

ISSN 1809-4635

# Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 5 N.º 1 jan/mar 2006



EDIÇÃO ESPECIAL:  
RIO DE JANEIRO

Registro	3
Editorial	4
Reabilitando o Reumatologista	5-7
Rheuma	8
Entrevista	9-12
Artrófilo	14-15
Grupos de Apoio	17
Ética	18
Noticiário	19-21
Agenda	22

## Sociedade Paulista de Reumatologia

### DIRETORIA EXECUTIVA 2006/2007

#### Presidente

Ari Stiel Radu

#### Vice-Presidente

Luiz Carlos Latorre

#### 1.º Secretário

Jozélio Freire de Carvalho

#### 2.º Secretário

Sandra Hiroko Watanabe

#### 1.º Tesoureiro

Daniel Feldman Pollak

#### 2.º Tesoureiro

Fernanda Rodrigues Lima

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

#### Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudio Arnaldo Len

#### Site

José Knoplich, Roberto Ezequiel Heymann, Romy Beatriz Christmann

#### 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

## ETCetera Editora de Livros e Revistas

#### Direção Editorial

Kleber Kohn

#### Coordenação Editorial

Sílvia Souza

#### Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

#### Endereço para correspondência

Rua Caraibas, 176, Casa 8, Pompéia, CEP 05020-000, São Paulo, SP  
Fone: (11) 3673-5095, Fone/Fax: (11) 3868-2799  
E-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br  
Empresa filiada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

## Palavra do Presidente

Desde 2002, quando participei pela primeira vez da Sociedade Paulista de Reumatologia, a convite do Dr. Jamil Natour, venho nutrido uma profunda admiração por esta sociedade que tem sido um verdadeiro exemplo de competência e transparência administrativa. A sua e outras gestões, como a do Dr. Manoel Barros Bértolo, construíram firmes propósitos e deixaram uma situação financeira confortável para uma sociedade de especialidade relativamente pequena como a nossa. Some-se a isso um saudável espírito de união e será possível imaginar o tamanho do desafio que tenho pela frente.

Principalmente se considerarmos que é preciso conciliar o caminho de sucesso que temos trilhado, mas, ao mesmo tempo, enfrentar problemas antigos de difícil solução. A reumatologia permanece uma especialidade médica pouco conhecida do grande público, o atendimento às doenças reumáticas ainda é precário e tardio, principalmente junto à população carente. O mercado de trabalho tem se deteriorado em todas as especialidades clínicas como a nossa... Questões como essas, porém, não devem em nenhum momento nos desanimar, muito pelo contrário.

Ao mesmo tempo em que escrevo estas linhas, já conto com o auxílio de uma diretoria competente e representativa trabalhando para alcançar nossos objetivos: chamar atenção para a nossa especialidade; atrair mais reumatologistas para a SPR; ampliar nosso mercado de trabalho; divulgar e encontrar opções diversificadas e melhorar o atendimento reumatológico à população carente do Estado.

É por isso que as opiniões e sugestões de todos os membros da SPR serão sempre bem-vindas e essenciais na luta contra estas dificuldades crônicas. É preciso encará-las com otimismo e criatividade. Conto com vocês. Contem comigo.

**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





# Editorial

## Rio Sem Parar

Chegar ao Rio, de avião ou de navio, sempre é um espetáculo de encantar os olhos. É um postal natural visto de qualquer ângulo, que provoca alterações de humor e de sensibilidade tanto em cariocas quanto em estrangeiros. O primeiro exemplo dessa alteração de percepção aconteceu no verão de 1502, quando os experientes navegadores Gonçalo Coelho e Américo Vespúcio confundiram a baía de Guanabara com a foz de um rio. E, como era 1º de janeiro, chamaram o lugar de Rio de Janeiro.

Ah! Mas o Rio é mais que janeiro e não parou nos últimos três anos. A reumatologia fluminense fomentou diversos eventos regionais, nacionais e internacionais que fortaleceram a reumatologia brasileira. E esta edição da *Revista Paulista de Reumatologia* rende as melhores homenagens aos cariocas. Nesta edição, você também vai conhecer um pouco mais sobre os novos presidentes da SBR e da SPR, bem como os novos critérios de Recertificação profissional e as principais pesquisas de pós-graduação desenvolvidas no Rio de Janeiro. Uma nova seção foi criada, Artrófilo, com o objetivo de esclarecer dúvidas de nossos leitores e resgatar um dos antigos nomes da *RPR*. A seção Reabilitando o reumatologista continua e abordará os procedimentos em nossa especialidade.

Cariocas são bonitos, cariocas são bacanas, cariocas são sacanas, canta Adriana Calcanhoto. Carioca quer dizer casa de branco em tupi-guarani, mas essa definição está longe de traduzir ou definir a alma desse povo. O gaúcho nasce no Rio Grande do Sul, o potiguar no Rio Grande do Norte e o capixaba no Espírito Santo, mas você não precisa nascer no Rio para ser carioca. Ser carioca é, antes e acima de tudo, um estado de espírito. Basta, apenas, deixar seduzir-se pela magia de Copacabana ou da Urca e pelas músicas de Cazuza e Vinícius de Moraes. Se isso ocorrer, não se desespere: você é mais um carioca que habita este planeta e logo estará torcendo pelo Flamengo, sendo baterista do Salgueiro, amigo de Tom, pretendente a amigo de Narcisa e íntimo de globais na Barra. O carioca tem dragão tatuado no braço e a carioca, corpo dourado do sol de Ipanema. O carioca é lúdico e livre por mais que o prendam. Ser carioca é ser Leila Diniz e ser malandro na melhor concepção da palavra.

Nada tem mais a cara do Rio do que a sociabilidade e sensualidade da praia durante o dia e o amor, que tudo pode, à noite. Não existe lugar com tantos *flamboyants* ou amendeiras como o Rio. Nos calçadões e botequins cariocas, é fácil ouvir Dolores, Angela, Elizeth, Ary Barroso, Chico Buarque, Noel, Emilinha e Marlene, as rainhas da eterna Rádio Nacional. A cara do Rio também é passear pela bucólica Santa Teresa, pela charmosa Glória ou pela aristocrática Laranjeiras. É saltar da Gávea, ir

ao aterro do Flamengo, andar de bondinho pelo Pão de Açúcar ou tomar banho nas águas da Princesinha do Mar. É tomar suco de frutas nas calçadas do Leblon ou beber chope nos botequins da Lapa. É ver o tom alaranjado da hora mágica na pedra do Arpoador. É comer biscoitos Globo nas areias do posto 9 e pronunciar todos os “esses” que o sotaque permitir, pois carioca que é carioca adora falar no plural.

O Rio dita o bom gosto, moda, padrões estéticos, maneira de viver e de agir de todos os brasileiros. É a vanguarda nacional ao mesclar o urbano e o moderno. Rio é carnaval, cor e verão; é a primeira pessoa do verbo rir em seu mais belo significado; é bossa nova, *réveillon* e o saudosismo dos cassinos dos anos 50; é boemia dos Arcos da Lapa com Noel Rosa e Francisco Alves. É onde a Família Real reside e a Lei Áurea foi proclamada e pela primeira vez o bonde elétrico foi utilizado no Brasil; é onde pode existir *glamour* no jogo do bicho; é a sede da Casa da Moeda e onde foi fundado o primeiro Banco do Brasil. É onde serão realizados os Jogos Pan-Americanos em 2007.

O Rio tem lugares com nomes muito diferentes. Nunca consegui entender bem o significado do bairro do Catete, Serra dos Órgãos, Pico das Agulhas Negras, Canal do Cantagalo, Botafogo e Babilônia. Se Deus é brasileiro não sei, mas tenho quase certeza que ele mora lá pelo lado do Rio, visto que não há local com mais homenagens a Ele do que o Rio – Corcovado, Dedo de Deus e Jardim de Alah. Por outro lado, lá também pode ser o Rio 40 graus, purgatório da beleza e do caos, como disse Fernanda Abreu.

Diversos são seus filhos que imortalizaram essa cidade em letras, livros, canções, ruas, becos, bebidas e em todas as expressões do sensível. Difícil citar todos, mas não há como esquecer de Cássia Eller, Marina Lima, Marisa Monte, Tim Maia, Manuel Bandeira, Gonzaguinha, Fernanda Montenegro, Danuza Leão, Villa-Lobos, Niemeyer, Paulinho da Viola, Jorge Benjor, Cecília Meireles, Machado de Assis, Olavo Bilac e Lima Barreto.

