

ISSN 1809-4635

# Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 7 N.º 1 jan/mar 2008

Entrevista com o  
Presidente da SPR

A Reumatologia  
Paulista no ACR –  
Uma Tropa de Elite



*Fidelis*

# Sumário

Palavra do Presidente	3
Editorial	4-5
Reabilitando o Reumatologista	6-7
Rheuma	7-8
Publicações	10-12
Artrófilo	13-19
Entrevista	20-21
Ética	22-23
Raio X	24-25
Noticiário	26-29
Agenda	30

## Sociedade Paulista de Reumatologia

### DIRETORIA EXECUTIVA 2008-2009

#### Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

#### Vice-Presidente

Paulo Louzada Jr.

#### Diretora Científica

Elaine de Azevedo

#### 1.º Secretário

Nafice Costa Araújo

#### 2.º Secretário

Rubens Bonfiglioli

#### 1.º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

#### 2.º Tesoureiro

Maria Guadalupe Barbosa Pippa

#### Presidente Eleito 2010-2011

Luiz Carlos Latorre

#### Conselho Fiscal e Consultivo

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

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

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

#### Comissão Científica

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

#### Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

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

#### Comissão de Educação Médica

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

#### Comissão do Interior

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

#### Comissão de Exames Complementares

Charlles Helden de Moura Castro, José Ricardo Anijar

#### Representantes da Reumatologia Pediátrica

Clóvis Artur Almeida da Silva, Maria Odete Esteves Hilário

#### Site

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

#### Endereço

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

## Revista Paulista de Reumatologia

Órgão Oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

#### Conselho Editorial

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

## Et Cetera Editora de Livros e Revistas

#### Direção Editorial

Kleber Kohn

#### Coordenação Editorial

Silvia Souza

#### Jornalista

Luciana C.N. Caetano (MTb 27.425)

#### Endereço para correspondência

Rua Caraíbas, 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

Quando nos propusemos ao desafio de uma nova gestão, sabíamos dos eventuais obstáculos que se oporiam em nosso dia-a-dia. Contudo, como em uma corrida de obstáculos, o grande desafio consiste em correr e saltarmos incessantemente, para que possamos cruzar e compartilhar com todos os associados o sucesso na linha de chegada.

Vivemos um momento muito especial em nossa especialidade, onde notamos o reconhecimento e a procura crescentes dos serviços de reumatologia. Devemos creditá-lo à ação bem-sucedida das gestões anteriores, não só desta Regional como também da Sociedade Brasileira de Reumatologia. O emprego de novas terapêuticas, acompanhadas do desenvolvimento de novas tecnologias, também constitui um fator importante nesta nova fase.

Reconhecemos, por outro lado, haver um *deficit* de profissionais de nossa especialidade nos serviços públicos; neste ponto, continuaremos a sensibilizar o poder público da importância de novos concursos, tendo em vista a grande demanda reprimida. Lembramos que a Organização Mundial de Saúde recomenda que as doenças reumáticas sejam tratadas por reumatologistas, em especial as que apresentam interface em outras especialidades, como as lombalgias, os reumatismos extra-articulares, a osteoporose, pois a abordagem específica implica melhores resultados a custos menores.

Iniciamos esta gestão dispondo de uma situação financeira bastante confortável, conforme já demonstrado na última Assembléia da SPR. Pretendemos, assim, manter atividades que se tornaram tradicionais, como os fóruns de debates, os cursos e as jornadas.

A nosso ver, os residentes e estagiários, na condição de sócios aspirantes, também devem receber esta publicação, assim como as informações da SPR.

Gostaríamos de lembrar que o *site* da SPR passou por amplas modificações, tornando a navegação muito mais agradável. Visitem-no, procurem interagir, opinar e criticar.

A Comissão de Ética disponibilizará uma assessoria que poderá ser individualizada sem ônus para os associados adimplentes.

Por fim, não deixem de participar, comparecer, reivindicar e principalmente crescer conosco.

Desejamos a todos muito sucesso, saúde, força, união, compreensão, conhecimento e sabedoria.

**José Carlos Mansur Szajubok**

*Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia*

*Gestão 2008-2009*



# www.reumatologiasp.com.br

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

# TROPA DE ELITE

## Editorial

Esse foi o filme do ano de 2007. Com repercussão, dimensão e impacto social maior do que os filmes de Glauber Rocha. Podemos observar uma ampla discussão nas ruas. Jardineiro, médicos, faxineira, executivos e o zelador conversam sobre as aventuras do Capitão Nascimento. Mas como explicar a empatia das pessoas por um protagonista que mata e tortura? Muito provavelmente, isso se deve à realidade que vivemos; específica de nosso País e que, no mínimo, deve ser considerada meio maluca. Grande parte da população acredita que violência se combate com violência. Se um menino do morro é preso por vender drogas, isso é considerado crime. Quando o usuário burguês é pego, recebe apenas uma advertência. Essa assimetria de punições é questionada no filme, assim como a existência clara da transação econômica. Se alguém vende, é porque alguém compra. E o comprador de drogas está financiando um grupo armado que controla comunidades carentes.

Mas agora estamos em outro dia, outro ano, outro verão, e 2008 chega com uma nova "Tropa de Elite", no melhor e mais significativo simbolismo da palavra, para suceder a SPR. Capitaneada pelo Dr. Szajubok e com a presença de grandes líderes da Reumatologia Paulista. Ele nos concedeu uma entrevista exclusiva e você vai conhecer um pouco mais de suas características.

Com edições regulares e mais novidades, inclusive com reformulação do corpo editorial, a *RPR* completa o sétimo aniversário. Iniciamos uma nova seção, o *Raio X*, a fim de mostrar uma visão panorâmica de cada serviço de reumatologia do Estado de São Paulo. A cada edição, contaremos um pouco da história, peculiaridades, eventos específicos, bem como vamos conhecer melhor os reumatologistas que integram cada grupo formador de opinião.



O *Bizu* é um novo espaço que antecederá o Fórum de Debates da SPR. Começará 30 minutos antes da sessão mensal, com o objetivo de oferecer “pequenas doses” ou “pílulas” de informações preciosas sobre propedêutica, diagnóstico e tratamento das doenças reumáticas. Será coordenada pela Comissão de Exames Complementares da SPR. Chegue cedo e participe dessa sessão interativa com o *crème de la crème* do conhecimento reumatológico. Lembre-se que será uma forma de reciclar e adquirir informações essenciais para a prova de Título de Especialista da SBR. Também vale destacar que o *site* da SPR está “sob nova direção”, de cara nova e totalmente repaginado. As discussões do Fórum de Debates estão lá, bem como todas as edições da *RPR*. Visite-o e dê sua opinião.

Nos próximos dois anos, a seção *Reabilitando o Reumatologista* abordará temas da Reumatologia Pediátrica e permanecerá com a mesma finalidade, trazer aspectos de interesse para o dia-a-dia de nossa especialidade. A seção *Top 10* e o *Rheuma* continuam e trazem o que há de mais novo e com impacto relevante no conhecimento internacional e nas atividades de pesquisa e pós-graduação de São Paulo. No entanto, optamos por encerrar, temporariamente, a seção *Grupos de Apoio*, após compilarmos todos os Grupos Brasileiros de Apoio a Pacientes Reumáticos na última edição de 2007. O *Artrófilo* permanece e traz o resumo dos 33 trabalhos paulistas enviados ao último ACR, em Boston. A elite de pesquisadores está aumentando o contingente da tropa. Parabéns!

A capa desta edição faz uma homenagem ao maior compositor do século XIX, cuja morte desperta muita curiosidade entre historiadores e médicos. Beethoven tinha muita esperança de melhorar da doença que o afligia, mas nos últimos anos não mais acreditava na cura e sofria por saber que a sociedade não desconhecia sua grave deficiência auditiva. Mais de 10 mil pessoas compareceram a seu funeral, uma verdadeira tropa de elite liderada por Franz Schubert.

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



# QUALIDADE DE VIDA E DOR EM REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

CLAUDIO A. LEN<sup>(1)</sup>, DENISE A. KLATCHOIAN<sup>(2)</sup>

1. Professor adjunto da Disciplina de Alergia, Imunologia e Reumatologia do Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM

2. Odontopediatra, doutora em Ciências pelo Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM

A mensuração da qualidade de vida (QV) é um tema amplamente discutido na literatura e tem aplicabilidade em várias situações práticas, como a avaliação das percepções de saúde pelo paciente e o impacto da doença nas dimensões física (incapacidade e deterioração), psicológica e social. A avaliação é realizada por meio da administração de questionários (instrumentos), aplicados às populações diversas, em situações que vão desde a saúde até as doenças agudas e crônicas.

A infância caracteriza-se por ganhos lentos e progressivos da capacidade física e mental. Segundo Myers, "o desenvolvimento da criança é um processo de mudança no qual ela aprende a lidar com níveis mais complexos de movimentos, pensamentos, sentimentos e de relacionamento com os outros". Brazelton destacou o papel das três forças envolvidas nesse processo: a maturação do sistema nervoso central, o sistema de *feedback* interno e o externo. Entende-se por *feedback* interno as características genéticas individuais de cada criança e por *feedback* externo aquilo que é oferecido pelos pais ou cuidadores, pelo meio ambiente e por outros fatores, com destaque para a escola e para a sociedade. Um instrumento ideal de mensuração da QV de crianças e adolescentes deve abordar todos esses aspectos, de acordo com a fase de desenvolvimento.

## MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

De modo geral, os questionários desenvolvidos para crianças têm perguntas direcionadas para as próprias crianças, muitas vezes estratificadas em faixas etárias, e para os pais. Crianças com menos de cinco anos não conseguem expressar com precisão os diferentes aspectos relacionados à saúde e à doença; neste caso, os pais aferem a QV dos filhos. Por outro lado, alguns pais têm dificuldade em relatar com precisão aspectos emocionais e sociais do dia-a-dia de seus filhos. Portanto, faz-se necessário um instrumento de mensuração de QV que seja confiável e válido, a fim de que se possa avaliar com precisão os pacientes pediátricos em suas percepções sobre o impacto de uma determinada doença.

Nos últimos 15 anos foram desenvolvidos vários questionários genéricos e específicos para uso em crianças. Entre os genéricos, os dois mais utilizados são o *Childhood Health Questionnaire* (CHQ) e o *Pediatric Quality of Life Inventory* versão 4.0 (PedsQL). Ambos foram traduzidos e validados para uso em nosso país e já estão incorporados na prática diária de alguns serviços de Reumatologia Pediátrica. O questionário específico para a mensuração da capacidade funcional de crianças com artrite idiopática juvenil (AIJ) *Childhood Health*

*Assessment Questionnaire* (CHAQ) é referência universal e está incluído entre os parâmetros mínimos para a verificação de melhora ou piora.

## QUESTIONÁRIO GENÉRICO *PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY*

O questionário PedsQL, desenvolvido por James Varni, compreende 23 itens e sua aplicação é fácil e rápida (4 a 5 minutos). É capaz de medir a QV física (8 itens), emocional (5 itens), social (5 itens) e escolar (5 itens). Há versões para quatro faixas etárias: 2-4 anos, 5-7 anos, 8-12 anos, 13-18 anos, além dos módulos dirigidos aos pais. Pode ser utilizado em comunidades, escolas e populações clínicas pediátricas. Nas instruções pergunta-se o quanto de cada problema a criança tem tido no último mês. Nos relatos da criança, para as idades de 8 a 18 anos, e seus respectivos pais, uma escala de respostas de cinco pontos é utilizada (0 = nunca é um problema; 1 = quase nunca é um problema; 2 = algumas vezes é um problema; 3 = frequentemente é um problema e 4 = quase sempre é um problema). Para crianças de 5 a 7 anos de idade, a escala foi simplificada para três pontos (1 = nunca é um problema; 2 = às vezes é um problema; 3 = muitas vezes é um problema), com cada resposta ancorada a uma escala análoga visual com faces alegre, neutra e triste, respectivamente. Para crianças de 2 a 4 anos de idade, há uma versão dirigida somente aos pais. Esta versão não tem modo de resposta tipo auto-relato infantil devido às limitações de desenvolvimento de crianças menores de 5 anos de idade.

O PedsQL já foi estudado em crianças e adolescentes com várias doenças, como artrite, câncer, enxaqueca, doença cardíaca, asma, diabetes, obesidade. O questionário pode ser obtido no MAPI Research Institute na França, uma organização internacional que o cede sem custos para uso público ou acadêmico (<http://www.mapi-research.fr>).

## QUALIDADE DE VIDA E DOENÇAS REUMÁTICAS NA INFÂNCIA

As doenças reumáticas, em especial a AIJ, causam impacto negativo na QV de crianças e adolescentes. As conseqüências da dor e diminuição da capacidade física influenciam diretamente nas dimensões psicossocial e educacional, que devem ser mensuradas, estudadas e enfrentadas pelos pacientes, família e equipe responsável pelo tratamento.

Em 2002, Varni e seus colaboradores desenvolveram um questionário de QV específico para artrite crônica (PedsQL - Módulo de Reumatologia). É composto por 22 itens que abordam a dor, as atividades diárias, os aspectos do tratamento, a preocupação da criança e a comunicação da equipe de assis-

tência. Este questionário já foi traduzido para o nosso idioma e encontra-se em fase de validação.

A dor é abordada na grande maioria dos questionários de QV. Sua avaliação e seu controle são realizados rotineiramente por clínicos e demais profissionais responsáveis pelo tratamento de crianças com AIJ e outras doenças reumáticas.

### DOR EM CRIANÇAS COM REUMATISMO

A dor é um processo complexo que envolve vários componentes, incluindo a percepção, a elaboração e a resposta ao estímulo doloroso. Crianças e adolescentes com AIJ queixam-se de dor com graus variados de intensidade. Reconhecer e caracterizar de forma correta a sensação de dor, intensidade, as consequências limitações, além de tantos outros aspectos relacionados à dor, são partes importantes na avaliação, para que desta forma possa ser estabelecido um tratamento adequado. A medida padronizada da dor é de vital importância no seguimento de crianças e adolescentes, especialmente com relação ao tratamento desse sintoma. Vários questionários específicos, como o *Pediatric Pain Questionnaire* (PPQ), e escalas numéricas, de faces e de cores, são utilizados na mensuração da dor, seja em nível ambulatorial ou hospitalar.

