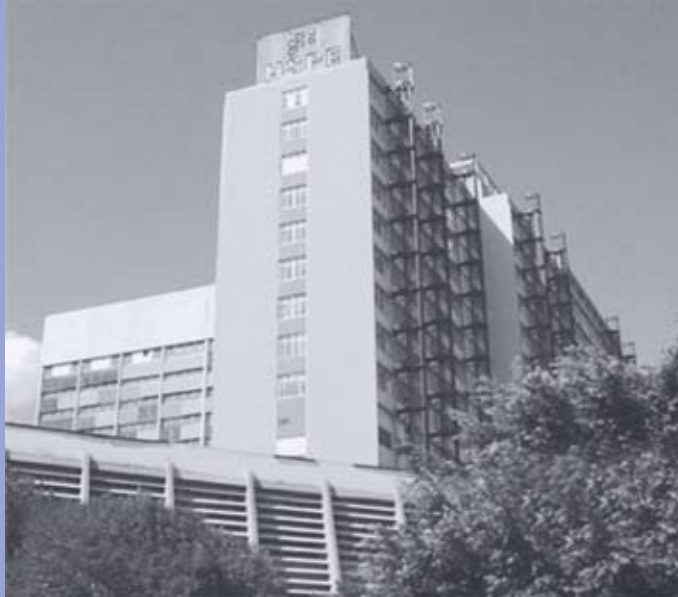
Aprendi com Léo Pessini, teólogo e bioeticista brasileiro, a importância da biografia do paciente e o fundamental papel do médico no cuidar quando esgotados todos os recursos terapêuticos. “Nessa circunstância, convém sentar-se junto ao leito de um paciente terminal que, numa prolongada agonia, luta contra o sofrimento, atentar para a expressão dos olhos angustiados que buscam, sem encontrar, um alívio libertador. Convém a todos, especialmente médicos, enfermeiros, assistentes religiosos, capelães e teólogos, refletir sobre o sofrimento que inutilmente, não poucas vezes, se acrescenta a uma agonia programada por uma terapêutica já inútil e que somente se utiliza para cumprir o dogma médico de ‘fazer tudo o que for possível para conservar a vida’, que, interiorizado de maneira acrítica por alguns, é aceito como princípio ético que não exige maior discussão e matização...”

Não é necessário investir em todas as circunstâncias o máximo para conservar a vida biológica, quando se tem a certeza de que a cura não é mais possível. A vida meramente biológica não significa necessariamente vida humana. O melhor a ser feito eticamente, nessas circunstâncias, é deixar a pessoa morrer com dignidade e elegância, sem intervir agressivamente para prolongar a agonia, adiando a morte inevitável. A palavra-chave deixa de ser “cura” (*cure*) e passa a ser “cuidado” (*care*). A filosofia dos cuidados paliativos (*hospices*) é a resposta que honra a dignidade humana neste sentido.

Finalizando estas breves reflexões, vale citar o conselho e a orientação de Thomas Sydenham (1624–1689), um famoso sofredor gotoso: “O médico precisa ter em mente que ele próprio está sujeito às mesmas leis da mortalidade e da doença a que estão submetidos os outros; e assim cuidará dos enfermos com mais ternura, desde que se lembre que ele, em pessoa, é o companheiro de sofrimento deles”.

**José Marques Filho**  
**Conselheiro do Cremesp**  
**e Membro da comissão de ética da SBR E SPR**





## Hospital do Servidor Público Estadual

O Serviço de Reumatologia iniciou suas atividades com a inauguração do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) em 1962. Inicialmente, foi denominado Serviço de Reumatologia, Medicina Física e Reabilitação. O seu primeiro chefe foi o professor Dr. Gil Spilborgs. Ele foi responsável por organizar a primeira residência oficial de reumatologia do Brasil, sendo a primeira vaga de residente ocupada por um jovem chamado Wiliam Habib Chahade. Em 1968, o Serviço de Reumatologia, Medicina Física e Reabilitação foi incorporado pela Clínica Médica, chefiada pelo professor Dr. Reynaldo Chiaverini, eminente clínico e cardiologista da época. Este, por sua vez, nomeou um brilhante cardiologista e reumatologista como chefe do Setor de Reumatologia, o Dr. Wilson A. Federico (não muito conhecido, mas considerado no HSPE como uma das verdadeiras sementes da reumatologia brasileira; era brilhante). Em 1979, volta a ser criado o Serviço de Reumatologia e, nesse momento, o Dr. Wiliam assume como diretor do Serviço, cargo que ocupa há 29 anos.

O Serviço de Reumatologia do HSPE possui como alicerce seu caráter assistencial, voltado para o servidor público do Estado de São Paulo, sendo responsável desde o atendimento primário ao terciário mais complexo (sistema osteoarticular). Seu quadro de docentes e médico-assistencial é composto por 15 médicos embora, atualmente, seja ocupado por 10 membros. Está dividido em duas sessões: diagnóstica e terapêutica e de métodos especializados. Possui 13 leitos na enfermaria e no ambulatório são atendidos, em média, 2.500 pacientes ao mês. Sua linha de pesquisa fundamenta-se na terapêutica clínica e experimental por meio de protocolos multicêntricos fase II e III, tendo nas conectivopatias o seu principal campo de ação ao lado de patologias da coluna vertebral e osteoartrite. Este é realizado, também, por meio do auxílio dado por seu Centro de Estudos de Reciclagem e de Investigação em Reumatologia (Cerir). É, particularmente, um formador de reumatologistas clínicos.

A Residência Médica em Reumatologia existe desde 1966. Desde então, conta com o programa em residência médica, oferecendo três vagas tanto no 1º ano como no 2º ano de residência, bem como quatro vagas para especializandos (curso de dois anos de Especialização). Todo o programa é reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC). O serviço de Reumatologia disponibiliza, há nove anos, uma revista de tiragem trimestral, *Temas de Reumatologia Clínica*, que aborda diversos tópicos clínicos de revisão, atuais em reumatologia e é escrita, principalmente, por seus residentes, pós-graduandos, ex-residentes e médicos assistentes. Além disso, o HSPE dispõe do curso de pós-graduação em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado), hoje composto por seis pós-graduandos da disciplina de Reumatologia.

Entre os residentes e estagiários, o serviço é responsável pela formação de 206 médicos especialistas, que estão espalhados por todo o país. A cada dois anos é realizado o Curso de Reciclagem em Reumatologia, no qual ex-residentes e ex-especializandos encontram-se com os médicos e residentes atualmente do Serviço, além de especialistas nacionais e internacionais convidados. É uma oportunidade não só de revisar temas reumatológicos como trocar experiência e lembrar de velhas histórias. Em 2009, será realizado, entre 26 a 29 de março, o 15º encontro do serviço.

Prova de seleção para residência médica: em novembro, pelo Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE)

Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 9º andar, Ibirapuera, São Paulo, SP.

Telefone: (11) 5088-8099

E-mail: cerir@cerir.org.br

## VISÃO PANORÂMICA

### SERVIÇO DE REUMATOLOGIA/MÉDICOS ASSISTENTES

Prof. Dr. Wiliam Habib Chahade – Diretor do Serviço de Reumatologia.

Dr. José Carlos Felice – Chefe da Seção de Métodos Especializados. Preceptor.

