

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 5 N.º 3 jul/set 2006



Quem deve
pagar a conta
do tratamento
de alto custo
em pacientes
com doenças
reumáticas?

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-7
Rheuma	8-9
Perspectivas	10-11
Ética	12
Artrófilo	14-17
reumatologiasp.com.br	18
Grupos de Apoio	19
Noticiário	20-22
Agenda	22

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2006/2007

Presidente

Ari Stiel Radu

Vice-Presidente

Luiz Carlos Latorre

1.º Secretário

Jozélio Freire de Carvalho

2.º Secretário

Sandra Hiroko Watanabe

1.º Tesoureiro

Daniel Feldman Pollak

2.º Tesoureiro

Fernanda Rodrigues Lima

Diretor Científico

Cláudia Goldenstein Schainberg

Conselho Fiscal e Consultivo

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

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

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

Comissão Científica

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

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

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

Comissão de Educação Médica

Milton Helfenstein Jr., Flávio Monteiro de Barros Maciel

Comissão do Interior

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

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudio Arnaldo Len

Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann, Romy Beatriz Christmann de Souza

Endereço

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

Revista Paulista de Reumatologia

Órgão oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

Conselho Editorial

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

ETCetera Editora de Livros e Revistas

Direção Editorial

Kleber Kohn

Coordenação Editorial

Silvia Souza

Jornalista

Luciana C.N. Caetano (MTB 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Caraibas, 176, Casa 8, Pompéia, CEP 05020-000, São Paulo, SP
Fone/Fax: (11) 3368-5095, e-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br
Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

Novidades na Reumatologia

A Reumatologia é uma especialidade médica relativamente nova, muito embora nossas doenças sejam muito antigas. Durante séculos, o tratamento das principais artropatias evoluiu muito pouco. No entanto, após a década de 1970, a reumatologia começou a mudar. No início, lentamente, depois, cada vez mais rápido, até atingir a velocidade estonteante atual. A Sociedade Paulista de Reumatologia não poderia deixar de se preparar para este ritmo de transformações.

Neste sentido, nosso *site* está sendo reformulado para atuar em conjunto com a *Revista Paulista de Reumatologia*. Desta forma, esperamos trazer, rapidamente, informações importantes à comunidade reumatológica de São Paulo e abrir um canal de interatividade para escutar nossos associados e o público interessado. Além de informações científicas, estes espaços estão abrindo canais de discussão de questões importantes envolvendo as dificuldades da prática da reumatologia no Brasil. Esperamos, assim, cumprir nosso papel de representantes a serviço dos associados da SPR. Contamos com a participação de todos para tornar o *site* e a revista cada vez mais dinâmicos e interessantes.

Com o objetivo de difundir cada vez melhor as tais “novidades”, uma reivindicação antiga está sendo finalmente atendida. A partir de agosto de 2007, o Fórum de Debates será transmitido ao vivo para todo o interior paulista. É a SPR cada vez mais perto dos seus associados, onde quer que estejam. Da mesma forma, a sua sociedade está organizando cursos de revisão geral e atualização em reumatologia. O primeiro desses cursos deverá acontecer já no início de 2007 e contará não apenas com informações científicas, mas também com subsídios importantes para a prática da reumatologia privada.

Finalmente, ressaltamos que O Artrófilo discute, nesta edição, o tratamento da artrite reumatóide. Há grandes novidades nesse aspecto, sem dúvida. Mas quem deve pagar a conta? O paciente brasileiro tão carente de recursos? O Estado? As seguradoras de saúde? Como permitir que grandes novidades se transformem em benefícios para todos e não em privilégios de poucos? Mais ainda, é preciso discutir urgentemente a necessidade de padronizações que permitam uma prática médica ao mesmo tempo ética, moderna e economicamente viável.

Ari Stiel Radu

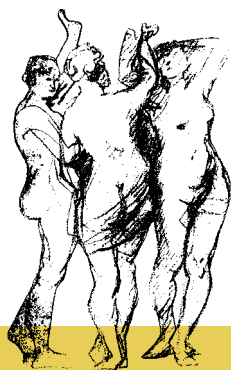
Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2006-2007

www.reumatologiasp.com.br

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br



As Três Graças

Uma famosa e inadvertida paciente me abordou certa vez, de forma indignada, para saber por que havíamos escolhido três mulheres nuas com celulite, estrias e gordura localizada para representar uma doença tipicamente feminina, a fibromialgia. “Algo contra as mulheres?”, sugeri. “Problemas psicológicos com sua mãe?”, acrescentou. Na verdade, as três mulheres em pauta eram as “Três Graças”, uma das obras clássicas e mais belas de Rubens, pintor flamengo que viveu entre os séculos XVI e XVII, e que ilustra a capa desta edição da *Revista Paulista de Reumatologia*. Naquela época, a pintura foi considerada pecaminosa e ficou guardada para que não despertasse o erotismo e fantasias sexuais dos homens. Bons tempos aqueles, pensam as gordinhas de hoje...

Questionei-me por alguns dias sobre esse evento, mas o que um olhar mais pragmático, e com certo grau de ignorância, vê nessas três mulheres nuas? O tema básico da obra é a sensualidade feminina, expressa na beleza física e nas formas voluptuosas das mulheres, uma delas a jovem esposa do pintor. As “Três Graças”, com suas opulentas formas mal escondidas sob um diáfano véu, em nada lembram as nossas anoréxicas e quase esqueléticas “deusas” do mundo *fashion*. Em um período de culto à Angelina Jolie e Juliana Paes, o olhar pouco sensível da paciente era esperado, pois parecia refletir um tributo ao mau gosto, sem graça e uma afronta às mulheres que se cuidam. O que foi considerado belo e excitante há três séculos leva, hoje, as mulheres às academias e às cirurgias plásticas.

Esse raciocínio pode ser extrapolado para todas as áreas e contextos que nos cercam. Não temos paciência com longos textos, excesso de correspondências ou de e-mails, múltiplas *newsletters*, *spams* e “correntes”, livros muito grossos, conversas pouco objetivas e atividade física com múltiplas repetições. Queremos finalizar nossos afazeres rapidamente, até mesmo aqueles mais prazerosos, para dar tempo de ir para a aula de inglês ou qualquer outro compromisso que assumimos mesmo sem tempo. Longos e “obesos” textos têm sido substituídos por mensagens telegráficas, secas, nas quais se escreve apenas o necessário. É cada vez menor o espaço para textos com celulites vocabulares, estrias lingüísticas e gorduras verbais. Atualmente, escolhemos livros com poucas páginas, um estilo mais enxuto e, novamente, a alusão ao que é *light* e *diet*, desejamos receber o mínimo de matérias, mas com o máximo de informação. A sequência de exercícios tem de ser feita com o mínimo esforço, mas o resultado deve ser otimizado ao máximo, para

ficar “sarado”, como dizem por aí. Não podemos perder tempo, não existe mais tempo para o ócio criativo ou para uma soneca depois do almoço.

“Quem não se comunica, se trumbica”, dizia o filósofo Chacrinha. No mundo virtual, a comunicação surge para nos ajudar a diminuir a angústia pela necessidade crescente de ficarmos *up to date* em assuntos médico-científicos e também com a política, economia, novidades culturais e o último programa da Hebe ou o capítulo de *Páginas da Vida*. Mais uma vez, vemos uma ditadura da “ansiedade pela informação”, criada por nós mesmos, e que provoca uma dificuldade para lidar com volumes cada vez maiores de dados. Parece haver uma visão empresarial, cujo principal desfecho é o aumento da produtividade. Isso tem um preço: saúde mental mais precária, menos tempo para fazer ginástica e bater papo com amigos e, é claro, os famosos “vírus” que executam, para nosso desespero, operações ilegais e fatais em nossos computadores.

Não resta dúvida que essa forma de comunicação promove uma “globalização” ou “desfronteirização” do processo, mas é importante ressaltar que também ocorre uma “desgracialização” do ato de escrever ou responder a uma carta de amor. Aqui não temos mais nenhuma das “Graças” de Rubens, mas também não temos o contato físico com as pessoas, a pizza no final da discussão de projetos de tese, o cafezinho nos intervalos do ambulatório ou o chope do final do expediente.

Ora, mas não são as pessoas que participam dos processos de comunicação? E como elas podem faltar nessa interação? Como não observar a participação de várias pessoas nesse ato? Nós nos conectamos, ficamos mais competitivos, economizamos tempo pela interatividade, praticidade e rapidez do e-mail, mas também perdemos a graça, viramos empresas, com poucas emoções entre nossos pares. Os textos perderam a nobreza e elegância, perderam o *glamour* e a gravata, numa aparente vitória da linguagem coloquial.

Essa ditadura nos persegue e parece não acabar. Com toda essa história, cansei... Que tal uma trégua e um brinde ao ócio criativo, à preguiça do final do dia e a uma maior “gracialização” de nossas atividades? Viva às GRAÇAS de Rubens.

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

Infiltrações Axiais

Rita Furtado⁽¹⁾, Jamil Natour⁽²⁾

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

INFILTRAÇÕES INTRA-ARTICULARES

Articulação esterno-clavicular

Esta é uma articulação acometida principalmente em artrites soronegativas, mas que pode ser sede de sinovite crônica tanto em enfermidades soropositivas como em artropatias degenerativas.

TÉCNICA – Deve ser utilizada uma agulha 25x7mm e pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de hexacetonida de triancinolona (HT) de até 1,5ml. A interlinha articular esterno-clavicular pode ser palpada movimentando-se o ombro ipsilateral. A agulha deve ser introduzida na interlinha articular logo abaixo da extremidade medial da clavícula na tentativa de passar sob este reparo (Figura 1). Deve-se penetrar aproximadamente 0,5cm para evitar acidentes pleurais.

