


Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 5 N.º 2 abr/jun 2006



Conheça os
candidatos à
presidência
da SBR

Medicamentos de baixo
custo praticamente inexistem
nas farmácias de São Paulo

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-7
Rheuma	8-9
Entrevista	10-12
Artrófilo	14-17
Grupos de Apoio	18-19
Ética	19
Noticiário	20-21
Agenda	22

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), Mauricio Levy Neto (Coordenador Científico)

Comissão Científica

Célio Roberto Gonçalves, Rosa Maria Rodrigues Pereira, Eduardo Ferreira Borba Neto, Charles Helden de Moura Castro, Maria Guadalupe Barbosa Pippa, Silvio 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

ETCetera 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) 3673-5095, Fone/Fax: (11) 3868-2799

E-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br

Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

Palavra do Presidente

A Sociedade Paulista de Reumatologia tem múltiplas funções. Representar os médicos especialistas em reumatologia é apenas uma delas. Neste sentido, cabe à Sociedade, entre outras atividades, auxiliar no aprimoramento do ensino, incentivar a pesquisa e estimular a atualização profissional. Cabe-nos também uma função social junto aos pacientes portadores de doenças reumáticas. Assim sendo, a *Revista Paulista de Reumatologia* traz neste número uma nova seção — o Artrófilo —, um espaço aberto às discussões polêmicas relativas ao binômio paciente/reumatologista.

Quando pensamos na imprensa, logo a associamos à necessidade imperiosa de dissecar tragédias, apresentar imagens negativas, atacar personalidades etc. No entanto, a mídia exerce um papel fundamental na democracia e, sinteticamente, pode ser definida como um fórum no qual questões fundamentais para a sociedade são abordadas. É neste sentido restrito da palavra jornalística, que a seção Artrófilo vem acrescentar matérias ao conteúdo tradicional de nossa Revista. Nela, esperamos apontar problemas e possíveis ações que levem às soluções.

Nesta edição da *Revista Paulista de Reumatologia*, nossos hábeis reumato-jornalistas trazem para o debate uma grave questão no tratamento das doenças reumáticas crônicas. Como todos sabem, a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistêmico e outras doenças reumáticas crônicas podem ser bastante incapacitantes. Como também sabemos, grandes avanços tecnológicos de nossos tempos têm permitido um controle cada vez melhor destas doenças. No entanto, quem da questão da eficácia das drogas ditas “anti-reumáticas”, ainda enfrentamos a enorme dificuldade de acesso ao tratamento por parte da população mais carente do Estado.

Neste sentido, é com grande satisfação que vimos a Secretaria Estadual de Saúde abrindo seis novas vagas para reumatologistas atuarem nos Núcleos de Gestão Assistencial (NGA). Porém, além da dificuldade de acesso às consultas, outra gravidade terapêutica, enfrentada pelos portadores de doenças reumáticas crônicas, é a baixa adesão ao tratamento. Infelizmente, este problema multifatorial envolve também a crônica falta de medicamentos nas prateleiras, particularmente dos mais baratos (embora essenciais). O Artrófilo investigou as possíveis causas disso, visando sempre à obtenção de respostas rápidas, que tragam alívio aos pacientes.

Ari Stiel Radu

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

HEXAGERO

O futebol surgiu na Inglaterra, mas foi no Brasil que ele se revelou como o grande expoente do esporte nacional. Charles Miller, o pai do futebol brasileiro, deixou registrado em nosso mais difundido esporte, um estilo de jogo alegre e malandro. Não demorou muito para o futebol brasileiro se organizar. Paulistas e cariocas uniram-se para formar a primeira equipe de jogadores! E, em 1914, já tínhamos realizado o primeiro jogo oficial da seleção canarinho. Desde então, o Brasil agita as competições da copa do mundo de futebol, como a única seleção a ter participado de todas as edições desse evento. Já são cinco títulos! Somos pentacampeões mundiais de futebol. É época de copa do mundo, tempo desejado de concretizar o sonho de todo brasileiro: conquistar o hexacampeonato.

Exagero é aquilo que se encareceu em excesso, é atribuir às coisas ou fatos proporções maiores do que realmente têm; é aumentar ou aparentar mais do que se sente; exaltar excessivamente; ser exagerado nos modos, nos gestos. Desde pequenos, nossos pais e avós recomendam que é melhor não exagerar, nem em comida, nem em brincadeiras, nem na falta de banho. Mas como gostamos de exagerar, não é?

Exageramos em coisas bacanas, especialmente na adolescência, como cantou Cazuza: "Amor da minha vida... paixão cruel desenfreada". "Exagerado, jogado aos teus pés, eu sou mesmo exagerado, adoro um amor inventado." "Eu nunca mais vou respirar, se você não me notar. Eu posso até morrer de fome, se você não me amar." "E por você eu largo tudo... vou mendigar, roubar, matar. Até nas coisas mais banais, pra mim é tudo ou nunca mais." Pode, também, ser a mais primorosa arte, como no exagero de tintas e cores vibrantes do barroco, ou nas formas exageradas e exuberantes das madonas de Botero.

Em contrapartida, há o exagero de impostos, de desvio de milhões de reais para pagamento do mensalão pelo Partido dos Trabalhadores, liderados pela quadrilha de Lula-bá, pois não há como negar os escândalos e infortúnios desse governo.

Há exageros ao inverso, de fato a escassez, como a falta de atendimentos médicos ou de medicações para a nossa população, matéria desta edição. Vale a pena conferir os principais motivos da constante ou cíclica falta de imunossuppressores na rede pública e privada de São Paulo. Há exagero de informação, mas também de desinformação de médicos a pacientes. O paciente tem o direito de ser informado sobre as peculiaridades de sua doença, se assim o desejar, sem exageros e ilusões, de acordo com o pensamento bioético atual. O prontuário médico é nosso principal instrumento e é lembrado nesta edição.

Em um passado distante, não poderíamos compreender como alguém poderia viver sem o fogo. Como entender não comer carne assada ou viver sem a roda, sem luz elétrica, telefone ou controle remoto, é um exagero. Como ouvir a conquista do penta sem televisão ou, pelo menos, um radinho de pilha? Isso poderia ter a vantagem de não ouvir os comentários não menos exagerados do Galvão Bueno.

E, atualmente, como não ficar alegre, por mais triste que se esteja, com o exagerado bom humor de Vera Szejnfeld? Como não se beneficiar e usufruir do exagero de perguntas sempre pertinentes, feitas pelo Daniel Feldman e pelo Samara em todos os eventos reumatológicos?

Exagero também é a capa desta edição da RPR, um tributo à maior diva da canção francesa de todos os tempos, sem falar dos seus tórridos e exagerados casos de amor. Nosso repórter – o Artrófilo – agora tem cara, com a ilustração, sem exageros, do Dr. Fuller.

Na edição anterior, enviamos cerca de 1.500 questionários para avaliação de nossa Revista. Para a nossa surpresa, houve uma baixíssima taxa de devolução do questionário, apenas 45 (3%). Um exagero ao inverso! Essa pequena participação e colaboração nas atividades de nossa Sociedade, talvez seja um reflexo da falta de cultura participativa, ainda não incorporada entre os brasileiros e, principalmente, entre nós médicos. Decidimos não divulgar o resultado da opinião, devido à baixa representatividade e o firme propósito de não refletir a opinião dos reumatologistas. Em Campinas, durante o Congresso Brasileiro de Reumatologia, pretendemos aplicar novamente o questionário e, a partir daí, divulgarmos a opinião de nossa especialidade sobre a *Revista Paulista de Reumatologia*. Muito obrigado àqueles que responderam a essa primeira versão, suas opiniões e comentários foram muito importantes e serão adicionados à segunda versão.

Enfim, neste clima de HEXAGERO, surgirão atletas futebolísticos de final de semana, artríticos saudosistas tentando driblar as dores com chutes a gol, osteoporóticos na mira do gol, ou mesmo, de fraturas... Claro, no país do futebol, pacientes e reumatologistas não ficarão de fora! Rumo ao Hexa, Brasil!

**Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings,
Alexandre Wagner, Romy Christmann**
Editores da RPR

Cartas



A Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro sente-se extremamente lisonjeada com o belíssimo editorial publicado na *Revista Paulista de Reumatologia*, em sua edição especial, dedicada ao Rio de Janeiro. O editorial assinado por Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings, Alexandre Wagner e Romy Christmann emocionou os corações cariocas!

Outrossim, agradecemos as palavras elogiosas em relação à Jornada Rio-São Paulo realizada em Búzios, cujo sucesso também foi o resultado do excelente entrosamento entre as sociedades irmãs.

Com a mais alta estima e consideração, enviamos um afetuoso abraço,

Blanca Elena Rios Gomes Bica
Presidente da SRRJ

Infiltrações Intra-Articulares – Membros Inferiores

Rita Furtado⁽¹⁾, Jamil Natour⁽²⁾

1. Assistente-doutora da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM. 2. Professor da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM

Articulação do quadril

A punção de quadril pode ser bastante útil, tanto para diagnóstico como para tratamento de monoartrites crônicas nesta articulação. Trata-se de articulação bastante profunda e com íntima relação com o feixe vaso-nervoso femoral. Dessa forma, apesar de poder ser puncionada às cegas, principalmente para diagnóstico, recomenda-se que a articulação do quadril seja submetida à infiltração intra-articular com o auxílio de imagem.

TÉCNICA – Os autores não recomendam esta abordagem para fins terapêuticos, mas sim, apenas, para diagnóstico, principalmente em crianças.

A posição adotada pelo paciente é o decúbito dorsal com o membro inferior em posição neutra. Deve-se utilizar em adultos uma agulha espinhal ou lombar e em crianças uma agulha de 40x8mm. A abordagem da articulação deve ser por via anterior, na qual a pele tem maior sensibilidade. Portanto, a realização de um botão anestésico cutâneo pode tornar o procedimento mais tolerável.