Outro aspecto importante na avaliação é a capacidade de adaptação e de tolerância à dor, uma característica individual que, assim como a dor, envolve mecanismo complexo de fatores que incluem os orgânicos, psicológicos e ambientais, como a própria capacidade dos pais em lidar com a dor. Crianças com AIJ cujos pais têm história de dor crônica (cefaléia, lombalgia e cervicalgia) apresentam dor de maior intensidade quando

comparadas às crianças com AIJ com pais sem queixa de dor crônica. Assim como os adultos, as crianças têm atitudes e enfrentamentos diferentes em relação à dor, que variam entre o desespero, choro, apatia, isolamento e a oração, entre outros. Nesse processo adaptativo, a orientação aos pais tem grande importância e contribuição para o tratamento, sendo essa orientação de responsabilidade do profissional da saúde.

Cabe ressaltar que, nas doenças crônicas, a dor nem sempre é proporcional à gravidade do processo inflamatório; o componente emocional é significativo, e a sensação de dor pode persistir mesmo nos períodos de remissão da doença.

Adultos e mesmo crianças utilizam várias estratégias para minimizar a dor. Alguns pacientes distraem-se, outros tentam ignorar a dor, ou rezam, ou gritam ou até mesmo se desesperam. Vários questionários foram desenhados para avaliar a adaptação e a resposta individual à dor. O *Pediatric Pain Coping Inventory* (PPCI) foi desenvolvido para sistematizar o acesso às estratégias de dor nos pacientes pediátricos. Sua tradução e validação estão sendo realizadas em nosso serviço, para que este instrumento seja incorporado à rotina.

Em resumo, todas as crianças com doenças reumáticas devem ser avaliadas individualmente e de maneira global, para que seja elaborada uma estratégia eficaz, capaz de minimizar o sofrimento físico e psicológico, além de permitir uma rápida retomada das atividades sociais e escolares. O uso de questionários genéricos e específicos, capazes de avaliar não apenas a parte física, mas também a emocional, social e educacional, é recomendado pelos responsáveis pelo tratamento medicamentoso, psicológico e fisioterápico.

RHEUMA

RENATA ROSA

## FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO EM PACIENTES INTERNADOS COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL (LESJ)

ALUNA: MÉRCIA MARIA MOREIRA FACÓ

Orientador: Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências

**Introdução:** apesar dos estudos de morbidade e mortalidade em pacientes com LESJ, há poucas pesquisas que avaliam os fatores de risco associados ao óbito em pacientes, exclusivamente, hospitalizados pela doença. **Objetivos:** avaliar as internações hospitalares por LESJ, identificar fatores de risco para o óbito e correlacionar com as respectivas necropsias. **Pacientes e métodos:** em um período de 10 anos (1994 a 2003) ocorreram 57.159 internações nas diversas enfermarias do Instituto da

Criança do HC-FMUSP; 548 internações ocorreram em pacientes com doenças reumatológicas pediátricas (média de 4,6 internações por mês), das quais 169 por LESJ. Dados demográficos, características clínicas da doença, padrão de atividade da doença, *Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology-Damage Index* (SLICC/ACR-DI), *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (Sle-dai), sazonalidade das internações, exames laboratoriais e trata-

mento durante a internação foram determinados em 71 pacientes com LESJ (ACR). Posteriormente, os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com o desfecho (óbito ou sobrevivência durante a internação). Teste exato de Fisher, Mann-Whitney, qui-quadrado, Kruskal-Wallis, Mantel-Haenszel e regressão logística foram utilizados para a análise estatística. Resultados: as principais causas de internação foram atividade da doença associada à infecção (52%), apenas atividade (44%) e somente infecção (4%). Grupo dos sobreviventes foi constituído por 53 pacientes e ocorreram 18 óbitos, dos quais em 10 foi possível a realização de necropsia. Não houve diferença significativa com relação à idade de início e tempo de duração da doença, idade na última internação e número de internações, bem como em relação à variação sazonal. Na análise univariada, o aumento do risco de óbito foi associado com sepse grave (RR=17,8; IC95% 4,5-70,9); SLEDAI acima de 8 (RR=7,6; IC 95% 1,1-53,8); infecções gerais – viral, bacteriana e/ou fúngica (RR=6,1; IC95% 1,5-25); infecção fúngica (RR=5,4; IC95% 3,2-9), insuficiência renal aguda (RR=5,1; IC95% 2,5-10,5); infecção bacteriana (RR=2,3; IC95% 1,2-7,5), plaquetopenia aguda (RR=3,9;

IC95% 1,9-8,4), tratamento com ciclosporina A (RR=3,4; IC95% 1,6-6,9) e metotrexato (RR=2,7; IC95% 1,2-5,7). A proteinúria foi maior nos que morreram ( $2,23 \pm 0,62$ ) do que nos sobreviventes ( $0,72 \pm 0,15$ ,  $p=0,01$ ), assim como o z-score para altura ( $0,7 \pm 1,53$  versus  $1,7 \pm 1,8$ ,  $p=0,003$ ). A análise estratificada mostrou que sepse grave, SLEDAI  $\geq 8$  e uso de ciclofosfamida não foram variáveis de confusão. O modelo final de regressão logística mostrou que apenas a sepse grave se associou com maior risco de óbito (OR=98; IC95% 16,4-586,2,  $p<0,001$ ). Diferenças entre diagnóstico clínico do óbito e necropsia foram observadas em cinco casos, com achados evidenciados exclusivamente na necropsia: três com infecção fúngica (aspergilose difusa em dois e miocardite por *candida albicans* em outro), um com tuberculose disseminada e dois com placas de aterosclerose em aorta.

**Conclusões:** doença ativa e infecção foram as principais causas de internações dos pacientes com LESJ. Óbitos ocorreram em 25% dos pacientes internados por LESJ e a sepse grave foi o mais importante fator de risco. A necropsia auxiliou na determinação e esclarecimentos de eventos que foram duvidosos ou não detectados. Essa estratégia deveria sempre ser solicitada.

## QUADRO DE DECISÃO E DISPOSIÇÃO PARA PAGAR COMO MEDIDAS DE PREFERÊNCIA PARA O TRATAMENTO DA NEFRITE LÚPICA

ALUNA: MIRHELEN MENDES DE ABREU

Orientador: Prof. Dr. Marcos Bosi Ferraz

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de mestre em Ciências

**Introdução:** Quadro de Decisão (QD) expõe diferenças entre opções para uma questão clínica. Disposição para Pagar (DPP) mensura preferências. A associação de ambas as ferramentas visa a tornar explícita (pelo QD) a questão a ser valorada (pela DPP). **Objetivos:** avaliar as propriedades de reprodutibilidade e validade do QD com DPP para mensurar preferências quanto ao tratamento da nefrite lúpica (NL); e avaliar preferências de pacientes (P) e de médicas da Unifesp (MD) para duas opções de tratamento da NL, expostas pelo QD. **Pacientes e métodos:** Inclusão: feminino, 18 a 50 anos. (1) P: LES (ACR, 1997), ambulatório da Unifesp. (2) MD, sob a hipótese de terem LES. Exclusão: (1) P: psicose; analfabetismo. (2) MD: recusa em participar. Estudo piloto: adaptar didática (QD) e valores a serem ofertados (DPP). Etapas: (1) Avaliação clínica, econômica e de qualidade de vida. (2) QD: (a) informações sobre LES; (b) duas opções de tratamento (oral e parenteral), com as chances de riscos e benefícios; (c) lista com oito potenciais efeitos colaterais (EC); (d) seleção de três dos oito potenciais EC; (e) decisão pelo tratamento. (3) DPP: formatos (dicotômico e leilão), para o tratamento escolhido. No dicotômico, oferecia-se um valor que deveria ser aceito ou não. No leilão, o valor era progressiva-

mente reduzido ou aumentado, até que houvesse mudança de resposta, definindo a DPP. Análise estatística: medidas de tendência central e dispersão, Kappa e coeficiente de correlação Intraclass. Modelos de regressão linear e logística avaliaram os fatores que influenciaram as decisões. **Resultados:** média (DP) de idade: 34 (8) anos (P) e 31 (7) anos (MD). Seleção dos três EC: (1) P: câncer (44,2%), queda de cabelo (21,6%) e infecção (19,1%). MD: câncer (45,5%), infecção (33,1%) e esterilidade (12,5%). Decisão pelo tratamento: medicação oral foi 68% para P e 96% para MD ( $P<0,001$ ). Justificativa da decisão de tratamento (P e MD, respectivamente): risco (47,7 e 68,9%), efetividade (12,2 e 2%), "trade-off" entre riscos e benefícios (2,3 e 22,3 %) e praticidade (37,8 e 5,9%) ( $P<0,001$ ). Reprodutibilidade: Kappa: 0,757 ( $p<0,001$ ), decisão do tratamento; 0,723, dicotômico e 0,764, leilão. Validade de constructo (teste de hipóteses): predição da decisão final de tratamento da NL ( $p=0,047$ ); compreensão do conteúdo ( $p=0,005$ ), antecedente de NL ( $p=0,005$ ), renda familiar ( $p<0,001$ ). **Conclusões:** QD é válido para expor as questões clínicas. DPP é válido para mensurar preferências. P e MD diferem quanto às preferências para os desfechos do tratamento da NL, conforme o cenário exposto pelo QD.

## TOP 10

**1. ANTICORPOS ANTIVIMENTINA CITRULINADA NA ARTRITE REUMATÓIDE: MAIOR SENSIBILIDADE E VALOR PROGNÓSTICO PARA PROGRESSÃO RADIOGRÁFICA EM COMPARAÇÃO AOS ANTICORPOS ANTIPEPTÍDEO CITRULINADO CÍCLICO**

*Antibodies against citrullinated vimentin in rheumatoid arthritis: higher sensitivity and extended prognostic value concerning future radiographic progression as compared with antibodies against cyclic citrullinated peptides.* Mathsson L, Mullazehi M, Wick MC, et al. *Arthritis Rheum* 2008; 58 (1): 36-45

Vários auto-anticorpos são encontrados no soro de pacientes com artrite reumatóide (AR). O anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) apresenta boa sensibilidade e alta especificidade para AR e é útil na avaliação de pacientes com artrite indiferenciada. Mais recentemente, foram detectados, por técnica de ELISA, anticorpos antivimentina citrulinada modificada (anti-VCM) no soro de pacientes com AR. O objetivo desse estudo foi comparar o papel dos anticorpos anti-VCM ao dos anticorpos anti-CCP numa coorte de 273 pacientes com AR inicial (duração < 12 meses) em relação ao curso clínico e radiográfico da doença. Níveis séricos de anti-CCP e anti-VCM foram detectados na visita inicial, 3 e 12 meses após. Em um subgrupo de 72 pacientes também foi feita a dosagem em 2, 3 e 5 anos. Os pacientes receberam tratamento para AR sem se ter informação sobre o perfil sorológico individual. Na avaliação inicial, 70,7% dos pacientes eram anti-VCM positivo (> 20U/mL), enquanto que 57,9% eram anti-CCP positivo (> 25U/mL). Houve forte correlação entre os níveis de anti-VCM e anti-CCP na avaliação inicial ( $R=0,807$ ;  $P<0,0001$ ). Durante o período de seguimento, foi observado que pacientes anti-VCM positivo apresentavam maior atividade da AR de acordo com a avaliação do médico e DAS28, além de maior número de articulações dolorosas e edemaciadas do que os pacientes anti-VCM negativo. Houve maior progressão radiográfica em pacientes anti-VCM positivo do que em pacientes anti-VCM negativo após dois anos de seguimento ( $P=0,003$ ). O mesmo foi observado entre pacientes que na avaliação inicial eram anti-CCP negativo/anti-VCM positivo em relação àqueles que tinham os dois anticorpos negativos. Assim, foi demonstrado que o anti-VCM tem maior sensibilidade que o anti-CCP para AR e define um grupo de pacientes com AR inicial com pior prognóstico, sendo um marcador promissor para diagnóstico e prognóstico da AR.

**2. COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA CLÍNICA E SEGURANÇA DE METOTREXATO ORAL VERSUS SUBCUTÂNEO EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE ATIVA: RESULTADOS DE ESTUDO FASE IV, CONTROLADO, DUPLO-CEGO, RANDÔMICO, MULTI-CÊNTRICO E SEIS MESES DE DURAÇÃO**

*Comparison of the clinical efficacy and safety of subcutaneous versus oral administration of methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis: results of a six-month, multicenter, randomized, double-blind, controlled, phase IV trial.* Braun J, Kästner P, Flaxenberg P, et al. *Arthritis Rheum* 2008; 58 (1): 73-81

O objetivo desse estudo foi comparar a eficácia clínica e a segurança de metotrexato (MTX) oral versus subcutâneo (SC) em pacientes com AR em atividade. Os pacientes incluídos eram MTX-naïve e foram randomizados para receber 15 mg/semana, via oral, versus a mesma dose SC de MTX, de forma duplo-cega e controlada por placebo. Ambos os grupos recebiam 5mg de ácido fólico no dia seguinte à administração do MTX. Na semana 16, os pacientes não respondedores do grupo SC tinham a dose de MTX aumentada para 20mg, enquanto que os não respondedores do grupo oral passavam a receber 15mg de MTX SC. Um total de 384 pacientes foram incluídos no estudo, sendo que, na semana 24, 78% dos pacientes do grupo SC versus 70% do grupo oral apresentaram resposta ACR20 ( $P<0,05$ ). Cerca de 14% dos pacientes que não atingiram ACR 20, trocaram de grupo: 30% dos pacientes que mudaram o uso de oral para SC apresentaram resposta, assim como 23% dos pacientes do grupo SC que tiveram a dose de MTX aumentada. O perfil de segurança foi semelhante entre os grupos, entretanto o grupo MTX oral apresentou mais diarreia e o grupo MTX SC, mais anorexia. A incidência de eventos adversos foi semelhante entre os grupos. Assim, esse estudo mostrou que a administração SC de MTX apresenta maior eficácia do que a oral, com perfil de segurança semelhante.

