

ISSN 1809-4635

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 7 N.º 2 abr/jun 2008



XIV Encontro de Reumatologia Avançada
100 anos da Imigração Japonesa

Sumário

Palavra do Presidente	3
Editorial	4-5
Reabilitando o Reumatologista	6-9
Rheuma	10-11
Publicações	12-14
Especial	16-19
Entrevista	20-23
Raio X	24-25
XIV Encontro de Reumatologia Avançada	
Programação Científica	26-27
Noticiário	28-29
Agenda	30

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2008-2009

Presidente

José Carlos Mansur Szajubok

Vice-Presidente

Paulo Louzada Jr.

Diretora Científica

Elaine de Azevedo

1.º Secretário

Nafice Costa Araújo

2.º Secretário

Rubens Bonfiglioli

1.º Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

2.º Tesoureiro

Maria Guadalupe Barbosa Pippa

Presidente Eleito 2010-2011

Luiz Carlos Latorre

Conselho Fiscal e Consultivo

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

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

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

Comissão Científica

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

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

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

Comissão de Educação Médica

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

Comissão do Interior

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

Comissão de Exames Complementares

Charlles Helden de Moura Castro, José Ricardo Anijar

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Clóvis Artur Almeida da Silva, Maria Odete Esteves Hilário

Site

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

Endereço

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

Revista Paulista de Reumatologia

Órgão Oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

Conselho Editorial

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

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

Direção Editorial Kleber Kohn
Coordenação Editorial Sílvia Souza
Jornalista Luciana C.N. Caetano (MTb 27.425)

Endereço para correspondência

Rua Caraíbas, 176, Casa 8, Pompéia, CEP 05020-000, São Paulo, SP
Fone: (11) 3368-5095 – Fone/Fax (11) 3368-4545

www.etceteraeditora.com.br

PALAVRA DO PRESIDENTE

Floresceu o XIV Encontro de Reumatologia Avançada. A nossa expectativa para este ano é que as discussões continuem fervilhando e estimulando corações e mentes para futuras pesquisas. O vigor dos pesquisadores e cientistas deve continuar como o brilho do sol equatorial. Não importa a opção que façamos em nossa profissão, pois sem o desenvolvimento científico não sairemos do lugar.

Sejam bem-vindos, aproveitem a Terra da Garoa com um fresquinho que convida ao aconchego dos casacos e abraços. Esperamos não errar na previsão do tempo e na escolha do programa e convidados. Toda a programação foi minuciosamente cuidada levando-se em consideração propriamente a produção científica; infelizmente não foi possível contemplar todos os requerentes, em função do volume.

Faz cem anos que Oscar Niemeyer nasceu e que se iniciou a imigração japonesa para o Brasil (preferencialmente para São Paulo, para nossa felicidade!). Aquele planejou Brasília; estes contribuíram para o desenvolvimento industrial e cultural de nosso Estado – e por que não dizer também a culinária!

Nesta metrópole tão rica e desigual, não raro nos deparamos com situações de desigualdade no acesso à saúde; e, quando o acesso é obtido, às vezes ocorre dificuldade no tratamento. Somos favoráveis a uma política de dispensação de medicamentos, em que o especialista deve decidir qual paciente receberá o medicamento e em que data. Todos sentem no cotidiano os entraves e burocracias que temos de superar para podermos tratar com qualidade os mais necessitados.

Queremos saber sua opinião sobre os diferentes assuntos relacionados à nossa especialidade e estamos atentos a todas as sugestões que nos chegam. Utilizem os meios disponíveis, como correio, telefone, fax e, em especial, nosso *site*. Caso ainda não tenha se cadastrado, aproveite para fazê-lo durante o evento.

Saúde e Paz para todos.

José Carlos Mansur Szajubok

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2008-2009

www.reumatologiasp.com.br

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

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br





Arigatô

O sonho de enriquecer e voltar vitorioso ao Japão impulsionou os habitantes insulares a atravessar oceanos. Chegaram com sentimentos de esperança e de prosperidade em solo brasileiro. Um país de costumes estranhos, língua incompreensível, clima quente e tradições completamente diferentes. Trabalharam duro, produziram riqueza, geraram descendentes e construíram outra cultura e nova identidade.

Nesses cem anos de presença nipônica no Brasil, muitos hábitos e palavras foram incorporados ao nosso cotidiano. *Ari-gatô* é a palavra que simboliza, hoje, o sentimento de gratidão do povo japonês ao Brasil. O *kabuki* e o *origami* encantam os ocidentais. O *bonsai* e a *ikebana* enfeitam nossas prateleiras. Caqui, acelga e derivados da soja (*tofu*, *missô* e *shoyu*) e de broto de feijão (*moyashi*) completam o cardápio brasileiro, sem falar dos deliciosos peixes crus e arroz. *Sushi*, *sashimi* e *temaki* se inseriram e fazem parte do prato paulista, assim como se disseminaram os restaurantes japoneses em todo o País. *Judô*, *karatê*, *sumô* e outras artes marciais são praticadas como tradicionais esportes brasileiros.

A *Revista Paulista de Reumatologia* faz uma homenagem especial aos *nikkeis* neste centenário. A *Revista* traz um *mangá*, como os títulos *Dragon Ball* e *Cavaleiros do Zodíaco*, de forma a contar a história do povo japonês no Brasil. Assim como os *kanjis* (ideogramas japoneses) que expressam palavras e idéias completas, os *mangás* (histórias em quadrinhos) trazem em cada traço do desenho uma mensagem diferente. A expressão é formada por dois ideogramas – “*man*” (significa “involuntário” ou “a despeito de si mesmo”) e “*ga*” (significa “imagens”). Os *mangás* se diferenciam das histórias em quadrinhos ocidentais em vários aspectos, como a representação gráfica, leitura feita de trás para a frente, publicações longas com mais de 200 páginas e idioma complexo com dois silabários e *kanjis*. O *mangá*

não é elaborado apenas com histórias de luta e magia. A maioria das histórias traz mensagens que falam de amizade, relacionamento, aventuras e poderes.

Sabemos que a valorização da cultura milenar e a admiração a um povo que não tem medo do trabalho, honra a família e sente-se grato, mesmo depois de serem considerados perigosos e sofrerem discriminação, foi de fundamental importância para a história do Brasil. O investimento na educação dos filhos, construindo o alicerce para as futuras gerações, e a criação de cooperativas são importantes legados dos pioneiros imigrantes japoneses.

A comunidade nipo-brasileira é considerada a maior comunidade de descendentes de japoneses fora do Japão. Dos 781 em 1908, chegaram a 10 mil em 1914. Em 1932, já eram mais de 130 mil e 405 mil em 1958 (*nisseis* ou segunda geração). Na década de 80, ultrapassaram um milhão (*sansseis* ou terceira geração) e, hoje, são mais de 1,5 milhão (*gosseis* ou quinta geração). Há cerca de 14 mil médicos de origem japonesa integrados à sociedade brasileira e 54 são reumatologistas filiados à SBR ou SPR. Muitos deles se destacam como professores e pesquisadores na Reumatologia, como Emília Sato e Natalino Yoshinari, entrevistados desta edição da *Revista*.

O *origami* ou arte em dobradura de papel surgiu no Japão, por volta do século VI d.C., em decorrência das ornamentações divinizadas nos templos xintoístas. Em geral, exige habilidade manual, autodisciplina, criatividade e sensibilidade para criar objetos, animais e flores. O *Tsuru* (grou) é um exemplo disso e é um presente da SPR aos leitores reumatologistas. Ele significa proteção, saúde, fortuna e longevidade.