A agulha deverá ser introduzida em um ponto localizado 1,5cm abaixo e 1,5cm medialmente ao ponto de cruzamento imaginário de uma linha vertical descendente da espinha ilíaca ântero-superior com uma linha horizontal passando sobre a extremidade superior do trocânter maior do fêmur (Figura 1).

O anestésico deve ser injetado logo ao contato ósseo e em casos de penetração adequada no espaço

intra-articular, esse líquido deve ser introduzido sem dificuldades. Aspiração do líquido sinovial deve ser então realizada.

ABORDAGEM POR RADIOSCOPIA – O posicionamento do paciente deve ser o mesmo da abordagem às cegas. Utiliza-se uma agulha de 40x8mm para o bloqueio anestésico da pele e planos profundos e uma agulha espinhal ou lombar para o procedimento em si. Deve-se ter à disposição lidocaína a 2% sem vasoconstritor, com volume não inferior a 10ml. Em outra seringa, deve haver contraste não iônico (aproximadamente 3-5ml). Deve ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de hexacetonida de triancinolona de, no mínimo, 5 ml.

A técnica mais fácil para se atingir com sucesso o espaço intra-articular desta articulação é a abordagem lateral.

ABORDAGEM LATERAL – Como reparo anatômico para esta abordagem, tem-se o trocânter maior do fêmur, alguns centímetros acima do qual, tanto a agulha para o bloqueio anestésico como a agulha espinhal devem penetrar. A angulação da agulha deve ser tal que sua ponta toque a junção entre a cabeça femoral e o colo do fêmur lateralmente (aspecto lateral do recesso superior). Depois de testada a angulação, realiza-se a anestesia cutânea, subcutânea e de planos musculares acima do trocânter maior do fêmur, com agulha de 40x8 mm (Figura 2). Depois



Figura 1 – Punção às cegas do quadril

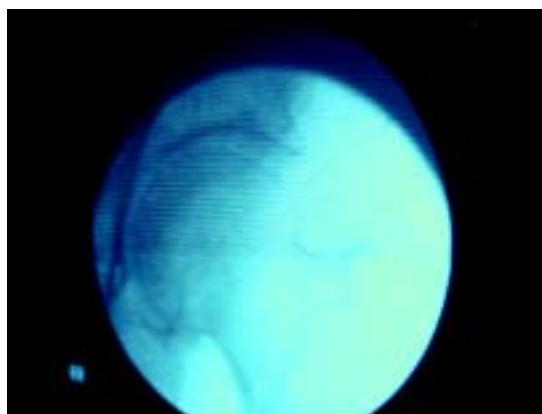


Figura 2 – Abordagem lateral, guiada por escopia, para infiltração do quadril

do bloqueio anestésico, deve introduzir-se a agulha espinhal guiada pela radioscopia até que a mesma toque a junção entre a cabeça e o colo do fêmur. Nesse momento, um pouco mais de anestésico pode ser aplicado, a fim de oferecer maior conforto ao paciente e facilitar a distensão da cápsula articular. Em seguida, introduz-se o contraste.

Em uma infiltração intra-articular de sucesso nesta articulação, será observada a delineação de pelo menos um dos recessos articulares (Figura 3). Pode ser introduzido, então, o hexacetonida de triancinolona.

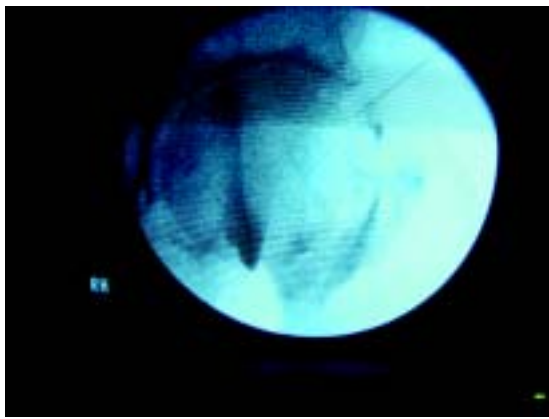


Figura 3 – Recessos articulares do quadril, evidenciados pela injeção de contraste

Articulação fêmoro-tibial

A abordagem desta articulação é mais fácil que as demais, dada a superficialidade e o porte da articulação.

TÉCNICA – Deve-se utilizar agulha longa (40x8mm) e ter em separado seringa com hexacetonida de triancinolona (3-5ml). A seringa com lidocaína a 2% pode ser bastante útil em casos de difícil punção e somente deve ser utilizada para realizar anestesia regional quando não se consegue penetrar de pronto no ambiente intra-articular.

ABORDAGEM SÚPERO-LATERAL – O paciente deve estar em decúbito dorsal. O ponto de entrada da agulha deve ser a 2cm súpero-lateralmente ao ângulo súpero-lateral da patela e a direção deve ser a do centro da articulação. A agulha passa sob a patela, que deve estar evertida para facilitar o procedimento (Figura 4). Trata-se da abordagem mais fácil e menos dolorosa do joelho.

ABORDAGEM SÚPERO-MEDIAL – Posicionamento em decúbito dorsal. O ponto de entrada da agulha deve ser a 2 cm súpero-medialmente ao ângulo súpero-

medial da patela. A direção da agulha mais uma vez deve ser para o centro da articulação, penetrando sob a patela invertida (Figura 5). Esta é uma abordagem útil em casos de punções diagnósticas de joelhos com mínimo derrame articular.



Figura 4 – Abordagem súpero-externa para infiltração do joelho



Figura 5 – Abordagem súpero-medial para infiltração do joelho

ABORDAGEM SUBPATELAR – Novamente, a posição do paciente é em decúbito dorsal. O ponto de entrada da agulha é no terço médio e lateralmente à patela evertida, passando sob esta. Lembrar que a direção da agulha deve ser perpendicular ao maior eixo do membro (Figura 6). Trata-se de uma abordagem valiosa em casos de joelhos com pequenos *deficits* de extensão ou em casos de patelas de difícil mobilização.

ABORDAGEM ANTERIOR – O paciente deve ser posicionado sentado sobre a maca com as pernas pendentes. O ponto de entrada da agulha é a interlinha articular fêmoro-tibial, a 1,5cm lateralmente ou medialmente ao tendão patelar e a 1,5cm abaixo do ápice da patela (Figura 7). A direção deve ser estritamente ântero-posterior, mas pode ocorrer o encontro da agulha com o côndilo femoral. Se isso ocorrer,

retirar, milimetricamente, a agulha antes de injetar o conteúdo da seringa. Esta é uma abordagem útil em casos de grandes *deficits* de extensão.



Figura 6 – Abordagem subpatelar para infiltração do joelho



Figura 7 – Abordagem anterior para infiltração do joelho

Articulação tíbio-talar

A articulação do tornozelo tem uma interlinha articular de difícil palpação e de difícil acesso à agulha, visto que é parcial e anteriormente recoberta pela própria tibia.

TÉCNICA – A abordagem preferencial é a ântero-medial. Utiliza-se agulha de 40x8mm e pode ser introduzido, no ambiente intra-articular, volume de hexacetonida de triancinolona de 2-3ml, dependendo do porte da articulação.

A posição do paciente é mais uma vez em decúbito dorsal com o pé em posição neutra. O paciente deve realizar a flexão dorsal ativa do pé para a visualização do tendão do músculo tibial anterior. O ponto de entrada da agulha deve ser a depressão formada medialmente ao tendão do músculo tibial anterior na altura do maléolo medial. A agulha pode ser inclinada no sentido do maléolo lateral na tentativa de se alcançar mais facilmente o recesso anterior (Figura 8).

Articulações metatarsofalangeanas

São de mais difícil acesso do que as metacarpofalangeanas e, assim, mais seguramente infiltradas com auxílio de radioscopia. No entanto, a primeira metatarsofalangeana, pelo seu maior porte e superficialidade, pode facilmente ser abordada às cegas.



Figura 8 – Infiltração do tornozelo

TÉCNICA – Deve-se utilizar agulha de insulina ou outra de pequeno calibre, dependendo do porte da articulação, podendo ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de hexacetonida de triancinolona de 1ml. A utilização de lidocaína em seringa separada habitualmente não é muito útil.

O paciente fica em decúbito dorsal com o pé em posição neutra. Realiza-se tração distal do pododáctilo em questão para facilitar a identificação da interlinha articular, visualmente ou pelo tato. O ponto de entrada da agulha é esta interlinha obliquamente à pele (quase horizontalmente à mesma), medialmente ao complexo extensor, na tentativa de passar sob o mesmo (Figura 9).



Figura 9 – Infiltração da primeira metatarsofalangeana

Avaliação da Função Gonadal em Pacientes do Sexo Masculino com Dermatomiosite Juvenil

Ana Júlia Pantoja de Moraes

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências
Orientador: Clovis Artur Almeida da Silva

Introdução: com a melhora do prognóstico dos pacientes com dermatomiosite juvenil (DMJ), a atenção clínica começa a se desviar para outros aspectos, tais como sexualidade e fertilidade futura. A função gonadal masculina depende de vários fatores, tais como faixa etária, presença de doenças do aparelho genital (varicocele, p.ex.), alterações hormonais do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas, gravidade e atividade da DMJ, eventos adversos das drogas utilizadas e da própria auto-imunidade por meio dos auto-anticorpos antiespermatozóides. A ausência de estudos em adolescentes e adultos jovens com DMJ estimulou a realização da presente pesquisa. **Objetivos:** avaliar a função gonadal de pacientes do sexo masculino com DMJ. Descrever as características demográficas, manifestações clínicas, exames laboratoriais e terapias (corticosteróides e imunossupressores) e investigar eventuais associações ou correlações com a função gonadal. **Metodologia:** em 2005, 56 pacientes com DMJ estavam em seguimento em dois Serviços de Reumatologia Pediátrica (Unidade de Reumatologia Pediátrica do ICr e Disciplina de Reumatologia da FMUSP). Destes, sete eram adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, que foram submetidos ao exame da genitália, ultra-sonografia testicular com fluxometria da artéria testicular, dosagens hormonais (LH, FSH, prolactina, testosterona, T3, T4, T4 livre e TSH) e pesquisa dos anticorpos antiespermatozóides (IgA, IgG e IgM). Todos os pacientes realizaram duas análises seminais de acordo com os critérios da OMS e estrito de Kruger em um período de um mês. A avaliação da DMJ foi realizada por meio dos seguintes escores: *Childhood Myositis Assessment Scale* (CMAS), *Manual Muscle Testing* (MMT), *Disease Activity Score* (DAS), *Visual Analog Scale* (VAS), *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ) ou *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e *Short-form 36* (SF-36). **RESULTADOS:** todos os pacientes apresentavam Tanner G5P5 e relataram ereção, ejaculação, orgasmo e libido normais; assim como masturbação freqüente.