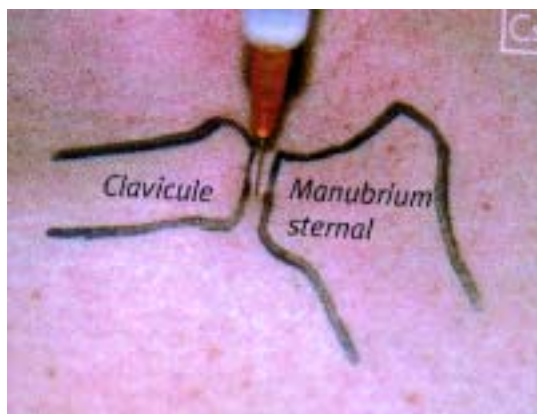


Figura 1 – Infiltração da articulação esternoclavicular

Articulação sacroilíaca

Esta é uma articulação cuja interlinha articular é impossível de se palpar às cegas, tanto pela profundidade da articulação como por esta se tratar de uma articulação com um poderoso sistema ligamentar posterior. Deve-se lembrar que a sua disposição anatômica antero-posterior não é retilínea, mas sim diagonal. Por essa disposição a superfície posterior do íleo habitualmente transpassa a sacral no plano frontal.

TÉCNICA – O paciente deve ser posicionado em decúbito ventral com um apoio disposto entre o abdo-

me e a bacia do lado contralateral. A articulação sacroilíaca a ser infiltrada ficará mais próxima à mesa de exame que a contralateral. Deve ser utilizada uma agulha longa de no mínimo 40x8mm ou, se necessário, uma agulha espinhal (em casos de pacientes obesos). Pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de até 3ml.

O reparo anatômico para a penetração da agulha é a espinha ilíaca pósterio-superior. A agulha deve penetrar em ponto 1cm medial e abaixo deste reparo, perpendicularmente à pele (Figura 2). Ao contato com o periósteo, deve-se realizar bloqueio regional com anestésico. Em caso de falha em penetrar a agulha, esta deve ser reposicionada obliquamente à pele na direção pósterio-ântero-lateral.



Figura 2 – Infiltração da articulação sacroilíaca

Articulação zigo-apofisária

A infiltração destas articulações pode ser uma intervenção valiosa no tratamento de enfermidades inflamatórias ou degenerativas e é mais segura se realizada sob controle radioscópico. Na falta deste recurso, pode ser realizada uma tentativa de abordagem às cegas.

TÉCNICA – O paciente deve ser posicionado em decúbito ventral, com um grande travesseiro disposto entre o abdome e a bacia, na tentativa de retificar a coluna lombar, ou sentado com o tronco flexionado anteriormente abraçando um travesseiro. Esta abordagem é útil principalmente para a infiltração das articulações zigo-apofisárias L3-L4, L4-L5, L5-S1. O ambiente intra-articular dessas articulações suporta um

volume de aproximadamente 1,5-2ml. Pode-se utilizar uma agulha 40x8mm (pacientes magros) ou agulhas espinhais (pacientes obesos). O bloqueio anestésico da pele e planos profundos pode ser útil em pacientes mais sensíveis. O reparo anatômico é a extremidade superior do processo espinhoso da vértebra inferior. O ponto de entrada da agulha localiza-se 2cm lateralmente a este reparo, sendo a direção da mesma pósterio-anterior com inclinação ligeiramente ascendente (Figura 3). A agulha deve penetrar totalmente até o contato ósseo e sua inclinação deve ser modificada na ausência deste contato.



Figura 3 – Infiltração às cegas da articulação zigoapofizária

ABORDAGEM POR RADIOSCOPIA – Trata-se da abordagem mais segura e aconselhável para a realização de uma infiltração nas articulações zigo-apofisárias. A introdução da agulha na interlinha articular da zigo-apofisária é muito difícil em razão de sua conformação curvilínea. O posicionamento do paciente deve ser em decúbito ventral, com um travesseiro disposto entre o abdome e a pelve para promover retificação lombar e abertura dos recessos das zigo-apofisárias. A agulha para a anestesia da pele e planos profundos pode ser de 40x8mm, mas para o procedimento em si deve-se utilizar uma agulha espinhal (de raquianestesia BD amarela). O reparo anatômico a ser considerado aqui é a imagem ovalada correspondente ao pedículo vertebral na imagem da radioscopia na incidência pósterio-anterior (Figura 4). Este ponto se localiza no aspecto ínfero-medial do pedículo da vértebra inferior (exemplo: L4 para a zigo-apofisária L3-L4) e corresponde ao local do recesso inferior dessa articulação. Ao contato ósseo, injeta-se mínima quantidade de contraste, que deverá ascender pela fenda articular e preencher o recesso articular superior formando muitas vezes uma imagem ovalada (Figura 5). Só então se deve introduzir o corticosteróide.

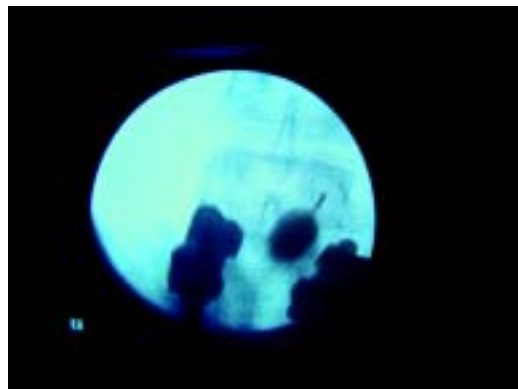


Figura 4 – Infiltração guiada da articulação zigoapofizária



Figura 5 – Infiltração guiada da articulação zigoapofizária

INFILTRAÇÕES PERI-ARTICULARES

Infiltração peridural

O espaço peridural pode ser abordado tanto para bloqueios anestésicos como para introdução de drogas antiinflamatórias, principalmente corticosteróides, para o manejo de radiculopatias refratárias. É importante ressaltar que não se deve utilizar a HT como corticosteróide para este procedimento, pois suas propriedades atrofiantes podem causar sérias lesões raquimedulares. O corticosteróide mais recomendado no Brasil é a prednisolona (Depomedrol 80mg) e este procedimento pode ser realizado até três vezes com intervalo de uma semana antes de se considerar falha na intervenção.

ABORDAGEM INTERESPINHAL – Trata-se de abordagem que tem como vantagem a introdução do corticosteróide em local próximo ao conflito radicular. A dificuldade de ser realizada por médicos menos experientes e a maior chance de punção da *dura mater* são desvantagens desta abordagem. O paciente pode estar posicionado sentado, flexionando-se o tronco anteriormente (abraçando uma almofada) ou

em decúbito lateral com flexão máxima da coluna cervical, dos quadris e dos joelhos (posição fetal). Deve-se utilizar uma agulha 40x8mm para anestesia da pele e planos profundos após anti-sepsia rigorosa (procedimento estéril). Para o procedimento em si, utiliza-se uma agulha de peridural, de preferência graduada, uma seringa com ar (de preferência de vidro) e seringas em separado com o corticosteróide e com o anestésico de escolha. O ponto de entrada da agulha deve ser o espaço interespinal localizado abaixo do processo espinhoso tangenciado superiormente por linha imaginária que une as duas cristas ilíacas (Figura 6). Deve-se introduzir lentamente a agulha já conectada à seringa cheia de ar, e testar a resistência à introdução do ar à medida que a mesma progride. Ao passar pelo ligamento amarelo, o médico irá perceber a passagem da agulha por uma estrutura muito resistente e imediatamente após essa passagem, uma perda súbita de resistência ao se tentar introduzir mais uma vez o ar da seringa. Teoricamente, a agulha está então no espaço peridural. Certificando-se que não houve refluxo de liquor, pode-se introduzir o corticosteróide, e, em seguida, 1-2ml do anestésico de escolha (habitualmente lidocaína a 2% sem vasoconstritor). O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal com inclinação da cabeceira do leito de quase 90° na tentativa de facilitar a migração caudal do corticosteróide e anestésico infundidos. O mesmo deve ficar sendo observado por 40 minutos a duas horas antes de ser liberado.

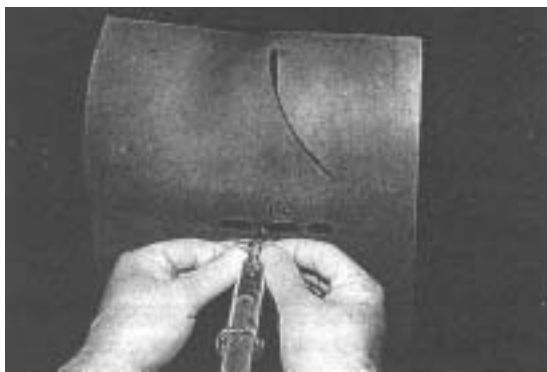


Figura 6 – Infiltração peridural. Abordagem interespinal

ABORDAGEM ATRAVÉS DO HIATO SACRAL – O hiato sacral é uma abertura triangular limitada em seu ápice pela apófise espinhosa da quinta vértebra sacra e em sua base por duas proeminências ósseas. Permite o acesso ao canal sacral, espaço peridural que abriga as raízes da cauda equina e saco dural.

A abordagem do espaço peridural através do hiato sacral tem como vantagem o menor risco de se puncionar a *dura mater* e uma menor curva de aprendizado para realizar o procedimento, mas como desvantagem a introdução do corticosteróide distalmente ao conflito radicular. O paciente deve estar posicionado em decúbito ventral com um coxim sob a região pélvica para facilitar a exposição do hiato sacral. Os reparos a serem palpados para a identificação do hiato sacral são, na verdade, os seus limites anatômicos. O hiato sacral é sentido à palpação como uma depressão na linha média entre esses reparos. Na maioria das vezes a localização do hiato sacral coincide com o início da prega interglútea. Para uma infiltração peridural via hiato sacral, deve ser realizada rigorosa anti-sepsia local e utilizado o seguinte material: duas seringas de 10ml com soro fisiológico, uma seringa de 5ml com anestésico, uma seringa de 5ml com o corticosteróide, gelco 18 ou agulha 40x8mm. Deve-se utilizar, inicialmente, a seringa com anestésico já acoplada a agulha, puncionando-se a pele no sentido pósterio-anterior com uma angulação aproximada de 70°. Ao contato com estrutura mais rígida deve-se mudar a inclinação da agulha quase para o plano horizontal, na tentativa de perfurar a membrana do hiato sacral e penetrar no canal sacral acompanhando a sua disposição quase paralela à pele (Figura 7). Desacopla-se a seringa e infundem-se os primeiros 10ml de soro fisiológico, que em casos de bom posicionamento da agulha devem ser infundidos sem ou com pouca resistência. Em seguida deve-se introduzir o corticosteróide e então novamente os 10ml de soro fisiológico restantes. O procedimento pode ser finalizado com 1-2ml do anestésico. Mantém-se o paciente 20-30 minutos em decúbito ventral e mais 20-30 minutos em decúbito dorsal para que o líquido infundido distribua-se uniformemente pelo canal sacral.



