

# Revista Paulista de Reumatologia

Volume 12  
Número 3  
Jul./set. 2013  
ISSN 1809-4635

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



Visão aérea de Araçatuba

Uma publicação trimestral da  
Sociedade Paulista de Reumatologia

## PALAVRA DO PRESIDENTE

- 3** "O bode está na sala" PAULO LOUZADA JUNIOR

## EDITORIAL

- 4** Ação e reação: falácia mal digeridas

FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCHI ROMANELLI, RENÉ DONIZETE RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

## ARTIGOS ORIGINAIS/REVISÕES/DESCRÍÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- 5** Hipoperatireoidismo como causa de demência reversível em idosos

*Hyperparathyroidism as a cause of reversible dementia in elderly*

HENRIQUE CUNHA VIEIRA, ANTONIO JOSÉ DANIEL XAVIER

- 11** Lúpus induzido por drogas (LID) pelo uso de omeprazol e enalapril

*Drug-induced lupus (DIL) by the use of omeprazole and enalapril*

LILA MORENA BUENO DA SILVA, ANA LÚCIA CARVALHO, EDUARDO DE OLIVEIRA VIEIRA, GABRIELA ALBERTINI MARONESE, MONIQUE MAGALHÃES SILVEIRA, ADRIAN NOGUEIRA BUENO

## VISÃO DO EXPERT

- 15** FRAX Modelo Brasil CRISTIANO A. F. ZERBINI

## PUBLICAÇÕES

- 22** Top 10 SANDRA H. WATANABE, NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCHI ROMANELLI

## ARTRÓFILO

- 30** Trabalhos apresentados no Eular 2013 FÁBIO JENNINGS

## ÉTICA

- 32** A ética e a saúde pública JOSÉ MARQUES FILHO

## DEFESA PROFISSIONAL

- 34** "A tragédia da saúde" – a medicina e seus atores PAULO ROBERTO STOCCHI ROMANELLI

## PERSPECTIVAS

- 38** "A medicina hoje no Brasil e suas repercussões para a reumatologia"

SANDRA H. WATANABE

## IMAGEM EM REUMATOLOGIA

- 43** Manifestações reumatológicas na sífilis secundária

TALITA MARIN BATATA MINIELLO, DANIELLE RESEGUE ANGELIERI, DANÚBIA SILVA DE ANDRADE, GISELE DEMIRDJIAN MARIANO, NATÁLIA ALLANA PIANCA, HELDER MIRANDA DE SOUZA, MARÍLIA CARVALHO VIEIRA LEARTH CUNHA, NAFICE COSTA ARAÚJO, WILIAM HABIB CHAHADE

## EM SENDO REUMATOLOGISTA

- 44** *Mutatis mutandis* TANIA LIETE OLIVEIRA

## LADO B – ALMA LITERÁRIA

- 45** O torrone RENÉ DONIZETE RIBEIRO DE OLIVEIRA

## NOTICIÁRIO

- 53** AGENDA



VRA\*Comunicação

Oferecer o máximo de tecnologia  
em medicamentos não era o suficiente.

**Era preciso que eles fossem  
acessíveis a todos os pacientes  
com Artrite Reumatoide.**

Tão importante quanto produzir medicamentos  
eficazes e com alta tecnologia é proporcionar  
saúde a mais pessoas.

Agora, os imunobiológicos da Roche  
para tratamento da Artrite Reumatoide foram  
incluídos no mercado público, permitindo acesso  
aos pacientes em **todo o Brasil**.

serviço de informações  
 0800-7720-292  
[www.roche.com.br](http://www.roche.com.br)



## REVISTA PAULISTA DE REUMATOLOGIA

Órgão Oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

### Conselho Editorial

Fábio Jennings, Hérica Cristiani Barra de Souza, Nafice Costa Araújo, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira, Sandra H. Watanabe

### Correspondência

Rua Maestro Cardim, 354, conjuntos 53, 71 e 72, CEP 01323-000, São Paulo, SP  
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

## Sociedade Paulista de Reumatologia

### DIRETORIA EXECUTIVA 2012/2013

#### Presidente

Paulo Louzada Junior

#### Vice-Presidente

Silvio Figueira Antonio

#### Diretor Científico

Eduardo Ferreira Borba Neto

#### 1º Secretário

Flávio Calil Petean

#### 2º Secretário

José Alexandre Mendonça

#### 1º Tesoureiro

Marcelo de Medeiros Pinheiro

#### 2º Tesoureiro

Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira

#### Presidente Eleito 2014/2015

Dawton Yukito Torigoe

#### Conselho Fiscal e Consultivo

Ari Stiel Radu Halpern, Jamil Natour, José Carlos Mansur Szajubok, Luiz Carlos Latorre, Manoel Barros Bértolo, Rina Dalva Neubarth Giorgi, Wiliam Habib Chahade

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

Presidente: Ivone Minhoto Meinão; 1º Secretário: Charles Helden de Moura Castro; 2º Secretário: Plínio José do Amaral; Coordenadora Científica: Deborah Colucci Cavalcante de Souza

#### Comissão Científica

Andrea B. V. Lomonte, Célio Roberto Gonçalves, Cristiano Barbosa Campanholo, Edgard Torres dos Reis Neto, Marcos Renato de Assis, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Renata Ferreira Rosa, Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira, Simone Appenzeller, Sônia Maria Alvarenga Anti Loduca Lima, Virgínia Fernandes Moça Trevisani

#### Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Eduardo de Souza Meirelles, José Marques Filho, Marco Tadeu Moreira de Moraes

#### Comissão de Educação Médica

Cristiano Barbosa Campanholo, Fabíola Reis de Oliveira, Lucienir Maria da Silva, Rita Nely Vilar Furtado, Sérgio Couto Luna Almeida, Wagner Felipe de Souza Weidebach

#### Comissão do Interior

Cesar Emile Baaklini (Marília), Cláudia Saad Magalhães (Botucatu), Fabíola Reis de Oliveira (Ribeirão Preto), Ibsen Bellini Coimbra (Campinas), João Perchiavalli Filho (Santos), José Eduardo Martinez (Sorocaba), José Roberto Silva Miranda (Vale do Paraíba), Marianna Nechar Marques (Catanduva), Paulo de Tarso Nora Verdi (Araçatuba), Roberta de Almeida Pernambuco (Bauru), Roberto Acayaba Toledo (São José do Rio Preto), Rogério Carvalho Vieira Chachá (São Carlos)

#### Representantes da Reumatologia Pediátrica

Claudio A. Len, Clovis Artur Almeida da Silva, Maria Teresa S. L. R. Ascensão Terreri, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Virgínia Paes Leme Ferriani

#### Site

Daniel Brito de Araújo, Luiza Helena Coutinho Ribeiro, Marina Gonçalves Veras de Moraes, Rodrigo de Oliveira

#### Endereço

Rua Maestro Cardim, 354, conjuntos 53, 71 e 72, CEP 01323-000, São Paulo, SP  
Fone/fax: (11) 3284-0507, e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

## Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção Kleber Kohn

Coordenação Silvia Souza

Jornalista

Luciana C. N. Caetano (MTb 27.425)

Rua Caraíbas, 176, Casa 8, Pompeia, CEP 05020-000, São Paulo, SP

Fones: (11) 3368-4545 / 3368-5095

[www.etceteraeditora.com.br](http://www.etceteraeditora.com.br)

## PALAVRA DO PRESIDENTE

## "O bode está na sala"

A expressão "o bode está na sala" é representativa do momento em que estamos vivendo, tanto em relação à discussão sobre a formação médica no Brasil, como sobre as condições de assistência médica à população. Neste número da *RPR*, os editores e convidados procuraram abordar os diversos aspectos relacionados a ambos os temas. O que realmente importa nesta ocasião é que estamos saindo da inércia e da mesmice, ideias e propostas foram e são apresentadas, mobilizando toda a comunidade médica, incluindo as escolas formadoras. Assim, ao questionarmos, "quem, por quê, como e quando o bode foi colocado na sala", novas perspectivas estão se abrindo, com o intuito de aprimorarmos a formação médica e a assistência à população no Brasil.

Grande abraço.

PAULO LOUZADA JUNIOR

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2012/2013



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

**Serviço de atendimento ao leitor: (11) 3284-0507**  
**e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br**

## Ação e reação: falácia mal digeridas



Nosso país vive hoje um momento único. As manifestações de rua se alastraram, numa demonstração incontestável da insatisfação da população contra a má gestão pública. O governo federal respondeu com medidas falaciosas e populistas, elegendo a saúde como a “bola da vez”. Para desviar a atenção de temas mais espinhosos ao Planalto Central, produzindo uma cortina de fumaça, escolheu o médico como bode expiatório. Como se o grande culpado pelo estado sucateado da saúde pública fossemos nós, médicos brasileiros. Diversos segmentos da sociedade foram ludibriados e engoliram essa explicação. Basta ver o ataque que sofremos em qualquer mídia escrita, virtual ou não.

Neste número da *RPR*, publicamos diversos artigos nas seções Ética, Defesa Profissional e Perspectivas sobre o assunto. Os textos foram escritos por profissionais com a experiência necessária para ampliar de forma profunda e não demagógica esta discussão. Agradecemos a todos que colaboraram na elaboração desta matéria especial.

As respostas para a reversão de todo esse processo ainda não existem. Somos ainda pouco ouvidos, nossos julgamentos não são valorizados. No entanto, o momento é agora. Não podemos mais nos calar resignadamente. Devemos evoluir das discussões para atitudes efetivas. Participar da forma que convier: nas ruas, cobrando de nossos deputados e senadores, formando opinião ou atuando nas entidades médicas. A *RPR* estará sempre aberta, acolhendo suas sugestões e opiniões.

Também trouxemos para vocês, leitores, artigos científicos apresentados de forma multidisciplinar, sobre o lúpus induzido por drogas, o hiperparatireoidismo e o FRAX – Ferramenta de Avaliação do Risco de Fratura da OMS.

Na hora do recreio, sugerimos a leitura da análise literária de *A metamorfose*, de F. Kafka, e uma crônica deliciosa, com toques de nostalgia – *O torrone*.

Merece destaque a matéria sobre a inauguração da nova sede da nossa Sociedade Paulista de Reumatologia. Fruto de imensurável esforço de diversas gestões, ela pertence a todos nós, associados.

FÁBIO JENNINGS, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA,  
NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCHI ROMANELLI,  
RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

*Editores*

### NOSSOS CONTATOS

E-mail: [reumatologiasp@reumatologiasp.com.br](mailto:reumatologiasp@reumatologiasp.com.br)  
 Endereço: Rua Maestro Cardim, 354, conj. 53, 71 e 72  
 CEP 01323-000, São Paulo, SP  
 Fone/fax: (11) 3284-0507

# Hiperparatireoidismo como causa de demência reversível em idosos

*Hyperparathyroidism as a cause of reversible dementia in elderly*

Henrique Cunha Vieira<sup>(1)</sup>, Antonio José Daniel Xavier<sup>(2)</sup>

1. Acadêmico de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
2. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG) e da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Titular da Sociedade Brasileira de Geriatria e Reumatologia

*Endereço para correspondência:*

Ambulatório Affonso Silviano Brandão da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Hospital Universitário São José, Belo Horizonte-MG.  
Rua Aimorés, 462/519, Funcionários, CEP 30140-904, Belo Horizonte-MG  
E-mail: ajdxavier@gmail.com

## RESUMO

*Introdução:* a demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas. Existem diversas condições reversíveis que podem causá-la ou mimetizá-la. *Objetivos:* investigar o hiperparatireoidismo (HPT) como causa de demência e seu potencial de reversibilidade. *Métodos:* avaliação clínico-laboratorial de 60 idosos com suspeita de demência encaminhados ao Ambulatório Affonso Silviano Brandão da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Hospital Universitário São José, Belo Horizonte-MG. *Resultados:* a idade média foi de  $73 \pm 8$  anos; 70% eram do sexo feminino. Apenas duas pacientes apresentaram níveis elevados de cálcio e PTH, e baixos níveis de vitamina D. Os níveis séricos do cálcio total, 25 hidroxivitamina D e paratormônio (PTH), no diagnóstico, foram respectivamente de 12,4 e 13,2 mg/dL; 14 e 10 ng/mL; e 227 e 302 pg/mL. Apresentavam também litíase renal, alterações da função cognitiva, sintomas depressivos, osteoporose com fraturas, e nódulo em região cervical visível ao ultrassom e hipercaptantes a Sestamibi-99mTc por cintilografia. A causa provável do HPT, epidemiologicamente, era um adenoma. Confirmado o diagnóstico, optou-se pelo tratamento cirúrgico pela técnica minimamente invasiva, com monitorização do PTH intraoperatório (PTH-IO). Foram submetidos pré e pós-operatório (seis meses), ao MEEM e CAMDEX-R. Obtiveram melhora dos escores, no primeiro de 11 em ambas as pacientes para 16 na paciente A e 15 na paciente B, e, no segundo, inicialmente de 65 na paciente A e de 63 na paciente B para 82 em ambas as pacientes. *Conclusões:* o HPT deve ser considerado na avaliação dos quadros de demência.

**Unitermos:** demência, hiperparatireoidismo, hiperparatiroidismo primário.

## SUMMARY

*Introduction:* dementia can be defined as a syndrome characterized by progressive and general decline of the memory and other cognitive functions. Certain conditions can mimic or cause reversible dementias. Objectives: investigate the hyperparathyroidism (HPT) as a potentially reversible cause of dementia. Methods: clinical and laboratory evaluation of 60 elderly patients with suspected dementia referred to the "Ambulatório Affonso Silviano Brandão da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais" and "Hospital Universitário São José", Belo Horizonte-MG. Results: mean age was  $73 \pm 8$  years, of which 70% were female. Only two patients had elevated levels of calcium and PTH, and low levels of vitamin D. Serum levels of total calcium, 25 hydroxyvitamin D and parathyroid hormone (PTH), at the diagnosis were, respectively, 12.4 and 13.2 mg/dL, 14 and 10 ng/mL, and 227 and 302 pg/mL. The patients also had kidney stones, changes in cognitive function, depressive symptoms, osteoporosis with fractures, and mass in the neck visible on scintigraphy and cervical ultrasound. Epidemiologically the probable cause was an adenoma. Confirmed diagnosis, we opted for minimally invasive video-assisted parathyroidectomy with intraoperative parathyroid hormone monitoring. We measure the MMSE and CAMDEX-R scores on preoperative and postoperative (six months). It had an increase in the first from 11 in both patients to 16 in patient A and 15 in B, and second, initially from 65 in patient A and 63 in B, to 82 in both patients. Conclusions: HPT should be considered in the evaluation of dementia.

**Key words:** dementia, hyperparathyroidism, primary hyperparathyroidism.

## INTRODUÇÃO

Demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. O diagnóstico de demência exige a constatação de deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo<sup>(1)</sup>.

A prevalência de demência duplica a cada cinco anos após os 60 anos, resultando em aumento exponencial com a idade. Em estudo populacional brasileiro recente, realizado com idosos que vivem na comunidade, a prevalência de demência variou de 1,6%, entre os indivíduos com idade de 65 a 69 anos, a 38,9%, entre aqueles com idade superior a 84 anos.

Inúmeras são as causas de demência, cujo diagnóstico específico depende de conhecimento das diferentes manifestações clínicas e de uma sequência específica e obrigatória de exames complementares. Algumas entidades são as mais comuns: doença de Alzheimer (DA), demência vascular (DV), demência com corpos de Lewy (DCL) e demência frontotemporal (DFT)<sup>(2-13)</sup>.

Existem condições reversíveis que podem causar ou mimetizar a demência: demências secundárias, intoxicações exógenas e alterações hidroeletrólíticas, doenças psiquiátricas como depressão e esquizofrenia. As formas reversíveis podem representar 19% do total de casos de demência em serviços especializados universitários. Em geral, são homens na idade produtiva, com idade média de 55 anos. As etiologias mais frequentes são: demência por álcool, hipotireoidismo, neurosífilis, meningoencefalite, hidrocefalia de pressão compensada, SIDA e demência pós-anóxia<sup>(3)</sup>.

Quadros de hipercalcemia decorrente de neoplasias malignas e hiperparatireoidismo primário (HPTP) podem causar demência e outros distúrbios neuropsiquiátricos, como psicoses, *delirium* e depressão. A prevalência do HPTP varia com sexo e idade e afeta 1% da população em geral, cerca de uma em cada 500 mulheres e um em cada 200 homens. Mais de 1,5% da população americana acima de 65 anos tem HPTP e, em mulheres pós-menopausa, a prevalência chega a 3,4%. Poucos estudos analisaram a função cognitiva no HPTP e não há relato de nenhum que avaliasse a função em idosos acima de 80 anos de idade.

A apresentação clássica de HPTP cursa com cálculos renais, osteopenia/osteoporose, queixas gastrointestinais ou, mais comumente, sem sintomas clínicos. Sintomas neuropsiquiátricos têm sido descritos desde 1940<sup>(14)</sup>. Letargia, depressão, neurastenia, paranoia, alucinações, desorientação, confusão, déficit de memória. Sintomas vagos também foram descritos: fadiga, fraqueza, dor articular, alterações do sono.

Pacientes com hipercalcemia moderada podem cursar apenas com sintomas neuropsiquiátricos ou com alterações na qualidade de vida, com menor interação social<sup>(15)</sup>.

## MATERIAL E MÉTODO

Este estudo contempla 60 pacientes idosos, encaminhados para avaliação de demência no Hospital Universitário São José, no período de junho de 2007 a junho de 2011.

Todos os pacientes encaminhados se submeteram a avaliação neurogeriátrica especializada, testes neuropsicométricos, exames laboratoriais e de imagem (ressonância magnética de encéfalo).

O diagnóstico de demência foi baseado no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV).

O diagnóstico de doença de Alzheimer (possível ou provável) foi baseado nos critérios do Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA).

O diagnóstico de demência vascular foi baseado nos critérios do National Institute of Neurological Diseases and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN).

O diagnóstico de demência frontal foi baseado nos critérios do Frontotemporal Lobar Degeneration Consensus. A avaliação neurocognitiva incluiu a Mental State Examination (MMSE), a word list (10-item list in a simple immediate recall paradigm – word span – WS) e o Wechsler's immediate logical memory test (MLI).

As atividades da vida diária foram avaliadas pelo Activities of Daily Living Scale (ADL) e o Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL).

Os aspectos comportamentais foram avaliados pelo Neuropsychiatry Inventory (NPI).

Os pacientes foram classificados em demência leve, moderada e grave, de acordo com a Clinical Dementia Rating Scale (CDR).

As pacientes com diagnóstico de hiperparatireoidismo primário realizaram avaliação pré e pós-operatória pelo CAMDEX-R.

Foram realizados os exames laboratoriais recomendados pelos participantes do consenso da Academia Brasileira de Neurologia, para avaliação de pacientes com demência: hemograma completo, concentrações séricas de ureia, creatinina, tiroxina (T4) livre, hormônio tireoestimulante, (TSH), albumina, enzimas hepáticas (TGO, TGP, Gama-GT), vitamina B12, reações sorológicas para sífilis e sorologia para HIV.

Todos os pacientes se submeteram à ressonância magnética de encéfalo, com contraste paramagnético.

Para o diagnóstico específico de hiperparatireoidismo (HPT):

1. baseou-se na hipercalcemia sérica ( $> 10,4 \text{ mg/dL}$ ) e elevação do PTH;
2. a dosagem do PTH sérico, PTH foi realizada por ensaio imunoquimioluminométrico, com valores de referência (VR) para a normalidade entre 16 e 87 pg/mL;
3. o exame de cálcio sérico (VR: 8,4-10,2 mg/dL) e urinário, bem como de fósforo sérico (VR: 2,5-4,5 mg/mL) foram realizados por técnica enzimática colorimétrica automatizada;
4. foi dosado o cálcio iônico (VR: 4,4-5,3);
5. a fosfatase alcalina (VR: 35-104 U/L) foi realizada por método cinético automatizado;
6. a dosagem de 25 hidroxivitamina D/25OHD (VR: 12-80 nanog/ml) foi realizada por radioimunoensaio (DiaSorin, Minnesota, USA).

As pacientes que apresentaram níveis elevados de cálcio ou PTH foram submetidas a avaliação detalhada de HPT e exclusão de outras causas de hipercalcemia: eletroforese de proteínas, mamografia, avaliação ginecológica, ultrassom abdominal e de vias urinárias, ultrassom cervical, cintilografia óssea, cintilografia de paratiroides, raios X de coluna lombar, de quadril e de pulmão.

Na cintilografia de paratiroides foi utilizado o método da dupla-fase do SESTAMIBI-99mTc.

## RESULTADOS

A idade média foi de  $73 \pm 8$  anos. E 70% dos pacientes eram do sexo feminino. Dos 60 pacientes, duas pacientes apresentaram níveis elevados de cálcio e PTH, bem como

baixos níveis de vitamina D. Essas pacientes realizaram avaliação detalhada de HPT. A frequência dos tipos de demência é mostrada na **Tabela 1**.

**Tabela 1** – Frequência dos tipos de demência.

Tipo de demência	Amostra (n)	Porcentagem (%)
Alzheimer	32	53,33
Possível Alzheimer	2	3,33
Vascular	10	16,66
Frontotemporal	1	1,66
Mista	6	10
Reversíveis/secundárias	8	13,33

Entre os pacientes com possíveis causas reversíveis/secundárias de demência, identificamos hiperparatireoidismo (2), hipotireoidismo (2), alcoolismo (2), AIDS (1) e uso de drogas exógenas (1).

Os pacientes com possível diagnóstico de hiperparatireoidismo e hipotireoidismo (**Tabela 2**) eram do sexo feminino; os demais, do sexo masculino. Destacamos os casos de uso de drogas exógenas, como o *crack*.

**Tabela 2** – Sumário dos resultados das pacientes com possível diagnóstico de hiperparatireoidismo e hipotireoidismo.

Paciente	Idade (anos)	Cálcio (mg/dL)	PTH (pg/mL)	25 OHD (nanog/mL)
A	78	12,4	227	14
B	75	13,2	302	10

A ressonância magnética das pacientes foi normal. Essas pacientes foram submetidas à avaliação detalhada de hipercalcemia e doenças associadas, o que evidenciou:

1. eletroforese de proteínas – normal em todas as pacientes;
2. avaliação ginecológica e mamografia – normais em todas as pacientes;
3. raios X de pulmão – normal;
4. função tireoidiana – normal em ambas as pacientes;
5. densitometria óssea – osteoporose nos sítios de coluna e colo de fêmur em ambas as pacientes;

6. raios X de coluna lombar e quadril – baixa densidade mineral com redução da altura dos corpos vertebrais de ambas as pacientes;
7. ultrassom abdominal e de vias urinárias – litíase renal nas duas pacientes;
8. cintilografia óssea de corpo inteiro – sem alterações que sugerissem metástases ósseas;
9. ultrassom cervical da paciente A – formação nodular única (nódulo hiperecogênico) em lobo esquerdo, medindo 3,0 x 2,5 x 2,0 cm;
10. ultrassom cervical da paciente B – formação nodular única (nódulo hiperecogênico) em lobo direito, medindo 3,0 x 3,0 x 2,5 cm;
11. cintilografia de região cervical para avaliação das paratireoides, Sestamibi-99mTc (sestamibi) – nódulos hipercaptantes nas duas pacientes. Imagens realizadas em dois tempos (15 minutos e 2 horas após a administração do radiofármaco) mostraram áreas com hipercaptação focal do radiofármaco.

Concluiu-se, portanto, pelo diagnóstico de HPTP em ambas as pacientes, com alterações da função cognitiva, além da osteoporose com fraturas.

## DISCUSSÃO

Neste trabalho, avaliamos o HPT como causa de demência em sessenta (60) idosos e apenas dois (2) pacientes tiveram esse diagnóstico, ambos do sexo feminino. O diagnóstico diferencial deve ser feito com a hipercalcemia do câncer (o PTH geralmente é normal e o PTH-rP, elevado), hipercalcemia hipocalciúrica familiar (defeito do receptor do cálcio nas paratireoides e rins; o PTH é normal e geralmente há história familiar), e o uso de medicações (os tiazídicos reduzem a excreção urinária de cálcio, e o lítio causa aumento no PTH sérico e no volume das paratireoides, e deve também reduzir a excreção renal de cálcio).

A etiologia mais comum de HPTP é o adenoma de uma das quatro glândulas, correspondendo aproximadamente a 85% dos casos. Menos frequentemente, há aumento de duas glândulas, ou mesmo a hiperplasia difusa, sendo raro o carcinoma de paratireoide. Todos os pacientes com HPTP são candidatos potenciais à cirurgia e o paciente estará curado após sua identificação e retirada. A indicação de tratamento cirúrgico foi baseada nos

critérios: (a) pacientes sintomáticas; (b) com osteoporose na DMO, ou seja, T-score abaixo de -2,5 DP em um dos seguintes sítios esqueléticos: coluna lombar, colo do fêmur ou radio distal; e/ou (c) pacientes com cálcio sanguíneo 1 mg/dL acima do valor referencial<sup>[14]</sup>. Confirmado o diagnóstico, optou-se pelo tratamento cirúrgico, com retirada dos adenomas.

A cirurgia recomendada é denominada de cirurgia convencional, compreendendo a exploração cervical bilateral, sob anestesia geral, com identificação de todas as glândulas. Essa sistemática permite índice de sucesso de 95%, dependendo da experiência da equipe cirúrgica. Entretanto, mesmo os cirurgiões mais experientes podem ter dificuldade em localizar uma glândula paratireoide, principalmente quando há uma operação cervical anterior. Na reoperação, o tecido cicatricial distorce os planos anatômicos, o que aumenta o risco de complicações pós-operatórias. Deve-se enfatizar que são comuns as variações de topografia das glândulas da paratireoide e também a presença das glândulas supranumerárias.