Paciente 1: diagnóstico aos 9 anos com idade atual de 17 anos, espermarca aos 14 anos e sexualmente ativo. O curso da doença foi monocíclico com uso de prednisona – PRED (dose cumulativa – DC = 8,68g) por 40 meses. No momento do estudo, estava sem atividade de doença e não recebia medicação. Os volumes testiculares direito e esquerdo avaliados por orquidometria de Prader e por ultra-sonografia, assim como os hormônios, foram nor-

mais. Os anticorpos antiespermatozóides foram negativos e as duas análises seminais demonstraram alteração da morfologia espermática (teratozoospermia – TZOO). **Paciente 2:** diagnóstico aos 11 anos com idade atual de 21 anos, espermarca aos 12 anos e sexualmente ativo. O curso da doença foi monocíclico, com uso de PRED (DC=14,9g) por 34 meses. Realizou orquidopexia por criptorquidia à esquerda aos dois anos de idade. No momento do estudo, estava sem atividade e não recebia medicação. Os volumes testiculares avaliados por orquidometria de Prader e por ultra-sonografia evidenciaram redução do volume testicular esquerdo. Os hormônios foram normais. Os anticorpos antiespermatozóides foram negativos e as duas análises seminais demonstraram TZOO.

Paciente 3: diagnóstico aos 3 anos, idade atual de 16 anos, espermarca aos 13 anos e sexualmente inativo. O curso da doença foi policíclico, com calcinose, necessitou de PRED (DC=31,44g por 88 meses), metotrexato (DC=0,16g por 4 meses) e difosfato de cloroquina (DC=72g por 32 meses). No momento do estudo, estava em atividade cutânea (DAS=2 e VAS=3) e recebia 10mg/dia de prednisona. Os volumes testiculares avaliados por orquidometria de Prader e ultra-sonografia, assim como os hormônios, foram normais. Os anticorpos antiespermatozóides foram positivos contra a peça intermediária dos espermatozóides e as duas análises seminais demonstraram TZOO.

Paciente 4: diagnóstico aos 13 anos, com idade atual de 20 anos, espermarca aos 13 anos e sexualmente ativo. O curso da doença foi policíclico, com calcinose, fez uso de PRED (DC=9,4g por 38 meses), metotrexato (DC=0,46g por 7 meses) e difosfato de cloroquina (DC=487,5g por 65 meses). No momento do estudo estava em atividade cutânea da doença com eritema malar e vasculite periungueal (DAS=5 e VAS=5) e recebia 30mg/dia de PRED, 15mg/semana de metotrexato e 250mg/dia de cloroquina. Os volumes testiculares avaliados por orquidometria de Prader e ultra-sonografia, assim como os hormônios, foram normais. Os anticorpos antiespermatozóides foram negativos e as duas análises seminais demonstraram TZOO.

Paciente 5: diagnóstico aos 15 anos, idade atual de 22 anos, espermarca aos 13 anos e sexualmente ativo. O curso da doença foi monocíclico e durante os três primeiros anos de doença recebeu tratamento combinado com PRED (DC=25,6g por 38 meses), difosfato de cloroquina (DC=30g por 3 meses), azatioprina (DC=71,2g por 33

meses) e pulsoterapia com ciclofosfamida (14 infusões com dose mensal de 500mg/m² e DC=6,6g (150mg/kg). Aos 17 anos, estava em uso de PRED (1mg/kg/dia), pulsoterapia com ciclofosfamida (150mg/kg) e azatioprina (2,5mg/kg/dia). Nessa ocasião, em uma amostra seminal, foi evidenciada alteração na concentração, motilidade e morfologia espermática (oligoastenoteratozoospermia). No momento do estudo, encontrava-se sem atividade e sem uso de medicação. Os volumes testiculares avaliados por orquidometria de Prader e ultra-sonografia foram normais, porém, apresentava varicocele grau I bilateral. Os hormônios foram normais. Os anticorpos antiespermatozóides foram negativos e as duas análises seminais demonstraram TZOO.

Paciente 6: diagnóstico aos 6 anos, idade atual de 18 anos, espermarca aos 17 anos e sexualmente ativo. O curso da doença foi monocíclico, com calcinose, fez uso de PRED (DC=16,2g por 64 meses) e colchicina (DC=0,78g por 25 meses). No momento do estudo encontrava-se sem atividade e sem uso de medicação. Os volumes testiculares avaliados por orquidometria de Prader e ultra-sonografia foram normais e diagnosticado varicocele grau II à esquerda. Os hormônios foram normais. Os anticorpos

antiespermatozóides foram negativos e as duas análises seminais demonstraram TZOO.

Paciente 7: diagnóstico aos 15 anos, idade atual de 23 anos, espermarca aos 11 anos e sexualmente ativo. O curso da doença foi monocíclico, fez uso de PRED (DC=33,3g por 36 meses) e difosfato de cloroquina (DC=240g por 32 meses). No momento do estudo, estava sem atividade e sem uso de medicação. O volume testicular direito, avaliado por orquidometria de Prader e ultra-sonografia, foi normal e foi evidenciada ectopia testicular à esquerda. Os hormônios foram normais. Os anticorpos antiespermatozóides foram negativos e as duas análises seminais demonstraram TZOO.

Conclusões: a despeito da pequena casuística, a disfunção gonadal desses pacientes com DMJ pode ser multifatorial, incluindo faixa etária jovem, alterações anatômicas testiculares, terapia imunossupressora e auto-imunidade. Avaliações seminais seriadas e evolutivas são necessárias para confirmar se estas alterações são transitórias ou definitivas. A fertilidade desses pacientes, a médio e longo prazos, é incerta e estudos multicêntricos em jovens e adultos com miopatias inflamatórias são necessários.

Análise de Expressão Diferencial de Genes em Fibroblastos de Pacientes com Esclerose Sistêmica

Hellen Thais Fuzii

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências
Orientador: Luis Eduardo Coelho Andrade

A esclerose sistêmica (ES) é uma doença sistêmica inflamatória de etiopatogênese desconhecida, caracterizada por alterações peculiares da microcirculação e extensa fibrose de pele e órgãos internos. A fibrose é a base de várias características clínicas desta doença, como a escleroderma, dismotilidade esofágica e fibrose pulmonar intersticial. O processo envolve os fibroblastos que exibem fenótipo ativado com taxa de proliferação e de produção de matriz extracelular aumentadas. Este fenótipo ativado se mantém em cultura por várias passagens, e isso facilita o estudo da fibrose na ES. Nos últimos anos, um grande progresso foi realizado na caracterização do perfil de expressão gênica de tecidos em situações específicas fisiológicas ou patológicas graças à técnica de *microarray*. Esta técnica propicia uma visão geral das moléculas que se apresentam estimuladas ou reprimidas para gerar o fenótipo em estudo. Com relação à ES e outras doenças auto-imunes, vários estudos foram realizados utilizando esta técnica, trazendo assim novos conhecimentos sobre os mecanismos mole-

culares das mesmas. Neste estudo, utilizamos a técnica de *microarray* para analisar a expressão de aproximadamente 4.000 genes em cultura de fibroblastos provenientes de pele comprometida e não comprometida de pacientes com ES. Verificamos que a pele comprometida e não comprometida de pacientes com ES apresentavam perfil semelhante de expressão gênica para este painel de genes utilizado. Entretanto, comparando fibroblastos de pacientes com fibroblastos de controles saudáveis, o padrão de expressão era diferente. Sendo que foram encontrados 329 genes diferentemente expressos entre pacientes e controles, 241 genes reprimidos e 88 estimulados. Entre os reprimidos, podemos citar VG5Q, que é fator de angiogênese, MMP9, importante para o remodelamento da matriz extracelular e citocina IK, importante na regulação de expressão de MHC classe I. Entre os genes estimulados, PSG1, que estimula resposta Th₂, KIFC1, importante para o transporte entre retículo endoplasmático e complexo de Golgi e STA1, que está envolvido em adesão e proliferação celular.



Entrevista

PRESIDENCIÁVEIS

Em setembro, durante o Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Campinas, será a eleição do próximo presidente da SBR para a gestão 2008-2010. Os candidatos presidenciais são a prof.^a dra. Iêda M. M. Laurindo e o prof. dr. Jamil Natour. Eles, gentilmente, cederam a seguinte entrevista à RPR. A seguir, você saberá um pouco mais sobre os candidatos.