Parabéns à comunidade japonesa paulista e de todo o Brasil. Recebam esta edição da *Revista* como um presente. *Banzai* a todos e *irashai-mase* ao XIV Encontro de Reumatologia Avançada.

Marcelo Pinheiro, Andréa Vanucci, Renata Rosa e Sandra Watanabe
Editores



AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO GONADAL EM ADOLESCENTES E JOVENS COM DOENÇAS REUMÁTICAS

CLOVIS ARTUR ALMEIDA DA SILVA⁽¹⁾, ANA JÚLIA PANTOJA DE MORAES⁽²⁾

1. Professor Livre-Docente do Departamento de Pediatria da FMUSP. Responsável pela Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HC-FMUSP)
2. Professora do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Pará. Mestre em Ciência pelo Departamento de Pediatria da FMUSP

O prognóstico das crianças com doenças auto-imunes vem melhorando nos últimos 30 anos. O diagnóstico precoce, com melhor reconhecimento clínico da doença, estabelecimento de critérios diagnósticos, introdução de testes laboratoriais com maior especificidade e surgimento de modalidades terapêuticas mais efetivas para controle da doença aumentaram a sobrevida desses pacientes, permitindo que atinjam sua adolescência e juventude, quando então emergem questões relacionadas à sua fertilidade.

O termo preferencial para avaliar a possibilidade de ovulação e espermatogênese nos adolescentes e jovens é função gonadal, pois a terminologia infertilidade é geralmente inadequada para esta faixa etária. A infertilidade é definida, segundo o conceito da Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, como incapacidade de gestação nos casais sexualmente ativos por um período acima de um ano, sem a utilização de métodos contraceptivos. O estudo da função gonadal é distinto com relação ao gênero.

GÊNERO FEMININO

Um aspecto anatômico da função gonadal nas meninas merece destaque desde o período fetal. Diferentemente dos testículos, que produzem constantemente espermatozoides a partir da espermarca, os ovários vão progressivamente perdendo folículos primordiais no decorrer da idade. O feto apresenta em torno de seis a sete milhões de

folículos primordiais, regredindo para 500 mil na puberdade. Essas perdas ocorrem fundamentalmente por atresia ou degeneração folicular, ao longo de 30 a 35 anos. Em um ciclo menstrual são recrutados cerca de 1.000 folículos, porém apenas um (folículo dominante) consegue alcançar a maturidade total, o restante evolui para atresia.

O marco da função gonadal nas adolescentes é a aquisição da menarca ou primeira menstruação. Neste momento, estas meninas geralmente apresentam o estágio puberal de Tanner M4P4 (projeção da aréola e mamilo formando uma elevação acima do nível da mama e pêlos do tipo adulto, porém, em menor quantidade, sem progressão para superfície interna das coxas (Figuras 1 e 2). A menarca representa o início de uma possível ovulação e do estabelecimento dos ciclos menstruais e é influenciada por fatores genéticos, sócio-econômicos, geográficos, nutricionais e por doenças crônicas prévias. Colli *et al.* estudaram 2.578 adolescentes eutróficas do município de Santo André em São Paulo e evidenciaram que a média da idade da menarca foi de $12,5 \pm 1,3$ anos e a mediana foi

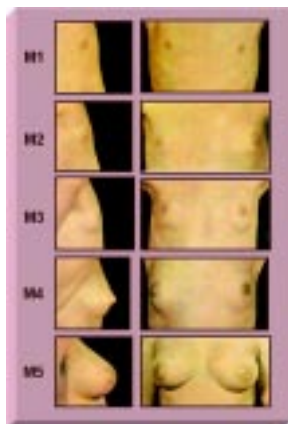


Figura 1 – Estágios puberais de Tanner – desenvolvimento mamário.



Figura 2 – Estágios puberais de Tanner – desenvolvimento dos pêlos pubianos.

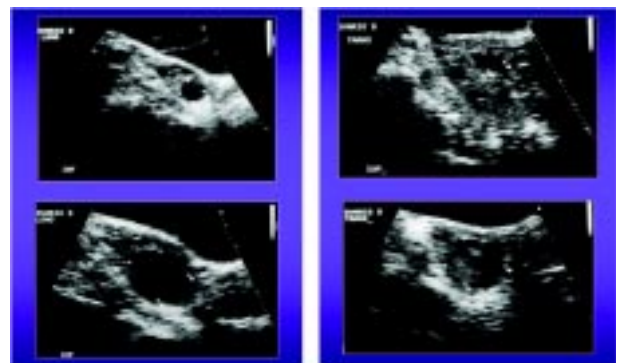


Figura 3 – Desenvolvimento do folículo dominante e formação do corpo lúteo avaliados semanalmente durante o ciclo menstrual pela ultra-sonografia pélvica.

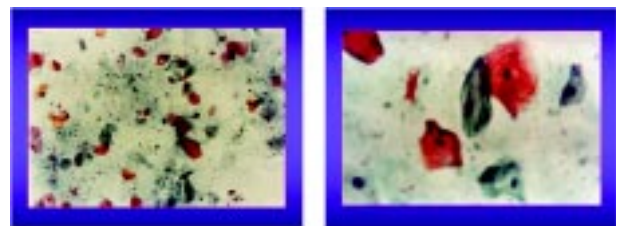


Figura 4 – Citologia hormonal urinária com aumento das células epiteliais superficiais eosinofílicas ao longo do ciclo menstrual.

de 12,4 anos. Habitualmente, na adolescente, ocorre um período de anovulação fisiológica nos dois primeiros anos após a menarca, apesar da possibilidade de ovulação e gravidez imediatamente após a primeira menstruação. As adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ) têm atraso da menarca (em média aos $13,5 \pm 1,4$ anos) associado com maior duração da doença e altas doses cumulativas de corticosteróides.

A avaliação da função gonadal é complexa. Os dois meios confirmatórios de ovulação são: gravidez e captura do óvulo pela trompa uterina. Os demais parâmetros clínicos e laboratoriais constituem provas indiretas de função ovariana. Vários parâmetros são referidos na literatura como indicadores indiretos de ovulação e já foram estudados no LESJ, tais como ciclos menstruais regulares (intervalo de 25 a 35 dias e duração de 3 a 7 dias), presença de dismenorréia, modificação do muco cervical ao longo do ciclo menstrual, elevação da temperatura basal de $0,5^{\circ}\text{C}$ na segunda fase do ciclo menstrual, desenvolvimento do folículo dominante e formação do corpo lúteo avaliados semanalmente durante o ciclo menstrual pela ultra-sonografia (Figura 3), citologia hormonal urinária ou urocitograma (com aumento das células epiteliais superficiais eosinofílicas ao longo do ciclo menstrual) (Figura 4) e avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, particularmente com a dosagem do hormônio folículo estimulante (FSH) nos primeiros três dias do ciclo menstrual. Na prática clínica, os parâmetros mais utilizados são ciclos regulares com ou sem dismenorréia e níveis normais de FSH nos primeiros três dias do ciclo menstrual. Estes indicam função ovariana normal com adequada população de folículos ovarianos.

A redução da reserva ovariana é associada com diminuição das chances de gravidez e pode ser definida como elevados níveis séricos de FSH e LH, acima do percentil 95 para o estágio puberal de Tanner. Por sua vez, FOP é definida pela presença de amenorréia persistente, habitualmente acima de 12 meses, com níveis séricos muito elevados de FSH (acima de 40 UI/L), caracterizando um hipogonadismo hipergonadotrófico.