Dra. Rina Dalva Neubarth Giorgi – Chefe da Seção de Diagnóstico e Terapêutica.

Responsável pelo Grupo de Doença Reumatóide. Preceptora.

Dr. José Carlos Mansur Szajubok – Encarregado do Setor de Enfermaria.

Responsável pelo Grupo de LES/Colagenoses. Preceptor.

Dra. Nafice Costa Araújo – Encarregada do Setor de Ambulatório (Manhã).

Responsável pelo Grupo de Osteoartrose.

Dra. Sônia Maria A. Loduca Lima – Responsável pelo Grupo de Espondiloartropatias.

Dra. Elaine de Azevedo – Responsável pelo Grupo de Osteoporose.

Dr. Sílvio Figueira Antônio – Responsável pelo Grupo de Coluna. Preceptor.

Dra. Juliana de Alexandria Fernandes – Médica assistente.

Dra. Renata Ferreira Rosa – Médica assistente

### APOIO

Dr. José Ricardo Anijar – Densitometria Óssea.

Dr. João Roberto Pereiro – Histoquímica Muscular.

Dra. Maria Cristina Biasoli – Fisioterapeuta Voluntária.

Rita de Cássia Lozovoi – Enfermeira-chefe (Enfermaria de Reumatologia).



Grupo do Cerir no Curso de Reciclagem em Reumatologia do HSPE.

## JORNADA DE BOTUCATU

Nos dias 16 e 17 de maio, ocorreu a Jornada de Botucatu, sob a coordenação do Prof. Dr. Oswaldo Melo da Rocha. O evento tem mais de dez anos de tradição e é parte integrante das Jornadas do Interior promovidas pela SPR. De cunho multidisciplinar e com a artrite reumatóide como tema central, contou com a participação de nutricionistas, educadores físicos, enfermeiros, médicos e diversos estudantes. Os palestrantes presentes foram a Profa. Dra. Iêda M. M. Laurindo (HC-FMUSP) e o Prof. Dr. Roberto Carlos Burini, professor titular e fundador do CeMeNutri (importante centro de pesquisa de Botucatu), além da presença do Prof. Roberto Jorge da Silva Franco, chefe do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu.

## CAMINHADA DA FIBROMIALGIA

Ocorreu no dia 18 de maio no Parque Villa-Lobos em São Paulo. Promovida pela SBR – Comissão de Fibromialgia e Partes Moles – e liderada pelo Dr. Roberto Heymann. Cerca de 200 pessoas compareceram ao evento em clima de alegria e integração.

## XIV ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

Nos dias 29 a 31 de maio, no Hotel Maksoud Plaza, realizou-se a 14ª edição do Encontro de Reumatologia Avançada. Este evento, já tradicional e tão aguardado pelos reumatologistas não só paulistas, mas de todo o Brasil, contemplou temas atuais e relevantes. Os diversos serviços de reumatologia de nosso Estado puderam expor seus mais recentes trabalhos científicos nas áreas básica e clínica.

Nas seis mesas redondas do Encontro, foram apresentadas pesquisas sobre lúpus eritematoso sistêmico, osteoartrite, osteoporose, hanseníase, doença de Baggio-Yoshinari, esclerose sistêmica, artrite reumatóide, cardite reumática, doença de Behçet, fibromialgia, síndrome de hiper mobilidade benigna, síndrome antifosfolípide e artrite idiopática juvenil.

Na brilhante conferência de abertura proferida pelo Dr. José Luiz Telles, do Ministério da Saúde, foram abordadas as políticas de prevenção e tratamento para o envelhecimento adotadas pelo governo federal. Outras três conferências versaram sobre transplante autólogo de células-tronco; doença mista do tecido conjuntivo e síndrome de superposição e manifestações do sistema nervoso central no lúpus eritematoso sistêmico.

Os cuidados com os detalhes, como a presença de uma *nikkei* tipicamente trajada, entregando os exemplares da *Revista Paulista de Reumatologia* e o cardápio japonês do coquetel de abertura, homenageando o centenário da imigração japonesa no Brasil, puderam ser apreciados pelos 445 participantes.

O objetivo de divulgar a produção científica de ponta da reumatologia paulista foi plenamente alcançado. A nova gestão da sociedade Paulista de Reumatologia, em especial a Comissão Científica, demonstrou sua capacidade na elaboração de uma programação irrepreensível, fazendo deste evento um grande sucesso.

## PRIMEIRO ENCONTRO DE PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE

Aconteceu no dia 21 de junho, o Primeiro Encontro sobre SAF (síndrome antifosfolípide), voltado para pacientes, realizado no Auditório da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

A SAF é uma doença auto-imune, caracterizada por trombose e/ou abortamentos de repetição. Atinge principalmente mulheres na proporção de sete para cada homem, na faixa etária entre 20 e 50 anos. A doença pode ser primária, quando isolada de outras doenças auto-imunes ou secundárias, quando associada principalmente ao lúpus eritematoso sistêmico.

Este foi o primeiro encontro de uma série, que objetiva o esclarecimento da população de indivíduos com SAF. Na ocasião, estiveram presentes em torno de 40 pessoas, entre pacientes e familiares. Este grupo faz parte da população de pacientes acompanhada no Ambulatório de Síndrome Antifosfolípide do Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No primeiro momento, foi realizada uma apresentação ministrada pelo Dr. Jozélio Freire de Carvalho, chefe do citado ambulatório. Foram abordados diversos temas sobre a doença, como definição, diagnóstico, exames complementares, tratamento medicamentoso e a importância do profissional de nutrição. A platéia interagiu com interesse por meio de perguntas e discussão dos temas trabalhados.

Na seqüência, foi anunciado o lançamento do *site* explicativo sobre a doença ([www.apoiosaf.com.br](http://www.apoiosaf.com.br)), tendo como público-alvo pacientes, familiares e população em geral. A paciente Luana Viana de Oliveira fez a apresentação das diversas seções



dessa ferramenta. A proposta é gerar um espaço dinâmico de interação com a grande gama de assuntos relacionados com essa enfermidade.

Outro momento importante foi a discussão sobre a criação de uma associação para pacientes com SAF, coordenada pelo Dr. Jozélio, pela paciente Luana e sua mãe, a Sra. Jacira Viana. Esta iniciativa surgiu da necessidade de um engajamento entre os pacientes com SAF, bem como dos familiares e profissionais de saúde, a fim de unir esforços para o trabalho em prol do combate à doença. Houve também a presença de representantes da Associação Brasileira de Pacientes com Lúpus – Abrales, que por meio de suas experiências com pacientes lúpicos, trouxeram motivação para a criação dessa nova associação.

O encerramento foi celebrado com um momento de convivência no *hall* do auditório, no qual todos os presentes preencheram um cadastro de avaliação do encontro e outro para a adesão à futura associação. As próximas reuniões serão abertas a qualquer paciente ou interessados na doença, sendo divulgadas previamente no *site* e por meio de outras mídias, como mural e cartazes.