Iêda, 50 anos, paulistana, sagitariana, firme, didática e pragmática. Filha de Mario e Iêda, mãe de Rafael e Lucas, casada com Francisco Laurindo há 25 anos. Tem ascendência tipicamente brasileira (Salvador, Estância e Santana do Livramento). Prata da Casa do HC-FMUSP, graduou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP, em 1980. Fez residência médica em Reumatologia no HC-FMUSP (1981-84). Concluiu o mestrado e o doutorado em Reumatologia pela FMUSP, em 1988 e 1995, respectivamente. Atualmente, é professora colaboradora da Universidade de São Paulo e responsável pelo Ambulatório de Artrite Reumatóide. Tem ativo desempenho na Sociedade Paulista de Reumatologia, desde 1980, e na Sociedade Brasileira de Reumatologia, desde 1983. Foi membro do Conselho Editorial da *Revista Brasileira de Reumatologia* (1998-2000) e do Subcomitê Científico de Artropatias Inflamatórias e Infecciosas do XXIII e do XXIV Congresso Brasileiro de Reumatologia (2000 e 2002, respectivamente). Foi membro do Comitê Científico da SPR (1999-2001) e editora científica da *Revista Brasileira de Reumatologia* (2000-04). Presidente da Comissão de Artrite Reumatóide da SBR desde 2002. Foi coordenadora do Consenso Brasileiro de Artrite Reumatóide em 2002 e do Primeiro e Segundo Consenso Latino-Americano para o Tratamento da Artrite Reumatóide (Equador, 2003 e Chile, 2005, respectivamente). Foi coordenadora do Projeto Diretrizes: Diagnóstico e Tratamento da Artrite Reumatóide – da AMB e do CFM (2004-05). É membro do Conselho Executivo e Coordenadora Geral (Brasil) para o Grupo Latino-Americano de Estudo da Artrite Reumatóide (GLADAR), desde 2003. Grande estudiosa e pesquisadora da artrite reumatóide, publicou diversos capítulos em livros e artigos científicos nessa área.

Jamil, 45 anos, paulista de Catanduva, virginiano, objetivo, cativante, impulsivo. Filho de Abdel e Izaura, pai de Julia, casado com Paola há 17 anos. De ascendência árabe e italiana. Prata da Casa da Unifesp/EPM, graduou-se em Medicina pela Escola Paulista de Medicina/Unifesp, em 1983. Fez residência médica em Reumatologia na Unifesp/EPM (1984-86). Concluiu o mestrado e o doutorado em Reumatologia pela Unifesp/EPM em 1989 e 1993, respectivamente; com “doutorado-sanduíche” no Hospital Cochin, em Paris (2001-02). Em 2004, tornou-se livre-docente pela disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM. Atualmente, exerce atividades acadêmicas na Unifesp/EPM, como professor afiliado e chefe do Setor de Coluna Vertebral, Procedimentos e Reabilitação da disciplina de Reumatologia. Tem participado ativamente das atividades da SPR e SBR nos últimos dez anos. Foi tesoureiro (1990-91), secretário (1994-95), 2º vice-presidente (1998-99), 1º vice-presidente (2000-01) e presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia (2002-03). Nessa gestão, resgatou a publicação da SPR, surgindo a *Revista Paulista de Reumatologia*, símbolo atual de nossa sociedade. Foi tesoureiro (1998-2000) e presidente (2002-04) do Comitê de Coluna Vertebral da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Presidente de dois Encontros de Reumatologia Avançada (2002-03), da Jornada Paulista de Reumatologia (2003) e do Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia (2003). Grande estudioso das doenças da coluna vertebral e da reabilitação em doenças reumáticas, publicou diversos capítulos em livros e artigos científicos nessa área. Recentemente, publicou o livro *Coluna Vertebral* (2004) e é o mais novo professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Unifesp/EPM.

Revista Paulista de Reumatologia – Por que você quer ser presidente da SBR?

Iêda – Porque acredito que posso contribuir efetivamente para o aprimoramento da SBR, em todas as suas áreas de atuação.

Jamil – Sempre participei, opinei e lutei pela reumatologia. Após os diversos cargos ocupados em nossas Sociedades, acredito que agora poderei colaborar sendo presidente da SBR, mantendo a Sociedade a serviço da reumatologia brasileira.

RPR – Quais são as características que o próximo presidente da SBR deveria possuir, em sua opinião?

Iêda – Disponibilidade e vontade de trabalhar, capacidade de aglutinar, estimular e integrar pessoas.

Jamil – Não ter conflitos de interesse com a indústria farmacêutica. Seriedade. Compromisso com a reumatologia brasileira.

RPR – Você preenche esses critérios?

Iêda – Espero que sim. O apoio e estímulo que tenho recebido dos colegas de todo o Brasil em relação à minha candidatura para a presidência da SBR, deixam-me, por um lado, confiante e otimista e, por outro, ciente da grande responsabilidade e compromisso que estou assumindo.

Jamil – Faço-me esta pergunta diariamente; enquanto a resposta for sim, continuarei participando da SBR.

RPR – Quais são as suas principais sugestões e propostas de engrandecimento de nossa sociedade?

lêda – Resumindo em uma única sentença: valorização do reumatologista e da reumatologia nacional.

Jamil – Fazer a reumatologia ser mais conhecida pelos leigos e mesmo pelos médicos. Participar ativamente das sociedades médicas para proteger os interesses da reumatologia. Promover eventos científicos sérios, a serviço dos interesses reais dos associados. Zelar pela formação de novos especialistas e pela educação continuada dos especialistas.

RPR – A SBR já realizou campanhas de conscientização da população sobre as doenças reumáticas e divulgação de nossa especialidade. Na gestão do dr. Sebastião Radominski, a notoriedade começou a aparecer, mas não tivemos fôlego para continuar. Você pretende retomar essa iniciativa? Caso eleito, você fará campanhas semelhantes? Por quê?

lêda – Um dos pontos mais importantes para a valorização da nossa especialidade é aumentar a sua visibilidade. É de suma importância o maior reconhecimento da especialidade, tanto na comunidade leiga como na médica. Para isso, precisamos de mecanismos criativos de divulgação.

Jamil – Sim, como já disse anteriormente, acho que devemos divulgar a especialidade.

RPR – A procura por um reumatologista no serviço público de saúde é demasiadamente elevada. No entanto, existem poucas vagas para concurso público. Como você vê esse cenário nacional e como a SBR pode auxiliar e otimizar os atendimentos especializados nos grandes centros?

lêda – Infelizmente, hoje já existe uma demanda pelo reumatologista, que não foi ainda totalmente reconhecida pelos órgãos de saúde. Esta é uma das maiores batalhas no âmbito municipal, estadual e mesmo federal.

Jamil – Sim, creio que a SBR pode ter uma política de conscientização das autoridades de saúde para a contratação de reumatologistas. Quando presidente da SPR, atuamos junto à prefeitura de São Paulo neste sentido.

RPR – Como podemos participar de uma sociedade na qual somente os principais serviços universitários estão representados, mas não os reumatologistas de consultório? Como fazer uma sociedade para todos?

lêda – Esta é uma das prioridades ao se discutir a valorização do reumatologista, que abrange todos os associados, tanto do meio acadêmico como de consultório, atendendo às suas necessidades. Neste contexto, as regionais são fundamentais. Acredito que através de uma atuação ágil e constante junto às regionais, podemos conhecer e responder às demandas dos associados.

Jamil – Acredito que as sociedades de especialidades devem ter suas ações voltadas para o médico especialista, não para o cientista. A Sociedade Paulista de Reumatologia sempre esteve aberta aos médicos de consultório. A maioria dos eventos do interior são organizados por eles, muitos já ocuparam

cargos de diretoria e em comitês. Em nível nacional, a eleição do Fernando Neubarth é prova irrefutável que qualquer membro de nossa Sociedade pode, com um trabalho sério e dedicação, ocupar qualquer cargo e influenciar nossos destinos.

RPR – Como o título de especialista tem modificado a nossa especialidade? Recentemente, tem havido um alto índice de reprovação na prova, mesmo de médicos provenientes de serviços de excelência. O que a SBR pode fazer para garantir a qualidade dos serviços de especialização e residência médica em Reumatologia?

lêda – Houve algumas reprovações no exame de 2005, o que não se observou no exame de 2006, indicando a integração da SBR e os serviços de especialização e residência médica em Reumatologia.

Jamil – A SBR não pode interferir diretamente nos programas de residência médica, mas poderia atuar na Comissão Nacional de Residência Médica, pedindo nossa participação na instituição de normas e na fiscalização dos programas. A SPR já indicou fiscais junto à Comissão Estadual de Residência Médica; poderíamos conseguir o mesmo para todo o país. Quanto aos cursos de especialização ou estágios, deveríamos criar um sistema de credenciamento com renovação periódica, com fiscalização e normas semelhantes às da residência médica. Finalmente, as provas de título de especialista devem se aproximar da realidade da especialidade, refletindo os conhecimentos necessários para a prática da reumatologia, podendo, a partir daí, ser um instrumento de avaliação e de fiscalização dos diferentes programas de residência e especialização.

RPR – Quais são os seus planos para a *Revista Brasileira de Reumatologia*? Como você a vê no cenário nacional e internacional nos próximos dez anos?

lêda – A *Revista Brasileira de Reumatologia* reflete a excelência da reumatologia e da pesquisa brasileiras, e deve ganhar um espaço cada vez maior no cenário nacional e internacional. Enquanto editora científica, os primeiros passos para a indexação, para a inclusão no SciELO foram dados, contando com o apoio das instituições e pesquisadores de todo o Brasil. Agora e no futuro, com o suporte da ciência de todas as regiões brasileiras, com uma maior agilidade e dinamismo, a *Revista Brasileira de Reumatologia* deve em breve conseguir a tão desejada indexação (index médico/PubMed).

Jamil – A RBR deve tentar a todo custo sua indexação no Medline, nossa sobrevivência como revista científica depende disto, senão teremos apenas uma revista informativa de impacto regional. A concorrência é grande, a necessidade de publicações internacionais de nossos cientistas é real. Sua indexação a tornará internacional e alvo de publicações de melhor qualidade. Creio que deveríamos ter edição em inglês para sermos lidos fora. A indexação no SciELO foi uma grande vitória.

RPR – E o *Boletim SBR*?

lêda – Fundamental como órgão oficial para a divulgação dos eventos da especialidade e como elemento de integração da grande família da reumatologia.





Jamil – O *Boletim* deve ter caráter informativo e social. Seria o local mais apropriado para discutirmos e informarmos sobre nossas lutas junto às associações médicas e ao governo, divulgarmos normas e decisões do SUS ou das agências reguladoras de interesse da especialidade.

RPR – Inúmeras são as comissões de subespecialidades em nossa Sociedade. Você pretende criar mais uma ou extinguir alguma delas?