Em meu passeio imaginário, as tragédias e mazelas que assolam a cidade maravilhosa não são permitidas, pois o que desejamos é o Rio que vem em ondas como o mar.

Como cantou Dolores, o Rio ainda está a brilhar, ainda está a dançar... Agora fico aqui em São Paulo com saudade e vontade de voltar, como num barquinho que desliza no verde do mar do Rio.

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

# Infiltrações Intra-Articulares

## Considerações Técnicas Iniciais – Membro Superior

Rita Furtado<sup>(1)</sup>, Jamil Natour<sup>(2)</sup>

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

As infiltrações intra-articulares (IIA) são recursos valiosos para o médico no tratamento de enfermidades articulares ou periarticulares refratárias. Esses procedimentos podem ser realizados às cegas, no consultório médico, ou, com auxílio de imagem, habitualmente em ambiente hospitalar. Para o sucesso das IIA é necessário que o espaço intra-articular seja adequadamente atingido, e isso é facilmente comprovado com a visualização do refluxo de líquido sinovial.

Para otimização do efeito desses procedimentos algumas considerações prévias devem ser lembradas. Na quase totalidade das infiltrações o paciente deve encontrar-se em decúbito dorsal e em repouso, com o objetivo de evitar intercorrências, principalmente disautonomias durante o procedimento.

É muito importante a utilização de seringas de rosca para a realização das IIA. Quando bem conectadas à agulha, evitam a soltura e a perda do conteúdo a ser infiltrado em procedimentos nos quais haja difícil penetração do líquido no ambiente intra-articular. O uso de anestésico para bloqueio regional habitualmente é desnecessário e aumenta o desconforto local no momento da penetração cutânea da agulha utilizada em uma infiltração intra-articular bem sucedida. A seringa com corticosteróides deve conter 0,5 a 1ml de ar, pois ao ser injetado, no final do procedimento, serve para preencher o túnel deixado pela agulha e evitará o refluxo cutâneo do corticosteróide injetado e suas consequências.

As IIA com corticosteróides devem ser realizadas com hexacetonida de triancinolona (HT) na intenção de se provocar uma sinovectomia química, pois se trata do corticosteróide com o melhor efeito anti-inflamatório e atroficante de acordo com a literatura. Outros produtos podem estar indicados para esse procedimento, como o ácido hialurônico para viscosuplementação e fármacos radioisotópicos para sinovectomia radioisotópica.

O paciente deve ser lembrado, antes da realização de uma infiltração intra-articular, de permanecer em repouso articular por no mínimo 48h após a

intervenção na tentativa de se retardar a absorção do produto injetado.

### Articulação acrômio-clavicular

Esta é uma articulação de difícil infiltração às cegas pela dificuldade de se palpar sua interlinha articular. Deve ser utilizada uma agulha de insulina ou 25x7mm, em casos de paciente obeso, e pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de até 1ml. O paciente deve estar sentado, de preferência com apoio dorsal, tendo o membro superior pendente em posição neutra. Como reparo anatômico deve-se considerar a própria interlinha articular uma depressão que é percebida palpando-se a face superior da clavícula até o término do seu terço lateral. A agulha deve penetrar nesta depressão, perpendicularmente na direção súpero-distal.

### Articulação gleno-umeral

Como qualquer articulação sinovial, a articulação gleno-umeral é envolvida por uma cápsula articular que neste caso é extensa, o que facilita a introdução de medicação no seu ambiente intra-articular uma vez ultrapassada a sua cápsula. Deve ser utilizada uma agulha 40x8mm e pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de até 4ml. O paciente deve estar deitado, preferencialmente, em decúbito dorsal ou sentado com apoio dorsal, tendo o membro superior estendido, com a mão em posição de supinação máxima. Como reparo anatômico deve-se considerar o processo coracóide. A agulha deve penetrar aproximadamente 1cm lateral e inferiormente ao processo coracóide na intenção de encontrar ou tocar a própria cabeça umeral em uma região revestida pela cápsula articular e não a interface gleno-umeral, que é muito profunda (Figura 1). A direção da agulha deve ser ântero-posterior. Uma vez no ambiente intracapsular, testa-se a resistência local com a lidocaína, em caso de infusão sem resistência, refluxo da lidocaína ou do próprio líquido sinovial, pode-se introduzir o corticosteróide.



Figura 1 – Infiltração intra-articular do ombro

### Cotovelo

Na abordagem às cegas do cotovelo, é mais prático e de menor risco dar preferência à abordagem lateral desta articulação. Neste caso a intenção é atingir o ambiente intra-articular rádio-umeral. A agulha a ser utilizada é a 30x7mm e pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de até 3ml. O paciente deve estar deitado em decúbito dorsal com o cotovelo fletido a 45°-90°, com o antebraço em pronação e a mão sobre o abdome. Para manter esta posição deve-se ter um apoio sob o cotovelo. O ponto de entrada da agulha deve ser no centro de um triângulo equilátero formado pelos seguintes reparos anatômicos: epicôndilo lateral, olécrano e um ponto imaginário equidistante (Figura 2). A direção da agulha deve ser a do centro da articulação do cotovelo.



Figura 2 – Infiltração intra-articular do cotovelo

### Punho

O punho pode ser infiltrado distalmente ao rádio, distalmente à ulna, no médio carpo ou ainda pela articulação rádio-ulnar distal. Os recessos articulares do punho são vários e habitualmente muito superficiais. Portanto, não é necessária uma agulha longa para a realização de uma infiltração intra-articular nesta articulação. Utiliza-se uma agulha de 25x7mm e pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de até 1,5-2ml, dependendo do porte da articulação e da exuberância da sinovite em questão. A utilização da lidocaína, em uma seringa separada, prévia à infusão do corticosteróide é muito importante nesta articulação. Este anestésico é útil não só para anestesia local, mas principalmente para se observar a resistência à entrada do líquido e o refluxo do mesmo, o qual garante a localização da agulha no ambiente intra-articular. O paciente deve estar deitado em decúbito dorsal com o antebraço e a mão pronados e o punho em posição neutra sobre a maca.

O reparo anatômico a ser considerado para entrada da agulha é a fosseta dorsal do carpo, depressão dorso-medial do punho correspondente ao espaço radiocárpico (Figura 3). A agulha deve ser introduzida por via ântero-posterior e perpendicularmente à pele. Após a sensação de passagem da agulha entre duas superfícies ósseas, principalmente se observarmos algum refluxo, do anestésico ou do líquido sinovial, a HT pode ser infundida.



Figura 3 – Infiltração intra-articular do punho



### Primeira articulação metacarpo-cárpica

Esta é uma articulação de difícil abordagem às cegas pela dificuldade da palpação de sua interlinha articular. Habitualmente, utiliza-se agulha de insulina e pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de até 1ml. A utilização de uma seringa de rosca é fundamental para evitar a desconexão da agulha, tendo em vista que a penetração do líquido infiltrado normalmente sofre uma resistência maior neste local. O paciente deve estar deitado em decúbito dorsal com o antebraço e a mão em posição neutra, ou seja, com a superfície ulnar da mão encostada na maca. A interlinha articular desta articulação é uma pequena depressão localizada proximalmente à base do 1º metacarpo e radial à tabaqueira anatômica (Figura 4). A agulha deve ser introduzida nesta depressão perpendicularmente à pele na direção rádio-ulnar.



Figura 4 – Infiltração intra-articular da primeira carpo-metacárpica

### Articulação metacarpo-falangeana

A abordagem destas articulações para uma infiltração intra-articular pode ser realizada pela face radial, de mais fácil acesso, mas sujeita a acidentes mais frequentes, dada a frouxidão da bandaleta radial, ou pela face ulnar, de mais difícil acesso, porém mais segura.

Do mesmo modo que na primeira metacarpo-cárpica, utiliza-se agulha de insulina. Pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de 0,5-1ml dependendo da sinovite. O paciente deve estar deitado em decúbito dorsal com o antebraço e a mão pronados sobre a maca. Deve-se tracionar com a mão o quirodáctilo em questão para evidenciá-lo visualmente ou através do tato da interlinha articular (Figura 5). A agulha deve ser introduzida neste ponto, lateralmente ao complexo extensor (ulnar ou radialmente), e nunca através deste.