Mais informações: Dr. Jozélio Freire de Carvalho – jotafo@gmail.com

## ENCONTRO DE REUMATOLOGIA DO VALE DO PARAÍBA E MOGI DAS CRUZES

Realizado em 5 de julho, sob a coordenação da Dra. Carla Rossi. Contou com a participação de diversos médicos da região e os seguintes temas foram abordados: “Manifestações paraneoplásicas das doenças reumáticas” (Dr. Benedito do Espírito Santo Campos); “Bisfosfonatos: prós e contras” (Dr. José Roberto S Miranda); “Atualização em espondiloartropatias (Dra. Sonia Anti); “Farmacoeconomia” (Gina Marlieri); Atualização em tuberculose” (Dra. Eugênia Canindé) e discussão de casos clínicos de artrite reumatóide com foco em fisioterapia (Dra. Cássia Bossi e Dr. Marcelo Zanin).



CAMINHADA DA FIBROMIALGIA: (1) participantes no aquecimento. XIV ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA: a partir da esquerda, (2) Dr. José Luiz Telles, Dr. José Carlos Mansur Szajubok e Dr. Fernando Neubarth; (3) Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dra. Elaine de Azevedo e Dr. Rubens Bonfiglioli; (4) entrega da *Revista Paulista de Reumatologia* especial dos 100 anos da imigração japonesa; (5) mesa-redonda II; (6) mesa-redonda III; (7) visão geral da platéia. PÓS-EULAR DO HOSPITAL FLEURY: (8) Dr. José Carlos Mansur Szajubok e Dra. Ana Patrícia do Nascimento. ENCONTRO DE REUMATOLOGIA DO VALE DO PARAÍBA E MOGI DAS CRUZES: (9) participantes do evento.

## FLASHES DO EULAR

Cinquenta e cinco trabalhos foram apresentados durante o Eular, em Paris, dos quais dois foram apresentações orais. É interessante ressaltar a crescente presença de estudos brasileiros nesse evento, bem como a participação e parceria de diversos centros nacionais e, sobretudo, a colaboração com outros países latino-americanos.

A primeira apresentação oral teve como tema a lavagem articular associada ou não ao uso de infiltração intra-articular com corticosteróides. O estudo foi desenvolvido pela Unifesp-EPM e liderado pelo Prof. Dr. Jamil Natour e Dra. Rita Furtado.

A segunda apresentação foi um estudo sobre a função ovariana em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ), liderado pelo Prof. Dr. Clóvis Artur Almeida da Silva, da Unidade de Reumatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Detalhamento das apresentações orais e dados sobre os estudos apresentados sob a forma de pôster ou que constaram nos anais do congresso seguem relacionados.



EULAR: (1) Dra. Karine Luz e Dr. Leandro Parmegiani, Unifesp-EPM; (2) Dr. Clóvis Artur Almeida da Silva, FMUSP.

### LAVAGEM ARTICULAR EM OSTEOARTRITE DE JOELHOS: UM ESTUDO CONTROLADO, RANDÔMICO E DUPLO-CEGO

Leandro Parmigiani, Rita Vilar Furtado, Roberta Vilela Lopes, Luiza Helena Ribeiro, Jamil Natour.

O objetivo deste estudo foi comparar a efetividade e segurança da lavagem articular seguida da infiltração com hexacetonide de triancinolona (HT) e o uso intra-articular isolado de HT em 60 pacientes com osteoartrite primária de joelhos (Kellgren-Lawrence II e III), por meio de estudo duplo-cego, randômico, controlado. Após 12 semanas da intervenção, houve melhora estatisticamente significativa em ambos os grupos para as variáveis: escala visual analógica para dor em repouso, movimento, goniometria, Womac. Porém, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Os autores concluíram que a combinação da lavagem intra-articular associada com a infiltração intra-articular de HT não foi mais efetiva do que a infiltração intra-articular com HT isolada. Durante o Eular, a apresentação do estudo foi feita pela Dra. Karine R. Luz.

### REDUÇÃO DA RESERVA FOLICULAR OVARIANA DE PACIENTES COM LÚPUS JUVENIL

Pollyana B. Medeiros, Marília V. Febrônio, Eloísa Bonfá, Eduardo F. Borba, Albertina D. Takiuti, Clóvis Artur A. Silva.

Este foi o primeiro estudo na literatura médica que comparou as alterações menstruais, concomitantemente com a avaliação hormonal, de modo prospectivo, em 30 pacientes com LESJ e 30 controles adolescentes saudáveis, com mesmo padrão puberal de Tanner.

A média da idade atual de ambos os grupos foi de 17 anos. A média da idade da menarca foi significativamente maior nas pacientes com LESJ em relação ao grupo controle (13,13 anos vs 11,56 anos), entretanto, a média da idade da menarca materna foi similar nos dois grupos avaliados (12,5 anos vs 13,2 anos).

De destaque, as pacientes com LESJ tiveram significativamente ciclos com intervalos prolongados comparadas com as adolescentes controles (63% vs 10%). A mediana do FSH foi significativamente maior nas pacientes com LESJ do que nos controles e a mediana dos níveis de progesterona foi menor. Nenhuma paciente e controle teve falência ovariana prematura (FOP) que é definida com amenorréia persistente e níveis de FSH >40 UI/L. A mediana dos níveis de LH foi significativamente menor nas pacientes com LESJ com alterações menstruais *versus* pacientes com ciclos normais, entretanto as pacientes com LESJ com alterações menstruais e ciclos normais tiveram igualmente redução dos níveis séricos de progesterona (63% vs 73%). Manifestações clínicas, atividade, dano cumulativo e tratamento (incluindo dose atual de prednisona e uso de ciclofosfamida) foram similares nos dois grupos. Os níveis séricos de FSH foram também semelhantes nos dois grupos. Os pesquisadores concluíram que alterações menstruais são frequentes nas pacientes com LESJ e sugerem uma disfunção hipofisária no grupo específico de pacientes com alterações menstruais, sugerindo ausência de ovulação nestas adolescentes. Além disto, FOP é um evento raro no LESJ, todavia reserva ovariana parece estar reduzida nas pacientes com LESJ, independente da ciclofosfamida.

É importante ressaltar que um breve *highlighting* desse estudo e a entrevista do Dr. Clóvis foram publicados no *Eular Congress News*.

INCREASED FREQUENCY OF HLA-DRB1\*04 AND DQB1\*03 ALLELES IN CUTANEOUS VASCULITIS IN RHEUMATOID PATIENTS. W. E. Nishimura, S. R. M. Fernandes, R. A. Conde, M. B. Bértolo. Departamento de Reumatologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas.

NO EVIDENCE OF CYTOMEGALOVIRUS (CMV) DNA IN TISSUE SAMPLES OF PATIENTS WITH POLYARTERITIS NODOSA (PAN) AND MICROSCOPIC POLYANGIITIS (MPA). Z. Sachetto<sup>1</sup>, S. C. B. Costa<sup>2</sup>, P. D. Andrade<sup>3</sup>, R. A. Conde<sup>1</sup>, E. M. I. Amstalden<sup>4</sup>, S. R. M. Fernandes<sup>1</sup>. 1. Departamento de Reumatologia; 2. Departamento de Medicina Interna; 3. Departamento de Medicina Interna; 4. Departamento de Patologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

HLA-G EXPRESSION IN SYSTEMIC SCLEROSIS. I. J. Wastowski<sup>1</sup>, E. M. I. Amstalden<sup>2</sup>, G. Martelli<sup>1</sup>, J. F. Marques-Neto<sup>3</sup>, J. C. O. Crispim<sup>1</sup>, D. M. Rassi<sup>1</sup>, P. Moreau<sup>4</sup>, E. D. Carosella<sup>4</sup>, E. A. Donadi<sup>1</sup>, P. D. Sampaio-Barros<sup>3</sup>. 1. Imunologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2. Patologia; 3. Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 4. Imunologia, Hôpital Saint-Louis, Paris, França.