Figura 7 – Infiltração peridural. Abordagem pelo hiato sacral

Estudo da Expressão dos Auto-Antígenos SS-A/Ro (Polipeptídeos 52kDa e 60kDa) e SS-B/La (Polipeptídeo 48kDa) e de seus RNAs Mensageiros em Glândulas Salivares Menores de Pacientes com Síndrome de Sjögren Primária

Karin Spät Albino Barcellos Silveira

Tese apresentada à disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências
Orientador: Prof. Dr. Luis Eduardo Coelho Andrade

A forte associação entre a síndrome de Sjögren primária (pSSj) e os auto-anticorpos anti-SS-A/Ro e anti-SS-B/La talvez indique um possível papel desses auto-antígenos na patogênese da doença.

Objetivo

Analisar a expressão dos antígenos SS-A/Ro (60kDa e 52kDa) e SS-B/La e dos seus mRNAs no alvo preferencial da pSSj, as glândulas salivares menores (GSMs).

Métodos

A expressão das proteínas SS-A/Ro (60kDa e 52kDa) e SS-B/La foi estudada por imunoistoquímica em amostras de GSM de 26 pacientes pSSj e de 16 controles. A análise foi realizada por dois observadores "cegos" de acordo com a topografia e intensidade de marcação (análise semiquantitativa). O RNA total extraído de amostras de GSM de 10 pacientes pSSj e de 7 controles foi submetido à transcrição reversa e quantificado por PCR em tempo real com *primers* específicos para os cDNAs correspondentes às proteínas SS-A/Ro (60kDa e 52kDa) e SS-B/La. As amostras foram normalizadas pela expressão da β -actina e do GAPDH. A expressão relativa do mRNA ($2^{-\Delta\Delta CT}$) foi comparada entre os pacientes pSSj e o grupo controle.

Resultados

Em geral, a expressão semiquantitativa protéica dos três auto-antígenos não apresentou diferenças entre os pacientes pSSj e o grupo controle, sendo mais proeminente no citoplasma do que no núcleo em todos os tipos celulares. Entretanto, a proteína SS-B/La apresentou maior expressão em citoplasma de células ductais do que em citoplasma de células acinares

mucosas nos pacientes pSSj ($p=0,01$), enquanto no grupo controle não foi observada diferença significativa ($p=0,7$). A proteína SS-A/Ro 60kDa apresentou maior expressão em citoplasma de células ductais do que em citoplasma de células de ácinos serosos nos pacientes pSSj ($p=0,006$), mas o mesmo não foi observado nos controles ($p=0,16$). O padrão de expressão da proteína SS-A/Ro 52kDa foi o mesmo nos pacientes e nos controles. A expressão do mRNA correspondente ao gene SS-B/La foi maior nas amostras dos pacientes pSSj ($5,33\pm 5,11$) em relação aos controles ($0,86\pm 1,25$) ($p=0,03$). O mesmo ocorreu para o mRNA correspondente ao gene SS-A/Ro 60kDa ($6,87\pm 7,87$ vs. $1,05\pm 1,33$; $p=0,03$). Por outro lado, a expressão do SS-A/Ro 52kDa mRNA mostrou leve tendência para maior expressão nos pacientes pSSj, apesar de estatisticamente não significativo ($5,62\pm 4,88$ vs. $2,65\pm 4,22$; $p=0,088$). As amostras de GSM com maior grau de infiltrado inflamatório apresentaram expressão diminuída dos mRNAs correspondentes aos genes SS-B/La, SS-A/Ro 60kDa e 52kDa.

Conclusões

A expressão aumentada dos mRNAs que codificam os antígenos SS-A/Ro 60kDa e SS-B/La em GSMs de pacientes pSSj, assim como a expressão diferencial das proteínas SS-A/Ro 60kDa e SS-B/La nas células ductais das GSMs dos pacientes pSSj, sugerem que esses auto-antígenos estejam, provavelmente, envolvidos no desencadeamento e manutenção da resposta auto-imune tecido específica nas GSMs dos pacientes pSSj. A expressão diferencial observada talvez contribua para a resposta imunológica dirigida ao antígeno e para a produção local de auto-anticorpos na pSSj.

Avaliação do Comprometimento Orofacial nos Pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil

Elisabeth Gonzaga Canova Fernandes

Dissertação apresentada ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Clovis Artur Almeida da Silva

Com a melhora do prognóstico nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ), novas recomendações são necessárias nos ambulatórios de reumatologia pediátrica, como avaliação da saúde bucal e do sistema mastigatório.

Objetivo

Avaliar o comprometimento orofacial nos pacientes com LESJ e grupo controle, assim como investigar possíveis associações entre o comprometimento orofacial e manifestações clínicas, exames laboratoriais e terapias da doença.

Métodos

De março/04 a julho/05, 48 pacientes com diagnóstico de LESJ, de acordo com os critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia, foram avaliados e atendidos na Unidade de Reumatologia Pediátrica do ICr-HC-FMUSP. O grupo controle incluiu 48 crianças e adolescentes saudáveis, avaliados no primeiro atendimento pela Divisão de Odontologia do HC-FMUSP. A pesquisa incluiu avaliação de dados sócio-demográficos, manifestações clínicas, exames laboratoriais, atividade da doença (SLEDAI), dano cumulativo (SLICC/ACR-DI) e terapias do LESJ. A avaliação orofacial foi realizada por uma única odontologista pediátrica e incluiu avaliação do periodonto, dentes, perfil facial, relação molar e articulação temporomandibular (ATM). Além disso, foram feitas radiografia panorâmica de face e tomografia computadorizada da ATM, se a radiografia evidenciasse alterações dos côndilos mandibulares compatível com grau 3. Análise estatística foi realizada com os testes "t" não pareado para duas amostras independentes, teste exato de Fischer, teste de Mann-Whitney e coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância foi de 5%.

Resultados

Os 48 pacientes dos dois grupos foram homogêneos com relação à faixa etária, distribuição por gênero e classe sócio-econômica ($p > 0,05$). A média de idade dos pacientes com LESJ foi de $161,9 \pm 38,4$ meses e do grupo controle foi de $154,4 \pm 45,8$. As medianas dos índices de placa bacteriana (IP) e de sangramento gengival (IS) nos pacientes com LESJ foram superiores em relação aos controles (IP 61,5 *versus* 38,1; $p = 0,003$ e IS 26,0 *versus* 15,95; $p = 0,014$). O índice de disfunção clínica e o índice de mobilidade mandibular mostraram-se significativamente mais elevados nos pacientes com LESJ do que no grupo controle. Correlação estatisticamente significativa foi evidenciada entre tempo de duração do LESJ e IS ($r = 0,11$; $p = 0,017$), dose cumulativa de prednisona e IP ($r = 0,385$; $p = 0,01$), assim como entre dose cumulativa de prednisona e IS ($r = 0,02$; $p = 0,001$). A mediana do índice de mobilidade mandibular foi superior nos pacientes com LESJ em uso de um ou mais imunossupressores em relação aos que não utilizaram estas drogas (1 *versus* 0, $p = 0,0001$). Apenas dois pacientes apresentaram radiografia panorâmica com destruição dos côndilos mandibulares. A tomografia computadorizada de ATM desses pacientes mostrou redução bilateral do espaço articular, bem como alterações erosivas e aplainamento do platô articular sugestivos de osteonecrose de ATM.

Conclusões

Os pacientes com LESJ apresentaram precária higiene oral, maior frequência de gengivite e disfunção da ATM. Os pacientes que tiveram maior tempo de doença e maior dose cumulativa de prednisona tiveram maior frequência de gengivite. Osteonecrose de ATM foi raramente evidenciada.

Marketing, Um Aliado no Consultório do Reumatologista

“Agora estou investindo em marketing. Comecei a anunciar em uma revista”. “Resolvemos incrementar o marketing contratando uma pessoa para realizar contatos por telefone com os possíveis clientes”.

Todos nós, certamente, já ouvimos as afirmações acima quando participamos de uma discussão na qual o tema é marketing. Invariavelmente, a maioria das pessoas, quando questionadas, apresenta o marketing como sendo uma palavra análoga à promoção e propaganda, ou seja, uma forma de expor seus serviços aos consumidores. Entretanto, segundo a *American Marketing Association*, “marketing consiste no processo de planejar e executar a concepção, a determinação do preço, a promoção e a distribuição de idéias, bens e serviços para criar trocas que satisfaçam metas individuais e organizacionais”.

Isto posto, podemos entender que o termo marketing é mais amplo que simplesmente a promoção, devendo responder às questões acima da melhor maneira possível. Talvez a saúde seja uma das áreas na qual o exercício do marketing é mais desafiador. Neste segmento, os serviços médicos tendem a se destacar como uma área instigante em função das questões éticas e legais aplicáveis, além da avaliação do próprio serviço que está sendo oferecido ser dificultada por vários aspectos e concentrada, principalmente, na recomendação, reputação e credibilidade do profissional.

Do mesmo modo, não é viável, para a maioria dos consultórios médicos, a presença de um profissional ou consultor dedicado à realização das atividades de marketing, devendo esta função ser desempenhada pelo próprio responsável pelo empreendimento, no caso o médico, que deve dividir seu tempo com outras atividades de grande importância.

Para facilitar esta tarefa, é importante que o médico tenha em mente o ideal de seu empreendimento, desenvolvendo inicialmente (ou mesmo tardiamente, caso ainda não o tenha feito) um plano de negócios onde, além das questões financeiras, seja abordada a questão do marketing.