Figura 5 – Infiltração intra-articular das metacarpofalangeanas

### Articulações interfalangeanas

É muito difícil promover a introdução da agulha na interlinha articular desta articulação, mesmo em situações de sinovite. Portanto, deve-se tentar uma estratégia mais fácil, puncionar o recesso capsular dorsal desta articulação. Utiliza-se agulha de insulina com seringa de rosca e pode ser introduzido no ambiente intra-articular um volume de HT de 0,3-0,5 ml dependendo da sinovite. A posição do paciente é mais uma vez em decúbito dorsal com o antebraço e a mão pronados sobre a maca. A articulação deve estar minimamente fletida e o quirodáctilo deve ser tracionado distalmente. Apesar de raramente visível ou palpável, a interlinha articular encontra-se habitualmente sob a prega média da superfície extensora da articulação interfalangeana. A agulha deve ser introduzida no cruzamento desta prega com uma linha vertical imaginária de encontro da face dorsal com a face lateral do dedo (Figura 6). A direção da agulha deve ser perpendicular ao maior eixo do quirodáctilo, quase horizontalmente, com intenção de passar por baixo do complexo extensor.



Figura 6 – Infiltração intra-articular das interfalangeanas

## Hanseníase de Lúcio, Fenômeno de Lúcio e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido

**Luna Azulay Abulafia**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Orientadores: Maria Leide Wand Del Rey de Oliveira e Roger Abramino Levy

O fenômeno de Lúcio (FL) ocorre em pacientes com lepra de Lúcio (LLu). Para alguns autores, as lesões cutâneas observadas e sua histopatologia sugerem um substrato trombótico/oclusivo, enquanto, para outros, trata-se de vasculite leucocitoclástica. A semelhança das manifestações cutâneas do FL e da síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF) motivou o presente estudo, a fim de melhor caracterizar clínica, laboratorial e histopatologicamente a LLu e o FL, correlacionando este último com a SAF. Sete pacientes com LLu e FL foram submetidos à avaliação clínica, detecção de anticorpos anticardiolipina (aCL), com a verificação da dependência ao cofator da coagulação  $\beta 2$ -GP1 em seis deles, e foram realizadas biópsias de pele coradas pela hematoxilina-eosina (HE) e Fite-Faraco. Todos apresentaram quadro clássico de LLu com FL, sem sinais

de reação hansênica. Um paciente apresentava incapacidade física grau 1, e seis, grau 2. Sete pacientes apresentaram um critério clínico, e cinco deles, um critério laboratorial para SAF. A detecção de aCL dependente de  $\beta 2$ -GP1 foi positiva em seis pacientes. Quatro tinham fatores de risco para trombose. Os exames histopatológicos mostraram trombo nos vasos, obliteração/proliferação endotelial e espessamento da parede, além dos achados próprios da LLu. Não foi encontrada vasculite leucocitoclástica. O FL regrediu apenas com a poliquimioterapia para multibacilares (PQT-MB). O padrão clínico encontrado nesse estudo é idêntico àquele descrito por Lúcio e Latapi. Os achados laboratoriais e histopatológicos do FL revelaram aspectos semelhantes aos encontrados na SAF, sugerindo que o FL poderia ser uma forma de SAF secundária à LLu.

## Avaliação da Frequência de Trombose e Estudo de Fatores Trombogênicos Identificados em Pacientes da Unidade I do Instituto Nacional do Câncer

**Ernesto de Méis**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Orientador: Roger Abramino Levy

O aparecimento de eventos trombóticos em pacientes com câncer ocorre com incidência acima daquela estimada, isto por que a trombose é subdiagnosticada neste grupo de pacientes. Esse estudo tem como objetivo identificar a frequência de eventos trombóticos diagnosticados em pacientes do HC1 (Instituto Nacional do Câncer) no período de 30 meses e correlacionar com os seguintes fatores de risco: faixa etária, presença de anticorpos antifosfolípeos, níveis de fatores da coagulação. O estudo mostrou uma alta frequência de tromboes diagnosticadas na instituição (477 eventos de tromboes venosas e arteriais e 39 eventos de tromboembolismo pulmonar). Não houve diferença no risco de trombose

nas três faixas etárias avaliadas (até 18 anos, 19 a 59 anos e acima de 59 anos), a presença de anticorpo anticardiolipina não aumentou o risco de tromboes, porém a presença de anticoagulante lúpico aumentou o risco de tromboes em mais de três vezes. Dos 81 pacientes estudados no ambulatório em razão de suspeita de distúrbio da hemostasia pelos exames de triagem, a maioria apresentava níveis de fatores de coagulação normais ou acima do normal, sendo que acima de 50% deles com níveis trombogênicos de fibrinogênio, fator VIII ou fator IX. Porém, apesar do aumento dos níveis de fatores de coagulação, não houve um aumento na frequência de trombose neste grupo de pacientes.

# Entrevista

## PRESIDENTES

Janeiro e setembro de 2006 marcam o início das gestões do Dr. Ari Stiel Radu e Dr. Fernando Neubarth na presidência da SPR e SBR, respectivamente. A seguir, você conhecerá um pouco mais sobre essas duas importantes personalidades de nossa especialidade.



**Ari**, 45 anos, paulista, leonino, judeu, esportista e pragmático. Filho de Jonel e Esther, pai de Eric e Alex, casado com Cláudia há 11 anos. Torcedor fanático do São Paulo Futebol Clube. Tem ascendência polonesa, alemã e croata. Graduado em Medicina pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1984). Fez residência em Clínica Médica na Santa Casa (1985-86) e em Reumatologia no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (1987-88). Concluiu o mestrado e o doutorado em Reumatologia pela USP em 1993 e 1999, respectivamente. Exerce atividades acadêmicas no HCFMUSP como professor e coordenador do ambulatório de doenças da coluna vertebral e de vasculites do serviço de Reumatologia. Foi segundo vice-presidente da SPR no período de 2002-03; vice-presidente da SPR (2004-05) e é presidente do comitê de coluna vertebral da SBR (2005-06). É coordenador do curso de reumatologia para alunos do 2º e 4º ano da Faculdade de Fisioterapia da USP. Dedicar-se ao consultório e às atividades acadêmicas equitativamente. Participou da edição de vários livros e artigos publicados na área de coluna vertebral e vasculites e, mais recentemente, tem se destacado na medicina esportiva.



**Fernando**, 46 anos, gaúcho, aquariano, glutão, simpático, filósofo por natureza. Filho de Roberto Armando e Adélia, pai de Bibiana, Larissa e Luísa, casado com Suzel há 22 anos. Torcedor do Grêmio, sem muito alarde, mas com a convicção de que o time ostenta, entre tantos títulos, o de Campeão do Mundo. De ascendência germânica e de família nobre, descendente de um remoto “Marquês de Cessford”, dos arredores de Edimburgo. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre (1983). Fez residência em Clínica Médica (1984-85) e em Reumatologia (1986-87) no Hospital de Clínicas de Porto Alegre da UFRGS. Foi editor do *Boletim da SBR* de 1994 a 2004, com muito orgulho e devotado prazer. Publicou dois livros de contos, *Olhos de guia* e *A sombra das tílias*; um de crônica, *Memória das Luzes* e participação em torno de vinte antologias. Foi professor de Reumatologia para alunos dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional por 17 anos. Atua como supervisor de residência médica, área de reumatologia, num serviço que há 30 anos foi pioneiro na residência em Medicina Geral Comunitária, hoje Programa de Saúde da Família. Atua ainda no C.S. Murialdo, como preceptor no serviço de residência médica da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul e junto ao serviço de recursos humanos do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Em hospitais, Moínhos de Vento e Mãe de Deus, na internação. Participa do Programa de Educação Continuada de Reumatologia para Clínicos da UFRGS. Dedicar-se também ao consultório. Do ponto de vista afetivo e no modelo de condutas, busca manter a ligação à origem da formação, o Serviço de Reumatologia do Hospital de Clínicas.





**Revista Paulista de Reumatologia – O que significa ser presidente da SPR/SBR para você?**

**Ari Stiel Radu** – Um desafio pessoal, mas também um grande prazer.

**Fernando Neubarth** – Uma honra. De forma sincera e verdadeira. E espero fazer disso uma boa lembrança, também para os colegas que estarei representando durante a gestão. Entendo que mais do que ser presidente, importa ser “ex-presidente”. Ter conseguido fazer-se digno da imensa responsabilidade de bem representar cada membro dessa admirável elite, no melhor sentido da acepção, da medicina brasileira.