MYELOPEROXIDASE LEVEL IS INCREASED IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE). R. W. Telles<sup>1</sup>, G. A. Ferreira<sup>1</sup>, N. P. Silva<sup>2</sup>, E. I. Sato<sup>2</sup>. 1. Serviço de Reumatologia, Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2. Divisão de Reumatologia, Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

EVALUATION OF THE BONE MINERAL DENSITY AND BODY COMPOSITION IN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS – THE OSTEOPOROSIS AND EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS (OPERA) STUDY. M. M. Pinheiro<sup>1</sup>, A. C. Azevedo<sup>1</sup>, K. S. Sarkis<sup>2</sup>, E. T. Reis Neto<sup>1</sup>, R. M. Ciconelli<sup>1</sup>, L. A. Martini<sup>2</sup>, V. L. Szejnfeld<sup>1</sup>. 1. Divisão de Reumatologia, Unifesp–EPM; 2. Departamento de Nutrição, USP, São Paulo.

COST MINIMIZATION AND BUDGET IMPACT ANALYSIS OF RITUXIMAB VERSUS ABATACEPT, INFlixIMAB, ADALIMUMAB AND ETANERCEPT FOR RHEUMATOID ARTHRITIS FROM A PAYER PERSPECTIVE IN BRAZIL. R. M. Ciconelli<sup>1</sup>, E. A. V. Santos<sup>2</sup>, V. D. Nasciben<sup>2</sup>, M. G. Saggia<sup>2</sup>. 1. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo; 2. Economia da Saúde, Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos, São Paulo.

PROSPECTIVE ASSESSMENT OF JOINT VARIABLES IN RESPONSE TO INTRA-ARTICULAR INJECTION (IAI) IN THE SHORT AND MEDIUM TERM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA). R. N. V. Furtado, F. S. Machado, K. R. Luz, M. F. Santos, M. S. Konai, R. V. Lopes, J. Natour. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

FLUOROSCOPY VERSUS ULTRASONOGRAPHY-GUIDED INJECTIONS: A CONTROLLED PROSPECTIVE STUDY IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES. R. N. V. Furtado<sup>1</sup>, M. F. Santos<sup>1</sup>, M. S. Konai<sup>1</sup>, S. V. Mitraud<sup>2</sup>, A. Rosenfeld<sup>2</sup>, M. M. B. Silva<sup>2</sup>, A. R. C. Fernandes<sup>2</sup>, J. Natour<sup>1</sup>. 1. Divisão de Reumatologia; 2. Departamento de Radiologia, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – Unifesp, São Paulo.

PHARMACOKINETICS OF CYCLOPHOSPHAMIDE ENANTIOMERS IN LUPUS NEPHRITIS PATIENTS. C. de Miranda Silva<sup>1</sup>, B. D. Fernandes<sup>1</sup>, M. P. Marques<sup>1</sup>, L. M. Silva<sup>2</sup>, E. A. Donadi<sup>2</sup>, P. Louzada-Jr<sup>2</sup>, V. L. Lanchote<sup>1</sup>. 1. Departamento de Toxicologia, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo; 2. Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MIXED CRYOGLOBULINEMIA IN BRAZILIAN PATIENTS: CLINICO-PATHOLOGICAL FINDINGS. L. M. Silva, C. R. C. Reis, C. A. Kamiya, F. R. Oliveira, P. Louzada-Jr. Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

THE ASSOCIATION OF PENTOXIFYLLINE AND VITAMIN E IMPROVES SKIN INVOLVEMENT IN SSC PATIENTS. R. B. C. Souza, K. M. Kuruma, A. R. Macedo, C. T. L. Borges. Reumatologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESOURCE UTILIZATION AND COST OF ANKYLOSING SPONDYLITIS IN BRAZIL. T. M. Torres<sup>1</sup>, M. B. Ferraz<sup>2</sup>, R. M. Ciconelli<sup>2</sup>. 1. Departamento de Medicina, Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo; 2. Departamento de Medicina, Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, Hospital São Paulo, São Paulo.

THE RELATIONSHIP BETWEEN RISK ASSESSMENT TOOL (OSTEORISK) AND QUANTITATIVE ULTRASOUND OF THE CALCANEUS IN BRAZILIAN WOMEN. T. Saviato<sup>1</sup>, S. Appenzeller<sup>2</sup>, M. R. Pereira<sup>3</sup>, J. F. Marques-Neto<sup>2</sup>, F. Guarantini<sup>1</sup>, I. D. B. de Oliveira<sup>3</sup>, J. Mendonça<sup>3</sup>. 1. Reumatologia, Universidade Pontifícia Católica de Campinas; 2. Medicina Interna, Unicamp; 3. Medicina Interna, Universidade Pontifícia Católica de Campinas, Campinas.

RISK FACTORS FOR OSTEOPOROTIC FRACTURES IN BRAZILIAN MEN AND WOMEN – THE BRAZILIAN OSTEOPOROSIS STUDY (BRAZOS). M. M. Pinheiro<sup>1</sup>, R. M. Ciconelli<sup>1</sup>, L. A. Martini<sup>2</sup>, M. B. Ferraz<sup>1</sup>. 1. Divisão de Reumatologia, Unifesp–EPM; 2. Nutrição, USP, São Paulo.

PHYSICAL THERAPY EFFECTS ON THE IMPROVEMENT OF SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE IN FIBROMYALGIA PATIENTS. A. P. Marques, F. Carbonário, A. Assumpção, L. A. Matsutani, J. F. Sauer. Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo.

IS ACUPUNCTURE AN EFFECTIVE TREATMENT FOR FIBROMYALGIA SYMPTOMS? A. P. Marques, R. S. Takiguchi, A. Assumpção, J. F. Sauer. Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, São Paulo.

THE ROLE OF SINGLE PHOTON EMISSION TOMOGRAPHY (SPECT) AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) IN DETECTING ACUTE NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN SLE PATIENTS. M. S. Carlos, R. Oliveira, J. M. Ushirohira, L. Wickert-Ana, A. C. Santos, P. Louzada-Junior. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

EVALUATION OF THE RESPONSIVENESS IN HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE. PROSPECTIVE STUDY IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. E. A. M. Freire<sup>1</sup>, A. Bruscato<sup>2</sup>, R. M. Ciconelli<sup>3</sup>. 1. Medicina Interna, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa; 2. Estatística, IBMEC; 3. Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.