As perguntas e considerações feitas a seguir não são propriamente um roteiro para este planejamento, porém, irão ajudá-lo a perceber melhor o seu consultório em relação à sua concepção original, permitindo ajustes e adequações ao modelo utilizado, quando necessário.

Qual é o meu público-alvo? Conheço realmente os seus hábitos e comportamentos ou, apenas, estou intuindo que o que é bom para mim certamente será bom para esse grupo? É importante termos a noção exata das preferências de nossos clientes, pois, na definição de Peter Drucker, “marketing é uma forma de pensarmos o negócio na perspectiva de nossos clientes”.

Pensando na questão acima, podemos fazer uma verificação de nosso empreendimento ante o desenho que imaginamos. Realizar contatos informais com os clientes, perguntando-lhes sobre as impressões que o nosso consultório apresenta, pode dar uma pista correta da situação. Deste modo, podemos questionar quais são os diferenciais que o cliente percebe ao entrar em contato com o consultório.

Ao atender o telefone, a secretária ou telefonista, após informar o nome do consultório, dirige-se com voz suave e clara, tratando-o pelo nome, caso já seja cliente habitual, procurando auxiliá-lo a encontrar o melhor horário na agenda? Ou o atendimento é ríspido, pouco atencioso, dando a impressão de que quanto mais rápida for finalizada a ligação, melhor? Não se esqueça do ditado popular “a primeira impressão (muitas vezes) é a que fica”.

Seguindo nesta linha de raciocínio, quais são os diferenciais que o cliente percebe ao acessar o consultório? No caso de atendermos maior número de clientes que fazem uso de transporte público (ônibus, trem, metrô, etc.), a localização do consultório deve ser próxima às grandes estações ou avenidas, nas quais a oferta de transporte coletivo é abundante. Entretanto, se a maioria dos clientes que frequentam este consultório utiliza veículo próprio, estão disponíveis manobristas e vagas para estacionamento ou mesmo estacionamentos conveniados? Estas facilidades podem auxiliar o acesso, resultando em uma vantagem competitiva.

Continuando a análise, quais são os diferenciais que o cliente enxerga ao entrar ao meu consultório? Lembre-se, a decoração do ambiente também apresenta o serviço, dando ao cliente uma idéia do grau de sofisticação, hábitos e preferências de seu responsável ou responsáveis. Portanto, se a resposta para esta questão for um ambiente claro, limpo e agradável, com uma estrutura confortável, música ambiente suave e banheiros bem cuidados, a imagem positiva deste

local será reforçada. Funcionários bem trajados, alegres, corteses, atenciosos e discretos proporcionam segurança e tranqüilidade aos clientes, muitas vezes estressados e preocupados.

Algumas facilidades, como revistas atualizadas, espaço para máquina de café e água gelada convidam os clientes a interagirem e manterem-se descontraídos enquanto esperam. Por outro lado, lixeiras ou cinzeiros repletos de papéis de bala podem sugerir que as pessoas passam muito tempo aguardando pelo atendimento e o cuidado com a limpeza deixa a desejar.

Do mesmo modo, clientes em pé na sala de espera, por falta de assentos disponíveis é indicação clara de atrasos, falta de estrutura, planejamento ou desorganização. Conversa em voz alta entre atendentes e comentários relacionados a outros clientes podem ser antipáticos e constrangedores para aqueles que esperam.

Outro ponto que deve ser avaliado refere-se ao preço do produto ou serviço oferecido. Se o preço for muito elevado, certamente muitos clientes não terão como pagá-lo, impedindo deste modo a sua utilização. Por outro lado, preços muito baixos podem causar dúvidas quanto à qualidade deste mesmo serviço ou produto.

Por fim, existe a questão da promoção do consultório. Caso o nosso cliente queira indicar o serviço para outros clientes, estão disponíveis cartões de visita na sala de recepção? Outras formas de divulgação e apresentação do profissional ou profissionais

responsáveis, como presença dos números de telefone nas listas telefônicas, *site* na Internet ou mesmo a referência na lista de todos os convênios atendidos estão sendo corretamente divulgados? Lembre-se que a propaganda boca a boca é um modo muito eficaz de promoção. Contudo, material de suporte que possa facilitar a divulgação e a lembrança são armas complementares muito adequadas.

Enfim, existem várias indicações que podem reforçar ou prejudicar a imagem de qualidade do consultório e do serviço prestado a seus clientes. É importante que a imagem reflita a proposta inicial de seu consultório, pois o planejamento prévio representa a visão de um sonho que se tornou realidade. Estas análises periódicas indicarão se o caminho proposto está sendo seguido e se os resultados alcançados são positivos ou não. No caso de resultados positivos, devemos cuidar para mantê-los e incrementá-los. Os resultados negativos significam que algo está funcionando de maneira inadequada e deve ser corrigido ou ainda que a idéia original revelou-se equivocada. Neste caso, vale a pena parar, pensar e ajustar o planejamento ou desenhar a nova rota a ser seguida, aproveitando o espírito empreendedor que habita em cada um de nós.

Inajar de Souza

Sócio-diretor da FarmaAcademia™ e responsável pelo Programa "Profissão Médico Empreendedor".
Maiores informações no site www.farmaacademia.com.br



CAPA: detalhe de *As Três Graças*, 1636-8, óleo sobre madeira de PETER PAUL RUBENS (1577-1640), pertencente ao acervo do Museu Nacional do Prado, Madri. Rubens foi um dos maiores expoentes do Barroco setentrional, uma extensão da arte barroca da Itália do século XVII que influenciou a arte da Europa católica e de países protestantes, como a Inglaterra e Países Baixos. A arte barroca foi um "casamento" entre a arquitetura, pintura e escultura, com a intenção de convidar o espectador a se emocionar com aquilo que se estava retratando. Rubens nasceu em Siegen, na Vestefália, país de origem flamenga, em 29 de junho de 1577. O pintor começou a estudar arte na adolescência, tornando-se aluno de vários artistas flamengos, inclusive o erudito e sábio pintor Otto van Veen, que o aconselhou a ir estudar pintura na Itália. Foi para Veneza em 1600 e depois para Mântua, como pintor da corte de Vincenzo Gonzaga, Duque de Mântua. Em 1603, tornou-se embaixador da Espanha na corte de Filipe III. Em 1608, época de trégua entre Holanda e Espanha, retornou definitivamente para a Antuérpia, em razão da morte de sua mãe, local onde passaria o

resto da vida. Casou-se com Isabel Brant, filha de um culto e afortunado cidadão da Antuérpia, época mais frutífera e ativa de sua carreira. Possuía um grande ateliê no qual empregava muitos artistas promissores, como Antônio van Dyck, Jacob Jordaens e Frans Snyders. Produziu quadros mitológicos e religiosos, retratos e paisagens de grande força e beleza e em quantidade sem paralelo, sendo a sua magnífica pintura de nus femininos de difícil comparação. Sua obra teve uma dimensão européia, com encomendas de vários dirigentes, incluindo Filipe III e Filipe IV da Espanha, a rainha-mãe Maria de Médici da França e Carlos I da Inglaterra, que ajudaram a divulgar amplamente a sua fama. A morte da esposa Isabel, em 1626, foi um rude golpe para Rubens, para quem a vivência de felicidade doméstica era essencial ao seu bem-estar. Um longo período em Madri, em 1628-9, em missão diplomática, que lhe permitiu bastante tempo para pintar e recuperar seu otimismo, e um segundo casamento, em 1630, com uma bela moça muitos anos mais jovem, Helena de Fourment, trouxe à tona um segundo desabrochar do gênio artístico de Rubens. A última década de sua vida, passada em parte no campo, foi um período de belas paisagens, pinturas da vida camponesa cheias de calor e felicidade e uma constante torrente de desenhos de intimidade e vida, esboços a óleo e pinturas da esposa e dos filhos. Nos últimos anos, Rubens tornou-se cada vez mais doente e também abalado pelas frequentes crises de reumatismo, que tornava difícil pintar, de forma que teve praticamente de abandonar as obras de grande porte em favor das pinturas em cavalete. Inicialmente, a gota foi o primeiro diagnóstico dado ao quadro clínico do pintor, mas em razão da cronicidade dos ataques e após análise das mãos e das pinturas, alguns historiadores acreditam que pudesse tratar-se da provável epidemia de artrite reumatóide que acometeu a Europa entre os séculos XVI e XVII. Peter Paul Rubens faleceu em 30 de maio de 1640 e foi sepultado na Igreja de São João, na Antuérpia. Principais obras: *Rômulo e Remo* (1615), *A cabeça de Medusa* (1617), *Dança de aldeões italianos* (1630), *O jardim do amor* (1632), *A violação das sabinas* (1635), *Quermesse flamenga* (1635), *Vênus e Adônis* (1635), *Sátiros e ninfas, alegoria da fertilidade* (1636), *As três graças* (1636), *O julgamento de Páris* (1638), *Ninfetas de Diana surpreendidas por Sátiros* (1639). Acima, detalhe de estudo para auto-retrato, em óleo sobre madeira, pertencente à Galeria Degli Uffizi, Florença, Itália. No Editorial, desenho intitulado *As Três Graças*, cerca de 1632-6, pertencente a coleção particular.

Defesa Profissional para Reumatologistas

Ética

Diante de um assunto com vários tópicos, relacionaremos inicialmente as questões jurídicas, embora a reumatologia não esteja entre as especialidades mais atingidas por processos contra médicos. No entanto, com base na experiência de cinco anos em assessoria jurídica da Associação Paulista de Medicina, em conjunto com a do Cremesp, recomenda-se:

- que o prontuário seja preenchido corretamente e de maneira legível, constando todos os dados que contribuíram para o diagnóstico e sua terapêutica, como anamnese, exame físico e exames complementares;
- que se valorize o esclarecimento ao paciente e seus familiares a respeito da doença, tratamento e possíveis complicações, até com documentação por meio de consentimento informado;
- que se elabore uma boa relação médico-paciente, pautada por ética, transparência, conhecimentos atualizados para uma correta habilitação do exercício da profissão e que gerem confiança no paciente, evitando assim a imperícia. Os créditos para a recertificação contribuem para a atualização.
- que se evite situações que caracterizem a negligência, como omissão, inação, inércia ou inobservância;
- que não se conduza com intempestividade profissional, como precipitação ou insensatez.