Iêda – Não. Em ano de copa do mundo, vale parafrasear o futebol: não se mexe muito em time que está ganhando.

Jamil – Não. Creio que fazê-las funcionar é o grande desafio. Senão, viram “cabides” de cargos políticos.

RPR – O acesso à saúde é um direito constitucional de todo cidadão brasileiro. No entanto, na prática médica diária existem diversas distorções disso. Como a SBR pode assegurar a vigilância e o acesso, pelo menos, à medicação de alto custo, inacessível para a maioria de nossa população?

Iêda – O reconhecimento junto aos órgãos competentes é o primeiro passo para garantir acesso à medicação. Consensos com caráter dinâmico e atualizados são necessários para apoiar nossas solicitações, bem como trabalho conjunto com as regionais.

Jamil – Esta é uma luta de toda a sociedade brasileira. Creio que devemos atuar junto ao governo, sobretudo, para garantir o acesso ao reumatologista; isto talvez seja o mais importante. Quanto aos medicamentos, devemos lutar pelo acesso aos medicamentos de baixo custo; estas palavras, “baixo custo”, escondem o fato de que para a maioria é “alto custo”. Os medicamentos de alto custo são os mais “cuidados” no que se refere a cobranças ao governo. Claro que devemos manter esta cobrança e agirmos junto ao SUS para que se cumpram as regras estabelecidas, mas devemos tomar cuidado para não agirmos a favor de interesses comerciais.

RPR – E como a SBR pode garantir o acesso gratuito e regular à medicação de baixo custo, como suplementos de cálcio, cloroquina e metotrexato, que faltam na maioria das farmácias?

Iêda – Se estamos falando de acesso gratuito, torna-se necessário atuação junto aos órgãos competentes, envolvendo um esforço conjunto e integrado com as regionais.

Jamil – Existe uma sistemática cobrança judicial ao governo em fornecer medicamentos de alto custo, muitas vezes exagerada e patrocinada por interesses comerciais. Remédio barato não tem padrinho, nós poderíamos sê-lo. Creio que gestões junto ao SUS e mesmo ao Ministério Público poderiam ajudar.

RPR – Ter um concorrente mulher (para Jamil)/homem (para Iêda) facilita?

Iêda – Que coisa mais antiquada...

Jamil – Com todo o respeito às diferenças, neste caso não faz a menor diferença. Respeito e tenho bom relacionamento com a Iêda.

RPR – São Paulo é o grande celeiro da reumatologia brasileira. Como você vê dois candidatos paulistas ao cargo de presidente da SBR? Isso não pode aumentar ainda mais a discrepância com outras regiões do país?

Iêda – Com naturalidade, coincidências acontecem.

Jamil – Não. Tendo em vista o número de reumatologistas, São Paulo ocupa, proporcionalmente, pouco este posto. Nosso relacionamento com os colegas de outros Estados não é diferente daqueles de nosso Estado.

RPR – Uma realização profissional...

Iêda – Gostar muito do que faço.

Jamil – Ter o consultório que sempre sonhei.

RPR – Sonho ou realidade?

Iêda – Eu te conto depois da eleição...

Jamil – Ser presidente da SBR.

RPR – Uma decepção...

Iêda – Não ser boa motorista...

Jamil – A impunidade aos corruptos em nosso país.

RPR – Não pode faltar no meu guarda-roupa...

Iêda – Brincos.

Jamil – Camisa confortável.

RPR – Minha melhor terapia biológica...

Iêda – A que estiver à disposição.

Jamil – Amor.

RPR – Outros títulos que desejo, além de ser presidente da SBR...

Iêda – Além de ser filha exemplar, a melhor mãe e esposa modelo, só me falta ser avó coruja...

Jamil – Bom pai.

RPR – Por que eu deveria votar em você?

Iêda – Os membros da Sociedade têm direito à livre escolha e o dever de optar por aquele que consideram o melhor para o crescimento da reumatologia e valorização do reumatologista. Este foi um dos motivos da minha candidatura e me coloco à disposição dos associados agora e quando presidente para toda e qualquer sugestão contribuindo para atingir estes objetivos.

Jamil – Porque não estarei a serviço de nenhum “cacique”. Você será meu alvo.

RPR – Espaço livre para seus comentários finais.

Iêda – Concorrer como candidato à presidência da SBR é uma grande honra e um privilégio; nesse processo, conhecer novas pessoas e fazer muitos amigos, uma experiência que não tem preço...

Jamil – Caros colegas reumatologistas, em setembro escolheremos o futuro presidente da SBR, inauguraremos também um novo sistema de votação. Peço que votem com atenção, não se deixem levar pela opinião de terceiros, pense no que será melhor para a SBR e para você. Boa eleição.

Tema: Osteoporose na pós-menopausa

A prof.^a Rosa M. R. Pereira, da Reumatologia da FMUSP, responde:

Artrófilo – Por quanto tempo devo manter a terapia anticatabólica ou anti-reabsortiva para uma mulher com osteoporose na pós-menopausa? E se ela tiver história prévia de fratura antes e durante o tratamento?

Rosa M. R. Pereira – Para uma mulher na pós-menopausa, a terapia anti-reabsortiva pode ser mantida por:

- 4 a 5 anos, se ela estiver fazendo uso de moduladores seletivos do receptor de estrógeno (SERMS) ou terapia hormonal por outra indicação (síndrome climatérica);
- 5 até 10 anos, se a paciente estiver fazendo uso de bisfosfonatos (alendronato e risedronato).

Este tempo independe se a paciente tiver ou não história de fratura prévia ou fratura durante o tratamento. É importante lembrar que a presença de fratura anterior aumenta o risco de nova fratura. Assim, se a paciente apresentar história de fratura, a terapêutica deverá ser mantida.

Artrófilo – Recentemente, a comunidade científica brasileira se reuniu para definir um painel das novas posições nacionais a serem tomadas, baseadas nas novas recomendações da *International Society of Clinical Densitometry* (ISCD). Quais foram as principais conclusões?

RMRP – Em resumo, a seguir, algumas mudanças recomendadas pela Sociedade Internacional para Densitometria Clínica, conforme recente Reunião de Desenvolvimento das Posições Oficiais, coordenada pelo Dr. Cristiano Zerbini, em São Paulo.

1. Indicações para exame de densitometria óssea:
 - Mulheres com 65 anos ou mais;
 - Mulheres pós-menopausa abaixo de 65 anos com fatores de risco;
 - Homens com 70 anos ou mais;
 - Indivíduos com fraturas de fragilidade;

- Indivíduos com doença ou condição associada, baixa densidade, massa óssea ou perda óssea;
- Indivíduos em uso de medicações associadas com baixa massa óssea ou perda óssea;
- Pacientes em que a terapia farmacológica esteja sendo considerada;
- Pacientes em tratamento, a fim de monitorar o efeito da terapêutica;
- Pacientes que não estão em tratamento, em que a evidência de perda óssea poderia levar ao tratamento.

2. Banco de dados para referência para o T-score:
 - Usar um banco de dados uniforme de mulheres caucasianas (não ajustado para etnia) para todos os grupos étnicos;
 - Usar um banco de dados uniforme de homens caucasianos (não ajustado para etnia) para todos os grupos étnicos;
 - O banco de dados NHANES III deve ser usado para o T-score da região do quadril.

3. Diagnóstico por DXA central:

O padrão de referência internacional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o diagnóstico de osteoporose é o T-score de -2,5 ou menos na região do colo de fêmur.

A referência padrão pelo qual o T-score é calculado são mulheres do sexo feminino, brancas, idade 20-29 anos do dado de base NHANES III.

Osteoporose pode ser diagnosticada em mulheres pós-menopausadas e em homens com 50 anos ou mais, se o T-score da região de coluna lombar, fêmur total ou colo de fêmur for igual a -2,5 ou menor.

Em certas circunstâncias, 33% do rádio (também denominado 1/3 rádio) pode ser utilizado.

4. Regiões do esqueleto a serem medidas em todos os pacientes:

A – Coluna na posição pósterio-anterior em L1-L4;
 B – Quadril: fêmur proximal total, colo do fêmur. Não usar a “*área de Ward*” para diagnóstico;
 C – O antebraço – 33% do rádio também pode ser medido nas seguintes condições: 1) se o quadril ou coluna não puderem ser medidos; 2) hiperparatiroidismo; 3) em indivíduos muito obesos. Deve sempre usar o menor T-score destes sítios analisados.



5. Diagnóstico em crianças e adolescentes (homens e mulheres com menos de 20 anos de idade):
 - Utilizar o Z-score, nunca o T-score, em crianças;
 - O T-score não deve aparecer no laudo da densitometria óssea em crianças;
 - A terminologia de “baixa densidade para idade cronológica” ou “abaixo do esperado para idade deve ser usado” quando o Z-score estiver abaixo de -2.0;
 - A medida da densidade mineral óssea deve ser feita, preferencialmente, na coluna lombar e no corpo inteiro;
 - A correlação da densidade óssea e previsão de fraturas ainda não é bem estabelecida em crianças;
 - Ainda não há consenso no sentido de ajustar as medidas de densidade mineral óssea ou conteúdo mineral ósseo para fatores como tamanho ósseo, estágio puberal, maturidade sexual e composição corporal.
6. Mulheres na pré-menopausa (dos 20 anos de idade até a menopausa) e homens com menos de 50 anos de idade:
 - O Z-score (e não o T-score) deve ser usado se a mulher tem baixa densidade óssea, a menos que a paciente tenha causas secundárias;
 - Os critérios da OMS não devem ser utilizados na mulher pré-menopausada saudável;
 - O diagnóstico de osteoporose não deve ser usado baseado somente na densitometria;
 - Baixa massa óssea ou baixa densidade óssea é preferível em relação ao termo osteopenia;
 - Um Z-score de -2.0 ou menor é definido como “abaixo dos limites para a idade” e um Z-score acima é definido como “dentro dos limites para a idade”;
 - Pessoas com baixa massa óssea ou baixa densidade não têm necessariamente maior risco de fraturas;
 - O Z-score deve ser população específica, quando possível.