No sentido de abreviar o ato cirúrgico e diminuir o risco de complicações, alguns cirurgiões realizam cirurgias mais direcionadas, explorando um dos lados do pescoço. O achado de uma paratireoide normal e outra aumentada determina a ressecção desta última e o término da cirurgia. Entretanto, não se pode excluir a possibilidade de outro adenoma no lado não explorado do pescoço. O desenvolvimento da técnica de avaliação cintilográfica com 99 mTc-Sestamibi (MIBI) permitiu um grande avanço na localização do possível adenoma da paratireoide. A sensibilidade desse exame é superior a 90%. Esse método diagnóstico possibilitou as opções de tratamento direcionado dos adenomas de paratireoide. Ainda que a cintilografia com MIBI mostrasse eficácia em grande número de casos, a impossibilidade de excluir a hiperplasia tornava questionável o emprego desse método para a opção de tratamento direcionado em uma paratireoide.

O conhecimento da fisiologia do hormônio da paratireoide (PTH), cuja meia-vida na circulação é de poucos minutos, permitiu sugerir o controle bioquímico do tratamento durante o ato cirúrgico. O desenvolvimento de ensaios rápidos, seguros e confiáveis para a deter-

minação de PTH intacto propiciou a monitorização do sucesso cirúrgico, com base na curva de decaimento do paratormônio (PTH) após a retirada do tecido hiperfuncionante. Essa evolução possibilitou a utilização da dosagem do PTH intraoperatório (PTH-IO). Optou-se, nas duas pacientes, pela técnica minimamente invasiva, com monitorização do PTH-IO.

Por meio da interpretação da evolução dos níveis de PTH logo após a excisão de adenoma de paratireoide, tem-se demonstrado a efetividade desse método para determinar o sucesso da operação. Considera-se que dez minutos após a excisão de uma glândula hiperfuncionante, a observação da redução de 50% do valor basal do PTH-IO do paciente estará associada ao sucesso metabólico em mais de 98% dos casos. Essa taxa de sucesso é equivalente à obtida pela cirurgia convencional.

A localização de um possível adenoma com o MIBI, associada à monitorização do PTH-IO intacto, permitiram a abordagem cirúrgica unilateral das glândulas paratireoides, com incisões menores, associadas à anestesia local e/ou regional, com sedação e alta no mesmo dia, e cirurgia minimamente invasiva. O cirurgião faz a remoção da glândula da paratireoide hiperfuncionante sem necessidade de identificar as outras paratireoides normais. As vantagens desses métodos são a brevidade da operação, uma menor morbidade, possibilitando a cirurgia em pacientes com complicações cardiopulmonares, um pós-operatório rápido e simples e menos sequelas cicatriciais, o que viabiliza a realização de reintervenções sem aumento do risco.

A dosagem do PTH-IO informa ao cirurgião durante o ato cirúrgico se o tecido hiperfuncionante foi retirado, principalmente nas cirurgias de revisão. Podemos dizer que a cintilografia com  $^{99m}\text{Tc}$ -Sestamibi indica ao cirurgião por onde iniciar sua exploração e o PTH-IO orienta quando terminar a cirurgia.

Antes do procedimento, as pacientes realizaram avaliação neuropsicométrica, pelo CAMDEX-R, e após três meses da cirurgia. Pacientes com HPT apresentam escores piores na memória imediata e na lista de palavras. Ambas melhoraram após a cirurgia.

Sinais ou sintomas inespecíficos como fadiga, ansiedade, além de depressão ou, ainda, alterações neurológicas e cognitivas podem ocorrer na HPT. Particularmente, em

relação à depressão, este sintoma pode ocorrer em 10% dos casos. Ambas as pacientes apresentavam sintomas depressivos, com queixa de fadiga, ansiedade, alterações do sono, fraqueza e taquicardia.

O Mini Exame de Estado Mental (MEEM) e o Cambridge Cognitive Examination na versão revisada (CAMCOG-R) são instrumentos úteis para a avaliação cognitiva de idosos. Para o MEEM, o ponto de corte mais frequentemente utilizado 18/19 (sensibilidade = 73,5%; especificidade = 73,9%) e 24/25 (sensibilidade = 75%; especificidade = 69,7%), segundo a ausência ou presença de instrução escolar formal prévia (nove anos), respectivamente<sup>(14)</sup>. No estudo de confiabilidade e validade da versão brasileira do CAMCOG-R, o melhor ponto de corte para a população total foi 60/61, com 88% de sensibilidade e 84% de especificidade<sup>(16)</sup>. Para Roth et al.<sup>(17)</sup>, o melhor ponto de corte foi 79/80, com 92% de sensibilidade e 96% de especificidade. O escore do MEEM foi de 11 em ambas as pacientes, e do CAMCOG-R foi de 65 para a paciente A e de 63 para a paciente B.

O diagnóstico ou associação de hiperparatireoidismo secundário foi afastado neste estudo, pois todas as pacientes apresentavam níveis elevados de cálcio sérico e houve normalização do PTH sérico após a cirurgia de retirada da paratireoide(s).

Os resultados, após seis meses da cirurgia, foram: redução significante do PTH; o anatomo-patológico de ambas evidenciou quadro histológico de adenoma de paratireoide.

Aumento do MEEM, de 11 para 16 na paciente A, e de 11 para 15 na paciente B.

O escore do CAMCOG-R elevou-se para 82 em ambas as pacientes.

A melhora dos escores após o tratamento, demonstrando que a HPT é uma causa de demência reversível.

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram que o HPT deve ser considerado na avaliação dos quadros de demência em idosos, por sua prevalência na população e potencial de reversibilidade. O conhecimento precoce dessa enfermidade pode minimizar suas complicações clínicas, como a osteoporose. No entanto, faz-se necessária a realização de estudos com amostras representativas.

## REFERÊNCIAS

1. Corey-Bloom J, Thal LJ, Galasko D, et al. Diagnosis and evaluation of dementia. *Neurology*. 1995;45:211-8.
2. Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke*. 2006;37:2220-41.
3. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, et al., for the World Federation of Neurology Dementia Research Group. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol*. 2008;7:812-26.
4. Alagiakrishnan K, McCracken P, Feldman H. Treating vascular risk factors and maintaining vascular health: is this the way towards successful cognitive ageing and preventing cognitive decline? *Postgrad Med J*. 2006;82:101-5.
5. Chui H. Subcortical Ischemic Vascular Dementia (SIVD). *Neurol Clin*. 2007;25:717-42.
6. Engelhardt E, Moreira DM, Alves G, et al. Demência vascular: os grandes subtipos clínico-patológicos isquêmicos. *Rev Bras Neurol*. 2006;42:5-15.
7. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al., on behalf of the INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*. 2010;376:112-23.
8. Wiederkehr S, Simard M, Fortin C, van Reekum R. Validity of the clinical diagnostic criteria for vascular dementia: a critical review. Part II. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20:162-77.
9. Shimizu MM, Raicher I, Takahashi DY, Caramelli P, Nitrini R. Disclosure of the diagnosis of Alzheimer's disease: caregivers' opinions in a Brazilian sample. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66:625-30.
10. Engelhardt E. Demência vascular. In: Bottino CMC, Laks J, Blay SL (Eds). *Demência e transtornos cognitivos no idoso*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 177-95.
11. Hachinski V, Iadecola C, Petersen RC, et al. National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian Stroke Network vascular cognitive impairment harmonization standards. *Stroke*. 2006;37:2220-41.
12. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). *Neurology*. 2001;56:1143. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Critérios diagnósticos e exames complementares recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia Arq Neuropsiquiatr. 2005;63:713-9.
13. Biffi A, Greenberg SM. Cerebral amyloid angiopathy: a systematic review. *J Clin Neurol*. 2011;7:1-9.
14. Joborn C, Hetta J, Lind L, Rastad J, Akerström G, Ljunghall S. Self-rated psychiatric symptoms in patients operated on because of primary hyperparathyroidism and in patients with long-standing mild hypercalcemia. *Surgery*. 1989;105:72-8.
15. Maruani G, Hertig A, Paillard M, Houillier P. Normocalcemic primary hyperparathyroidism: evidence for a generalized target-tissue resistance to parathyroid hormone. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003 Oct;88(10):4641-8.
16. Paradela EMP. Adaptação transcultural para o português do Teste Cognitivo de Cambridge (CAMCOG-R) e desempenho do teste em idosos ambulatoriais [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
17. Neri M, Roth M, de Vreese LP, et al. The validity of informant reports in assessing the severity of dementia: evidence from the CAMDEX interview. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1998;9:56-62.

# Lúpus induzido por drogas (LID) pelo uso de omeprazol e enalapril

*Drug-induced lupus (DIL) by the use of omeprazole and enalapril*

Lila Morena Bueno da Silva<sup>(1)</sup>, Ana Lúcia Carvalho<sup>(1)</sup>, Eduardo de Oliveira Vieira<sup>(1)</sup>, Gabriela Albertini Maronese<sup>(1)</sup>, Monique Magalhães Silveira<sup>(1)</sup>, Adrian Nogueira Bueno<sup>(2)</sup>

1. Discente do curso de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas). Alfenas-MG, Brasil.
2. Reumatologista e professor de Reumatologia do curso de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas). Alfenas-MG, Brasil.

*Endereço para correspondência:*

Lila Morena Bueno da Silva. Rua José Ferreira Leite, 424, Bosque, CEP 37440-000, Caxambu-MG.  
E-mail: lila.morena@yahoo.com.br

## RESUMO

*Introdução:* o lúpus induzido por drogas (LID) é descrito como o desenvolvimento de sintomas semelhantes ao lúpus eritematoso sistêmico (LES) idiopático, temporariamente relacionado à exposição a drogas, havendo, comumente, a resolução do quadro com a suspensão do medicamento desencadeante. Embora descrito há mais de 60 anos, o mecanismo imunológico básico do LID ainda não está totalmente compreendido. É notável como o número de drogas de diferentes classes implicadas como causadoras de LID vem aumentando nas últimas décadas. *Relato de caso:* paciente em uso de omeprazol e enalapril, que desenvolveu proteinúria, artralgia, erupção cutânea, FAN positivo e anti-histonas fortemente positivos, havendo suspeita do diagnóstico de LID. Após 60 dias da retirada das drogas, os sintomas e os anticorpos normalizaram, confirmado o diagnóstico de LID. *Discussão:* foram relatados dois casos de LID pelo uso de omeprazol e LID pelo uso de enalapril, sendo, portanto, algo incomum. *Conclusão:* o lúpus induzido por drogas pelo uso de omeprazol e enalapril não é comum. O tratamento consiste na não utilização do fármaco causador, porém, para isso, é necessário o diagnóstico correto. Por se tratar de algo incomum, esta relação entre os sintomas e a droga causadora costuma não ser diagnosticada, levando à situação de cronicidade e a não resolução do caso.

**Unitermos:** lúpus induzido por drogas, omeprazol, enalapril, anticorpos, anti-histonas.

## SUMMARY

*Introduction:* drug-induced lupus (DIL) has been described as the development of idiopathic systemic lupus erythematosus-like symptoms, temporarily associated to the exposition to drugs, and as a rule, the condition is improved with the suspension of the triggering medication. The basic DIL immunologic mechanism, although described for more than 60 years, is not yet fully understood. Over the past decade an increasing number of drugs in different classes has been implicated as triggers for DIL. *Case report:* it will be describe a reported case of a patient that was using omeprazol and enalapril, and developed proteinuria, arthralgia, cutaneous rash, ANA and anti histone antibodies positive, concluding the diagnosis of DIL. After 60 days without using the drugs, all the symptoms and the antibodies returned to normal, confirming the diagnosis of DIL. *Discussion:* only two cases of DIL by the use of omeprazole have been related, and so by the use of enalapril. *Conclusion:* drug induced lupus by the use of omeprazole and enlapril is unusual. The treatment is to withdraw the suspected drug that is causing the DIL, but it's necessary to make the right diagnosis. Due to the unusual situation, such relation between the symptoms and the drug that is causing the DIL is not usually diagnosticated and hence a chronicity and lack of resolution of the disease may occur.

**Key words:** drug-induced lupus, omeprazole, enalapril, anti-bodies anti histones.

## INTRODUÇÃO

Um grande número de drogas prescritas está associado à indução de autoanticorpos e, em menor extensão, manifestações clínicas de doença autoimune. O lúpus induzido por drogas (LID)<sup>(1)</sup> é a mais extensamente documentada doença autoimune induzida por drogas.

Os trabalhos iniciais a respeito de LID sugeriam que principalmente a procainamida e a hidralazina estavam relacionadas a um risco aumentado em desenvolver lúpus; quinidina, a um risco moderado e todas as outras drogas eram consideradas de baixo ou muito baixo risco. Evidências convincentes afirmam que 20% dos usuários de procainamida e 5% dos usuários de hidralazina desenvolveram alterações clínicas sugestivas de LID após um ano de uso<sup>(1,2)</sup>. Com a introdução de novos fármacos e o maior acesso da população a medicamentos, outras drogas estão sendo relacionadas ao LID.

O omeprazol foi o primeiro inibidor de bombas de prótons lançado no mercado no Reino Unido (1989). É comumente usado para tratar refluxo gastroesofágico, gastrites, úlceras pépticas. Geralmente é bem tolerado, tendo como efeitos colaterais mais comuns dores de cabeça e alterações gastrointestinais. Reportaram-se alterações cutâneas, como erupções, em menos de 1% dos pacientes. Apenas dois casos de indução de autoimunidade com sintomas condizentes com LID foram relatados na literatura<sup>(3)</sup>.

O enalapril é um inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), usado no tratamento de hipertensão arterial, geralmente bem tolerado. Tem como principais efeitos colaterais a cefaleia e a hipotensão. Relatam-se dois casos de LID por enalapril, porém, a associação de inibidores da enzima conversora de angiotensina com LID já vem sendo relatada há algum tempo.

Estima-se uma incidência de 15 mil a 20 mil casos de LID por ano em todo o mundo<sup>(4)</sup>.

Não há critérios claros para o diagnóstico de LID. A maioria dos casos reportados descreve uma resolução de determinados sintomas condizentes com LID após a retirada da droga suspeita, e ocasionalmente a reintrodução da droga resultou no reaparecimento dos sintomas, mantendo uma associação causal entre as drogas suspeitas e o LID<sup>(5)</sup>. O diagnóstico de LID requer uma relação temporal entre a administração de uma droga e o desenvolvimento de sintomas, e não ter histórico de lúpus pré-existente<sup>(2)</sup>.

## RELATO DE CASO

N.A.C.B., 56 anos, sexo feminino, branca, casada, ex-tabagista, hipertensa havia 14 anos, fazia uso regular de enalapril 10 mg havia 14 anos, e de omeprazol 20 mg, devido à epigastralgie, havia 13 anos. Em fevereiro de 2011, após realizar exame de urina devido à queixa de disúria, constatou-se proteinúria com 20 hemácias por campo, sem nenhuma outra alteração. Após repetir o exame com o mesmo achado, foi encaminhada ao nefrologista, que constatou, em 11/3/2011, anemia leve com discreta microcitose (Hb 11,8; VG 0,9), índice de saturação de transferrina diminuído (16,3%), ferritina dentro dos padrões aceitáveis (153,0), bilirrubina total e em frações normais, eletroforese de hemoglobina sem alterações (A1 97%, A2 2,7%, F 0,3%), eletroforese de proteínas dentro dos valores adequados, proteínas totais 7,4 g/dL, desidrogenase láctica aumentada (533 U/L), fator antinuclear (FAN) reagente (título 1:320) pelo método de imunofluorescência indireta com padrão núcleo, citoplasma e placa metafásica cromossômica reagente, conclusivo para padrão misto nuclear pontilhado fino denso e citoplasmático pontilhado reticular. A paciente relatava dor, edema e rigidez matinal de ambas as mãos, placa eritematosa de textura áspera, de contornos irregulares, em dorso de nariz. Devido ao histórico de câncer de pele havia quatro anos, realizou uma crioterapia na lesão nasal com um dermatologista.

Para melhor avaliação das alterações laboratoriais encontradas, foi encaminhada ao reumatologista, o qual solicitou exames, com os respectivos resultados (22/9/2011): C3 (soro) 175,2 mg/dL, C4 27,1 mg/dL, complemento total CH-50 55 U/L. O HLA B27, autoanticorpos SM, SSA/RO, anticorpo anti-dsDNA, anticoagulante lúpico, anti-histona e cardiolipina IgG: não reagente, cardiolipina IgM reagente 27,5 MPL UI/ml. Proteinúria de 315,6 mg/24 horas.

O diagnóstico só foi concluído com novos exames, em maio de 2012, que apresentavam VHS 25 mm na primeira hora, 62 mm na segunda hora, C3 188,4 mg/dL, C4 27,4 mg/dL, anticoagulante lúpico positivo moderado 1.5, complemento do CH-50 123 u/CAE, anti-SM qualitativo não reagente, anti-SM quantitativo reagente, anticardiolipina IgM reagente 27,6 MPL/mL, anti-histonas fortemente reagente 12,6 U/mL, cardiolipina IgG com valores inconclusivos, proteinúria de 240 mg/24 horas, EAS sem alterações, anti-DNA, anti-SSA/RO, FAN, anticorpo anti-RNP (ENA): não reagentes ou negativos. A pesquisa de sangue oculto nas fezes resultou negativa. Assim, chegou-se à hi-

pótese diagnóstica de lúpus induzido por drogas, "lupus like", pelo uso de omeprazol (20 mg) ou enalapril (10 mg).

A conduta realizada foi a retirada dos dois medicamentos ao mesmo tempo, omeprazol 20 mg e enalapril 10 mg, sendo prescritos losartan 50 mg, ranitidina 150 mg, AAS 100 mg.

Depois de 60 dias, a paciente apresentava FAN, anti-corpo anti-histonas e proteinúria negativos, confirmando o diagnóstico de lúpus induzido por drogas.

Obteve melhora na rigidez matinal, dores e edema nas mãos.

## DISCUSSÃO

Rubin<sup>(6)</sup> afirma que lúpus eritematoso sistêmico (LES) induzido por drogas foi reportado pela primeira vez em 1952, associado ao uso de hidralazina, para tratamento de hipertensão maligna. A hidralazina e a procainamina são os medicamentos mais comumente causadores de LID<sup>(7)</sup>, porém, com a introdução de outros medicamentos, várias novas classes de medicamentos estão sendo relacionadas ao LES induzido por drogas. No entanto, nem todas as pessoas que tomam estes medicamentos desenvolvem manifestações de LID, o que leva muitos investigadores a concluir que este tipo de lúpus depende mais da pessoa do que da substância, tratando-se de um problema de imunidade<sup>(5)</sup>. O processo parece estar relacionado a uma alteração na resposta imune individual de cada paciente, sendo a teoria proposta mais aceita a inibição da metilação do ácido desoxirribonucleico (DNA) por algumas drogas, o que permitiria a ativação das células T; a oxidação de certas substâncias pelos monócitos, gerando metabólitos que interferem na tolerância do sistema imune, levando à formação de autoanticorpos. Novos estudos são necessários para a melhor compreensão da imunopatogenia do LID, objetivando desenvolver tratamentos específicos com base no melhor conhecimento dos mecanismos patogênicos<sup>(8)</sup>. São fatores de risco para a ocorrência do LID: apresentar抗ígenos leucocitários humanos HLA DR4, HLA DR0301<sup>(8)</sup>. Estima-se uma incidência de 15 mil a 20 mil casos de LID por ano em todo o mundo<sup>(9)</sup>. Considera-se que mais de 10% dos casos de LES são droga-induzidos, estimandose em quase 100 o número de medicações envolvidas<sup>(10)</sup>. O tempo de exposição varia de poucos dias a anos e a média é de 7,27 semanas. Relatou-se o tempo mínimo de 3 dias e o máximo de 11 anos, ocorrendo prevalen-

temente no sexo feminino (72%) com idade média de aproximadamente 58 anos<sup>(11)</sup>. Em casos em que haja um curto período de latência, pode ser explicado por reexposição à droga<sup>(9)</sup>. No caso descrito, como os sintomas foram insidiosos, não foi possível concluir o intervalo de tempo entre exposição à droga e o aparecimento dos sintomas e das alterações laboratoriais.

O LES induzido por drogas está comumente associado a sintomas como: febre, artrites, mialgias, serosites, associados à produção de anticorpos antinucleares (FAN) e anticorpos anti-histonas<sup>(11)</sup>; não é comum a associação a alterações renais. É sabido que os anticorpos anti-histonas estão presentes em 96% dos pacientes com lúpus induzido por drogas e em 30% do LES. O LES apresenta vários outros autoanticorpos nucleares, mas o LES induzido por drogas tem, em geral, apenas anticorpos para histonas<sup>(10)</sup>. O quadro clínico pode ser muito semelhante ao LES, exceto pelo fato na melhora inexorável com a retirada da droga causadora, como é o caso da paciente em estudo. Inicialmente, a paciente apresentou proteinúria, associada à artralgia e rigidez matinal, lesão eritematosa descamativa no nariz e alterações laboratoriais de anticorpos condizentes com o quadro de LID (FAN +, anti-histonas +). Este caso demonstra ser um quadro atípico, visto que apresenta comprometimento renal, além de estar associado a drogas não comumente relacionadas ao LID<sup>(6)</sup>. Não foi possível realizar biópsia para confirmar as alterações histológicas, devido ao procedimento realizado, crioterapia, na lesão cutânea nasal. Como é sabido que as drogas mais comuns que induzem o LID são diuréticos tiazídicos, inibidores da conversão da angiotensina e bloqueadores de canais de cálcio<sup>(12)</sup>, é provável que a causa do quadro da paciente tenha sido o uso do enalapril. Contudo, não foi possível confirmar esta suposição, pois seria antiético impor uma situação de risco à paciente ao manter um dos medicamentos e retirar o outro de forma aleatória, sem critérios específicos, já que não existem testes laboratoriais capazes de identificar qual medicamento foi o causador da resposta autoimune<sup>(13)</sup>. Estes são medicamentos fáceis de ser trocados por outras classes de drogas que obteriam o mesmo resultado terapêutico, não justificando os riscos dessa prova diagnóstica. Com a suspensão das drogas (omeprazol e enalapril), em 60 dias a paciente apresentou regressão completa do quadro, não sendo administrado nenhum outro fármaco para regressão, enfatizando o diagnóstico de LID.

**CONCLUSÃO**

O lúpus induzido por drogas pelo uso de omeprazol ou enalapril não é comum. O tratamento consiste na não utilização do fármaco causador, porém para isso é necessário o diagnóstico correto. Por se tratar de algo incomum, esta relação entre os sintomas e a droga causadora cos-

tuma não ser diagnosticada, levando à situação de cronicidade e a não resolução do caso. No caso em questão, concluímos que o LID foi causado por uma das duas drogas, provavelmente pelo enalapril, pois sabe-se que uma das drogas que mais comumente induzem o LID são os inibidores da conversão da angiotensina<sup>(12)</sup>.

**REFERÊNCIAS**

1. Schoonen WM, Thomas SL, Somers EC, et al. Do selected drugs increase the risk of lupus? A matched case-control study. *Brit J Clin Pharmacol.* 2010;70(4):588-96.
2. Chand C, Gershwin ME. Drug induced lupus erythematosus: incidence, management and prevention. *Drug Saf.* 2011;34(5):357-74.
3. Mankia SK, Rytina E, Burrows NP. Omeprazole-induced subacute cutaneous lupus erythematosus. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35(3):e1-e2.
4. Mota LMH, Haddad GP, Lima RAC, Carvalho JF, Muniz-Junqueira MI, Santos Neto LL, Lima FAC. Lúpus induzido por drogas – da imunologia básica à aplicada. *Rev Bras Reumatol.* 2007 Nov/Dec;47(6):431-7.
5. Borchers AT, Keen CL, Gershwin ME. Drug induced lupus. *Ann N Y Acad Sci.* 2007;1108:166-82.
6. Rubin RL. Drug-induced lupus. *Toxicology.* 2005;15;209(2): 135-47.
7. Pereira MG, Duarte S. Fadiga intensa em doentes com lúpus eritematoso sistêmico: estudo das características psicométricas da escala da intensidade da fadiga. *Psic. Saúde & Doenças.* 2010;11(1):1645-86.
8. Srivastava M, Rencic A, Diglio G, et al. Drug-induced, Ro/SSA-positive cutaneous lupus erythematosus. *Arch Dermatol.* 2003;139(1):45-9.
9. Dam C, Bygum A. Subacute cutaneous lupus erythematosus induced or exacerbated by proton pump inhibitors. *Acta Derm Venereol.* 2008;88(1):87-9.
10. Nakamura RM. Recent advances in laboratory tests and significance of autoantibodies to nuclear antigens in systemic rheumatic diseases. *Clin Lab Med.* 1986;6:41-53.
11. Lowe G, Henderson CL, Grau RH, Hansen CB. A systematic review of drug-induced subacute cutaneous lupus erythematosus. *BR J Dermatol.* 2011;164:465-72.
12. Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Capsoni F, Lubrano E, Doria A. Drug-induced lupus erythematosus. *Autoimmunity.* 2005;38(7): 507-18.
13. Atzeni F, Marrazza MG, Sarzi-Puttini P, Carrabba M. Drug-induced lupus erythematosus. *Reumatismo.* 2003;55: 147-54.

# FRAX MODELO BRASIL



CRISTIANO A. F. ZERBINI

Diretor do Centro Paulista de Investigação Clínica (Cepic).  
Médico assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis

## INTRODUÇÃO

A osteoporose é caracterizada pela perda óssea qualitativa e quantitativa, que aumenta a probabilidade de fratura. Após a idade de 50 anos, uma mulher em três e um homem em cinco podem ser acometidos por uma fratura resultante da osteoporose, com sérias consequências pessoais e socioeconômicas. Estudos internacionais mostram que no ano 2000 foi estimada a ocorrência de 9 milhões de novas fraturas por osteoporose em todo o mundo, sendo 1,4 milhão de fraturas clínicas vertebrais, 1,6 milhão de fraturas de quadril e 1,7 milhão de fraturas do antebraço. Devido à dimensão alcançada por esta doença, em maio de 1998, durante a 51ª Assembleia Mundial de Saúde, a osteoporose foi incluída na solicitação de uma estratégia global para a prevenção e controle de doenças não comunicáveis. Atendendo a esta solicitação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou um programa de trabalho, referenciando, para isto, o Centro de Colaboração da OMS em Sheffield (Reino Unido), liderado pelo Dr. John Kanis. O projeto também teve o suporte da International Osteoporosis Foundation (IOF), da National Osteoporosis Foundation (NOF), da International Society for Clinical Densitometry (ISCD) e da American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR). O objetivo do programa foi identificar e validar fatores clínicos de risco para uso na avaliação do risco de fratura em um contexto internacional. Após análise de estudos epidemiológicos internacionais, foram desenvolvidos algoritmos para a avaliação do risco de fratura, posteriormente convertidos em um *programa de informática* de fácil e livre acesso, via Internet, que pode ser utilizado de forma simples e objetiva mesmo em locais

onde não existam aparelhos para medir a DMO. Este programa foi denominado *Ferramenta de Avaliação do Risco de Fratura da OMS* ou **FRAX** (**Figura 1**).