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

**Ari** – Chamar atenção para a nossa especialidade tão pouco conhecida; atrair os reumatologistas de consultório, não ligados aos grandes centros acadêmicos, para dentro da SPR; ampliar o mercado de trabalho do reumatologista em São Paulo, divulgar (e encontrar) opções diversificadas de trabalho; ampliar e melhorar o atendimento reumatológico à população carente.

**Fernando** – A condição de presidente-eleito permite o aprimoramento de propostas. Não pretendo revolucionar nada, muito tem sido feito há inúmeras gestões. As linhas básicas devem ser mantidas: ensino, educação médica continuada, representatividade junto às entidades de classe. Entendo que a SBR precisa, no entanto, aproximar-se mais do associado, criar canais que nos permitam encontrar na entidade uma agregadora e facilitadora para os anseios comuns. Tenho elaborado e recebido sugestões interessantes, muitas factíveis. Sem rebuliços ou sobressaltos.

**RPR – O que o reumatologista pode esperar de melhoria na sociedade?**

**Ari** – A SPR é um exemplo de sociedade de especialidade para todo o Brasil. Ela tem sido dirigida de forma extremamente competente há vários anos e o resultado desse trabalho é uma sociedade transparente, em crescimento contínuo, apesar das grandes dificuldades da especialidade no mundo inteiro. A maior ambição de qualquer presidente da SPR é poder trazer novidades que venham favorecer a classe dos reumatologistas e transformar a sociedade em um órgão representativo dos reumatologistas como um todo, não apenas daqueles ligados aos grandes centros acadêmicos. É preciso ver a sociedade como a Sociedade Paulista de Reumatologia e não a Sociedade Paulista “dos serviços universitários” de Reumatologia. Acredito que os grandes centros acadêmicos exerçam uma liderança importante e necessária dentro de qualquer especialidade, mas é preciso compreender também a realidade periférica aos centros acadêmicos. Esta meta não é tão simples. Em geral, o médico não ligado aos grandes centros está isolado em seu microcosmo, sem muitos canais

de comunicação com o restante da reumatologia. No entanto, acredito que esta meta seja muito importante para o fortalecimento da reumatologia como especialidade.

**Fernando** – Acho que ninguém deve “esperar” melhorias, entendendo que podemos e devemos concretizá-las juntos. A busca de uma maior aproximação com a SBR é caminho de dupla via. O que posso prometer é apenas boa e muita vontade de acertar.

**RPR – O que a SPR/SBR evoluiu nesses últimos dez anos?**

**Ari** – A Jornada Avançada, iniciada em 1994, durante a gestão do Dr. Daniel Feldman, foi um marco na SPR. Trata-se de uma jornada com características próprias, e única no Brasil. Ela tem atraído cada vez mais profissionais, inclusive um grande número de fora do Estado de São Paulo. Nos últimos quatro anos, a SPR recebeu um importante aumento no número de associados. Outra importante melhoria foi a inauguração de nosso site e, principalmente, a evolução da nossa *Revista* – cada vez mais competente e interessante.

**Fernando** – Muito tem sido feito na tentativa de valorização do reumatologista. É um processo, deve continuar sendo construído. Quem viveu esses anos, viu muitos acertos e alguns erros. Aprender com isso é evoluir. Coisas boas foram realizadas e verdadeiros desastres foram evitados, tudo na dependência do engajamento societário de alguns. Esse interesse pela SBR deve ser estimulado. Mas é preciso que o associado sinta “na real” que isso vale a pena.

**RPR – Na sua opinião, qual o papel do reumatologista nos próximos dez anos?**

**Ari** – Pergunta muito importante. Acho que isso depende muito daquilo que nossa geração vai fazer agora. A reumatologia, assim como diversas especialidades clínicas, está atravessando um momento de crise. As crises são essenciais para gerar mudanças naqueles que pretendem sobreviver. É preciso uma certa união das especialidades clínicas no sentido de valorizar o ato médico da consulta, mas é preciso também que a reumatologia encontre seus próprios caminhos. Ignorar o problema pode ser muito cômodo para nossa geração, mas trará consequências importantes no futuro. Como reumatologistas, podemos seguir diversos caminhos distintos na vida acadêmica, ciência básica, clínica médica, pesquisa clínica, etc. Isso tudo abordando muitos aspectos da medicina, como doenças do aparelho locomotor, doenças auto-imunes, dor crônica, processos de envelhecimento, só para citar alguns. Isso traz uma grande área de convergência com outras especialidades médicas e com os caminhos que a ciência vem abrindo a cada ano que passa. É preciso pensar a reumatologia com visão ampla de suas potencialidades e com um olho no futuro da medicina como um todo.

**Fernando** – Acredito que possamos ser mais valorizados pela característica de “médicos clínicos por excelência”.



Entendo que o conhecimento de “generalistas” sempre nos propiciou a fama de bons diagnosticadores. Os avanços e as novas perspectivas terapêuticas nos tornarão mais resolutivos.

**RPR – Qual a sua opinião sobre a recertificação profissional?**

**Ari** – Acredito que a recertificação profissional é um avanço necessário de grande importância para preservar a qualidade do exercício da medicina, frente à atual velocidade dos avanços no conhecimento médico.

**Fernando** – Qualquer medida que promova a continuidade do aprendizado é fundamental na profissão médica. Mais do que isso, é até uma questão ética. A recertificação, no entanto, deve ser natural e facilitadora e não um torneio para obtenção de pontuações, um estímulo para criação de pseudo-eventos e vazias anotações curriculares.

**RPR – A remuneração do atendimento de consultório nas especialidades clínicas é bastante aquém do ideal e do justo. A impressão é de que estamos sozinhos nessa luta. O reumatologista do consultório realmente está perdido nas mãos das seguradoras de saúde? A sociedade compará essa briga? Podemos contar com você?**

**Ari** – Seria loucura responder qualquer coisa diferente do SIM. É preciso reunir forças com outras especialidades médicas com o mesmo perfil e tentar mobilizar a sociedade e o governo.

**Fernando** – Entendo que está mais do que na hora de provar que tendo mais conhecimento podemos facilitar diagnósticos, sendo mais atentos oferecemos melhores soluções a custos mais acessíveis. Também é uma questão de mercado. Precisamos mostrar que favorecendo a balança, merecemos algo a mais por isso. O que precisamos é união de propósitos. Talvez tenhamos que demonstrar isso também aos pacientes, os que verdadeiramente pagam a conta.

**RPR – A grande procura por um reumatologista no serviço público de saúde é um enorme e crônico problema da população. Como a SPR/SBR tem visto esse assunto e como pode ajudar?**

**Ari** – Desde nossa primeira reunião ainda em dezembro de 2005, a atual diretoria da SPR colocou esse ponto como prioridade. Os primeiros passos, em colaboração com órgãos públicos, já estão sendo traçados.

**Fernando** – A experiência e convivência na formação de médicos do Programa de Saúde da Família ensina-me que, se buscarmos uma parceria com a ponta, uma melhor formação na atenção básica, teremos aliados mais capazes para resolver problemas comuns, facilitando e reordenando prioridades que necessitam a visão do especialista. Há planos com esse intuito.

**RPR – A situação da política brasileira está bastante crítica nos últimos meses. O que isso pode afetar a reumatologia nacional? Você está descrente?**

**Ari** – Não acredito que haja uma relação direta entre a crise atual e a reumatologia nacional. Os maiores problemas da reumatologia brasileira e mundial são inerentes à própria especialidade. Desde que eu estou na faculdade que o Brasil está em crise, portanto, isto não é novidade. Podemos estar ou não confiantes no aspecto político, social e econômico do país, mas acho que as soluções dos problemas da reumatologia passam principalmente por uma avaliação de questões internas da especialidade, muito mais do que por “forças externas”, contextos nacionais ou internacionais sobre os quais não podemos intervir diretamente.

**Fernando** – A ferrenha estabilidade da situação crítica da política brasileira é que assusta. Nada é tão permanente na nossa história. Nada parece tão crônico quanto a crônica dessas crises agudas recorrentes. O país e a “reumatologia nacional” não podem e não devem se deixar afetar. Agora, ironias à parte, é difícil planejar programas de promoção de saúde e acesso a medicamentos enquanto o Estado está na dependência do “correligionário” de plantão. Enquanto não tivermos governos que mantenham linhas básicas e bem definidas, programáticas e não “esquemáticas”, é quase uma utopia pensar em parceria. É muita promiscuidade para uma parceria. Às vezes é impossível não pensar que uma “pulsoterapia” poderia ser uma boa indicação.