A disfunção gonadal nas adolescentes e jovens com LESJ ou outras doenças reumáticas pode ser alterada por vários fatores isolada ou simultaneamente. Dentre os fatores próprios do gênero destacam-se a anovulação fisiológica da adolescência, doenças e cirurgias prévias do aparelho genital. Com relação aos fatores relacionados ao LESJ, disfunção gonadal pode estar associada com atividade da doença e pode determinar irregularidades menstruais com ou sem FOP, disfunções do hipotálamo e hipófise (hipogonadismo hipogonadotrófico) e, mais raramente, vasculite ovariana e ooforite. Além disso, a presença de auto-anticorpos, como anticorpo contra o lúteo induzindo insuficiência lútea, tem sido associada com amenorréia e FOP, assim como anticorpo anti-endométrio é associada com hiperprolactinemia e níveis elevados de FSH.

Entretanto, os medicamentos utilizados para o controle da doença têm sido considerados os principais responsáveis pelo atraso da menarca, distúrbios menstruais e menopausa precoce nas pacientes com LESJ e outras doenças



1908: chegada do Kasato Maru em Santos



1923: primeira graduação de origem japonesa - Odontologia



1938-1945: perseguição aos imigrantes japoneses no Brasil em razão da Segunda Guerra Mundial

reumáticas. Os corticosteróides, principalmente em altas doses, podem inibir a liberação de gonadotrofinas hipofisárias e cortisol por supressão do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas e reduzir a produção ovariana de estrógenos e progesterona determinando irregularidades menstruais. Os imunossuppressores podem causar amenorréia mantida e FOP em adolescentes e jovens com LESJ. Azatioprina e metotrexato não têm sido associados à disfunção gonadal. Por outro lado, ciclofosfamida e clorambucil são os imunossuppressores mais associados à amenorréia e FOP. Ambos são tóxicos para a célula granulosa reduzindo os níveis de estradiol e progesterona, inibindo a maturação dos oócitos, reduzindo o número de folículos ovarianos e determinando FOP. Entre as pacientes com LESJ, dado à frequência do seu uso, a pulsoterapia com ciclofosfamida endovenosa (PCE) assume relevante papel entre os imunossuppressores que interferem com a fertilidade. O risco de amenorréia encontra-se aumentado em lúpicas com idade superior a 31 anos submetidas à PCE, que utilizam tratamento prolongado e com altas doses cumulativas deste medicamento. No LESJ ocorre entre 0 e 11%.

Recentemente, Silva *et al.* realizaram estudo multicêntrico, envolvendo 12 Serviços Brasileiros de Reumatologia Pediátrica, distribuídos em quatro Estados (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia) e evidenciaram amenorréia em 11,7% das 298 adolescentes estudadas. Entretanto, nenhuma delas apresentou FOP e todas tinham valores normais de FSH.

GÊNERO MASCULINO

O testículo exerce duas funções importantes: uma endócrina, com produção de hormônios esteróides que regulam o desenvolvimento puberal masculino, e outra reprodutora, com produção de espermatozóides. Ambas estão sob o controle neuroendócrino do hipotálamo e hipófise. Os andrógenos, particularmente a testosterona, são produzidos nas células de Leydig testiculares e regulados pelo LH. O FSH age diretamente nos túbulos seminíferos, nos quais receptores de membrana são encontrados nas células de Sertoli e nas espermatogônias.



Figura 5 – Estágios puberais de Tanner – desenvolvimento da genitália externa.



Figura 6 – Estágios puberais de Tanner – desenvolvimento dos pêlos pubianos.

O desenvolvimento da genitália externa e dos pêlos pubianos caracterizam as transformações puberais nos adolescentes e podem ser avaliados pelos estágios puberais de Tanner (Figuras 5 e 6). Por sua vez, a espermarca ou primeira ejaculação consciente representa um marco importante da capacidade reprodutora dos homens, assim como a menarca no sexo feminino. Um estudo realizado na cidade de São Paulo evidenciou que a média de idade da espermarca em adolescentes eutróficos foi de 12,8 anos. Esta resultou de atividade masturbatória em 42% desses adolescentes e de poluição noturna em 35%. Neste momento, habitualmente, estes meninos apresentam o estágio puberal de Tanner G4P4 (aumento do pênis em comprimento e diâmetro, maior crescimento do escroto e testículos e aumento da pigmentação da pele escrotal e pêlos do tipo adulto porém, em menor quantidade, sem progressão para superfície interna das coxas (Figuras 5 e 6).

Um aspecto anatômico e fisiológico das gônadas masculinas merece destaque, especialmente, após a puberdade. O adolescente pós-púbere e o adulto produzem, aproximadamente, um bilhão de espermatozóides por dia, com formação de mais de um trilhão de espermatozóides durante toda vida reprodutiva masculina.

Inicialmente, o estudo da função gonadal nos meninos é realizada com exame urológico completo e medida do volume testicular pelo orquidômetro de Prader ou pela ultra-sonografia testicular (Figura 7). Esta aferição será realizada por orquidometria com a utilização do orquidômetro de Prader, comparando o testículo do paciente com o tamanho mais próximo dos 12 modelos elipsóides de madeira ou plástico (de 1 a 25 ml). Os volumes de 1 a 3 ml são encontrados em indivíduos pré-púberes; os púberes apresentam-se com volumes testiculares iguais ou superiores a 4 ml. Os valores normais dos testículos adultos variam de 12 a 25 ml. A medida do volume testicular pela ultra-sonografia testicular é realizada por uma fórmula multiplicando os diâmetros testiculares longitudinal, transversal e ântero-posterior por uma constante matemática no valor de 0,52. Os valores normais dos testículos adultos (estágio puberal de Tanner G5P5) variam de 7 a 23 ml.

Além disto, o estudo da função gonadal inclui avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas e avaliação do



Figura 7 – Orquidômetro de Prader e orquidometria pela ultra-sonografia testicular.

sêmen. Os principais hormônios que devem ser avaliados são FSH, LH e testosterona total e livre. Os níveis séricos de FSH têm sido importante indicador de espermatogênese e níveis elevados, habitualmente, indicam dano testicular.

As análises do sêmen devem ser realizadas por métodos padronizados e aceitos pela Sociedade Americana de Fertilidade, sendo o critério da Organização Mundial de Saúde (OMS) o mais utilizado mundialmente. Este é indiscutivelmente o melhor parâmetro de avaliação da função gonadal masculina. Ausência ou redução da concentração de espermatozoides no ejaculado é definida como azoospermia ou oligozoospermia, respectivamente; redução das formas normais e da motilidade dos espermatozoides como teratozoospermia e astenozoospermia, respectivamente; e alteração das três variáveis como oligoastenoteratozoospermia. A morfologia também pode ser avaliada por um critério metodológico mais rigoroso, conhecido como critério estrito de Kruger, que é diretamente relacionado com taxas de gravidez *in vitro*. Formas normais de espermatozoides (superior a 14%) foram correlacionadas com uma taxa expressiva de fertilização *in vitro* dos oócitos.

Assim como nas mulheres, a disfunção gonadal masculina pode ser alterada por vários fatores isoladamente ou em conjunto. Dentre os fatores próprios destacam-se a adolescência, pois os parâmetros normais dos espermatozoides (volume, concentração, formas e motilidade) geralmente se estabelecem após 21 meses da espermarca; doenças (varicocele, hidrocele, hipospádia, criptorquidismo, câncer testicular, orquite pós-caxumba, entre outras) e cirurgias prévias do aparelho genital (varicelectomia, vasectomia, entre outras).