Em 1994, a OMS definiu a osteoporose pela avaliação do densitômetro de dupla energia (DXA) como a perda óssea equivalente a 2,5 desvios-padrão abaixo da massa óssea obtida aos 20 anos de idade ( $T\text{-score} \leq -2,5$ ). Desde esta definição, resultados obtidos pela densitometria óssea (DMO) têm sido usados para diagnóstico e intervenção médica, embora existam alguns problemas na utilização destes resultados, de forma isolada, na avaliação do risco de fratura. Como exemplos, podemos citar: um paciente com  $T\text{-score} = -2,4$ , diagnosticado com osteopenia; e o paciente com  $T\text{-score} = -2,6$ , diagnosticado com osteoporose, embora ambos tenham praticamente o mesmo risco de fratura; um paciente com  $T\text{-score}$  de  $-1,2$  e um paciente com  $T\text{-score}$  de  $-2,3$ , classificados como acometidos por osteopenia, mas com riscos de fratura bem diferentes. A DMO isolada tem pouca sensibilidade para a predição do risco de fratura, e muitas fraturas ocorrem entre os indivíduos classificados dentro da categoria osteopenia, portanto, acima do limite de risco da OMS ( $T\text{-score} \leq -2,5$ ).

## DETERMINAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA O FRAX

Desde os primeiros estudos sobre osteoporose são conhecidos fatores que estão associados à perda de massa óssea. Alguns exemplos são: idade avançada, sexo feminino, período pós-menopausa, baixo índice de massa corporal, fratura anterior, história familiar de fratura, vida sedentária, fumo e uso de glucocorticoides. Estes fatores de risco podem predizer a possibilidade de fratura de

forma independente ou parcialmente dependente da DMO. Isto significa que, associados aos valores da DMO, podem prover informação superior àquela obtida pela DMO isolada. Alguns fatores podem, inclusive, ser usados para a avaliação do risco de fratura, mesmo na ausência da DMO. Desta forma, a determinação criteriosa e a validação dos principais fatores de risco para a osteoporose podem melhorar a predição de fraturas e permitir uma melhor seleção de pacientes para tratamento.

O Centro Colaborador da OMS reuniu informações de 12 estudos prospectivos populacionais em diferentes localidades geográficas com o objetivo de avaliar os fatores de risco com maior impacto sobre o desenvolvimento da osteoporose. Foram selecionados estudos realizados na Europa (estudos multicêntricos EVOS e EPIDOS e estudos unicêntricos das cidades de Roterdã, Kuopio, Lyon, Gothenburg e Sheffield), nos EUU (estudo CaMos e Rochester), na Austrália (estudo DOES) e no Japão (Hiroshima). Os pacientes destes estudos tinham os fatores de risco

para fratura documentados na primeira visita do estudo e cerca de 75% deles tinham também resultado da DMO do fêmur. A análise destes dados permitiu a avaliação de vários fatores de risco associados à fratura e suas relações com outras variáveis, em especial a DMO e a idade.

Os fatores de risco assim validados foram incorporados na ferramenta FRAX. Estes fatores de risco são: fratura por fragilidade prévia, fratura de quadris por fragilidade nos pais, uso de tabaco, uso de glucocorticoides, artrite reumatoide, osteoporose secundária (diferentes doenças) e uso de três ou mais unidades de bebida alcoólica por dia.

No modelo FRAX, o risco de fratura é calculado para mulheres e homens entre as idades de 40 e 90 anos, com os seguintes dados: idade atual, índice de massa corporal (calculado a partir do peso e da altura) e as sete variáveis de risco independentes citadas (**Tabela 1**). A interação de todos estes dados é feita automaticamente pelo modelo FRAX de informática com ou sem a DMO (T-score do colo do fêmur) e é baseada em fórmulas ma-

**Figura 1** – Introdução à ferramenta FRAX.

temáticas desenvolvidas com base nos estudos citados, com atribuições particulares para cada fator de risco. Para que os fatores de risco relatados pelos pacientes possam ser captados com a maior objetividade possível, o Centro Colaborador da OMS proveu as seguintes definições para utilização na anamnese clínica:

1. *Fratura prévia* – fratura prévia havida na vida adulta espontaneamente ou fratura após um trauma que, em um indivíduo saudável, não resultaria em fratura (fratura por fragilidade).
2. *Fratura de quadril em pais* – história de fratura de quadril por fragilidade em mãe ou pai do paciente.
3. *Fumo atual* – uso de tabaco atualmente.
4. *Glucocorticoides* – exposição a glucocorticoides orais por três meses ou mais em uma dose de prednisolona de 5 mg/dia ou mais (doses equivalentes de outros glucocorticoides)
5. *Artrite reumatoide* – por diagnóstico confirmado por médico.
6. *Osteoporose secundária* – presença de doença fortemente associada a osteoporose. Inclui: diabetes tipo I, osteogênese imperfeita em adultos, hipertireoidismo duradouro não tratado, hipogonadismo ou menopausa prematura (< 45 anos), má nutrição crônica ou má absorção intestinal ou doença hepática crônica.

**Tabela 1** – Dados necessários para o cálculo da probabilidade de fratura de um paciente nos próximos dez anos.

■ País
■ Densidade mineral óssea
■ Idade
■ Sexo
■ Fatores clínicos de risco
– fratura prévia por fragilidade
– história de fratura de quadril nos pais
– tratamento com glucocorticoide
– fumo atual
– ingestão de álcool (três ou mais unidades por dia)
– artrite reumatoide
– outras causas secundárias de osteoporose

7. *Álcool* (três ou mais unidades/dia) – a unidade de álcool varia levemente em diferentes países, entre 8 e 10 g de álcool. Essa dose equivale a um copo comum de cerveja (285 ml), uma medida simples de um coquetel (30 ml), uma taça média de vinho (120 ml) ou uma medida de um aperitivo (60 ml).

A ferramenta de cálculo FRAX fornece a probabilidade imediata, em porcentagem, da ocorrência de *uma fratura maior (fratura clínica vertebral, antebraço, úmero e quadril), ou uma fratura de quadril isolada nos próximos dez anos*. Esta probabilidade é o *risco absoluto de fratura*. Este cálculo de probabilidade pode ser realizado com ou sem os dados da DMO. Na ausência da DMO, o cálculo é realizado com os valores do IMC. Os dados utilizados para a utilização do FRAX e que devem ser copiados na tela do computador são: idade (com data de nascimento), sexo, peso, altura, dados dos sete fatores de risco citados e os valores da DMO do colo femoral, se disponíveis (**Figura 2**). Os modelos do FRAX são específicos para cada país e baseados em estudos epidemiológicos nacionais. Desta forma, ao acessar a ferramenta no computador, é necessário especificar o país em que vive o paciente. O modelo é acompanhado da bandeira nacional na tela.

## RISCO RELATIVO E RISCO ABSOLUTO

- *Risco relativo* – razão de probabilidades de um evento ocorrer em um grupo exposto *versus* um grupo não exposto.
- *Risco absoluto* – probabilidade numérica real de um evento ocorrer em um período de tempo pré-definido.

Em muitos estudos epidemiológicos os fatores de risco associados a uma doença são descritos como risco relativo (RR), que representa o risco de um acontecimento em uma pessoa com fator de risco para este acontecimento comparado com o (*relativo ao*) risco deste acontecimento em uma pessoa sem o fator de risco. Um exemplo seria o fato conhecido de que, para um paciente com uma fratura prévia por fragilidade, existe o dobro de risco para uma nova fratura *relativamente* a um paciente que não teve uma fratura prévia. Embora este tipo de comparação seja muito utilizado, a pergunta que surge é: “Dobro de risco em relação a qual valor?”. Para responder a esta pergunta, seria necessário conhecer o risco (absoluto) de fratura em

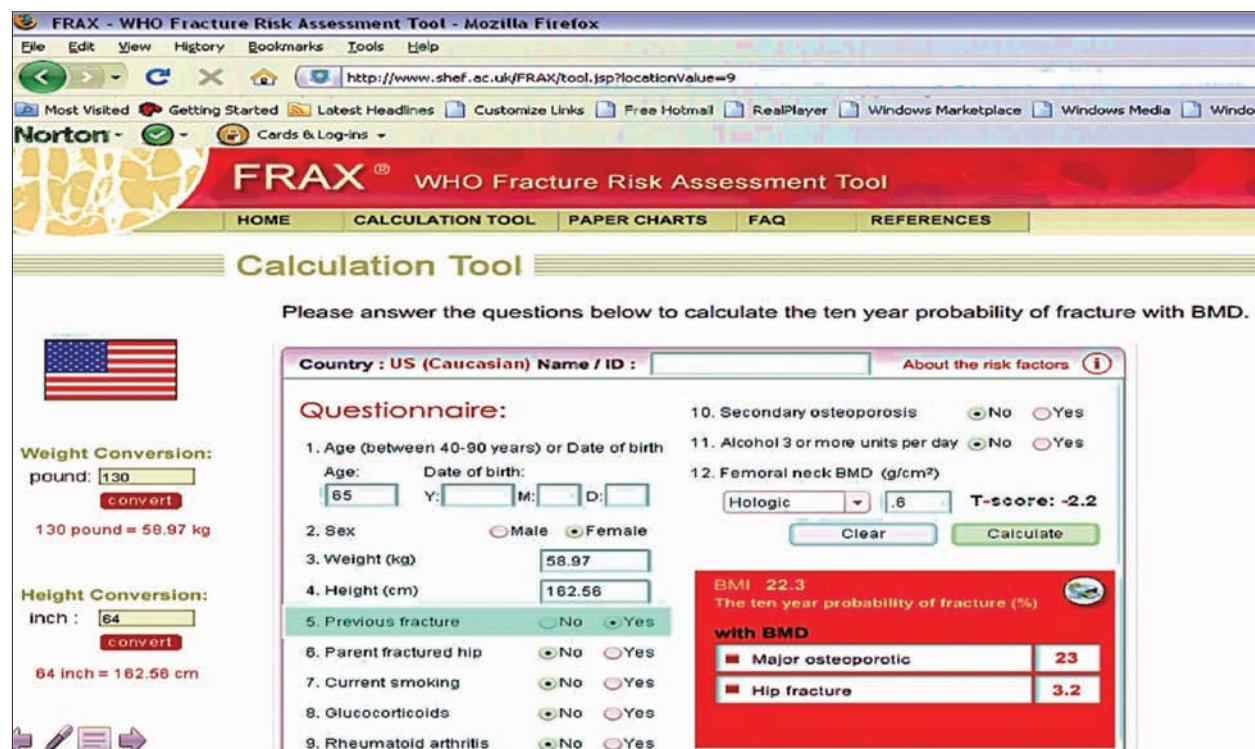
um paciente que não teve fratura prévia. Qual então seria o risco absoluto de um paciente desenvolver uma fratura levando em conta seus fatores de risco e a população na qual está inserido?

Quando utilizamos apenas a DMO para avaliar o risco de fratura, estamos avaliando apenas o risco relativo. Sabemos, por exemplo, que, se um paciente tem T-score = -2, seu risco de ter uma fratura de quadril é 2,6 vezes maior do que um paciente com T-score = -1, pois, para cada queda de 1 desvio-padrão na DMO, o risco de fratura de quadril aumenta nesta proporção (2,6). Mas como seria esta avaliação de risco se incorporássemos à DMO, a idade, o uso ou não de glucocorticoides, o uso ou não de tabaco e a nacionalidade brasileira ou norueguesa? A inter-relação de fatores de risco independentes da DMO, a incidência de fratura e mortalidade na população do paciente pode nos dar uma avaliação muito mais completa do risco de fratura. A integração destes dados permite o cálculo do *risco absoluto de fratura*. O risco absoluto de fratura é particular para cada paciente e depende de características individuais e da população na qual o paciente está inserido. Um exemplo de diferença entre risco relativo e risco absoluto (McCluskey/IOF) é o de um indivíduo que compra cinco bilhetes de loteria em vez

de um e, portanto, tem cinco vezes a chance de ganhar em relação a um indivíduo que comprou apenas um bilhete. A chance *absoluta* (risco absoluto) de ganhar, embora melhorada, situa-se aproximadamente em um para três milhões, bem diferente da relatividade anterior!

Tanto para o médico, em suas atividades clínicas diárias, quanto para os profissionais da saúde pública, torna-se importante o conhecimento do *risco absoluto* para que sejam propostos limiares de intervenção terapêutica. Para os pacientes, o conhecimento de seu risco absoluto de fratura permitirá uma melhor aderência ao tratamento e também uma possível mudança nos hábitos de vida. A seguir, alguns exemplos de perguntas que podem ser respondidas: Qual é o risco absoluto de fratura de fêmur que merece tratamento? Qual é o risco absoluto de uma fratura maior por osteoporose que permitirá a um paciente retirar gratuitamente medicações em um posto de saúde? Com o risco de fratura absoluto que o médico calculou, devo parar de fumar?

Para o cálculo do *risco absoluto de fratura* há necessidade da obtenção de dados populacionais que mostrem a incidência de fraturas por fragilidade em uma grande amostra da população, para homens e mulheres, dividida por idades, assim como dados de mortalidade para esta



**Figura 2** – Exemplo de cálculo de fratura pelo FRAX modelo EEUU.

população. Estes dados são importantes porque a probabilidade de fratura depende em parte do risco de morte – quando o risco de morrer é alto (como em pessoas muito idosas), a probabilidade de fratura decresce.

Uma propriedade importante do FRAX é sua capacidade de integrar fatores de risco e mortalidade. Como exemplo, podemos citar a incorporação, nesta ferramenta, do impacto de fatores de risco como ingestão de álcool ou hábito de fumar, tanto sobre o risco de fratura quanto sobre o risco de morte. Embora a ação dos fatores de risco (por exemplo, fumo, glucocorticoides, álcool) não varie significativamente entre diferentes populações, a expectativa de vida e o risco de fratura variam muito em diferentes partes do mundo; portanto, o modelo FRAX precisa ser adaptado para diferentes dados epidemiológicos de fratura e mortalidade.

Estudos epidemiológicos nacionais com dados de incidência de fratura de fêmur e mortalidade permitiram que vários países tivessem seu próprio modelo FRAX. Como exemplos de risco absoluto de fratura determinado pelo FRAX, podemos citar: a) *risco muito alto*: Áustria, Bélgica, Suécia e Suíça; b) *alto risco*: Argentina, China (Hong Kong), Finlândia, Alemanha, Itália, China (Taiwan), Reino Unido e Estados Unidos (caucasianos); c) *risco moderado*: França, Japão, Espanha, Nova Zelândia e Estados Unidos (hispânicos e asiáticos); d) *baixo risco*: China, Líbano, Turquia e Estados Unidos (afro-americanos).

Recentemente, o Brasil teve seu modelo elaborado e concluído por uma equipe da OMS/IOF liderada pelo Dr. John Kanis. Foram construídos gráficos e tabelas associando dados epidemiológicos de prevalência de fratura de quadril e mortalidade em diferentes áreas do Brasil, com base em quatro estudos clínico-epidemiológicos realizados em nosso país:

- Schwartz AV, Kelsey JL, Maggi S, et al. International variation in the incidence of hip fractures: cross-national project on osteoporosis for the World Health Organization Program for Research on Aging. *Osteoporos Int.* 1999;9(3):242-53.
- Castro da Rocha FA, Ribeiro AR. Low incidence of hip fractures in an equatorial area. *Osteoporos Int.* 2003; 14(6):496-9.
- Komatsu RS, Ramos LR, Szejnfeld VL. Incidence of proximal femur fractures in Marilia, Brazil. *J Nutr Health Aging.* 2004;8(5):362-7.

- Silveira VA, Medeiros MM, Coelho-Filho JM, et al. Hip fracture incidence in an urban area in Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(3):907-12.

A captação dos dados e sua elaboração matemática, com vistas à introdução do Brasil no FRAX, levou alguns meses e os gráficos e tabelas organizados pelo Dr. Kanis com os resultados deste trabalho foram enviados para a apreciação da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO). O processamento dos dados foi realizado pela mesma equipe que avaliou e introduziu outros países na ferramenta FRAX: Dr. John Kanis, Dr. Eugene McCluskey e força-tarefa da IOF.

Verificou-se que o risco de fratura de quadril em nosso país é apenas inferior ao risco deste evento na Argentina, levando em conta os países da América do Sul que já compõem o FRAX (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador e México). Ao analisar estes dados, concluiu-se que, diferentemente do que foi previsto, o risco de fratura não foi subestimado tendo como base os estudos utilizados.

O Dr. Kanis emitiu opinião de que seria bastante oportunio que o Brasil estivesse representado no FRAX com os dados disponíveis nos estudos citados e ajustes poderiam ser feitos após análise de novos trabalhos ora em elaboração. A ABRASSO, após análise dos dados enviados, concordou com a iniciativa da equipe IOF/OMS e o *FRAX modelo Brasil* tornou-se oficialmente disponível.

A ferramenta FRAX é dinâmica e atualmente consta de várias edições em diferentes países. A conclusão de novos estudos tem colaborado com seu aperfeiçoamento e isto também será feito para o Brasil.

A ABRASSO e a IOF têm trabalhado juntas em forte associação científica para que o estudo do osteometabolismo em nosso país seja respeitado mundialmente. A introdução do Brasil no FRAX é uma vitória conjunta da IOF/ABRASSO e de todos os estudiosos do metabolismo ósseo em nosso país.

### **COMO UTILIZAR O FRAX? (Consulte a Figura 3)**

1. Acessar o FRAX no Google ou diretamente no site <http://www.shef.ac.uk/FRAX>.
2. Clicar em *Bem vindo ao FRAX – University of Sheffield* (se via Google).

3. Aparecerá a tela *FRAX Instrumento de avaliação do risco de fratura da OMS* em uma faixa vermelha superior. Nesta tela, clique em *Instrumento de cálculo*, logo abaixo.
4. Será aberta então uma pequena tela com o nome dos continentes. Clique em *América Latina* e aparecerão os países que já constam do FRAX na AL.
5. Clique em *Brasil* e surgirá a tela do *modelo brasileiro com a bandeira de nosso país*.
6. Digite os dados de seu paciente e as respostas aos sete fatores de risco, mais o resultado da densitometria do colo do fêmur (há escolha para as diferentes marcas de densitômetro). Se não for possível conhecer a densidade óssea do colo do fêmur, o FRAX pode ser utilizado da mesma forma com o IMC.
7. Com estes dados, o FRAX fornecerá, em porcentagem, o risco para uma fratura maior por osteoporose (fratura clínica vertebral, antebraço, úmero e quadril) e, também, em separado, o risco para uma fratura do colo do fêmur nos próximos dez anos, permitindo assim uma avaliação mais precisa da necessidade de abordagem terapêutica para o paciente.

## LIMITAÇÕES DO FRAX

Embora seja uma ferramenta internacionalmente validada, o FRAX tem algumas limitações que devem ser levadas em conta quando de sua utilização:

- a) Alguns fatores de risco, como álcool e uso de glucocorticoides, são estimados em doses médias estabelecidas, mas não há uma avaliação dose-resposta, isto é, não são consideradas variações de dose e seus efeitos sobre o risco.
- b) Considera-se no FRAX o evento de fratura prévia sem quantificá-lo, mas sabemos que, quanto maior o número de fraturas prévias, maior a chance de sofrer novas fraturas. Este fato, porém, é facilmente resolvido pelos médicos, sabendo-se que, se o paciente tem história de várias fraturas, ele obviamente tem de ser tratado.
- c) Entre as causas de osteoporose secundária, a artrite reumatoide é a única doença com evidências mostrando sua associação com risco de fratura superior ao risco associado à baixa DMO, sendo, portanto,

**Figura 3** – FRAX modelo Brasil.

considerada um risco de fratura separado das demais doenças. Como não existem evidências similares para outras doenças, assume-se que estas outras causas de osteoporose secundária mediam o risco de fratura como resultado de uma DMO baixa; portanto, quando o valor da DMO entra na equação do FRAX, nenhum peso é dado para estas causas secundárias.

- d) O FRAX não incorporou ainda os fatores de risco relacionados a quedas. Como as quedas representam um risco importante para as fraturas, o médico deve sempre levar em conta uma história de quedas, principalmente em pacientes mais idosos. Nestes pacientes, os resultados do FRAX podem eventualmente estar subestimados.

- e) O FRAX incorpora apenas a DMO do colo do fêmur, não utilizando a DMO de vértebras lombares ou antebraço.

A ferramenta FRAX permite a avaliação do risco de fratura e facilita a elaboração de estratégias para combater o crescente problema das fraturas por osteoporose. Esta ferramenta é acessível a médicos e pacientes, selecionando melhor o segmento da população que deve ser tratado e provendo ensinamentos sobre a osteoporose e seus fatores de risco.

O FRAX é uma ferramenta dinâmica baseada totalmente em evidências clínicas e deve ser considerado uma plataforma tecnológica que continuará seu aperfeiçoamento com novos fatores de risco validados e a entrada de novos modelos nacionais específicos.

## REFERÊNCIAS PARA ESTUDO

1. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Dawson A, de Laet C, Jonsson B. Ten year probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnostic thresholds. *Osteoporosis Int.* 2001;12:989-95.
2. Kanis JA, Johnell O, de Laet C, Jonsson B, Oden A, Oglesby A. International variations in hip fracture probabilities: implications for risk assessment. *J Bone Miner Res.* 2002;17:1237-44.
3. De Laet C, Oden A, Johnell O, Jonsson B, Kanis JA. The impact of the use of multiple risk factors on case finding strategies: a mathematical framework. *Osteoporosis Int.* 2005;16:313-8.
4. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Oden A, Borgström F, Strom O (2010). Development and use of FRAX® in osteoporosis. *Osteoporosis Int.* 2010;21 Suppl 2:S407-13.
5. Kanis JA, Oden A, Johansson H, Borgström F, Ström O, McCloskey E (2009). FRAX® and its applications to clinical practice. *Bone.* 2009;44:734-43.
6. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. (2008). FRAXTM and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporosis Int.* 2008;19:385-97.
7. Kanis JA, Oden A, Johansson H, Borgström F, Ström O, McCloskey E (2009). FRAX® and its applications to clinical practice. *Bone.* 2009;44:734-43.
8. Ström O, Borgström F, Kleman M, et al. (2010) FRAX® and its applications in health economics – Cost – effectiveness and intervention thresholds using bazedoxifene in a Swedish setting as an example. *Bone.* 2010;47:430-7.
9. Schwartz AV, Kelsey JL, Maggi S, et al. International variation in the incidence of hip fractures: cross-national project on osteoporosis for the World Health Organization Program for Research on Aging. *Osteoporosis Int.* 1999; 9(3):242-53.
10. Castro da Rocha FA, Ribeiro AR. Low incidence of hip fractures in an equatorial area. *Osteoporosis Int.* 2003;14(6): 496-9.
11. Komatsu RS, Ramos LR, Szejnfeld VL. Incidence of proximal femur fractures in Marilia, Brazil. *J Nutr Health Aging.* 2004; 8(5):362-7.
12. Silveira VA, Medeiros MM, Coelho-Filho JM, et al. Hip fracture incidence in an urban area in Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(3):907-12.

## TOP 10

### 1. DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL. VOLUME 2. CENÁRIOS E INDICADORES DE DISTRIBUIÇÃO

Relatório de Pesquisa – Fevereiro de 2013. Coordenação de Mário Scheffer. Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2. 256 p. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) produziram, em parceria, este trabalho que oferece dados e análises sobre o perfil do médico em atividade no País, destacando novos cenários e indicadores sobre a distribuição de médicos. Esta pesquisa consistiu em um estudo epidemiológico do tipo ecológico, com o objetivo de descrever a demografia médica no Brasil com base em dados gerais e sobre a distribuição espacial dos médicos. Foram descritas características gerais dos médicos brasileiros; origem, destino e migração dos médicos; distribuição comparada com outros profissionais e estabelecimentos de saúde; perfil dos médicos estrangeiros e brasileiros formados no exterior; censo e caracterização dos médicos especialistas. As bases da pesquisadas foram: conselhos regionais de medicina (CRMs), Conselho Federal de Medicina (CFM); Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Associação Médica Brasileira (AMB), que reúne as sociedades de especialidades; a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e a base de dados populacionais do censo do IBGE. Foram usados métodos de análise de sobrevida ou de sobrevivência, para comparar o tempo médio e mediano de atividade do registro profissional do médico (CRM) por Estado ou regiões do País. Neste estudo a regressão de Cox foi utilizada para estimar as curvas de probabilidade de manter-se com registro em atividade, para o Brasil e por grandes regiões. No estudo de projeção da população médica foram utilizadas "séries

temporais". O projeto de pesquisa original foi aprovado pela Comissão Científica/Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, conforme parecer de 9 de junho de 2011. O Brasil conta, em 2013, com aproximadamente 400 mil médicos e com taxa de dois médicos por 1.000 habitantes. Destes, 1.631 são reumatologistas (0,61% em relação ao total de títulos de especialistas), em uma razão de 0,84 reumatologista/100.000 habitantes. Mais da metade dos reumatologistas estão na Região Sudeste (54,45%). Este grandioso trabalho, disponível gratuitamente no site do Cremesp, fornece dados precisos e detalhados, tornando sua leitura obrigatória para qualquer indivíduo que deseje formular análises e propostas, baseadas em evidências, para a saúde no Brasil.

### 2. EFEITOS DOS EXERCÍCIOS DE PILATES NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

*Effects of Pilates Exercises on Health-Related Quality of Life in Individuals with Juvenile Idiopathic Arthritis.* Mendonça TM, Terrier MT, Silva CH, Neto MB, Pinto RM, Natour J, Len CA. Arch Phys Med Rehabil. 2013 Jun 24. pii: S0003-9993(13)00457-7. doi: 10.1016/j.apmr.2013.05.026. [Epub ahead of print.]