**RPR – A SPR/SBR tem planos de melhor distribuir o reumatologista no território nacional, longe dos grandes centros? Como a sociedade pode fazer isso?**

**Ari** – Sim. Isso passa obrigatoriamente pelo atendimento às populações mais carentes. O Estado de São Paulo possui uma boa distribuição de reumatologistas em seu território se olharmos apenas para o mapa político do Estado. No entanto, essa distribuição é altamente desigual se olharmos para o mapa econômico da população do Estado.

**Fernando** – Tenho planejado algumas propostas nesse sentido. Há enormes lacunas geográficas que podem oferecer uma boa expectativa para reumatologistas em início de carreira. A SBR tem condições de mediar esse processo, buscando formas de garantir ligações aos grandes centros. Aproximando-se mais do associado. Efetivando uma postura agregadora e prestando serviços, na pesquisa de mercado, oportunidades e informações. Além do acesso permanente à educação continuada.

**RPR – Se o seu filho decidisse ser médico, você o estimularia a escolher a nossa especialidade?**

**Ari** – Qualquer resposta que eu der agora seria fictícia. Meus filhos tem 5 e 7 anos de idade e nunca parei para pensar em profissão, ainda. No entanto, levo meus filhos frequentemente ao consultório e congressos médicos. Diversas vezes eles foram comigo ao hospital e me esperam no posto de enfermagem ou na sala dos médicos, enquanto passo visita. Assim sendo, de certa forma, já estou estimulando minha profissão.

**Fernando** – É uma grande especialidade. A reumatologia é que nos escolhe.



**RPR – Qual é o seu tipo de leitura predileta?**

**Ari** – Leio muito, é um dos meus grandes prazeres. Nos últimos anos me interessei menos pela ficção e muito por livros históricos e científicos. No entanto, mais recentemente, voltei aos romances – literatura internacional. Não gosto de “best-sellers” e confesso que não consigo ler poesia. De resto, caiu na rede é peixe.

**Fernando** – O gosto sempre foi eclético. De bulas papais a medicamentosas. Um bom dicionário e até mesmo guias telefônicos. O “W” e o “K” em um guia polonês é algo inimaginável... Mas o que mais gosto mesmo é de uma boa literatura de ficção, aquele estilo “boa droga”: prende, vicia, faz viajar, mas sem efeitos adversos à saúde, muito antes o contrário.

**RPR – Uma emoção?**

**Ari** – (...) Filhos.

**Fernando** – Várias, na vida pessoal, convivências familiares ricas em afeto e longevidade, esse namoro que persiste, o nascimento das filhas, cada qual a seu tempo. Essa história de namoro, a propósito, é algo que devemos buscar sempre. Erico Verissimo escreveu através de um personagem-poeta: “O amor que ainda não se definiu é como uma melodia de desenho incerto. Deixa o coração a um tempo alegre e perturbado e tem o encanto fugidio e misterioso de uma música ao longe”. Talvez devêssemos tentar fazer tudo com essa motivação de expectativa, mesmo porque a vida assim é... Na reumatologia, muitas outras emoções, mas o reencontro com colegas que vão se tornando mais amigos a cada evento é sempre uma boa e renovadora emoção. A sensação de “família SBR” é real.

**RPR – Se pudesse dar uma medalha de honra ao mérito a um grande reumatologista brasileiro, a quem daria?**

**Ari** – Confesso não ser um conhecedor da história da reumatologia brasileira, portanto vou dar minha medalha ao professor Natalino Yoshinari, pela sua lição de paciência e humildade e pelo seu apoio sempre presente àqueles que têm a felicidade de conhecê-lo.

**Fernando** – Ao “soldado-reumatologista desconhecido”. A maioria de nossos associados, que atendemos consultas, dia a dia, clínicos da melhor cepa, ouvindo mazelas e sofrimentos nem sempre fáceis de atenuar. Mas, persistindo... Comendo o pão que o diabo amassou e o vice besuntou com fel, mas firmes, ali, constantes, cumprindo com abnegação e paciência a sublime e nem sempre fácil condição de “médicos”.

**RPR – Digamos que estamos em um túnel do tempo. Qual sua melhor e pior lembrança nesses anos de sociedade reumatológica?**

**Ari** – Minha pior lembrança vou guardar para mim mesmo. A melhor foi o dia em que entrei na residência no Hospital das Clínicas.

**Fernando** – A melhor e a pior lembrança talvez consistam o próprio “túnel do tempo”. Tudo de bom que tem se vivido, tudo que tem se ido...

**RPR – Um sonho que ainda não realizei...**

**Ari** – Aquele que ainda não sonhei.

**Fernando** – Há muitos, o que importa é “ter capacidade de continuar sonhando”. Resposta estilo “candidata a *miss*” ou “debutante”, à moda “Saint-Exupéry”, mas verdadeira.

**RPR – Não compraria um carro de...**

**Ari** – Que custasse mais do que posso pagar.

**Fernando** – Um tesoureiro de campanha, independente do partido.

**RPR – Não saio de casa sem...**

**Ari** – Saio de casa sem tudo – sempre esqueço de alguma coisa e sempre volto.

**Fernando** – Não sei, a resposta seria “abrir a porta”?

**RPR – Uma superstição...**

**Ari** – Sou bastante cético, mas tenho medo de afirmar isso – pode dar azar.

**Fernando** – Flores da Cunha, lendário caudilho gaúcho, que gostava de jogatins e farras, disse certa vez que o seu problema sempre fora “égua lerdas e mulheres ligeiras”. Eu tenho medo de entrevistas...

**RPR – Uma vaidade...**

**Ari** – Permanecer em forma.

**Fernando** – Considerar-me amigo e admirador dos editores da *Revista da Sociedade Paulista de Reumatologia* e, portanto, sujeito a alguma condescendência no trato desta.

**RPR – Arrependo-me de...**

**Ari** – Não permanecer em forma.

**Fernando** – Não ter estudado mais e me questionado mais e tentado me entender melhor para estar preparado para responder com sabedoria e brilhantismo a qualquer questão ou entrevista que me fosse proposta.

**RPR – Quando não estou trabalhando, estou...**

**Ari** – Com a família.

**Fernando** – Pensando no que deixei para fazer depois, o que ainda precisa ser feito. Mas também elaboro muitas histórias, crio tramas e situações que um dia provavelmente não terei tempo para escrever. É um exercício lúdico e de esperança.

**RPR – Você conseguiria se resumir em uma única palavra?**

**Ari** – Tentar se resumir em uma palavra traz duas opções: ser falso ou ser óbvio demais. Qual delas vocês preferem?

**Fernando** – Não tenho tal poder de síntese. Uma palavra para resumir-me? Quem sabe duas? – Neubarth, Fernando Neubarth.



# Artrófilo



## Mudanças à vista em 2006!

Gostaríamos de apresentar a nova seção da *Revista Paulista de Reumatologia*, o “Artrófilo”!

O nome foi escolhido com o objetivo de resgatar um dos antigos nomes da *Revista Paulista de Reumatologia*, como fizemos com a seção “Resumo de Teses/Rheuma”.

Sua principal função será a de “saciar” as dúvidas do leitor sobre a nossa especialidade. Dúvidas do dia-a-dia do consultório, da reumatologia em ambiente hospitalar ou até mesmo sobre pesquisa de ponta! Sempre um médico especialista no tema de sua dúvida será consultado e responderá a seus questionamentos.

Em breve, divulgaremos também a mascote desta seção!

Você leitor, então, está convidado a participar desta seção! Tire suas dúvidas! Participe!!!