Disfunção gonadal pode estar relacionada com atividade da doença, podendo determinar impotência, vasculite testicular e disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas. Além disto, a presença de auto-anticorpos, como anticorpo anti-espermatozoide, tem sido descrita em homens com LESJ e LES.

Por outro lado, os medicamentos utilizados para o controle da doença, principalmente os imunossuppressores, têm sido os maiores responsáveis pelas alterações dos espermatozoides, sem habitualmente comprometer atividade sexual, libido, ereção e ejaculação. Após a espermarca, os testículos produzem constantemente novas células durante a espermatogênese, com vários estágios em divisão. A utilização de PCE, em homens, determina depleção histológica do epitélio germinativo testicular. A espermatogênese é suprimida uma a três semanas após a utilização da ciclofosfamida, acompanhada de alterações do sêmen, principalmente oligozoospermia ou azoospermia. Recentemente, Soares et al evidenciaram alterações dos espermatozoides em jovens e adultos com LES associados a utilização de PCE. Estes pacientes tiveram hipogonadismo hipergonadotrófico, com atrofia testicular e níveis elevados de FSH, reforçando a necessidade da criopreservação do sêmen antes da introdução desse imunossupressor.



1939: fundação do primeiro hospital de origem nipônica



1948: primeiro *nikkei* é eleito vereador de São Paulo



1987: publicação de *O imigrante japonês*, um ícone da história dos *nikkeis* no Brasil

COMPARAÇÃO ENTRE O USO DE CORTICOSTERÓIDE SISTÊMICO E INTRA-ARTICULAR EM JOELHOS DE PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

ALUNA: MONIQUE SAYURI KONAI

Orientador: Prof. Dr. Jamil Natour

Co-orientadora: Dra. Rita Nely Vilar Furtado

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Reumatologia

Objetivo: comparar a efetividade e tolerância da infiltração intra-articular (IIA) de corticosteróide com seu uso sistêmico na sinovite de joelho em pacientes com artrite reumatóide (AR). **Pacientes e métodos:** foi realizado estudo controlado randomizado duplo-cego com 57 pacientes com AR. Eles foram randomizados para receber infiltração intra-articular (IIA) no joelho com 60 mg (3 ml) de hexacetonide de triancinolona mais uma injeção intramuscular de 1 ml de lidocaína (grupo IF) ou injeção intramuscular de 60 mg (3 ml) de acetonide de triancinolona mais uma IIA de 1 ml lidocaína (grupo IM). As avaliações foram realizadas no tempo inicial (T0), após uma (T1), quatro (T4), oito (T8) e 12 (T12) semanas da intervenção. Os instrumentos de avaliação utilizados foram critérios de melhora da atividade da doença do Colégio Americano de Reumatologia (ACR 20, 50 e 70%); questionário funcional de Lequèsne para joelho; escala visual analógica (EVA) para dor, edema e rigidez matinal no joelho; goniometria; perimetria do joelho; porcentagem de melhora segundo o paciente, após a intervenção; escala visual analógica de melhora (EVAM) para o joelho, composta de cinco itens: muito melhor, pouco melhor, inalterado, pouco pior e muito pior, segundo o

paciente e o avaliador; consumo diário de antiinflamatórios e corticosteróide por via oral; pressão arterial; e efeitos colaterais. Foi considerada uma significância estatística de 5%. **Resultados:** a amostra foi homogênea na avaliação inicial e composta de 57 pacientes (60 joelhos). No grupo IF, a média de idade foi de 42,5 (\pm 11,5) anos, e o tempo médio de diagnóstico da doença, de 9,8 (\pm 5,4) anos. A prevalência de brancos foi de 56,7% em ambos os grupos. A média de idade no grupo IM foi de 44,9 (\pm 10,4) anos e o tempo médio de diagnóstico de AR, de 7,6 (\pm 5,3) anos. A maioria dos pacientes da amostra estava em uso de DMARDs (98,3%) e a maioria era composta por mulheres (96,5%). O grupo IF foi estatisticamente superior para EVA de dor, edema e rigidez matinal do joelho e porcentagem de melhora após a intervenção e EVAM segundo o paciente e o avaliador. Ao término do estudo, cinco pacientes (16,7%) do grupo IM necessitaram de IIA no joelho devido à persistência dos sintomas. **Conclusões:** a efetividade da IIA de corticosteróide foi superior ao seu uso sistêmico no tratamento da sinovite de joelho em pacientes com AR. Não houve diferença entre os grupos quanto à incidência de efeitos colaterais e eventos durante o estudo.

AValiação NÃO INVASIVA DAS PROPRIEDADES DA PAREDE ARTERIAL EM PACIENTES COM SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE PRIMÁRIA

ALUNA: DANIELI CASTRO OLIVEIRA DE ANDRADE

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Borba

Co-orientador: Prof. Dr. Luiz A. Bortolotto

Tese apresentada à Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor em Reumatologia

Objetivo: a aterosclerose prematura e acelerada tem sido reconhecida como fator adicional de dano vascular

nos pacientes com síndrome antifosfolípide primária (SAFP). Esses pacientes podem ser beneficiados com a

detecção precoce de aterosclerose como por meio da medida não invasiva da Velocidade de Onda de Pulso (VOP) e o *Echo-tracking* (ET). Avaliar a aterosclerose prematura em pacientes com SAFP. **Pacientes e métodos:** 27 mulheres com SAFP, de acordo com os critérios de *Sapporo*, e 27 mulheres saudáveis pareadas por sexo e idade foram selecionadas de forma consecutiva. Todas as pacientes tinham história de trombose e foram subdivididas de acordo com o sítio vascular: arterial (n=12) e venoso (n=11). Os critérios de exclusão foram idade acima de 55 anos, etnia negra, hipertensão arterial sem controle adequado, uso de corticosteróides e estatinas, diabetes, dislipidemia prévia, gravidez, menopausa, outras trombofilias, collagenoses, doenças vasculares de outras etiologias, obesidade (IMC acima de 30 m/kg²) e tabagismo. Todos os indivíduos realizaram medida da VOP no leito fêmoro-carotídeo (*Complior*) e *echo-tracking* pelo *Wall Track System* no leito carotídeo para avaliação das propriedades mecânicas dos vasos. **Resultados:** ambos os grupos não mostraram diferença significativa em relação à idade ($41,5 \pm 9,3$ vs. $41,2 \pm 10,2$ anos) e IMC ($22,7 \pm 3,4$ vs. $22,6 \pm 3,7$ kg/m²). Além disso, a medida da VOP foi semelhante em mulheres controles e com SAFP ($p=0,34$), assim como o espessamento médio-intimal (EMI) ($p=0,29$) e os demais parâmetros do *echo-tracking* (diâmetro carotídeo, distensibilidade, coeficientes de complacência e módulo elástico). A pressão sistólica (PS) das pacientes estava aumentada em relação às controles ($p=0,02$). De acordo com o sítio de trombose, as pacientes com eventos arteriais tinham maior incremento da VOP do que aquelas com eventos venosos ($p=0,01$) mesmo com EMI semelhante. Esses resultados não foram influenciados pela idade ou duração de doença. Os níveis de colesterol total, LDL e apolipoproteína B foram significativamente mais elevados nas pacientes com SAFP com eventos arteriais exclusivos. Na análise multivariada, observamos correlação significativa da VOP com a idade ($r=0,584$) e diâmetro do vaso (DV) ($r=0,4$), bem como com colesterol total ($r=0,51$), LDL ($r=0,4$) e triglicérides ($r=0,58$). O EMI apresentou correlação significativa com o DV ($r=0,39$) e distensibilidade ($r=0,37$). **Conclusões:** a aterosclerose na SAFP apresenta curso peculiar e precoce. A VOP foi o método mais adequado para detectar a disfunção vascular secundária à rigidez arterial do que o ET.



