

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 6 N.º 2 abr/jun 2007

**XIII Encontro de
Reumatologia
Avançada**

**Medicações de Alto
Custo e as Doenças
Reumáticas**



Sumário

REGISTRO

| | |
|--|-------|
| Registro | 3 |
| Editorial | 4 |
| Reabilitando o Reumatologista | 5-6 |
| Rheuma | 7-8 |
| Publicações | 8-12 |
| Artrófilo | 13-15 |
| Ética | 16-17 |
| Grupos de Apoio | 18 |
| XIII Encontro de Reumatologia Avançada | 20-21 |
| Entrevista | 22-24 |
| reumatologiasp.com.br | 25 |
| Noticiário | 27-28 |
| Agenda | 29 |

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2006/2007

Presidente

Ari Stiel Radu

Vice-Presidente

Luiz Carlos Latorre

1.º Secretário

Jozélio Freire de Carvalho

2.º Secretário

Sandra Hiroko Watanabe

1.º Tesoureiro

Daniel Feldman Pollak

2.º Tesoureiro

Fernanda Rodrigues Lima

Diretor Científico

Cláudia Goldenstein Schainberg

Conselho Fiscal e Consultivo

Célio Roberto Gonçalves, José Roberto Provenza, Rina Dalva Neubarth Giorgi, Jamil Natour, Manoel Barros Bértolo

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Ivone Minhoto Meinão (Presidente), Cristiane Kayser (1.º Secretário), Paulo de Tarso Nora Verdi (2.º Secretário), Maurício Levy Neto (Coordenador Científico)

Comissão Científica

Célio Roberto Gonçalves, Rosa Maria Rodrigues Pereira, Eduardo Ferreira Borba Neto, Charllies Helden de Moura Castro, Maria Guadalupe Barbosa Pippa, Sílvia Figueira Antonio

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Abel Pereira de Souza Jr., Ivone Minhoto Meinão, Eduardo de Souza Meirelles

Comissão de Educação Médica

Milton Helfenstein Jr., Flávio Monteiro de Barros Maciel

Comissão do Interior

Paulo de Tarso Nova Verdi (Araçatuba), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Ibsen Bellini Coimbra (Campinas), Rubens Bonfiglioli (Campinas), César Emile Baaklini (Marília), Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto), Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto), Joaquim Gonçalves Neto (Santos), Clovis Strini Magon (São Carlos), Gilberto Santos Novaes (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto)

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudio Arnaldo Len

Site

José Knoplich, 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

Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings, Alexandre Wagner S. Souza, Romy Beatriz Christmann de Souza

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção Editorial

Kleber Kohn

Coordenação Editorial

Sílvia Souza

Jornalista

Luciana C.N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Caralbas, 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

"(...) considerando a necessidade de aprimorar os instrumentos e estratégias que asseguram e ampliam o acesso da população aos serviços de saúde, incluído o acesso aos medicamentos em estreita relação com os princípios da Constituição e da organização do Sistema Único de Saúde (...)"

Com este parágrafo, inicia-se a nova portaria do Ministério da Saúde que redefine os procedimentos e valores dos medicamentos de alto custo (medicamentos de dispensação excepcional).

A utilização de medicamentos de alto custo transformou a realidade da reumatologia. Não basta estarmos atualizados cientificamente. Não são suficientes vários anos de prática clínica para aprender a tratar cada vez melhor nossos pacientes com doenças crônicas. Agora, é obrigação dos reumatologistas participarem de uma grande discussão dos aspectos econômicos da saúde pública. Esta discussão é urgente, não podemos mais nos esquivar de uma posição firme e independente neste assunto.

Por um lado, existe o interesse maior, aquele do paciente, que deve permanecer prioritário. No entanto, esse interesse deve ser avaliado de maneira judiciosa, sem preconceitos, baseado em evidências científicas firmes e normas preestabelecidas que sirvam de guias. Estas normas são, entretanto, dinâmicas.

O contínuo avanço de nossos conhecimentos da fisiopatologia das doenças auto-imunes e de seus fatores prognósticos exige constante atualização de normas vigentes. Em outras palavras, o uso racional das drogas de alto custo que estão no mercado, ou que entrarão no mercado nos próximos anos, depende de um profundo conhecimento das doenças e dos doentes para os quais estas drogas foram criadas. *Esta é a posição da Sociedade Paulista de Reumatologia.* Acreditamos firmemente que é nosso papel, como especialistas nessas doenças, orientar corretamente o uso racional desses medicamentos sem nenhum viés em favor de interesses comerciais ou emocionais. É preciso ditar as regras que permitirão o contínuo acesso universal e adequado ao tratamento das doenças crônicas. Qualquer medida demagógica que resolva o problema temporariamente apenas implicará uma crise maior em um futuro breve.

Não bastam portarias e leis nessa área em contínuo movimento. Seria importante a criação de uma câmara técnica especializada e com capacidade de influenciar as decisões. Entre as necessidades dos pacientes e a capacidade de financiamento público, o reumatologista é solidário com os dois lados que são, na verdade, o mesmo lado, com os mesmos objetivos. Neste sentido, a SPR está atenta às dificuldades que vêm sendo relatadas, particularmente no interior do Estado, com a dispensação de medicamentos de alto custo. Não está menos atenta aos excessos e abusos eventualmente cometidos, bem como aos riscos de uma política que não seja absolutamente responsável.

Na abertura do Encontro de Reumatologia Avançada, teremos a oportunidade de debater esse tema. A SPR está aberta para ouvir a opinião dos colegas das várias cidades do Estado, bem como das associações de pacientes e outros órgãos envolvidos nessa difícil questão.

Ari Stiel Radu Halpern

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2006-2007

www.reumatologiasp.com.br

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Esses três temas, aparentemente sem relação entre si, serão abordados nesta edição da *RPR*. Começamos na Espanha, de frente para a Sagrada Família, monumento de extrema grandeza e beleza, idealizado e construído pelo maior artista catalão, Gaudí. Os recentes progressos para o diagnóstico precoce e tratamento de diversas enfermidades reumáticas têm-nos posicionado frente a uma questão anteriormente referida como segundo plano, a relação entre nós, reumatologistas, e a indústria farmacêutica. Nesse novo cenário, procuraremos explorar qual é a postura mais ética a ser adotada pelo reumatologista e como lidar com os conflitos de interesse. E, por último, a contribuição da economia para a medicina e a saúde.



Recentemente, esses aspectos têm sido chamados à baila. Médicos, economistas e estudiosos de ética em medicina procuram responder a questões práticas e conceituais, bem como a outras de cunho mais filosófico, como de onde vêm e como captar os recursos; como os custos podem ser minimizados; o que devemos considerar para estimar o preço mais adequado para nossas consultas; como administrar a receita e as despesas do consultório; qual o ônus para o estado e para a sociedade, uma vez que os recursos são finitos e as possibilidades de desenvolvimento terapêutico e de diagnóstico, aliadas ao crescimento da medicina, são infinitas. O maior acesso à informação, melhor nível educacional e a maior longevidade são algumas das explicações para justificar o incremento crescente desses custos.

Nos dias atuais, o sistema público de saúde garante o amplo e irrestrito acesso a todos os cidadãos brasileiros pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo menos teoricamente. No entanto, diversas questões polêmicas surgem para a liberação e dispensação de medicamentos de alto custo, em especial a burocracia – ou seria melhor chamá-la “burrocracia”? Não basta o lançamento de portarias e adendos, quase que anualmente; é necessário regulamentar e estabelecer normas mais factíveis para permitir e otimizar a distribuição e o uso racional dessas medicações aos pacientes, baseando-se em análise de custo e efetividade.

Além disso, a seção Reabilitando o Reumatologista traz uma atualização sobre a medida da densidade óssea do antebraço, um sítio esquelético relativamente pouco utilizado na prática clínica diária, mas com grande interesse para o estudo e avaliação do diagnóstico e risco de fratura em situações especiais.

A primeira edição do Curso de Atualização para Reumatologistas, idealizado pela SPR – Gestão Ari Radu –, foi um sucesso e contou com a participação de 221 pessoas.

Para finalizar, o XIII Encontro de Reumatologia Avançada está começando, e foi preparado especialmente para você.

**Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings,
Alexandre Souza e Romy Christmann**
Editores

O ANTEBRAÇO NA DENSITOMETRIA ÓSSEA

MARIA GUADALUPE B. PIPPA⁽¹⁾, CRISTIANO A. F. ZERBINI⁽²⁾

1. Médica assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis-SP

2. Médico assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis-SP; diretor científico da Sociedade Brasileira de Densitometria Óssea

As regiões do esqueleto precisam ser analisadas de forma apropriada, a fim de permitir a utilização correta e a interpretação do exame de densitometria óssea. A compreensão dos resultados quantitativos e imagens obtidas por tal metodologia envolvem uma classificação específica para o esqueleto. Com base nessa classificação, podemos definir qual sítio esquelético devemos aferir de acordo com a situação clínica. Assim, os sítios esqueléticos são descritos como axial ou apendicular (Figura 1), central ou periférico (Figura 2), sítios que suportam carga e aqueles que não suportam carga, e finalmente os que são predominantemente trabecular ou cortical. O diagnóstico precoce de osteoporose está baseado na detecção de baixa densidade mineral óssea (DMO) e presença de fratura por baixo impacto. A classificação desenvolvida pela OMS tem sido aceita em todo o mundo, e os sítios de interesse compreendem a coluna lombar, o fêmur proximal e a região proximal do antebraço. Este último constitui a região esquelética mais estudada quando utilizamos a densitometria periférica como método de avaliação.

ANATOMIA DO ANTEBRAÇO E REGIÕES DE INTERESSE

O antebraço compreende os ossos do rádio e ulna, que apresentam características distintas no que se refere à sua composição óssea (Tabela 1). A terminologia utilizada na densitometria para descrever os diversos sítios do antebraço deve ser bem compreendida. Habitualmente, os sítios deste segmento são divididos em 33% ou um terço do rádio, 50% e 10%, 5mm e 8mm, e a região ultradistal.

A determinação dessas porcentagens está fundamentada na localização do sítio em relação ao comprimento total da ulna, independentemente se o sítio que está sendo analisado é o rádio ou a ulna. Desta forma, entende-se que os 50% do sítio no rádio correspondem aos 50% do comprimento total da ulna, e não do rádio. Por outro lado, os sítios 5mm e 8mm representam o ponto exato (no rádio ou ulna) no qual a distância que separa estes dois ossos corresponde a 5mm e 8 mm (Figura 3). As regiões 33% e 50% são conhecidas como região proximal do antebraço, enquanto que o sítio 10% corresponde à região distal. Por último, a região ultradistal do antebraço corresponde a uma distância de 4% ou 5% do comprimento da ulna. As Figuras 4 e 5 representam as regiões de interesse (ROIs) do antebraço e a representação gráfica do exame de densitometria óssea respectivamente.