Para determinar os efeitos dos exercícios de Pilates sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (HRQOL), foram avaliadas 50 crianças acompanhadas ambulatorialmente, com diagnóstico de artrite idiopática juvenil, de acordo com os critérios da International League of Associations for Rheumatology. Neste estudo prospectivo, os participantes foram randomizados em dois grupos. No grupo I (n=25) os pacientes foram submetidos a um programa de exercícios convencionais, por seis meses. Os pacientes do grupo II (n=25) participaram de um programa de exercícios Pilates, também por seis meses. O desfecho primário foi a HRQOL, medida através da PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory, versão 4.0). As medidas de desfecho secundário, que forneceram uma estimativa da relevância clínica dos resultados do desfecho primário, incluíram intensidade de dor articular (utilizando-se escala

visual analógica de dor – 10 cm), incapacidade (de acordo com CHAQ – Childhood Health Assessment Questionnaire), status articular (com a aplicação da Escala Pediátrica de amplitude de movimento da Escola Paulista de Medicina – EPM-ROM) e o escore total da PedsQL 4.0. Todos os participantes completaram o estudo. O escore do PedsQL 4.0 foi显著mente maior no grupo Pilates, quando comparado com o grupo de exercício convencional. Os pacientes do grupo II apresentaram melhora significativa na escala visual analógica de dor, CHAQ e EPM-ROM. A realização de exercícios de Pilates teve um impacto físico e psicosocial positivo na qualidade de vida em indivíduos com artrite idiopática juvenil.

### 3. EFICÁCIA DOS REGIMES DE INDUÇÃO-REMISSÃO PARA VASCULITE ANCA ASSOCIADA

*Efficacy of remission-induction regimens for ANCA-associated vasculitis.* Specks U, Merkel PA, Seo P, Spiera R, Langford CA, Hoffman GS, Kallenberg CG, St Clair EW, Fessler BJ, Ding L, Viviano L, Tchao NK, Phippard DJ, Asare AL, Lim N, Ikle D, Jepson B, Brunetta P, Allen NB, Fervenza FC, Geetha D, Keogh K, Kissin EY, Monach PA, Peikert T, Stegeman C, Ytterberg SR, Mueller M, Sejismundo LP, Mieras K, Stone JH; RAVE-ITN Research Group. *N Engl J Med.* 2013 Aug 1;369(5):417-27. doi: 10.1056/NEJMoa1213277.

Neste estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego foi comparado o uso de rituximabe ( $375 \text{ mg/m}^2$  de superfície corpórea, semanalmente, por quatro semanas) seguido por placebo com ciclofosfamida administrada por 3 a 6 meses, seguida por azatioprina durante 12 a 15 meses em pacientes com vasculites ANCA-associada com acometimento sistêmico severo. O desfecho primário foi a remissão completa da doença por seis meses, com remissão mantida durante 18 meses. Foram estudados 197 pacientes no total; 64% dos pacientes do grupo rituximabe, comparados com 53% do grupo ciclofosfamida-azatioprina, tiveram remissão completa por seis meses. No 12º mês, 48% dos pacientes do grupo rituximabe e 39% do grupo ciclo-aza mantiveram remissão completa. No 18º mês, 39% dos pacientes do grupo rituximabe e 33% do grupo ciclo-aza ainda encontravam-se em remissão completa. Rituximabe preencheu os critérios pré-especificados de não inferioridade ( $p < 0,001$ , com margem de 20%). Não houve diferenças entre os dois grupos em nenhuma

das medidas de eficácia, incluindo a duração da remissão completa e a frequência ou severidade das recidivas. Entre os 101 pacientes que tinham doença recidivante na linha de base, rituximabe foi superior ao tratamento convencional com imunossupressor nos meses 6 ( $p = 0,01$ ) e 12 ( $p = 0,009$ ), mas não no mês 18 ( $p = 0,06$ ), quando a maioria dos pacientes do grupo rituximabe tinha reconstituído os linfócitos B. Não houve diferença estatística em relação aos efeitos adversos. Concluiu-se que em pacientes com quadro severo de vasculite ANCA-associada, um ciclo único de rituximabe (infusão semanal, por quatro semanas) foi tão efetivo quanto a terapia imunossupressora convencional, para a indução e a manutenção das remissões durante um período de 18 meses.

### 4. GAPSS: UM ESCORE GLOBAL PARA A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE

*GAPSS: the Global Anti-Phospholipid Syndrome Score.* Sciascia S, Sanna G, Murru V, Roccatello D, Khamashta MA, Bertolaccini ML. *Rheumatology (Oxford).* 2013 Aug;52(8):1397-403.

O objetivo deste trabalho foi desenvolver e validar um escore, GAPSS (Global APS score), derivado de uma combinação de risco independente para trombose e perda fetal, levando-se em consideração o perfil do aPL, fatores de risco cardiovasculares e o perfil dos anticorpos anti-fosfolípides. Neste estudo transversal, foram incluídos 211 pacientes consecutivos com LES. Coletou-se dados sobre manifestações clínicas, fatores de risco cardiovasculares convencionais, FAN, ENA, anti-dsDNA e aPL, além de informações sobre o uso crônico de aspirina em baixa dose, anticoagulante oral e hidroxicloroquina. Os pacientes foram randomicamente divididos em dois grupos. Os autores desenvolveram o GAPSS no primeiro grupo de pacientes ( $n=106$ ), designando os fatores de risco identificados através de análise multivariada, com o peso dos pontos proporcional aos valores de coeficiente de  $\beta$ -regressão. O GAPSS foi validado no segundo grupo de pacientes ( $n=105$ ), sendo analisada a relação entre GAPSS e trombose e/ou perda fetal. No primeiro grupo, altos valores de GAPSS foram observados em pacientes com histórico de trombos ou perda fetal comparados com aqueles sem eventos clínicos [GAPSS 9,3 (4,8) (variação de 1 a 19) e 5,3 (4) (variação de 0 a 16),  $p < 0,001$ ]. Também avaliados separadamente, pacientes que tiveram trombose ou aPL

apresentaram maior GAPSS [GAPSS 9,6 (4,8) (variação de 1 a 19) vs 4,9 (5) (variação de 0 a 14), p=0,027 para trombose; 7,3 (5) vs 3,9 (5,1) (variação 0 a 16), p=0,024 para perda fetal, respectivamente]. No segundo grupo, os resultados foram semelhantes, com valores de GAPSS estatisticamente maiores em pacientes com antecedente clínico de trombose ou perda fetal, comparados com aqueles sem estes eventos [GAPSS 9,5 (5,6) (variação de 0 a 20) e 3,9 (4,1) (variação de 0 a 17), p<0,001]. Valores mais elevados também foram observados ao se subclassificar os pacientes de acordo com a manifestação clínica, trombose ou perda fetal [GAPSS 9,5 (5,6) (variação de 0 a 20) vs 4,8 (5,4) (variação de 0 a 17), p=0,036 para trombose; 7,9 (3,3) vs 3,8 (5,4) (variação 0 a 16), p=0,037 para perda fetal, respectivamente]. Estes dados propõem uma melhora substancial na previsão do risco de trombose ou perda fetal em pacientes com LES, baseada na avaliação do GAPSS, um escore quantitativo.

## 5. AZATIOPRINA OU 6-MERCAPTOPURINA PARA A INDUÇÃO DA REMISSÃO DA DOENÇA DE CHRON

*Azathioprine or 6-mercaptopurine for induction of remission in Crohn's disease.* Chande N, Tsoulis DJ, MacDonald JK. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;14: CD000545.

Introdução: os resultados dos ensaios clínicos controlados que investigam a eficácia da azatioprina e a 6-mercaptopurina para o tratamento da doença de Crohn ativa foram contraditórios e controvertidos. Realizou-se uma metanálise atualizada, que avaliou a eficácia desses fármacos como indutores da remissão na doença de Crohn ativa. O objetivo principal da presente revisão sistemática foi determinar a eficácia e a segurança da azatioprina e a 6-mercaptopurina como indutores da remissão na doença de Crohn ativa. Material e métodos: realizou-se uma pesquisa na literatura dos estudos pertinentes, até 13 de junho de 2012, utilizando Medline, Embase e a Biblioteca Cochrane. Também foram realizadas pesquisas nos artigos de revisão e nas atas dos congressos para identificar estudos adicionais. Foram selecionados para sua inclusão os ensaios controlados randomizados (ECR) de azatioprina oral ou de 6-mercaptopurina oral, em comparação com um placebo ou com um tratamento ativo nos pacientes adultos com doença do Crohn ativa. Os dados

foram obtidos por dois observadores independentes, com um princípio de intenção de tratar. Os resultados de interesse foram: a remissão clínica, a melhoria clínica, a melhoria ou cura da fistula, a economia de esteroides, os eventos adversos, os abandonos devidos a eventos adversos e os eventos adversos graves. Calculou-se o risco relativo (RR) e os intervalos de confiança (IC) de 95% para cada resultado. Foi avaliada a qualidade metodológica dos estudos incluídos mediante a ferramenta de risco de viés Cochrane. Foi avaliada a qualidade global da evidência de cada resultado com os critérios Grade. Resultados: foram identificados 13 ECRs (n=1211 pacientes) de azatioprina e de 6-mercaptopurina em pacientes adultos. Deles, nove comparavam essas drogas com um placebo e outros seis incluíam comparadores ativos. A maioria dos estudos incluídos foram classificados como de baixo risco de viés. Não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de remissão clínica entre a azatioprina ou a 6-mercaptopurina e o placebo. No total, 48% (95/197) dos pacientes que receberam antimetabolitos alcançaram remissão, em comparação com 37% (68/183) dos pacientes tratados com um placebo (cinco estudos; 380 pacientes; RR 1,23; IC de 95% entre 0,97 e -1,55). Não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de remissão clínica entre a azatioprina ou a 6-mercaptopurina e o placebo; 48% (107/225) dos pacientes que receberam antimetabolitos obtiveram uma melhora clínica ou uma remissão, em comparação com 36% (75/209) dos pacientes com placebo (oito estudos; 434 pacientes; RR 1,26; IC de 95% entre 0,98 e -1,62). Houve uma diferença estatisticamente significativa na redução de esteroides (que se define como a dose de prednisona <10 mg/dia, com remissão mantida) entre a azatioprina e o placebo. Em 74% (47/63) dos pacientes com azatioprina foi possível reduzir a dose de prednisona para <10 mg/dia, em comparação com 46% (32/70) tratados com um placebo (RR 1,34; IC de 95% entre 1,02 e -1,77). A análise Grade avaliou a qualidade geral das evidências para a remissão clínica, a melhoria clínica e a redução dos esteroides como moderada, devido à escassez de dados. Não houve diferenças estatisticamente significativas dos abandonos devido aos eventos adversos graves entre os antimetabolitos e o placebo. Dos pacientes do grupo dos antimetabolitos, 10% abandonaram devido aos eventos adversos, em comparação com 5% dos pacientes tratados com um placebo (oito

estudos; 510 pacientes; RR 1,70; IC de 95% entre 0,94 e -3,08). Foram informados certos eventos adversos graves em 14% dos pacientes que receberam azatioprina, em comparação com 4% tratados com um placebo (dois estudos; 216 pacientes; RR 2,57; IC de 95% entre 0,92 e -7,13). Os eventos adversos comuns informados nos estudos controlados com um placebo incluíram: reações alérgicas, leucopenia, pancreatite e náuseas. A azatioprina foi significativamente inferior ao infliximabe para a indução da remissão clínica livre de esteroides. Dos pacientes com azatioprina, 30% (51/170) obtiveram a remissão livre de esteroides, em comparação com 44% (75/169) dos pacientes com infliximabe (um estudo; 339 pacientes; RR 0,68; IC de 95% entre 0,51 e -0,90). A combinação de azatioprina e infliximabe foi significativamente superior ao infliximabe sozinho para a indução da remissão clínica livre de esteroides; 60% (116/194) dos pacientes do grupo de azatioprina e infliximabe combinados obtiveram remissão livre de esteroides, em comparação com 48% (91/189) dos pacientes com infliximabe (dois estudos; 383 pacientes; RR 1,23; IC de 95% entre 1,02 e -1,47). A azatioprina ou a terapia com 6-mercaptopurina não foi pior para a indução da remissão clínica livre de esteroides, em comparação com o metotrexato (RR 1,13; IC de 95% entre 0,85 e -1,49) e 5-aminosalicilato ou a sulfasalazina (RR 1,24; IC de 95% entre 0,80 e -1,91). Não houve diferenças estatisticamente significativas nos abandonos devido a certos eventos adversos entre a azatioprina ou a 6-mercaptopurina e o metotrexato (RR 0,78; IC de 95% entre 0,23 e -2,71), entre a azatioprina ou a 6-mercaptopurina e a 5-aminosalicilato ou a sulfasalazina (RR 0,98; IC de 95% entre 0,38 e 2,54); entre a azatioprina e o infliximabe (RR 1,47; IC de 95% entre 0,96 e -2,23); ou entre a combinação de azatioprina e infliximabe e o infliximabe (RR 1,16; IC de 95% entre 0,75 e -1,80). Os efeitos secundários comuns nos ensaios com comparadores ativos incluíram náuseas, dor abdominal, febre e dor de cabeça. Conclusão: a azatioprina e a 6-mercaptopurina não oferecem quaisquer vantagens sobre o placebo para a indução da remissão ou a melhoria clínica na doença de Crohn ativa. A terapia com estes antimetabólicos permite aos pacientes reduzir o consumo de esteroides. Os eventos adversos foram mais frequentes nos pacientes que recebem antimetabólicos, porém as diferenças com o placebo não foram estatisticamente significativas. A terapia

com a azatioprina é inferior ao infliximabe para induzir a remissão livre de esteroides. No entanto, a combinação de azatioprina e infliximabe foi superior ao infliximabe sozinho para induzir a remissão livre de esteroides.

## 6. ULTRASSOM TERAPÊUTICO PARA A SÍNDROME DO TÚNEL CARPIANO

*Therapeutic ultrasound for carpal tunnel syndrome.* Page MJ, O'Connor D, Pitt V, et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, 3: CD009601

Introdução: o ultrassom terapêutico pode ser oferecido às pessoas que sofrem sintomas de leves a moderados de síndrome do túnel carpiano (STC). A eficácia e a duração do benefício desta intervenção não cirúrgica continuam sem estar claros. O objetivo da presente revisão sistemática foi analisar os efeitos do ultrassom terapêutico, comparando-o com a ausência de um tratamento, um placebo ou outra intervenção não cirúrgica nos pacientes com STC. Material e métodos: em 27 de novembro de 2012, realizaram-se pesquisas no Registro Especializado do Grupo Cochrane de Doenças Neuromusculares, Central (The Cochrane Library, número 11 de 2012), Medline (desde janeiro de 1966 até novembro de 2012), Embase (desde janeiro de 1980 até novembro de 2012), Cinahl Plus (desde janeiro de 1937 até novembro de 2012) e Amed (desde janeiro de 1985 até novembro de 2012). Foram selecionados os ensaios controlados randomizados (ECR) que comparavam qualquer regime do ultrassom terapêutico com a ausência de um tratamento, um placebo ou outra intervenção não cirúrgica nos pacientes com STC. Dois autores da revisão selecionaram de maneira independente os ensaios para sua inclusão, extraíram os dados e avaliaram o risco de viés nos estudos incluídos. Calculou-se o risco relativo (RR) e a diferença de médias (DMP) com intervalos de confiança de 95% (IC) para os resultados primários e secundários. Agruparam-se os resultados dos ensaios clinicamente homogêneos em uma metanálise mediante um modelo de efeitos aleatórios, sempre que possível, para proporcionar estimativas do efeito. Resultados: foram incluídos 11 estudos, nos quais participaram 414 pessoas. Dois ensaios compararam o ultrassom terapêutico com um placebo, dois compararam um regime de ultrassom com outro, dois compararam o ultrassom em comparação com outra intervenção não cirúrgica, e

seis compararam o ultrassom como parte de uma intervenção multicomponente com outra intervenção não cirúrgica (por exemplo, exercícios e férula). O risco de viés foi baixo em alguns estudos e pouco claro ou alto em outros estudos, com apenas dois relatórios nos quais a sequência de atribuição foi ocultada e seis relatórios nos quais os participantes foram cegados. Em geral, não houve evidências suficientes de que um regime de ultrassom terapêutico fosse mais eficaz que outro. Só dois estudos informaram o resultado primário de interesse, a melhora geral em curto prazo (uma medida em que os pacientes indicam a intensidade de suas queixas, em comparação com o valor inicial; por exemplo, a qualificação global da melhoria, a satisfação com o tratamento, dentro dos três meses depois do tratamento). Um ensaio de baixa qualidade, com 68 participantes, mostrou que, em comparação com o placebo, o ultrassom terapêutico pode aumentar a possibilidade de experimentar uma melhoria geral em curto prazo ao cabo de sete semanas de tratamento (RR 2,36; IC de 95% entre 1,40 e -3,98), apesar de que certas perdas durante o seguimento e a falta de ajuste para a correlação entre os pulsos nos participantes com STC bilateral evidenciadas neste estudo sugerem que estes dados devam ser interpretados com cautela. Outro ensaio de baixa qualidade, com 60 participantes, mostrou que aos três meses de finalizado o tratamento de ultrassom terapêutico mais férula, aumentaram as possibilidades de melhora global em curto prazo (satisfação do paciente), em comparação com a férula sozinha (RR 3,02; IC de 95% entre 1,36 e -6,72), mas diminuíram as possibilidades de melhora global em curto prazo, em comparação com a terapia laser de baixo nível mais férula (RR 0,87; IC de 95% entre 0,57 e -1,33); embora os participantes não estivessem cegados ao tratamento, não ficou claro se a sequência de atribuição aleatória foi ocultada adequadamente, e houve uma unidade potencial de análise de erros. As diferenças entre os grupos que receberam diferentes frequências e intensidades de ultrassom e entre o ultrassom como parte de uma intervenção multicomponente, versus outras intervenções não cirúrgicas, foram pequenas e não estatisticamente significativas em relação aos sintomas, a função e os parâmetros neurofisiológicos. Não houve estudos que informassem os efeitos adversos do ultrassom terapêutico, mas este resultado só foi medido em três estudos. São necessários mais dados sobre os efeitos adversos antes de poder estabelecer qualquer conclusão firme

sobre a segurança do ultrassom terapêutico. Conclusão: só há evidências de má qualidade de dados limitados que sugerem que o ultrassom terapêutico pode ser mais eficaz que o placebo para a melhoria dos sintomas, seja a curto ou longo prazo, nas pessoas com STC. Não existem evidências suficientes para apoiar o maior benefício de um tipo de regime de ultrassom terapêutico a respeito do outro, ou para apoiar o uso do ultrassom terapêutico para o tratamento com maior eficácia, em comparação com outras intervenções não cirúrgicas para o STC, tais como férulas; portanto, exercícios e medicamentos são necessários. São necessários mais estudos metodologicamente mais rigorosos para determinar a eficácia e a segurança do ultrassom terapêutico para o STC.

## 7. ÁCIDO FÓLICO E FOLÍNICO PARA A REDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM PACIENTES QUE RECEBEM METOTREXATO POR ARTRITE REUMATOIDE

*Folic acid and folinic acid for reducing side effects in patients receiving methotrexate for rheumatoid arthritis.* Shea B, Swinden MV, Tanjong Ghogomu E, et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, 5: CD000951

Introdução: o metotrexato (MTX) é um fármaco modificador da doença (DMARD), utilizado como agente de primeira linha para o tratamento da artrite reumatoide (AR). Farmacologicamente, é classificado como um antimetabólito, devido a seu efeito antagonista sobre o metabolismo do ácido fólico. Muitos pacientes tratados com MTX experimentam efeitos secundários hematológicos, hepáticos ou da mucosa gástrica. A suplementação com ácido fólico ou folínico durante o tratamento com MTX pode aliviar estes efeitos secundários. O objetivo da presente revisão sistemática foi identificar os ensaios de suplementação com ácidos fólico ou folínico durante a terapia com metotrexato para a artrite reumatoide, e avaliar os riscos e os benefícios dos ácidos fólico e folínico (a) na redução dos efeitos secundários hematológicos, da mucosa gástrica (GI), os hepáticos de MTX, e (b) se os suplementos de ácidos fólico ou folínico têm ou não algum efeito sobre o benefício do MTX. Material e métodos: originalmente foram realizadas pesquisas no MEDLINE, desde janeiro 1966 até junho de 1999. Durante a atualização desta revisão, realizaram-se buscas em diversas bases de dados adicionais, utilizando uma estratégia de pesquisa sensí-

vel, desenhada para recuperar todos os estudos sobre os ácidos fólico ou folínico para a artrite reumatoide, desde 1999 até 2 de março de 2012. Foram selecionados todos os ensaios clínicos randomizados, duplos-cegos, controlados com placebo (ECR), nos quais os pacientes adultos com artrite reumatoide foram tratados com MTX (uma dose igual ou inferior a 25 mg/semana) ao mesmo tempo em que com os suplementos de folato. Nesta atualização da revisão, só foram incluídos os ensaios que utilizaram ácidos fólico ou folínico em baixa dose (uma dose inicial de = 7 mg/semana). Os dados pertinentes foram extraídos dos ensaios, os quais foram avaliados de maneira independente para o risco de viés mediante um conjunto predeterminado de critérios. Resultados: foram elegíveis para sua inclusão seis ensaios, nos quais participaram 624 pacientes. A maioria dos estudos tinha um risco baixo ou pouco claro de viés para os domínios-chave. A qualidade das evidências foi qualificada como moderada para cada resultado, segundo a avaliação Grade, com a exceção dos efeitos secundários hematológicos, nos que a qualidade foi quantificada como baixa. Não houve heterogeneidade significativa entre os ensaios, inclusive quando se combinaram os estudos com os ácidos fólico e folínico. Nos pacientes que receberam suplemento de MTX durante a terapia para a artrite reumatoide com qualquer forma de folato exógeno (seja ácido fólico ou folínico), pôde-se observar uma redução relativa de 26% (9% absoluta) do risco na incidência de certos efeitos secundários gastrintestinais, tais como náuseas, vômitos ou dor abdominal (RR 0,74; IC de 95% entre 0,59 e 0,92;  $p=0,008$ ). Os ácidos fólico e folínico também parecem ter um efeito protetor contra a elevação das transaminases séricas causada por MTX, relacionada com uma redução do risco de 76,9% (16% absoluto) (RR 0,23; IC de 95% entre 0,15 e -0,34;  $p<0,00001$ ), assim como a redução dos abandonos de MTX por qualquer motivo (redução do risco de 60,8% (15,2% absoluto); RR 0,39; IC de 95% entre 0,28 e -0,53;  $p<0,00001$ ). Foi analisado o efeito dos ácidos fólico ou folínico sobre a incidência de estomatite e, embora se demonstrasse uma tendência para a redução do risco, os resultados não foram estatisticamente significativos (RR 0,72; IC de 95% entre 0,49 e -1,06). Não foi possível extrair conclusões significativas sobre o efeito dos ácidos fólico ou folínico sobre os efeitos secundários hematológicos do metotrexato, devido ao pequeno número de eventos e à informação deficiente deste resultado incluída nos

estudos. Não parece que a suplementação com ácidos fólico ou folínico tenha um efeito estatisticamente significativo sobre a eficácia do MTX no tratamento da AR (conforme se pode medir nos parâmetros da atividade da doença, tais como o número das articulações dolorosas e inchadas, ou os escores de avaliação global do médico). Conclusão: os resultados apoiam um efeito protetor da suplementação com ácidos fólico ou folínico para os pacientes com artrite reumatoide durante o tratamento com MTX. Houve uma redução significativa demonstrada na incidência dos efeitos secundários gastrintestinais, a disfunção hepática (medida pelos níveis elevados de transaminases séricas), assim como também uma redução significativa na interrupção do tratamento com MTX por qualquer razão. Ficou demonstrada uma tendência para a redução da estomatite; no entanto, este fato não alcançou significância estatística. Esta revisão, atualizada com um enfoque em menores doses de ácidos fólico e folínico e uma avaliação atualizada do risco de viés, teve como objetivo dar uma estimativa mais precisa e clinicamente relevante dos benefícios dos suplementos de ácidos fólico ou folínico em pacientes com artrite reumatoide que receberam metotrexato.

## 8. ESCLEROSE SISTÊMICA SINE ESCLERODERMA: CARACTERÍSTICAS DISTINTAS EM UMA GRANDE COORTE BRASILEIRA

*Systemic sclerosis sine scleroderma: distinct features in a large Brazilian cohort.* Marangoni RG, Rocha LF, Del Rio APT, et al. *Rheumatology.* 2013;52:1520-4

Esclerose sistêmica (ES) *sine* escleroderma é uma variante rara da ES, caracterizada por manifestações visceral e imunológica da ES na ausência de envolvimento cutâneo clinicamente detectável. O presente estudo descreveu uma série de pacientes com ES *sine* escleroderma provenientes de dois acadêmicos centros médicos brasileiros. O diagnóstico de ES *sine* escleroderma foi baseado nos critérios propostos por Poormoghim. Os pacientes foram classificados como ES *sine* escleroderma na presença de fenômeno de Raynaud, FAN positivo e pelo menos um comprometimento visceral típico de ES e ausência de espessamento cutâneo. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram obtidos por revisão de prontuários. O resultado deste estudo mostrou que,

de 947 pacientes com ES, 79 (8,3%) foram classificadas como ES *sine* escleroderma. O esôfago foi o órgão mais comprometido (83,1%), seguido por envolvimento pulmonar (63,2%). Quando se comparou ES *sine* escleroderma com o subtipo ES forma limitada, telangiectasia foi a única variável significativamente diferente após análise de regressão logística multivariada (OR 0,46; 95% CI 0,27, 0,81). Quando se comparou com a ES forma difusa, a análise multivariada revelou que pacientes com ES *sine* escleroderma eram com menor frequência do sexo masculino e apresentavam menos úlceras digitais isquêmicas, diarreia, alteração da capacidade vital forçada no teste de função pulmonar, capilaroscopia padrão esclerodérmico, anti-Scl-70 positivo e uso de ciclosfamida. Todos os pacientes com ES *sine* escleroderma apresentavam FAN positivo e o anticorpo anticentrómero foi positivo em 42,3% destes pacientes, enquanto o anti-Scl-70 foi positivo em somente 7,9% dos pacientes. Análise de regressão logística multivariada revelou que, após correção para idade, diagnóstico e tempo de seguimento, sexo masculino (OR 0,15; 95% CI 0,04, 0,57; p = 0,005), úlceras isquêmicas digitais (OR 0,26; 95% CI 0,13, 0,51; p < 0,001), uso de ciclofosfamida (OR 0,23; 95% CI 0,12, 0,43; p < 0,001) e anti-Scl-70 (OR 0,19; 95% CI 0,07, 0,55; p = 0,002) diferencia a ES *sine* escleroderma da ES forma difusa. Estes aspectos foram comparáveis aos dados existentes na literatura. Em conclusão, pacientes com ES *sine* escleroderma apresentam doença relativamente mais leve, com bom prognóstico.