1988: surge o fenômeno *dekassegui*



1990 e 1998: Emília Sato é a primeira mulher eleita presidente da Sociedade Paulista e Brasileira de Reumatologia, respectivamente



2008: mais de 1,5 milhão de descendentes de japoneses vivem no Brasil

TOP 10

1. A INIBIÇÃO DO TNF α PROMOVE OU PREVINE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE?

Does tumor necrosis factor α inhibition promote or prevent heart failure in patients with rheumatoid arthritis? Listing J, Strangfeld A, Kekow J, et al. *Arthritis Rheum* 2008; 58(3): 667-77

O TNF α é um mediador de disfunção endotelial e contribui para a progressão da aterosclerose e insuficiência cardíaca (IC). Por outro lado, estudos com agentes anti-TNF α não mostraram benefício no tratamento da IC, incluindo até maior risco de IC em pacientes que usaram infliximabe em altas doses. Os autores avaliaram o risco relativo para desenvolvimento ou piora de IC em 2.757 pacientes com AR tratados com agentes anti-TNF α , cadastrados em um banco de dados de registro de medicamentos biológicos da Alemanha (estudo RABBIT). Os dados foram comparados com 1.491 reumatóides em uso de DMARDs tradicionais. A incidência de IC, em três anos, foi significativamente maior em pacientes com doença cardiovascular (DCV) (2,2%) em comparação com os pacientes sem DCV (0,4%) na avaliação inicial. Após ajustes estatísticos para fatores de risco tradicionais, foi demonstrado maior risco de IC em pacientes com DAS28 elevado durante o seguimento do estudo. Não foi observado risco estatisticamente significativo em relação ao tipo de anti-TNF α utilizado (RR 1,66; IC95% 0,67-4,1; $p=0,28$). Não houve aumento do risco de piora da IC em pacientes que já apresentavam IC na visita inicial. Assim, a inibição do TNF α não aumenta o risco ou piora a IC.

2. ESTUDO DE FASE III, RANDÔMICO, DUPLO-CEGO, PLACEBO-CONTROLADO, DE PREGABALINA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial of pregabalin in the treatment of patients with fibromyalgia. Mease PJ, Russell IJ, Arnold LM, et al. *J Rheumatol* 2008; 35: 502-14

Poucas terapias têm se mostrado eficazes para o tratamento da fibromialgia (FM). A pregabalina é um aminoácido estruturalmente semelhante ao neurotransmissor GABA, porém, é inativo nos receptores gabaérgicos. A pregabalina liga-se aos canais de cálcio de neurônios pré-sinápticos, promovendo redução da liberação de neurotransmissores excitatórios, como glutamato, noradrenalina, serotonina, dopamina e substância P. Nesse estudo duplo-cego, 748 pacientes com FM foram randomizados para um dos quatro grupos de tratamento: pregabalina 300mg, 450mg ou 600mg/dia ou placebo. Os

pacientes dos grupos de tratamento com pregabalina receberam 150mg/dia durante a primeira semana, com escalonamento para a dose de randomização na semana seguinte. Foi feito então tratamento por 12 semanas com as doses da randomização e uma visita de acompanhamento na semana 14. O estudo mostrou melhora significativa no escore de dor nos três grupos de tratamento com pregabalina em comparação com o placebo, com os maiores benefícios para os pacientes do grupo de 600mg. Entretanto, não houve diferença significativa entre os grupos de tratamento com pregabalina e o grupo placebo em relação ao questionário de impacto da fibromialgia (FIQ). Os eventos adversos mais freqüentemente relacionados à pregabalina foram tontura, sonolência, cefaléia, infecção e aumento de peso. A pregabalina foi considerada eficaz e segura para o tratamento da dor da FM.

3. ASSOCIAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-RECEPTOR NR2 DE GLUTAMATO NO LÍQUOR DE PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NEUROPSIQUIÁTRICO

Association of cerebrospinal fluid anti-NR2 glutamate receptor antibodies with diffuse neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. Arinuma Y, Yanagida T, Hirohata S. *Arthritis Rheum* 2008; 58(4): 1130-5

O acometimento neuropsiquiátrico no lúpus (LESNP) é uma complicação grave da doença. Estudos têm demonstrado a presença de anticorpos antineuronais IgG em altas concentrações no líquido cefalorraquidiano (LCR) em pacientes com LESNP. Os autores avaliaram a associação de anticorpos dirigidos contra a subunidade NR2 (ELISA) do receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA) no LCR e sangue de 56 pacientes com LESNP (38 com síndromes neuropsicológicas/psiquiátricas difusas [LESNP difuso] e 18 com síndromes neurológicas ou neuropatias periféricas [LESNP focal]) e 20 controles. Foram observados níveis significativamente elevados de anticorpos anti-NR2 no LCR de pacientes com LESNP difuso em comparação com controles ($p<0,001$) e pacientes com LESNP focal ($p<0,01$). Entretanto, não houve diferença dos níveis séricos de anti-NR2 entre os três grupos. Esses resultados indicam que o anticorpo anti-NR2 no LCR, mas não no soro, pode estar associado com LESNP difuso.

4. DIAGNÓSTICO FÁCIL E CORRETO DA ARTRITE REUMATÓIDE USANDO ANTICORPO ANTIPEPTÍDEO CITRULINADO CÍCLICO 2, CONTAGEM DE ARTICULAÇÕES EDEMACIADAS E PROTEÍNA C REATIVA/FATOR REUMATÓIDE

Easy and accurate diagnosis of rheumatoid arthritis using anti-cyclic citrullinated peptide 2 antibody, swollen joint count, and C-reactive protein/ rheumatoid factor. Yamane T, Hashiramoto A, Tanaka Y, et al. J Rheumatol 2008; 35: 414-20

O tratamento precoce da artrite reumatóide (AR) com DMARDs muda o curso da doença. Entretanto, a dificuldade no diagnóstico precoce com base nos critérios ACR é um empecilho à sua instituição. Os autores estabeleceram critérios confiáveis, de fácil uso e alta especificidade para prever o desenvolvimento da AR usando o anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico de segunda geração (anti-CCP2) em 435 pacientes com sintomas de artrite (rigidez matinal, artralgia e/ou edema articular subjetivo) com até dois anos de duração. O diagnóstico de AR foi feito na primeira visita, com base no exame físico, fator reumatóide (FR), anti-CCP, proteína C reativa (PCR) e radiografias. O anti-CCP2 teve especificidade de 94,9% e valor preditivo positivo (VPP) de 87,8% para AR. Para os 165 pacientes que tiveram sua primeira visita à clínica com menos de três meses de sintomas, a especificidade da combinação de anti-CCP2 e FR foi de 96,9%, com VPP de 90,9%. Para pacientes que compareceram à primeira visita entre 3 e 24 meses do início dos sintomas (n=260), a combinação de anti-CCP2, FR, PCR e mais do que três articulações edemaciadas teve especificidade de 98,7% e VPP de 95,5% para AR. A combinação de anti-CCP2 com apenas duas ou três das outras medidas também apresentou alta especificidade para AR. Assim, foi demonstrado que esse critério, apesar de ter uma baixa sensibilidade, tem alta especificidade e prediz de forma correta o futuro desenvolvimento da AR em pacientes com sintomas de artrite há menos de dois anos.