A Sociedade Internacional de Densitometria Clínica (ISCD) e a Sociedade Brasileira de Densitometria Óssea (SB-Dens) recomendam apenas a utilização do rádio proximal (33%) para avaliação da massa óssea. Isso se deve à diver-

Tabela 1 – Porcentagem de osso trabecular no antebraço.

| | |
|-----------------------|-----|
| 33% rádio ou ulna | 1% |
| 10% rádio ou ulna | 20% |
| 8mm rádio ou ulna | 25% |
| 5mm rádio ou ulna | 40% |
| 4% a 5% rádio ou ulna | 66% |

Figura 1 – Esqueleto axial e apendicular.

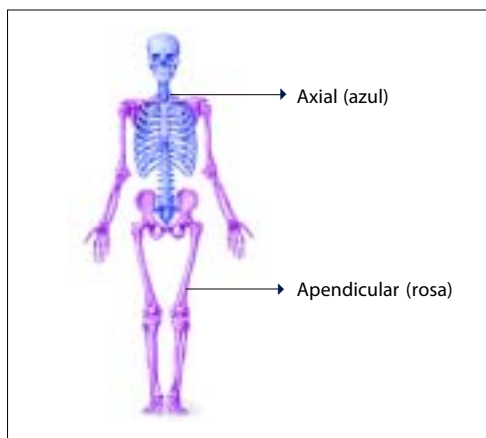
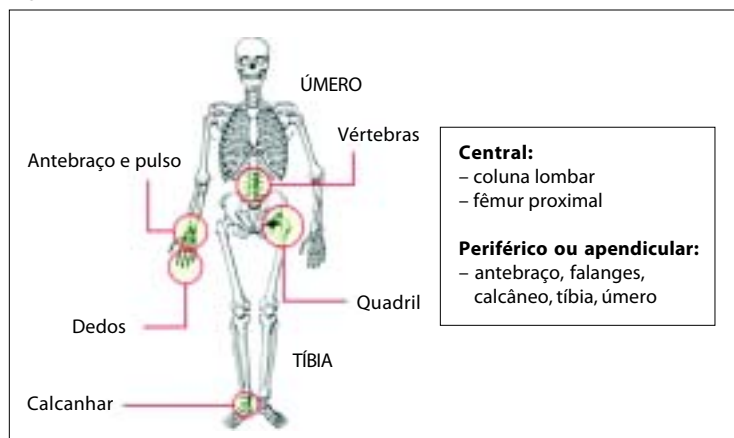


Figura 2 – Esqueleto central e periférico.



sidade de critérios utilizados para a seleção das regiões distal e ultradistal do antebraço nos diferentes equipamentos de densitometria. Possivelmente, por esse motivo, ainda não existe um consenso no que diz respeito à aplicação dos critérios de osteoporose da OMS para outras regiões de interesse que não a região proximal do antebraço. Os estudos comparativos de densitometria central e periférica têm demonstrado que ambos apresentam semelhante habilidade para prever o risco de fraturas ósseas. Já está bem estabelecido que a densidade óssea do punho é um forte preditor de fraturas, independentemente das mesmas serem de quadril ou periféricas.

Figura 3 – Regiões de interesse para a medição da densidade óssea do antebraço.

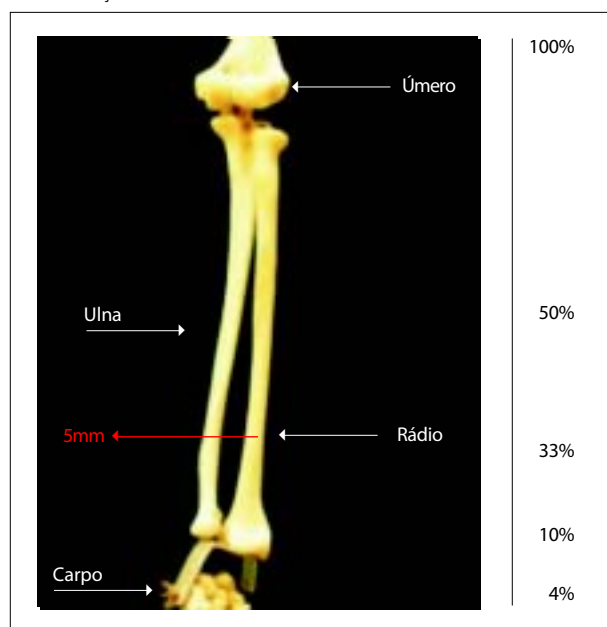
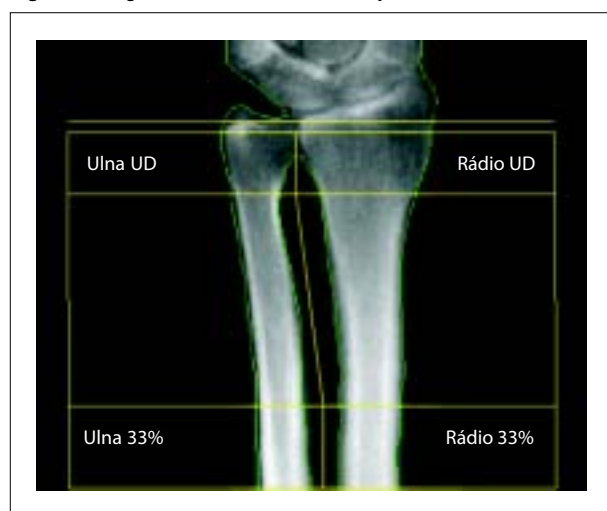


Figura 4 – Regiões de interesse do antebraço.



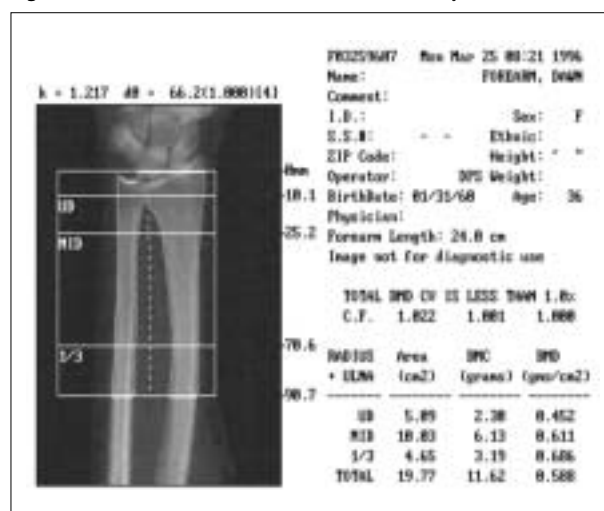
ANTEBRAÇO DOMINANTE OU NÃO DOMINANTE?

Em indivíduos saudáveis, existe diferença significativa entre a densidade óssea do membro dominante e a do não dominante. A região do rádio 33% pode apresentar valores 6% a 9% maiores do que o membro não dominante. Em indivíduos que exercem atividades repetitivas e que envolvem um membro unilateral (tenistas, por exemplo), essas diferenças são ainda maiores. Por essa razão, a SBDens e a ISCD recomendam utilizar o braço não dominante.

INDICAÇÕES E SÍTIOS UTILIZADOS NO DXA

De acordo com as novas posições da SBDens e da ISCD, deve-se utilizar a região do antebraço na avaliação da densidade óssea em condições específicas como investigação da perda óssea em pacientes com diagnóstico de hiperparatiroidismo primário (maior perda óssea cortical); indivíduos muito obesos, cujo peso encontra-se acima do limite para aquisição e análise da DXA central e em situações nas quais o fêmur proximal e/ou a coluna lombar não possam ser avaliadas. A OMS estabeleceu que somente o DXA da região do rádio 33% deve ser utilizado para diagnóstico, quando utilizamos um sítio periférico para avaliação da massa óssea. Ainda assim, este sítio não deve ser usado para monitoramento de pacientes. Outra informação importante diz respeito ao fato de que as medidas periféricas de massa óssea são muito úteis na avaliação de risco de fraturas. Reforçamos, portanto, que a região de interesse do antebraço para a avaliação da densidade óssea é o rádio 33% do braço não dominante e presta-se tão somente ao diagnóstico de perda de massa óssea e predição de risco de fraturas, sem nenhum valor para acompanhamento de pacientes. A densidade óssea do antebraço também utiliza a região ultradistal do rádio quando há interesse em se avaliar uma região onde haja predomínio de osso trabecular, que não seja a coluna lombar.

Figura 5 – Exame de densitometria óssea do antebraço não dominante.



CITOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL INFLAMATÓRIA

ASSOCIADA À ATIVIDADE DA DOENÇA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL (LESJ)

ALUNA: MARÍLIA VIEIRA FEBRÔNIO

Orientador: Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor em Ciências

Objetivo: avaliar a citologia cérvico-vaginal em adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ) e comparar com controles. **Pacientes e métodos:** cinquenta e duas adolescentes com LESJ (critérios do *American College of Rheumatology*) foram comparadas com 52 controles saudáveis. Todos os esfregaços de Papanicolau foram avaliados por uma mesma citopatologista, que desconhecia o exame ginecológico, e foram classificados de acordo com o Sistema de Bethesda, 2001. **Resultados:** as médias das idades das pacientes com LESJ e controles foram similares ($16,2 \pm 1,9$ versus $16,1 \pm 2,2$ anos, $p=0,92$). A citologia cérvico-vaginal foi similar em ambos os grupos, embora as relações sexuais no último mês tenham sido menos frequentes nas pacientes com LESJ em relação aos controles (23% versus 59,6%, $p=0,0003$). Apenas uma paciente

(2%) com LESJ e duas controles (4%) tinham displasia cervical (lesão intra-epitelial de baixo grau) e papilomavírus humano (HPV) ($p=1,0$). Citologia cérvico-vaginal inflamatória foi observada em 21 (60%) das pacientes com SLEDAI=4 e em apenas 4 (23%) daqueles com SLEDAI<4 ($p=0,001$). Assim como uma maior frequência de achados inflamatórios também foi observada em adolescentes virgens com LESJ (57% versus 8%, $p=0,005$). Vaginite por *Candida spp* foi observada em 7 pacientes com LESJ (14%) e em nenhuma dos controles ($p=0,012$). Esta foi associada com uso de drogas imunossupressoras ($p=0,01$) e dose alta de prednisona ($p=0,002$). **Conclusão:** nossos achados indicam que o trato genital feminino pode ser um órgão alvo no LESJ, pois inflamação cérvico-vaginal esteve associada com atividade da doença independentemente da atividade sexual.