EVALUATION EFFECTIVENESS OF THE DANCE IN A TREATMENT OF FIBROMYALGIA. A. S. Baptista, A. Villela, J. Natour. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

IS THERE SOMETHING WE CAN LEARN FROM RHEUMATOID ARTHRITIS IN LATIN AMERICA? A DESCRIPTIVE REPORT ON AN INCEPTION COHORT OF 1093 PATIENTS. B. A. Pons-Estel<sup>1</sup>, L. Massardo<sup>2</sup>, D. Wojdyla<sup>3</sup>, E. Acevedo<sup>4</sup>, I. Laurindo<sup>5</sup>, Z. M. Guibert<sup>6</sup>, L. J. Catoggio<sup>7</sup>, C. Pineda<sup>8</sup>, J. M. Anaya<sup>9</sup>. 1. Reumatologia, Hospital Provincial de Rosario, Rosario, Argentina; 2. Reumatologia, Pontificia Universidade Católica do Chile, Santiago, Chile; 3. Escuela Estadística, Faculdade de Ciências Econômicas e Estatística, Rosario, Argentina; 4. Reumatologia, Hospital G. Almenara, Lima, Peru; 5. Reumatologia, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil; 6. Reumatologia, Hospital Clínico Quirúrgico 10 Octubre, La Habana, Cuba; 7. Reumatologia, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina; 8. Investigación Biomédica, Inst. Nac. de Rehabilitación, Cidade do México, México; 9. Corporación para Investigaciones Biológicas, Univ. del Rosario, Medellín, Colômbia.

DIAGNOSTIC ACCURACY OF DOUBLE IMMUNE DIFFUSION, ENZYME LINKED IMMUNOSORBENT ASSAY AND PASSIVE HAEMAGGLUTINATION FOR ANTI-EXTRACTABLE NUCLEAR ANTIGEN ANTIBODIES IN AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASES. P. S. Lora<sup>1</sup>, C. C. F. C. Laurino<sup>1</sup>, O. Monticello<sup>1</sup>, L. C. Andrade<sup>2</sup>, J. T. Brenol<sup>1</sup>, R. M. Xavier<sup>1</sup>. 1. Reumatologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre; 2. Reumatologia, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

ANTI-NUCLEOSOME AND ANTI-CHROMATIN ANTIBODIES ARE PRESENT IN ACTIVE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS BUT NOT IN THE CUTANEOUS FORM. A. Souza<sup>1</sup>, L. M. Silva<sup>1</sup>, A. M. F. Roselino<sup>2</sup>, P. Louzada-Junior<sup>1</sup>. 1. Imunologia Clínica; 2. Dermatologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PHARMACOTHERAPY FOR BEHÇET'S SYNDROME – SYSTEMATIC REVIEW. C. M. Sanches<sup>1</sup>, L. S. A. Goulard<sup>2</sup>, V. F. M. Trevisani<sup>3</sup>. 1. Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e Universidade de Santo Amaro – Unisa; 2. Divisão de Reumatologia, Universidade de Santo Amaro – Unisa; 3. Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e Universidade de Santo Amaro – Unisa, São Paulo.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF CANE USE REGARDING ENERGY CONSUMPTION DURING GAIT, PAIN, FUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS. A. Jones<sup>1</sup>, P. G. Silva<sup>1</sup>, A. C. R. Silva<sup>1</sup>, J. R. B. Jardim<sup>2</sup>, J. Natour<sup>1</sup>. 1. Divisão de Reumatologia; 2. Divisão de Pneumologia, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, São Paulo.

ANTI-CYCLIC CITRULLINATED PEPTIDE ANTIBODIES AND RHEUMATOID FACTOR IN SERA OF PATIENTS WITH LEPROSY-ASSOCIATED ARTICULAR INVOLVEMENT. S. L. E. Ribeiro<sup>1</sup>, H. L. A. Pereira<sup>2</sup>, N. P. Silva<sup>3</sup>, R. Neves<sup>4</sup>, E. I. Sato<sup>5</sup>. 1. Clínica Médica; 2. Clínica, Universidade Federal do Amazonas, Manaus; 3. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo; 4. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo; 5. Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

INTEROBSERVER RELIABILITY IN SONOGRAPHIC ASSESSMENT OF JOINT DAMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS. E. Filippucci<sup>1</sup>, K. R. Luz<sup>2</sup>, L. Di Geso<sup>1</sup>, F. Salaffi<sup>1</sup>, M. Tardella<sup>1</sup>, J. Natour<sup>2</sup>, W. Grassi<sup>1</sup>. 1. Cattedra di Reumatologia, Università Politecnica delle Marche, Jesi, Itália; 2. Disciplina de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

EVALUATION OF PATIENT ACCEPTABLE SYMPTOM STATE (PASS) IN A BRAZILIAN COHORT OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. M. K. Schmitz, L. N. Guedes, L. P. Costa, P. A. Macedo, C. A. M. Caldas, D. M. Medeiros, D. S. Domiciano, B. Tucci, S. C. R. Torres, E. M. Hasegawa, C. B. Garcia, L. H. J. Neto, R. B. Tomita, J. A. Paupitz, Z. C. Arruda Jr, I. M. M. Laurindo. Reumatologia, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo.

INHIBIN B IN MALE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. R. M. Suehiro<sup>1</sup>, E. F. Borba<sup>1</sup>, E. Bonfá<sup>1</sup>, T. S. Okay<sup>2</sup>, P. M. F. Soares<sup>1</sup>, C. A. A. Silva<sup>3</sup>. 1. Divisão de Reumatologia; 2. Departamento de Pediatria; 3. Unidade de Reumatologia, Departamento de Pediatria, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

EXTENDED INCREASE OF THE BRACHIAL ARTERIAL FLOW IN SYSTEMIC SCLEROSIS PATIENTS AFTER ADMINISTRATION OF INTRAVENOUS LIDOCAINE. R. C. V. Chacha<sup>1</sup>, F. R. Oliveira<sup>1</sup>, F. C. Petean<sup>1</sup>, J. J. J. R. Elias<sup>2</sup>, P. Louzada-Junior<sup>1</sup>. 1. Imunologia Clínica; 2. Radiologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

CAUSES OF DEATH AND PROGNOSIS IN SYSTEMIC SCLEROSIS: ANALYSIS OF 428 PATIENTS. P. D. Sampaio-Barros<sup>1</sup>, A. B. Bortoluzzo<sup>2</sup>, A. M. Samara<sup>1</sup>, J. F. Marques-Neto<sup>1</sup>. 1. Unidade de Reumatologia, Departamento de Medicina Interna, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2. Departamento de Bioestatística, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

MANDIBLE FUNCTION IS SEVERELY AFFECTED IN SYSTEMIC SCLEROSIS (SSC) PATIENTS. E. A. Ferreira<sup>1</sup>, R. B. C. Souza<sup>1</sup>, C. T. L. Borges<sup>1</sup>, E. F. Borba<sup>1</sup>, J. T. T. Siqueira<sup>2</sup>, E. Bonfá<sup>1</sup>. 1. Reumatologia; 2. Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CYCLOPHOSPHAMIDE (CFM) AND PREDNISONE: A PROSPECTIVE RANDOMIZED CONTROLLED STUDY FOR SSC LUNG AND SKIN DISEASE. R. B. C. Souza<sup>1</sup>, D. S. Domiciano<sup>1</sup>, C. T. L. Borges<sup>1</sup>, R. A. Kairalla<sup>2</sup>, E. Parra<sup>3</sup>, V. L. Capelozzi<sup>3</sup>, E. Bonfá<sup>1</sup>. 1. Departamento de Reumatologia; 2. Departamento de Pneumologia; 3. Departamento de Patologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRAZILIAN REGISTRY OF SPONDYLOARTHROPATHIES: EPIDEMIOLOGICAL DATA OF 1036 PATIENTS. P. D. Sampaio-Barros, C. R. Gonçalves, J. A. Braga-da-Silva, A. C. Ximenes, V. F. Azevedo, W. A. Bianchi, R. Bonfiglioli, S. C. S. Carneiro, H. M. S. Carvalho, M. A. P. Carvalho, R. M. Ciconelli, I. P. Costa, A. P. Duarte, M. B. O. Gavi, M. W. Keiserman, C. Kohem, N. H. Leite, S. A. L. Lima, E. S. Meirelles, I. A. Pereira, E. Polito, S. L. E. Ribeiro, F. A. C. Rocha, M. B. Santiago, M. F. L. C. Sauma, T. L. Skare, R. A. Toledo, W. P. Vieira, J. Vazquez-Mellado. Registro Brasileiro de Espondiloartropatias, Sociedade Brasileira de Reumatologia, Campinas.