## **9. ESTUDO COORTE OBSERVACIONAL PROSPECTIVO ÚNICO CENTRO PARA AVALIAR A EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA NEFrite LÚPICA COM RITUXIMAB E MYCOFENOLATO DE MOFETIL SEM CORTICOSTEROIDE ORAL**

*Prospective observational single-centre cohort study to evaluate the effectiveness of treating lupus nephritis with rituximab and mycophenolate mofetil but no oral steroids. Condon MB, Ashby D, Pepper RJ, et al. Ann Rheum Dis 2013;72: 1280-1286*

A nefrite lúpica (NL) é uma séria complicaçāo do lúpus eritematoso sistêmico (LES). Todos os tratamentos atuais incluem corticosteroides (CE) orais, os quais são associados a muitos efeitos adversos e danos em longo prazo.

Os autores deste estudo avaliaram a eficácia de um protocolo rituxilup, desenhado para evitar o uso de CE oral na NL; 50 pacientes com NL, acompanhados de janeiro de 2006 a novembro de 2010, com biópsia renal classes III, IV ou V (International Society of Nephrology/Renal Pathology Society), sem uso de CE oral, foram tratados com o protocolo rituxilup. Critérios de exclusão incluíram uso prévio de rituximabe, manifestações graves do LES com risco de vida (envolvimento SNC), glomerulonefrite rapidamente progressiva e pacientes com necessidade de diálise renal. Os pacientes foram tratados com duas doses de rituximabe (1 g) e metilprednisolona 0,5 g, nos dias 1 e 15. Os pacientes receberam micofenolato de mofetil (MMF) inicialmente 500 mg 2 vezes/dia até o máximo de 1,5 g 2 vezes/dia. Todos os pacientes foram acompanhados por ao menos um ano. Remissão completa (RC) renal foi definida pela taxa de proteína/creatinina urinária (P/C) < 50 mg/mmol e creatinina sérica não mais de 15% acima dos valores basais. Remissão parcial (RP) renal foi definida como P/C < 300 mg/mmol com uma redução acima de 50% dos níveis basais e creatinina sérica não mais de 15% acima dos níveis basais. O resultado deste estudo mostrou que um total de 45 (90%) pacientes obteve RC ou RP em um tempo médio de 37 semanas. RC foi obtida em 36 pacientes (72%) em um tempo médio de 36 semanas. RP foi obtida em 9 pacientes (18%) em um tempo médio de 32 semanas e a média da P/C foi de 174 mg/mmol. Onze pacientes evoluíram com 12 recorrências numa média de 65 semanas da remissão. Seis pacientes, em 50, tiveram exacerbação sistêmica da doença. Dos 45 respondedores, somente dois requereram curso rápido de CE oral (< 2 semanas), dose máxima de 30mg/d. Nove pacientes (9/50) tiveram efeitos adversos necessitando de internação, cinco dos quais devido a processos infecciosos. Um paciente desenvolveu herpes zóster. Dois pacientes faleceram (4%). Um paciente faleceu 31 meses após tratamento com rituximabe, estava em RC e evoluiu com complicações pós-cirúrgicas (doença vascular periférica). Outro faleceu subitamente em casa 28 meses após primeiro tratamento com rituximabe e estava em RP. Como conclusão, a coorte rituxilup demonstrou que CE oral pode ser seguramente evitado no tratamento da nefrite lúpica, sem aparente redução na eficácia ou aumento na taxa de recorrência, em um período de seguimento de pelo menos três anos.

## 10. INCIDÊNCIA DE ESPONDILOARTROPATHIA EM PACIENTES COM COLITE ULCERATIVA: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

*Incidence of spondyloarthropathy in patients with ulcerative colitis: a populational-based study.* Shivashankar R, Loftus Jr EV, Tremaine WJ, et al. J Rheumatol. 2013;40:1153-7

A artrite inflamatória é uma das mais comuns manifestações extraintestinais da doença inflamatória intestinal (DII). Estima-se que as artropatias possam ocorrer em 4-23% dos pacientes com DII. Podem ser artropatias periférica ou axial. A artropatia periférica ocorre em 5-20% dos pacientes e a axial, em 3-24% dos pacientes. A colite ulcerativa (CoU) tem sido associada a uma menor prevalência de artropatia quando comparada à doença de Crohn (DC). Artropatia axial, que inclui sacroiliite e espondilite, tem sido estimada ocorrer em 5-22% dos pacientes com DC e em 2-6% dos pacientes com CoU. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência cumulativa de espondiloartrite (EA) em uma coorte base populacional de pacientes com CoU oriundos de Olmsted County, Minnesota, USA. Os recursos da Rochester Epidemiology Project (REP) foram utilizados para identificar pacientes

diagnosticados com CoU de 1970 até 2004. Pacientes foram acompanhados longitudinalmente até 2011. Os critérios do Grupo de Estudo de Espondiloartropatia Europeu (ESSG), modificados de Nova York e o ASAS foram, retrospectivamente, aplicados para identificação de pacientes com EA. Os resultados mostraram que a coorte incluiu 365 pacientes com CoU, dos quais 41,9% eram mulheres. A idade média no diagnóstico da CoU foi 38,6 anos (variação de 1,2-91,4). Quarenta pacientes desenvolveram EA (critério ASAS). A incidência cumulativa do diagnóstico de EA após o diagnóstico estabelecido de CoU foi de 4,8% em dez anos (95% CI 2,2%-7,3%), de 13,7% em 20 anos (95% CI 9,0%-18,1%) e de 22,1% em 30 anos (95% CI 4,3%-29,1%). Os autores concluem, neste estudo, que a incidência de EA aumentou aproximadamente 22% em 30 anos do diagnóstico de CoU e este valor foi discretamente maior que o previamente descrito em uma coorte de base populacional de doença de Crohn diagnosticada em Olmsted County, no mesmo período de tempo. A EA e seus aspectos são associados com CoU e maiores conscientização e entendimento dessa doença por parte dos clínicos tornam-se necessários para o melhor manejo tanto no diagnóstico como no tratamento.

## TRABALHOS APRESENTADOS NO EULAR 2013

Neste número, o Artrófilo traz um resumo dos trabalhos científicos produzidos em nosso Estado e que tiveram apresentação oral ou sob a forma de pôster no Congresso Anual da Liga Europeia Contra o Reumatismo (Eular) 2013, realizado em Madri entre os dias 12 e 15 de junho. Parabenizamos todos os autores.

### BENEFITS OF PROGRESSIVE MUSCLE STRENGTHENING USING A SWISS BALL IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Souza M, Morimoto H, Jennings F, Natour J. Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo

O estudo, que teve como autor principal o fisioterapeuta Marcelo Cardoso, foi premiado como um dos três melhores trabalhos na categoria dos profissionais de saúde (HPR). O estudo avaliou a efetividade dos exercícios de fortalecimento progressivo com auxílio da bola Suíça em pacientes com espondilite anquilosante. Sessenta pacientes foram randomizados em grupo-intervenção (fortalecimento) ou grupo-controle (lista de espera). Após quatro meses, o grupo que realizou os exercícios de fortalecimento apresentou aumento da força muscular na maioria dos músculos exercitados e também melhora da performance da caminhada.

### EFFECTIVENESS OF TOTAL CONTACT INSOLE ON PLANTAR FASCIITIS

Oliveira HV, Jones A, Moreira E, Jennings F, Natour J. Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo

O estudo avaliou a efetividade da palmilha de contato total em pacientes com fascite plantar e ganhou destaque na visita guiada aos pôsteres (*Guided Poster Tours*). Foram avaliados 74 pacientes com fascite plantar num ensaio controlado e randomizado por seis meses. O grupo que utilizou a palmilha de contato total melhorou a dor durante a caminhada e a distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos.

### BEHÇET'S DISEASE ACTIVITY: AN IMPORTANT FACTOR FOR IMMUNOGENECITY OF UNADJUVANTED INFLUENZA A/H1N1 VACCINE

Prado LL, Saad CGS, Moraes JCB, Ribeiro ACM, Aikawa NE, Silva CA, Schainberg CG, Sampaio-Barros PD, Precioso AR, Ishida MA, Bonfá E, Gonçalves CR. Disciplina de Reumatolo-

gia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Instituto Butantan. Instituto Adolfo Lutz, São Paulo

O estudo avaliou a segurança e a efetividade da vacina para o vírus influenza A/California/7/2009/H1N1-like em 85 pacientes com doença de Behçet (DB) comparados com 85 controles sadios. Os participantes foram avaliados antes e após 21 dias da vacinação. Observou-se que os pacientes com DB apresentaram taxas mais baixas de soro-conversão, porém com taxas similares de soro-proteção em comparação com os controles. Os pacientes com DB que não apresentaram soro-conversão tinham alta atividade de doença. Observaram-se eventos adversos leves, mais frequentes nos pacientes com DB, e não foram reportados eventos moderados e graves. Os autores concluíram que a vacina é eficaz e segura em pacientes com DB e sugerem estudos para avaliar a necessidade de uma segunda dose nesses pacientes para aumentar as taxas de soro-conversão.

### TRANSLATION, CULTURAL ADAPTATION AND REPRODUCIBILITY OF THE MICHIGAN HAND OUTCOMES QUESTIONNAIRE (MHQ) FOR BRAZIL

Adolph SMM, Natour J, Batista DA, Lopes M, Skare TL. Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo. Disciplina de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Os autores realizaram a tradução, adaptação cultural e testaram a reprodutibilidade do questionário MHQ (*Michigan Questionnaire of Hand Evaluation*), um instrumento que avalia a funcionalidade das mãos. O estudo seguiu recomendações internacionais para o processo e utilizou pacientes com artrite reumatoide com acometimento de mãos e punhos. Para a validação construtiva foram utilizados os questionários DASH (*Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire*), HAQ (*Health Assessment Questionnaire*), VAS (*Visual Analogic Scale*) para dor e o COCHIN Hand Function Scale. A versão traduzida e adaptada pelos autores provou ser reproduzível e válida para uso na população brasileira.

# HUMIRA, experiência clínica que gera confiança.<sup>1,3</sup>

## 10 ANOS DE DADOS DE EFICÁCIA<sup>1,3</sup>

6 INDICAÇÕES  
APROVADAS  
NO BRASIL<sup>2</sup>

12 ANOS  
EXPERIÊNCIA  
EM ENSAIOS  
CLÍNICOS<sup>1</sup>

MAIS DE  
**23.000** PACIENTES  
EM ESTUDOS  
CLÍNICOS  
GLOBAIS<sup>1</sup>

**71** ENSAIOS CLÍNICOS PUBLICADOS  
NA MAIOR BASE DE DADOS  
SOBRE INDICAÇÃO-CRUZADA  
EM SEGURANÇA DE UM ANTI-TNF<sup>1</sup>

**HUMIRA®**  
adalimumabe | 10 ANOS<sup>3</sup>

**HUMIRA® (adalimumabe) – MS:** 1.053.0294. **Indicações:** Artrite reumatóide, Artrite psoriásica, Espondilite Anquilosante, Doença de Crohn, Psoríase em placas, Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular. **Contraindicações:** pacientes com conhecida hipersensibilidade ao adalimumabe ou quaisquer componentes da fórmula do produto. **Advertências e Precauções:** *Infeções:* foram relatadas infecções graves devida a bactérias, micobactérias, fungos, vírus, parasitas ou outras infecções oportunistas. Pacientes que desenvolvem uma infecção fúngica grave são também advertidos a interromper o uso de bloqueadores de TNF até que a infecção seja controlada. O tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado ou continuado em pacientes com infecções ativas, até que as infecções estejam controladas. Recomenda-se cautela ao uso em pacientes com histórico de repetição ou com doença de base que possa predispor o paciente a infecções. *Tuberculose:* foram relatados casos de tuberculose incluindo reativação e nova manifestação de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (disseminada). Antes de iniciar o tratamento todos os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou inativa (latent). Se a tuberculose ativa for diagnosticada, o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado. Se for diagnosticada tuberculose latente, o tratamento apropriado deve ser iniciado com profilaxia antituberculosa. *Reativação da Hepatite B:* o uso de inhibidores de TNF foi associado à reativação do vírus da hepatite B (HBV) em pacientes portadores crônicos deste vírus podendo ser fatal. Deve-se ter cautela ao administrar inhibidores de TNF em pacientes portadores do vírus da hepatite B. *Eventos neurologicos:* com exacerbação de sintomas e/ou evidência radiológica de doença desmielinizante. Deve-se ter cautela ao considerar o uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com doenças desmielinizantes do sistema nervoso periférico ou central. *Malignidades:* foi observado maior número de casos de linfoma entre os pacientes que receberam antagonistas de TNF. Malignidades, algumas fatais, foram relatadas entre crianças e adolescentes que foram tratados com agentes bloqueadores de TNF. A maioria dos pacientes estava tomando concomitantemente imunossupressores. Casos muito rares de linfoma hepatoesplênico de células T, foram identificados em pacientes recebendo adalimumabe. O risco potencial com a combinação de aziatoxina e 6-mercaptopurina e HUMIRA® (adalimumabe) deve ser cuidadosamente considerado. *Alergia:* durante estudos clínicos, reações alérgicas graves foram relatadas incluindo reação anafilática. Se uma reação anafilática ou outra reação alérgica grave ocorrer, a administração de HUMIRA® (adalimumabe) deve ser interrompida imediatamente e deve-se iniciar o tratamento apropriado. *Eventos hematológicos:* raros relatos de pancytopenia, incluindo anemia aplásica. A discontinuação da terapia deve ser considerada em pacientes com anormalidades hematológicas significativas confirmadas/suficiência cardíaca congestiva. Casos de piora da ICC também foram relatados. *Processos autoimunes:* pode ocorrer a formação de anticorpos autoimunes. Se um paciente desenvolver sintomas que sugeram síndrome Lúpus simile, o tratamento deve ser descontinuado. *Uso em idosos:* a frequência de infecções graves entre pacientes com mais de 65 anos de idade tratados com HUMIRA® (adalimumabe) é maior do que para os sujeitos com menos de 65 anos de idade. Deve-se ter cautela quando do tratamento de pacientes idosos. *Uso na gravidez:* este medicamento só deve ser usado durante a gravidez quando, na opinião do médico, os benefícios potenciais claramente justificarem os possíveis riscos ao feto. Mulheres em idade reprodutiva devem ser advertidas a não engravidar durante o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe). A administração de vacinas vivas no útero não é recomendada por 05 meses após a última injeção de adalimumabe da mãe durante a gravidez. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. *Uso na lactação:* recomenda-se decidir entre descontinuar a terapia com HUMIRA® (adalimumabe) ou interromper o aleitamento, levando em conta a importância do medicamento para a mãe. O aleitamento não é recomendado por pelo menos 05 meses após a última administração de HUMIRA® (adalimumabe). **Interações Medicamentosas:** *Methotrexate:* não há necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. *Outras:* o uso concomitante de HUMIRA® (adalimumabe) e outros DMARDs (por exemplo, azacina e abatacept) não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a HUMIRA® (adalimumabe). Não foram observadas interações com DMARDs (sulfasalazina, hidroxicloroquina, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticoides, salicilatos, antiinflamatórios não esteroidais ou analgésicos. **Reações Adversas:** infecções no trato respiratório, leucopenia, anemia, aumento de lipídios, dor de cabeça, dor abdominal, náusea, vômito, elevação de enzimas hepáticas, rash, dor músculo-esquelética, reação no local da injeção, infecções, neoplasia benigna, câncer de pele não melanoma, tromboцитopenia, leucocitose, hipersensibilidade e alergia, urticária, insuficiência renal, alterações da coagulação e distúrbios hemorrágicos, teste para autanticorpos positivo, linfoma, neoplasia de órgãos sólidos, melanoma, purpura trombocitopenica idiopática, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva, oclusão arterial vascular, tromboflebite, aneurisma aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumopatia intersticial, pneumonite, pancreatite, aumento da bilirrubina, estenose hepática, rabdomiólise, lúpus eritematoso sistêmico, pancytopenia, esclerose múltipla, parada cardíaca, cicatrização prejudicada. **Reações adversas de pós comercialização:** divercultur, linfoma hepatoesplênico de células T, leucemia, carcinoma de células de Merkel (carcinoma neuroendocrino cutâneo), anafaxia, sarcoidose, doenças desmielinizantes, acidente vascular cerebral, embolismo pulmonar, derrame pleural, fibrose pulmonar, perfuração intestinal, reativação da hepatite B, insuficiência hepática, vasculite cutânea, síndrome de Stevens-Johnson, angioedema, novo aparecimento ou piora da psoríase, eritema multiforme, alopecia, síndrome lúpus simile, infarto do miocárdio, febre. **Posologia:** Artrite Reumatóide, Artrite Psoriásica, Espondilite Anquilosante: a dose para pacientes adultos é de 40 mg, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. Doença de Crohn: início do tratamento – Semana 0: 160 mg por via subcutânea; Semana 2: 80 mg. Manutenção do tratamento: a partir da Semana 4, 40 mg a cada 14 dias. Psoríase: para pacientes adultos é de uma dose inicial de 80 mg por via subcutânea, seguida de doses de 40 mg administradas em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. Artrite idiopática juvenil poliarticular: para pacientes com idade superior a 13 anos é de 40 mg solução injetável, administrados em dose única por via subcutânea, a cada 14 dias. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Registrado por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda - Rua Michigan, 735 - São Paulo - SP - CNPJ: 56.998.701/0001-16. ABBOTT CENTER: 0800 703 1050. BU13

**Contraindicações/Precauções:** Assim como observado com outros antagonistas de TNF, foram relatados casos de tuberculose associados ao HUMIRA® (adalimumabe). A administração concomitante de antagonistas de TNF e abatacept tem sido associada a aumento do risco de infecções, incluindo infecções sérias, quando comparada a antagonistas de TNF isolados.

**Referências Bilbiográficas:** 1. Burmester GR et al. Ann Rheum Dis 2012. doi:10.1136/annrheumdis-2011-201244. 2. Bula do produto HUMIRA® (adalimumabe) 3. Keystone E, Van der Heijde D, Kavanaugh hA, et al. Effectiv eDisease Control Following Up to 10 Years of Treatment with Adalimumab in Patient with Long-Standign Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to Methotrexate: Final 10-Year Resultsof the DEO19 Trial. Ann Rheum Dis 2012;71(Suppl3):51.

Abbott Center  
Central de Relacionamento com o Cliente  
0800 703 1050  
www.abbottbrasil.com.br

Material destinado a profissionais da saúde prescritores.  
Reprodução Proibida. Produzido em Abril/2013.

**Abbott**  
A Promise for Life

## A ÉTICA E A SAÚDE PÚBLICA

As recentes medidas tomadas pelo governo brasileiro visando a aumentar o número de médicos que atuam em nosso território trouxeram à tona uma importante discussão – a qualidade do atendimento médico prestado no setor público.

As entidades representativas dos médicos brasileiros há anos têm alertado sobre as péssimas condições para o adequado exercício profissional da Medicina nas instituições públicas em nosso país. Esse cenário leva a riscos inaceitáveis à saúde (e, muitas vezes, à própria vida) dos cidadãos e a integridade pessoal e profissional dos médicos.

Um dos postulados éticos de nossa profissão, presente em praticamente todos os códigos de ética editados no Brasil, é o dever de compromisso e empenho do médico na melhoria das instituições públicas na área da saúde.

A qualidade da atenção médica prestada pelos serviços públicos, com raras exceções (as chamadas “ilhas de excelência”), pode ser considerado hoje um verdadeiro atentado contra os direitos humanos básicos.

A solução deste grave problema evidentemente não é simples; pelo contrário, é bastante complexa.

O governo brasileiro tem empreendido ações criticáveis e as entidades médicas estão tomando medidas, tanto para a proteção da vulnerabilidade de nossa sofrida população, quanto para o resguardo da dignidade do profissional que pratica a Medicina em nosso país.

O subfinanciamento do setor público na saúde e gestão de baixa qualidade são os principais fatores que levaram a esse cenário, mas existem muitos outros.

O governo, através do Ministério da Saúde, tem afirmado que faltam médicos no Brasil e está tomando medidas efetivas no sentido de aumentar o número e as vagas nas faculdades de Medicina.

Mas, afinal, faltam faculdades de Medicina e médicos no Brasil?

Em relação à primeira pergunta, a resposta é: – Certamente, não. Em relação à segunda, a resposta mais honesta é: – Não sabemos.

Temos hoje dados publicados que nos ajudam a entender melhor esse cenário.

O Brasil tem, atualmente, 201 faculdades de Medicina (julho/2013). No ranking internacional só perde para a Índia, com 272. Os EUA, para efeito de comparação, têm 125 faculdades de Medicina, com uma população de cerca de 300 milhões de habitantes.

Esses números demonstram cabalmente que não precisamos de mais faculdades de Medicina. Eventualmente, se necessário, poderíamos aumentar o número de vagas nas faculdades estaduais e federais.

Uma falácia que vem sendo repetida por muitos de nós durante os últimos anos é que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a taxa de um médico para cada mil habitantes.

Não só a OMS não faz essa recomendação, como orienta que não se utilize esse tipo de taxa para avaliação da qualidade da atenção médica.

O motivo para a inadequação do uso dessa taxa é a variabilidade de fatores que devem ser levados em consideração – extensão do território e população do país, além das políticas de saúde adotadas e características socioculturais da população, entre outros.

A taxa de um médico para mil habitantes deve ser utilizada somente para termos noção da distribuição demográfica dos médicos.

O número de médicos em atividade no Brasil atualmente é cerca de 387 mil, distribuídos de maneira bastante inadequada por nosso território.

A taxa médico/habitante brasileira é de 1,91, variando de 0,71 no Maranhão a 4,1 no Distrito Federal.

Mas uma taxa mais interessante e confiável para análise é o numero de postos de trabalho médico ocupados/habitantes.

Em média, um médico ocupa de 2 a 4 postos de trabalho, distribuídos entre o setor público e o privado.

No setor público, essa taxa é de 1,9 e no setor privado é de 7,6.

Lembre-se que a população que utiliza serviços privados de saúde (empresas prestadoras de assistência médica e seguros de saúde) corresponde atualmente a cerca de 50 milhões, enquanto os outros 150 milhões utilizam exclusivamente o serviço público.

Portando, o setor privado – minoritário – concentra quatro vezes mais profissionais que o setor público – a grande massa da população brasileira.

Esses números demonstram claramente que há uma inadequada distribuição dos médicos pelo território brasileiro e uma alta concentração de médicos no setor privado.

A conclusão é que os médicos concentram-se em locais de maior poder econômico, melhores condições de trabalho e melhores índices de qualidade de vida.

No Estado de São Paulo o número de médicos em atividade é de, aproximadamente, 106 mil, com uma taxa de 2,38 médico por mil habitantes; entretanto, quatro cidades paulistas têm as maiores taxas do mundo – Botucatu (6,12), Santos (6,00), Ribeirão Preto (5,93) e Campinas (5,12).

Na área da Reumatologia essa distribuição inadequada pelo território nacional se mantém.

Somos, hoje, 1.631 especialistas mal distribuídos pelo Brasil – no Estado de São Paulo somos 507 (31%); portanto, quase um terço de todo o nosso território.

A distribuição dos reumatologistas em nosso Estado é bem razoável. Cerca de metade dos reumatologistas paulistas atua na capital e a outra metade, no interior.

Todos os 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) contam com reumatologistas, com exceção da regional de Registro – não por coincidência, a região mais pobre do Estado.

Enfim, sem que haja a reestruturação dos serviços públicos e uma bem definida política de saúde, é tarefa inglória responder se faltam ou sobram médicos generalistas e especialistas no Brasil.

As soluções são complexas, mas passam seguramente pela presença mais efetiva do governo na regulação do setor público, por aumento do custeio do SUS, por melhoria da gestão em saúde e, principalmente, pela necessária e urgente criação da carreira de estado para o médico. Plano de carreira que inclua, obrigatoriamente, dedicação exclusiva, boas condições para o exercício profissional e participação em programas de atualização médica continuada.

JOSÉ MARQUES FILHO

*Reumatologista e membro  
das Comissões de Ética e Defesa Profissional  
da SPR e da SBR*

## REFERÊNCIAS

1. Demografia médica no Brasil. v. 1. Dados gerais e descrições de desigualdades. Coordenação: Mário Scheffer. Equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2011. 118 p. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia\\_2\\_dezembro.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf)>. Acesso em: 16 set. 2013.
2. Demografia médica no Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2012.
3. Demografia médica no Brasil. v. 2. Cenários e indicadores de distribuição. Coordenação: Mário Scheffer. Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli, São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2013. 256 p. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedica-BrasilVol2.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013.

## “A TRAGÉDIA DA SAÚDE” – A MEDICINA E SEUS ATORES

Fatos recentes acontecidos em nossa sociedade vieram contribuir para acalorar as discussões e reflexões sobre a vida cotidiana, política, social e o direito à cidadania da população brasileira. Legítimas manifestações populares se espalharam por todo o País, sem qualquer interferência de instituições político-partidárias, sindicatos ou associações congêneres, exigindo, em princípio, melhorias e reduções nos valores dos transportes coletivos; elas cresceram num maior número de reivindicações, tão legítimas quanto as originais, como melhorias em educação, segurança, controle da inflação, visibilidade e controle dos gastos públicos, implantação da ficha limpa e o fim da impunidade aos corruptos. Dentre as reivindicações, a que nos parece mais impactante, do ponto de vista do clamor popular, é a *melhoria na saúde pública*, velha e contumaz conhecida de toda a população e dos profissionais que lidam com este tema no Brasil.