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO TRADICIONAIS

E NÃO TRADICIONAIS PARA DOENÇA ATEROSCLERÓTICA EM PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE PRIMÁRIA

ALUNO: ALEXANDRE WAGNER SILVA DE SOUZA

Orientadora: Profa. Dra. Emília Inoue Sato

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de doutor em Ciências

Objetivo: avaliar o perfil de fatores de risco tradicionais para doença arterial coronariana (DAC), níveis de homocisteína, endotelina-1 e de anti-LDL oxidada, e anticorpos antilipase lipoprotéica em pacientes com síndrome antifosfolípide (SAF) primária e em controles. Avaliar possível associação entre os diferentes fatores de risco e envolvimento arterial na SAF primária. **Métodos:** trinta e oito pacientes do sexo feminino com SAF primária e 30 controles foram submetidas à avaliação clínica e laboratorial. **Resultados:** não houve diferença significativa na

frequência de fatores de risco tradicionais para DAC e escore de risco de Framingham entre pacientes e controles. Porém, as pacientes apresentaram média de fatores de risco para doença coronariana, níveis de LDL e de triglicérides significativamente maiores e níveis de HDL significativamente menores de HDL em relação a controles. Anticorpos antilipase lipoprotéica não foram detectados em nenhum dos grupos. Níveis de anti-LDL oxidada, homocisteína e de endotelina-1 foram semelhantes em ambos os grupos, mas apenas pacientes com SAF apre-

sentaram níveis anormais de homocisteína ($p=0,031$). Hipertensão arterial e presença de pelo menos um fator de risco para DAC foram mais frequentes em pacientes com manifestações arteriais. Níveis de homocisteína foram significativamente maiores em pacientes com manifestações arteriais em relação a controles ($p=0,036$). Análise multivariada demonstrou que hipertensão arterial é um fator de risco independente para envolvimento arterial na SAF. Pacientes com SAF e hipertensão apresentaram risco maior de trombose arterial ($OR=14,8$; 95% CI 2,1-

100), em comparação com aquelas sem HAS ($p=0,006$).

Conclusões: o perfil lipídico das pacientes foi pior do que as controles, mas esta alteração não foi associada aos anticorpos antilipase lipoprotéica. Foi observada associação entre presença de algum fator de risco tradicional para DAC, hipertensão arterial e maiores níveis de homocisteína com eventos arteriais em pacientes com SAF primária. A hipertensão arterial foi o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de trombose arterial em pacientes com SAF primária.

PUBLICAÇÕES

MARCELO PINHEIRO

TOP 10

1. ANTICORPOS ANTI-CCP NA ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE PSORIÁSICA

Anti-CCP antibodies in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. Inanc N, Dalkilic E, Kamali S, et al. Clin Rheumatol 2007; 26 (1): 17-23

Os autores avaliaram a prevalência dos achados clínicos em pacientes com anticorpos anti-CCP e artrite reumatóide (AR) com fator reumatóide (FR) positivo ($N=129$) e negativo ($N=79$) e artrite psoriásica (AP) ($N=56$), comparados com 39 indivíduos saudáveis (CS), por meio de estudo prospectivo e multicêntrico. Anticorpos anti-CCP2 foram medidos por ensaio de segunda geração. Mais de 80% dos pacientes com AR e FR+ (104), 20% dos AR FR- (16) e 12,5% dos com AP (7) eram positivos para anti-CCP. Porém, nenhum dos CS possuíam o anticorpo. Pacientes reumatóides tinham significativamente maior escore de atividade da doença (DAS28), bem como maior índice de incapacidade (HAQ) e mais erosões do que o grupo negativo para anti-CCP. Anticorpos anti-CCP em pacientes FR- foram também associados com doença mais erosiva. Todos os pacientes com AP e anti-CCP positivos tinham artrite simétrica com maior número de sinovites. Anticorpos anti-CCP e fator reumatóide foram negativos em 30% dos pacientes.

2. COMPARAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO NA ARTRITE REUMATÓIDE PRECOCE: UM ENSAIO CLÍNICO RANDÔMICO

Comparison of treatment strategies in early rheumatoid arthritis: a randomized trial. Goekoop-Ruiterman YP, de Vries-Bouwstra JK, Allaart CF, et al. Ann Intern Med 2007; 146 (6): 406-15

De acordo com o estudo BeST, a terapêutica combinada e mais agressiva, quando comparada à monoterapia inicial, em pacientes com artrite reumatóide precoce (ARP), pode fornecer melhora clínica mais rápida e menor progressão radiológica após 12 meses. Dessa forma, os autores investigaram se a terapia combinada e a melhora clínica e radiológica poderia ser mantida durante o segundo ano de seguimento em 508 pacientes com ARP, por meio de ensaio clínico, randômico, controlado, multicêntrico. Os pacientes foram distribuídos em grupos semelhantes aos estudo BeST: monoterapia sequencial (grupo 1), terapia combinada "step-up" (grupo 2), terapia combinada inicial com retirada progressiva de altas doses de prednisona (grupo 3) ou terapia combinada inicial com infliximabe (grupo 4). Ajustes trimestrais das medicações foram feitos para alcançar doença fora de atividade, melhora da capacidade funcional (HAQ) e radiológica (escore de Sharp-van der Heijde). Verificaram que os grupos 3 e 4 obtiveram melhora clínica mais rápida. Todos os grupos melhoraram também da incapacidade (média do HAQ=0,6; $P=0,257$) e 42% se encontravam em remissão ($P=0,69$) durante o segundo ano. Progressão do dano radiológico articular foi menor nos grupos 3 e 4 (escores medianos de 2, 2, 1 e 1 nos grupos 1, 2, 3 e 4, respectivamente; $P=0,004$). Após dois

anos, 33%, 31%, 36% e 53% dos pacientes dos grupos 1 ao 4, respectivamente, estavam recebendo monoterapia para o tratamento inicial. Não houve diferença significativa no que diz respeito à toxicidade. De modo geral, perceberam que a terapia combinada pode ser descontinuada ao longo do tempo sem aumento da recidiva clínica articular ou progressão radiológica. Além disso, demonstraram que os ajustes terapêuticos são menos necessários do que nas monoterapias iniciais.

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMUNOGENÉTICAS DE PACIENTES COM ANTICORPOS ANTI-ASPARAGINIL RNAT SINTETASE

Clinical and immunogenetic features of patients with autoantibodies to asparaginyl-transfer RNA synthetase. Hirakata M, Suwa A, Takada T, et al. *Arthritis Rheum* 2007; 56 (4): 1295-1303

O objetivo desse estudo é o de elucidar o significado clínico da presença do sexto anticorpo anti-sintetase descrito, o anti-asparaginil RNAt sintetase (anti-AsnRNAt-sintetase). Foi avaliado se estes anticorpos se associavam à polimiosite ou à dermatomiosite, à doença intersticial pulmonar (DIP), à artrite ou a outras manifestações clínicas associadas aos outros cinco anticorpos anti-sintetase. Mais de 2.500 soros de pacientes com doenças difusas do tecido conjuntivo, incluindo miosite e DIP, além de controles, foram avaliados quanto à presença de anticorpos anti-AsnRNAt-sintetase, utilizando a técnica de imunoprecipitação. Também foram pesquisados os alelos do HLA classe II (DRB1, DQA1, DQB1, DPB1) por PCR. Os anticorpos anti-AsnRNAt-sintetase foram detectados em apenas 8 pacientes (5 japoneses, 1 americano, 1 alemão e 1 coreano). Sete pacientes apresentavam DIP e apenas dois tinham diagnóstico de dermatomiosite. Quatro pacientes apresentavam artrite e um apresentava fenômeno de Raynaud. Este anticorpo não foi detectado em nenhum paciente japonês com miosite. Todos os pacientes japoneses apresentaram HLA-DR2 (DRB1*1501/1502), contrastando com a prevalência de 33% deste alelo no grupo controle. Estes achados indicam que anticorpos anti-AsnRNAt-sintetase têm associação com DIP maior do que com miosite, como também fora demonstrado previamente para os anticorpos anti-alanil-RNAt-sintetase. Anticorpos anti-AsnRNAt-sintetase podem estar associados à presença do HLA-DR2.

4. PREVALÊNCIA DE SÍNDROME METABÓLICA EM PACIENTES COM GOTA: TERCEIRA AVALIAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO

Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Choi HK, Ford ES, Li C, Curhan G. *Arthritis Rheum* 2007; 57 (1): 109-15

Os pesquisadores determinaram a prevalência de síndrome metabólica em pacientes com gota e a associação entre as duas condições, em amostra de adultos representativa da população americana. Foram analisados dados de 8.807 participantes do *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) com idade acima de 20 anos (1988-1994). Foram utilizados os critérios do *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP/ATP III)* para definir síndrome metabólica. Pacientes com gota apresentaram elevada prevalência de síndrome metabólica (62,8%) comparada a indivíduos sem gota (25,4%). O risco de gotosos desenvolverem síndrome metabólica foi três vezes maior do que os controles, após ajustes para sexo e idade (OR=3,05; 95% CI 2,01-4,61). Devido ao grande potencial de morbidade associado à síndrome metabólica, esta comorbidade deve ser investigada e deve fazer parte do tratamento em longo prazo de pacientes com gota.

5. MELHORA DA SÍNDROME DE SJÖGREN APÓS DUAS INFUSÕES DE RITUXIMABE

Improvement of Sjögren's syndrome after two infusions of rituximab (anti-CD20). Devauchelle-Pensec V, Pennec Y, Morvan J, et al. *Arthritis Rheum* 2007; 57 (2): 310-7

Na literatura médica há fortes evidências de que as células B têm influência na fisiopatologia da síndrome de Sjögren (SS). Dessa forma, os autores avaliaram a eficácia do anticorpo monoclonal anti-CD20 em 16 pacientes com SS primária, de acordo com os critérios do Consenso Americano-Europeu e com escore acima de 50 em pelo menos 2 de 4 medidas da escala visual analógica (VAS 100mm) sobre a avaliação global da doença, dor, fadiga e ressecamento global. Os pacientes receberam infusões lentas de rituximabe (375 mg/m²) na semana 0 e 1, que foram bem toleradas, e não foi fornecido corticoterapia. Apenas um paciente evoluiu com doença do soro.

Houve dramática redução das células B no sangue periférico e nas glândulas salivares (GS). Na semana 12, ocorreu significativa redução dos escores de VAS para fadiga, ressecamento global, contagem de pontos dolorosos e qualidade de vida (SF-36), que se mantiveram na avaliação da semana 36. Houve melhora das manifestações pulmonares em um paciente. Os pacientes que melhoraram em pelo menos 3 dos 4 escores VAS, analisados em qualquer visita (n=11), apresentavam significativamente menor duração da doença quando comparados com os outros pacientes ($3,8 \pm 5,4$ versus $30,1 \pm 29,5$ anos, respectivamente).