BONE MINERAL DENSITY AND BODY COMPOSITION IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH PSORIASIS AND PSORIATIC ARTHRITIS. P. G. Pedreira, M. M. Pinheiro, V. L. Szejnfeld. Reumatologia, Hospital São Paulo, São Paulo.

NUTRIENT INTAKES RELATED TO BONE MINERAL DENSITY IN BRAZILIAN MEN AND WOMEN- THE BRAZILIAN OSTEOPOROSIS STUDY (BRAZOS). M. M. Pinheiro<sup>1</sup>, N. J. Oliveira<sup>2</sup>, P. S. Genaro<sup>2</sup>, R. M. Ciconelli<sup>1</sup>, M. B. Ferraz<sup>1</sup>, L. A. Martini<sup>2</sup>. 1. Divisão de Reumatologia, Unifesp-EPM; 2. Departamento de Nutrição, USP, São Paulo.

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF LOW BACK PAIN KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE – LKQ. S. C. Maciel, J. Natour, F. Jennings, A. Jones. Reumatologia, Unifesp, São Paulo.

THE EFFECTIVENESS OF THE ABDOMINAL BELT TO THE TREATMENT OF THE CHRONIC LOW BACK PAIN. C. Nunes, K. Luz, J. Natour. Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

CORRELATION BETWEEN CLINICAL AND ULTRASONOGRAPHIC ASSESSMENTS IN RHEUMATOID WRIST JOINTS. K. R. Luz<sup>1</sup>, R. N. V. Furtado<sup>1</sup>, C. Nunes<sup>1</sup>, J. Porglho<sup>2</sup>, S. V. Mitraud<sup>2</sup>, A. R. C. Fernandes<sup>2</sup>, J. Natour<sup>1</sup>. 1. Divisão de Reumatologia; 2. Divisão de Radiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

INTEROBSERVER RELIABILITY IN SONOGRAPHIC ASSESSMENT IN RADIOCARPAL AND MIDCARPAL JOINTS. K. R. Luz<sup>1</sup>, R. N. V. Furtado<sup>1</sup>, S. V. Mitraud<sup>2</sup>, J. Porglho<sup>2</sup>, C. Nunes<sup>1</sup>, A. R. C. Fernandes<sup>2</sup>, J. Natour<sup>1</sup>. 1. Divisão de Reumatologia; 2. Divisão de Radiologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

THE EFFECTIVENESS OF A NIGHTTIME HAND POSITIONING SPLINT IN. A. R. Silva, A. Jones, P. G. Silva, J. Natour. Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF HYPERINTENSE WHITE MATTER LESIONS IN SLE PATIENTS: A QUANTITATIVE MRI STUDY. S. Appenzeller<sup>1</sup>, A. V. Faria<sup>2</sup>, L. M. Li<sup>3</sup>, L. T. L. Costallat<sup>4</sup>, F. Cendes<sup>3</sup>. 1. Medicina Interna, Unicamp, Campinas; 2. Radiologia; 3. Neurologia; 4. Medicina Interna, Unicamp, São Paulo.

WHITE MATTER HYPERINTENSITY ARE ASSOCIATED WITH DISRUPTION IN BRAIN CONNECTIVITY IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. S. Appenzeller<sup>1</sup>, L. Bonilha<sup>2</sup>, L. M. Li<sup>3</sup>, L. T. L. Costallat<sup>1</sup>, F. Cendes<sup>3</sup>. 1. Medicina Interna, Unicamp, Campinas; 2. Neuropsychiatry and Communication Sciences and Disorders, South Carolina, South Carolina, United States; 3. Neurologia, Unicamp, Campinas.

PREDICTORS FOR MORTALITY IN SLE: DIPHOSPHATE CHLOROQUINE USE HAS A MORE PRONOUNCED EFFECT IN WOMEN THAN IN MEN. S. Appenzeller<sup>1</sup>, C. B. Zeller<sup>2</sup>, M. B. Bértolo<sup>1</sup>, I. B. Coimbra<sup>1</sup>, L. T. L. Costallat<sup>1</sup>. 1. Medicina Interna; 2. Estatística, Unicamp, Campinas.

NEUROPSYCHIATRIC MANIFESTATIONS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL AND LABORATORY FEATU-

RES AND PROGNOSTIC FACTORS. S. Appenzeller<sup>1</sup>, C. B. Zeller<sup>2</sup>, R. Marini<sup>3</sup>, F. Cendes<sup>4</sup>, L. T. L. Costallat<sup>1</sup>. 1. Medicina Interna; 2. Estatística; 3. Pediatria; 4. Neurologia, Unicamp, Campinas.

RAYNAUD'S PHENOMENON IS NOT AN INDEPENDENT RISK FACTOR FOR ARTERIAL THROMBOTIC EVENTS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. S. Appenzeller<sup>1</sup>, C. B. Zeller<sup>2</sup>, L. T. L. Costallat<sup>1</sup>. 1. Medicina Interna; 2. Estatística, Unicamp, Campinas.

MIGRAINE IS AN INDEPENDENT RISK FACTOR FOR ARTERIAL THROMBOTIC EVENTS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS. S. Appenzeller<sup>1</sup>, C. B. Zeller<sup>2</sup>, L. T. L. Costallat<sup>1</sup>. 1. Medicina Interna; 2. Estatística, Unicamp, Campinas.

COGNITIVE IMPAIRMENT AND EMPLOYMENT STATUS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: A PROSPECTIVE LONGITUDINAL STUDY. S. Appenzeller, L. T. L. Costallat. Medicina Interna, Unicamp, Campinas.

PROGRESSIVE RESISTANCE TRAINING IN PATIENTS WITH SHOULDER IMPINGEMENT SYNDROME: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. I. Lombardi Jr.<sup>1</sup>, A. Magri<sup>1</sup>, A. Fleury<sup>2</sup>, A. Silva<sup>2</sup>, J. Natour<sup>1</sup>. 1. Setor de Reabilitação, Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo; 2. Centro de Fisiologia do Exercício, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

THE EFFECTIVENESS OF A NIGHTTIME HAND POSITIONING SPLINT IN RHEUMATOID ARTHRITIS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. A. R. Silva, A. Jones, P. G. Silva, J. Natour. Divisão de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

EFFECTS OF A POSTURAL AND FUNCTIONAL APPROACH-BASED EXERCISE PROGRAM IMPROVE THE BODY BALANCE, FOOT PAIN E MOBILITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS WITH FOOT DEFORMITIES. C. M. Carmo, C. Tanaka, C. Fu, F. A. Caromano, A. C. Aikawa. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo.