Referências para maiores informações:

1. Lewiecki EM et al. The International Society for Clinical Densitometry. Official Positions of the International Society for Clinical Densitometry. J Clin Endocrinol Metab 89(8): 3651-55, 2004.
2. Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica - Reunião de Desenvolvimento das Posições Oficiais, coordenação Zerbini C et al. São Paulo 4 a 6 de maio 2006.

Tema: Por que falta medicação para os pacientes na rede pública e privada?

O Artrófilo responde:

Pacientes com doenças auto-imunes frequentemente apresentam dificuldade para encontrar imunossuppressores, especialmente ciclofosfamida e metotrexato. No entanto, medicações de custo bem mais elevado, como infliximabe, não desaparecem das prateleiras da rede pública nem da rede privada.

Recebemos várias reclamações e denúncias da constante falta desses medicamentos – apresentação oral e injetável –, de colegas reumatologistas e pacientes. A falta dessas medicações gera angústia e incerteza em médicos e, sobretudo, nos pacientes, que voltam a piorar das dores e comprometimentos sistêmicos múltiplos.

A RPR resolveu apurar e investigar essas denúncias, desde a compra até a distribuição dessas medicações ao consumidor na rede pública de dois dos maiores hospitais de São Paulo – Hospital das Clínicas (HCFMUSP) e Hospital São Paulo (Unifesp/EPM), bem como na rede privada (Drogão, Drogasil, Drogaria São Paulo e Droga Raia).

Munido de diversos argumentos e com o objetivo de causar polêmica, nosso repórter – o Artrófilo – foi às ruas e fez as seguintes perguntas às farmácias de São Paulo:

1- Quais são os motivos e justificativas para a frequente falta de metotrexato e ciclofosfamida, medicações cientificamente estabelecidas com benefícios claros e objetivos para o tratamento de diversas doenças reumáticas e, sobretudo, de baixo custo para um país com sérios problemas econômicos?

2- Quais são as medidas tomadas pelas entidades para controlar e evitar essa situação?

No HC-FMUSP existem dois grandes motivos para que o fluxo do metotrexato seja interrompido por alguns períodos. Inicialmente, é necessário lembrar que o abastecimento deste medicamento, até o ano de 2005, era

realizado pela farmácia da Oncologia. Após insistência da Reumatologia, o seu fluxo passou a ser controlado pela Clínica Médica. Dessa forma, desde setembro de 2005, a distribuição do metotrexato para os pacientes reumatológicos tem sido feita em separado. Conforme as regras da vigilância sanitária, o fracionamento dos comprimidos para cada paciente deve ser realizado por um farmacêutico, aumentando a morosidade da distribuição pela escassez de funcionários especializados. Com a compra de comprimidos do metotrexato em "blister", no qual o fracionamento pode ser feito por qualquer funcionário, esse problema logo foi resolvido. Entretanto, às vezes a distribuição é afetada pelo mau planejamento de compra e estocagem da medicação. Para solucionar este segundo empecilho, a farmácia tem trabalhado com uma maior provisão e estoque do metotrexato. A greve da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) não alterou o processo de distribuição. Com relação à ciclofosfamida, não há registros de problemas de compra ou de distribuição neste serviço, apesar da reclamação de alguns pacientes que tiveram dificuldades em encontrá-la. Seria bem plausível que erros no estoque provocassem tal situação, assim como já aconteceu com o metotrexato.

No Hospital São Paulo, o metotrexato, em comprimidos e injetável, é distribuído sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, no Posto de Saúde da Vila Mariana. Segundo informações emitidas pela farmácia desse Posto de Saúde, a falta dessa medicação ocorre ocasionalmente e não dura mais que uma semana. O motivo da falta está geralmente ligado a atrasos na entrega da medicação após a sua compra. Atualmente, o metotrexato injetável está em falta, devido à greve dos funcionários da ANVISA, mas ainda há estoque suficiente de metotrexato em comprimidos. Esse argumento não é plenamente válido, pois o paciente que usa a forma injetável, na maioria das vezes, o faz por intolerância oral ao metotrexato. Esses ficam em desvantagem e sem opções de tratamento. O fornecimento da ciclofosfamida, em comprimidos, é feito pela própria farmácia do hospital. Os problemas quanto à falta do medicamento são idênticos aos do metotrexato e a farmacêutica responsável alega que tal falta ocorre esporadicamente e dura de um a dois dias. O maior problema é quanto ao fornecimento da ciclofosfamida injetável. Pois, a importação dessa medicação já foi interrompida algumas vezes e houve desabastecimento. O episódio mais recente ocorreu nos últimos meses de 2005 e durou até janeiro de 2006, afetando hospitais públicos e privados. Atualmente, o fornecimento de ambas as apresentações da ciclofosfamida está normalizado.

Na rede privada, o problema não é diferente. Os pacientes da clínica privada também apresentam dificuldades para encontrar o metotrexato e, em especial, a

ciclofosfamida, em comprimidos, de forma cíclica. O monopólio está presente!

Não havia metotrexato, em comprimidos, disponível em três das quatro grandes redes consultadas. Os farmacêuticos justificavam e atribuíam o problema a dificuldades de importação e liberação do produto pela ANVISA. Os profissionais também ficaram reticentes ao serem indagados sobre que medidas foram tomadas para solucionar o impasse. Somente um dos farmacêuticos argumentou sobre o remanejamento do estoque remanescente de outras lojas. No entanto, nas demais redes nem isso poderia ser feito, pois não dispunham da medicação nem nos estoques.

Nenhuma rede consultada estava comercializando a ciclofosfamida oral (Genuxal®). Não existia disponibilidade dessa medicação nas prateleiras nem em estoque. Os farmacêuticos apontaram a baixa rotatividade de venda da droga como a possível causa para sua ausência das prateleiras. A venda é realizada apenas e exclusivamente pela revendedora, e apenas uma, indicada pela indústria fabricante, a Oncoprod (contato: 0800170144). Infelizmente, o paciente que necessita desta medicação é obrigado a comprar da única opção existente no mercado. Segundo informações do paciente Sr. Valdir Francisco de Lima, falhas no fornecimento dessa medicação ocorreram duas vezes, desde que o mesmo iniciou seu uso em outubro de 2005. A distribuidora de medicamentos Oncoprod foi contatada e nos informou que há apenas um fornecedor para o Genuxal®, a Baxter Oncologia. Recentemente, a greve da ANVISA dificultou o fornecimento dessa medicação, mas no momento não há desabastecimento.

De modo geral, percebemos certa falta de conhecimento por parte dos farmacêuticos sobre os imunossuppressores referidos, bem como falta de iniciativa para solucionar o problema apontado. A ANVISA era citada como a possível responsável, mas a única certeza que tivemos é que nossos pacientes teriam ainda mais dificuldade em controlar sua doença, por não encontrar os medicamentos nas drogarias.

Enfim, a polêmica permanece, de tempos em tempos falta medicação especial de baixo custo nas farmácias públicas e privadas de São Paulo. Será que é apenas a falta de rotatividade ou de "giro", como disse um dos farmacêuticos? E quem disse que medicação é roda para girar? Ou a questão é muito mais complexa, envolvendo aspectos econômicos da indústria farmacêutica, que não poupa esforços para a obtenção de novas e caras medicações e tecnologias?

A RPR continuará em alerta e investigando. Se você tiver algo a acrescentar ou a colaborar com esse e outros assuntos, escreva-nos. Esse canal é seu, participe! Cobraremos providências nos próximos meses e verificaremos se o abastecimento estará normalizado.

Abrespan

A Associação Brasileira de Portadores de Espondilite Anquilosante (Abrespan) é uma associação civil sem fins lucrativos com sede na capital do Estado de São Paulo, fundada em 16 de dezembro de 2004 no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC-FMUSP. Atualmente, possui cerca de 90 sócios e encontra-se em fase final de formalização dos registros legais perante os órgãos competentes.

A Abrespan nasceu da necessidade de se formalizar o Grupo de Portadores de Espondilite Anquilosante no Brasil (GPEA Brasil), coordenado pelo paciente Rodinei Santana Guimarães. A associação visa a proporcionar representatividade nacional e poder ao grupo de pacientes para conseguir êxito, divulgação e visibilidade em suas reivindicações. Houve total engajamento dos participantes do grupo no sentido de discutir opiniões, redigir o estatuto, buscar parcerias junto à classe médica, bem como a participação da Sociedade Brasileira de Reumatologia quando da criação da Abrespan e em sua diretoria.

A diretoria atual da Abrespan é formada pelos seguintes membros:

DIRETORIA EXECUTIVA:

Presidente: Eduardo de S. Meirelles – Reumatologista

Vice-presidente: Rodinei S. Guimarães – Portador

Tesoureiro: Flavio G. Puchalski – Fisioterapeuta

Conselho Científico:

Presidente: Percival D. S. Barros – Reumatologista

Coordenador: Célio R. Gonçalves – Reumatologista

Conselheira: Yeda L. C. Bellia – Fisioterapeuta

Conselho Deliberativo e Fiscal:

Presidente: Pedro R. D. C. G. Pacheco – Portador

1º Conselheiro: Francisco C. C. Assis – Portador

De acordo com os Estatutos Sociais e o Regimento Interno da Abrespan, tem-se por principais finalidades:

- Informar os portadores, familiares, profissionais de saúde e a sociedade como um todo, sobre a natureza e tratamento da espondilite anquilosante (EA), buscando sempre eliminar qualquer estigma e/ou a discriminação da doença perante a coletividade;
- Promover a assistência educativa e estímulo aos pacientes e seus familiares;
- Conscientizar e orientar os pacientes, familiares e sociedade dos direitos dos portadores de EA.
- Promover e realizar pesquisas na área;
- Manter intercâmbio com associações nacionais e estrangeiras que tenham os mesmos objetivos sociais;
- Angariar fundos, mediante patrocínio de empresas que tenham interesse no consumo e divulgação de

seus produtos, bem como por meio de atividades de caráter social, cultural, desportivo, recreacional, cívico, filantrópico e educativo, além das contribuições dos associados, para a realização dos propósitos da Associação, contidos no presente estatuto;

- g) Eventualmente, poderá a entidade encaminhar sugestões de PROJETOS DE LEIS ou ALTERAÇÕES nas leis vigentes, com a finalidade de beneficiar os portadores da EA e/ou seqüelas decorrentes, especialmente para obter a completa gratuidade dos tratamentos, exames e medicações específicas às famílias carentes, além de ampliar as garantias e direitos previdenciários e tributários/fiscais já existentes.