Você pode enviá-las por e-mail ou por fax:

E-mail: [artrofiloresponde@reumatologiasp.com.br](mailto:artrofiloresponde@reumatologiasp.com.br)

Fax: (11) 3284-0507

**Nesta edição, o Dr. JOZÉLIO FREIRE DE CARVALHO, médico assistente, doutor em Reumatologia e chefe do ambulatório de SAAF do HC-FMUSP, responde.**

**Artrófilo – Quais são os critérios diagnósticos da síndrome do anticorpo antifosfolípide? Existem outros exames, além da anticardiolipina e anticoagulante lúpico?**

**Jozélio Freire de Carvalho** – A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF) é uma trombofilia adquirida auto-imune que acarreta eventos tromboembólicos e/ou perdas fetais recorrentes; na presença de anticorpos contra fosfolípidos. Os eventos vasculares foram definidos como a presença de trombose de artérias, veias ou pequenos vasos, sempre confirmados por exames de imagem ou histopatologia; exceto a tromboflebite superficial, que não necessita dessa comprovação. Os eventos obstétricos são a presença de pelo menos um óbito fetal após a décima semana gestacional ou mais de três óbitos antes da 10ª semana gestacional; ou parto prematuro por insuficiência placentária, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia antes da 34ª semana. É importante a exclusão de causas anatômicas e hormonais maternas e cromossômicas materno-paternas, pois estas são causas muito mais comuns que a SAAF.

Em relação aos parâmetros laboratoriais, necessita-se de duas dosagens persistentemente positivas do anticoagulante lúpico, da anticardiolipina IgG ou IgM (acima de 20 unidades) ou anti $\beta$ 2-glicoproteína I, intervaladas por 12 semanas. Todos estes exames devem seguir as normas internacionais. Recentemente, os critérios foram revisados em Sidney (Austrália) e pôde-se notar que o intervalo necessário entre o primeiro e o segundo exame aumentou para três meses e foi acrescentada a dosagem de anti $\beta$ 2-glicoproteína I. Outros auto-anticorpos, tais como a antifosfatidilcolina e fosfatidilserina

não são aceitos no consenso, bem como a anticardiolipina da subclasse IgA. O diagnóstico de SAAF é feito quando se tem pelo menos um critério clínico e um laboratorial.

**Artrófilo – Uma paciente de 40 anos tem história de TVP aos 20 anos de idade e atualmente fez exames de rotina que identificaram a presença do anticoagulante lúpico, em duas ocasiões com intervalo de 12 semanas. Como devo proceder?**

**JFC** – Esta paciente fecha os critérios diagnósticos de SAAF, pois na literatura não foram estabelecidos limites de tempo entre o evento clínico e a detecção dos auto-anticorpos. Deve-se iniciar a anticoagulação plena desse indivíduo iniciando-se com heparina por pelo menos dois dias e introduzindo-se em seguida anticoagulante oral com alvo de INR entre 2 e 3. Num indivíduo sem SAAF que apresente TVP, o risco de recorrência anual desse evento é de 7%, caso não seja anticoagulado. Nesta paciente, esse risco é duas vezes maior, pois a chance de um novo episódio trombótico, num paciente com SAAF em 5 anos, é de 52% e em 6 anos, 69%, quando não tratados adequadamente. É importante lembrar que com o envelhecimento ocorre aumento do risco de trombose e com a adição de fatores de risco para eventos tromboembólicos a chance de novos episódios trombóticos irá se multiplicar. Aproveitando esse seu questionamento em relação a intervalos de tempo, no novo consenso, quando o indivíduo com anticorpo positivo apresenta um primeiro episódio de AVC isquêmico ou IAM acima dos 55 anos no homem e 65 anos na mulher, a tendência é excluir o diagnóstico de SAAF. Pois a pró-

pria idade aumentada associada à aterosclerose é um fator mais comumente responsável por eventos trombóticos do que a SAAF.

**Artrófilo – Há como prever os pacientes que podem sangrar com a anticoagulação?**

**JFC** – Foram estabelecidos alguns fatores de risco para sangramento na população geral em anticoagulação, que podem ser utilizados também na abordagem de pacientes com SAAF. Estes fatores são a idade avançada (acima dos 65 anos), hipertensão arterial, AVC prévio, uso de AAS ou de anti-inflamatórios não-hormonais, úlcera péptica ou sangramento gastrointestinal no último ano e uso de medicações que reduzam o metabolismo do warfarin. Todos os pacientes em uso de anticoagulação devem receber protetor gástrico (omeprazol, pantoprazol ou famotidina).

**Artrófilo – Quais as possibilidades de tratamento para a paciente com SAAF associada a abortamentos? A gestante precisa de medicamentos durante a gestação?**

**JFC** – Pacientes com SAAF obstétrica, quando tratadas na gestação apenas com ácido acetilsalicílico, têm a chance de um feto viável de apenas 40%. Quando recebem a combinação de AAS (100mg/dia) e heparina subcutânea em dose baixa (p.ex., enoxaparina 40mg/dia), a sobrevida fetal se eleva para 70% a 80%. Então, respondendo a esta questão, sim! A paciente com SAAF gestante deve receber medicação adequada. Vale a pena ressaltar que não há papel para o uso de corticosteróides, exceto na vigência de plaquetopenia, pois aumenta o risco de ruptura prematura das membranas do feto.

Sites indicados para pesquisa:

<http://www.hughes-syndrome.org>

<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n3/v45n3a14.pdf>

<http://www.emedicine.com/med/topic2923.htm>

## GRUPARJ

O Grupo de Pacientes Artríticos do Rio de Janeiro (GRUPARJ) é uma associação beneficente sem fins lucrativos, que existe há 16 anos, com o objetivo de informar, orientar e dar apoio aos pacientes reumáticos. Desde sua fundação, estima-se que aproximadamente 12.500 pacientes já foram beneficiados pelo GRUPARJ e, atualmente, temos 5.931 pacientes cadastrados.

A **informação** é feita por meio da publicação trimestral do *Boletim GRUPARJ*, que aborda assuntos científicos sobre as mais diversas enfermidades reumáticas. Na **orientação**, procuramos mostrar aos pacientes como conquistar e ganhar qualidade de vida, por meio de consultas médicas gratuitas, exames laboratoriais, medicamentos e encaminhamento para cirurgias de próteses. No último ano, realizamos 664 atendimentos médicos de triagem e encaminhamentos médicos a serviços de reumatologia. E repassamos 1.051 receitas de medicamentos doados pela indústria farmacêutica.

Atualmente, realizamos uma parceria de sucesso com o Serviço Social da Indústria (SESI-RJ) que traz diversos benefícios aos integrantes do grupo. Com a carteira de associado do GRUPARJ, o paciente tem direito aos serviços de assistência médica ambulatorial oferecidos pelo SESI-RJ, como reumatologia, ortopedia, ginecologia, oftalmologia, clínica geral, odontologia, bem como acesso a exames complementares, esporte e lazer. O SESI ainda possui Centros de Atividades – CATs, com piscinas, aulas de hidroginástica, quadras de vôlei, tênis e basquete, assim como

restaurantes e bares. A iniciativa vem se renovando a cada ano e pode ser uma alternativa saudável para outros grupos brasileiros.

O **apoio** é dado em reuniões semanais, nas quais familiares e pacientes com doenças reumáticas assistem a palestras com psicólogos e médicos de diversas especialidades. Além disso, os pacientes com diagnóstico de artrite reumatóide e espondilite anquilosante realizam reuniões mensais específicas, com a finalidade de aprofundar conhecimentos, obter maiores esclarecimentos sobre essas doenças, tirar dúvidas e otimizar um atendimento diferenciado. Em 2005, realizamos 79 reuniões de apoio, com média de 104 participantes.

O GRUPARJ organiza também atividades lúdicas, como passeios, viagens e visitas a museus, aliando informações sobre a doença com diversão. É importante salientar que as doenças reumáticas podem não ter cura, mas devem ser administradas pelo paciente desde que ele tenha informação, orientação, educação e apoio sobre a enfermidade e siga corretamente o tratamento proposto pelo médico.

Nos grupos de apoio os pacientes aprendem a ter uma vida mais independente, ganhar auto-estima e sentir-se mais seguros e tranquilos para enfrentar a doença, voltando assim para o mercado de trabalho e a uma vida com hábitos normais.

**Maria Regina Vasone Prado**  
Presidente do GRUPARJ



Visão geral da assembleia do GRUPARJ



Visão geral da assembleia do GRUPARJ



## Recertificação Profissional II

A partir de janeiro de 2006 os novos títulos de especialista terão obrigatoriamente que ser revalidados em cinco anos, portanto em 2011, e nesse prazo deverão somar 100 pontos em atividade de educação continuada.

A participação é obrigatória somente para médicos que se tornaram especialistas a partir de 1º de janeiro de 2006, pois em seus títulos virá expresso o prazo de validade. Os demais médicos não estão obrigados à revalidação, mas podem participar voluntariamente do sistema, pois em médio prazo isto se constituirá num diferencial no currículo do profissional.