EFFECTS OF A POSTURAL AND FUNCTIONAL APPROACH-BASED EXERCISE PROGRAM ON THE FOOT PERCEIVED BENEFITS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. C. M. Carmo, C. Tanaka, C. Fu, F. A. Caromano. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo.

THE EFFECT OF A POSTURAL AND FUNCTIONAL APPROACH-BASED EXERCISE PROGRAM IN ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS. C. M. Carmo, R. Watari, C. P. Blanco, J. C. Verassani, C. Tanaka. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VALIDATION OF THE BRAZILIAN-PORTUGUESE VERSION OF THE GESTURE BEHAVIOUR EVALUATION TEST FOR PATIENTS WITH NON-SPECIFIC CHRONIC LOW BACK PAIN. R. V. Furtado, A. Jones, F. Jennings, R. N. V. Furtado, J. Natour. Reumatologia – Divisão de Reabilitação, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

## FÓRUM DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO NAS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: QUEM PAGA A CONTA?

No dia 3 de julho de 2008, o Departamento de Reumatologia da Associação Paulista Medicina (APM), representado pelos membros da atual gestão da Sociedade Paulista de Reumatologia (SPR), teve a oportunidade de coordenar os trabalhos do fórum de debates sobre “Medicamentos de Alto Custo nas Doenças Reumatológicas: Quem Paga a Conta?” e que contou com as brilhantes presenças dos convidados Dra. Bianca M. Tedeschi (advogada do Grupasp), Dra. Maria Cecília M. Correa (médica sanitária coordenadora de Demandas Especiais da SES/SP) e da Dra. Goldete Prizskulnik (médica ginecologista e auditora da AGF/Alians). Nesse fórum foi constatada a grande relevância do tema, tanto por meio dos debates gerados pelos distintos pontos de vista externados pelos palestrantes, como pela reação da platéia.

De forma bem salientada, a tecnologia incorporada a todos os processos médicos, como na pesquisa básica, prevenção de doenças, técnicas diagnósticas laboratoriais e de imagem e nas terapêuticas atuais, faz com que ocorra o encarecimento de toda a medicina, ao contrário do que acontece em outros setores (industriais, financeiros, comerciais, etc.), nos quais as incorporações de novas tecnologias auxiliam para racionalizar os processos produtivos e baratear o custo para o consumidor final.

Nos últimos anos, assistimos à disponibilização de inúmeros produtos, resultantes dos crescentes avanços de desenvolvimento tecnológico, em todos os setores e especialidades médicas; na reumatologia estes se fizeram mais notadamente na área da terapêutica farmacológica, com os “medicamentos imunobiológicos” atualmente utilizados em artrite reumatóide, artrite psoriásica, espondiloartropatias, lúpus eritematoso sistêmico, vasculites e outras doenças do tecido conectivo. Alguns destes, de forma muito bem estabelecida, com eficiência, eficácia e segurança comprovadas, sendo capazes de alterar os cursos e retardar a progressão das doenças, evitando seqüelas e aumentando o número de anos vividos com qualidade. Outros, infelizmente, não conseguiram tais propriedades, quando são analisados de forma científica criteriosa, em ensaios clínicos bem conduzidos e que, mesmo assim, continuam a ser prescritos, principalmente por não especialistas em reumatologia, não só desfavorecendo que o paciente seja tratado da melhor maneira possível, mas contribuindo, sobretudo, para que os custos médicos se elevem.

A Dra. Cecília explanou que, de toda a verba destinada aos medicamentos, pela SES/SP em 2007, 68% dela foi gasta com os 30 medicamentos mais caros fornecidos pelo governo, seja por via normal (constantes da listagem de medicamentos especiais), por via administrativa estadual ou por via judicial, esta última, a seu ver, em número exagerado, e muitas vezes sem embasamento em critérios clínicos científicos. Os três medicamentos biológicos mais utilizados em 2007 (infleximabe, adalimumabe e etanercepte), pagos pela SES/SP, representaram 22,8% do total dos 30 medicamentos mais caros.

A Dra. Goldete, por sua vez, explicou de que forma os custos com avanços tecnológicos em medicina encarecem os preços dos serviços oferecidos pela saúde suplementar (medicinas de grupo, seguradoras, cooperativas médicas, auto-gestão e filantrópicas). Contudo, como não se consegue repassá-los em sua integralidade, surgiu a necessidade de se comercializar planos de saúde em base coletiva, com o intuito de se diluir os custos, tanto para as empresas quanto para os beneficiários, adotando-se diferentes preços para diferentes faixas de risco (faixas etárias).

A Dra. Bianca, exercendo sua profissão em defesa dos direitos individuais dos cidadãos, salientou que a Constituição Federal de 1988 garante a todo cidadão o direito integral à saúde, corroborado entre os princípios básicos do SUS, e que, quando esgotadas todas as vias normais de se assegurar a prestação de serviços de saúde pelo Estado, não resta outra opção a não ser aquela da via judicial, por meio de mandados de segurança, garantindo-lhes o direito constitucional. Lamentou a falta de divulgação, por parte da SES/SP, dos mecanismos existentes, informados pela Dra. Cecília, de como adquirir estes medicamentos de alto custo, sem que haja necessidade de ações judiciais para efetivar suas dispensações.



**FÓRUM DE MEDICAMENTOS:** a partir da esquerda, Dra. Pérola Goberstein Lerner, Dra. Goldete Prizskulnik, Dra. Elaine de Azevedo, Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Dra. Bianca Maria Tedeschi, Dr. José Carlos Mansur Szajubok e Dra. Maria Cecília M. M. A. Corrêa.

Certamente, este fórum foi de grande utilidade, não só para escutarmos e refletirmos os diferentes pontos de vista sobre uma questão polêmica e relevante, mas também para que, em consenso, chegássemos às seguintes conclusões: a) que todo cidadão deve ter seu direito à saúde assegurado e deve ser tratado e amparado da melhor forma; b) que os fornecimentos de medicamentos de alto custo devem ocorrer baseados em avaliações criteriosas, embasadas em protocolos clínicos referendados pela boa prática da medicina baseada em evidências, levando em conta, entre outros, os conceitos de custo-benefício, custo-efetividade e custo-utility; c) que existe a necessidade premente da formação de câmaras técnicas nas secretarias de estado da saúde, compostas por profissionais experientes de cada setor específico da medicina; d) que os custos do setor saúde estão atingindo patamares astronômicos e necessitam ser revistos pela sociedade, tanto pelos profissionais da saúde e indústrias ligadas à medicina, quanto pelos órgãos governamentais e empresas prestadoras de saúde suplementar, a fim de estabelecer um entendimento coletivo e encontrar soluções para uma questão extremamente importante e crucial.