**3. DETECÇÃO DE SINOVITE PELA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E SUA RELAÇÃO COM DOR E PERDA DE CARTILAGEM NA OSTEOARTRITE DE JOELHO**

*Synovitis detected on magnetic resonance imaging and its relation to pain and cartilage loss in knee osteoarthritis.* Hill CL, Hunter DJ, Niu J, et al. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 1599-603

Biópsias de joelhos de pacientes com osteoartrite (OA) têm demonstrado sinovite crônica de baixo grau, com produção de citocinas pró-inflamatórias, que pode representar uma das causas de dor na OA. Os autores demonstraram, de forma prospectiva, a associação entre alterações sinoviais, detectadas por ressonância nuclear magnética (RNM), e mudanças da característica da dor em 270 pacientes com OA de joelhos, bem como relação com a perda de cartilagem. A RNM do joelho mais sintomático de cada paciente foi realizada na visita inicial e após 15 e 30 meses. Alteração sinovial ao longo do tempo foi observada em 40% dos indivíduos. Não houve correlação significativa entre a sinovite e o escore de dor na avaliação inicial ( $r=0,09$ ), entretanto, ao longo do tempo a correlação foi estatisticamente significativa ( $r=0,21$ ). Não foi observada correlação entre alteração do derrame articular e alteração do escore de dor. Houve perda de cartilagem em mais de 50% dos joelhos, mas não houve associação entre esse achado e a sinovite. Dessa forma, as alterações radiológicas sinoviais se correlacionaram com a dor em joelhos, de forma prospectiva, mas não com a perda de cartilagem. Esse estudo sugere que tratamentos direcionados para a sinovite podem melhorar a dor na OA de joelhos.



#### 4. SILDENAFIL PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR ASSOCIADA COM DOENÇAS DIFUSAS DO TECIDO CONJUNTIVO

*Sildenafil for pulmonary arterial hypertension associated with connective tissue disease.* Badesch DB, Hill NS, Burgess G, et al. J Rheum Dis 2007; 34:2417-22

Citrato de sildenafil é um inibidor da 5-fosfodiesterase, capaz de aumentar a vasodilatação, com efeitos antiproliferativos e efetivo no tratamento da hipertensão de artéria pulmonar (HAP). Avaliaram a eficácia e segurança de sildenafil oral em 278 pacientes com HAP associada a doenças do tecido conjuntivo, por meio de estudo duplo-cego, randômico, placebo-controlado, com 12 semanas de duração. A dose de sildenafil testada foi de 20, 40 ou 80mg três vezes ao dia. Cerca de 45% dos pacientes tinham esclerose sistêmica, 23% lúpus eritematoso sistêmico e 32% outras doenças do tecido conjuntivo. Na avaliação inicial, 38% dos pacientes apresentavam classe funcional II e 61% apresentavam classe III. Os pacientes que receberam sildenafil apresentaram incremento da distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos na semana 12 (de 42m para 20mg; 36m para 40mg e 15m para 80mg), enquanto os do grupo placebo tiveram redução da distância (média de 13m). A melhora em pelo menos uma classe funcional ocorreu em 29% a 42% dos pacientes tratados com sildenafil, comparada a apenas 5% do placebo. Melhoras significativas da pressão média da artéria e da resistência vascular pulmonar foram observadas com sildenafil 20mg. De forma geral, sildenafil foi bem tolerado, mas cefaléia e epistaxe foram mais comuns no grupo placebo, embora sem relação com a dose utilizada. Portanto, em pacientes com HAP associada a doenças do tecido conjuntivo, sildenafil 20 mg melhorou a capacidade ao exercício, bem como as medidas hemodinâmicas e a classe funcional após 12 semanas de tratamento.

#### 5. INFLUÊNCIA DA ASPIRINA NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DE 103 PACIENTES COM ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDES POSITIVOS

*Influence of aspirin on the clinical outcomes of 103 anti-phospholipid antibodies-positive patients.* Hereng T, Lambert M, Hachulla E, et al. Lupus 2008; 17, 11-5

A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF) é definida pela ocorrência de trombose (arterial e/ou venosa) ou perda fetal em pacientes com anticorpos antifosfolípides (aPL), como anticardiolipina (aCDL) ou anticoagulante lúpico (aCL). Os autores avaliaram, retrospectivamente, o impacto do uso da aspirina sobre a prevenção primária das manifestações da SAAF em 103 pacientes assintomáticos com aPLs positivos. Pacientes com aCDL acima de 25 G ou MPL e/ou aCL positivo receberam aspirina (n=75) ou placebo (n=28), de forma não randômica e foram seguidos por mais de cinco anos, em média. Entre os pacientes aPLs positivos, 37 tinham LES, 20 com TTPA alargado, 19 com outras doenças de tecido conectivo, 16 com trombocitopenia auto-imune (TAI) e 11 com doenças

diversas. Dezenove pacientes apresentaram eventos trombóticos durante o seguimento. Manifestações clínicas, parâmetros biológicos e uso de hidroxicloroquina foram comparados entre os dois grupos, entretanto, divergiram significativamente quanto às complicações trombóticas. Apenas três de 27 pacientes lúpicos em uso de aspirina evoluíram com trombose se comparados com 4/10 pacientes sem o medicamento (p=0,03). Cinco dos 16 pacientes aPLs positivos com TAI apresentaram manifestações de SAAF em uso de aspirina (p=0,01). Embora os resultados desse estudo devam ser interpretados com cautela, conclui-se que os pacientes aPLs positivos com LES e TAI podem se beneficiar com o uso da aspirina na prevenção de manifestações da SAAF. Estudos terapêuticos prospectivos são necessários para confirmar o papel profilático da aspirina nesses pacientes.

#### 6. MICOFENOLATO DE MOFETIL COMO PRINCIPAL TRATAMENTO DA NEFRITE LÚPICA MEMBRANOSA COM OU SEM DOENÇA PROLIFERATIVA ASSOCIADA: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 29 CASOS

*Mycophenolate mofetil as the primary treatment of membranous lupus nephritis with and without concurrent proliferative disease: a retrospective study of 29 cases.* Kasitanon N, Petri M, Haas M, et al. Lupus 2008; 17, 40-5

Estudos com micofenolato de mofetil (MMF) na nefrite lúpica proliferativa (NLP) têm demonstrado superioridade à ciclofosfamida, tanto para indução como manutenção, bem como com menor toxicidade. Todavia, existem poucas evidências quanto à eficácia do MMF na nefrite lúpica membranosa (NLM). Os autores relataram a experiência com o MMF como principal linha para o tratamento da NLM, associada ou não a lesão proliferativa. Nesse estudo retrospectivo, foram incluídos 29 pacientes lúpicos com NLM pura (classe V) ou mista com NLP (concomitante classe III ou IV), segundo a classificação de 2003 da *International Society of Nephrology/Renal Pathology Society* (INS/RPS), na vigência de nova proteinúria (>0,5 g/24h). A remissão completa foi definida como proteinúria menor 0,5 g/24h, sedimento urinário inativo e taxa de filtração glomerular estimada normal. A resposta alcançada na NLM pura (grupo I, n=10) foi comparada com NLM associada à NLP (grupo II, n=19). Em 12 meses, 4 (40%) pacientes do grupo I e 7 (36%) do grupo II entraram em remissão completa (p=0,87). Um (10%) paciente do grupo I e dois pacientes (10,5%) do grupo II apresentaram piora significativa da função renal. O tempo médio de remissão foi acima de sete meses em ambos os grupos. Os demais pacientes permaneceram com a doença estável. Apenas dois dos 11 pacientes, que alcançaram remissão inicial, evoluíram com recidiva, em média 28 meses, após a remissão do quadro. Sintomas gastrointestinais, geralmente autolimitados, ocorreram em 12 casos, não sendo necessária a retirada do medicamento. O MMF como terapêutica de primeira linha foi útil para induzir remissão da NLM, particularmente nos pacientes com proteinúria discreta. Remissão completa foi observada em 40% dos casos.

## 7. TRATAMENTOS NOVOS E EMERGENTES PARA A OSTEOPOROSE

*New and emerging treatments for osteoporosis.* Maricic M. *Curr Opin Rheumatol* 2007; 19, 364-9

Recentemente, novos medicamentos têm demonstrado considerável redução do risco de fraturas por osteoporose. No entanto, o sucesso do tratamento individual da osteoporose ainda permanece um desafio, especialmente no que diz respeito à adesão (cerca de 50% no primeiro ano de tratamento). O tratamento da osteoporose deve ser seguro e eficaz, assim como ter comodidade posológica, facilidade de administração e incrementar a adesão. Esse artigo de revisão explora três novas propostas terapêuticas para o tratamento da osteoporose na pós-menopausa – ibandronato, ácido zoledrônico e denosumabe –, particularmente peculiaridades da indicação, mecanismo de ação, via administração, eficácia e efeitos adversos.

## 8. ASPECTOS IMUNOPATOLÓGICOS DA ARTRITE REUMATÓIDE: QUEM É O MAESTRO E QUEM TOCA O INSTRUMENTO BIOLÓGICO?

*Immunopathologic aspects of rheumatoid arthritis: who is the conductor and who plays the immunologic instrument?* Weyand CM. *J Rheumatol Suppl* 2007; 79: 9-14

Esse artigo é indicado para quem gostou da palestra ministrada pela Dra. Cornélia Weyand durante o último Encontro Rio-São Paulo/Jornada Paulista de Reumatologia. Ela detalha os três principais tipos de alterações sinoviais encontradas na AR (do centro germinativo, agregada e difusa) e o papel das células T, B, dendríticas e sinoviócitos. É também explicado como o processo de organização linfóide pode afetar a evolução e as opções terapêuticas da doença. Utilizando-se de uma interessante simbologia, a autora descreve o processo inflamatório da AR como “uma orquestra sinfônica executando uma peça musical; uma canção que ninguém quer ouvir, mas de qualquer forma uma canção”.

## 9. INCAPACIDADE MUSCULOESQUELÉTICA PARA O TRABALHO PARA CLÍNICOS: TEMPO DE EVOLUÇÃO E EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA ESPECIALIZADO DE INTERVENÇÃO PARA DIAGNÓSTICO

*Musculoskeletal work disability for clinicians: time course and effectiveness of a specialized intervention program by diagnosis.* Abásolo L, Carmona L, Hernández-García C, et al. *Arthritis Rheum* 2007; 57(2): 335-42.

Nesse estudo prospectivo e controlado, mais de 13 mil espanhóis afastados temporariamente do trabalho por incapacidade de causa musculoesquelética foram acompanhados por dois anos e randomizados em grupo controle e grupo intervenção. Foram classificados em 11 categorias baseadas no CID-9: lombalgia (a causa mais freqüente), cervicalgia, ciática,

mialgia, osteoartrite, tendinite, doença inflamatória, artropatia microcristalina e artrite indiferenciada, gonalgia (excluindo osteoartrite), síndrome do túnel do carpo e outros. A intervenção consistia em programa específico, coordenado por reumatologistas treinados. As visitas médicas regulares seguiam protocolos previamente estabelecidos para os diferentes diagnósticos, incluindo diagnóstico clínico com pesquisa de sinais e sintomas de alerta, tratamento farmacológico e não farmacológico, educação do paciente com orientações ergonômicas, de atividade física, exercícios de alongamento e retorno ao trabalho após remissão dos sintomas. Se não houvesse melhora, poderiam ser solicitados exames laboratoriais e de imagem, além de encaminhamento para reabilitação ou avaliação cirúrgica. No grupo controle, os procedimentos terapêuticos não seguiam protocolos e os pacientes eram acompanhados por clínicos gerais. O tempo de incapacidade para o trabalho foi significativamente maior no grupo controle. A intervenção específica demonstrou ser eficaz, com efeito máximo nos primeiros dois meses de acompanhamento. Segundo os autores, esse programa, baseado em protocolos clínicos simples e conduzido por reumatologistas, é altamente efetivo para a população trabalhadora, levando a um importante impacto sócio-econômico. Programas similares poderiam ser implementados em outros grupos populacionais como donas de casa e aposentados.

## 10. PREVALÊNCIA E CUSTO DAS DOENÇAS MUSCULOESQUELÉTICAS: ABORDAGEM POPULACIONAL DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO HOSPITALAR

*Prevalence and cost of musculoskeletal disorders: a population-based, public hospital system healthcare consumption approach.* Osborne RH, Nikpour M, Busija L, et al. *J Rheumatol* 2007; 34 (12): 2466-75.

Os autores avaliaram a ocorrência de doenças musculoesqueléticas (DME) no estado australiano de Victoria, por meio do cálculo de recursos financeiros utilizados em hospitais públicos, nos períodos de 1997/1998 e 2000/2001. DME foi definida como a combinação de condições ortopédicas e reumáticas. Após as queixas obstétricas, as DME foram as mais freqüentes nos serviços ambulatoriais. Foram também a sexta maior causa de internações hospitalares. Interessante notar que houve aumento recente das internações de pacientes reumáticos, em parte, devido às admissões para terapias infusionais. O conjunto das DME representou o terceiro maior custo do estudo, atrás, apenas, de doenças respiratórias agudas e tratamento cirúrgico. Os autores ainda discutem as dificuldades na quantificação da incidência de DME, dos episódios relacionados a esses diagnósticos (por exemplo, manifestações do trato gastrointestinal por uso de AINH), assim como a identificação de fatores de risco como idade, obesidade, lesões esportivas e relacionadas ao trabalho. Os dados desse estudo – alto custo e elevada prevalência de DME – podem auxiliar a adequar a distribuição dos recursos financeiros hospitalares, além de complementar outras abordagens epidemiológicas e facilitar a implementação de estratégias preventivas mais eficazes.

# Artrófilo

## REUMATOLOGIA PAULISTA NO ACR



Entre 6 e 11 de novembro de 2007, ocorreu o 71º Encontro Científico Anual do *American College of Rheumatology* (ACR), que contou com expressiva participação de reumatologistas de São Paulo. O resumo das 33 pesquisas paulistas apresentadas em Boston foi compilado e você pode conferi-lo a seguir. Parabéns aos pesquisadores pela altíssima qualidade dos trabalhos.