6. DISFUNÇÃO ENDOTELIAL EM PACIENTES COM ARTRITE PSORIÁSICA SEM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS DE DOENÇA CARDIOVASCULAR OU RISCOS CLÁSSICOS DE ATEROSCLEROSE

Endothelial dysfunction in psoriatic arthritis patients without clinically evident cardiovascular disease or classic atherosclerosis risk factors. Gonzalez-Juanatey C, Llorca J, Miranda-Filloy JA, et al. Arthritis Rheum 2007;57 (2): 287-93

Os autores estudaram se há disfunção endotelial em 50 pacientes com artrite psoriásica (APs), de acordo com os critérios de Moll & Wright, sem doença cardiovascular prévia ou fatores de risco tradicionais para aterosclerose atendidos em hospital comunitário espanhol. Cinquenta pessoas saudáveis foram estudadas como grupo controle. A função endotelial determinada pelo fluxo de vasodilatação dependente do endotélio (FMD%) e pelo fluxo de vasodilatação independente do endotélio (GTN%) foram medidas por ultra-sonografia braquial em todos os indivíduos. A medida da FMD% foi encontrada significativamente alterada nos pacientes quando comparada aos controles [média, mediana (variação) 6,3%; 6,1% (0,3%-13,4%) versus 8,2%; 8,2% (0,0%-21,2%); $p=0,08$]. Porém, não houve diferenças significativas nas medidas de GTN% entre pacientes e controles. Houve correlação positiva significativa entre PCR e VHS com a medida de FMD%. Mas não houve diferença entre as medidas de FMD% e GTN% entre pacientes com APs poliarticular e o restante dos pacientes. Assim, demonstrou-se que pacientes com APs, sem fatores de risco cardiovascular ou doença clínica cardiovascular, também apresentam disfunção endotelial.

7. INFLUÊNCIA DA POLIARTRITE INFLAMATÓRIA NA INCIDÊNCIA DE CÂNCER E SOBREVIDA: RESULTADO DE ESTUDO PROSPECTIVO BASEADO EM COMUNIDADE

Influence of inflammatory polyarthritis on cancer incidence and survival: results from a community-based prospective study. Franklin J, Lunt M, Bunn D, Symmons D, Silman A. Arthritis Rheum 2007; 56 (3): 790-8

Investigaram a incidência de câncer e taxa de sobrevivência em 2.105 pacientes com poliartrite inflamatória, provenientes de registro de atenção primária à saúde. Foram registrados os casos de câncer e as mortes foram coletadas dos hospitais e confirmadas pelo registro regional de câncer. A incidência de câncer (global e específica) foi comparada com a incidência regional e ajustada conforme idade, sexo e ano do calendário. A sobrevivência global de câncer, ajustada por sítio, foi comparada com dados regionais usando a curva de Kaplan-Meier e regressão de Cox. Houve registro de 123 casos incidentes de câncer na coorte de pacientes com poliartrite inflamatória. Não houve diferença na incidência global de câncer quando comparado com a população regional. Mas a incidência de neoplasias hematopoiéticas (incluindo linfoma) estava aumentada. A sobrevivência em cinco anos foi reduzida significativamente nesses pacientes quando comparados com pacientes sem poliartrite. Após ajustes estatísticos para o diagnóstico, idade, sexo e tipo de câncer, a mortalidade em pacientes com poliartrite inflamatória e câncer aumentou significativamente (*hazard ratio* 1,4; 95% CI 1,1-1,7). Assim como houve uma incidência aumentada de câncer, a redução da sobrevivência pode ser um fator contribuinte para o aumento da mortalidade causada pelo câncer observado em algumas populações de pacientes.

8. EXERCÍCIOS EM PISCINA PARA INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA

Pool exercise for individuals with fibromyalgia. Gowans SE, deHueck A. Curr Opin Rheumatol 2007; 19 (2): 168-73

Os benefícios dos exercícios aeróbios para pacientes com fibromialgia são bem estabelecidos. Recentemente, têm sido publicados inúmeros estudos controlados e randomizados que avaliaram os benefícios dos exercícios em piscina em fibromiálgicos. Nesta revisão, os autores sumarizam os resultados de oito estudos publicados nos últi-

mos sete anos, nos quais os exercícios em piscina são comparados com grupos-controle sedentários, exercícios em solo e imersão em piscina aquecida. Como resultado, os exercícios em piscina mostraram-se tão efetivos quanto os exercícios em solo e parecem ter maiores benefícios no que diz respeito ao humor e qualidade do sono. Baseados nos acompanhamentos dos estudos, os autores notaram que a melhora induzida pelo exercício sobre a função física, dor e humor pode durar até dois anos. Observaram, ainda, que os exercícios aquáticos podem ser mais bem tolerados como uma maneira inicial de prescrever atividade física para pacientes que têm medo da exacerbação da dor, talvez pela característica da fluabilidade da água. Os autores concluem que os exercícios em piscina aquecida parecem ser tão efetivos quanto os exercícios em solo na melhora da capacidade aeróbia e que a combinação dos efeitos do exercício e da água proporcionam melhora adicional do humor em pacientes com fibromialgia.

9. EFEITOS DOS EXERCÍCIOS DINÂMICOS NOS NÍVEIS CIRCULANTES DE IGF-1 E IGFBP-3 EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE OU ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Effects of dynamic exercise on circulating IGF-1 and IGFBP-3 levels in patients with rheumatoid arthritis or ankylosing spondylitis. Karatay S, Yildirim K, Melikoglu MA, Akcay F, Senel K. Clin Rheumatol 2007

Esse estudo foi realizado para determinar os efeitos, em curto prazo, dos exercícios dinâmicos sobre os níveis séricos de IGF-1 (*insulin-like growth factor-1*) e IGFBP-3 (*insulin like growth factor binding protein-3*) em pacientes com artrite reumatóide (AR) e espondilite anquilosante (EA). Foram avaliados 20 pacientes com AR, 15 com EA e 14 controles saudáveis. Todos os participantes realizaram exercício em esteira por 20 minutos cinco vezes por semana por 2 semanas. Foram avaliados rigidez matinal, dor, *Stanford health assessment questionnaire*, índice articular Ritchie, índice de atividade de doença (BASDAI) e funcional (BASFI) para EA e variáveis laboratoriais (VHS, proteína C reativa, IGF-1 e IGFBP-3). Os parâmetros clínicos e laboratoriais foram coletados no início e durante o programa de exercício (após 7 e 15 dias do início). Os pacientes com AR e EA apresentaram melhora da dor, índice de Ritchie, BASDAI e BASFI. Houve aumento significativo dos níveis circulantes de IGF-1 nos pacientes com AR e EA no final das duas

semanas. Nos controles, os níveis de IGF-1 mostraram declínio significativo na primeira semana. Na comparação intergrupos, as médias de elevação dos níveis de IGF-1 foram maiores nos pacientes (AR e EA) do que nos controles saudáveis. Não foram observadas mudanças significantes nos níveis de IGFBP-3. Os autores sugerem que a elevação dos níveis circulantes de IGF-1 pode desempenhar importante papel benéfico em pacientes reumatóides e espondilíticos que realizam exercícios dinâmicos.

10. INTERVENÇÃO PRECOCE COM CORTICOSTERÓIDE INTRA-ARTICULAR SEGUIDO POR SULFASSALAZINA VERSUS TRATAMENTO CONSERVADOR EM OLIGOARTRITE PRECOCE: ESTUDO CONTROLADO E RANDOMIZADO

A randomized controlled trial of early intervention with intraarticular corticosteroids followed by sulfasalazine versus conservative treatment in early oligoarthritis. Marzo-Ortega H, Green MJ, Keenan AM, Wakefield RJ, Proudman S, Emery P. Arthritis Rheum 2007; 57 (1): 154-60

Os autores avaliaram o efeito da infiltração intra-articular precoce (única ou múltipla) de metilprednisolona, seguida por sulfassalazina, em 59 pacientes (34 homens) com oligoartrite precoce (até 12 meses), por meio de estudo controlado e randômico. Esse grupo foi comparado com o tratamento conservador (antiinflamatórios não-hormonais). A sulfassalazina foi administrada, em ambos os grupos, se houvesse persistência do quadro ou evolução para poliartrite. A principal variável analisada foi a resposta completa (RC), definida como ausência de sinovite ao final de 52 semanas. As variáveis secundárias foram RC ao final de 4 e 12 semanas, HAQ, dor e condições de trabalho. Ao final de 52 semanas, 81% dos pacientes do grupo intervenção atingiram, significativamente, RC comparados com 57% do grupo conservador. Foi observado, ainda, que 45% dos pacientes do grupo intervenção e 14% do grupo conservador receberam sulfassalazina ($p=0,019$). Não houve diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à incapacidade física e para o trabalho nos dois grupos. Dessa forma, os pacientes tratados precocemente com infiltração intra-articular de metilprednisolona, seguida por sulfassalazina, em caso de resposta incompleta ou piora articular, apresentaram melhor resposta da redução da sinovite após 12 meses de tratamento quando comparados com aqueles tratados inicialmente com terapia mais conservadora.

Artrófilo

ACESSO A MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO



Nos últimos anos, diversos medicamentos de alto custo têm sido liberados pelo Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde (MS/SUS), em especial na área da reumatologia. O arsenal terapêutico tem aumentado e propiciado melhor tratamento aos pacientes. Em contrapartida, também tem havido grande demanda de serviços burocráticos para o médico e para o paciente.

Em novembro (D.O.U. de 10/11/2006) foi publicada a Portaria n.º 2.577, de 27/10/2006, que regulamenta o acesso do paciente a essas medicações. Nesta seção, você ficará mais informado sobre essa portaria e as mais recentes modificações da liberação de medicamentos de alto custo pelo SUS.

Dentre outras diretrizes federais, o MS resolveu redefinir os procedimentos e valores dos medicamentos de dispensação excepcional (alto custo) com completa efetivação em abril de 2007. De modo geral, os gestores de saúde têm até junho de 2007 para implementar o sistema de informatização para cadastro, dispensação e gerenciamento das medicações de alto custo (CMDE).

Os principais problemas enfrentados por médicos e pacientes são a liberação mensal de doses inferiores às preconizadas; exclusão de algumas doenças (CID) para determinadas drogas e a necessidade de comprovação da doença por meio de exames ou documentos (Tabela 1), que estão sendo considerados como “obrigatórios” pela burocracia do MS ou Secretaria Estadual da Saúde.

Tabela 1 – Regulamentação do acesso das medicações para o paciente (documentos necessários).

| |
|--|
| CNS (Cartão Nacional de Saúde) |
| LME (Laudo para Medicamentos Excepcionais) |
| RME (Recibo para Medicações Excepcionais) |
| APAC (Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade) |
| CID 10 (que autorize a dispensação da medicação específica) |
| Dados do médico (assinatura, carimbo do especialista e CPF ou CNS) |

Um dado importante a ressaltar é que, para os medicamentos utilizados para o tratamento da artrite reumatóide, o número de prescrições dos agentes biológicos, até o final de 2007, não pode ultrapassar 20% das prescrições de infliximabe dos três meses anteriores à publicação dessa portaria.

Outra questão relevante quanto aos agentes biológicos é a dose mensal liberada pela Secretaria da Saúde. A indicação correta, baseada nos grandes estudos científicos quanto ao uso de agentes biológicos na AR, está claramente registrada nessa portaria; no entanto, a nova resolução não obedece a essas diretrizes (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde) e o resultado é a dispensação de doses muito aquém da mesma diretriz (Tabela 2) e o maior gasto, uma vez que não é possível se fazer otimização de doses, de acordo com essa nova regulamentação.