Estas são ferramentas preciosas para uma boa defesa ao profissional que for envolvido em um processo.

Outro ponto de máxima relevância na área da defesa profissional é o mercado de trabalho, no qual a relação dos médicos e, conseqüentemente, dos reumatologistas com as empresas de planos de saúde tem sido marcada por conflitos, tanto em relação a honorários médicos quanto em relação a autonomia profissional. Os honorários não têm sido reajustados anualmente, acumulando grande perda desde a implantação do plano Real, principalmente quando comparada a outras classes profissionais. As entidades médicas têm procurado as empresas de planos de saúde, no esforço de conseguir acordos para a implantação da CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), e têm se empenhado pela aprovação do projeto de lei que determina que a CBHPM seja um referencial para a Agência Nacional de Saúde ao editar o rol de

procedimentos, e incluindo também ajustes anuais dos honorários médicos.

Todas as entidades médicas, bem como as sociedades de especialidades médicas e seus integrantes e associados devem se empenhar junto à classe política para a aprovação desta lei, que tanto beneficiará a categoria médica. As empresas de planos de saúde ainda interferem muito na relação médico-paciente e têm pressionado os médicos a conter a realização de exames e procedimentos utilizados para diagnóstico e tratamento, e neste particular o reumatologista é especialmente prejudicado quando precisa indicar exames mais onerosos. O tratamento também sofre interferência das referidas empresas, quando está indicado terapêutica de maior custo, como no caso de emprego dos chamados agentes biológicos. Os reumatologistas não podem aceitar estas imposições antiéticas que prejudicam os pacientes, cujos interesses a medicina defende.

Outro tópico importante é a relação dos reumatologistas com a rede pública, que apresenta grande desfalque desta especialidade. Apesar de esforços de representantes da sociedade de reumatologia, os gestores de saúde não consideram importante a criação de um número suficiente de vagas para reumatologistas na rede pública, gerando um duplo problema que é a restrição de mercado de trabalho para a especialidade e o prejuízo aos pacientes, que, sem acesso, têm seus diagnósticos retardados e são tratados sem as devidas condutas padronizadas, que evitariam conseqüências danosas à sua saúde. É necessário o empenho dos representantes da reumatologia, mas também de seus associados para se tentar viabilizar estas questões com sucesso.

A formação e ensino do reumatologista, cuja excelência depende da manutenção de centros da especialidade que garantam um nível adequado, também constitui outro foco de interesse. Para tanto, é necessário que se mantenha um programa de residência médica com qualidade, evitando-se a abertura indiscriminada de grades sem condições, como ocorreram em outras especialidades.

Por outro lado, não se pode deixar esta luta ao encargo apenas das entidades médicas, que só terão força quando apoiadas pelas sociedades de especialidades que, por sua vez, somente terão representatividade quando seus associados participarem mais ativamente dos processos que interessam a todos.

Ivone Minhoto Meinão



Artrófilo

Nos últimos anos, a reumatologia tem oferecido tratamentos mais efetivos e mais seguros para o controle de enfermidades reumáticas auto-imunes, inclusive com alívio significativo das queixas dolorosas, melhora da qualidade de vida, incremento da capacidade funcional e prevenção de deformidades articulares. Da mesma forma, terapêuticas para a redução do número de fraturas vertebrais e melhora significativa de doenças degenerativas osteoarticulares não auto-imunes têm constituído arsenal interessante no manuseio desses pacientes. Por outro lado, o elevado custo de tais medicações inviabiliza o uso clínico criterioso para a grande maioria dos brasileiros.

O Artrófilo entrevistou os principais segmentos envolvidos nesse cenário – pacientes, sistema público e seguradoras de saúde –, a fim de identificar os principais fatores relacionados com a liberação ou não das medicações de alto custo.

Gentilmente, o dr. Luiz Roberto Barradas Barata, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SSES), o sr. José Marcos Rodrigues dos Santos, do Grupo de Pacientes Reumáticos de Ribeirão Preto (Grupar-RP) e a sra. Rioko Kudo e Guiomar Mônaco, do Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo (Grupasp), responderam aos questionamentos e cederam a seguinte entrevista ao Artrófilo. No entanto, os representantes das seguradoras de saúde – Sul Améri- ca, Bradesco, Cassi e Porto Seguro – não se pronunciaram a respeito, mesmo após diversos contatos e solicitações dos editores da *Revista Paulista de Reumatologia*.

Artrófilo – Frente a uma solicitação médica para liberação de medicações de alto custo, como terapia biológica (infiximabe – Remicade; etanercepte – Enbrel®; adalimumabe – Humira®; rituximabe – Mabthera®) para o paciente com artrite reumatóide, qual é a conduta adotada?

Grupasp – Sabemos que algumas seguradoras cobrem o tratamento quando o produto precisa ser aplicado em hospital.

Grupar-RP – Para o paciente com artrite reumatóide, atualmente apenas o infiximabe consta na lista de medicamentos e é dispensado pelo SUS, o que é lamentável, porque quando um paciente não pode usá-lo por alguma reação adversa, não se tem outra opção de terapia biológica.

SSES – Não é possível responder sobre os direitos de medicamentos para doenças reumáticas, sem realizar uma reflexão geral sobre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que garantem estes direitos. Uma das diretrizes do SUS, previstas na Constituição, é a integralidade da assistência em saúde. Esta diretriz significa que o sistema deve garantir o acesso de todos os cidadãos às ações e serviços necessários para a preservação da saúde ou para o tratamento das doenças, entre os quais está incluída a garantia de acesso aos medicamentos, não só para doenças reumáticas, mas para todas as demais moléstias que afligem os brasileiros. Porém, o dever do SUS em garantir o acesso aos medicamentos não pode ser entendido como fornecer “automaticamente” os medicamentos de toda e qualquer prescrição médica, para qualquer tipo de patologia e a qualquer tempo. Em primeiro lugar, temos que entender que os princípios do SUS são definidores de direitos a serem atingidos, pelo desenvolver progressivo das políticas públicas globais, com a ampliação possível de seu financiamento.

Em qualquer país do mundo (e principalmente no Brasil, país ainda em desenvolvimento, com dívidas sociais imensas em todas as áreas sociais, como educação, habitação, segurança, saneamento etc.), existem limites para os gastos públicos, e o aumento de recursos para atendimentos na saúde, como por exemplo o fornecimento de medicamentos, não pode se dar em detrimento de todas as outras ações sociais igualmente importantes. E mesmo na definição dos gastos internos do SUS, a assistência farmacêutica é apenas parte do sistema de saúde, e o aumento intempestivo de gastos neste setor reduziria o acesso dos cidadãos a outras ações de saúde, prejudicando a equidade nos gastos e impedindo a integralidade no acesso a serviços de saúde, para parte da população. Portanto, o SUS, para garantir os direitos dos cidadãos de forma equânime, tem o dever de planejar seus programas de dispensação de medicamentos e criar normas de utilização (protocolos), que sejam embasadas no conhecimento científico e respeitadas por todos, evitando-se desperdício de recursos públicos, que apenas aumentam a iniquidade na saúde e os riscos aos pacientes, pelo mau uso dos medicamentos. A história da saúde pública no país tem demonstrado a importância dos protocolos, em especial no tratamento medicamentoso de endemias e epidemias, como é o caso da tuberculose, da hanseníase, da malária e mais recentemente da Aids (com o fornecimento de anti-retrovirais). Nestes casos, os esquemas terapêuticos utilizados pela rede pública de saúde, respeitados pelos médicos, permitiram o uso racional de medicamentos, evitando-se os riscos da resistência microbiana, como de fato ocorreu em outros países que não utilizaram instrumentos semelhantes.

Assim, os medicamentos para doenças reumáticas devem ser fornecidos aos pacientes, mas segundo os protocolos e os fluxos definidos pelo SUS. Trata-se de um direito dos pacientes, mas submetido necessariamente à regulação e planejamento dos gestores do sistema.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – Quais são os principais motivos para a não-autorização desse direito ao paciente?

Grupasp – De acordo com a informação de alguns pacientes, um dos motivos é o acima descrito e outro é que depende do que foi estabelecido em contrato, uma vez que há vários tipos de planos com diferentes cláusulas contratuais.

Grupar-RP – Não vejo nenhum motivo para a negativa deste direito ao paciente, pois a própria Constituição garante. Deveria ser criado um protocolo onde o uso do biológico seja somente para os casos onde todos os outros medicamentos não apresentaram os resultados esperados, com isto evitando seu uso indiscriminado.

SSES – Como vimos na resposta à questão anterior, o direito ao acesso aos medicamento no SUS deve ser regulado e planejado pelos gestores do sistema. Acrescentamos que um grande complicador na área de medicamentos é o enorme complexo industrial farmacêutico existente, com empresas de caráter multinacional, com monopólios, domínios de patente, grande poder no estabelecimento de preços e na indução do consumo, pela atuação direta junto aos médicos e pacientes. As empresas desta área, frente a um mercado cada

vez mais controlado nos países desenvolvidos, encontraram em países como o Brasil, um verdadeiro “filão de ouro”, utilizando-se dos preceitos constitucionais da universalidade e integralidade de atendimento do SUS para ampliar as vendas dos medicamentos de alto custo, geradoras de lucros vultosos. Estas empresas realizam intensas campanhas publicitárias, junto aos médicos e às associações de pacientes com determinadas moléstias, apresentando “novos e milagrosos” medicamentos, muitas vezes sem registro no país, induzindo sua prescrição pelos profissionais, que resultam na exigência pelos pacientes de fornecimento pelo setor público, utilizando por vezes a via judicial. Ocorre que muitas das novas formulações, embora possam efeitos que não são comprovadamente superiores aos de medicamentos já existentes no mercado, têm preços significativamente superiores, configurando uma relação de custo/efetividade extremamente prejudicial ao sistema de saúde. Além disso, diversos estudos demonstram que a propaganda de medicamentos apresenta qualidade desigual em diferentes países, não respeitando as recomendações da Organização Mundial de Saúde para este tipo de propaganda, em especial em países como o Brasil, tanto nos anúncios para o público em geral, como naqueles destinados aos médicos. Há omissão de informações importantes, referentes às contra-indicações, efeitos colaterais e reações adversas, além de utilização de argumentos exagerados e imprecisos para apregoar as vantagens do produto. Não estou defendendo que se negue a autorização de uso dos medicamentos, com a finalidade de reduzir os gastos do sistema, mas sim de utilizá-los de forma mais racional, ampliando os recursos públicos aplicados em assistência farmacêutica, em conjunto com a estruturação de programas e práticas responsáveis, que garantam também a ampliação da cobertura e da variedade de medicamentos fornecidos à população, para todas as patologias.