### 1. MEDIAL-WEDGE INSOLE IS EFFECTIVE IN THE TREATMENT OF VALGUS KNEE OSTEOARTHRITIS

Rodrigues PT, Ferreira AF, Pereira RMR, Bonfá E, Borba EF, Fuller R

**Objetivo e métodos:** avaliar a eficácia da palmilha em cunha medial em 30 mulheres com osteoartrite (OA) de joelhos e deformidade em valgo  $\geq 8$  graus. Elas foram randomizadas para receber palmilha com elevação medial no retropé de 8mm ou palmilha semelhante, mas sem elevação. **Resultados:** no grupo palmilha com elevação houve redução da dor ao repouso, ao movimento e noturna, com redução no Lequesne e WOMAC. No grupo controle, observou-se, apenas, redução da dor noturna. Houve aumento do ângulo fêmoro-tibial no grupo da palmilha com elevação medial. **Conclusão:** o uso de palmilha em cunha medial foi eficaz para reduzir a dor ao repouso e ao movimento, ocasionando melhora funcional de pacientes com OA de joelhos com valgismo.

### 2. DETERMINANTS OF FEMORAL NECK BONE LOSS IN THE HORIZON-PFT STUDY: IMPACT OF ZOLEDRONIC ACID THERAPY

Eastell R, Black D, Boonen S, Cummings S, Delmas P, Palermo L, Eriksen E, Mesenbrink P, Lippuner K, Zerbini C, Skag A, Cauley PJ

**Objetivo e métodos:** avaliar os fatores determinantes da perda óssea femoral em 7.736 mulheres com osteoporose pós-menopausa e determinar se o ácido zoledrônico (ZOL) seria capaz de preveni-la, por meio de estudo

multicêntrico, com três anos de duração, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo. **Resultados:** no grupo placebo, a perda óssea do quadril foi maior em mulheres com idade acima de 80 anos, mais magras, fumantes, brancas e do continente americano. ZOL foi capaz de prevenir a perda óssea em todos os subgrupos. **Conclusão:** idade avançada, baixo peso, tabagismo, raça branca e ser do continente americano foram fatores de risco para perda óssea do quadril.

### 3. THYMUS RECENT EMIGRANTS RATE IS ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Vieira QF, Kayser C, Horvath DV, Kallas E, Andrade LE

**Objetivo e métodos:** círculos de rearranjo de excisão de receptores de linfócitos T (TREC) são marcadores de células recém-emigradas do timo. Esse estudo avaliou o número de cópias de TREC em linfócitos de 51 pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) ativo e 31 fora de atividade (controles). **Resultados:** os níveis de TREC em células CD4+ e CD8+ foram mais baixos em pacientes com LES ativo. Pacientes com LES ativo apresentaram níveis de TREC mais baixos em células CD4+ do que os controles, mas essa diferença não foi observada nas células CD8+. Lúpicos com doença fora de atividade apresentaram níveis de TREC semelhantes aos controles em ambas células T CD4+ e CD8+. **Conclusão:** os níveis de TREC variam de acordo com a atividade do LES, refletindo o comportamento dinâmico da doença.

#### 4. PREGNANCY OUTCOME IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (JSLE): A BRAZILIAN MULTICENTRE COHORT STUDY

Silva CA, Hilário MO, Febranio MV, Almeida RG, Fonseca AR, Yamashita EM, Ronchezel MV, Campos LL, Appenzeller S, Quintero MV, Santos AB, Medeiros AC, Carvalho LM, Robazzi TC, Cardin SP, Bonfá E

**Objetivo e métodos:** determinar fatores de risco para perda fetal e o resultado das gestações de 315 meninas com LES juvenil (LESJ). **Resultados:** vinte e quatro gestações não planejadas foram analisadas. Perda fetal, antes de 16 semanas, foi observada em cinco pacientes, um óbito por parto prematuro (pré-eclâmpsia) e 18 nascidos vivos. Glomerulonefrite proliferativa difusa, proteinúria  $\geq 0,5\text{g}/\text{dia}$ , alto Sledai e hipertensão arterial, no início da gestação, foram mais frequentes nas pacientes que tiveram perda fetal. No total, quatro gestações foram expostas a ciclofosfamida IV, resultando em três perdas fetais. **Conclusão:** nefrite ativa e imunossupressores são os principais fatores associados à perda fetal no LESJ, reforçando a importância da contracepção adequada nesse grupo de pacientes.

#### 5. ANTI-C1Q ANTIBODIES IN PATIENTS WITH JUVENILE-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Jesus AA, Manguiera CL, Sheinberg MA, Marie S, Carneiro-Sampaio MS, Silva CA, Liphau BL

**Objetivo e métodos:** avaliar a frequência de anticorpos anti-C1q em 45 pacientes com LESJ e 27 controles saudáveis e a correlação com nefrite lúpica e atividade da doença. **Resultados:** anticorpos anti-C1q foram observados em oito pacientes com LESJ (17,7%) e três controles (11,1%). Somente 12,9% dos pacientes com doença em atividade tinham anti-C1q positivo. De 14 pacientes com atividade renal do LESJ, somente dois (14,2%) apresentaram anti-C1q positivo. Não houve correlação entre anti-C1q e SLEDai ou anticorpos anti-DNA nativo. **Conclusão:** ao contrário de pacientes adultos, anticorpos anti-C1q parecem ser fracos biomarcadores no LESJ.

#### 6. HOMOCYSTEINEMIA AND ALTERED LIPID PROFILE IN LONG TERM POLYARTICULAR ONSET JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Tizziani VAP, Gonçalves R, Gualandro SM, Ribeiro AR, Schainberg CG

**Objetivo e métodos:** estudar a homocisteína sérica e o nível de lipídeos numa coorte de 24 pacientes com artrite idiopática juvenil (AIJ) poliarticular de longa duração ( $13,3 \pm 5,9$  anos). **Resultados:** baixo HDL-c foi detectado em 33% dos pacientes, com uma relação apo-B/apo-A aumentada em 29%. Foi observado aumento do colesterol

total em 12,5% dos pacientes, do LDL-c em 29% e dos triglicérides em 8%. Homocisteína elevada foi observada em 12,5% dos pacientes, em associação com baixos níveis de ácido fólico sérico. **Conclusão:** perfil lipídico desfavorável foi freqüente na AIJ poliarticular de longa duração, e altos níveis de homocisteína podem ser fator de risco adicional para doença cardiovascular nessa população. Considerando-se a longa expectativa de vida desses pacientes, medidas preventivas são necessárias.

#### 7. SEXUALITY OF MALE PATIENTS WITH POLYARTICULAR ONSET JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Souza LAL, Gallinaro AL, Kowalski S, Abdo C, Suechiro RM, Silva CA, Schainberg CG

**Objetivo e métodos:** avaliar a influência de alterações musculoesqueléticas na vida sexual de 32 meninos com AIJ poliarticular fator reumatóide negativo e compará-los com 120 controles pareados. Todos responderam um questionário auto-aplicável. **Resultados:** a frequência de masturbação foi semelhante entre pacientes e controles (93% x 86%). Atividade sexual  $\geq 1\text{x}/\text{semana}$  foi mencionada por 78% dos pacientes e 64% dos controles, com dor articular em 48% versus 3%, respectivamente. O HAQ foi mais elevado nos pacientes que relataram dor articular durante a atividade sexual. Satisfação e desejo preservados foram observados em todos os pacientes e controles. **Conclusão:** a sexualidade é preservada nessa coorte de pacientes com AIJ poliarticular, apesar da doença de longa duração, disfunção funcional/morbidade e dor articular.

#### 8. HIGH PREVALENCE OF CAROTID PLAQUES IN RHEUMATOID ARTHRITIS IS NOT ASSOCIATED WITH AUTOANTIBODIES

Pereira IA, Borba EF, Burlingame R, Anjos LE, Viana VST, Leon EP, Vendramini M, Laurindo IM

**Objetivo e métodos:** investigar a presença de anticorpos contra fosfolípidos, beta-2 glicoproteína 1 ( $\beta 2\text{-gp1}$ ) e proteínas do choque térmico (Hsp) em 71 pacientes com artrite reumatóide (AR) e 53 controles saudáveis, bem como verificar a associação com aterosclerose subclínica de carótida. Espessamento médio-intimal (EMI) da carótida comum e a presença de placas foram avaliados por ultra-som de alta resolução. **Resultados:** a frequência de placas foi maior em pacientes com AR do que nos controles (14,1% x 1,9%;  $p=0,02$ ), mas não houve diferença em relação ao EMI. Não houve correlação de EMI com anticorpos antifosfolípidos, anti- $\beta 2\text{-gp1}$  e anti-Hsp. Entretanto, o EMI foi associado com idade avançada, colesterol total e LDL-c nos pacientes com AR. **Conclusão:** os auto-anticorpos estudados não se associaram com aumento da EMI ou presença de placas de carótida na AR.



## 9. INCREASE OF BODY FAT MASS IN RHEUMATOID ARTHRITIS IS NOT EXPLAINED BY DIETARY CALORIE INTAKE

Silva RG, Pippa MG, Lomonte ABV, Sarkis KS, Cukier FL, Pieruccetti LB, Ikehara W, Latorre LC, Zerbini C

**Objetivo e métodos:** estudar a relação entre gordura corporal, medida por densitometria (DXA), uso de glicocorticóides (GC) e a ingestão calórica em 83 mulheres com AR. **Resultados:** houve associação significativa entre a dose atual de GC e massa gorda total (em grama e porcentagem). Entretanto, a dose cumulativa de GC mostrou associação apenas com massa gorda porcentual. Não houve associação significativa entre dose atual e cumulativa de GC com a ingestão de calorias da dieta. **Conclusão:** o aumento da massa gorda em pacientes com AR não está associado com aumento da ingestão calórica em usuários de GC.

## 10. RHEUMATOID ARTHRITIS AND SARCOPENIA: DETERMINANT FACTORS

Pippa MG, Silva RG, Latorre LC, Lomonte ABV, Nunes MJ, Zerbini C

**Objetivo e métodos:** avaliar sarcopenia e seus determinantes em 98 pacientes com AR e idade superior a 26 anos. Densitometria (DXA) foi utilizada para avaliar a massa magra de pernas e braços. Sarcopenia foi definida como índice musculoesquelético relativo (RSMI) abaixo de 5,45 kg/m<sup>2</sup>. **Resultados:** altura, idade, tempo de doença e dose cumulativa de GC mostraram fraca correlação negativa com RSMI, enquanto que DAS28, HAQ e dose atual de GC apresentaram fraca correlação positiva com RSMI. O IMC foi o único determinante encontrado. A prevalência de sarcopenia foi muito baixa (1,02%) em toda a amostra. **Conclusão:** sarcopenia não foi encontrada nessa população. Talvez o elevado IMC tenha apresentado papel protetor.

## 11. BONE LOSS IN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS AFTER TWO YEARS OF FOLLOW UP

Kochen JAL, Torres SC, Guedes LKN, Kowalski SC, Laurindo IMM

**Objetivo e métodos:** identificar alterações da densidade mineral óssea (DMO) de quadril e coluna lombar e os fatores associados durante um seguimento de dois anos de 28 pacientes com AR inicial ou menos de 12 meses de sintomas. **Resultados:** em 24 meses, 11 pacientes (39,5%) apresentavam perda óssea em vertebral, quatro (14,3%) apresentavam perda óssea do colo do fêmur e três (10,7%) do fêmur total. Menopausa foi associada à perda óssea nesses três sítios. A duração dos sintomas esteve associada à perda óssea na coluna lombar e fêmur. Dose cumula-

tiva de metotrexato e adalimumabe foi associada com menor perda óssea do fêmur total. **Conclusão:** a perda óssea precoce na AR é fortemente influenciada pelo atraso no início do tratamento.

## 12. TESTICULAR SERTOLI CELL FUNCTION IN MALE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Suehiro RM, Borba EF, Bonfá E, Okay TS, Cocuzza M, Soares PM, Silva CS

**Objetivo e métodos:** avaliar a função das células de Sertoli do testículo e a associação com parâmetros do esperma em 34 homens com LES. Os pacientes foram classificados de acordo com níveis de inibina B. Grupo A com baixos níveis e B, normais. **Resultados:** um quarto dos pacientes apresentaram baixos níveis de inibina B e elevados de FSH. A frequência de baixa concentração de esperma e baixa contagem de esperma total foi maior no grupo A. A inibina B sérica foi menor em pacientes com LES tratados com ciclofosfamida intravenosa. Sledai, SLICC-ACR, volume testicular e anticorpos antiesperma foram semelhantes nos dois grupos. **Conclusão:** elevada frequência de disfunção das células de Sertoli dos testículos em pacientes com LES.

## 13. INFLUENCE OF PERIODONTAL DISEASE TREATMENT IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS ACTIVITY

Fabbri C, Borba EF, Bonfá E, Guedes LK, D'Alleva PSR, Fuller R

**Objetivo e métodos:** avaliar o tratamento de doença periodontal (DPO) em 36 pacientes com LES recebendo terapia imunossupressora (corticoterapia e ciclofosfamida IV) e a associação com atividade da doença. Dezenove receberam tratamento para DPO. **Resultados:** o grupo tratado apresentou redução da DPO e SLEDAI após três meses do tratamento odontológico, ao contrário do grupo que não recebeu tratamento. Os níveis de VHS e PCR pré e pós-tratamento foram comparáveis nos grupos tratado e não tratado. **Conclusão:** associação significativa entre atividade do LES e DPO. O tratamento da atividade da doença controlou mais rapidamente a DPO.

## 14. THE IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IS ASSOCIATED WITH BETTER ENDOTHELIAL FUNCTION IN SLE PATIENTS

Ferreira GA, Navarro TP, Telles RWS, Sato EI

**Objetivo e métodos:** avaliar fatores associados à disfunção endotelial em 88 pacientes com LES e 16 saudáveis. Ultra-som de alta resolução foi usado para medir o diâmetro da artéria braquial em repouso, durante hipermia reativa (dilatação mediada por fluxo – DMF) e após gliceril trinitrato sublingual (GTN). **Resultados:** a DMF

esteve reduzida em pacientes com LES em comparação aos controles, independentemente da presença de fatores de risco para doença coronariana. O uso de imunossupressor aumentou a DMF em 3%, enquanto que o aumento de uma unidade de LDL-c diminuiu a DMF em 0,05% e o aumento de um mês na duração da doença diminuiu a DMF em 0,02%. **Conclusão:** tratamento mais agressivo com imunossupressor poderia controlar o processo inflamatório e impactar positivamente a resposta vascular desses pacientes.