Há várias décadas, o descaso com a saúde pública, por total falta de seriedade de nossas autoridades – independentemente de quem se encontrava, ou encontra-se, como governantes na ocasião –, traduz-se por centenas de milhares (quiçá milhões) de mortes de brasileiros causadas pela falta de assistência médico-hospitalar, e tudo o mais que se refere direta ou indiretamente a ela. Traduzindo: faltam médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores, técnicos em saúde, saneamento básico, água tratada, alimentos, pavimentação de vias, escolas, lazer, segurança, meios de locomoção, ou seja, toda a infraestrutura que envolve o “realizar práticas de saúde pública”. Deparamo-nos com o caos instalado e há muito anunciado. Mas há quanto tempo remonta este descaso?

Apenas com o intuito de contextualizar e rememorar o leitor menos afeito ao tema, se voltarmos no tempo, desde 1923, quando foi criada a Previdência Social no Brasil, até a promulgação da Constituição Federal de 1988, vigorou o conceito de seguro, ou seja, o Estado garantia direitos sociais apenas àqueles que se enquadravam na lógica do vínculo formal com o processo econômico, na produção de bens e serviços; aos excluídos deste processo restava apenas o descaso do Estado. A saúde era

encarada como uma questão de misericórdia (as Santas Casas de Misericórdia eram as únicas a atender os excluídos). Com a “Constituição Cidadã” de 1988 pretendeu-se substituir o conceito de seguro (cobertura somente ao contribuinte) pelo de seguridade social (cobertura ao cidadão), evitando assim a dupla punição: exclusão do processo econômico formal e da cobertura do Estado. Desta forma, a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde foram consideradas direitos constitucionais – a segunda e a terceira independem de contribuição direta do beneficiário. Além disso, a Saúde foi considerada bem de relevância pública, tornando-a responsabilidade dos Ministérios Públicos Estaduais e Federal.

Vale lembrar que as políticas de saúde são determinadas pela evolução do conhecimento do processo saúde-doença, que necessariamente influencia as práticas de saúde adotadas. Desde o final do século XIX, em que o conceito de saúde e doença era baseado apenas no *modelo monocausal* (descoberta de agentes etiológicos das enfermidades), até o final dos anos 1970 e início dos 1980, quando se adotou o modelo de *determinação social da doença*, gerando o conceito de “promoção da saúde” e passando a ter uma conotação muito mais abrangente, dividindo as responsabilidades com práticas de melhorias alimentares, habitacionais, econômicas, educacionais, do ecossistema, de recursos renováveis, justiça social e equidades, conforme as diversas Conferências Nacionais (principalmente da 8<sup>a</sup> à 13<sup>a</sup>) e Internacionais sobre a Promoção da Saúde (destacando as de Ottawa, 1986, Adelaide, 1988, Sundsvall, 1991, Bogotá, 1992 e Bangkok, 2005). Todas estas recomendações relativas às responsabilidades nunca foram plenamente seguidas e respeitadas pelo Estado brasileiro, reiterando mais um ponto para o descaso.

Seguindo os conceitos expostos, os modelos de atenção à saúde foram criados, para combater os problemas de saúde de ordem individual e coletiva, em regiões específicas, com espaço e população determinados, utilizando combinações tecnológicas e de conhecimentos estruturados, agindo sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviço de saúde. Ao longo do tempo, foi adotado o *modelo*

*médico assistencial privatista*, que atendia à demanda espontânea, ou seja, somente quem se sentisse doente, portanto com caráter meramente curativo e não abrangente, o *modelo assistencial sanitarista* que privilegiava campanhas e programas especiais, com caráter temporário, exigindo grandes mobilizações de recursos, cumprindo apenas uma missão e atingindo resultados de forma individualizada e fragmentada (por exemplo, o combate a epidemias). Antes da implantação do SUS, vigorava um *modelo assistencial alternativo* que concentrava sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos de risco; era uma interação entre o modelo privatista e o sanitarista, sem contemplar a totalidade da situação da saúde (a integralidade da atenção, participação da comunidade, descentralização dos serviços e uma demanda organizada). Com o SUS o *modelo assistencial híbrido* foi adotado, tendo um centro de saúde que passa a focar simultaneamente a demanda espontânea e a oferta organizada, voltado para o desenvolvimento de ações ambientais e para o indivíduo, resgatando níveis de promoção de saúde através de medidas gerais e específicas voltadas para a prevenção. Com ele vieram a distritalização e municipalização, combinando a distribuição dos equipamentos e estabelecimentos em função das características epidemiológicas e sociais de cada área geográfica populacional; hierarquizou o sistema em níveis primário (em que ocorre a entrada do usuário através dos serviços de pediatria, clínica médica, ginecologia, etc.), secundário e terciário, em que se concentra a tecnologia compatível com as especialidades médicas (grandes hospitais), servindo de referência para os demais serviços. Em 2006, o Ministério da Saúde publicou portaria em que a *Estratégia Saúde da Família* (ESF/PSF) passou a ser a linha mestra prioritária para organizar a atenção básica à saúde, reafirmando os princípios básicos do SUS, sendo potencialmente uma estratégia para a reorganização de todo o sistema de saúde. É focado na territorialização. A ESF/PSF veio como resposta à necessidade de atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação desta última.

Tudo muito correto e adequado no papel, mas a prática mostra que estes sistemas não funcionaram até o momento. Primariamente, carecem de real acesso da população aos serviços de saúde; muitas das medidas preventivas não são efetuadas; a distritalização e a territorialização são extremamente difíceis de execução, simplesmente pela

desigualdade e desproporção de distribuição dos recursos alocados, o que contribui para a invasão de territórios mais privilegiados pelos mais carentes; estudos epidemiológicos sociais, focados na correlação entre morbidade e território populacional ocupado e de avaliação da efetividade e qualidade do sistema, são escassos em nosso meio; falta um direcionamento privilegiando a atenção primária como porta de entrada do sistema, tendo em vista a alta resolutividade deste nível, próxima de 70%. Os setores secundário e terciário respondem pelos 30% restantes, que também não são resolvidos por deficiência de regulação deste sistema, que carece de unidades adequadas em equipamentos e profissionais de saúde. Faltam investimentos ao SUS, recursos financeiros para a saúde, vigilância e punição, para que não mais ocorram desvios e má gestão de recursos. Os modelos híbridos em conjunto com a ESF parecem-nos excelentes modelos de atenção à saúde, mas carecem de uma política pública mais abrangente e verdadeira, para que saiam da teoria e sejam executados com sucesso. Conclui-se, assim, que nunca na história deste País houve uma real política de saúde, planejada, com metas claras para atingir objetivos em tempo determinado, independentemente de quem sejam os dirigentes políticos que estejam "de plantão" a cada quatro anos; ou seja, um projeto para a nação, não apenas mais um projeto político.

O Estado, ao invés de se preocupar com o funcionamento correto deste sistema de saúde, propõe medidas populistas e de *marketing* político e põe sobre as costas dos médicos e dos demais profissionais da saúde todo o peso da deficiência histórica em que a saúde pública se encontra. Como é incompetente, elabora propostas mirabolantes e surreais, como a de exigir que um recém-formado em medicina, em faculdade pública ou privada, dedique-se por dois anos em regiões carentes. Propõe aumentar o tempo de formação em medicina de seis para oito anos, medida também totalmente descabida. Já não basta a quantidade de faculdades "vendedoras de sonho" criadas nos últimos anos, que diplomam profissionais sem formação adequada, sem que existam vagas de residência médica para se alocarem? O problema educacional mais preocupante encontra-se na qualidade do ensino básico e fundamental, nas evasões, na incongruência entre o currículo escolar e a realidade, na falta de motivação do aluno e do professor. Agora resolvem que a residência médica será obrigatória, tendo de ser exer-

cida para o SUS (quais são os pacientes atendidos pelos médicos residentes de todo o País nos atuais programas de residência já credenciados?). Ótima notícia, mas como viabilizar o aumento do número de vagas sem que se forneçam recursos e estruturas adequadas para sua criação e funcionamento com qualidade? Onde encontrarão preceptores? Quem garante que esta atitude resolverá o problema da falta de médicos em determinadas regiões do País? Pasmem: tudo isso tem de ser aprovado pelos "experts" no assunto do Congresso Nacional!

A proposta do Ministro da Saúde e da Presidente da República de recrutar profissionais estrangeiros poderia até funcionar contra medidas corporativas classistas, quando e se ocorrerem, desde que estes profissionais sejam exitosos em prova para revalidação de diploma, como ocorre em qualquer parte do mundo civilizado e preocupado com a saúde populacional, não com um governo que somega e fabrica informações, banaliza e mascara seus problemas (vide dados contábeis distorcidos pelo Banco Central- Ministério de Fazenda; valor atribuído à linha de pobreza e miséria; avaliação qualitativa do ensino básico; "mensalão", etc.). Não com um governo que deseja saúde de primeira qualidade para quem faz parte do "poder feudal" e de péssima qualidade para a "plebe". Vale lembrar que os colegas estrangeiros sofrerão a mesma falta de condições de trabalho que os brasileiros, além da dificuldade com o idioma e expressões regionais. Será que se adaptarão à triste realidade brasileira?

Os nossos "representantes" nas Assembleias e Câmaras municipais, estaduais e federais, que fazem o jogo do poder e permanecem calados ante aos anseios populares, apenas confirmam a nítida certeza de que não representam os eleitores. Juntos, Executivo, Legislativo e Judiciário participam teatralmente de uma peça, encenando que são democratas, mas verdadeiramente cínicos oportunistas. Não possuem sequer coragem, ética e dignidade para exercer a função que lhes foi atribuída, representar a população em seus legítimos anseios. Encontram grandes soluções demagógicas para "resolver" problemas crônicos, mas que servem apenas como grandes metas de desvios de verbas públicas.

Faço aqui um apelo: Sra. Presidente, Sr. Ministro da Saúde, Sr. Ministro da Educação e demais incompetentes que acham que representam a verdade, por favor, ouçam as vozes das ruas e dos que entendem de saúde, educação, economia, infraestrutura e de todo o restante necessário para governar e administrar a Nação em favor do povo, devolvendo seu direito à cidadania e dignidade há muito usurpado. Não opinem sobre o que não entendem! Urge uma verdadeira reforma política, fiscal, tributária, judicial, educacional, da saúde, enfim, uma reforma para a retomada da moral!

PAULO ROBERTO STOCCHI ROMANELLI  
Médico reumatologista, sanitarista,  
administrador hospitalar e de Sistemas de Saúde

# OSTEOPOROSE: ATIVE A RÁPIDA PROTEÇÃO MULTISSÍTIO DE

# Actonel®<sup>1-6</sup>



Alta eficácia na redução  
de fraturas em todos os  
sítios ósseos<sup>1-6</sup>

Início de ação anti-fratura  
2X mais rápido que  
outros bisfosfonatos<sup>1-6</sup>

**Contraindicação:** ACTONEL® 150 mg está contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Interações medicamentosas:** A ingestão concomitante de medicamentos contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção de ACTONEL® 150mg.

**ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês** (risedronato sódico). **Indicações:** tratamento da osteoporose em mulheres no período pós-menopausa com aumento no risco de fraturas. **Contraindicações:** hipersensibilidade ao risedronato sódico ou a qualquer componente da fórmula, hipocalcemia, gravidez e lactação e insuficiência renal severa ("clearance" de creatinina < 30 mL/min), pacientes com inabilidade de sentar ou ficar em pé por pelo menos 30 minutos. **Cuidados e Advertências:** alimentos e bebidas (exceto água) e drogas contendo cátions polivalentes, como cálcio, magnésio, ferro e alumínio, podem interferir na absorção do **ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês** e não devem ser administrados concomitantemente. Em mulheres muito idosas (> 80 anos), a evidência de manutenção da eficácia de bisfosfonatos, incluindo risedronato sódico, é limitada. Os bisfosfonatos foram relacionados a esofagites, gastrites, ulcerações de esôfago e úlceras duodenais. Os prescritores devem enfatizar aos pacientes a importância da atenção às instruções de dosagens e alertar para qualquer sinal ou sintoma de possível reação no esôfago, ou seja: Pacientes que apresentam antecedentes de alteração no esôfago que retardam o trânsito ou o esvaziamento do esôfago (ex: estenose ou acalasia). Pacientes com problemas de esôfago, em atividade ou tratados recentemente, ou mesmo outros problemas gastrintestinais superiores; Pacientes que são incapazes de permanecerem em posição ereta (sentados ou em pé) por pelo menos 30 minutos após a ingestão do comprimido. A hipocalcemia deve ser tratada antes do início do tratamento com **ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês**. Outros distúrbios ósseos e do metabolismo mineral devem ser tratados quando iniciado o tratamento com **ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês**. Osteonecrose de mandíbula, geralmente associada com extração dentária e/ou infecção local foi relatada em pacientes com câncer em regimes de tratamento incluindo, principalmente, administração intravenosa de bisfosfonatos. Osteonecrose de mandíbula também foi relatada em pacientes com osteoporose recebendo bisfosfonatos orais. Este medicamento contém lactose. **Gravidez e Lactação:** O risco potencial para humanos é desconhecido. **ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês** só deve ser utilizado durante a gravidez, se o risco benefício justificar o potencial risco para a mãe e o feto. A decisão de descontinuar a amamentação ou o produto, deve considerar a importância do medicamento para mãe. **Reações Adversas:** dor de cabeça, constipação, dispesia, náusea, dor abdominal, diarréia, gastrite, esofagite, disfagia, duodenite, úlcera esofágica, glossite, estenose esofágica, dor musculoesquelética. Em alguns pacientes, diminuições precoces, transitórias, assintomáticas e leves dos níveis de fosfato e cálcio séricos. Raramente observou-se anormalidade nos testes de função hepática. Muito raramente foram observadas desordens cutâneas e subcutâneas, como angioedema, rachaduras generalizadas, reações bolhosas, Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica, irite, uveíte, osteonecrose de mandíbula, reações anafiláticas. **Interações Medicamentosas:** A ingestão concomitante de medicações contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção do risedronato. Pode ser usado concomitantemente com terapia de reposição hormonal. O uso concomitante com antiácidos pode reduzir a absorção do risedronato sódico. O risedronato sódico não é metabolizado sistemicamente, não interfere com as enzimas do citocromo P450 e apresenta baixa ligação protéica. **Posologia:** A dose recomendada nos adultos é de 1 comprimido de **ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês**, por via oral, uma vez ao mês, administrado, no mínimo 30 minutos antes da 1ª refeição, medicação ou bebida (exceto água) do dia. Os pacientes devem se manter na posição vertical e não devem se deitar por 30 minutos após a sua ingestão. O comprimido deve ser tomado no mesmo dia de cada mês. Nenhum ajuste de dose é necessário para pacientes com insuficiência renal leve a moderada. Caso o paciente opte por tomar o medicamento em outro horário, a tomada deve ser feita no mínimo 2 horas antes ou após a ingestão de qualquer alimento ou líquido, exceto água. Não devem ser tomados dois comprimidos na mesma semana. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS nº: 1.1300.0269. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de Revisão: 11/05/2011. **Para maiores informações antes de sua prescrição, favor leia a bula completa do produto.**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. Bula do produto Actonel®150mg. 2. Roux C, et al. Efficacy of risedronate on clinical vertebral fractures within six months. Curr Med Res Opin. 2004 Apr;20(4):433-9. 3. Harrington JT, et al. Risedronate rapidly reduces the risk for nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. Calcif Tissue Int. 2004 Feb;74(2):129-35. 4. Harris ST, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy With Risedronate Therapy (VERT) Study Group. JAMA. 1999 Oct;282(14):1344-52. 5. McClung MR, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. N Engl J Med. 2001 Feb;344(5):333-40. 6. Delmas PD, et al. Efficacy and safety of risedronate 150 mg once a month in the treatment of postmenopausal osteoporosis. Bone. 2008 Jan;42(1):36-42.

BR-RIS-12.11.01 Jan/2013



Av. Major Sylvio de Magalhães Padilha, 5.200 - Ed. Atlanta  
São Paulo - SP - CEP 05693-000

SANOFI

## "A MEDICINA HOJE NO BRASIL E SUAS REPERCUSSÕES PARA A REUMATOLOGIA"

Neste número, publicamos uma matéria especial com textos dos mais conceituados reumatologistas sobre os acontecimentos recentes que assombraram nossa profissão. São opiniões importantes de colegas atuantes, que nos fazem refletir com a necessária profundidade que este assunto merece.

SANDRA H. WATANABE

**VENHO APRENDENDO, HÁ ANOS, COM OS MAIS EXPERIENTES,** que medidas de impacto devem ser tomadas com cuidado e após ampla discussão técnica. A grade curricular das escolas médicas é elaborada após ampla discussão de colegiados e mudanças podem ser necessárias, porém, após estudos detalhados. A mudança "relâmpago" proposta no curso de Medicina, com o acréscimo de dois anos, não poderia ser aceita como uma medida de consenso entre as partes interessadas, especialmente a envolvida na docência, a mais capacitada no assunto. A medida proposta, ainda, foi de extrema falta de senso, uma vez que estudantes não formados atenderiam como médicos e a assistência a eles (de responsabilidade das faculdades de origem) era totalmente inexequível. Soma-se a isso o fato de que as condições de trabalho nas regiões mais distantes das capitais e mesmo dentro delas (inclui São Paulo) são, na maioria das vezes, degradantes ao profissional e ao paciente. Só poderia resultar em mais um vergonhoso recuo do governo. A nova medida anunciada, de que as residências médicas deverão ser feitas em hospitais que atendem ao SUS novamente é desnecessária, uma vez que a grande maioria delas já é feita em hospitais próprios ou conveniados ao SUS. A promessa de que haverá vagas para todos os médicos que se formarem a partir de 2018, também, merece ser cobrada (será?). Os médicos não querem trabalhar em certas regiões do País, não só pelo salário aviltante mas, principalmente, pelas condições indignas de trabalho oferecidas. Médicos estrangeiros, mesmo que capacitados (após exame de validação do diploma), não poderão fazer milagres em uma estrutura deixada de lado há anos pelos nossos governos. Abrir mais Faculdades de Medicina e mais vagas de residência médica cai no mesmo ponto de falta de condições adequadas ao ensino de qualidade. Novamente, a ênfase na quantidade em detrimento da qualidade. São todas medidas que parecem mais ter caráter eleitoreiro do que capacidade ou interesse real em resolver o problema da saúde no Brasil. Os profissionais devem ser remunerados decentemente. Os professores necessitam serem respeitados e bem remunerados. Verba para a saúde, eu tenho certeza que existe e, se bem empregada, resolverá boa parte do problema.

Trabalho em hospital público há 32 anos. Percebo uma piora progressiva nas condições de atendimento ao paciente, durante esses anos. Nos últimos anos, a diferença entre o atendimento no SUS e o mesmo, feito na medicina privada, chega a ser, muitas vezes, aquela entre a vida e a morte! Quantos e quantos casos graves como aqueles que afetaram nossos governantes recentemente, tratados com sucesso na medicina privada, não evoluíram para o pior, em hospital do SUS? Provavelmente muitos. Espero que medidas mais técnicas e menos políticas sejam tomadas na saúde e especialmente na educação, que é o ponto básico de todos os problemas do País."

DR. LUIZ CARLOS LATORRE  
Ex-presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

## A MEDICINA HOJE NO BRASIL E SUAS REPERCUSSÕES PARA A REUMATOLOGIA

O Programa Mais Médicos é uma medida equivocada na tentativa de solucionar a situação caótica do sistema de saúde pública do Brasil, que só será resolvida com mais investimentos nesta área, pois são destinados apenas 3,8% do PIB a este setor. Isto é a metade do que se investe em outros países, além do que há uma enorme ineficiência do Estado em gerenciar esses recursos. É inaceitável que a sétima economia mundial continue a destinar menos de R\$ 2,00 por dia por cidadão, percentual inferior ao de muitos países com menor desenvolvimento que o Brasil, como muitas nações africanas e da América do Sul.

O Programa Mais Médicos, enviado ao Congresso através da Medida Provisória (MP) 621, representa um grave risco à assistência da saúde da população, pois aceita médicos estrangeiros sem revalidação e sem o conhecimento adequado de nosso idioma.

Além disso, burla a legislação vigente ao não garantir os direitos trabalhistas aos médicos que forem contratados de imediato, para as regiões carentes e ou distantes. Também não oferece nesses locais a mínima condição de exercício da medicina nem garantia de atendimento digno aos pacientes, pois não existem unidades de emergência ou hospitalares, faltam recursos básicos para diagnóstico, como exames laboratoriais ou radiológicos, e faltam até medicamentos essenciais para o tratamento das doenças mais comuns.

Somado a estas questões, a MP 621 propôs mudanças curriculares na medicina que irão piorar a qualidade dos cursos com sérias repercussões para o futuro. Também preconiza a abertura de um grande número de escolas médicas ou ampliação do número de vagas nas já existentes. É público que não existem docentes em número suficiente, pois nunca houve a preocupação de formá-los nos últimos anos e nem dar aos que já existem honorários dignos. Para agravar, não há hospitais com vocação universitária em quantidade para essa demanda. Teremos uma piora gradativa da qualidade de formação do médico nos próximos anos, bem como de especialidades, trazendo prejuízo para a população.

Não basta aumentar a quantidade de médicos com formação duvidosa. Precisamos de adequado investimento em infraestrutura para o atendimento de qualidade e bom exercício da medicina.

O governo recuou na ideia de ampliar em dois anos o curso de medicina, também contida na MP 621, após protestos da classe médica organizada por entidades representativas. Propôs a obrigatoriedade de o primeiro ano de residência ser em atenção básica, com atendimento em locais carentes de profissionais médicos.

Essa medida descaracteriza a essência do "Programa de Residência Médica". Além disso, não discrimina como será a supervisão a esses residentes. Sem preceptoria junto a eles, pois supervisão a distância não é suficiente, estaríamos expondo-os, e à população também, a maior número de erros diagnósticos.

Além disso, atualmente não existem vagas de residência médica para todos que terminam o curso de medicina. Sabemos da importância das residências médicas, não só como complementação por uma especialidade, mas também como sedimentação dos conhecimentos médicos, proporcionando segurança ao atendimento.

A medida certamente afetará a formação, inclusive de especialidades, tais como a Reumatologia, podendo interferir na qualidade dos especialistas em detrimento do diagnóstico e tratamento, dos pacientes reumáticos bem como de outras especialidades.

Quanto à falta de Revalida aos médicos estrangeiros, porém, não houve um recuo do governo, e sim a proposta de que também os médicos brasileiros se submetam a esse exame, que tem reprovado 90% dos médicos estrangeiros. Será necessário que as provas sejam iguais para todos, brasileiros e estrangeiros, e realizadas ao mesmo tempo, caso esta proposta se constitua.

Assim, a MP 621 não atende às necessidades para solucionar a crise no SUS. Este sistema é uma das maiores conquistas sociais do povo brasileiro, e garantida pela Constituição, como um direito do cidadão e um dever do Estado, e as entidades médicas, são defensoras intransigentes desta conquista desde o seu início. Contudo, a garantia de acesso à assistência de qualidade não tem sido alcançada, especialmente pela falta de financiamento adequado e estável, por parte do governo federal associado a um gerenciamento ineficaz.

Um exemplo recente, ocorrido no ano passado, foi o do Ministério da Saúde, que deixou de executar cerca de R\$ 18 bilhões da verba disponível em seu orçamento.

No entanto, conhecemos a triste realidade de macas em corredores por falta de leitos e a escassez de materiais e medicamentos e uma política justa de contratação de médicos.

Diante dessa calamidade, afirmar que o problema principal do SUS é a simples falta de médicos é demagogia, um reducionismo de quem não quer resolver o problema. Pior, é querer jogar o povo contra os médicos, que são tão vítimas deste sistema quanto os outros profissionais de Saúde e a própria população, esta sim, a maior vítima.

As entidades médicas têm exercido um papel atuante na defesa da classe médica e, desde há muito, debate todos os problemas quanto ao exercício da medicina e reafirma a necessidade do aumento da participação do governo federal no financiamento do SUS, com a destinação, já no orçamento de 2014, de 10% da Receita Bruta da União para o SUS, com instalação de infraestrutura física e de equipamentos adequadas para assistência médica de qualidade nos municípios, da aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária e a criação de uma Escola Superior de Gestão do SUS.

Têm proposto também, há muito tempo, como já existe em outros países com saúde pública universal, a criação da Carreira de Estado para o médico do Serviço Público, com ingresso por concurso, tempo integral e dedicação exclusiva, com carreira bem estruturada e remuneração compatível com o tempo de formação e a responsabilidade do médico, nos moldes do que já existe

no Judiciário, bem como estender essas condições aos outros profissionais da Saúde.

Sempre defenderam e continuam a favor do fim da abertura de escolas sem condições de ensinar Medicina, sem a existência de hospital-escola e sem campo de atuação na atenção básica, como tem acontecido. Querem a garantia de programas de residência médica a todos os recém-formados, e exigem que médicos formados no exterior se submetam ao Revalida, prática comum em outros países.

E, para completar todas as atitudes contra os médicos, a presidente vetou a Lei do Ato Médico, após aprovação pelo Congresso e com o aval de entidades representativas de outros profissionais da saúde. O veto descaracterizou a profissão médica ao excluir o artigo que define que as doenças devem ser diagnosticadas e tratadas por médicos, colocando assim em risco a população, na medida em que qualquer pessoa sem formação para tal poderá fazê-lo.

É necessário continuar a pressão sobre o governo, especialmente sobre os congressistas para que derrubem este voto e a MP 621. Temos que evidenciar ao Congresso a responsabilidade em não serem coniventes com uma piora da saúde à população.

DRA. IVONE MINHOTO MEINÃO

Presidente do Departamento de Reumatologia  
da Associação Paulista de Medicina

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS – MAIS É MUITO POUCO!