Por derradeiro, queria fazer uma reflexão sobre outro direito universal dos brasileiros: o direito de votar, tão mais fácil de ser exercido pela população e eficazmente controlado, de modo que seja garantido a todos. Ainda assim, o cidadão não pode votar em qualquer lugar que desejar, mas sim no local em que esteja inscrito na Justiça Eleitoral, tampouco pode votar a qualquer hora que quiser, mas no horário previsto pela autoridade eleitoral. Do mesmo modo, o direito do paciente aos medicamentos deve respeitar os regulamentos, normas e protocolos instituídos pelo SUS.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – Se o medicamento não for autorizado, qual é a orientação dada ao paciente?

Grupasp – O que sabemos é que a seguradora não dá orientação, só informa que não autoriza.

Grupar-RP – Atualmente, nenhuma. Ou melhor, simplesmente informa-se que o medicamento não consta na lista.

SSESP – Especificamente em relação aos medicamentos para doenças reumáticas, conforme citados na primeira questão, eles ainda não fazem parte dos protocolos de dispensação de medicamentos excepcionais do Ministério da Saúde (MS) (responsável no SUS pela elaboração destas normas), exceto o infliximabe, que já é regulamentado por portaria ministerial desde 2002. Preocupada com a questão, a Secretaria de Estado da Saúde (que pode criar normas de forma complementar ao MS), está elaborando, em conjunto com especialistas da área, protocolos que auxiliarão na dispensação destes medicamentos para determinadas patologias inflamatórias, como opções terapêuticas ao tratamento convencional. Estas

opções serão disponibilizadas para patologias como artrite reumatóide, psoríase grave e espondilite anquilosante, por exemplo. Os protocolos devem definir não apenas as doenças e condições de uso dos medicamentos, mas também os fluxos de dispensação (isto é, os locais da rede do SUS que estão autorizados a dispensar a medicação, preferencialmente centros de especialidades). Desta forma, o atendimento será hierarquizado, conforme diretrizes do SUS e os pacientes deverão ser encaminhados pelos serviços de atenção primária em saúde (unidades básicas de saúde, Programa de Saúde da Família etc.), para confirmação diagnóstica e procedimentos terapêuticos nos serviços especializados, autorizados e preparados para a prestação deste atendimento.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – Em sua opinião, quem deve pagar a conta: o paciente, a seguradora ou o sistema público de saúde?

Grupasp – Acreditamos que, pelo tempo indeterminado de tratamento e, especialmente, pelo altíssimo custo dos biológicos, somente o SUS tem condições de pagar a conta. Enquanto essa realidade não se modificar, ninguém conseguirá suportar tal custo.

Grupar-RP – Creio que a conta caiba ao sistema público de saúde, porque, quando é receitado o biológico, é para proporcionar ao paciente condições para que ele continue a ser produtivo; portanto, haverá uma menor possibilidade dele vir a ser dependente da previdência social.

SSESP – A divisão proposta pela questão é enganosa: quando o sistema público paga o fornecimento de medicamentos, devemos lembrar que os recursos são, em última análise, dos próprios cidadãos, arrecadados pelo Estado sob a forma de impostos etc. Não há por que entender, a partir dos preceitos constitucionais, que todos os cidadãos tenham que obter seus medicamentos apenas pelo sistema público, uma vez que a Constituição prevê a liberdade da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde. Na maioria dos países do mundo, o financiamento dos medicamentos acaba dividido entre o serviço público e a aquisição particular (seja por meio de seguro-saúde ou por meios próprios). Mas o sistema público deve garantir o acesso, obrigatória e prioritariamente, aos cidadãos que possuam menor capacidade aquisitiva e não disponham de meios particulares para tanto.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – O que você acha da formulação de diretrizes para indicação dessas medicações por especialistas?

Grupasp – A formulação de diretrizes, fora do que consta no protocolo do Ministério da Saúde, é bem-vinda, desde que seguidas por todos.

Grupar-RP – Ao especialista cabe a responsabilidade de saber da necessidade do paciente, sem que haja uso indiscriminado das medicações de alto custo.

SSESP – Conforme já mencionamos nas respostas anteriores, a Secretaria de Estado da Saúde é totalmente favorável à formulação de diretrizes ou protocolos de utilização de medicamentos, elaborados com a participação de especialistas e centros médicos universitários, a serem seguidos pelos profissionais responsáveis pela dispensação dos medicamentos pelo SUS. Portanto, os médicos podem realizar indicações destes tratamentos de alto custo para seus pacientes, mas o efetivo fornecimento pelo SUS será feito de acordo com as normas oficialmente definidas pelo sistema.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – Em sistemas de saúde de outros países, a cobertura é total e irrestrita para medicações de alto custo. No Brasil, por que a cobertura é restrita somente a medicações endovenosas?

Grupasp – Não sabemos a razão, mas achamos que deve existir alguma obrigação no sentido da cobertura das despesas hospitalares.

Grupar-RP – Talvez porque tenha sido a primeira a conseguir protocolo, mesmo que restrito à artrite reumatóide.

SSESP – Não é verdadeira a afirmação de que em outros países a cobertura do sistema público de saúde é irrestrita para medicações de alto custo. Pelo contrário, o aumento exagerado dos custos de novas tecnologias na atenção médica, em especial dos medicamentos, tem gerado discussões sobre o tema em diversos países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, inclusive naqueles que, tradicionalmente, acolhem a saúde como direito universal. Propostas no âmbito da farmacoeconomia, da farmacoepidemiologia e/ou da farmacovigilância têm sido desenvolvidas em todo o mundo, no sentido de conhecer a dimensão, as causas e os efeitos do uso dos medicamentos, reduzir os riscos para os pacientes, adequar os gastos e obter a melhor efetividade no uso dos medicamentos, garantindo maior equidade em sua distribuição pelos sistemas públicos. O estabelecimento de registros limitados para os novos medicamentos, enquanto estão sendo avaliados por centros universitários e científicos, têm sido usados em alguns países. Estudos que comprovem a eficácia dos medicamentos são exigidos para se garantir o registro definitivo. Também não é verdadeiro que as restrições do SUS sejam apenas para medicamentos endovenosos. Qualquer medicamento de alto custo deve obedecer a protocolos de utilização, independentemente de sua formulação, via de administração ou patologia.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – Quem deve definir a indicação do tratamento de alto custo: o médico que indica e prescreve a medicação e assiste o paciente, a seguradora ou o consultor do SUS?

Grupasp – Acreditamos que a definição de indicação do tratamento de alto custo deve partir do médico, em concordância com o paciente.

Grupar-RP – Sem dúvida que a indicação deve partir do médico, pois somente ele sabe da necessidade real do seu paciente; ao consultor cabe analisar o laudo médico.

SSESP – Já respondido anteriormente.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – Diversos estudos têm demonstrado que o custo da terapia biológica, em longo prazo, é menor do que o custo direto e indireto do tratamento das complicações em longo prazo, como próteses, fisioterapia, afastamento do trabalho, litígio, entre outras. Por que esse aspecto não é levado em consideração durante a análise da liberação desse tipo de medicação?

Grupasp – Se existe este estudo, acreditamos que ele deve ser levado ao Ministério da Saúde e também à associação dos planos e seguros de saúde. A não liberação desse tipo de medicação deve ser o reflexo de um desembolso imediato muito grande. Atualmente, no protocolo do Ministério da Saúde, o uso dos biológicos é liberado após passar por etapas de tratamento. Mesmo assim, o tratamento pode minorar o custo? Não será somente em caso de tratamento precoce com biológicos? Em nossa opinião, todos os produtos, não somente os biológicos e alguns outros, deveriam ser liberados.

Grupar-RP – Isto é o que temos enfatizado sempre que possível, pois ficam bem mais onerosos aos cofres públicos os tratamentos de longo prazo. O ideal seria se houvesse uma melhor política para os tratamentos dos reumáticos logo aos primeiros sintomas da doença.

SSESP – Este aspecto está sendo considerado pela Secretaria de Estado da Saúde. Exemplos de diversos programas de assistência farmacêutica no SUS comprovam este fato: os insumos e medicamentos para diabetes, para hipertensão arterial, saúde mental, e inclusive para medicamentos de alto custo, que possuem protocolo nacional em diversas patologias.

Para as doenças reumatológicas e em relação à terapia biológica, já estamos discutindo a ampliação das indicações e do fornecimento, conforme referido em resposta anterior.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

Artrófilo – O que você acha da participação de advogados e da implementação de medidas judiciais para o paciente conseguir seus direitos, seja no sistema público ou privado?

Grupasp – Quando o médico receitar esse tipo de medicação, não existe outra solução senão entrar com mandado de segurança. Assim sendo, o julgamento da necessidade ou não do uso do produto deve ser criterioso.

Grupar-RP – Atualmente, tem sido muito importante a participação destes profissionais e de medidas judiciais, pois somente assim o paciente consegue fazer valer seus direitos. Conforme consta na Constituição brasileira, todo cidadão tem direito a educação, saúde e moradia.