### 15. ARTERIAL STIFFNESS IN ACTIVE LUPUS PATIENTS WITH LOW CAD RISK

Prokopowitsch AS, Bortolotto LA, Bonfá E, Borba EF

**Objetivo e métodos:** determinar a influência da atividade da doença na parede arterial de 37 mulheres na pré-menopausa com LES com baixos fatores de risco para doença arterial coronária (DAC), comparadas com 25 mulheres saudáveis. A velocidade de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP) e *echo-tracking device* (ETD) de carótida comum foram avaliados. **Resultados:** maior atividade da doença foi associada com níveis mais altos de triglicérides, apoB, colesterol total e LDL-c. A rigidez da parede arterial determinada por VOP foi mais baixa nos pacientes com LES do que nos controles, e foi menor naqueles com doença em atividade. A avaliação estrutural dos vasos por ETD foi semelhante entre os grupos. **Conclusão:** a atividade do LES ocasiona redução da rigidez da parede arterial mesmo numa população com baixos fatores de risco para DAC.

### 16. SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS MORTALITY RATES TRENDS IN A DEVELOPING COUNTRY

Sato EI, Souza DCC, Santo AH

**Objetivo:** estimar taxas de mortalidade do LES e suas tendências em São Paulo nas últimas duas décadas. **Métodos:** o banco de dados do Estado de São Paulo foi usado para o estudo dos óbitos por LES de janeiro de 1985 a dezembro de 2004. As taxas de mortalidade foram ajustadas por sexo e idade para a população do Brasil em 2000. **Resultados:** foram identificados 2.601 óbitos atribuídos ao LES, com média de idade de 35,5 anos. Ocorreram 93% antes dos 60 anos de idade e 89% foram de mulheres. As taxas de mortalidade ajustadas foram de 3,5 e 4,1 óbitos/1 milhão/ano para os períodos de 1985-1995 e 1996-2004, respectivamente. Foi observado aumento nas taxas de mortalidade de mulheres maiores de 40 anos no período e das não-brancas em 2000. **Conclusão:** pacientes com LES ainda morrem jovens e a curva de mortalidade mostrou poucas alterações nas últimas duas décadas.

### 17. EFFECTIVENESS OF PHYSICAL EXERCISE ON DECREASE OF PAIN IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

Kayo AH, Sanches CM, Montenegro-Rodrigues R, Peccin MS, Trevisani VFM

**Objetivo e métodos:** avaliar e comparar a efetividade de exercício de resistência muscular supervisionado (ERM) e programa de caminhada (PC) na redução da dor em 79 mulheres com fibromialgia, por meio de estudo randômico com três grupos: grupo 1 – programa de caminhada (n=26), grupo 2 – exercício de resistência muscular (n=27) e grupo 3 – controle (n=26). As pacientes foram treinadas por 16 semanas, sendo avaliadas após 8 e 16 semanas. **Resultados:** houve melhora significativa do questionário de impacto da fibromialgia (FIQ) nos grupos 1 e 2, ao contrário do grupo 3. Houve redução da escala visual analógica de dor nos grupos 1 e 2, sendo essa redução maior no grupo 2. **Conclusão:** ambos os grupos ERM e PC são efetivos na redução da dor e do FIQ, mas ERM é mais efetivo do que PC para a redução da dor.

### 18. DIFFERENTIAL EXPRESSION OF SS-A/RO 60KDA AND SS-B/LA, BUT NOT SS-A/RO 52KDA, MRNA AND PROTEIN IN MINOR SALIVARY GLANDS FROM PATIENTS WITH PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME

Barcellos KSA, Nonogaki S, Enokihara MMSS, Teixeira MS, Andrade LEC

**Objetivo e método:** analisar a expressão protéica e de RNAm de Ro/SS-A e La/SS-B em glândulas salivares menores (GSM) de dez pacientes com síndrome de Sjögren primária (SSp) e sete controles. A expressão protéica de Ro/SS-A 60 kDa e 52 kDa e La/SS-B foi estudada em GSM de 26 pacientes com SSp e 16 controles. **Resultados:** a expressão de RNAm de Ro/SS-A 60 kDa e de La/SS-B foi maior em amostras de pacientes com SSp do que nos controles. A expressão de RNAm de Ro/SS-A 52 kDa não diferiu entre pacientes e controles. Amostras de GSM com os maiores escores histológicos de inflamação mostraram expressão diminuída do RNAm para os três genes. **Conclusão:** foi demonstrado aumento da expressão de RNAm de Ro/SS-A 60 kDa e La/SS-B em GSM de pacientes com SSp, mas não de Ro/SS-A 52 kDa.

### 19. THE EFFECT OF BONE MINERAL DENSITY MEASUREMENT OF HIP BILATERAL IN CLINICAL PRACTICE

Lopes JB, Danilevicius CF, Caparbo VF, Takayama L, Pereira RMR

**Objetivo e método:** determinar o efeito da DMO do quadril contralateral no tratamento da osteoporose (OP) de 374 mulheres e 231 homens com mais de 65 anos de idade. **Resultados:** houve correlação altamente significativa

entre a DMO dos dois quadris. Osteoporose foi observada em 49,75% dos pacientes na avaliação de coluna lombar e quadris; em 48,6% na avaliação de coluna lombar e quadril direito e em 31,2% para avaliação só dos quadris. A frequência de indicação de terapia farmacológica pelo critério do *National Osteoporosis Foundation* foi de 69,3% para a análise de coluna lombar e quadris e de 65,4% para a análise de coluna lombar e quadril direito. **Conclusão:** a avaliação de ambos os quadris, em associação com a coluna lombar, é mais sensível para a identificação de pacientes com indicação de tratamento para OP.

## 20. RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND TRIAL TO ASSESS THE EFFICACY OF HIALURONAN IN THUMB CARPOMETACARPAL OSTEOARTHRITIS

Ebina K, Gonçalves C, Lima FR, Fuller R

**Objetivo e método:** avaliar a eficácia de hialuronato (HA) em 28 mulheres com OA da primeira articulação carpo-metacárpica (CMC), que foi definida pela presença de osteófitos e dor à movimentação acima de 4 pela escala visual analógica. Foram randomizadas em dois grupos. O grupo HA recebeu cinco injeções semanais na referida articulação e o grupo controle recebeu cinco injeções semanais de lidocaína. **Resultados:** após seis meses, houve melhora significativa na dor ao repouso e à movimentação, assim como da função e força do polegar em ambos os grupos HA e lidocaína. **Conclusão:** HA melhora a dor, função e força de pacientes com OA da primeira CMC, mas não é superior à injeção de lidocaína.

## 21. ASSOCIATION OF LOW LEVELS OF 25-HYDROXYVITAMIN D AND MODERATE/SEVERE VERTEBRAL FRACTURES IN COMMUNITY-DWELLING ELDERLY WOMEN

Lopes JB, Danilevicius CF, Takayama L, Caparbo VF, Menezes PR, Pereira RMR

**Objetivo e método:** avaliar a possível relevância dos níveis séricos de vitamina D (25OHD), como parâmetro para a presença de fratura vertebral, em 85 mulheres idosas da comunidade com fratura vertebral moderada/grave e compará-las com 85 mulheres sem fraturas vertebrais. A dosagem de 25OHD foi realizada no mesmo período do ano. **Resultados:** pacientes com fraturas vertebrais apresentaram idade mais avançada e parâmetros antropométricos mais baixos do que as pacientes sem fraturas. Baixos níveis de 25OHD e maiores níveis de PTH foram encontrados no grupo com fraturas vertebrais. 25OHD foi um fator significativo para a presença de fratura vertebral moderada/grave. **Conclusão:** a 25OHD sérica pode ser um parâmetro promissor para identificação de fraturas vertebrais em mulheres idosas.

## 22. CORRELATION OF ISOKINETIC KNEE AND TRUNK MUSCULAR STRENGTH WITH BONE MINERAL CONTENT IN FEMALE SOCCER PLAYERS

Saccol MF, Oliveira NC, Pereira RMR, Pinto AL, Takayama L, Greve JMD, Lima FR

**Objetivo e método:** avaliar a correlação entre força muscular de tronco e joelho e valores minerais ósseos em 22 jogadoras de futebol feminino júnior e 20 mulheres que não praticam exercício físico regularmente. Foram determinadas a DMO e o conteúdo mineral ósseo (CMO) por DXA, bem como as massas gorda e magra. **Resultados:** jogadoras de futebol tiveram maior porcentagem de massa magra e menor massa gorda, maior DMO e CMO do que os controles. Houve correlação entre a força do joelho e CMO da perna, colo do fêmur e fêmur total do quadril dominante, bem como entre a força do tronco e CMO do tronco total. **Conclusão:** a correlação positiva entre força muscular e valores minerais ósseos em sítios específicos fornece evidência de um papel da força muscular no aumento da massa óssea regional.

## 23. BONE TARTRATE RESISTANT ACID PHOSPHATASE SERUM LEVELS IN PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY PATIENTS

Fonseca A, Manguera C, Leite V, Golmia R, Ares M, Scheinberg MA

**Objetivo e método:** osteoporose é uma complicação em pacientes com lesão de medula espinhal (LME). Os fatores conhecidos associados a essa condição são desuso, lesões neurais e alterações hormonais. Esse estudo avaliou a fosfatase ácida tartarato-resistente do osso (TRAP) em 27 pacientes com LME, submetidos a intensos programas de atividade física em membros inferiores, com duração da doença de 15 a 108 meses e idade de 17 a 64 anos. **Resultados:** o TRAP sérico foi de  $3,55 \pm 0,85 \mu\text{g/L}$ , estando dentro dos limites da normalidade de controles saudáveis. **Conclusão:** exercícios intensos de carga em pacientes com LME se associaram com valores normais do marcador de reabsorção óssea precoce e sensível, sugerindo que esse tipo de terapia pode postergar o desenvolvimento de osteoporose nesses pacientes.

## 24. DECREASED PROPORTION OF THYMIC RECENT EMIGRANTS IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Horvath DV, Kayser C, Vieira QF, Barcellos KS, Silva CAA, Hilario MOE, Andrade LE

**Objetivo e método:** determinar a concentração de TREC em células mononucleares do sangue periférico de 30 crianças com AIJ poliarticular em atividade e 30 controles pareados. **Resultados:** a concentração de TREC na AIJ foi

menor do que nos controles. Houve correlação inversa entre idade e TREC nos controles saudáveis, o que está de acordo com a redução na função tímica idade-dependente, ao contrário do observado nos pacientes com AIJ. **Conclusão:** há redução no número de cópias de TREC em crianças com AIJ poliarticular, o que contribui para o entendimento da fisiopatologia da AIJ.

## 25. LOW EXPRESSION OF FAS AND BCL-2 PROTEINS ON PERIPHERAL MONOCYTES FROM JUVENILE-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Liphaus BL, Kiss MHB, Carrasco S, Schainberg CG, Silva CAA

**Objetivo e método:** em pacientes com LESJ há elevada expressão de proteínas Fas e Bcl-2 em linfócitos T e B periféricos. Avaliaram a expressão de Fas e Bcl-2 em monócitos CD14+ de 43 pacientes com LESJ e 35 voluntários saudáveis. **Resultados:** a expressão proteica foi menor em pacientes com LESJ do que nos controles. Houve correlação inversa e significativa entre a porcentagem de células CD14+ positivas para Fas e o SLEDAI ( $r=-0,55$ ) e os anticorpos anti-DNA-nativo ( $r=-0,37$ ). **Conclusão:** a expressão de proteínas Fas e Bcl-2 em monócitos CD14+ foi significativamente menor em pacientes com LESJ em relação aos controles, indicando um distúrbio do processo de apoptose e um possível papel dessas células na etiopatogênese do LESJ.

## 26. HOW CAN SYNOVITIS DETECTION BY ULTRASONOGRAPHY MODIFY DAS28?

Lomonte ABV, Golmia AP, Ortiz K, Lin WF, Caldana W, Nunes MJ, Ribeiro LH, Waisberg MG, Latorre LC, Zerbini C

**Objetivo e método:** comparar os resultados do número de juntas edemaciadas do DAS28, obtido clinicamente, com o DAS28, obtido por ultra-som (US), em 45 pacientes AR. A contagem articular foi realizada por três reumatologistas treinados e experientes. As mesmas articulações foram avaliadas por ultra-som (US). **Resultados:** o US foi mais sensível do que o exame clínico para detecção de edema articular, mas quando as articulações clinicamente edemaciadas foram substituídas por aquelas com edema pelo US, não houve diferença significativa do resultado do DAS28. **Conclusão:** o resultado do DAS28 não sofreu mudança significativa quando a detecção de edema foi feita por US, o que provavelmente se deve às outras variáveis utilizadas no cálculo do DAS28.

## 27. RELATIONSHIP BETWEEN BIOMARKERS FOR CARTILAGE AND BONE AND JOINT COUNTING IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Golmia AR, Lomonte ABV, Ortiz KR, Lin WF, Caldana WC, Nunes MJ, Ribeiro LH, Waisberg MG, Latorre LC, Zerbini C

**Objetivo e método:** correlacionar biomarcadores de degradação óssea e da cartilagem com a atividade oligo ou poliarticular em 45 pacientes com AR, de acordo com exame clínico e por US. Os pacientes foram divididos em dois grupos: atividade oligoarticular da AR (< 5 articulações com edema) e atividade poliarticular ( $\geq 5$  articulações com edema). Foram feitas dosagens séricas de proteína oligomérica de cartilagem (COMP) e de *cross-links* de colágeno tipo I (CTX I). **Resultados:** houve associação significativa entre COMP e articulações clinicamente edemaciadas para os pacientes com atividade poliarticular da AR. Não houve associação entre COMP e o número de articulações edemaciadas segundo o US. Não houve correlação entre CTX I e os grupos estudados. **Conclusão:** esse estudo reforça a ideia de que COMP está associada com maior atividade clínica da AR.