Para que estas finalidades, ou objetivos, possam ser efetivamente alcançados, a Abrespan tem utilizado de algumas estratégias, a saber:

USO DA INTERNET:

<http://www.abrespan.com.br> – disponibilizamos as mais diversas informações referentes à associação e, em específico, sobre a espondilite anquilosante;

<http://paginas.terra.com.br/saude/Espondilite/> – esta página pertence ao GPEA Brasil (grupo responsável pela base de formação da Abrespan);

<http://www.orkut.com/Community.aspx?cmm=771923> – este link é da Comunidade EA junto ao Orkut, que conta atualmente com 207 pessoas de diferentes localidades, tanto do Brasil como do exterior;

<http://www.grupos.com.br/grupos/espondilite-br> – disponível desde 2001, este link leva ao plenário de discussão do GPEA Brasil, que conta atualmente com 420 participantes. Este espaço é aberto ao público em geral para a troca de informações (tratamentos, medicamentos, etc.) e experiências de vida relacionadas à EA.

<http://www.asif.rheumanet.org> – site da Federação Internacional de EA.

REUNIÕES MENSAIS:

São destinadas a portadores de EA, que acontecem no Grupo de Pacientes Artríticos do Rio de Janeiro (Gruparj) e no Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo (Grupasp).

PALESTRAS:

A divulgação e a desmistificação da doença junto aos portadores e familiares é realizada por meio de palestras ministradas por médicos que têm uma participação ativa em nossa luta.

Reconhecimento e filiação junto à *Ankylosing Spondylitis International Federation* (ASIF):

As informações necessárias para que a Abrespan possa ser reconhecida junto à comunidade internacional já foram devidamente encaminhadas. Tal reconhecimento nos pos-

sibilitará manter intercâmbio com associações nacionais e estrangeiras que partilhem dos mesmos objetivos sociais.

PESQUISAS:

A promoção e realização de pesquisas compõe um dos principais objetivos da Abrespan. Para tanto, tem-se uma parceria com a classe médica, contando com a participação da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

LEIS DE ISENÇÃO DE IMPOSTOS:

A Abrespan tem agido no sentido de mudar leis de isenção de impostos para pacientes com EA que ainda não estejam aposentados.

Rejane Rossi Prado
rejane.prado@gmail.com.br
Portadora de EA



Prontuário Eletrônico

Atualmente, com a definitiva instalação da era da informática, a maneira de arquivar dados, inclusive de prontuários médicos, sofreu mudanças que foram bem recebidas por muitos, devido à falta de espaço em se manter os antigos arquivos.

Porém, muitos médicos que gostariam de optar por prontuário eletrônico, relatam dúvidas, pois diversos programas de arquivo, já existentes, não são seguros e passíveis de mudanças após sua elaboração, portanto, não sendo considerados como informações confiáveis do ponto de vista jurídico. Desta forma, o Conselho Federal de Medicina

(CFM), em julho de 2000, aprovou as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”.

Esta resolução se apóia no artigo 69 do Código de Ética Médica, o qual dispõe que o médico tem o dever de elaborar prontuário que assegure sigilo profissional, privacidade, confiabilidade e que seja disponível às autoridades judiciárias quando requisitado. Esta forma de arquivamento, quando bem documentada, também oferece segurança ao médico em situações de litígio profissional.

Ao aprovar as referidas normas, o CFM estabeleceu critérios conjuntamente com a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), os quais dispõem que o sistema informatizado deve manter a integridade da informação, por meio de métodos de processamento dos sistemas operacionais, conforme a norma ISO/IEC 15408, para segurança de toda a rede. Esta norma recomenda também que sejam feitas cópias de segurança diariamente. O banco de dados segue determinadas características, como compartilhamento das informações, mecanismos para garantir a integridade, controle

de conformidade e validação dos dados, independência entre programas, funções de auditoria e recuperação dos dados e linguagem para a definição e manipulação de dados (SQL – *Standard Query Language*).

A privacidade e a confiabilidade são mantidos por mecanismos de acesso restrito, pelos quais se recomenda que o profissional o preencha pessoalmente e que exista uma senha de acesso controlada pelo médico responsável pelo prontuário. A autenticação dos dados é feita por meio de senhas de no mínimo cinco caracteres, compostas por letras e números, com trocas periódicas a cada 60 dias. Para auditoria, o sistema deve possuir registro (log) dos eventos, conforme ISO/IEC 17799, com horários e datas de entrada no sistema, bem como registro de tentativas de acesso, tanto as aceitas quanto as rejeitadas. Os registros deverão ser mantidos pelo menos por dez anos. Para a transmissão de dados, os sistemas deverão possuir um certificado digital de aplicação única, que deve ser emitido por uma Autoridade Certificadora, credenciada pelo ICP – Brasil. Da mesma forma, os *softwares* deverão ter certificado do CFM.

Todas as pessoas físicas ou empresas que manuseiam prontuário médico e que desejarem obter a certificação do CFM e da SBIS, deverão responder e enviar, via Internet, o questionário básico, disponível na página do CFM <http://www.cfm.org.br/certificado>. O parecer, aprovado ou não, será enviado ao postulante, via Internet. Caso aprovado, os sistemas de gestão de consultórios e pequenas clínicas deverão ser encaminhados à sede do CFM para análise. Os hospitais serão analisados *in loco*.

Em São Paulo, já existem diversas empresas que trabalham com essa tecnologia aplicada à medicina e fazem os prontuários eletrônicos conforme as normas do CFM. Maiores informações podem ser obtidas na Sociedade Paulista de Reumatologia, com Márcia, pelo fone (11) 3284-0507.

Ivone Minhoto Meinão

Reunião de Desenvolvimento das Posições Oficiais 2006

No sentido de clarificar recentes avanços da densitometria óssea, como novas tecnologias, técnicas de aquisição, aperfeiçoamento de relatórios, novos bancos de dados, alterações de terminologia e novos conceitos, a Sociedade Brasileira de Densitometria Óssea (SBDens) promoveu em São Paulo, nos dias 4 a 6 de maio, um painel de discussão com especialistas para estabelecer recomendações baseadas em evidências científicas e adaptá-las às condições brasileiras. Ao final de cada módulo, houve uma sessão interativa com a platéia para discussão, bem como uma sessão plenária final para a conclusão das novas recomendações 2006. Em breve, elas serão publicadas em veículos de informação científica. Houve também o Curso de Densitometria Clínica da SBDens e o Curso de Avaliação de Fraturas Vertebrais da ISCD/SBDens. Parabéns ao dr. Cristiano Zerbini e a toda a Comissão Organizadora, pela iniciativa e sucesso do evento.

Caminhada contra a fibromialgia

Em homenagem ao Dia da Fibromialgia, dia 12 de maio, o Comitê de Dor e Fibromialgia da Sociedade Brasileira de Reumatologia, coordenado pelo dr. Roberto Heymann, em conjunto com a Sociedade Paulista de Reumatologia, realizou a "1ª Caminhada contra a Fibromialgia". O evento aconteceu na manhã dos Dia das Mães, dia 14 de maio, no Parque do Ibirapuera, em São Paulo, com o objetivo de informar a população sobre a síndrome que atinge de 3% a 5% da população mundial, principalmente o sexo feminino e na faixa etária dos 35 aos 50 anos. Médicos especialistas forneceram orientações e esclarecimentos sobre a doença em tendas montadas no parque. Contou ainda com o apoio do Grupasp. Parabéns mais uma vez, pela iniciativa e sucesso do evento, que tem o propósito de educar a nossa população sobre tão prevalente enfermidade, como também divulgar nossa especialidade.



PRIMEIRA CAMINHADA PELO DIA MUNDIAL DA FIBROMIALGIA, realizada em 14/05/2006 no Parque do Ibirapuera, São Paulo, SP: (1) Dr. Roberto Ezequiel Heymann (ao centro) dando instruções sobre a caminhada; (2) A partir da esq., dr. Roberto Ezequiel Heymann, Dr. Milton Helfenstein Jr., Ana Maria Salvatore (SBR), dra. Lais Verderame Lage e dr. Daniel Feldman Pollak; (3) O apoio do Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia. A partir da esq., dra. Lais Verderame Lage, Ana Maria Ramos Salvatore (SBR), dr. Ari Stiel Radu com seu filho Eric, dr. Daniel Fedman Pollak, dra. Sandra Hiroko Watanabe com seu filho André e Márcia Gerardi (SPR)



CONCURSO

Tradicionalmente, em congressos brasileiros, são realizadas exposições de arte há quase dez anos (desde a gestão do dr. Antonio Carlos Ximenes, 1996-98), com o objetivo de humanizar a reumatologia e aglutinar valores em uma grande família, como idealizou nossa querida Rucélia Ximenes.

No próximo Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Campinas, a capa da edição de out./dez. 2006 da RPR será escolhida por meio de eleição da melhor obra de arte exposta. Convidamos você a participar dessa eleição. Visite a exposição de obras de arte e vote na melhor obra.

Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas, você tem encontro marcado com o Fórum de Debates em Reumatologia.

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

Estacionamento e confraternização: Hotel Feller, Rua São Carlos do Pinhal, 200, Bela Vista, São Paulo, SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

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

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

Primeiro Fórum de Debates (15 de março de 2006)

Nossa primeira reunião da gestão Ari Radu foi bastante interativa, com a participação ativa da platéia, por meio de cartões de concordo/discordo, sim/não, certo/errado, sobre o tema “Tuberculose e Artrite Reumatóide na Era dos Biológicos”.