Paulo Roberto Stocco Romanelli  
Coordenador científico do Departamento de Reumatologia da APM



## ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL (AMA)

A Secretaria Municipal de Saúde, em colaboração com a SPR, selecionou sete reumatologistas para prestar atendimento nas AMAs de Capão Redondo e Texima Itaim Paulista, gerenciadas por "Organizações Sociais" (OS), Reumatologia. O regime de trabalho é em sistema de plantão de 12 horas, um dia na semana, atendendo a um paciente a cada 20 minutos, com salário bruto mensal de 3 mil reais, incluindo adicionais de distância. O contrato não é com a Prefeitura, mas com as OS, mas quem repassa a verba para as AMAs é a Prefeitura. É um contrato pela CLT, com direito a férias e décimo terceiro. Quem estiver interessado e possuir título de especialista em Reumatologia pela SBR/AMB, favor entrar em contato com a secretaria da SPR.

## ANIVERSÁRIO SPR

No dia 24 de agosto, a Sociedade Paulista de Reumatologia completou 55 anos. Parabéns!!!



## Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas, você tem encontro marcado com o Fórum de Debates em Reumatologia. Logo após os debates, você poderá degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

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

### SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES (7 DE MAIO DE 2008)

**Tema:** "Síndrome hemofagocítica e lúpus eritematoso sistêmico".

**Coordenação:** Samuel K. Shinjo (HC-FMUSP)

**Convidados:** Levi Higino Jales Neto (HC-FMUSP), Guilherme Henrique H. Fonseca (Hematologia-FMUSP), Monique Kowalski Schmitz (HC-FMUSP), Alexandre Wagner Silva de Souza (Unifesp-EPM)

**Bizu:** "O valor dos auto-anticorpos contra peptídeo citrulinado cíclico (CCP) na prática reumatológica"

**Convidado:** Charles H. M. Castro (Unifesp-EPM)

### TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES (25 DE JUNHO DE 2008)

**Tema:** "As várias faces de uma mesma doença: discussão de caso clínico – lúpus tímido".

**Coordenação:** Lenise Brandão Pieruccetti (Hospital Heliópolis)

**Convidados:** Lina Oliveira de Carvalho (Reumatologia), Juliana Hypolito da Silva (Dermatologia), Ricardo Vipich (Infecologia) e Sandra M. A. C. Crivello (Odontologia)

**Bizu:** "Aspectos por imagem nas artropatias inflamatórias"

**Convidado:** Jader J. Silva (Radiologia – Lab. Fleury)

### FÓRUM DE DEBATES EM REUMATOLOGIA 2008:

1 de outubro,

5 de novembro

#### ONDE E QUANDO

Fórum de Debates. Associação Médica Brasileira, Auditório Nobre Prof. Dr. Adib Jatene, R. São Carlos do Pinhal, 324 – Bela Vista – São Paulo – SP (próximo ao Hotel Maksoud Plaza). Estacionamento e confraternização: Hotel Feller, R. São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista – São Paulo – SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima). Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas.



**BIZU E SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES:** a partir da esquerda, (1) Dr. Guilherme Henrique H. Fonseca, Dra. Monique Kowalski Schmitz, Dr. Samuel K. Shinjo, Dr. Alexandre Wagner Silva de Souza, Dr. Levi Jales Neto e Dr. José Carlos Mansur Szazubok. **BIZU E TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES:** a partir da esquerda, (2) Dr. Jader J. Silva, Dra. Elaine de Azevedo, Dr. José Ricardo Anijar e Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro; (3) na primeira fileira, Dr. Cristiano A. F. Zerbini, Dra. Sandra M. A. C. Crivello, Dra. Lenise Brandão Pieruccetti, Dra. Lina O. Carvalho e Dra. Juliana Hypolito da Silva; na segunda fileira, Dr. Ricardo Vipich, Dr. Luiz Carlos Latorre, Dr. Domingos (dermatologia do Hospital Heliópolis) e Dr. Jader J. Silva.

# Agenda

## 2008

### NACIONAIS

#### XXVII Congresso Brasileiro de Reumatologia

**Data:** 17 a 20 de setembro de 2008

**Local:** Maceió, AL

**Contato:** [www.reumatologia.com.br/eventos](http://www.reumatologia.com.br/eventos)

#### III Ação Reumato

**Data:** 12 de outubro de 2008

**Local:** Parque Villa-Lobos

(Av. Prof. Fonseca Rodrigues, 2001, São Paulo, SP)

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

#### III Curso de Revisão de Reumatologia para Clínicos

**Data:** 17 e 18 de outubro de 2008

**Local:** APM, São Paulo, SP

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

### INTERNACIONAIS

#### VI Congresso de Auto-Imunidade

**Data:** 3 a 7 de setembro de 2008

**Local:** Porto, Portugal

**Contato:** [www.kenes.com/autoimmunity](http://www.kenes.com/autoimmunity)

#### XXX Congresso da Sociedade Americana de Metabolismo Ósseo – ASBMR

**Data:** 12 a 16 de setembro de 2008

**Local:** Montreal, Canadá

**Contato:** [www.asbmr.org](http://www.asbmr.org)

#### 72º Congresso do Colégio Americano de Reumatologia (ACR)

**Data:** 24 a 29 de outubro de 2008

**Local:** São Francisco, EUA

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

#### Congresso Mundial de Osteoporose

**Data:** 3 a 7 de dezembro de 2008

**Local:** Bangkok, Tailândia

**Contato:** [www.iofbonehealth.org](http://www.iofbonehealth.org)

## 2009

### NACIONAIS

#### XVème Journée de Rhumatologie Avancée – Echanges France-Brésil

#### XV Encontro de Reumatologia Avançada

**Data:** 21 a 23 de maio de 2009

**Local:** São Paulo, SP

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

## Cartas



A última edição da *RPR* ganhou muitos elogios de nossos associados. Abaixo, algumas das cartas enviadas aos editores.

"Marcelo e Cia., parabéns pelo excelente número dedicado aos *nisseis*. É muito bom ter reumatologistas com algo mais que saber o reumatológico, senso estético, por exemplo. Um grande abraço." Caio Moreira (Belo Horizonte, MG).

"Gostaria de parabenizar a excelente edição da última *Revista Paulista de Reumatologia* e pela generosa parte dedicada à Colônia Japonesa. Apesar de sermos poucos em relação ao número de reumatologistas da SBR, fico bastante emocionada e grata pela atenção que a Sociedade Paulista de Reumatologia teve em homenagear os reumatologistas *nikkeis* não somente de São Paulo, mas de toda a SBR." Érika Naomi Naka, reumatologista pediatra (Campo Grande, MS).

Além disso, recebemos elogios das transmissões do Fórum de Debates.

"As transmissões estão cada vez melhores. Alguns problemas de sincronia dos *slides*, mas corrigíveis no ato. Tivemos problemas com o Speedy local, momentos antes da transmissão e transferimos para a NET." Jorge Clemente (Santos, SP).

**CAPA:** menino à esquerda: *Moçambique*, Johann Moritz Rugendas. *Voyage Pittoresque dans le Brésil*. Paris, Engelmann, 1835. Baiana: *Creoula*, Lindemann, c. 1900. **EDITORIAL:** último retrato da Família Imperial (detalhe com Dom Pedro II e a imperatriz Thereza Christina Maria), Otto Hees. Coleção Dom João de Orleans e Bragança. **ÉTICA:** imagem de fundo: *A adoração dos Magos*, Hugo van der Goes, c. 1468-1470. Berlin, Staatliche Museum. imagem colorida: *Pietà*, Vincent van Gogh, 1889. Amsterdã, Van Gogh Museum.