## 28. IMPACT OF HYPERTENSION AND HYPERHOMOCYSTEINEMIA ON ARTERIAL THROMBOSIS IN PRIMARY ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

Sato EI, Souza AWS, Carvalho JF, Silva NP, D'Almeida V, Noguti MAE

**Objetivo e método:** avaliar fatores de risco tradicionais para doença arterial coronária (DAC), bem como homocisteína, anti-LDL oxidada (anti-oxLDL), antilipoproteína lipase (anti-LPL) e endotelina-1 (ET1) em 38 mulheres com síndrome antifosfolípide primária (SAF) e 30 controles. **Resultados:** anticorpos anti-LPL não foram detectados em ambos os grupos. Os níveis médios de anticorpo anti-oxLDL, homocisteína e ET1 foram semelhantes entre os grupos. Pacientes com trombose arterial apresentaram níveis mais elevados de homocisteína e maior número de fatores de risco tradicionais para DAC. HAS foi independentemente associada à trombose arterial. **Conclusão:** na SAF primária, outros fatores de risco além dos anticorpos antifosfolípidos podem contribuir para a ocorrência de eventos arteriais, sendo HAS o mais importante.

## 29. ASSOCIATED FACTORS AND OUTCOME OF HERPES ZOSTER IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS

Medeiros AC, Martin P, Ribeiro AR, Gonçalves R, Borba EF

**Objetivo e método:** determinar os fatores que influenciam a frequência e evolução do herpes zoster (HZ) em 51 pacientes com LES. **Resultados:** 55 infecções por HZ foram estudadas. A mediana do Sledai foi 2,5 (0-12). 82,5% dos pacientes estavam em uso de GC, 68,6% em uso de terapia imunossupressora e 66,7% em uso concomitante de ambas as terapias. A maioria dos pacientes apresentava baixa contagem de linfócitos. Todos foram tratados com aciclovir e 22% foram internados. O nervo torácico foi o sítio mais comumente acometido. Houve recorrência em



quatro pacientes e superinfecção bacteriana em 12%. **Conclusão:** terapia combinada (GC e imunossupressor), sem significativa atividade da doença e baixa contagem de linfócitos foram observados nos pacientes com LES e HZ.

### 30. REGISTER FOR PEDIATRIC PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME: CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF 107 CHILDREN

Avcin T, Cimaz R, Silverman ED, Cervera R, Gattorno M, Garay S, Berkun Y, Sztajnbock F, Silva CA, Campos LM, Magalhães CS, Ravelli A, Martini A, Rozman B, Meroni L

**Objetivo:** obter dados sobre a associação de anticorpos antifosfolípidos (aPL) e manifestações clínicas da SAF pediátrica. Métodos: foi analisado o registro Ped-APS, um projeto da Sociedade Europeia de Reumatologia com dados de pacientes com SAF pediátrica. **Resultados:** até abril de 2007, 107 casos de 13 países foram registrados. 47% apresentavam doença autoimune subjacente. Trombose arterial ocorreu em 34%, venosa em 56%, de pequenos vasos em 7% e mista em 4%. Manifestações clínicas associadas foram hematológicas, cutâneas e neurológicas não-trombóticas. **Conclusão:** os locais mais comuns para trombose foram as veias profundas de membros inferiores e as artérias cerebrais. Pacientes com doença autoimune subjacente tiveram maior associação com manifestações hematológicas e cutâneas do que aqueles com SAF primária.

### 31. INFLUENCE OF SEX AND RACE ON CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL MANIFESTATIONS IN SYSTEMIC SCLEROSIS: ANALYSIS OF 1139 BRAZILIAN PATIENTS

Sampaio-Barros PD, Bortoluzzo AB, Rica BEGR, Calderaro D, Kayser C, Keiserman MW, Borges CTL, Costa IP, Fontenele SM, Freire EAM, Levy RA, Radominski SC, Salgado MCF, Santiago MB, Sauma MFLC, Skare TL, Szajubok JCM, Toledo RA, Zimmermann AD, Carneiro SCS, Costa GP, Duarte ALB, Ribeiro SE, Marques-Neto JF, Andrade LEC

**Objetivo:** analisar a influência do gênero e raça em grande coorte de pacientes com esclerose sistêmica (ES) no Brasil. Método: dados obtidos de 28 universidades do Brasil, entre 2003 e 2005. A coorte incluiu 996 mulheres e 143 homens com ES. Dos pacientes, 65% eram brancos e 34,2% mulatos. **Resultados:** o gênero masculino associou-se com maior escore total de pele, leucomelanoderma, contraturas em flexão, estertores à ausculta pulmonar, tabagismo e crise renal da ES. Associação com artrite e anticorpos anticentrômero foi mais significativa nas mulheres. A raça branca teve associação significativa com prurido, leucomelanoderma, calcinose, disfagia, maior pressão de artéria pulmonar e anticentrômero. Mulatos apresentaram mais úlceras de pele, contraturas em flexão, tabagismo e anti-Scl70. **Conclusão:** houve diferenças na apresentação clínica e imunológica da ES, de acordo com gênero e raça.

### 32. MACROPHAGE ACTIVATION SYNDROME IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: AN UNDERRECOGNIZED COMPLICATION?

Parodi A, Davi S, Sala I, Pringe AB, Miettunen P, Bader-Meunier B, Espada G, Ozen S, Wright D, Magalhães CS, Khubchandani R, Grom A, Ruperto N, Martini A, Ravelli A

**Objetivo e método:** definir as características clínicas e laboratoriais da síndrome de ativação macrofágica (SAM) em pacientes com LESJ, com (MO+) (n=16) ou sem (MO-) (n=14) demonstração de hemofagocitose na medula óssea. Foram comparados com 36 pacientes com LES ativo sem SAM. **Resultados:** todas as características clínicas e laboratoriais dos pacientes MO+ e MO- foram comparáveis, com exceção de maior frequência de leucopenia e trombocitopenia em pacientes MO+. As manifestações clínicas de SAM foram distintas do LESJ em atividade sem SAM, exceto pela linfopenia. **Conclusão:** as características da SAM MO+ e MO- no LESJ foram semelhantes, o que sugere que essa complicação seja mais comum do que previamente relatado.

### 33. THE LONG-TERM OUTCOME OF JUVENILE IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHIES: A MULTICENTER, MULTINATIONAL STUDY OF 557 PATIENTS

Trail L, Ruperto N, Pilkington C, Maillard S, Sala E, Oliveira S, Cuttica R, Felici EN Burgos-Vargas R, Baca V, Solis-Vallejo E, Magni-Manzoni S, Beltramelli M, Rossi F, Magalhães CS, Zulian F, Bandeira M, Alessio M, Lepore L, Falcini F, Podda R, Alpigiani MG, Barcellona R, Martini A, Ravelli A

**Objetivo e método:** investigar a evolução de uma coorte multicêntrica de 654 pacientes com miopatia inflamatória idiopática juvenil (MIIJ), com duração maior do que dois anos, acompanhada por 20 anos, em 30 centros de cinco países. **Resultados:** 96% tinham dermatomiosite juvenil e 557 foram estudados. Na avaliação transversal, cerca de metade dos pacientes apresentava força muscular anormal e doença em atividade. 69% dos pacientes apresentavam dano cumulativo em um ou mais órgãos, principalmente a pele. **Conclusão:** após dois anos de início da doença, grande parte dos pacientes com MIIJ apresenta atividade persistente da doença e dano orgânico cumulativo.

#### 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](mailto:artrofiloresponde@reumatologiasp.com.br)  
Fax: (0xx11) 3284-0507



# Entrevista PRESIDENTE

EM JANEIRO DE 2008, INICIOU-SE A GESTÃO DO DR. JOSÉ CARLOS MANSUR SZAJUBOK NA PRESIDÊNCIA DA SPR.

**José Carlos**, paulista de 46 anos, geminiano, nascido na Mooca, com ascendência judaico-polonesa (pai) e libanesa (mãe). Filho de Jayme e Sarina, pai de Ricardo e Amarílis e casado com Dulce há 21 anos. Formado pela Faculdade de Medicina do ABC em 1984, fez residência médica no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (1985 a 1988).

Torcedor do atual campeão brasileiro de futebol, o São Paulo, e fã do Robin e de Chico Buarque de Hollanda, é leitor compulsivo de grandes escritores como Rubem Fonseca, Carlos Heitor Cony, Rui Castro, Gabriel Garcia Marques e, especialmente, José Saramago. Os livros preferidos são *Ensaio Sobre a Cegueira*, *A Grande Arte*, *Vastas Emoções e Pensamentos Imperfeitos*, *Pilatos*, *Cem Anos de Solidão*, *Cândida Erêndira e sua Avó Desalmada*, *A Estrela Solitária* e por aí vai... Atualmente, está lendo *As Benevolentes*, de Jonathan Littell.

Na SPR, teve diversos cargos de destaque: tesoureiro na gestão Rina Giorgi (2000-2001) e 2º vice-presidente na gestão Manoel Bértolo (2004-2005). Na SBR, participou da comissão de título de especialista nas gestões Sebastião Radominski (2001-2002) e Caio Moreira (2003-2004), bem como na comissão de recertificação do título de especialista nas gestões Fernando Cavalcanti (2005-2006) e Fernando Neubarth (2007-2008).

Dedica-se ao consultório e às atividades acadêmicas, onde trabalha no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e na Faculdade de Medicina do ABC. Tem particular interesse em doenças difusas do tecido conjuntivo, especialmente o LES.

**Revista Paulista de Reumatologia** : Como se sente à frente da SPR?

**José Carlos Mansur Szajubok**: Encaro como mais um desafio na minha trajetória. E este é um dos grandes. Desde a minha eleição venho refletindo sobre o tamanho da responsabilidade. Sinto-me confortável pelo fato de ter conseguido montar uma equipe de trabalho com altíssimo grau de disposição para realizações, assim como um momento de plena harmonia dentro da política da reumatologia em nosso Estado.

**RPR**: Quais são as principais propostas de sua gestão para o reumatologista?

**JCMS**: Como um grande desafio, pretendemos valorizar cada vez mais a nossa especialidade. Algumas vezes presenciamos a migração de nossos colegas para outras áreas de atuação. A reumatologia é muito atraente para quem a pratica e funda-

mental para a sociedade. A média dos gestores não lhe reconhece a importância. A nosso ver, a sensibilização para a especialidade deve-se dar na fase de especialização, durante a residência e o estágio. A participação nos eventos pagos terá um desconto mais substancial para o sócio adimplente. As atividades tidas como históricas serão mantidas e melhoradas onde assim forem avaliadas.

**RPR**: Fale um pouco sobre a escolha dos nomes de sua diretoria?

**JCMS**: Procuramos contemplar a representatividade dos serviços dentro de um sistema de rodízio que vem acontecendo nos últimos anos, e isto está relacionado com a harmonia em nossa sociedade. Aqueles cargos em que as decisões devem ser mais ágeis foram preenchidos por pessoas mais próximas, associadas às habilidades para o cargo.

**RPR:** A SPR tem promovido bastante eventos para os sócios, como o Fórum de Debates, Jornadas Regionais e do Interior, Cursos de Revisão, e também para leigos; você pretende mantê-los nos próximos dois anos? Teremos novidades?

**JCMS:** Sim, pretendo mantê-los e teremos novidades. Um assunto que estamos estudando é relacionado às Jornadas Regionais. Pretendemos fazê-las maiores e valorizando os professores locais e regionais.

**RPR:** Como vê a nossa especialidade nos próximos dez anos?

**JCMS:** De forma muito otimista. As razões: observa-se um engajamento crescente de nossos colegas em defesa de nossa especialidade; a isso se associa uma perspectiva de maior resolutividade nos tratamentos realizados em função da revolução terapêutica que estamos vivendo.

**RPR:** Como o reumatologista pode receber mais adequadamente pelo atendimento oferecido no consultório?

**JCMS:** Mantendo-se sempre atualizado, divulgando a especialidade, participando ativamente das decisões societárias, reivindicando e denunciando os desmandos das empresas de medicina de grupo, não se submetendo a pagamentos vis.

**RPR:** O que a SPR pode fazer para reduzir as grandes filas do sistema público à procura de um reumatologista?

**JCMS:** Mostrar, pela enésima vez, para os gestores que a demanda é crescente e que a resolutividade de “nossas” doenças é melhor em nossas mãos.

**RPR:** Como você vê a *Revista Paulista de Reumatologia*?

**JCMS:** Eu a vejo e leio da primeira à última página... Acho que a revista está no caminho certo. É muito agradável lê-la. A distribuição dos temas é muito favorável. Poderíamos estimular polêmicas, incentivando uma seção de carta dos leitores.

**RPR:** Não resisto a...

**JCMS:** Café expresso.

**RPR:** Uma alegria...

**JCMS:** O nascimento dos meus filhos.

**RPR:** Quem mandaria para o Céu?

**JCMS:** Essa função é do Criador.

**RPR:** E para o Inferno?

**JCMS:** E essa do destruidor.

**RPR:** A melhor e a pior lembrança nesses anos de sociedade reumatológica?

**JCMS:** É muito agradável a convivência com colegas da especialidade. As boas lembranças são inúmeras, e a pior lembrança, sinceramente, não consigo me lembrar, talvez porque não tenha sido tão ruim.

**RPR:** Segredo de viajante...

**JCMS:** “Não sou eu quem me navega, quem me navega é o mar” (Paulinho da Viola).

**RPR:** Um pedido para o gênio da lâmpada...

**JCMS:** Acabar instantaneamente com os preconceitos e com a arrogância.

**RPR:** Um vício?

**JCMS:** Evitar vícios.

**RPR:** Não perdôo...

**JCMS:** Racismo

**RPR:** Fico com água na boca...

**JCMS:** Água fresca no verão

**RPR:** Cidade de Deus ou dos Homens?

**JCMS:** Das deusas!

**RPR:** Quem é sua Tropa de elite?

**JCMS:** Isto é secreto.

**RPR:** Vergonha de...

**JCMS:** Ter deixado de fazer algo factível.

**RPR:** Qual seu melhor pecado...

**JCMS:** Sonhar. Mas vocês se lembram que “não existe pecado do lado de baixo do Equador”.

**RPR:** Programa de índio...

**JCMS:** Participar de um quarup. Na cidade pegar uma estrada para o litoral em véspera de feriado prolongado.

**RPR:** Prato principal, entrada ou sobremesa?

**JCMS:** Prato principal

Quando você conta até dez?