5. HIPERURICEMIA, GOTA E SÍNDROME METABÓLICA

Hyperuricemia, gout and the metabolic syndrome. Puig JG, Martinez MA. Curr Opin Rheumatol 2008; 20: 187-91

Esse artigo de revisão tem como objetivo abordar as recentes evidências sobre a associação entre hiperuricemia, síndrome metabólica (SM) e DCV. A SM tem alta prevalência em todo o mundo e é definida pela presença de fatores de risco modificáveis que ocorrem em um mesmo indivíduo e está associada ao risco aumentado em desenvolver DCV e diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). Ela foi primeiramente descrita em 1998, de acordo com os critérios da OMS, que incluem a presença de DM2, alteração da glicemia de jejum, intolerância à glicose ou resistência à insulina, além de dois fatores de risco adicionais (obesidade, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, baixos níveis de HDL e alta concentração de glicemia de jejum). Posteriormente, dois novos critérios foram propostos pelo NCEPATPIII (*National Cholesterol Educational Program Adult Treatment Panel III*), em 2001, e IDF (*International Diabetes Federation*), em 2005. Segundo os critérios da NCEPATPIII, estima-se que 24% da população adulta americana apresente SM. Observa-se, ainda, correlação positiva entre a prevalência da SM e o aumento dos níveis séricos de urato. A hiperuricemia assintomática em pacientes com baixo risco cardiovascular tem um significado benigno e resulta da redução da excreção renal de ácido úrico, mediada pela hiperinsulinemia e reabsorção tubular proximal de sódio. Por outro lado, a hiperuricemia em pacientes com elevado risco para DCV pode promover ou refletir fatores patogênicos adicionais, promovendo processo inflamatório, isquêmico ou estresse oxidativo no sistema cardiovascular.



6. EFEITOS DO TRATAMENTO COM FLUORETO NA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA E O RISCO DE FRATURA: A META-ANÁLISE

Effects of treatment with fluoride on bone mineral density and fracture risk- a meta-analysis. Vestergaard P, Jorgensen NR, Schawarz P, et al. Osteoporosis Int 2008; 19: 257-68

O fluoreto é incorporado na estrutura cristalina do tecido ósseo por meio da substituição do grupo hidroxil dos cristais de hidroxiapatita. Além disso, o fluoreto também possui efeito anabólico, uma vez que promove estímulo da formação óssea, assim como incremento do volume ósseo e conectividade trabecular. No entanto, caiu em descrédito para o tratamento da osteoporose, devido aos seus efeitos adversos e à falta da ação antifratura, observados nas meta-análises anteriores. O objetivo dessa meta-análise foi explorar o efeito do fluoreto como fluoreto de sódio (NaF), monofluorofosfato (MFP) e fluoreto de liberação lenta (SRF) sobre a densidade óssea, risco de fratura e segurança, especialmente relacionado ao efeito da dose, duração e formulação. A revisão sistemática dos bancos de dados (PubMed, Embase e ISI) encontrou 2.028 estudos, mas apenas 25 preenchem os critérios metodológicos (ensaios clínicos randômicos com desfecho fratura ou densidade óssea) de inclusão para a análise final. Observou-se aumento da densidade óssea vertebral em 7,9% (95%IC 5,5-10,5%) e de 2,1% no quadril (95%IC 0,9-3,4%), principalmente relacionada com a duração do tratamento (5,04±2,16/ano de tratamento). Por outro lado, não houve efeito significativo sobre o risco de fratura vertebral (OR=0,8; 95%IC 0,5-1,5) e não vertebral (OR=0,8; 95%IC 0,5-1,4). No subgrupo com baixa dose diária de fluoreto (≤ 20 mg), houve redução estatisticamente significativa do risco de fratura vertebral (OR=0,3; 95%IC 0,1-0,9), mas não de não vertebral (OR=1,5; 95%IC 0,8-2,8).

7. PESQUISA PÓS-MARKETING SOBRE O PERFIL DE SEGURANÇA DE INFLIXIMABE EM 5 MIL PACIENTES JAPONESES COM ARTRITE REUMATÓIDE

Post marketing surveillance of safety profile of infliximab in 5000 Japanese patients with rheumatoid arthritis. Takeuchi T, Tatsuki Y, Nogami Y, et al. Ann Rheum Dis 2008, 67(2): 189-94

Cinco mil pacientes foram acompanhados por seis meses, com o objetivo de determinar o perfil de segurança do infliximabe em pacientes japoneses com AR. Foram observados 28% de reações adversas, sendo 6,2% consideradas sérias. Infecções e alterações respiratórias foram as mais comuns. A frequência de pneumonia e tuberculose foi de 2,2% e 0,3%, respectivamente. Houve casos suspeitos de *Pneumocystis jirovecii* (0,4%) e pneumonite intersticial (0,5%). As pneumonias bacterianas foram mais comuns nos homens e naqueles mais idosos, com doença mais avançada e morbidade respiratória concomitante. Os casos de tuberculose ocorreram após um mês do início do tratamento.

Reações infusionais graves foram relatadas em apenas 0,5% dos pacientes, demonstrando boa tolerância à medicação nesses indivíduos.

8. EXPECTATIVA DE VIDA EM PACIENTES JAPONESES COM ARTRITE REUMATÓIDE: UMA REVISÃO DOS ÓBITOS EM UM PERÍODO DE MAIS DE 20 ANOS

Life expectancies of Japanese patients with rheumatoid arthritis: a review of deaths over a 20-year period. Shinomiya F, Mima N, Namba K, et al. Mod Rheumatol 2008; 18(2): 165-9

Foram avaliados os prontuários de 286 pacientes com artrite reumatóide (204 mulheres e 82 homens), que faleceram nos últimos 20 anos. A média de idade de óbito foi aos 68,8 anos, antes de 1990, e aumentou para 72,1 anos após 2001. As drogas mais utilizadas foram sais de ouro (até 1990), agentes sulfidril (de 1991 a 2000) e metotrexato após 2001. As causas mais comuns de morte foram infecção (até 1995), doença reumática (1996 a 2000) e eventos cardiovasculares e neoplasias (após 2001). Os maiores avanços no tratamento cirúrgico, como as próteses, ocorreram após 1990. Intervenções cirúrgicas, seguidas por reabilitação, favoreceram o bom nível de atividades de vida diária (AVDs). Os requisitos para uma favorável expectativa de vida foram o controle adequado da inflamação e manutenção das AVDs.

9. PREVALÊNCIA DE FIBROMIALGIA EM TRABALHADORES JAPONESES

The prevalence of fibromyalgia in Japanese workers. Toda K. Scand J Rheumatol 2007; 36(2): 140-4

O objetivo desse trabalho foi estimar a prevalência da fibromialgia em funcionários (343 mulheres e 196 homens) de hospitais japoneses, de acordo com os critérios de 1990 do ACR. Aproximadamente 31% das mulheres e 17% dos homens possuíam queixas de dores difusas por, pelo menos, três meses. Destes, 2% das mulheres e 0,5% dos homens preenchem os critérios de classificação.

10. FATORES ASSOCIADOS A DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM HOMENS JAPONESES COM OSTEOARTRITE DE JOELHOS

Factors associated with pain and functional limitation in Japanese male patients with knee osteoarthritis. Kondo K, Hirota Y, Kawamura H, et al. Rheumatol Int 2007; 27(12): 1135-42

Investigaram os fatores associados à dor e limitação funcional em 109 pacientes japoneses com diagnóstico recente de osteoartrite de joelhos. Os autores observaram que elevada estatura (acima de 163 cm) se associou negativamente com dor à deambulação e dor para subir ou descer escadas ($p < 0,05$). O menor grau de incapacidade funcional associou-se significativamente com o maior consumo de bebida alcoólica.