Embora em 15 de novembro de 2005 tenha expirado o prazo dado às sociedades de especialidade para encaminharem à Comissão Nacional de Acreditação (CNA), constituída por representantes da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e sociedades de especialidades, os eventos – congressos, cursos, simpósios, aulas virtuais, cursos de reciclagem e programas de educação continuada, a serem submetidos para pontuação, e assim usados na recertificação do título de especialista, até o momento não se obtêm informações de todos os centros de educação, para se construir uma tabela completa dos eventos que oferecerão pontos. Porém, a CNA pontuou várias formas de aquisição de créditos como mostra a tabela a seguir.

Embora em cinco anos se deva acumular 100 pontos, o teto máximo por ano será de 40 créditos e as sociedades de especialidade deverão disponibilizar atividades na área, que alcancem no mínimo 40 pontos a cada ano, sendo que 20

dos quais terão de ser obrigatoriamente de caráter regional ou estadual. Além disto, um mínimo de 10 créditos ao ano, referente a programas a distância, o que equivale a 20 horas/aula, deverá ser oferecido. O profissional que não conseguir 100 pontos em cinco anos pode completá-los por meio de exame com metodologia a ser determinada pela CNA conjuntamente com a sociedade de especialidade.

A CNA manterá uma relação atualizada dos profissionais certificados, disponível na Internet e publicada nos demais órgãos informativos, mediante autorização dos especialistas. Será criado um Cadastro Nacional de Atualização Médica nos Conselhos Regionais de Medicina, onde serão feitos os registros dos certificados de atualização profissional.

O Conselho Federal de Medicina promete um grande projeto de educação médica continuada, destinado à qualificação dos médicos especialistas que não foram atingidos pela medida da CNA. Todos os dados sobre o sistema de acreditação estão disponíveis no site [www.cna-cap.org.br](http://www.cna-cap.org.br).

Ivone Minhoto Meinão

José Carlos M. Szajubok

### PONTUAÇÃO DE CONGRESSOS E OUTROS EVENTOS

<i>Atividades</i>	<i>Pontos/créditos</i>
Congresso nacional da especialidade	20
Congresso internacional da especialidade	5
Congresso/Jornada regional ou estadual da especialidade	15
Congresso relacionado à especialidade com apoio da sociedade nacional da especialidade	10
Outras jornadas, cursos e simpósios	0,5/hora (1-10)
Programa de educação continuada a distância	0,5/hora
Artigo publicado em revista médica	5
Capítulo em livro nacional ou internacional	10
Edição completa de livro	10
Conferência em evento nacional apoiado pela especialidade	5
Conferência em evento internacional	5
Conferência em evento regional/estadual	2
Apresentação de tema livre ou pôster (congresso/jornada)	2 ( máx. 10)
Participação em banca examinadora (pós-graduação, concursos)	5
Mestrado na especialidade	15
Doutorado na especialidade	20
Coordenação de programa de residência médica	5/ano

# Jornada Rio-São Paulo de Reumatologia

De 1º a 3 de dezembro aconteceu a tradicional Jornada Rio-São Paulo de Reumatologia na aprazível e encantadora cidade de Búzios, RJ. Os cariocas e fluminenses inovaram com um novo formato de evento científico e a participação mais interativa da platéia. Houve diversos “Encontros com o professor” e fóruns de debates sobre a maioria dos temas da reumatologia. A intermediação das perguntas por jornalistas competentes permitiu uma melhor otimização do tempo e fomentou debates consistentes e de alto nível científico.

A agradável receptividade dos organizadores e o calor da cidade, com inúmeras opções de lazer, praia e compras na Rua das Pedras não comprometeu a freqüência dos congressistas nas salas de aula. Fomos recebidos como quem chega a um botequim carioca, puxamos a cadeira e tomamos um chope gelado, com a brisa abençoada do passeio da Bardot soprando em nossos rostos. A noite terminou com um lual dançante à beira da piscina do hotel Atlântico Búzios.

Concomitante a esse evento ocorreu também a II Jornada Anual de Reumatologia da SRRJ e o Encontro de Residentes de Reumatologia do Brasil.



Visão geral do fórum de debates sobre antiinflamatórios e coxibes



Intermediação dos fóruns de debates pelos jornalistas

## 1.º SIMPÓSIO MULTIDISCIPLINAR INTERNACIONAL DE SJÖGREN

Realizado nos dias 16 e 17 de dezembro de 2005, no Hotel Intercontinental, Rio de Janeiro-RJ. A organização foi de Stella De Carli Cardoso de Oliveira (Presidente da Lágrima-Brasil). Diversas conferências ocorreram, como a “Do oftalmologista ao reumatologista – Evolução do Sjögren”, palestrante: Dra. Blanca Elena G. R. Bica (UFRJ). As conferências internacionais “Autoimmune epithelitis (Sjögren’s syndrome) – Clinical and therapeutic aspect” foram do grego Dr. Haralampos Moutsopoulos e “The role of enterviruses in the pathogenesis of autoimmune epithelitis (Sjögren’s syndrome)” (Universidade de Atenas – Grécia) e do Dr. Stuart Kassan (Universidade do Colorado – EUA “Clinical, diagnosis and therapeutic aspects of Sjögren’s syndrome.” E “Nervous system in

Sjögrens syndrome: clinical, diagnosis and treatment issues”. Houve palestras sobre os aspectos oftalmológicos, orais, pulmonares, vasculares, gástricos, articulares, nefrológicos, neuropsiquiátricos e cognitivos, bem como dos dermatológicos e hepáticos da síndrome de Sjögren. Houve divulgação e demonstração da linha de produtos de saúde para os pacientes e médicos presentes. Além disso, abordou-se o diagnóstico laboratorial da síndrome de Sjögren. Os pacientes com diagnóstico de síndrome de Sjögren também participaram e tiveram aulas sobre a doença. O acesso aos medicamentos e os direitos dos pacientes foi motivo de outra palestra para os pacientes.

# Assembléia Geral Ordinária da SPR

## Biênio 2004/2005

Foi realizada em 10 de dezembro no Hotel Sofitel, em São Paulo-SP, com a participação de diversos associados. Houve a apresentação do balanço da gestão do Dr. Manoel Bértolo (2004/2005) e a seguir o Dr. Percival Degraiva Sampaio-Barros fez a prestação de contas, aprovada sem ressalvas pelos presentes na Assembléia. Os demonstrativos financeiros estão à disposição dos sócios na sede da SPR. Houve também a exclusão de 108 sócios que não haviam pagado as anuidades da SPR nos últimos cinco anos, de acordo com o estatuto vigente.

Em 2004, foram realizadas oito reuniões de diretoria; seis Fóruns de Debates; o X Encontro de Reumatologia Avançada, com 258 participantes, receita de R\$ 166.271,36, despesas de R\$ 106.067,17 e lucro de R\$ 60.204,19; três Jornadas no Estado de São Paulo (Araçatuba, Campinas e São Carlos). Foram publicadas quatro edições da *Revista Paulista de Reumatologia* e desenvolvido o site da SPR – [www.reumatologiasp.com.br](http://www.reumatologiasp.com.br).

Em 2005, foram realizadas quatro reuniões de diretoria, sete Fóruns de Debates, o XI Encontro de Reumatologia Avançada e XVIII Jornada Paulista de Reumatologia, com 601 participantes, receita de R\$ 344.997,00, despesas

de R\$ 197.914,90 e lucro de R\$ 147.082,10); seis Jornadas no Estado de São Paulo (Botucatu, Araraquara, Jundiaí, São José do Rio Preto, Botucatu e São Carlos). Foram publicadas quatro edições da *Revista Paulista de Reumatologia* e a manutenção do site. Os objetivos da gestão foram alcançados, como a promoção da atualização médico-científica de todos os sócios, participação nos demais eventos da especialidade, difusão da especialidade e a escolha da cidade de Campinas para sediar o XXVI Congresso Brasileiro de Reumatologia, em setembro de 2006.

Parabéns Dr. Manoel, pelo brilhantismo de vossa gestão!

Em Assembléia, também foi decidido pela realização do Encontro de Reumatologia Avançada junto e paralelamente ao Congresso Brasileiro de Reumatologia em Campinas.

A seguir, foi feita a eleição da diretoria e conselho fiscal e consultivo para o Biênio 2006/2007 e 2008/2009. Para 2006, foi eleito o Dr. Ari Stiel Radu (Quadro 1) e para 2008, o Dr. José Carlos Szajubok (Quadro 2).