JCS: Quando vejo o contracheque.

**RPR:** Rezo para...

**JCMS:** Aprender a rezar e pela alma dos entes queridos.

**RPR:** Uma gafe (na reumatologia)...

**JCMS:** Um dia ter achado que as “nossas” doenças ficariam como estavam; e que nossa função era tão-só distrair as pessoas.

**RPR:** Domingo é dia de...

**JCMS:** Reflexão, preparação, convivência e, como sugeriu a ministra, relaxar...

**RPR:** JCS por JCS...

**JCMS:** Não estamos neste mundo à toa. Penso que nossa função é o progresso e, portanto, devemos ajudar a melhorar as relações humanas em todos os sentidos. Procuo me colocar desta forma.

# Prontuário Médico —

## Aspectos éticos e legais

O **prontuário médico** é uma peça integrante do ato médico, com todas as suas implicações profissionais, legais e éticas. Alguns médicos, equivocadamente, consideram o prontuário uma mera peça burocrática, para fins de contabilização financeira ou estatística. No entanto, esse importante documento médico tem valor individual, específico, para o paciente; e valor coletivo, enquanto elemento de estudo de uma casuística clínica<sup>(1)</sup>.

É freqüente a afirmação, feita por médicos e advogados, que o prontuário é a peça mais importante na defesa do médico quando responde a lides éticas e/ou judiciais e, portanto, deve ser elaborado com extremo cuidado. Concordamos plenamente com esta afirmação, porém, acreditamos que o prontuário reflete a qualidade do atendimento médico prestado pelo profissional ou pela instituição. Deve ser muito bem feito devido à enorme utilidade na adequada atenção médica e, conseqüentemente, terá enorme importância em possíveis investigações éticas e jurídicas.

O prontuário médico pode ser definido como “O documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

As responsabilidades dos profissionais da saúde e das instituições em relação ao dever de execução, confidencialidade e guarda do prontuário estão hoje bem estabelecidas e devem ser conhecidas por todos nós.

O art. 69 do Código de Ética Médica determina que é dever do médico elaborar um prontuário médico para cada paciente. Neste sentido, também é dever e responsabilidade de todos os membros da equipe multiprofissional descrever os procedimentos, a fim de adequado registro de todos os atos da equipe. É nosso entendimento que o prontuário, portanto, pertence à equipe multiprofissional porque o elabora, e ao paciente, porque esses dados lhe dizem respeito, são seus, e revelam sua intimidade física, emocional, mental, espiritual, bem como outras particularidades. Além disso, é protegido pelo sigilo profissional, uma vez que contém todas essas informações.

O dever de confidencialidade, do respeito à privacidade e ao sigilo é, seguramente, a questão ética mais importante e tutelada em nossos códigos moral, civil e penal. É fundamental que todos os membros da equipe multiprofissional tenham consciência da importância do sigilo, sendo responsabilidade do médico coordenador da equipe informar e orientar todos os membros acerca dessa responsabilidade. Deve também ficar claro que a instituição, por meio de seus diretores técnicos e clínicos, também é responsável pela manutenção do sigilo.

A guarda do prontuário é dever da instituição na qual o paciente é atendido. Dessa forma, todas as instituições devem possuir protocolos para preservar a confidencialidade do prontuário, assim como fornecimento de cópias e acesso aos interessados e às autoridades judiciais.

Deve-se destacar que o paciente é dono do sigilo e, portanto, exceto a equipe médica e a instituição, ninguém tem direito a vista ou cópia do prontuário sem a autorização expressa e formal do paciente, inclusive familiares próximos. As exceções a esta norma, previstas no Código de Ética Médica, é a justa causa ou dever legal.



Por normatização do Conselho Federal de Medicina (CFM) é obrigatória a Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de prestação de atenção médica<sup>(2)</sup>, que tem fundamental importância no controle de qualidade dos prontuários. Não possui função punitiva, mas didática, com o objetivo de fiscalizar o cumprimento das normas éticas e legais. Os problemas mais frequentemente encontrados são anotações ilegíveis, falta de documentos, desorganização da pasta, rasuras, perdas e roubos, uso irregular e falta de controle de uso, que têm sido minimizados, em parte, com a implantação do prontuário eletrônico.

O grande desafio ético e legal das últimas décadas tem sido adaptar a legislação existente à nova realidade, evitando “engessar” a tecnologia de informação por excesso de regulamentação.

Podemos afirmar, com toda segurança, que as normas éticas em relação ao prontuário eletrônico são as mesmas, sem nenhuma exceção, às do tradicional prontuário em papel. A questão é adaptá-las aos avanços da informática e mantendo os paradigmas éticos tradicionais. Esta tarefa é um verdadeiro desafio, principalmente em relação à preservação do sigilo e privacidade, mas que tem sido enfrentado adequadamente pelos legisladores.

É importante ressaltar que a segurança da informação tem princípios básicos e que devem ser rigorosamente cumpridos, como integridade, confidencialidade, disponibilidade e legalidade.

O CFM, atento ao grande desenvolvimento da área de informática, tem publicado resoluções normatizando a utilização de prontuários eletrônicos. A norma ética em vigor é a Resolução CFM 1821, de 11 de agosto de 2007, que deve ser conhecida pelos responsáveis pela implantação da digitalização e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes e pelos membros da Comissão de Revisão de Prontuários. Ela traz pequenos avanços em relação às anteriores. Vejam-se alguns destaques:

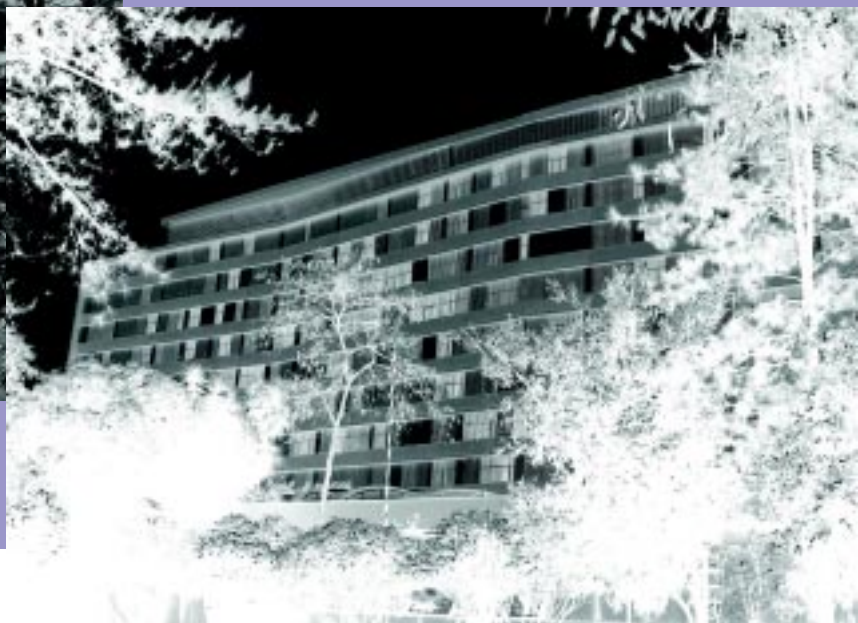
- aprovação do Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou versão aprovada pelo CFM, disponíveis nos sites [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br) e [www.sbis.org.br](http://www.sbis.org.br);
- autorização da digitalização dos prontuários, desde que o modo de armazenamento de documentos obedeça à norma específica de digitalização contida nessa resolução e após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários;
- torna obrigatórios os requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;
- autorização do uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informações identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do NGS2;
- não autoriza a eliminação do papel quando da utilização somente do NGS1, por falta de amparo legal. Destaca que o NGS2 exige o uso de assinatura digital;
- estabelece a guarda permanente dos prontuários arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado com prazo mínimo de 20 anos para a preservação dos prontuários em papel e que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado;
- estabelece que as atribuições da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos podem ser exercidas pela Comissão de Revisão de Prontuários.

O conhecimento destas diretrizes éticas e legais em relação ao prontuário médico é fundamental para a prática médica segura, de qualidade e de respeito ao ser humano, que é o alvo final e mais importante de todos os profissionais da área da saúde.

#### REFERÊNCIAS

1. Hossne WS. Prontuário médico – aspectos éticos. Rev Ass Méd Brasil 1992; 38: 75-9.
2. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1821, de 11 de agosto de 2007.

**JOSÉ MARQUES FILHO**  
**Conselheiro do Cremesp e**  
**Membro das Comissões de Ética e Defesa Profissional da SBR e SPR**



# Hospital Heliópolis

O Hospital Heliópolis foi fundado em abril de 1969, na cidade de São Paulo, como parte integrante do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Em 1980, concluiu-se a construção do prédio anexo dos ambulatórios e, em 1994, todo o Complexo Hospitalar Heliópolis passou para a administração da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Situado na capital paulista no bairro do Sacomã, nas proximidades do Ipiranga, seu atendimento abrange a população da zona sul de São Paulo e dos municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Diadema, além de pacientes vindos de diversas regiões do país.

A partir de sua fundação, e por cerca de sete anos, a Instituição funcionou como hospital geral. Após admissão de médicos especialistas, por concurso realizado em 1976, surgiram as primeiras enfermarias de especialidade. Em maio de 1977, um grupo de reumatologistas liderado pelo Dr. Rogério Fonseca e composto pelos médicos Dr. Antonio Augusto Lazzari, Dr. Célio Roberto Gonçalves e Dra. Ivone Minhoto Meinão fundou o Serviço de Reumatologia, que abriu ambulatórios próprios da especialidade e passou a internar pacientes nos leitos de enfermaria do hospital. Nessa época, o atendimento ambulatorial era realizado no segundo andar do hospital. Depois do término da construção do Posto de Atendimento Médico (PAM), os ambulatórios gerais e de especialidade foram para lá transferidos.

Com a saída do Dr. Rogério da chefia do serviço, em 1981, o Conselho Diretor indicou o Dr. Cristiano A. F. Zerbini, em 1982, para a chefia dos reumatologistas da unidade. Dando continuidade ao trabalho iniciado pelo Dr. Rogério, as principais preocupações foram cultivar o espírito acadêmico e consolidar a especialidade no hospital.

Raio X

No mesmo ano de 1982, o Serviço de Reumatologia foi oficializado como parte integrante do Organograma do Hospital e passou a contar com sala e leitos de enfermaria próprios. Ainda em 1982, após solicitação ao Ministério de Educação e Cultura (MEC), foi obtida a oficialização da residência médica em reumatologia, tornando o serviço uma entidade oficial para o ensino da especialidade.

Em 2000, houve nova mudança na chefia do serviço, que passou para as mãos do Dr. Luiz Carlos Latorre. Sempre com foco acadêmico, seu trabalho vem sendo de fundamental importância na formação dos residentes do serviço.

O ano de 2002 marcou a fundação do Centro de Estudos em Pesquisa Clínica, sob a responsabilidade do Dr. Cristiano A.F. Zerbini, com ênfase no estudo de doenças osteometabólicas, osteoartrite, artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico.

Assumindo o cargo de diretor dos Serviços de Clínicas Médicas do Hospital Heliópolis em 2006, o Dr. Luiz Carlos Latorre passou a chefia do Serviço de Reumatologia à Dra. Lenise Brandão Pieruccetti, que vem dando continuidade ao trabalho anteriormente desenvolvido.

## VISÃO PANORÂMICA

Chefe do Serviço: Dra. Lenise Brandão Pieruccetti

Corpo clínico: 8 preceptores (1 livre-docente, 1 doutor, 2 mestres e 1 doutorando)

Nº de egressos do Serviço: cerca de 60 (entre ex-residentes e estagiários)

Nº de atendimentos ambulatoriais por mês: 1.500

Nº de leitos de enfermaria: 4

Linha de pesquisa: epidemiologia e tratamento de doenças osteometabólicas, artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico

Nº de vagas credenciadas para residência médica pela CNRM: 4

Nº atual de residentes: 4

Prova de seleção para residência médica: em dezembro, pela Fundação Carlos Chagas (prova do SUS/SP)

**Endereço:** Rua Cônego Xavier, 276, 4º andar – Sacomã – São Paulo – SP

**Telefone:** 11 6915-0572

**Eventos programados:** VI Encontro de ex-residentes e estagiários do Hospital Heliópolis – de 15 a 16/8/2008

**Informações fornecidas pela Dra. Lenise Brandão Pieruccetti e pelo Dr. Luiz Carlos Latorre**

## DIA NACIONAL DE LUTA CONTRA O REUMATISMO

Em Fortaleza, CE, o amarelo tomou conta da Avenida Beira Mar em uma caminhada pelo Dia Nacional de Luta contra o Reumatismo, promovida pelo Grupo de Apoio aos Pacientes Reumáticos (Garce) do Ceará. Mais de 1.500 pessoas compareceram ao evento em clima de alegria e integração. Os associados, familiares, médicos, autoridades e imprensa uniram-se em prol da luta pelas necessidades dos pacientes reumáticos. Além da caminhada, houve uma campanha de conscientização para o diagnóstico precoce das doenças reumáticas e grande encontro de pacientes no Clube Náutico Atlético Cearense. A alegria foi tanta que, por alguns instantes, todos esqueceram da dor e curtiram muito forró e música dos anos 60.