Kasato Maru

– a história de um povo

Um acordo político entre o Brasil e o Japão

e a promessa de um futuro promissor na agricultura trouxeram 781 imigrantes japoneses ao Brasil. Desembarcaram do Kasato Maru em 18 de junho de 1908. A viagem de Kobe a Santos durou 52 dias. A adaptação não foi fácil nas fazendas paulistas. Diferenças culturais, condições duras de trabalho e preconceito foram os principais responsáveis pelo abandono dos locais iniciais pelos exóticos trabalhadores de olhos puxados e costumes tão diferentes. Alguns pioneiros sucumbiram ao alcoolismo, outros se suicidaram ou desenvolveram transtornos mentais com sucessivas internações em manicômios. Além disso, malária, tuberculose, tracoma e ancilostomose duodenal também perturbaram os colonos recém-chegados.

Com o projeto de colonização Monções, em 1911, eles adquiriram os primeiros lotes de terra que se localizavam na vizinhança da Estrada de Ferro Sorocabana. Um ano depois, o Estado de São Paulo doa mais terras aos imigrantes japoneses, na região de Iguape. Aos poucos os conflitos foram diminuindo e a permanência se tornou mais duradoura, até que, em 1912, chegaram ao Paraná.

Cinco anos depois da primeira leva, mais 107 imigrantes chegam ao Brasil para trabalhar no garimpo, em Minas Gerais. Uma atividade até então inédita na história japonesa. Em 1914, o governo estadual decide não mais subsidiar a viagem de japoneses para o Brasil, uma vez que o contingente de trabalhadores japoneses já ultrapassava 10 mil pessoas e pelo surgimento de diversas polêmicas contra a entrada dos imigrantes nipônicos. Nessa época, cerca de 90% se dedicavam à agricultura. Apesar de todos esses problemas, o primeiro dentista de origem japonesa é graduado pela Escola de Odontologia de Pindamonhangaba em 1923.

Os japoneses imaginavam o paraíso, onde haveria muito ouro e café, e tinham a ilusão de que em pouco tempo conseguiriam um bom dinheiro para voltarem vitoriosos ao Japão. Contudo, aqui eram obrigados a acordar antes de o sol nascer, trabalhavam o dia inteiro

Especial

na colheita e eram tratados como escravos pelos fazendeiros e capatazes. Por questões econômicas e políticas, o retorno ficava cada vez mais difícil.

Com o tempo e muita solidariedade das famílias que aqui estavam e acolhiam os que chegavam, eles deixaram os campos agrícolas e tiveram acesso às escolas, empreenderam seus próprios negócios e diversificaram a atuação econômica.

Em 1938, ano anterior ao início da Segunda Guerra Mundial, o governo federal restringiu as atividades culturais e educacionais dos imigrantes, inclusive com o fechamento de escolas. As comunidades oriundas dos países integrantes do Eixo Roma-Berlim-Tóquio começaram a sentir o conflito. Em 1940, a circulação de todas as publicações em japonês foi proibida. No ano seguinte, chegaram as últimas correspondências do Japão. Até o fim da guerra, os japoneses viveram um período de rigorosas restrições, inclusive com o confisco de bens. Com a rendição do Japão, a colônia se divide em dois grupos: *kachigumis* (vitoristas), que se recusavam a acreditar na derrota do Japão, e os *makegumis* (derrotistas), que, ao aceitarem a perda, eram considerados traidores do espírito japonês, o *yamato damashii*. Nesse confuso contexto histórico, surge a Shindô Renmei ou Liga dos Seguidores do Caminho dos Súditos, um fenômeno singular e trágico da história da imigração. Um braço extremista dessa instituição foi responsável por atentados e mortes. E, somente em 1951, o clima de paz e harmonia foi restabelecido.

Em São Paulo, estabeleceram-se na Vila Carrão, São Mateus, Patriarca, Vila Matilde, Vila Alpina, Vila Prudente, Vila Mariana, Liberdade e Aclimação. Além de São Paulo, eles são presença marcante no Paraná, Mato Grosso do Sul e Pará.

De trabalhadores braçais a médicos e poetas, foram responsáveis pela fundação de dois importantes hospitais paulistas de origem nipônica, o Santa Cruz (1939) e o Nipo-Brasileiro (1988).





O primeiro possui 181 leitos e mais de 2 mil médicos cadastrados e atuantes. A equipe de reumatologia é composta por Sandra Watanabe, Fábio Jennings, André Consalter e Samuel Shinjo. Cerca de 25% dos pacientes atendidos são de origem japonesa, em especial as vítimas da bomba atômica residentes no Brasil. Em suas instalações encontram-se placas de orientação escritas em japonês, um belo jardim de inspiração nipônica e são servidas refeições típicas para os internados. O segundo hospital conta com 204 leitos e a equipe de reumatologia é composta por Sandra Watanabe, Márcia Kanegae e Ana Regina Ribeiro.

O primeiro *nikkei* a ocupar um cargo eletivo foi Yukishige Tamura, em 1948, eleito vereador de São Paulo. A integração social e política dos brasileiros descendentes de japoneses se acentuou a cada dia e, em 1962, seis *nisseis* foram escolhidos nas urnas e designados para cargos em ministérios do governo federal. Além da participação política, começaram a despontar nas áreas culturais, liderados por Hideo Onaga (*Folha de S. Paulo*), Manabu Mabe e Tomie Ohtake (artes plásticas). As primeiras obras literárias escritas por nikkeis foram *Japão Passado e Presente* (1978) e *História dos Samurais* (1982), de José Yamashiro, e *O Imigrante Japonês* (1987), de Tomoo Handa. Na medicina, Kentaro Takaoka merece destaque após o invento do ventilador mecânico.

Em 1973, o navio Nippon Maru traz os últimos imigrantes japoneses. No entanto, em meados de 1988, surge o fenômeno *dekassegui*. Seguindo o caminho inverso dos imigrantes do Kasato Maru, mas com objetivos semelhantes, os brasileiros descendentes de japoneses voltam à Terra do Sol Nascente, formando a terceira maior colônia brasileira no exterior. Atualmente, cerca de 350 mil nipo-brasileiros estão no Japão trabalhando como temporários. Anualmente, eles remetem 4 bilhões de reais para o Brasil. É importante ressaltar que muitos deles ainda não estão inseridos no contexto social local e sofrem preconceito e inadequada assistência à saúde. Em 1992, é lançada a primeira obra literária de ficção escrita por uma *nikkei*, *Sonhos Bloqueados*, de Laura Hasegawa, que aborda esse fenômeno.



Curiosidades

Você sabe que seu paciente tem uma alma verdadeiramente japonesa se:

Chegar à consulta cerca de 40 minutos a 2 horas antes do horário agendado;

Pelo quadro clínico, você imagina que o paciente esteja urrando de dor e extremamente limitado funcionalmente, mas ele te diz que não é nada e que dá para continuar com suas atividades diárias (“para não dar trabalho em casa”);

Ele for tratado com respeito e dignidade pelos filhos, netos e eventualmente bisnetos, que o estejam acompanhando;

As orientações sobre dieta e exercícios dados na última consulta forem seguidos à risca, de forma rígida e disciplinada;

Ele souber tudo sobre as últimas novidades do tratamento do reumatismo, pois assistiu a uma reportagem especial no canal de TV a cabo NHK – que é do Japão, é claro!