Em cada LME será autorizado o fornecimento de um ou mais medicamentos excepcionais desde que prescritos por um mesmo médico assistente especialista. Poderá ocorrer substituição do medicamento/apresentação mediante nova prescrição médica, desde que o medicamento seja autorizado para o mesmo CID.

Tabela 2 – Dose preconizada dos agentes biológicos para o tratamento da artrite reumatóide e outras artropatias inflamatórias crônicas não especificadas.

| Droga | Portaria (out./2006) | Portaria (nov./2006) |
|-------------|-------------------------|----------------------------|
| Infliximabe | 1 frasco mensal (100mg) | 3mg/kg a cada 8 semanas* |
| Etanercepte | 1 frasco mensal (25 mg) | 25mg duas vezes por semana |
| Adalimumabe | 1 frasco mensal (40mg) | 40mg a cada 15 dias |

* Acima dessa dose apenas em Centro de Referência.

Outras modificações da Portaria são:

- a APAC tem validade de três meses;
- pode haver mais de uma LME para cada paciente ou para cada especialidade. Dessa forma, o paciente pode ter a LME de medicações para osteoporose, como alendronato e calcitriol, e outra da pneumologia, com formoterol, por exemplo;
- a LME pode ter validade para mais de um mês de competência. Teremos de negociar se uma receita poderá ter validade para 2 ou 3 meses;
- se a medicação for suspensa, informar ao centro dispensador os seguintes códigos:
 - 5.1 Conclusão do tratamento;
 - 5.2 Continuidade do tratamento;
 - 5.3 Transferência do paciente;
 - 5.4 Óbito do paciente;
 - 5.5 Abandono (mais de um mês de atraso);
 - 5.6 Falta de eficácia;
 - 5.7 Reações adversas;
- o financiamento e dispensação da medicação é de responsabilidade do Ministério da Saúde e Estados e com prioridade para a descentralização;
- os gestores de saúde precisam enviar relatórios a cada três meses para o Ministério da Saúde e a programação deve ser feita de 1.º a 15 de setembro de cada ano para o ano seguinte.

Todas essas mudanças serão reavaliadas em 180 dias após a efetivação das novas regras. Porém, só serão modificadas a partir de orientações de órgãos e instituições da área da saúde. Portanto, é nosso dever ajudar o MS na árdua tarefa de rever medicamentos, indicações e CIDs pertinentes, doses adequadas, conforme literatura médica, e, até mesmo, quanto aos novos medicamentos ainda não incluídos nesta resolução, de acordo com os preceitos da medicina baseada em evidências, demonstrando eficácia e segurança do novo fármaco, bem como vantagens com relação à opção terapêutica já disponibilizada (custo/efetividade, por exemplo).

Os códigos e características das medicações na área de reumatologia podem ser visualizados abaixo (em ordem alfabética).

a) Medicações para artrite reumatóide, espondiloartropatias e outras artropatias inflamatórias crônicas:

| Droga | Dose e via | Código | CID |
|-------------------|-------------------|-------------|---|
| Adalimumabe | 40 mg, SC | 36.501.03-4 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0 |
| Ciclosporina | 100 mg, VO | 36.671.06-1 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M32.1, M32.8, M33, M33.1, M33.2 |
| Cloroquina | 150 mg, VO | 36.561.02-9 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0 |
| Etanercepte | 25 mg, SC | 36.501.03-4 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0 |
| Infliximabe | 100 mg/ 10 ml, EV | 36.501.02-6 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0 |
| Hidroxicloroquina | 400 mg, VO | 36.561.03-7 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0 |
| Leflunomide | 20 mg, VO | 36.071.14-5 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0 |
| Metotrexato | 25 mg/ ml, SC | 36.671.08-8 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0 |
| Sulfassalazina | 500 mg, VO | 36.562.01-7 | M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8, M08.0, M07.4, M07.5, M07.6, M45, M46.0, M46.1, M46.8, M47.1, M47.2, M47.8, M48.8 |

Obs.: não há mais leflunomide de 100mg

b) Medicações para osteoporose:

| Droga | Dose e via | Código | CID |
|--------------|---------------------|-------------|--|
| Alendronato | 10 mg, VO | 36.731.01-3 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Alendronato | 70 mg, VO | 36.731.02-1 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Alfacalcidol | 0,25, mg VO | 36.061.03-4 | E20.0, N18.0, N25.0 |
| Calcitonina | 100 UI, SC | 36.731.09-9 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Calcitonina | 200 UI, spray nasal | 36.731.10-2 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Calcitriol | 0.25 mg, VO | 36.061.01-8 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Pamidronato | 30 mg, EV | 36.731.03-0 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Pamidronato | 60 mg, EV | 36.731.04-8 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Pamidronato | 90 mg, EV | 36.731.05-6 | M88.0, M88.8 |
| Raloxifeno | 60 mg, VO | 36.731.08-0 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Risedronato | 5 mg, VO | 36.731.06-4 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |
| Risedronato | 35 mg, VO | 36.731.07-2 | M80.0, M80.1, M80.5, M81.0, M81.1, M81.5, M82.0, M88.0 |

Obs.: alfacalcidol não é fornecido para osteoporose, somente para insuficiência renal. Pamidronato 90mg não é fornecido para osteoporose, somente para metástase óssea ou mieloma.

c) Medicações para LES e outras collagenoses:

| Droga | Dose e via | Código | CID |
|-------------------|------------|-------------|---------------------------------|
| Azatioprina | 50 mg, VO | 36.071.09-9 | M32.1, M32.8, M33, M33.1, M33.2 |
| D-penicilamina | 250 mg, VO | 36.712.01-9 | M34.0, M34.1, M34.8 |
| Imunogl. G humana | 0,5 g, EV | 36.681.01-6 | M33.0, M33.1, M33.2 |

d) Medicações para controle da dor:

| Droga | Dose e Via | Código | CID |
|-------------|------------|-------------|---|
| Gabapentina | 300 mg, VO | 36.551.07-4 | G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8 |

Dessa forma, é nesse clima de incertezas e com esperanças de melhorias nos tratamentos reumatológicos que acreditamos em **você, reumatologista**, para conseguirmos implementar essas novas diretrizes e otimizar o acesso do paciente ao tratamento mais adequado para a sua enfermidade. Árduo, porém, sem nossa cooperação, esse processo não logrará êxito.

SEÇÃO ARTRÓFILO À SUA DISPOSIÇÃO!

Você, leitor, também está convidado a participar desta seção inovadora da *Revista Paulista de Reumatologia*! Está com dúvidas? Gostaria de sugerir um tema específico para o Artrófilo pesquisar? Participe!

Mande suas dúvidas ou sugestões por e-mail ou por fax:
E-mail: artrofiloresponde@reumatologiasp.com.br
Fax: (0xx11) 3284-0507



O RELACIONAMENTO ENTRE O REUMATOLOGISTA E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Como a reumatologia é uma especialidade eminentemente clínica, apresenta uma forte relação com os tratamentos medicamentosos e por extensão com a indústria farmacêutica. Nos últimos anos, houve grande progresso na prevenção e tratamento dos pacientes com doenças reumatológicas, por conta de novas drogas introduzidas no arsenal terapêutico, possibilitando importante avanço na melhoria da saúde dos pacientes portadores dessas enfermidades.

Não há como deixar de reconhecer a importância da indústria farmacêutica, em sua contribuição com pesquisas e introdução de novos fármacos, que possibilitam não só maior longevidade, mas também melhoria da qualidade de vida a nossos pacientes. Tome-se como exemplo a artrite reumatóide, cujo prognóstico atual modificou-se radicalmente devido a sua moderna terapêutica, inimaginável há dez anos.

É inegável também a participação dessa indústria nas universidades, financiando pesquisas, e sua participação na educação médica continuada, mediante patrocínio de eventos científicos e edição de livros gratuitamente distribuídos à classe médica, colaborando com sua atualização. Portanto, é lícito, nesse contexto, que essas empresas tenham um retorno financeiro, em função de seu investimento.

Por outro lado, é sempre oportuno ressaltar que a relação dos reumatologistas com os laboratórios farmacêuticos seja pautada pela rigorosa observação do Código de Ética Médica, cujo objetivo fundamental é a proteção e o bem-estar do paciente, razão maior de nossa atividade profissional. Desta forma, é necessário que a introdução de novos tratamentos seja realizada à luz das evidências científicas obtidas por meio de estudos criteriosos e imparciais.

Deve-se sempre observar a questão que envolve o conflito de interesses, definido por D. F. Thompson (*New England Journal of Medicine*, 1993) como "um conjunto de condições em que o julgamento profissional relacionado a um interesse primário, no caso o bem-estar do paciente ou validade de uma pesquisa, tende a ser definitivamente influenciado por um segundo interesse".

A sociedade tem o receio, justificável, de que o médico tenha vinculação ou sofra influência da indústria farmacêutica no sentido de prescrever não em função do paciente, mas sim por benefícios obtidos da referida indústria. Este é um fato preocupante, na medida em que expõe a classe médica a uma situação inaceitável do ponto de vista ético.

O Código de Ética Médica disciplina essa matéria determinando responsabilidades e cuidados que o médico deve ter no exercício profissional junto aos pacientes, sempre visando a sua proteção.

A relevância desse tema levou o Conselho Federal de Medicina a editar a Resolução 1.595/2000, na qual, após várias considerações, determina:

Art. 1.º *Proibir a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por agentes econômicos interessados na produção ou comercialização de produtos farmacêuticos ou equipamentos de uso na área médica.*

Art. 2.º *Que os médicos, ao proferirem palestras ou escreverem artigos divulgando ou promovendo produtos farmacêuticos ou equipamentos para uso na medicina, declarem os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas e/ou apresentações, cabendo-lhes ainda indicar a metodologia empregada em suas pesquisas – quando for o caso – ou referir a literatura e bibliografia que serviram de base à apresentação, quando essa tiver por natureza a transmissão de conhecimento proveniente de fontes alheias.*

Parágrafo único. *Os editores médicos de periódicos, os responsáveis pelos eventos científicos em cujos artigos, mensagens e matérias promocionais forem apresentadas são co-responsáveis pelo cumprimento das formalidades prescritas no "caput" deste artigo.*

É necessário que o médico observe rigorosamente os padrões éticos de conduta, declarando a existência de conflitos de interesse ao elaborar trabalhos científicos e ao ministrar palestras, nas quais o tema versará sobre algum medicamento ou produto farmacêutico específico. Estas recomendações também devem ser observadas pelas entidades médicas, no cuidado ao vincular seu nome a medicamentos, ou indústria farmacêutica.

Se por um lado cabe aos laboratórios a divulgação e o comércio de medicamentos, por outro cabe ao médico utilizar criteriosamente o progresso científico sempre buscando beneficiar o paciente, para o qual deve agir com o melhor de sua capacidade profissional.