SSESP – A procura pelo sistema judiciário é um direito irrevogável dos pacientes, garantido pela Constituição. Porém, embora esta prática seja perfeitamente legal, seus resultados não determinam, necessariamente, a ampliação da justiça social na área de saúde, isto é, a equidade no acesso aos recursos de saúde, por toda a população. Somente os pacientes com acesso e capacidade de pagamento aos advogados acabam se beneficiando destas práticas. A grande maioria da população, por absoluta falta de meios ou de conhecimento, depende do fornecimento de medicamentos ou da realização de outras ações de saúde, pelos programas regulares do SUS. Se estes programas de saúde e os pacientes que deles dependem são preteridos em função do atendimento de pacientes com causas judiciais, temos um mecanismo potencial de criação de iniquidade, pois o Poder Judiciário, ao garantir o atendimento de um cidadão, ignora todos os demais, que não puderam se utilizar da via judiciária, estabelecendo assim a prioridade de atendimento, segundo a capacidade dos cidadãos acionarem a justiça e não segundo critérios técnicos da área de saúde, como a gravidade dos casos, a frequência das doenças, a necessidade dos pacientes ou a existência de terapias mais eficazes, entre outros aspectos.

Seguradoras – Não obtivemos resposta.

SEÇÃO ARTRÓFILO À SUA DISPOSIÇÃO!

Você, leitor, também está convidado a participar desta seção inovadora da *Revista Paulista de Reumatologia*!

Está com dúvidas? Gostaria de sugerir um tema específico para o Artrófilo pesquisar? Participe!

Mande suas dúvidas ou sugestões por e-mail ou por fax:

E-mail: artrofiloresponde@reumatologiasp.com.br

Fax: (0xx11) 3284-0507

Cadastre-se no site da Sociedade Paulista de Reumatologia e utilize regularmente os serviços oferecidos em suas páginas. Acessando o setor LOGIN MÉDICOS, o sócio da SPR poderá realizar pesquisas e enviar sugestões. Poderá, ainda, solicitar o envio do Informativo SPR e a inclusão ou atualização on-line de seus dados profissionais, para a fácil localização via Internet.

DESTAQUES DO SITE:

■ Atualização em Reumatologia

O site oferece mais de 70 resumos de artigos. Confira, em especial, três trabalhos recentes sobre artrite reumatóide: "Etiologia da AR", que apresenta um estudo de coorte prospectivo *Epidemiological Investigation of Rheumatoid Arthritis* (EIRA), realizado na Suécia, de mai./96 a dez./03, com 3.093 indivíduos de 18 a 70 anos de idade, que atesta a possibilidade de uma etiologia ocupacional para a artrite reumatóide precoce. Dessa forma, o estudo mostra que a exposição a óleos minerais está associada ao aumento do risco de desenvolver AR FR (fator reumatóide e anticitrulina positivos). O estudo "AR e fumo" demonstra risco 21 vezes maior de desenvolver artrite reumatóide em fumantes do que em não tabagistas. Proteínas citrulinadas foram evidenciadas em células do lavado bronco-alveolar de fumantes, mas não foram demonstradas em não tabagistas. Assim, estes dados sugerem etiologia envolvendo genótipo específico, com desencadeante ambiental e indução de autoimunidade específica restritos a um subtipo distinto de artrite reumatóide. E, em um outro trabalho (nível educacional e conhecimento da doença), demonstrou-se a influência de fatores educacionais e sócio-econômicos sobre o início da AR em 2.056 sujeitos de pesquisa. Indivíduos sem graduação universitária, trabalhadores com sílica e trabalhadores manuais têm incremento de 40%, 30% e 20% no risco de desenvolver AR, respectivamente.

No cenário nacional, a última edição da *Revista Brasileira de Reumatologia* (Abr 2006; 46(2): 103-9) publica um artigo, Mirhelen Mendes de Abreu, Unifesp, com a avaliação do perfil sociodemográfico, clínico-laboratorial e terapêutico dos pacientes com artrite reumatóide nos últimos 25 anos.

Acompanhe ainda as novidades do estudo epidemiológico nacional sobre esclerose sistêmica (GEPRO), coordenado pelo prof. dr. Percival D. Sampaio-Barros, Unicamp.

■ Revalidação do Título de Especialista

Em breve todas as especialidades médicas deverão recertificar o título de especialista, promovido pela Associação Médica Brasileira, por meio do Conselho Federal de Medicina. Pensando nisso, a atual gestão da SPR desenvolverá um moderno e eficiente sistema de Ensino Continuo à Distância, de atualização quinzenal, disponível no site institucional da SPR.

■ Fórum de Debates ON-LINE

Aqueles que não puderam participar, mensalmente, do Fórum de Debates da SPR, poderão, agora, consultar on-line todos os casos apresentados. A participação de professores e estudantes em sistemas de discussão on-line, desenvolvidos em sites no mundo todo, encontra muita resistência, em razão do receio de emitir opinião incorreta, que acaba, por vezes, inviabilizando o sistema. A solução encontrada por muitos é a adoção de um pseudônimo.

■ Revista Paulista de Reumatologia

Todos os números publicados da RPR estão disponíveis no site para consulta em PDF. A leitura é feita por meio do programa Acrobat Reader. Caso não o tenha instalado em seu computador, há instruções no site de como obtê-lo, gratuitamente.

Envie sugestões e críticas sobre o site, a revista e a programação.

Dê sua opinião. Participe. Envie resumos de artigos para reumatologias@reumatologiasp.com.br

Grupal



O Grupo de Pacientes Artríticos de Porto Alegre (Grupal) foi fundado em março de 1984, constituindo-se no primeiro grupo de auto-ajuda para pacientes reumáticos do Brasil. Com base em seu exemplo e estatutos há, hoje, mais de duas

dezenas de grupos similares em atuação no país. De fato, método organizativo, estatutos e logotipo foram enviados aos novos grupos em formação, em caráter gratuito. Além disso, novos coordenadores de grupos de várias cidades brasileiras nos visitaram para receber treinamento e formação.

Seus associados se compõem de pacientes com as mais variadas doenças reumáticas, seus familiares, simpatizantes e profissionais ligados à área da saúde. O Grupal é uma entidade de utilidade pública municipal, em lei votada pela Câmara de Vereadores de Porto Alegre, embora tenha verbas de dotação orçamentária própria e independente de órgãos governamentais. Trata-se de entidade sem fins lucrativos, uma organização não-governamental, em que os cargos dirigentes não contam com salário ou qualquer verba especial. Para ser membro de sua diretoria, basta ser associado em dia com mensalidades de preço simbólico, e assinar termo registrado em cartório que dá conta de que cargos diretivos não têm remuneração.

As atividades mais importantes do Grupal, até há cerca de dois anos, diziam respeito a reuniões informativas com médicos convidados, grupos de artes e trabalhos manuais, presença em congressos por meio de estandes e palestras, bem como visitas episódicas para representação em Brasília junto ao Ministério da Saúde.

Ultimamente evidenciamos uma forte carência de informações sobre as doenças reumáticas junto à população de nosso país, o que nos levou a um esforço concentrado na produção de material educativo de qualidade para distribuição gratuita ou a preços baixos. Assim, surgiu o livro *Artrites & Reumatismos* em 2005, que não apenas obteve ampla aceitação do público (encontra-se em sua segunda edição), como já foi utilizado inclusive em tribunais de justiça como fonte para informação detalhada em relação a processos que diziam respeito a pacientes reumáticos. Os autores registraram em documento a cessão de todos os direitos para o Grupal. Outros livros estão em preparação, e vários reumatologistas foram convidados para auxílio na tarefa.

No entanto, o lançamento mais importante foi inegavelmente o da *Arthros*, primeira revista de circulação nacional (inicialmente 5.000 exemplares), que visa exclusivamente o público artrítico. Contando com conselho editorial, composto principalmente por médicos de várias especialidades, a *Arthros* vive de seus assinantes e de pequenas inserções de propagandas institucionais,

conforme normas da Anvisa para publicações de saúde visando o público leigo. Artigos recentes e de impacto tiveram como tema a sexualidade do paciente artrítico, osteoporose, medicamentos para reumáticas grávidas e como aliviar a dor da fibromialgia. Há colunas fixas enfocando a criança reumática, os direitos do paciente (aposentadoria por invalidez, lições de imposto de renda para reumáticos, como comprar um carro sem impostos etc) e, em cada edição, um caderno de viagem especialmente construído para o paciente com reumatismos. E não esquecemos, é claro, uma página com notícias das atividades desenvolvidas pelos grupos de outros cantos do Brasil. A *Arthros* vai para seu segundo ano, sendo uma publicação trimestral. Assinaturas, colaborações e contatos podem ser feitos pelo telefone (51) 3028-5646 e pelo e-mail grupalpoa@yahoo.com.

Novas atividades em 2006 são as caminhadas dominicais pró-reumático, em parques da cidade de Porto Alegre, grupo de exercícios Pilates para osteoporose, Tai-Chi-Chuan para fibromialgia e dança terapêutica para reumáticos, todas atividades semanais orientadas por bailarinos e professores de educação física ou fisioterapeutas. A participação efetiva de diversos colegas reumatologistas gaúchos deve ser destacada, proferindo palestras mensais aos associados sobre as diversas doenças reumáticas, seu diagnóstico e tratamento.

Temos certeza que a semente plantada no longínquo 1984 vem tendo cada vez mais ampla aceitação no Brasil, com conseqüente maior responsabilidade de todos os dirigentes envolvidos nos diversos grupos de auto-ajuda de nosso país.

Dr. Carlos Alberto von Mühlen

Presidente do Grupal



I Jornada de Palestras Médicas para Portadores de Doenças Reumáticas

Realizada em 10 de junho no Novotel Jaraguá São Paulo Convention e promovida pelo Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo (Grupasp), a jornada contou com a participação de diversos médicos reumatologistas dos principais centros de ensino de São Paulo, bem como de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social. Os seguintes temas foram abordados: "Artrite Reumatóide" (dra. Rina Neubarth, HSPE; dra. Iêda Laurindo, FMUSP; dr. Dawton Torigoe, Santa Casa de São Paulo; dr. Manoel Bértolo, Unicamp; dr. Jamil Natour, Unifesp, e dr. Rames Mattar Jr., FMUSP), "Artrose" (dr. José Roberto Provenza, PUC-Campinas), "Fibromialgia" (dr. Fábio Jennings, Unifesp) "Espondilite Anquilosante" (dr. Eduardo Meirelles, FMUSP), "Lúpus" (dra. Emília Sato, Unifesp), "Osteoporose" (dr. Cristiano Zerbini, Hospital Heliópolis), "Esclerose Sistêmica" (dra. Virginia Trevisani, UNISA), "Miopatias Inflamatórias" (dr. Luiz Carlos Latorre, Hospital Heliópolis), "Adaptações – Órteses" (terapeuta ocupacional Pola de Araújo, Unifesp-Baixada Santista), "Atividades/Conservação de Energia" (fisioterapeuta Leda Magalhães, Unifesp) e "Benefícios" (assistente social Rosana Soares Bonanho).