### QUADRO 1 – BIÊNIO 2006/2007

#### *Diretoria Executiva*

Presidente: Dr. Ari Stiel Radu (São Paulo)

Vice-Presidente: Dr. Luiz Carlos Latorre (São Paulo)

Diretor Científico: Dra. Cláudia G. Schainberg (São Paulo)

1º Secretário: Dr. Jozélio Freire de Carvalho (São Paulo)

2º Secretário: Dra. Sandra Hiroko Watanabe (São Paulo)

1º Tesoureiro: Dr. Daniel Feldman (São Paulo)

2º Tesoureiro: Dra. Fernanda Rodrigues Lima (São Paulo)

#### *Conselho Fiscal e Consultivo*

Dr. Célio Roberto Gonçalves (São Paulo)

Dr. José Roberto Provenza (Campinas)

Dra. Rina Neubarth Giorgi (São Paulo)

Dr. Jamil Natour (São Paulo)

Dr. Manoel Barros Bértolo (Campinas)

### QUADRO 2 – BIÊNIO 2008/2009

#### *Diretoria Executiva*

Presidente: Dr. José Carlos Mansur Szajubok (São Paulo)

Vice-Presidente: Dr. Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto)

Diretor Científico: Dra. Elaine de Azevedo (São Paulo)

1º Secretário: Dra. Nafice Costa Araújo (São Paulo)

2º Secretário: Dr. Rubens Bonfiglioli (Campinas)

1º Tesoureiro: Dr. Silvio Figueira Antonio (São Paulo)

2º Tesoureiro: Dra. Maria Guadalupe B. Pippa (São Paulo)

#### *Conselho Fiscal e Consultivo*

Dr. William Habib Chahade (São Paulo)

Dr. José Roberto Provenza (Campinas)

Dra. Rina Neubarth Giorgi (São Paulo)

Dr. Jamil Natour (São Paulo)

Dr. Manoel Barros Bértolo (Campinas)

Dr. Ari Stiel Radu (São Paulo)





A partir da esq., na primeira fila, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. Lauro Ventura Bandeira, Dr. Rubens Bonfiglioli, Dr. José Roberto Provenza, Dr. Percival Degraça Sampaio-Barros e Dr. Adil Muhib Samara



Dra. Sandra Hiroko Watanabe e Dr. João Francisco Marques Neto



A partir da esq., na primeira fila, Dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini, Dr. Sergio Kowalski, Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá, Dra. Lilian Tereza Lavras Costallat e Dr. Maurício Levy Neto



Dr. José Carlos M. Szajubok, presidente eleito da SPR na gestão 2008/2009

## GRUPAR-RP

O Grupo de Pacientes Reumáticos de Ribeirão Preto (GRUPAR-RP) está em novo endereço: Rua Visconde de Inhauma, 490, conj. 1006, Centro, Ribeirão Preto-SP, Fone (16) 3941-5110. As reuniões mensais acontecem às segundas-feiras da segunda semana de cada mês.

O presidente da associação, José Marcos Rodrigues dos Santos, juntamente com outros pacientes e demais profissionais de saúde e da reumatologia da Faculdade de Medicina da USP-RP, na pessoa da Dra. Fabíola Reis de Oliveira, elaboraram um manifesto para ser entregue ao Ministério da Saúde, com o objetivo de conseguir a maior inclusão de medicamentos para tratamento de doenças reumáticas e do tecido conjuntivo à lista do Sistema Único de Saúde.

## WWW.REUMATOLOGIASP.COM.BR

Visite o site da Sociedade Paulista de Reumatologia.

## NOTA DE FALECIMENTO

A Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro comunica, com pesar, o falecimento do Prof. José Soly Torres, um dos pioneiros da reumatologia brasileira, ocorrido em 5 de fevereiro de 2006.

# Agenda 2006



## NACIONAIS

### XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia da Mão

Data: 29 de abril a 1.º de maio de 2006

Local: São Paulo – SP

Contato: Connect Eventos, (11) 3168-1149

### VI Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica

Data: 17 a 20 de maio de 2006

Local: Belo Horizonte – MG

Contato: sbre@terra.com.br

### XXVI Congresso Brasileiro de Reumatologia

#### XII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 6 a 9 de setembro de 2006

Local: Campinas – SP

Contato: sbre@terra.com.br

## INTERNACIONAIS

### II Congresso Latino-Americano de Auto-Imunidade

Data: 28 a 30 de abril de 2006

Local: Rio de Janeiro, RJ

Contato: autoimune@congrex.com.br

### European Congress of Rheumatology (EULAR)

Data: 21 a 24 de junho de 2006

Local: Amsterdã, HO

Contato: eular2006@mci-group.com

### 12th Aplar Congress

Data: 1.º a 5 de agosto de 2006

Local: Kuala Lumpur, Malásia

Contato: www.aplar2006.com

### Panlar 2006

Data: 19 a 23 de agosto de 2006

Local: Cusco, Peru

Contato: www.panlarperu.org

### ACR 2006

Data: 10 a 15 de novembro de 2006

Local: Washington-DC, EUA

Contato: www.rheumatology.org

## 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.

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

- 15 de março – Primeiro Fórum de Debates
- 5 de abril – Segundo Fórum de Debates
- 10 de maio – Terceiro Fórum de Debates
- 7 de junho – Quarto Fórum de Debates
- 2 de agosto – Quinto Fórum de Debates
- 4 de outubro – Sexto Fórum de Debates
- 8 de novembro – Sétimo Fórum de Debates



**CAPA:** Adiléa da Silva Rocha, nossa inesquecível Dolores Duran, nasceu em 7 de junho de 1930, no bairro da Saúde, no Rio de Janeiro. Morou nos subúrbios cariocas de Irajá e Pilares. Teve febre reumática na infância, um dos motivos do problema cardíaco que lhe acometeu na idade adulta. Filha do sargento da Marinha Armindo José e de Josefa Silva da Rocha. Aos dez anos, participou do programa de calouros de Ary Barroso (“Calouros em Desfile”) e venceu com a música “Vereda tropical”. A partir daí, passou a aparecer em vários programas da época e tornou-se uma das maiores representantes do samba-canção brasileiro. Foi *crooner* em diversas boates do Rio. Autodidata, dominou o inglês, francês, italiano e espanhol ouvindo músicas, a ponto de Ella Fitzgerald lhe dizer que foi em sua voz a melhor interpretação que ela já havia ouvido de “My funny Valentine”. Casou-se em 1955 com o radioator e compositor Macedo Neto. O casal não teve filhos, mas adotou uma menina, Maria Fernanda. Amiga inseparável de Marisa Gata Mansa e Antonio Maria, gravou o primeiro disco, em 1952, e começou a ficar famosa com suas interpretações de “Canção da volta” e “Bom é querer bem”. Sua primeira composição, em parceria com Tom Jobim, foi “Se é por falta de adeus”, de 1955, gravada por Doris Monteiro. A parceria com Tom rendeu outros clássicos da MPB, como “Por causa de você” e “Estrada do sol” (1957). A partir daí compõe algumas das mais lindas, tristes e ternas músicas da MPB, como “Fim de caso”, “Solidão”, “Castigo”, “Olha o tempo passando”, “Pela rua”, “Ternura antiga”, “Idéias erradas” e “A noite do meu bem”. Na madrugada de 23 de outubro de 1959, depois de um *show* na boate Little Club, a cantora saiu com amigos para uma festa no Clube da Aeronáutica. Chegou em casa na manhã seguinte e disse à empregada: “Não me acorde, estou muito cansada. Vou dormir até morrer”. De fato, faleceu ainda naquela manhã, aos 29 anos, enquanto dormia, decorrente de problemas da cardiopatia reumática associada a barbitúricos e álcool. Depois de sua morte precoce, sua fama cresceu muito, e vários artistas como Lúcio Alves e Nana Caymmi consagraram discos à sua obra. Em 1999/2000 a peça teatral “Dolores”, que conta a história de sua vida, foi apresentada com enorme êxito em grandes cidades brasileiras.

2006

*Campinas*



# XXVI Congresso Brasileiro de Reumatologia

"Das contribuições clínicas aos avanços da terapêutica. Onde estamos?"

Local:  
**6 a 9 de Setembro**  
**The Royal Palm Plaza**



Organização:



Estação Cultura, 1890 - Campinas, sp