E em relação à educação médica continuada, não se pode admitir que ela seja delegada a outros segmentos, cujos interesses conflitam com o livre exercício da medicina.

Ivone Minhoto Meinão

LOBA

A Associação dos Lúpicos Organizados da Bahia (Loba) é uma entidade civil, sem fins lucrativos, que congrega pessoas com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) em suas diferentes formas, bem como familiares e a comunidade médica, que foi constituída em 19 de julho de 2004. Possui número ilimitado de sócios, sem distinção de cor, sexo, nacionalidade, profissão, credo religioso ou político, não distribui resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela de seu patrimônio, sob forma alguma.

Consideramos nossas conquistas verdadeiras vitórias. Temos nossa sede bem localizada, mantida com a contribuição dos associados. Junto à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Salvador, BA, desenvolvemos um programa dedicado ao paciente, no qual distribuimos as principais medicações utilizadas no tratamento do LES, como a hidroxicloroquina, prednisona e o protetor solar, para mais de 2 mil beneficiados.

Contamos, ainda, com o apoio do dr. Mittermayer Santiago, reumatologista, muito conceituado, chefe do Núcleo de Reumatologia do Hospital Santa Izabel, assim como do dr. Odisvaldo Vagas, cardiologista, vereador da cidade e grande colaborador. É importante ressaltar a participação de outros sócios colaboradores que prestigiam, contribuem e auxiliam a causa.

Para o próximo dia 10 de maio de 2007, Dia Internacional do Lúpus, estamos programando uma caminhada pela Orla de Salvador, bem como palestras, simpósios e mesas redondas, com autoridades médicas e da área de saúde da esfera estadual e municipal. Nessa oportunidade, será proposta uma campanha de conscientização e orientação sobre as diversas facetas do lúpus.

Jacira de Souza Conceição

Presidente da Loba



LOBA: (1) Os fundadores da associação; (2) Jacira de Souza Conceição (presidente), dr. Mittermayer B. Santiago (reumatologista), dr. Odisvaldo Vagas (cardiologista); (3) caminhada contra o lúpus eritematoso sistêmico (LES); (4) reunião na Loba (visão geral da platéia).

LOBA

R. Padre Vieira, 5 – Ed. Santa Cruz – Sala 512
Centro – Salvador – BA
E-mail: loba.lupicosorganizadosdabahia@hotmail.com
Orkut: (comunidade) loba-lupicos organizados da bahia
Fones: 0++/71/3321-2593, 9212-7599, 8855-2574



XIII ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

24 A 26 DE MAIO DE 2007

MAKSOD PLAZA - SÃO PAULO, SP

24 MAIO quinta-feira

19h30 às 20h30 CONFERÊNCIA NACIONAL DE ABERTURA
Presidente da Mesa: Dr. Ari Stiel Radu Halpern

Medicações de Alto Custo e Política Pública de Saúde
Dr. Cláudio Luiz Lottenberg

20h30 às 21h30 Coquetel de Abertura

10h30 às 10h40 *Moderador*
Dr. Luís Eduardo Coelho Andrade

10h40 às 11h00 Debates

11h00 às 11h30 Intervalo

11h30 às 13h00 MESA REDONDA:
TEMAS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS RELACIONADOS À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
Presidente: Dr. Claudio A. Len
Moderador: Dr. Clovis Artur Almeida Silva

25 MAIO sexta-feira

08h30 às 09h30 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Presidente: Dra. Eloísa Silva Dutra de Oliveira Bonfá

Projeto Lumina e Lúpus
John D. Reveille (USA)

09h30 às 11h00 MESA-REDONDA:
FRONTEIRAS DA PESQUISA BÁSICA E PRÁTICA CLÍNICA
Presidente: Dr. Morton A. Scheinberg
Moderador: Dr. Luís Eduardo Coelho Andrade

09h30 às 09h50 Genotoxicidade do PTH
Elisângela Cláudia Alves de Oliveira (bióloga)

09h50 às 10h10 Expressão Anômala de Auto-Antígenos em Órgãos Alvo de Doenças Auto-Imunes
Dra. Karin Spat Albino Barcellos (biomédica, Valinhos)

10h10 às 10h30 Alterações Intestinais de Camundongos Relacionadas ao Uso de AINHS
Dr. Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu)

11h30 às 11h50 Avaliação Ultra-sonográfica do Quadril em Crianças com AIJ
Dra. Maria Teresa S. L. R. Ascensão Terreri

11h50 às 12h10 Prática de Tênis e Composição Corporal em Adolescentes
Claudia Ridel Juzwiak (nutricionista, Santos)

12h10 às 12h30 Avaliação do Metabolismo Ósseo e Composição Corporal em Pacientes com Dermatomiosite Juvenil
Dra. Rosabráulia Accioly Santiago

12h30 às 12h40 *Moderador*
Dr. Clovis Artur Almeida Silva

12h40 às 13h00 Debates

13h00 às 14h30 SIMPÓSIO SATÉLITE - MANTECORP

14h30 às 16h30 MESA-REDONDA:
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO NAS DOENÇAS REUMÁTICAS
Presidente: Dr. Luiz Carlos Latorre
Moderador: Dra. Rozana Mesquita Ciconelli

- 14h30 às 14h50 Fibromialgia**
Dr. Daniel Feldman Pollak
- 14h50 às 15h10 Doença de Behçet**
Dr. Fabrício de Souza Neves
- 15h10 às 15h30 LES**
Dr. José Carlos Mansur Szajubok
- 15h30 às 15h50 Avaliação do Pé Doloroso no Idoso**
Sabrina Canhada Ferrari (fisioterapeuta)
- 15h50 às 16h00 Moderador**
Dra. Rozana Mesquita Ciconelli
- 16h00 às 16h30 Debates**
- 16h30 às 17h00 Intervalo**
- 17h00 às 18h00 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL**
Presidente: Dr. Adil Muhib Samara (Campinas)
Genética em Espondiloartropatias
John D. Reveille (USA)
- 18h00 às 19h30 SIMPÓSIO SATÉLITE – ABBOTT**

26 MAIO sábado

- 08h30 às 09h30 DEBATE NACIONAL**
Presidente: Dra. Cláudia Goldenstein Schainberg
Glicosamina na Osteoartrose: Prós e Contras
A favor (30 min): Dr. Flávio Monteiro de Barros Maciel
Contra (30 min): Dr. Daniel Feldman Pollak
- 09h30 às 09h45 Debates**
- 09h45 às 10h00 Intervalo**
- 10h00 às 12h00 MESA-REDONDA:**
O DIA-A-DIA DO CONSULTÓRIO
(Apoio: Merck Sharp & Dohme)
Presidente: Dra. Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto)
Moderador: Dr. César Emile Baaklini (Marília)
- 10h00 às 10h20 Como Gerenciar o Consultório**
Katalin Balo Sistig
- 10h20 às 10h40 Relacionamento com Convênios**
Sérgio Parra


- 10h40 às 11h00 Marketing Pessoal**
Milton Fukujima
- 11h00 às 11h20 Aspectos Jurídicos**
Sérgio Parra
- 11h20 às 11h30 Moderador**
Dr. César Emile Baaklini (Marília)
- 11h30 às 12h00 Debates**
- 12h00 às 13h30 SIMPÓSIO SATÉLITE – BRISTOL**
- 14h00 às 15h00 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL**
Presidente: Dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini
Agentes Anabólicos na Osteoporose
John Bilezikian (USA)
- 15h00 às 17h00 MESA-REDONDA:**
ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES E MORTALIDADE NAS DOENÇAS AUTO-IMUNES
Presidente: Dr. Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto)
Moderador: Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto

- 15h00 às 15h20 Fatores de Risco de Aterosclerose na Artrite Reumatóide**
Dr. Ivânio Alves Pereira (SC)
- 15h20 às 15h40 Avaliação de Risco Tradicional e Não Tradicional em Pacientes com SAF Primária**
Dr. Alexandre Wagner Silva de Souza
- 15h40 às 16h00 Avaliação Não Invasiva da Parede Arterial no Lúpus**
Dr. Aleksander Snioka Prokopowitsch
- 16h00 às 16h20 Mortalidade em LES**
Deborah Colluci Cavalcante de Souza
- 16h20 às 16h30 Moderador**
Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto
- 16h30 às 17h00 Debates**
- 17h00 às 17h30 Intervalo**
- 17h30 às 18h30 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL**
Presidente: Dra. Maria Guadalupe Barbosa Pippa
Osteoporose em homens
John Bilezikian (USA)
- 18h30 Encerramento**

Entrevista



CONTRIBUIÇÃO DA ECONOMIA PARA A MEDICINA



Para falar sobre o tema, convidamos Jorge Padovan, economista do Hospital São Paulo e pesquisador do Centro Paulista de Economia em Saúde (CPES). Graduado pela USP, Jorge Padovan possui MBA em Finanças Corporativas pela FIA-USP e em Gestão em Economia em saúde pela CPES-Unifesp.

RPR: Como você conceituaria a economia?

Jorge Padovan: A economia é uma ciência que estuda a alocação de recursos de uma forma geral, incluindo não só os recursos financeiros, mas também pessoas, recursos materiais e estrutura física. Quando houver escassez de recursos, haverá um objeto de estudo para o economista.

RPR: Qual é a importância da economia para as ciências da saúde?

JP: A aplicação de conhecimentos da economia tornou-se importante para as ciências da saúde a partir do momento em que os gastos em saúde cresceram substancialmente e passaram a apresentar um peso maior nos orçamentos de países, empresas e pessoas. Isso ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Inglaterra e Canadá, e hoje é um fenômeno global. A Economia da Saúde é um ramo recente da economia.

RPR: Qual é a causa do aumento no custo em saúde?

JP: Diferentes fatores contribuem para o aumento no custo saúde, dentre eles, o desenvolvimento de novas tecnologias para o diagnóstico e de novos medicamentos. Questões demográficas como o envelhecimento da população, maior facilidade de acesso às informações e a busca por uma melhor qualidade de vida levam as pessoas a procurarem mais os serviços de saúde e contribuem para o aumento dos gastos em saúde. A tendência é a de que a área de saúde demande cada vez mais recursos da sociedade.

RPR: Como os estudos econômicos podem ajudar na adoção de um novo tratamento ou de um método de diagnóstico de alto custo?

JP: Novas tecnologias e novos tratamentos necessitam de estudos de impacto para verificar quais benefícios trazem para a sociedade quando adotados na prática. Quando se analisa o custo em saúde, não se deve levar em conta apenas o indivíduo; o foco

deve ser o conjunto da sociedade. A decisão de onde se empregar os recursos é tarefa difícil, uma vez que os recursos são limitados a escolhas que devem ser feitas, como investir em tecnologias que trazem melhorias para um maior número de indivíduos ou investir em tecnologia de alto custo que beneficia um grupo restrito de indivíduos que apresentam determinada doença rara. Enquanto o médico deve tomar decisões com base no indivíduo, a avaliação econômica deve se basear no conjunto da população.