O Programa Mais Médicos e outras medidas lançadas de forma arbitrária pelo governo federal tiveram como única consequência positiva levar a classe médica, as sociedades médicas, os conselhos e as faculdades de medicina a uma reflexão profunda de nosso papel.

Na saúde pública, a escassez de recursos, falta de infraestrutura e a má gestão são, sem dúvida, uma das principais causas da deficiência do sistema. Segundo o próprio Ministério da Saúde, a falta de médicos é uma realidade que já está sendo resolvida com o aumento do número de vagas e

cursos de Medicina já realizados ou decididos, sem necessidade de uma nova ampliação. A questão é que a formação médica é longa e o resultado não é imediato. É importante ressaltar que a questão da falta de médicos não é restrita à atenção primária, envolvendo também as especialidades, conforme os dados de divulgação do Programa Mais Médicos. Nesse contexto, a falta de especialistas, citando a Reumatologia como exemplo, leva ao atraso do diagnóstico, acarretando danos irreversíveis aos pacientes, com menor resposta terapêutica e maior custo à saúde pública.

O ponto central é que a discussão não pode ser simplificada como apenas um problema de quantidade! Precisamos garantir a qualidade da formação médica, a qualidade da infraestrutura oferecida e a qualidade na disponibilização de recursos para a saúde. A proposta do governo para o aumento em mais de 11 mil vagas para a graduação em Medicina é extremamente arriscada, especialmente se levarmos em consideração o fato de que diversas instituições atualmente credenciadas pelo Ministério da Educação não oferecem formação adequada a seus alunos, algumas inclusive sem hospitais-escola, essenciais para a formação médica. Tal fato vem sendo demonstrado pelo exame do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), que tem apontado, ano a ano, a insuficiência da formação.

Nesse contexto, o papel das sociedades médicas, dos conselhos e das faculdades de medicina é garantir que a formação médica seja de alta qualidade. Atender à demanda de maior inserção na atenção primária pode ser feito com facilidade ampliando-se o período de internato sem necessidade de aumentar o tempo do curso. É importante, no entanto, respeitar o perfil diferenciado de formação das faculdades existentes. Faculdades que tenham vínculos com hospitais terciários e altíssimos investimentos tecnológicos devem formar médicos com perfil diferente de faculdades que não possuam tais vínculos, com maior oportunidade de se tornarem especialistas, direcionando estes médicos para a atenção secundária ou terciária.

A residência médica é hoje parte fundamental da formação médica e como tal é preciso também garantir a residência médica a todos os formandos. A meritocracia do acesso deve, no entanto, ser mantida com a exclusão do bônus do Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab). A distribuição de novas vagas pode e deve priorizar as demandas do país sem prejudicar os programas vigentes de especialidades. Nesse sentido, a ampliação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade seria uma solução rápida e eficiente para os déficits de médicos em áreas carentes. É possível ainda incluir estágios de atenção primária em serviços do SUS em todos os programas de áreas básicas (clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia), sem necessidade de inserção de mais um ano na formação. A extensão desse programa pode variar respeitando o perfil diferenciado do centro forma-



dor, desde que seja garantido um período mínimo para essa atividade.

O problema da fixação do médico de atenção primária em áreas carentes só pode ser resolvido com um plano de carreira de Estado para o médico, nos moldes existentes para outras carreiras e garantia de infraestrutura mínima. Esse plano de carreira poderia ser iniciado para o médico da atenção primária em saúde.

Ressalta-se ainda que o exercício profissional de médicos formados no exterior é legítimo desde que mediante a revalidação profissional realizada através do exame Revalida (MEC), sem o qual não é possível aferir a qualificação do profissional, para que não haja risco à sociedade. Médicos brasileiros, quando decidem exercer a profissão fora do país, passam por verdadeiras maratonas exaustivas de provas teórico-práticas para validação do diploma obtido no Brasil.

A criação de uma comissão composta por representantes dos Ministérios da Educação e Saúde, representantes da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, lideranças das principais escolas médicas do país e sociedades representativas de profissionais médicos e lideranças estudantis é fundamental para a elaboração de propostas com modelo factível e viável para a saúde pública no Brasil.

Por fim, MAIS MÉDICOS é um problema complexo, sem soluções mágicas e que exigirá de todos nós um posicionamento firme para que o MAIS não resulte em MUITO POUCO!

PROFA. DRA. ELOÍSA BONFÁ

Titular da Reumatologia da FMUSP,  
Diretora clínica do HCFMUSP

PROFA. DRA. ROSA M. R. PEREIRA

Professora associada da FMUSP – Reumatologia

## PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Mais uma vez a saúde encontra-se em evidência, fazendo parte do grande debate que envolve a sociedade brasileira.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que em tese se constitui num dos maiores programas de inclusão social que se conhece, pela universalização do atendimento e pela integralidade, na prática deixa muito a desejar. São várias as causas que contribuem para a má qualidade de nossa assistência à saúde pública:

- desorganização do sistema, que não tem uma estrutura hierárquica que funcione, com desperdício de recursos materiais e humanos;
- má gestão dos recursos existentes;
- falta de uma política definida de financiamento, que dê conta dos programas de prevenção, promoção da saúde e da assistência médica;
- inexistência de uma política de recursos humanos, que conte com um plano de carreira estimulante e salários condizentes com a importância dessa área;
- uma infraestrutura inadequada e sucateada.

Atualmente, existem cerca de 200 escolas médicas responsáveis pela formação dos profissionais que irão atuar nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Uma parcela significativa dessas escolas foi criada sem atender aos requisitos mínimos para ministrar um ensino de qualidade e, portanto, formando profissionais despreparados para exercer o papel que se espera deles.

A proporção de médicos por habitantes preconizada pela Organização Mundial da Saúde é de um médico por mil (1.000) habitantes. Atualmente, em nosso país, a proporção chega a 2 (dois) médicos por mil (1.000) habitantes. O grande problema é a concentração desses profissionais nos grandes centros, e a falta de uma infraestrutura adequada, essencial para um bom atendimento e de outros profissionais da saúde, nas áreas mais carentes, além de uma remuneração pouco atrativa e sem garantias.

Para desviar a atenção dos verdadeiros problemas que afligem o país (incompetência, corrupção, inseguurança), escolheu-se a área da saúde, que se encontra em situação crítica, para lançar o Programa Mais Médicos, o que sensibiliza a população, sem ouvir as universidades e as entidades representativas da categoria médica.

Inicialmente, esse programa propôs a importação de médicos estrangeiros, sem a necessidade de validação

de seus diplomas e exame de proficiência de língua, para atuarem na atenção primária, nas áreas carentes. Posteriormente, foi proposto o aumento de 2 (dois) anos na graduação do médico, que deveria ser feito no atendimento dos pacientes do SUS, na atenção básica e em urgência e emergência, desconhecendo que, durante o quinto e o sexto anos do curso de graduação, o aprendizado e o treinamento em serviço é feito nos hospitais e na rede básica do SUS, sob supervisão dos docentes.

Essa imposição vigoraria a partir de 2021, pois seria aplicável aos estudantes que ingressassem na faculdade a partir de 2015. Quem completasse o primeiro ciclo, receberia inscrição provisória do Conselho Regional de Medicina ao se matricular no segundo ciclo, e somente após o término dele receberia o diploma de médico. Esses estudantes seriam supervisionados pelos docentes de sua faculdade, no local onde deveriam atuar, desconhecendo que há falta de docentes qualificados, para cumprir com seu papel nas faculdades existentes. O Conselho Nacional de Educação a quem cabe regulamentar esse segundo ciclo propôs transformá-lo em residência médica, que somente poderá ser realizado em hospital-escola ou de referência, como se existisse um grande número de hospitais e docentes suficiente para cumprir esse papel.

O número de formandos em todo o país é 20% maior do que o número de vagas oferecidas para residência e alguns serviços não preenchem os critérios mínimos exigidos para uma boa formação.

Todos esses fatos comprovam a falta de compromisso e preocupação, além do descaso das autoridades constituidas com a qualidade do ensino médico e a formação de recursos humanos, assim como com o atendimento a ser prestado à população mais carente. Deste modo, para que haja melhora da saúde pública, é necessária uma política adequada, com recursos financeiros suficientes, sem desperdícios e desvios de verba, valorização dos profissionais, com gestores preparados e bem formados. O sistema deve ser hierarquizado, promovendo uma redistribuição dos médicos já existentes para locais mais carentes, com segurança e condições dignas para o exercício da profissão.

**DR. CESAR EMILE BAAKLINI**

Presidente Eleito da  
Sociedade Brasileira de Reumatologia

# MANIFESTAÇÕES REUMATOLÓGICAS NA SÍFILIS SECUNDÁRIA

Talita Marin Batata Miniello<sup>(1)</sup>, Danielle Resegue Angelieri<sup>(2)</sup>, Danúbia Silva de Andrade<sup>(1)</sup>, Gisele Demirdjian Mariano<sup>(1)</sup>, Natália Allana Pianca<sup>(2)</sup>, Helder Miranda de Souza<sup>(2)</sup>, Marília Carvalho Vieira Learth Cunha<sup>(1)</sup>, Nafice Costa Araújo<sup>(3)</sup>, Wiliam Habib Chahade<sup>(4)</sup>

1. Médica especializada do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
2. Médica residente do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
3. Médica assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
4. Médico-chefe do Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Paciente de 59 anos de idade, sexo masculino, apresentando quadro clínico de poliartralgia migratória e lesões eritematosas maculopapulares, não pruriginosas, em região de face, dorso, tórax anterior e membros superiores de início havia três meses (**Figuras 1 e 2**). Negava febre, úlcera oral, alopecia e emagrecimento. Na investigação do quadro, foram solicitadas sorologias para hepatites B, C, HIV, sífilis e citomegalovírus, assim como marcadores neoplásicos e autoanticorpos. Resultados: VDRL: 1/2048, FTA-ABS IgM e IgG: reagentes, FAN: 1/160 padrão pontilhado, raios X das articulações afetadas dentro da normalidade, marcadores neoplásicos negativos, assim como exames de triagem para tal (EDA, TC tórax, TC abdome, colonoscopia, USG de pescoço). Após o resultado dos exames, iniciou-se o tratamento para sífilis secundária com penicilina benzatina 2.400.000 UI por duas semanas, com resolução do quadro.

A sífilis, doença infectocontagiosa, tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. A transmissão ocorre principalmente por via sexual e transplacentária. A lesão primária surge de 9-90 dias após a exposição, caracterizada por úlcera genital ou anal indolor. A forma secundária

da doença resulta da disseminação hematogênica, surgiendo 2-12 semanas após o episódio primário. O envolvimento cutâneo caracteriza-se por surtos e de forma simétrica. Manifesta-se como uma dermatose disseminada caracterizada por pápulas não pruriginosas de tonalidade eritematoviolácea e tamanhos variados com envolvimento palmoplantar, sendo pouco frequente *rash* malar, fotossensibilidade e alopecia em placas. Artralgia e dor óssea ocorrem em 5-10% dos casos e regredem com o tratamento da infecção. Por fim, a sífilis terciária apresenta-se como lesões granulomatosas destrutivas, envolvendo pele e mucosas, o sistema cardiovascular e o nervoso.

## REFERÊNCIAS

1. Shatley MJ, Walker BL, McMurray RW. Lues and lupus: syphilis mimicking systemic lupus erythematosus (SLE). Lupus. 2001;10(4):299-303.
2. Roque R, Vinagre F, Cordeiro I, Gonçalves P, Bartolo E, Canas da Silva J, Santos MJ. Manifestações reumáticas da sífilis secundária. Acta Reumatol Port. 2012;37:175-9.
3. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An Bras Dermatol. 2006;81(2):111-26.



**Figura 1** – Lesões eritematosas maculopapulares em tronco.



**Figura 2** – Lesões em face: pápula eritematosa e pouco descamativa.

A Dra. Tania Liete Oliveira, profissional atuante em Brasília, mas paulista de nascimento, nos brinda com uma análise literária de *A metamorfose*, de F. Kafka. Sendo bons reumatologistas, devemos manter nosso espírito sensível, crítico e arguto em relação a todos os assuntos de nosso dia a dia. Assim como a Dra. Tânia.

## **MUTATIS MUTANDIS**

By TANIA LIETE OLIVEIRA

Pela terceira vez, leio o livro *A metamorfose*, de Franz Kafka, e sempre acabo vendo uma faceta diferente, como todos que já leram e releram um mesmo texto.

De tudo que vi e revi nessa intrigante estória, vai muito além da miséria humana, da deterioração das relações familiares, sociais, profissionais. Desta vez, consegui vislumbrar a liberdade de um ser viver com o mínimo possível de conforto, de espaço, de alimento, mesmo rastejando e provocando asco nas pessoas a quem um dia foi importante, arrimo, até explorado, e de repente, puff!, você não passa de um inseto nojento que provoca medo e horror em todos.

É como se nos virássemos ao avesso: de uma vida artificial passassemos a ser aquilo que realmente somos, mais um na cadeia alimentar de uma sociedade hipócrita, exploradora e usurpadora de nossas capacidades. Enquanto formos uteis àqueles a nossa volta. E, ao sofrermos nossas próprias metamorfoses, e aí cada um tem a sua, saberemos exatamente a medida de nossa mais valia...

Portanto, talvez a metamorfose seja a liberdade para entendermos o significado de cada um de nós à humanidade. Talvez a loucura, o Alzheimer, a demência não sejam tão devastadoras assim... Talvez apenas desnudem nosso verdadeiro eu.

## O TORRONE

Costumo pensar que não temos saudades de coisas ou acontecimentos ruins. É um pensamento por demais lógico e fácil de provar. Se paramos para pensar sobre o que realmente temos saudade, veremos somente coisas boas ou, no máximo, coisas a princípio sem motivo para serem boas mas que, tendo sido transformadas e adaptadas para o nosso bem, acabaram por integrar o seletº grupo das boas lembranças.

Obviamente, todo mundo já foi ou é criança, aliás, algo que todos deveriam continuar sendo, em maior ou menor grau, mas sempre o mais possível. Sim, é verdade. Não importa o tamanho do sofrimento imposto a uma criança, ela logo utiliza toda a plasticidade peculiar a seu mundo para aumentar o grupo das boas lembranças. Tornar-se adulto é diminuir cada vez mais o seletº grupo, é perder a capacidade de transformar o chato no divertido. Como sou um contador de histórias, vou falar um pouco sobre uma boa lembrança.

Tinha sete anos, estava na segunda série do ensino fundamental. Certo dia, acordei meio indisposto e com pouco apetite. Como sempre fui um menino robusto – termo carinhoso com que minha família se referia a minha obesidade – logo pareceu estranha a minha falta de apetite. Uma moleza sem tamanho me deixou a manhã inteira no sofá. Isso era mais que suficiente para deixar minha mãe de cabelos e orelhas em pé. Estávamos no verão, e no meio daquela tarde comecei a sentir frio. Eu estava com febre. Foi este o sinal de alarme... “Vamos já para o médico”. E fomos.

Conhecera aquele doutor alguns anos antes. Nossos encontros anteriores tinham sido muitos... “Está com a garganta inflamada... é um estafilococo”. Como eu tinha raiva desse tal estafilococo. Bicho mais atrevido, não passava um ano sequer sem umas duas visitas suas. Mas dessa vez não era o estafilococo.

Deitei-me na mesa de exames. Aquele senhor careca, com óculos e bigode grande e branco, puxou para baixo minhas pálpebras, olhou bem no fundo da minha boca, auscultou meu peito... Até aí nada de mais, pelo menos para mim. Foi descendo a mão e palpou minha barriga... Uma dor forte no lado direito e uma vontade de vomitar. “Já fez xixi hoje? De que cor estava?”. Era verdade, minha urina estava mais escura que o normal. “Mãe, ele está com hepatite. Pode ver os olhos amarelados, a urina escura, a

febre e a dor no abdome. O fígado cresceu e está amolecido”. O que significava fígado amolecido? E *patite*?

No caminho pra casa fui pensando naquelas palavras e em outras que o doutor dissera. Chegando em casa, tudo foi mudado para se adaptar às orientações do doutor. Garfos, colheres, facas, copos e pratos separados, só para mim e dentro do meu quarto... “Mãe, o que é *patite*?”. “O quê? É hepatite, menino... É quando o fígado cresce e fica mole como uma gelatina”. “Ah... E é por isso que minha barriga dói?”. “É, é por isso mesmo”.

Ainda não falei sobre a família toda. Tenho uma irmã, na época com dois anos. O dia dela se resumia em poucas coisas, entre elas ficar quase o tempo todo comigo, perguntando, cutucando, pedindo, enfim, infernizando – algo muito peculiar aos irmãos mais novos. Fiquei realmente triste ao ver minha irmã chorando, sentada no chão do corredor, impedida de entrar no meu quarto por uma das poltronas da sala. Nem preciso dizer que por várias vezes ela foi pega pelos braços e pernas já quase caindo para dentro do quarto. Como são intrépidos os irmãos mais novos!!

Fazia parte também do tratamento o meu isolamento. E não poderia lavar a cabeça. Deva ter ficado uns dez dias sem lavar a cabeça. Não sei se foi recomendação médica ou recomendação dos vizinhos, dos avós e de todos mais os populares sempre prontos a um palpite. “E pra acabar com a *tirícia*, tem que tomar banho de picão todos os dias” – não sei onde arrumaram essa ideia maluca, mas me lembro muito bem de só ter ficado ainda mais amarelado com os tais banhos. O doutor bigodudo havia dito... “Além de ficar de repouso, tem que comer comida sem sal, comer fígado de vaca e comer bastante doce”. Alguém poderá torcer o nariz ao ler “fígado de vaca”, mas eu me acostumei muito bem e até hoje gosto de fígado de vaca. Um grande martírio foi não poder ir pra escola. Do meu quarto escutava a criançada indo pra aula e depois voltando, no final da tarde. Alguns até perguntavam por mim, lá na calçada, mas minha mãe nem os deixava entrar. E mais uma vez minha irmã, pega por um braço e uma perna... “Oh, tentação essa menina, não dá um minuto de sossego”. Como foi triste ficar duas semanas sem ir pra escola. Nada me deixava mais feliz do que ir pra escola. Mas, como nem tudo nessa vida pode ser completamente ruim, principalmente para

uma criança, havia os doces. Ah, os doces. Sim, os doces. Os doces foram a grande sensação da *patite*.

O último a saber da minha situação foi meu pai. Chegou no final da tarde e logo notou, em um canto do quarto, meus olhos fundos e amarelados, meu rosto abatido como o de um prisioneiro. Sentiu uma mãozinha puxando sua calça... “Não, filha, não pode entrar no quarto do seu irmão”. Logo meu pai saiu, voltando alguns minutos depois, com um monte de doces. Trouxera balas, geleia, chocolates (um deles eu nunca tinha comido antes, era dos caros) e um doce novo para mim, um tal de torrone. Não dei muita atenção para aquele doce retangular, branquinho e com amendoim no meio. Deixei-o por último, para depois do jantar.

Veio a noite, e com ela o jantar. Arroz empapado, sem sal e bife de fígado mal passado. Que tristeza... Eu chorava dentro do quarto e via a cabecinha branca da minha irmã se esforçando para olhar sobre a poltrona. Ela chorava junto. Os irmãos mais novos são compadecidos. Comi forçadamente toda aquela comida. Por várias vezes senti a comida voltando até a garganta. Não cheguei a vomitar, mas foi por pouco.

Mais uma vez, como nem tudo nessa vida pode ser completamente ruim, na minha escrivaninha havia ainda o desprezado torrone. Qual seria o gosto daquele doce, hein? Para deixar de sentir o gosto da comida, faria qualquer coisa, até mesmo comer um doce de aparente tão sem graça. Foi então que a história natural da *patite* começou a mudar. Que gosto era aquele? Como eu, com sete anos de idade, uma barriga enorme e um apetite voraz, por tantos anos fiquei longe daquela guloseima? Óbvio que não me perguntei com essas palavras, mas certamente me fiz essa pergunta. “Pai, onde você comprou esse doce?”. “Qual?”. “Esse tal de torrone?”. “Você gostou? Sabe aquele bar da esquina da empresa de ônibus? Foi lá”.

A partir de então, todos os dias ele me trazia doces, digo, torrones e alguns outros docinhos perdidos no meio do saquinho. Esses últimos iam todos pra minha irmã. Como fui bondoso naqueles dias. Acho que nunca reparti tantos doces com ela – balas, chocolates, doces

em forma de coração... Ela era uma felicidade só. “E esse doce branco, é gostoso?”. “Qual, esse aqui? Eu não gosto, não.” “É feio, né?”. “É, é feio e ruim”. Pronto, comi todos os torrones e fiz minha irmã gostar ainda mais de mim.

As duas semanas até que passaram rápido. Visitas dos avós, dos tios e até de alguns colegas, que com o passar dos dias conseguiram vencer a barreira das mães e do doutor bigodudo. Teve até um fato engraçado, envolvendo, mais uma vez, minha irmã. Minhas fezes haviam ficado brancas, como um professor mais tarde me diria, “feito massa de vidraceiro”. A menina, muito curiosa, aliás, outra peculiaridade dos irmãos mais novos, me acompanhou até o banheiro. Justiça seja feita, esse era o único momento em que ela podia chegar mais perto de mim. Entrei no banheiro e lá foi ela junto. Terminado o serviço, ou como meu avô diz, “a obra”, fiquei de pé e, antes de me livrar da obra, lá estava ela, olhando no fundo do vaso. Foi olhar e dar um pulo para trás, virar as costas, abrir a porta e sair correndo para os fundos da casa... “Mãe, meu irmão fez um cocô-fantasma!”.

Depois do cocô-fantasma tudo transcorreu bem, sem sustos ou assombrações. Como na maioria dos casos de que eu viria a saber depois, se chamava hepatite A, recuperrei-me completamente. Depois de alguns meses nos mudamos daquele bairro para outro distante dali. Por algum tempo eu ainda voltei algumas vezes para rever meus colegas e, é claro, comprar torrone no bar na esquina da empresa de ônibus. Mas, como o mundo dos adultos às vezes funciona de maneira diferente, o bar foi vendido e o novo dono preferia vender coisas salgadas e amargas. Por muito tempo procurei nos balcões de muitos outros bares o torrone de quando tive *patite*, mas o muito que consegui foi o mesmo formato, nunca o mesmo sabor. Até hoje, em bares, mercearias, supermercados, procuro aquele torrone. Mesmo não querendo acreditar, no fundo tenho a impressão de que nunca mais voltarei a comer daquele doce.

Dr. RENÉ DONIZETE RIBEIRO DE OLIVEIRA  
Reumatologista

# Noticiário

## ENCONTRO DE RECICLAGEM DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL HELIÓPOLIS

Mais uma vez realizamos o Encontro de Reciclagem do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis. Este foi o décimo primeiro! Conseguimos novamente unir novos conhecimentos científicos com a agradável presença de nossos colegas. Assuntos novos como o FRAX modelo Brasil, os novos medicamentos tofacitinibe e belimumabe e ainda a utilização do PET-CT na reumatologia foram apresentados e debatidos. As Diretrizes da SBR para a Esclerodermia foram explicadas por seu autor e o PCDT para a AR (conjunto de normas para o tratamento da artrite reumatoide do Ministério da Saúde) foi apresentado e discutido levando em consideração também as Diretrizes da SBR e o Consenso Eular. A fisiopatologia da osteoartrite e seu tratamento foram abordados com minúcias, assim como os conceitos de sarcopenia e camptocormia. Penso que nosso objetivo de levar a ciência até a beira do leito foi cumprido. Em 2013 o Serviço de Reumatologia faz 36 anos de existência e a residência em Reumatologia de nosso serviço fez 35 anos. Sem dúvida é uma longa e árdua tarefa de educação e formação de reumatologistas por um serviço acadêmico fora da academia. Vamos continuar sempre olhando para o horizonte do conhecimento clínico-científico e da formação de nossos jovens reumatologistas.



Dr. CRISTIANO A. F. ZERBINI

## X ENCONTRO DOS EX-RESIDENTES, ESTAGIÁRIOS E PÓS-GRADUANDOS DA DISCIPLINA DE REUMATOLOGIA DA FMUSP

Nos dias 17 a 19 de maio de 2013, no Hotel The Royal Palm Plaza, em Campinas, ocorreu o evento bianual dos membros da Disciplina de Reumatologia (FMUSP). O objetivo principal desse encontro foi promover momentos de interatividade entre os atuais profissionais e aqueles que já passaram por nosso Serviço. Desta forma, participaram do encontro 300 convidados, sendo 132 membros da disciplina, incluindo os atuais e os ex-residentes, estagiários, especializandos e pós-graduandos. Nesta edição, a programação científica contemplou uma variedade de tópicos como o uso de terapia biológica nas vasculites sistêmicas e em pediatria, descontinuação de terapia biológica, situações especiais para descontinuação temporária da terapia biológica, novo protocolo terapêutico do Ministério da Saúde para artrite reumatoide, recomendações atuais e cuidados na reposição de cálcio e vitamina D, e opções atuais para o tratamento da osteoporose. A exemplo de outros encontros, também fizeram parte do evento as atividades de entretenimento com a presença calorosa de familiares.