Novamente juntos e juntos renovando

Esse foi o mote proposto pela profa. dra. Vera L. Szejnfeld, atual chefe da disciplina de Reumatologia e organizadora do XI Encontro dos Médicos Egressos da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM, ocorrido no Vitória Hotel em Indaiatuba, SP, entre os dias 26 e 28 de maio.

"Novamente juntos" pois, esse evento bienal, que ocorre há mais de 20 anos, permite o reencontro de todos os colegas, membros de uma imensa família. "Juntos renovando", é a essência de um grupo de pessoas que gosta de compartilhar informações científicas, vivências pessoais e, evidentemente, os laços de amizade. Harmonia, franqueza e descontração permearam um ambiente de alto nível científico. As palestras ministradas, os casos discutidos e as fotografias do evento estão à disposição no site da Unifesp/EPM. Confira!

O *staff* da disciplina de Reumatologia está de parabéns.



XI ENCONTRO DOS MÉDICOS EGRESSOS DA DISCIPLINA DE REUMATOLOGIA DA UNIFESP/EPM: (1) A Jovem Guarda: Hilton Nogueira Jr., Luciana Orsini, Vera Szejnfeld, César Baakline, Edgard Reis, Jeanne Yang, Flávia Machado, Luís Eduardo Andrade, Emília Sato, Manoel Neves Jr., Orozimbo, Felipe Omura, Abel Pereira e Marcelo Correia; (2) A Velha Guarda: Edmilson Vieira, Benedito Espírito Santo, Eduardo Martinez, Clovis Magon, César Baakline, Sílvia Cury, Roberto Calixto, Emília Sato, Orozimbo, Luís Eduardo Andrade e Abel Pereira; (3) Fabio Jennings, Vera Szejnfeld, Emília Sato e Luciana Orsini



ANIVERSÁRIO

Em 11 de agosto nosso querido editor Fábio Jennings fez aniversário e aproveitou a data para se despedir dos inúmeros amigos de São Paulo. É que ele fará um curso de especialização na área de Medicina do Esporte, na Universidade de Stanford, Califórnia. Boa sorte, caro amigo!

Jornada de Reumatologia de Botucatu

Ocorrida em 1.º de junho, foi organizada pelo dr. Oswaldo Melo da Rocha (Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp) e pela SPR, com o apoio da Associação dos Médicos Residentes de Botucatu e do Centro Acadêmico Pirajá da Silva. O evento foi dedicado inteiramente ao tema osteoporose, abrangendo-se desde a infância, por meio da participação da prof.ª dra. Rosa Maria Pereira (FMUSP) até o adulto, com a participação, em clínica e diagnóstico, do prof. dr. Oswaldo Melo da Rocha (FMB/Unesp); em terapêutica medicamentosa, do prof. dr. Cristiano Zerbini (Hospital Heliópolis); e não medicamentosa, do prof. dr. Ari Radu (FMUSP). É importante ressaltar a ativa e bela participação da presidente, dra. Taciana de Albuquerque Fernandes (FMB/Unesp), da moderadora, dra. Marina Canineu Brandão (FMB/Unesp) e da debatedora da mesa, dra. Juliana Waldeman (FMB/Unesp), que tanto engrandeceram o evento.



JORNADA DE REUMATOLOGIA DE BOTUCATU: (1) A partir da esq., dr. Ari Stiel Radu, dra. Rosa Maria Rodrigues Pereira, dra. Marina Canineu Brandão, dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini, dr. Oswaldo Melo da Rocha, dra. Juliane Waidemam e dra. Taciana de Albuquerque Pedrosa Fernandes; (2) Visão geral da platéia

Carta de Brasília

Os presidentes do Grupo de Pacientes com Artrite Reumatóide de Ribeirão Preto (Grupar-RP), José Marcos Rodrigues dos Santos, e da Associação Brasileira de Pacientes Artríticos (Abrapar), Abigail Gomes Silva, bem como diversos representantes das duas associações, estiveram em Brasília nos dias 10, 11 e 12 de julho, com o objetivo de solicitar a inclusão de medicamentos para tratamento de doenças reumáticas e do tecido conjuntivo à lista do SUS, e para tratar de outras reivindicações.

Após exposição do atual cenário dos pacientes artríticos em busca de medicamentos de alto custo, os representantes das duas associações entregaram a "Carta de Brasília", de autoria da dra. Fabiola Reis de Oliveira e do dr. Marcos Felipe (Faculdade de Medicina da USP, Ribeirão Preto), e um abaixo-assinado a parlamentares e representantes do Ministério da Saúde.

Além disso, participaram de audiências com Ana Márcia Messeder, coordenadora de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde; senador Tião Viana (PT/AC); Paulo Kepler, assessor do senador Álvaro Dias (PSDB/PR); deputado federal Darcísio Perondi (PMDB/RS), integrante da Frente Parlamentar da Saúde; e com a deputada federal Ângela Guadagnin (PT/SP). De modo geral, os representantes do Governo Federal informaram que estavam conscientes da necessidade de revisão do programa de medicamentos excepcionais e dos protocolos clínicos utilizados e afirmaram que foram publicadas portarias para a implementação de melhorias nas práticas de assistência à saúde a pacientes com doenças reumáticas. Ademais, prometeram criar comissões para agilizar o processo de liberação de medicações de alto custo pelo SUS, bem como aquisição de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento. Comprometeram-se ainda em discursar em plenário sobre a causa do grupo e suas necessidades; agendar audiência com o Ministro da Saúde para acelerar o processo e verificar a legislação da área para apresentar dois projetos de lei: acesso gratuito aos medicamentos e enquadramento dos pacientes reumatóides com deformidades como deficientes físicos. Promessas houve. Vamos agora ficar atentos e na cobrança.



CONCURSO

No próximo Congresso Brasileiro de Reumatologia, não esqueça de visitar a Exposição de Obras de Arte e votar em sua obra favorita. A obra vencedora será a capa da edição de out./dez. 2006 da RPR. Participe!

Agenda 2006



NACIONAIS

XXVI Congresso Brasileiro de Reumatologia

XII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 6 a 9 de setembro de 2006

Local: Campinas – SP

Contato: sbre@terra.com.br

I Curso de Revisão em Reumatologia

Data: 6 e 7 de outubro de 2006

Local: Associação Paulista de Reumatologia, São Paulo, SP

Organização: SPR

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

E-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Ação Reumato

Data: 3 de dezembro de 2006

Local: Parque do Ibirapuera, São Paulo, SP

Organização: SPR

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

E-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

INTERNACIONAIS

Panlar 2006

Data: 19 a 23 de agosto de 2006

Local: Cusco, Peru

Contato: www.panlarperu.org

ACR 2006

Data: 10 a 15 de novembro de 2006

Local: Washington-DC, EUA

Contato: www.rheumatology.org

Fórum de Debates

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

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

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

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

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

Quarto Fórum de Debates (7 de junho de 2006)

Na última reunião do primeiro semestre, foram discutidas as evidências atuais e a vivência clínica do uso de micofenolato de mofetil na nefrite lúpica e granulomatose de Wegener.

Tema: “O Uso de Micofenolato de Mofetil em Reumatologia”.

Coordenação: prof. dr. José Carlos Mansur Szajubok (HSPE) e prof. dra. Nafice Costa Araújo (HSPE).

Debatedores: prof. dr. Alexandre Wagner S. Souza (Unifesp/EPM) e prof. dr. Eduardo Ferreira Borba Neto (HCFMUSP).

Quinto Fórum de Debates (2 de agosto de 2006)

Foi implantada, em caráter experimental e com sucesso, a transmissão por audioconferência — sistema Aulavox — dos fóruns de debates da SPR. Muitos participantes do litoral e do interior opinaram e expuseram suas dúvidas aos palestrantes e toda a comunidade científica presente na sede da AMB. A reumatopediatria enfatizou diversos aspectos para a visão clínica de consultório — diagnóstico e terapêutica — para o reumatologista, como “Dor em membros”, “Artrite idiopática juvenil”, “Lúpus eritematoso sistêmico juvenil” e “Osteoporose na infância”.

Tema: “Reumatologia Pediátrica: Temas de Interesse para o Reumatologista”.

Coordenação: prof.ª dra. Maria Odete E. Hilário (Unifesp/EPM) e prof.ª dra. Maria Teresa Terreri (Unifesp/EPM).

Debatedores: prof. dr. Clovis Artur A. Silva (Icr-FMUSP), prof.ª dra. Rosa Maria R. Pereira (HC-FMUSP) e prof. dr. Claudio A. Len (Unifesp/EPM).

Participe das próximas reuniões e reúna amigos reumatologistas de sua cidade ou serviço. Programe-se:

• 4 de outubro – Sexto Fórum de Debates

• 8 de novembro – Sétimo Fórum de Debates



QUARTO FÓRUM DE DEBATES: (1) A partir da esq., dr. Ari Stiel Radu, dr. Eduardo Ferreira Borba Neto, dr. José Carlos Mansur Szajubok, dr. Alexandre Wagner Silva de Souza, dra. Nafice Costa Araújo e dr. Marcel Eduardo Pimenta; (2) Visão geral da platéia; QUINTO FÓRUM DE DEBATES: (3) A partir da esq., dr. Jozélio Freire de Carvalho, dr. Ari Stiel Radu, dr. Claudio A. Len, dra. Maria Teresa Terreri, dra. Maria Odete E. Hilário, dra. Rosa Maria Rodrigues Pereira e dr. Clovis Artur A. Silva