A decisão de onde investir os recursos em saúde não se baseia apenas em análise técnica, as pressões da sociedade também influenciam esta decisão. Grupos pequenos e bem organizados muitas vezes são mais ativos e conseguem realizar maior pressão para conseguir recursos para determinada doença, enquanto grupos maiores, mais carentes e desorganizados, ficam descobertos.

RPR: Agora, mudando do âmbito macroeconômico para o ponto de vista microeconômico, como os conhecimentos em economia podem contribuir para o médico no dia-a-dia de seu consultório?

JP: A economia pode ajudar o médico, do ponto de vista microeconômico, a organizar de forma eficiente a sua estrutura produtiva, para a produção de um serviço específico, a consulta médica. O planejamento do consultório deve incluir diferentes etapas e o primeiro passo é analisar o público que será atendido pelo médico. Que motivo leva os pacientes a procurarem esse médico ou essa especialidade? A motivação é a necessidade relacionada a algum agravo à saúde ou a motivação tem um caráter preventivo ou estético que inclua a satisfação pessoal. Nesta última, o paciente pode ter maior preocupação com o valor da consulta. Outro ponto a ser analisado é quem pagará a conta, se as operadoras de saúde ou o próprio paciente. Operadoras de saúde oferecem alta demanda de pacientes a um preço menor de consulta. Se o médico optar por consultas particulares, poderá oferecer maior tempo de consulta com uma atenção maior ao paciente. Características da estrutura física do consultório, como tamanho da sala, localização e facilidades para o paciente têm um custo envolvido e deverão ser adequadas ao nível de receitas e ao tipo de atendimento oferecido no consultório.

RPR: Que elementos influenciam o preço final de uma consulta médica?

JP: Os custos para se manter a estrutura do consultório, como o local de atendimento (imóvel), móveis, equipamentos, o salário das pessoas que trabalham diretamente no consultório, a remuneração do médico e os impostos influenciam no preço final da consulta. Estes custos normalmente são levados em conta. Entretanto, o custo da formação pessoal com cursos, congressos, livros e revistas médicas, remuneração e retorno do capital empregado no consultório, também devem ser incluídos no preço final da consulta médica, e muitas vezes estes custos são esquecidos.

A adequação do espaço é um outro fator importante; em muitas situações, o médico necessita atender a um maior volume de pacientes e para isto necessita também de uma estrutura adequada, como uma sala de espera espaçosa e mais adequada para abrigar vários pacientes simultaneamente. Por outro lado, consultórios com volume menores de atendimento necessitam de uma outra configuração do espaço físico. Cada um deles terá um custo diferente e conseqüentemente influenciarão no preço final da consulta.

Um aspecto importante é que não se deve confundir as questões administrativas e financeiras do consultório com as questões financeiras pessoais. As decisões são feitas em âmbitos diferentes e devem ser manejadas separadamente.

RPR: O que influencia o tempo de consulta do médico?

JP: A demanda de pacientes, os objetivos do médico e seu tempo disponível para o consultório, além do preço da consulta. Quando se opta por uma consulta de uma hora, pode-se dar mais atenção ao paciente, provendo um serviço de maior qualidade e, em contrapartida, tem-se um maior nível de exigência por parte do paciente; obviamente isso resulta em maior preço de consulta.

A manutenção de um bom padrão de atendimento advém do equilíbrio entre a dedicação do médico ao consultório, a necessidade do paciente que o procura, a demanda de atendimentos e a remuneração da consulta. A estrutura dos serviços oferecidos deve ser ajustada à disponibilidade do paciente em pagar por esta estrutura.

RPR: O que influencia na decisão do médico de quando alugar a sala de atendimento ou adquirir o imóvel do próprio consultório?

JP: Esta é uma decisão complexa e deve estar atrelada aos objetivos e ao planejamento da trajetória do profissional. Em início de carreira, normalmente ainda não há demanda de pacientes suficiente para gerar um fluxo de caixa para se custear um imóvel próprio. Frequentemente, o médico recorre a outras fontes de remuneração, como plantões e outras atividades para suprir suas necessidades e nessa fase é mais seguro alugar uma sala a um custo não muito elevado. Deve-se pesar o quanto se investe para montar um consultório próprio e para mantê-lo, e analisar se não seria mais vantajoso deixar estes recursos financeiros em uma aplicação no banco e alugar uma sala a um

custo menor que a remuneração obtida pelo investimento. É bom lembrar sempre que em aplicações financeiras correm-se riscos relacionados à própria aplicação e ao banco. Por outro lado, o imóvel comprado também pode ser bastante valorizado e trazer ganhos futuros acima das aplicações financeiras. Portanto, esta decisão deve ser tomada com cautela e muitas variáveis podem influenciá-la. Sempre que se envolvem recursos, deve-se fazer uma análise fria e um planejamento para sua execução, não se deve basear apenas em sonhos. Neste caso, uma sugestão é que no início de carreira para o médico que pretende ter seu consultório é mais prudente alugar uma sala, estabelecer um fluxo regular de pacientes, formar um fluxo de caixa previsível e começar uma poupança, e, uma vez estabelecido, adquirir e montar seu consultório.

RPR: O que dizer do uso de planilhas para controle de receitas e despesas?

JP: Você só controla o que você mede. O uso de planilhas de controle ou sistemas informatizados de gestão de consultórios é fundamental para se mensurar as receitas e despesas no dia-a-dia, senão não há controle sobre estas variáveis e não se pode fazer um planejamento. Você deve entender o problema para poder resolvê-lo. Se o indivíduo se sente correndo atrás do prejuízo é porque ele não tem as rédeas do seu negócio.

RPR: Como escolher entre pessoa física e jurídica?

JP: Esta é uma questão de planejamento tributário e depende dos patamares de valores da remuneração do profissional para ser decidida. É mais vantajoso para o médico receber suas consultas particulares como pessoa física se sua remuneração é relativamente baixa, mas o custo dos impostos se torna alto para remunerações maiores. A partir de determinados patamares de rendimento, torna-se mais vantajoso trabalhar como pessoa jurídica devido ao menor custo dos impostos. Entretanto, mesmo dentro da pessoa jurídica, têm-se regimes tributários diferentes quando se opta por lucro real ou lucro presumido. Também deve-se levar em conta que a abertura e o fechamento de uma pessoa jurídica são bastante onerosos e que os riscos civis e criminais de pessoas físicas e jurídicas são diferentes. O contador e o advogado são os profissionais mais indicados para orientar quanto a estas escolhas.

RPR: Que mensagem o economista pode deixar ao médico que inicia sua vida de consultório?

JP: Atualmente, a grande velocidade de informações, o aumento da concorrência, a necessidade de atualização constante e o aumento no número de regras para exercer a função profissional pressionam o médico a expandir sua visão para alcançar não só o paciente que está à sua frente, mas também o ambiente em sua volta. No âmbito econômico-financeiro, deve-se procurar o equilíbrio entre receitas e despesas, incluindo os custos do consultório, a remuneração dos investimentos efetuados e a remuneração do médico. Há a necessidade de se trabalhar com sobras para se manter a capacidade de investir. Um planejamento correto é fundamental para o sucesso do consultório.

Acesse o site da Sociedade Paulista de Reumatologia. Nele, você pode pesquisar assuntos atuais e relevantes, pode enviar sugestões e comentários.

Cadastre o seu e-mail e receba gratuitamente o *Informativo da SPR*. Para mais informações, consulte a seção Atualização, que dispõe de mais de 70 resumos de artigos de vários temas.

O dr. Jose Knoplich, um dos coordenadores do site, propõe a discussão entre os membros da SPR, de maneira *on-line*, do tema Acupuntura e Medicinas Alternativas.

CONFIRA, A SEGUIR, O RESULTADO DOS SEGUINTE TRABALHOS:

■ **Acupuntura não funciona para a fibromialgia**

Em recente meta-análise ("Acupuncture for fibromyalgia – a systematic review of randomized clinical trials"), publicada em dezembro de 2006 na *Rheumatology* (Oxford), os reumatologistas ingleses concluem que a acupuntura não foi eficaz para o tratamento (desfecho: alívio da dor) de pacientes com fibromialgia.

■ **Medicina alternativa no SUS e a reumatologia**

O Ministério da Saúde decidiu custear tratamentos alternativos pelo SUS (Sistema Único de Saúde), embora alguns não possuam a devida comprovação científica, de acordo com a Portaria publicada no *Diário Oficial da União* de 3/5/2006. Dessa forma, autoriza, reconhece o valor terapêutico e incentiva as unidades de saúde a adotarem terapias como a acupuntura, homeopatia, fitoterapia e o termalismo. Atualmente, cerca de 19 capitais e 232 municípios do País tem adotado uma ou mais dessas modalidades terapêuticas na prática médica. Com a criação de uma política nacional para esse fim, a idéia é ampliá-la e uniformizá-la em todo o País. O projeto autoriza, inclusive, que outros profissionais da saúde, não-médicos, possam prescrever ou realizar esse tipo de tratamento. Pelos motivos acima expostos, tanto o CFM como a AMB consideram essa decisão "absurda".

No Sistema Médico Inglês (NHS), a homeopatia tem sido utilizada desde 2002, mesmo não tendo sido considerada justificada pela revisão de um autor da York University, ao analisar mais de 200 ensaios randomizados em várias doenças (Mark Hunter. "Use of homeopathy in NHS not justified". *BMJ* 2002; 324: 565).

Está em grande atividade o Setor de Medicina Chinesa de Acupuntura do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Unifesp e da USP. Existe ainda a Liga Acadêmica de Acupuntura de ambas as Universidades. A Liga de Homeopatia já funciona na Unifesp e, em breve, a Faculdade de Medicina da USP terá a sua.

Reumatologistas israelenses realizaram entrevistas com 350 pacientes reumáticos e verificaram que 148 (42%) usavam algum tratamento da medicina alternativa (média de 1,9-1,1 por paciente). Os mais usados foram a homeopatia (44%) e a acupuntura (41%). Os pacientes reumatológicos que fazem uso desse tipo de orientação possuem maior nível de escolaridade (52% *versus* 37%, $P=0,007$). Além disso, pacientes com diagnóstico de osteoartrose utilizam mais esses métodos do que os reumatóides (48% *versus* 32%, respectivamente; $P=0,008$) (Breuer GS et al. "Use of complementary and alternative medicine among patients attending rheumatology clinics in Israel". *Isr Med Assoc J* 2006; 8 (3): 203-4).

Veja as atualizações e novidades do Protocolo Gepro (Estudo Epidemiológico sobre a Esclerose Sistêmica no Brasil), organizado pela SBR e liderado pelo dr. Percival D. Sampaio-Barros, da Unicamp.