## XIX JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA E XVII ENCONTRO RIO-SÃO PAULO DE REUMATOLOGIA

Realizado de 6 a 8 de dezembro, em São Paulo, contou com a participação de três convidados estrangeiros – Cornelia Weyand, Edward Keystone e Selenia Guiducci – que cativaram os 614 inscritos pela simpatia e competência. Discutiram as perspectivas atuais do diagnóstico, fisiopatologia e tratamento do lúpus, artrite reumatóide e esclerose sistêmica. Além disso, foi destacada a possibilidade de existir alguma forma de prever e prevenir as doenças auto-imunes, bem como o paralelo entre auto-imunidade, inflamação e aterosclerose. Assim como Beethoven compunha sonatas, a dra. Cornelia finalizou com uma palestra “sinfônica” belíssima sobre o papel de cada célula no processo inflamatório. Começava assim a “orquestra” da inflamação, ao som de ícones da música erudita, com piano, violinos, clarinetes, violas, trompetes, violoncelos, flautas, entre outros.

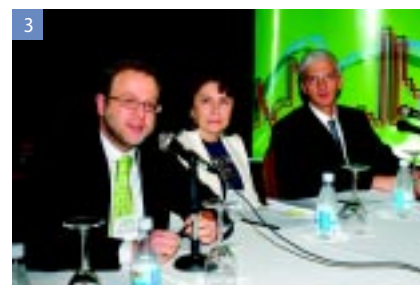
A conferência de abertura discutiu aspectos sobre a responsabilidade ética, civil e penal do médico. As outras palestras versaram sobre aspectos atuais e novidades para o manuseio clínico da artrite reumatóide, osteoartrite, espondiloartropatias, lúpus, vasculites, reumatismos de partes moles, lombalgia e osteoporose. Os temas da reumatologia pediátrica também tiveram relevante destaque, em especial as doenças refratárias. A visita aos pôsteres foi um dos pontos altos do evento e deve ser priorizada e enfatizada nos próximos encontros. A Menção Honrosa da Área Básica foi para “Efeito do metotrexato, corticosteróides e ácido zoledrônico na ósseo-integração de implantes de titânio em modelo de tíbia de coelhos”, de Janaína Carvas, Priscilla Fuller, Luiz Antonio Pugliesi, Suzana Veríssimo de Mello, Rosa Rodrigues Pereira, da FMUSP, e “Estudo do remodelamento do colágeno dos tipos I, III e V no tendão e ligamentos de ratos diabéticos”, de Dafne Nascimento, Walcy Teodoro, Rodeni Moutinho, Edwin Roger Parra, Vera Capelozzi, Natalino Yoshinari, da FMUSP. Na Área Clínica, a Menção Honrosa foi para “Funções cognitivas e qualidade de vida em adultos que apresentaram coreia de Sydenham na infância: estudos preliminares”, de André Cavalcanti, Maria Odete Hilário, Flávia Santos, Silvia Bolognani, Cláudio Len, René Viana, Daniella Landucci-Moreira, Débora Drummond e Orlando Bueno, da Unifesp-EPM, e “Rigidez arterial em pacientes com LES em atividade e baixo risco cardiovascular”, de Aleksander Prokopowitsch, Luiz Aparecido Bortolotto, Eduardo Borba e Eloísa Bonfá, da FMUSP.

Os grandes vencedores dos prêmios da SPR foram “Fatores clínicos de risco para fraturas por fragilidade óssea em mulheres e homens brasileiros: The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS)”, de Marcelo Pinheiro, Ligia Martini, Rozana Ciconelli e Marcos Bosi, da Unifesp-EPM (Área Clínica) e “Aumento do colágeno V na cartilagem articular de coelhos após a indução de osteoartrite”, de Verônica Pereira, Walcy Teodoro, Ana Paula Velosa, Rodeni Moutinho, Edwin Roger Parra, Cássia Arruda, Vera Capelozzi e Natalino Yoshinari, da FMUSP (Área Básica).

Parabéns à comissão científica da SPR, liderada pela dra. Cláudia Schainberg e ao trabalho formidável do incansável e entusiasta presidente, dr. Ari Stiel Radu Halpern.

Ao final do encontro, foi eleito, por unanimidade e em Assembléia Geral, o dr. Luiz Carlos Latorre como Presidente da SPR de 2010 a 2011.





DIA NACIONAL DE LUTA CONTRA O REUMATISMO: (1) membros do Grupo de Apoio aos Pacientes Reumáticos do Ceará; (2) caminhada; XIX JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA E XVII ENCONTRO RIO-SÃO PAULO DE REUMATOLOGIA: (3) Abertura (a partir da esquerda): dr. Roger Abramino Levy, presidente da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro, dra. Maria Amazile Ferreira Toscano (representando o dr. Fernando Neubarth, presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia) e dr. Ari Stiel Radu Halpern, presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia; (4) entrega da placa de sócio honorário da Sociedade Brasileira de Reumatologia ao dr. Geraldo Wilson Gonçalves: dr. José Eduardo Gonçalves, dr. Geraldo Wilson Gonçalves, dr. Fernando Neubarth e dr. Ari Stiel Radu Halpern; (5) Coquetel de confraternização: dr. Ari Stiel Radu Halpern e sua esposa Claudia Grosman, dr. Edward Keystone e dra. Cornelia M. Weyand com sua filha; (6) dra. Sandra Hiroko Watanabe, dr. Adil Muhib Samara e dra. Cornelia M. Weyand; (7) platéia; (8) dr. César Emile Baaklini, dra. Cláudia Goldenstein Schainberg e dr. Edward Keystone; (9) dr. Percival Degrava Sampaio Barros e dra. Serena Guiducci; (10) entrega do Prêmio Pesquisa Clínica: dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro e dr. José Carlos Mansur Szajubok; (11) dr. Ari Stiel Radu Halpern e dr. Luiz Carlos Latorre, presidente eleito da Sociedade Paulista de Reumatologia para a gestão 2010-2011; (12) entrega do Prêmio Pesquisa Básica: dr. Célio Roberto Gonçalves (representando a Disciplina de Reumatologia da FMUSP) e dr. José Carlos Mansur Szajubok.

## AÇÃO REUMATO

A segunda edição da Ação Reumato foi um grande sucesso, com a presença de mais de 3.500 pessoas no Parque Villa-Lobos no último domingo de outubro, em São Paulo. Com o objetivo de conscientizar a população sobre a necessidade do diagnóstico e tratamento precoce das enfermidades reumáticas e ênfase na valorização do reumatologista nesse processo, contou ainda com a participação direta de 45 pessoas na organização do evento e mais de 100 indiretamente. Foram cerca de 20 fornecedores e parceiros e a distribuição de quase 6 mil brindes.

A maioria dos serviços de reumatologia de São Paulo esteve lá, bem como a tradicional presença da campeã Magic Paula, com a clínica de basquetebol.

“Tempo é articulação, é manter a capacidade funcional”, a exemplo do antigo lema “Time is money”. Teve enorme repercussão na mídia, incluindo veículos de grande circulação como *Folha de S.Paulo* e *Jornal da Tarde*, com mais de 50 notas e matérias publicadas. Houve também entrevistas em programas televisivos (TV Bandeirantes, TV Gazeta e Rede Globo) e de rádio (Jovem Pan, Bandeirantes e CBN).



AÇÃO REUMATO: a partir da esquerda, dr. Ari Stiel Radu Halpern e Magic Paula; (2) platéia; (3) homenagem às ONGs, autoridades e patrocinadores; (4) participação do Grupasp: sra. Rioko Kudo e dr. Ari Stiel Radu Halpern.

# 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:

## OITAVO FÓRUM DE DEBATES (21 DE NOVEMBRO DE 2007)

**Tema:** "Tornozelo Doloroso". O oitavo e último Fórum de 2007 contou com a participação do Serviço de Reumatologia da Universidade de Santo Amaro (Unisa)

**Coordenação:** dra. Lúcia Stella Seiffert de Assis Goulart (Faculdade de Medicina da Unisa)

**Debatedores:** dra. Alessandra Bruns (Faculdade de Medicina da Unisa) e a fisioterapeuta Lêda Magalhães de Oliveira (Unifesp-EPM)

## FÓRUM DE DEBATES EM REUMATOLOGIA 2008:

**2 de abril, 7 de maio,**

**25 de junho, 6 de agosto,**

**1 de outubro, 5 de novembro**



OITAVO FÓRUM DE DEBATES: a partir da esquerda, Lêda Magalhães de Oliveira (fisioterapeuta), dra. Lúcia Stella Seiffert de Assis Goulart e dra. Alessandra Bruns.

### 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.

**CAPA:** Ludwig van Beethoven nasceu em 16.12.1770, em Bonn, Alemanha, e morreu em 26.3.1827, em Viena, Áustria. Filho de um músico alcoólatra de origem flamenga, tinha tez morena e cabelos muito negros, sendo chamado de "O Espanhol". Teve sete irmãos, dos quais cinco morreram na infância. Nunca recebeu estudos muito aprofundados, porém revelou talento excepcional para a música, compondo suas primeiras peças aos 11 anos de idade. Em 1787, foi enviado para Viena para estudar com Joseph Haydn. E, em 1792, muda-se definitivamente para lá. Nessa época, firma-se como pianista e compõe suas primeiras obras-primas, como *Três Sonatas para Piano* (1795), *Concerto para Piano em Dó Maior* (1795), *Sonata em Dó Menor* (1798) e *Seis Quartetos de Cordas* (1800). Aos 24 anos, começa a sentir os primeiros indícios de surdez. Consultou vários médicos, realizou balneoterapia, usou cornetas acústicas, mas os ouvidos permaneciam comprometidos. Além disso, ficou com o rosto marcado pela varíola. Desesperado, entrou em profunda depressão e pensou em suicidar-se. Nos anos seguintes, fez muitas tentativas para tratar a surdez, no entanto, a doença continuou a progredir e, aos 46 anos, estava praticamente surdo. Assistiu à primeira apresentação pública da nona sinfonia, mas de tão abstraído na leitura da partitura não pôde perceber que estava sendo ovacionado. Em 1803, Beethoven compôs a *Terceira Sinfonia em Mi Bemol Maior (a Eroica)*, obra sem precedentes na história da música sinfônica, considerada a fase de transição entre o Classicismo (século XVIII) e o período Romântico (século XIX) da música erudita. Compõe ainda diversas sonatas e sinfonias, quartetos de cordas, concertos para piano e violino, a primeira versão da única ópera (*Fidelio*) e a bagatela para piano *Für Elise (Para Elisa)*. Escreveu também música incidental, gênero destinado a ilustrar uma peça teatral, para a tragédia *Egmont*, de Goethe. Depois de 1812, a surdez progressiva, somada à perda das esperanças matrimoniais e problemas com a custódia do sobrinho levaram-no a uma crise criativa com sérias repercussões em suas obras. Após 1818, aparentemente recuperado, passou a compor mais lentamente, mas com vigor renovado. Surgem então algumas de suas maiores obras, como a *Sonata 29 em Si Bemol Maior*, *Sonata 30 em Mi Maior*, *Sonata 31 em Lá bemol Maior* e *Sonata 32 em Dó Menor*. Pela primeira vez na história da música, é inserido um coral numa sinfonia, mostrando a voz humana como exaltação dionisíaca da fraternidade universal, com apelo à aliança entre a poesia e a música. Ademais, não havia a preocupação em respeitar as regras, com intenso lirismo dramático, equilíbrio, amor à natureza e aos grandes ideais humanitários, bem como liberdade de expressão. Inaugura a fase de compositor livre, que escreve música para si, sem estar vinculado a um príncipe ou a um nobre. Quando morreu, estava trabalhando em uma nova sinfonia e escrevendo o *Requiem*. Apresentava episódios recorrentes de febre, fadiga, poliartralgias e poliartrite, associados com lesões de pele, bronquite, edema de extremidades, dor abdominal e infecções. Diante do quadro sistêmico, cogitou-se a possibilidade de doença reumática, como a púrpura de Henoch-Schölein ou sarcoidose. No entanto, alguns autores ainda advogam a possibilidade de sífilis, tuberculose e infecções fúngicas e, até mesmo, doença de Paget, envenenamento e intoxicação por mercúrio.





# Agenda 2008

## NACIONAIS

### **II Curso de Revisão para Reumatologistas**

**Data:** 1 e 2 de março de 2008

**Local:** Hospital do Servidor Público Estadual,  
São Paulo, SP

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

### **VI Jornada de Reumatologia Pediátrica**

**Data:** 17 de maio de 2008

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** [www.meetingeventos.com.br](http://www.meetingeventos.com.br) e  
[pediatria@meetingeventos.com.br](mailto:pediatria@meetingeventos.com.br)

### **XIV Encontro de Reumatologia Avançada**

**Data:** 29 a 31 de maio de 2008

**Local:** Hotel Maksoud Plaza, São Paulo, SP

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

### **Fórum “Medicamentos de Alto Custo nas Doenças Reumatológicas: Quem Paga a Conta?”**

**Data:** 3 de julho de 2008

**Local:** Associação Paulista de Medicina (APM), São Paulo, SP

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

### **VI Encontro de Reciclagem do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis**

**Data:** 15 e 16 de agosto de 2008

**Local:** São Paulo, SP

**Contato:** [ceredo2008@terra.com.br](mailto:ceredo2008@terra.com.br)

### **XVII Congresso Brasileiro de Reumatologia**

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

**Local:** Maceió, AL

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

### **Curso de Revisão de Reumatologia para Clínicos**

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

**Local:** São Paulo, SP

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

## INTERNACIONAIS

### **XXXV Congresso da Sociedade Européia de Metabolismo Ósseo**

**Data:** 24 a 28 de maio de 2008

**Local:** Barcelona, Espanha

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

### **VII Congresso Europeu de Reumatologia (Eular)**

**Data:** 11 a 14 de junho de 2008

**Local:** Paris, França

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

### **XV Congresso Pan-Americano de Reumatologia (Panlar)**

**Data:** 13 a 16 de agosto de 2008

**Local:** Cidade da Guatemala, Guatemala

**Contato:** [www.panlar2008.agreuma.org](http://www.panlar2008.agreuma.org)

### **VI Congresso de Auto-Imunidade**

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

**Local:** Porto, Portugal

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

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

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

**Local:** Montreal, Canadá

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

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

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

**Local:** São Francisco, EUA

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

### **Congresso Mundial de Osteoporose**

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

**Local:** Bangkok, Tailândia

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