PROFA. DRA. ELOÍSA BONFÁ



## INAUGURAÇÃO DA NOVA SEDE DA SOCIEDADE PAULISTA DE REUMATOLOGIA

No dia 14 de agosto foi inaugurada a nova sede e a sala de reuniões da Sociedade Paulista de Reumatologia. As instalações localizam-se na Rua Maestro Cardim, 354, conjuntos 53, 71 e 72, São Paulo. Fruto de amplo estudo arquitetônico e de decoração, os espaços agora abrigam, de forma confortável, todas as necessidades da SPR. Durante a cerimônia de inauguração, o presidente Paulo Louzada Junior enalteceu o esforço das gestões anteriores para a concretização da nova sede e homenageou os ex-presidentes da SPR José Roberto Provenza (em cuja gestão 1998-1999, foi comprada a primeira sede própria da SPR), José Carlos Mansur Szajubok (gestão 2008-2009) e Luiz Carlos Latorre (gestão 2010-2011). A secretária da SPR, Márcia Gerardi, recebeu elogios por seu trabalho durante a reforma do imóvel. Foram descerradas placas comemorativas e a seguir o Dr. Henrique Josef (gestão 1976-1977) proferiu palestra sobre os 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia. Além dos ex-presidentes já citados, compareceram ao evento Wiliam Habib Chahade (gestão 1974-1975), João Francisco Marques Neto (gestão 1980-1981), José Carlos de Almeida Pernambuco (gestão 1984-1985), Cristiano A. F. Zerbini (gestão 1986-1987), Emilia I. Sato (gestão 1990-1991), Elda Matilde Hirose Pastor (gestão 1992-1993), Daniel Feldman Pollak (gestão 1994-1995), Célio Roberto Gonçalves (gestão 1996-1997), Rina Dalva Neubarth Giorgi (gestão 2000-2001), Jamil Natour (gestão 2002-2003), Manoel Barros Bértolo (gestão 2004-2005) e Dawton Y. Torigoe (presidente eleito). Diversos membros da atual diretoria da SPR (da capital e do interior de São Paulo) prestigiaram a inauguração, além dos Drs. Walber Pinto Vieira, atual presidente da SBR, Cesar Emile Baaklini, presidente eleito da SBR, e Florisval Meinão, presidente da Associação Paulista de Medicina. A *Revista Paulista de Reumatologia* congratula a todos por esta importante realização da gestão do Dr. Paulo Louzada Junior.



**INAUGURAÇÃO DA NOVA SEDE DA SOCIEDADE PAULISTA DE REUMATOLOGIA:** (1) recepção, conj. 71/72; (2) descerramento da placa de inauguração da nova sede – conj. 71/72: da esquerda para a direita, Dr. José Carlos Mansur Szajubok e Dr. Luiz Carlos Latorre; (3) descerramento da placa de inauguração da Sala de Reuniões – conj. 53: da esquerda para a direita, Dr. Paulo Louzada Junior e Dr. José Roberto Provenza.



(4) Palestra 60 anos da Sociedade Paulista de Reumatologia, palestrante: Dr. Henrique Josef; (5) visão geral da plateia; (6) Dr. Paulo Louzada Junior; (7) da esquerda para a direita: Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro, Dr. Paulo Louzada Junior e Dr. César Emile Baaklini; (8) da esquerda para a direita: Dr. Luiz Carlos Latorre, Dr. José Roberto Provenza, Dr. Paulo Louzada Junior e Dr. José Carlos Mansur Szajubok; (9) da esquerda para a direita: Dr. Florisval Meinão, Dra. Ivone Minhoto Meinão e Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli; (10), (11), (12), (13) convidados durante o evento; (14) da esquerda para a direita: Dr. Paulo Louzada Junior, Dr. César Emile Baaklini, Dr. Célio Roberto Gonçalves e Dr. Walber Pinto Vieira; (15), (16) Sala do Presidente – conj. 71/72; (17), (18) Sala de Reuniões – conj. 53.

## FÓRUM DE DEBATES

### TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES (5 DE JUNHO DE 2013)

**Tema:** "Diagnóstico diferencial das artrites agudas na infância" e "Tratamento da artrite idiopática juvenil sistêmica"

**Coordenação:** Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli (médico reumatologista, reumatologista pediátrico, representante da Reumatologia Pediátrica da SPR e membro do Conselho Editorial da *Revista Paulista de Reumatologia*)

**Apresentação e debates:** Dra. Maria Teresa S. L. R. A. Terreri (professora adjunta do Setor de Reumatologia do Departamento de Pediatria da EPM/Unifesp), Dr. Claudio A. Len (professor adjunto do Setor de Reumatologia do Departamento de Pediatria da EPM/Unifesp), Dra. Adriana Maluf Elias Sallum (médica assistente da Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança), Dra. Nadia Emi Aikawa (médica assistente da Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança e do CEDMAC HC-FMUSP)

### QUARTO FÓRUM DE DEBATES (7 DE AGOSTO DE 2013)

**Tema:** "Hipertensão arterial pulmonar no lúpus eritematoso sistêmico: desafios e avanços no diagnóstico e tratamento"

**Coordenação:** Dra. Cristiane Kayser (professora afiliada da Disciplina de Reumatologia da EPM/Unifesp, chefe do Ambulatório de Colagenoses II e Esclerose Sistêmica)

**Apresentação e debates:** Dra. Eloara Vieira Machado Ferreira Álvares da Silva Campos (médica assistente do Grupo de Circulação Pulmonar e Fisiologia Clínica do Exercício – Disciplina de Pneumologia da EPM/Unifesp), Dra. Thauana Luiza de Oliveira (médica residente da Disciplina de Reumatologia da EPM/Unifesp)



**TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES:** (1) da esquerda para a direita: Dra. Maria Teresa S. L. R. A. Terreri, Dr. Paulo Louzada Jr., Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Dra. Nadia Emi Aikawa, Dra. Adriana Maluf Elias Sallum e Dr. Claudio A. Len. **QUARTO FÓRUM DE DEBATES:** (2) da esquerda para a direita: Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto, Dra. Thauana Luiza de Oliveira, Dra. Cristiane Kayser, Dra. Eloara Vieira Machado Ferreira Álvares da Silva Campos e Dr. Paulo Louzada Jr.

## Fórum de Debates em Reumatologia 2013

Sempre às 20 horas.

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

Estacionamento conveniado: Feller Estacionamentos – Rua São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

Local da confraternização: Avenida Paulista Hotel – Rua São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima).

Neste ano teremos novidades na transmissão das reuniões. Participe e incentive a participação de seus colegas reumatologistas.

Após os debates, você é nosso convidado para degustar um ótimo jantar no hotel.

Informamos que as últimas reuniões estão disponíveis no site da SPR para que você possa assisti-las.

**PRÓXIMO ENCONTRO:**  
• 6 DE NOVEMBRO

## VI JORNADA DE REUMATOLOGIA DO VALE DO PARAÍBA

A VI Jornada de Reumatologia do Vale do Paraíba foi realizada na cidade de Campos do Jordão, entre os dias 23 e 25 de agosto. O evento foi presidido pela Dra. Andrea Meirelles e contou com a presença do Dr. Dawton Y. Torigoe, presidente eleito da Sociedade Paulista de Reumatologia. Diversos temas foram abordados por colegas reumatologistas (Iêda Laurindo, Karina Bonfiglioli, Marcelo Pinheiro, Francinne Machado Ribeiro e Benedito do Espírito Santo Campos) e por médicos renomados de outras especialidades (Samuel Mandelbaum, Carlos Alberto Pereira, Eloara Vieira Machado e Lívia Almeida Dutra). Parabéns aos organizadores deste evento já tradicional do Estado de São Paulo!



**VI JORNADA DE REUMATOLOGIA DO VALE DO PARAÍBA:**  
da esquerda para a direita: Dr. Dawton Y. Torigoe, Dra. Andrea Meirelles e Dr. Benedito do Espírito Santo Campos.

## AVALIAÇÃO FINAL PARA ESTRANGEIROS QUE QUEIRAM TRABALHAR NO PROGRAMA “MAIS MÉDICOS”

1. A manifestação mais comum de cefaleia na enxaqueca pelos usuários do SUS é uma dor:  
 A) cansada  
 B) chunchada  
 C) drumente  
 D) frivinhança
2. Qual dessas doenças não causa “nó nas tripa”:  
 A) Crohn  
 B) Chagas  
 C) tumor de sigmoide  
 D) “úrsula prefumada de diadema”
3. O sinal de Thynnel, na síndrome do túnel do carpo, corresponde a parestesias na extremidades de quais dedos da mão?  
 A) “mindinho e seu vizinho”  
 B) “mindinho e mata-piolho”  
 C) “fura-bolo e mata-piolho”  
 D) “seu vizinho, pai de todos e fura-bolo”
4. “Dô cansada na boca do istambo que arresponde inté nas pá”:  
 A) sinal de Lafond  
 B) sinal de Murphy  
 C) sinal de Giordano  
 D) sinal de pobreza
5. “Dotô, antes de mais nada, eu queria dizer que meu pobrema é que eu curto uns birinaiti. Já tive duas guinorreia e tratei com vegetacil. Agora, to ca gricerina arta e tenho que upricá insulina. Meu rins parô de funcioná, mas num doi nada. Quar mendigamento é bão pra isto?”  
 A) lasiqui  
 B) crofenaque  
 C) tenalol  
 D) capitão bril
6. Paciente com ICC vem à consulta se queixando de piora da “farta de fôlego”. Traz receita de “lasiqui, capitão briu, bambalão, daquitone e cássia eller”. Faltou medicamento na farmácia do posto e ele conseguiu comprar apenas um. Qual foi?  
 A) lasiqui  
 B) capitão bril  
 C) bambalão  
 D) cássia eller



## ERRATA

O título correto da seção Visão do Expert da *Revista Paulista de Reumatologia*, v. 12, n. 2, edição de abr./jun. de 2013, é “Artrite Psoriásica”, de autoria do Dr. Cristiano B. Campanholo. O fluxograma ali reproduzido, denominado “Terapêutica direcionada APS”, também merece reparo, conforme pode ser observado a seguir.



Adaptado de Ann Rheum Dis. 2012;71:4-12.

27 a 29 de março de 2014  
Hotel Tivoli Mofarrej, São Paulo

# XX(ERA) ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

Agende-se! Esperamos Você!

Promoção



SOCIEDADE  
PAULISTA DE  
REUMATOLOGIA

Informações e Secretaria



tel 11 3361.3056  
reumato@eventus.com.br

# Agenda

2013

12 DE OUTUBRO  
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

## NACIONAIS

### 9º Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica

**Data:** 8 a 11 de outubro

**Local:** Expotrade Convention Center – Curitiba, PR

**Contato:** [www.reumatoped2013.com.br](http://www.reumatoped2013.com.br)

### V Curso de Infiltrações em Reumatologia – Disciplina de Reumatologia da Unifesp

**Data:** 18 e 19 de outubro

**Local:** Unifesp, São Paulo, SP

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

### 5º Congresso Brasileiro de Densitometria, Osteoporose e Osteometabolismo (Bradoo)

**Data:** 24 a 26 de outubro

**Local:** Summerville Beach Resort, Porto de Galinhas, PE

**Contato:** <http://www.bradoo.com.br>

### III Encontro de Reumatologia do Interior/

### XXII Jornada Paulista de Reumatologia

**Data:** 18 e 19 de outubro

**Local:** Anfiteatro do Bloco Didático da FMRP – Ribeirão

Preto, SP

**Contato:** [reumato@eventus.com.br](mailto:reumato@eventus.com.br)

### XXX Congresso Brasileiro de Reumatologia

**Data:** 20 a 23 de novembro

**Local:** Centro de Convenções de Pernambuco, Recife, PE

**Contato:** [www.sbr2013.com.br](http://www.sbr2013.com.br)

## INTERNACIONAIS

### Annual Meeting of the American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR)

**Data:** 4 a 7 de outubro

**Local:** Baltimore, Maryland, USA

**Contato:** <http://www.asbmr.org/meetings/annualmeeting.aspx>

### ACR/ARHP 2013

**Data:** 25 a 30 de outubro

**Local:** San Diego, EUA

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

## NACIONAIS

### VIII Curso de Revisão para Reumatologistas

**Data:** 15 e 16 de fevereiro de 2014

**Local:** Mercure Grand Hotel Parque do Ibirapuera, São Paulo, SP

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

### XX Encontro de Reumatologia Avançada

**Data:** 27 e 29 de março de 2014

**Local:** Hotel Tivoli Mofarrej, São Paulo, SP

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

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. Serão publicados artigos originais, revisões, descrição de casos clínicos e atualização em reumatologia, conforme a ortografia oficial da língua portuguesa.
2. O trabalho deverá conter, necessariamente:
  - a) título (em português e inglês);
  - b) nome completo dos autores;
  - c) citação do local (endereço completo) de realização do trabalho;
  - d) formação acadêmica/titulação dos autores;
  - e) unitermos (em português e inglês);
  - f) resumo do trabalho (em português e inglês), até o limite de 250 palavras. Deverá conter, quando se tratar de artigo original: objetivo, métodos, resultados e conclusão;
  - g) introdução;
  - h) material ou casuística e métodos ou descrição de caso;
  - i) resultados;
  - j) discussão e/ou comentários (quando for o caso);
  - k) conclusões;
  - l) ilustrações anexas devem seguir regulamentação adequada (conforme o item 6, a seguir);
  - m) referências (conforme o item 7, a seguir);
3. Os trabalhos serão avaliados pelo Conselho Editorial. Pequenas alterações poderão ser realizadas, com a finalidade de padronizar os artigos, sem importar mudanças substanciais em relação ao texto original.
4. Os trabalhos devem ser encaminhados por e-mail para: [reumatologiasp@reumatologiasp.com.br](mailto:reumatologiasp@reumatologiasp.com.br). O processador de texto utilizado deve ser compatível com Windows (Word, Excel etc.).
5. Caberá ao Conselho Editorial analisar textos demasiadamente longos, de modo a suprimir – sem excluir trechos essenciais à compreensão – termos, frases e parágrafos dispensáveis ao entendimento do estudo. A medida também se aplica a tabelas e ilustrações.  
Em trabalhos prospectivos, envolvendo seres humanos, é necessária aprovação prévia por um Comitê de Ética, devendo o trabalho seguir as recomendações da Declaração de Helsinki. Os pacientes devem ter concordado previamente com sua participação no estudo.
6. Ilustrações: constituem figuras e gráficos, referidos em algarismos arábicos (exemplo: Figura 1, Gráfico 3). Se forem escaneadas, deverão ser enviadas em formato TIF ou JPG e ter, no mínimo, 270 DPI de resolução. Quando possível, deverão ser enviadas em formato original. Somente serão reproduzidas ilustrações que permitirem visualização adequada. Não devem ser inseridas no texto, mas sim encaminhadas em arquivos anexos, com as respectivas legendas (no texto, deve-se apenas indicar o local de entrada da ilustração). Tabelas e quadros devem ser relacionados em algarismos arábicos, com o respectivo título, dispensam sua descrição no texto e têm a finalidade de resumir o artigo. Unidades utilizadas para exprimir resultados (m, g, g/100, ml etc.) devem figurar no alto de cada coluna. Caberá ao Conselho Editorial analisar o excesso de ilustrações (figuras, quadros, gráficos, tabelas etc.) e suprimir as redundantes.
7. As referências devem seguir a ordem de aparecimento no texto. Utilizar estilo e formato conforme a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos no *Index Medicus* (de acordo com o estilo Vancouver – Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos).
  - a) Artigo de revista – sobrenome por extenso e inicial dos prenomes de todos os autores (havendo sete ou mais, apenas os três primeiros, seguidos da expressão et al.). Título do artigo. Nome abreviado da revista, ano; volume: página inicial-página final.
  - b) Para citação de outras fontes de referência, consultar os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Médicos. *New Engl J Med* 1997; 336(4):309-15.
8. O nome de medicamentos citados no texto (nome de fantasia, oficial, patenteado, químico e siglas de pesquisa) deve obedecer à regulamentação correspondente da Organização Mundial da Saúde.
9. De acordo com a Resolução nº 1.595 do Conselho Federal de Medicina, os autores devem declarar os agentes financeiros que patrocinam suas pesquisas, como agências financiadoras, laboratórios farmacêuticos etc.
10. Trabalhos que não se enquadrem nestas normas ou que não se ajustem às necessidades editoriais da revista poderão ser reencaminhados aos autores para que procedam às necessárias adaptações, indicadas em carta pessoal dos editores.

### III ENCONTRO DE REUMATOLOGIA DO INTERIOR

### XXII JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA

RIBEIRÃO PRETO | CAMPUS DA USP | ANFITEATRO DO BLOCO DIDÁTICO DA FMRP/USP

18 e 19 de Outubro de 2013

## DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM REUMATOLOGIA

### PROGRAMA

SEXTA-FEIRA  
18 DE OUTUBRO DE 2013

20h00 – ABERTURA DO EVENTO

SÁBADO  
19 OUTUBRO DE 2013

08h30 – ABERTURA

#### MESA I: ARTRITE REUMATÓIDE

08h40 - 09h05 – CASO 1: ARTRITE REUMATÓIDE  
09h05 - 09h20 – TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE

#### MESA II: OSTEOARTRITE

09h30 - 09h55 – CASO 2: OSTEOARTRITE  
09h55 - 10h10 – TRATAMENTO DA OSTEOARTRITE

#### MESA III: FIBROMIALGIA

10h40 - 10h55 – CASO 3: FIBROMIALGIA  
10h55 - 11h10 – TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

#### MESA IV: ESPONDILOARTRITES

11h20 - 11h45 – IMAGEM NAS ESPONDILOARTRITES  
11h45 - 12h00 – TRATAMENTO DAS ESPONDILOARTRITES

#### MESA V: VASCULITE PEQUENOS VASOS

13h30 - 13h50 – CASO 5: VASCULITE PEQUENOS VASOS  
13h50 - 14h15 – TRATAMENTO DAS VASCULITES PEQUENOS VASOS

#### MESA VI:

14h30 - 14h50 – CASO 6: LÚPUS NEUROPSIQUIÁTRICO  
14h50 - 15h15 – TRATAMENTO LÚPUS NEUROPSIQUIÁTRICO

#### MESA VII: CONFERÊNCIA JULIO VOLTARELLI

15h25 - 15h50 – TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO NA ESCLEROSE SISTêmICA

### Organização:



**SOCIEDADE  
PAULISTA DE  
REUMATOLOGIA**

### INSCREVA-SE

As vagas são limitadas a 200 participantes.

Reserve já sua vaga!

[www.eventus.com.br/jornadareumato2013](http://www.eventus.com.br/jornadareumato2013)

### Informações:

reumato@eventus.com.br  
Tel. (11) 3361-3056

PROMOÇÃO:



PATROCÍNIO:





mensal  
**Simponi®**  
golimumabe

O anti-TNF feito para o paciente

Controle efetivo  
das doenças com  
a conveniência  
de uma única  
dose mensal.<sup>1-7</sup>

**INFOC**  
Informações Científicas  
**0800 7013017**  
[www.portalmed.com.br](http://www.portalmed.com.br)

**janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of [johnson-johnson.com](http://johnson-johnson.com)

**Referências:** 1. Bula de Simponi®. 2. Keystone EC et al. Golimumab, a human antibody to tumour necrosis factor (alpha) given by monthly subcutaneous injections, in active rheumatoid arthritis despite methotrexate therapy: the GO-FORWARD Study. Ann Rheum Dis. 2009 Jun;68(6):789-96. doi: 10.1136/ard.2008.099010. INFOC N° 19086176. 3. Emery P et al. Golimumab, a human anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody, injected subcutaneously every four weeks in methotrexate-naïve patients with active rheumatoid arthritis: twenty-four-week results of a phase III, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study of golimumab before methotrexate as first-line therapy for early-onset rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009 Aug;60(8):227-83. doi: 10.1002/art.24638. INFOC N° 19644949. 4. Smolen JS et al. Golimumab in patients with active rheumatoid arthritis after treatment with tumour necrosis factor alpha inhibitors (GO-AFTER study): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III trial. Lancet. 2009 Jul 18;374(9685):210-21. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60506-7. INFOC N° 19560910. 5. Keystone E et al. Golimumab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate therapy: 52-week results of the GO-FORWARD study. Ann Rheum Dis. 2010 Jun;69(6):1129-35. doi: 10.1136/ard.2009.16319. Epub 2010 May 5. INFOC N° 20444749. 6. Inman RD et al. Efficacy and safety of golimumab in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase II trial. Arthritis Rheum. 2008 Nov;51(11):3402-12. doi: 10.1002/art.23969. INFOC N° 18975305. 7. Kavanaugh A et al. Golimumab, a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis: Twenty-four-week efficacy and safety results of a randomized, placebo-controlled study. Arthritis Rheum. 2009 Apr;60(4):376-86. doi: 10.1002/art.24403. INFOC N° 1933944. **Bula resumida SIMPONI® (golimumabe)**. Forma farmacêutica e apresentações: Solução injetável de 50 mg/0,5 ml de golimumabe, em embalagem com 1 caneta aplicadora. Conservar sob refrigeração (entre 2°C e 8°C). Proteger da luz. Não congelar. Não agitar. Manter a caneta aplicadora na embalagem original a fim de protegê-la da luz. O prazo de validade do medicamento é de 24 meses a partir da data de fabricação. USO SUBCUTÂNEO. USO ADULTO. Indicações: tratamento da artrite reumática (AR) ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia com medicamento antiinflamatório modificador da doença (DMARD), incluindo metotrexato (MTX), foi inadequada ou em pacientes adultos não tratados previamente com MTX. SIMPONI® pode ser usado em pacientes previamente tratados com um ou mais inibidores de TNF. SIMPONI® em combinação com metotrexato, também demonstrou reduzir a taxa de progressão do dano articular, conforme avaliação por rai-X, melhorar a função física e a qualidade de vida relacionada à saúde, tratamento de artrite psoriásica ativa em pacientes adultos, quando a resposta à terapia previa com DMARD foi inadequada, tratamento da espondite anquilosante (EA) ativa em pacientes adultos quando a resposta à terapia convencional foi inadequada. Posologia: para todas as indicações, SIMPONI® 50 mg é administrado na forma de uma injeção subcutânea uma vez ao mês, sempre no mesmo dia de cada mês. Contraindicações: hipersensibilidade à golimumabe ou a qualquer um dos excipientes. Advertências e precauções: Houve relatos de infecções bacterianas (incluindo septicemia e pneumonia), micobacteriana (tuberculosa), fungica invasiva e oportunistas, até mesmo fatalidades, em pacientes recebendo agentes bloqueadores de TNF, incluindo SIMPONI®. SIMPONI® não deve ser administrado em pacientes com infecção ativa e clínicamente importante. Deve-se ter precaução quando considerar o uso de SIMPONI® em pacientes com infecção crônica ou história de infecção recorrente. Os pacientes devem ser conscientes a evitar a exposição a fatores de risco em potencial para infecção quando apropriado. Os pacientes devem ser avisados quanto a fatores de risco para tuberculose e testados quanto à tuberculose latente antes do tratamento com SIMPONI®. O tratamento da tuberculose latente deve ser iniciado antes da terapia com SIMPONI®. Ocorrerão casos de tuberculose ativa em pacientes tratados com SIMPONI® durante e após o tratamento para tuberculose latente. Os pacientes recebendo SIMPONI® devem ser monitorados rigorosamente quanto aos sinais e sintomas de tuberculose ativa, incluindo pacientes que apresentaram resultado de teste negativo para tuberculose latente, pacientes que estão no tratamento para tuberculose latente, ou pacientes que foram previamente tratados para infecção de tuberculose. O uso de agentes bloqueadores de TNF é associado com a reativação do vírus da hepatite B em pacientes portadores crônicos. Os portadores crônicos de hepatite B devem ser adequadamente avaliados e monitorados antes e durante o tratamento com SIMPONI®, assim como por vários meses após a sua descontinuação. Desconhece-se o papel potencial da terapia bloqueadora de TNF no desenvolvimento de malignidades. Deve-se tomar cuidado ao considerar a terapia bloqueadora de TNF em pacientes com histórico de malignidade, ou quando se considera a continuação do tratamento em pacientes que desenvolvem malignidade, insuficiência cardíaca congestiva, eventos neurológicos, reações hematológicas, reações alérgicas. Vacinas de vírus vivos / Agentes terapêuticos infectiosos: O uso de outros agentes terapêuticos infectiosos, tais como bactérias vivas atenuadas podem resultar em infecções clínicas, incluindo infecções generalizadas. Não é recomendado que agentes terapêuticos infectiosos sejam administrados com SIMPONI®. Gravidez e lactação: O golimumabe atravessa a placenta. Após o tratamento com outro anticorpo monoclonal bloqueador de TNF durante a gravidez, o anticorpo foi detectado por até 6 meses no soro de bebês nascidos de pacientes tratadas. Consequentemente, estes bebês podem estar sob risco aumentado de infecção. A administração de vacinas vivas em bebês expostos ao golimumabe no útero não é recomendada durante os 6 meses posteriores à última injeção de golimumabe administrada na gestante. Não se sabe se SIMPONI® pode causar dano ao feto quando administrado em mulheres grávidas ou se pode afetar a capacidade de reprodução. SIMPONI® só deve ser administrado em gestantes se for claramente necessário. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Interações medicamentosas: não foram realizados estudos de interação medicamentosas específicas com SIMPONI®. A combinação de SIMPONI® com outros medicamentos biológicos usados para tratar as mesmas doenças de SIMPONI®, incluindo anacirina e abatacepto não é recomendada. Vacinas de vírus vivos não devem ser administradas concomitantemente a SIMPONI®. Não foi observado efeito significativo do metotrexato na depreciação de SIMPONI® administrado por via intravenosa. Após a administração subcutânea, o uso concomitante de metotrexato resultou em concentrações maiores de SIMPONI® no estadio de equilíbrio em pacientes com AR, AP ou EA. No entanto, os dados não sugerem uma necessidade de ajuste de dose de SIMPONI® ou metotrexato. Reações adversas mais freqüentes: Infecção do trato respiratório superior (nasofaringite, faringite, laringite e rinite), infecções bacterianas (como celulite); infecções virais (como gripe e herpes), bronquite, sinusite e infecções fúngicas superficiais, aumento na alania aminotransferase, aumento no aspartato aminotransferase, anemia, toniria, parastesia, hipertensão, constrição, erupção cutânea, pirexia, reação no local da aplicação (eritema no local da aplicação, urticária, indução, dor, hematomas, prurido, irritação, parastesia). Superdose: recomenda-se que o paciente seja monitorado quanto a quaisquer sinal ou sintomas de efeitos adversos e o tratamento sintomático apropriado seja instituído imediatamente. Venda sob prescrição médica. Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. JANSSEN-CILAG FARMACÊUTICA LTDA. MS 1.1236.3405. Esta bula foi atualizada em 10/04/2013, conforme CCDS nº 0213. Informações adicionais para prescrição: vide bula completa. INFOC 0800.7013017 - www.janssen.com.br. Cód. CCDS0213.

**Contraindicações:** este medicamento é contraindicado para uso por pacientes com hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Interações medicamentosas: a combinação de SIMPONI® com outros medicamentos biológicos usados para tratar as mesmas doenças de SIMPONI®, incluindo anacirina e abatacepte não é recomendada.

Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda

Material destinado à classe médica - Maio/2013