■ **Revalidação do Título de Especialista**

Em breve, todas as especialidades médicas deverão enfrentar o processo de recertificação do título de especialista, promovido pela Associação Médica Brasileira por meio do Conselho Federal de Medicina. Pensando nisso, a atual gestão da Sociedade Paulista de Reumatologia desenvolveu um moderno e eficiente sistema de Ensino Continuo à Distância, de atualização quinzenal, disponível em seu novo site institucional.

■ **Fórum de Debates On-Line**

Para o associado que não puder se deslocar até a Capital ou não pôde ir ao último Fórum de debates, a SPR disponibilizou a consulta *on-line* dos casos clínicos discutidos. Consulte.

O sistema Aula-Vox tem conectado reumatologistas de todo o Estado de São Paulo e também de outros Estados.

■ **Revista Paulista de Reumatologia**

Veja todos os números já publicados. Eles estão disponíveis para consulta em PDF. A leitura é feita através do programa Acrobat Reader. Caso não o tenha instalado em seu computador, há instruções no site de como obtê-lo gratuitamente.

Envie sugestões e críticas sobre o site, a revista e a programação. Dê sua opinião. Participe.

Envie resumos de artigos para o e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br ou pelo fax: (0xx11) 3284-0507.

CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS

Nos dias 3 e 4 de março, foi realizado o Curso de Revisão para Reumatologistas, uma iniciativa da Sociedade Paulista de Reumatologia – Gestão Ari Radu – com o objetivo de informar e reciclar (educação continuada) sobre novos e velhos aspectos de interesse de nossa especialidade. O evento ocorreu no Hospital do Servidor Público Estadual e contou com a presença de 221 participantes, desde residentes até médicos mais experientes. Os principais destaques do evento foram artrite reumatóide, espondiloartropatias, laboratório em reumatologia, instrumentos de avaliação das doenças reumáticas, osteoartrite, reumatologia pediátrica, osteoporose, miopatias inflamatórias, gota, lúpus eritematoso sistêmico, vasculites, esclerose sistêmica, reumatismos de partes moles e doenças da coluna.



CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS: visão geral da platéia.

XIX JORNADA NORTE-NORDESTE DE REUMATOLOGIA

De 21 a 24 de março, durante a XIX Jornada Norte-Nordeste de Reumatologia, em Fortaleza, CE, o Garce (Grupo de Apoio aos Pacientes Reumáticos do Ceará), a Sociedade Cearense de Reumatologia e a Sociedade Brasileira de Reumatologia promoveram reunião científica para leigos com a participação de cerca de 500 pessoas. Parabéns ao Garce, em especial pelo empenho e dedicação de Marta Azevedo (presidente do grupo), pelo sucesso e objetivos alcançados.

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:

PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES (14 DE MARÇO DE 2007)

Tema: “Infecções em pacientes em terapia biológica”. O Primeiro Fórum versou sobre a terapia biológica, utilizada em casos de artrite reumatóide, espondiloartropatias e algumas outras doenças reumáticas auto-imunes refratárias ao tratamento conservador. Mais uma vez a participação da platéia foi fundamental para o sucesso do evento. Com cartões coloridos, os participantes presenciais e à distância puderam votar, emitir opiniões e sugerir intervenções e procedimentos ao grupo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenação: dra. Iêda Maria M. Laurindo (HC-FMUSP)

Apresentação: dra. Lissiane K. N. Guedes (HC-FMUSP)

Debatedores: dra. Sílvia Costa Figueiredo e dr. Ivan França (infeccionistas do HC-FMUSP)

SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES (11 DE ABRIL DE 2007)

Tema: “Gota e Hiperuricemia Assintomática”. A Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina deu prosseguimento à discussão mensal de casos clínicos de nossa Sociedade. Com tema bastante polêmico e relevante para a prática diária de consultório, as alterações metabólicas relacionadas ao aumento do ácido úrico foram trazidas à baila, com a visão do reumatologista, cardiologista e nefrologista

Coordenação: dr. Antonio José Lopes Ferrari (Unifesp/EPM)

Apresentação: dr. Edgard Torres dos Reis Neto (Unifesp/EPM)

Debatedores: dr. Francisco Fonseca (cardiologista da Unifesp/EPM) e dr. Lúcio Requião (nefrologista da Unifesp/EPM)

Obtenha mais informações pelo telefone 0++11/3284-0507.

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.



PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES: (1) a partir da esquerda, dra. Lissiane Guedes, dra. Iêda M. M. Laurindo, dr. Ivan França, dra. Sílvia Figueiredo; (2) visão geral da platéia. SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES: (3) a partir da esquerda, dr. Edgard Torres dos Reis Neto, dr. Francisco Fonseca, dr. Antonio José Lopes Ferrari, dr. Lúcio Requião; (4) visão geral da platéia.

Agenda 2007

NACIONAIS

XVI Jornada Centro-Oeste de Reumatologia

Data: 28 a 30 de abril de 2007

Local: Pantanal – MT

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

XIII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 24 a 26 de maio de 2007

Local: São Paulo – SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

XVI Jornada Cone Sul de Reumatologia e XIX Jornada Brasileira de Reumatologia

Data: 6 a 8 de setembro de 2007

Local: Blumenau – SC

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

II Ação Reumato

Data: 28 de outubro de 2007

Local: Parque do Ibirapuera, São Paulo, SP

Organização: SPR

Contato: Márcia, SPR, fone/fax (0xx11) 3284-0507

XIX Jornada Paulista de Reumatologia e XVII Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

Data: 6 a 8 de dezembro de 2007

Local: São Paulo – SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

INTERNACIONAIS

12th International Congress of Antiphospholipid Antibodies

Data: 18 a 20 de abril de 2007

Local: Florença, Itália

Contato: <http://www.antiphospholipid.net/congress>

13th International Vasculitis and Anca Workshop

Data: 26 a 29 de abril de 2007

Local: Cancun, México

Contato: <http://www.vasancun.com.mx>

VII Euler 2007

Data: 13 a 16 de junho de 2007

Local: Barcelona, Espanha

Contato: www.eular.org

American Society for Bone and Metabolism Research (ASBMR 2007)

Data: 16 a 19 de setembro de 2007

Local: Honolulu, Hawaii

Contato: <http://www.asbmr.org>

American College of Rheumatology (ACR 2007)

Data: 6 a 11 de novembro 2007

Local: Boston, MA

Contato: www.rheumatology.org



CAPA: Antoni Gaudí i Cornet, famoso arquiteto espanhol-catalão, nasceu em 25 de junho de 1852, em Tarragona. Filho de Francesc Gaudí Serra e Antonia Cornet Bertran, ambos de tradição e origem de famílias de ferreiros. Caçula de cinco filhos, Gaudí não conseguia brincar com seus amigos e irmãos por causa do reumatismo. Ficava longos períodos em casa, desenhando e observando a natureza. Tinha bastante dor, raramente caminhava e era auxiliado por muletas ou precisava montar a cavalo para sair de casa. Entrou para o Col·legi de les Escoles Pies de Reus e possuía curiosidade aguçada e irrequieta com os intrigantes mistérios da natureza. De modo geral, não era considerado um bom aluno, mas se destacava e era fascinado pela geometria. Começou a estudar arquitetura na Escuela Tècnica Superior d'Arquitectura de Barcelona (1873-77) e foi considerado, novamente, um aluno medíocre. Elies Rogent, famoso professor local, certa vez comentou "ou encontrei um aluno lunático ou um gênio". Em 1878, iniciou trabalho na mesma escola, onde ficou afiliado até o final de sua vida. Estudou todos os ângulos e curvas da natureza e os incorporou a seus desenhos, sempre mimetizando árvores, insetos, pequenos animais e o homem em crescimento. Os primeiros trabalhos foram desenhados em estilo gótico ou modos tradicionais da arquitetura espanhola, mas, logo depois, desenvolveu estilo próprio e único de escultura. Recebeu forte influência do arquiteto francês Eugene Viollet-le-Duc, mas o aluno superou o mestre, e criou um desenho original, intrigante, fantástico, envolvente e irregular, com poder quase alucinatório. Desenvolveu hipérbolos e parabolóides, facilmente manuseados pelas famosas hastes de aço, permitindo que seus desenhos caracterizassem todos os elementos de seu ambiente, inclusive a fluidez da água. Ao projetar edificações, percebeu as forças da gravidade e as relacionou a seus princípios arquitetônicos para o cálculo "natural" da curvatura de seus arcos. Muitos deles foram desenhados de forma invertida (de ponta-cabeça), por meio de pesos e barbantes entrelaçados e interconectados. Inicialmente, a originalidade de Gaudí foi ridicularizada por seus pares. Os catalães se referiam a casa *Milà* como "a pedreira",

e George Orwell, que ficou em Barcelona durante a Guerra civil espanhola, odiava seu trabalho. O rico industrial Eusebi Güell resolveu patrocinar seus desenhos e obras e, com o tempo, seu trabalho foi reconhecido e se tornou o mais famoso e brilhante artista espanhol. Posteriormente, interessou-se pela arte da Guerra, devido à revolução da Catalunha contra a Espanha, incentivada por seu amigo e, depois arqui-rival, Salvador Dalí. Católico fervoroso, mais tarde abandonou todo seu trabalho para se dedicar apenas à *Sagrada Família* (ilustração da capa desta edição da *RPR*), ficando conhecido como o "arquiteto de Deus". Suas atitudes mudaram com a morte de diversos amigos e familiares mais próximos, como sua sobrinha Rosa Egea (1912), Francesc Berenguer (1914) e Eusebi Güell (1918). Nessa época, Barcelona atravessava importante crise econômica e, com isso, a construção da *Sagrada Família* e da *Colònia Güell* ficou prejudicada. Por causa do reumatismo, seguia rígida dieta vegetariana, usava remédios homeopáticos, caminhava e submetia-se à hidroterapia regularmente. Em 7 de junho de 1926, foi atingido por um bonde e levado para um precário hospital de Barcelona, pois não foi reconhecido como Gaudí, mas sim como um indigente. Morreu três dias depois e seu sepultamento foi assistido por grande multidão de pessoas que ocuparam as principais ruas de Barcelona. Não finalizou sua maior obra, a *Sagrada Família*. Suas principais obras foram *Casa Vicens* (1878-1880), *Sagrada Família* (1884-1926), *Palau Güell* (1885-1889), *College of the Teresianas* (1888-1890), *Crypt of the Church of Colònia Güell* (1898-1916), *Casa Calvet* (1899-1904), *Park Güell* (1900-1914), *Casa Batlló* (1905-1907) e *Casa Milà (La Pedrera)* (1905-1907). Na capa, em primeiro plano, *Sagrada Família*, fragment de les torres. Dibuixos originais d'Elisenda Calvet Vilalta. Arxiu, Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de Barcelona de la Universitat Politècnica de Catalunya (ETSAB). Em segundo plano, *Sagrada Família*, fragment de la façana. Dibuix original de J. Carles Argemí del Valle. Arxiu, ETSAB. No detalhe, *Temple de la Sagrada Família*.