Coordenação: Prof.^a dra. Iêda M. M. Laurindo (HC-FMUSP).

Debatedores: Prof.^a dra. Rina Dalva Neubarth Giorgi (HSPE) e prof. dr. Olavo Henrique Munhoz Leite (HC-FMUSP, infectologista).

Segundo Fórum de Debates (5 de abril de 2006)

O segundo Fórum do ano versou sobre o tema “Fraturas Osteoporóticas: Manejo Clínico e Reabilitação, Indicação da Teriparatida e Vertebroplastia”.

Coordenação: Prof. dr. Charles Helden M Castro (Unifesp/EPM).

Debatedores: Prof. Dr. Jamil Natour (Unifesp/EPM), prof.^a dra. Vera L. Szejnfeld (Unifesp/EPM) e Prof. Dr. Abdalla Skaf (Instituto Fleury, radiologista).

Terceiro Fórum de Debates (10 de maio de 2006)

A terceira reunião versou sobre o tema “Eventos Neurológicos da Esclerose Sistêmica”.

Coordenação: Prof. dr. Luiz Carlos Latorre (Hospital Heliópolis).

Debatedores: Prof. dr. Percival Degraça Sampaio-Barros (Unicamp) e prof. dr. Getúlio Daré Rabello (neurologista, HC-FMUSP).

Contamos com a sua presença nos próximos Fóruns de Debates. Programe-se:

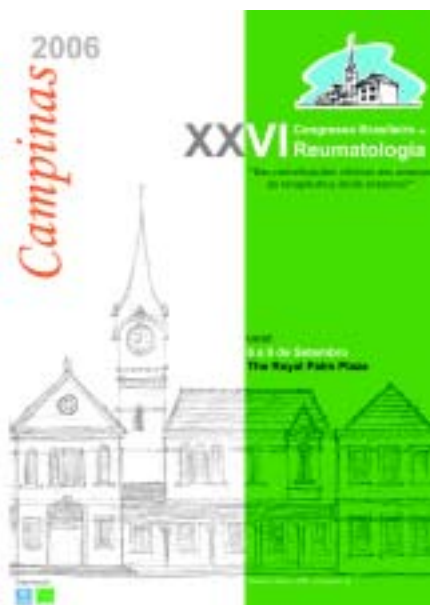
- 7 de junho – Quarto Fórum de Debates
- 2 de agosto – Quinto Fórum de Debates
- 4 de outubro – Sexto Fórum de Debates
- 8 de novembro – Sétimo Fórum de Debates



PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES: (1) Visão geral da platéia; (2) A partir da eq., dra. Iêda M. M. Laurindo, dr. Olavo Henrique Munhoz Leite e dra. Rina Dalva Neubarth Giorgi; SEGUNDO FÓRUM DE DEBATES: (3) Visão geral da platéia; (4) A partir da eq., dr. Charles Helden de Moura Castro, dra. Vera Lúcia Szejnfeld, dr. Jamil Natour e dr. Abdalla Skaf; TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES: (5) Visão geral da platéia; (6) A partir da eq., dr. Percival Degraça Sampaio Barros, dr. Getúlio Daré Rabello, dra. Sílvia Caroline Santana Moura e dr. Luiz Carlos Latorre; (7) Aniversariantes, dr. Percival Degraça Sampaio Barros (no centro) e dra. Maria Guadalupe Barbosa Pippa



Agenda 2006



NACIONAIS

Jornada de Reumatologia de Botucatu

Data: 1.º de junho de 2006

Local: Botucatu – SP

Contato: Márcia (SPR), fone (11) 3284-0507

E-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

I Jornada de Palestras Médicas para Portadores de Doenças Reumáticas

Data: 10 de junho de 2006

Local: Novotel Jaraguá São Paulo Convention, São Paulo, SP

Organização: Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo (Grupasp)
Contato: Grupasp (11) 5574-6438

XXVI Congresso Brasileiro de Reumatologia

XII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 6 a 9 de setembro de 2006

Local: Campinas – SP

Contato: sbre@terra.com.br

INTERNACIONAIS

II Congresso Latino-Americano de Auto-Imunidade

Data: 28 a 30 de abril de 2006

Local: Rio de Janeiro, RJ

Contato: autoimune@congreg.com.br

European Congress of Rheumatology (Eular)

Data: 21 a 24 de junho de 2006

Local: Amsterdã, Holanda

Contato: eular2006@mci-group.com

12th Aplar Congress

Data: 1.º a 5 de agosto de 2006

Local: Kuala Lumpur, Malásia

Contato: www.aplar2006.com

Panlar 2006

Data: 19 a 23 de agosto de 2006

Local: Cusco, Peru

Contato: www.panlarperu.org

ACR 2006

Data: 10 a 15 de novembro de 2006

Local: Washington-DC, EUA

Contato: www.rheumatology.org



CAPA: Edith Piaf é considerada o símbolo máximo da canção francesa de todos os tempos. Com sua voz inconfundível, ficou famosa pelo modo quase teatral de interpretar suas músicas, como as clássicas “La Vie en Rose” e “Non Je ne Regrette Rien”. Teve uma vida marcada por sofrimentos e tragédias, o que lhe rendeu uma série de biografias, criando diversas controvérsias e dúvidas acerca de alguns fatos de sua história. Viveu a vida intensamente, sempre cantando e encantando o público da maneira que só ela sabia fazer.

Edith Giovanna Gassion nasceu em 19 de dezembro de 1915, sob a luz de um lampião de gás das estreitas ruas de Paris. Filha de Louis-Alphonse Gassion, um acrobata normando, e de Anita Maillard, uma cantora dos cafés e bistrôs parisienses. Seu pai foi para a guerra logo após seu nascimento e retornou dois anos depois. Era mal cuidada pela mãe

e avós maternos, que abusavam da ingestão de álcool. Aos 15 anos, conheceu Simone Bertheaut (Mônôme), sua melhor amiga, e, juntas, ganharam dinheiro cantando nas ruas de Paris.

Em 1932, apaixonou-se por Louis Dupont, um soldado da legião estrangeira, com quem passou a morar. Ele não aprovava a profissão de Piaf e a desencorajava a cantar. Ela resistiu até ficar grávida. Marcelle nasceu em 1933. Por não possuir grande instinto maternal ou gostar de fazer as atividades domésticas, Edith voltou às ruas logo após o parto. Louis a abandonou e Marcelle era freqüentemente deixada sozinha por Edith e Mônôme. Em 1935, Marcelle morre de meningite.

Ao cantar “Les deux ménétriers” em plena Champs Elysees, é descoberta por Louis Leplée, seu grande mentor, que a batiza de Piaf, que em *argot* significa passarinho (“petit oiseau”), denotando toda a fragilidade física daquela pequena cantora de 1,47m de altura. Em 1936, Louis “Papa” Leplée foi assassinado e Piaf foi considerada suspeita. Um grande escândalo acontece e Piaf perde diversos amigos e contratos com as rádios. Retorna a Paris e conhece Jean Cocteau, que a apresenta a diversos artistas e intelectuais da época. Na primavera de 1940, ela canta a canção escrita por Cocteau “Le Bel indifférent”, uma manifestação contra a guerra, juntamente com Maurice Chevalier e Johnny Hess. Associa-se à resistência francesa contra a guerra, mas suas canções são as preferidas dos prisioneiros e dos próprios nazistas.

Em 1941, conhece Henri Contet durante a filmagem de *Montmartre-sur-Seine*, por quem se apaixona. Em 1944, conhece Louis Barrier, seu produtor, e canta pela primeira vez no Moulin Rouge. Conhece o jovem cantor Yves Montand, tornam-se amantes e escreve “La Vie en Rose”. Em 1945, Piaf e Montand estrelam o filme *Etoile sans lumière* de Marcel Blistène. Em 1946, conhece o ator grego Takis Menelas, por quem se apaixona novamente. Separam-se e ela segue, com o grupo “Les Compagnons”, para Nova York em uma excursão de grande sucesso. Conhece Orson Welles, Albert Einstein, Judy Garland, Marlene Dietrich e o lutador de boxe Marcel Cerdan, com quem vive mais um tórrido romance. Promoveu o jovem cantor Charles Aznavour. Em 1949, morre Marcel Cerdan em um acidente de avião nos Açores. Para ele, ela escreve o “L’hymne à l’amour”.

Em 1951, envolve-se com o esportista Andre Pousse, mas logo após sofre um grave acidente automobilístico, com múltiplas fraturas. A partir daí, inicia-se o uso abusivo de analgésicos, à base de morfina, e começa a batalha contra as drogas, o álcool e a cortisona para aliviar as dores do reumatismo (artrite reumatóide).

Casa-se pela primeira vez, em 1952, com um velho amigo, Jacques Phills. Em 1961, conhece o último homem de sua vida, Theophanis Lamboukas, o Sarapo (tradução de “Je t’aime” em grego), 23 anos mais jovem. Em setembro de 1962, faz sua última temporada no Olympia de Paris e canta do alto da torre Eiffel para a *première* do filme *Le Jour le plus long*.

Cantou mais de 250 canções, como “Adieu mon cœur”, “Bravo pour le clown”, “C’est d’la faute à tes yeux”, “C’est l’amour”, “C’est lui que mon cœur a choisi”, “Comme un moineau”, “Ding din dong”, “Je suis à toi”, “L’accordéoniste”, “L’effet qu’ tu m’ fais”, “L’étranger”, “La Foule”, “Milord”, “Padam... Padam...”, “Paris”, “Quatorze juillet”, “Rien de rien”. Suas canções também foram eternizadas por diversos ícones da música mundial, como Louis Armstrong, Joséphine Baker, Marlene Dietrich, Johnny Hallyday, Serge Gainsbourg e Liza Minnelli.

Morre em 11 de outubro de 1963 e seu funeral atrai uma das maiores multidões vistas nas ruas de Paris e no cemitério Pere-Lachaise.