Ao final da consulta, ele pede desculpas pelo incômodo e te agradece pelo menos três vezes, com uma reverência de cabeça, antes de ir embora.



Dicionário

Articulação: kansetsu

Artrite: kansetsuen

Artrose: kansetsushô

Reumatismo: ryumachi

Osso: hone

Osteoporose: kotsusoshosho

Gota: tsufu

Quadril: koshi

Ombro: kata

Joelho: hiza

Músculo: kin-niku

Hospital: byoin

Remédio: kusuri

Médico: isha

Doutor: sensei

Sentir cansaço: darui

Onde você sente dor: Dokoka itamimasuka

Sinto dores na articulação: Kansetsu ga itai desu

Você tem parestesia: Shibire wa arimasuka

Você melhorou: Yoku narimashitaka



NIKKEIS NA REUMATOLOGIA BRASILEIRA

NO CENTENÁRIO DA PRESENÇA NIPÔNICA NO BRASIL,
ENTREVISTAMOS TRÊS IMPORTANTES REUMATOLOGISTAS NIKKEIS DE
SÃO PAULO, COM O OBJETIVO DE CONHECER OS PRINCIPAIS
SENTIMENTOS DO POVO JAPONÊS

Revista Paulista de Reumatologia: Os japoneses têm deixado marcas importantes na sociedade brasileira. O que você mais se lembra da história da presença japonesa no Brasil?

Emília Sato: Gastronomia. É impossível andar na cidade de São Paulo e não encontrar um restaurante japonês.

Natalino Yoshinari: Nasci em dezembro de 1949, comecei a freqüentar o antigo grupo escolar em 1958, e só me dei conta que era diferente quando a minha professora do primeiro ano (Dona Lourdes) chamou o meu pai, para contar da minha dificuldade de distinguir o "r" do "l". Até aquela

data não tinha consciência de que tinha uma cultura diferente dos demais. Meus pais conversavam comigo na maioria das vezes em japonês, pois haviam chegado há pouco tempo do campo e não tiveram tempo de aclimatarem com moradores da cidade. A única coisa que lembro, na infância, era de relatos sobre as dificuldades encontradas pelos imigrantes em relação à língua, alimentação e costumes. Minha mãe contava a seguinte história: "Havia um imigrante que era sempre chamado pelo capataz da fazenda de 'toma no cobre'. Não teve dúvidas, achando que aquilo era elogio, na primeira oportunidade que teve, passou a mão na cabeça do filho do dono da fazenda, e tas-cou-lhe o 'toma no cobre', na frente do proprietário".

Sandra Watanabe: Enquanto pensava na resposta a esta pergunta, imagens e lembranças chegavam a mim: histórias contadas pela minha avó das agruras para chegar ao Brasil (seu primeiro filho morreu no navio que a trazia para cá e seu corpo foi jogado ao mar), a difícil adaptação aos costumes e as perseguições durante a Guerra (foi obrigada a enterrar as únicas fotografias que tinha de sua família do Japão, para não entregá-las à polícia brasileira).

A saga vivida pelo meu pai, ao sair do interior de São Paulo para fazer faculdade na capital. Recordações de minha mãe cantando *karaokê*. Meu pai e meu filho praticando judô. O oratório da casa de minha mãe onde convivem harmoniosamente Buda, Nossa Senhora da Aparecida e lemanjá. Meu filho brincando de *origami* e lendo *animes* com os amigos de escola.

RPR: Alemães, italianos, árabes e judeus não fazem tanta festa para comemorar a imigração. Por que tantas comemorações referentes ao centenário da imigração japonesa?

ES: Deve haver mais de um motivo para que se deseje comemorar o centenário da imigração japonesa. Creio que um dos motivos é a grande concentração de descendentes de japoneses em alguns Estados como o de São Paulo e Paraná, o que facilita esse tipo de evento. Outro motivo creio ser o orgulho de vermos que os descendentes de imigrantes que aqui chegaram há tão pouco tempo, e a maioria em precária situação, conseguiram vencer as adversidades, com muito esforço e dedicação ao trabalho e ao estudo. A influência do hábito festivo dos brasileiros também é inegável.

NY: Não sei a resposta ao certo, pois não sou dos mais apaixonados por história e comemorações. Sei que houve um decreto do governo brasileiro liberando a entrada de imigrantes no país, e esta mensagem chegou ao Japão e animou grupos de indivíduos a tentarem a sorte no Brasil e regressar tão logo possível ao país de origem. Devido às dificuldades econômicas no Japão, muitas famílias ficaram divididas, parte dos integrantes veio ao Brasil e parte permaneceu no Japão. A primeira leva de imigrantes que aportou no porto de Santos, em 1908, trazia consigo a idéia de regressar ao Japão, entretanto, essa esperança foi logo desfeita, ao entrarem em contato com a dura realidade do



trabalho no campo. Somaram-se a esse desapontamento, diferenças marcantes nos traços físicos, de linguagem, costumes e tradições, o que os isolaram dos demais moradores do país. Tais dificuldades, aliadas ao medo de residirem num país estranho, fizeram com que os primeiros imigrantes fossem muito “fechados”, cultuando entre si hábitos e costumes do país de origem. O medo só desapareceu à medida que os filhos e os netos dos imigrantes integraram-se completamente à sociedade brasileira. Entendo que a comemoração do centenário da imigração japonesa representa uma homenagem em memória à saga dos primeiros imigrantes no território brasileiro e, mais além, a constatação da plena integração desses imigrantes e descendentes com o povo brasileiro, formando uma só nação, sem distinção.

SW: Os *nikkeis* cultivam um grande sentimento de honra e orgulho. Orgulho por conseguir manter suas raízes e valores e dessa forma serem respeitados pelos nativos da terra onde nasceram e prosperaram seus filhos, netos e bisnetos. É mito o japonês não ser festeiro. Adoramos festas, sempre com muita comida, bebida e animação (até mesmo no dia de finados).

RPR: Os japoneses chegaram ao Brasil para trabalhar no campo, com esperança de voltar ao Japão tão logo fizessem fortuna. Chegaram de cabeça baixa em país estranho e como conseguiram dar a volta por cima?

ES: Creio que a própria opção pela imigração introduziu um viés na seleção. A princípio, pessoas mais determinadas devem ter optado por deixar a terra onde nasceram para tentar a sorte em um país que ficava do outro lado do mundo, e que tinha língua e costumes totalmente estranhos. Essas pessoas vieram dispostas a se dedicar ao trabalho para melhorarem de vida. Esforço e dedicação eram os lemas para o progresso. Eles também souberam que só poderiam prosperar se investissem na educação dos filhos. O binômio trabalho e estudo é que fez a diferença.

NY: Os imigrantes logo perceberam que não regressariam ao país de origem tampouco melhorariam de vida em curto prazo, trabalhando como colonos empregados de fazendeiros. Já que tinham de viver no Brasil, pensaram no futuro dos filhos e perceberam que a única saída era investir todos os esforços na educação dos descendentes, para que estes, diferentemente dos ancestrais, pudessem desfrutar de melhores condições econômicas e sociais. Eles próprios, para alcançarem os objetivos, iniciaram a vinda para as capitais, onde começaram pequenos negócios.

SW: Disciplina, dedicação ao trabalho e respeito aos padrões éticos. Além do espírito do “Gambaré”, que representa obstinação e perseverança. Este termo é utilizado

como estímulo para que a pessoa mantenha-se firme, empenhando-se para alcançar seus objetivos.

RPR: A situação econômica dos japoneses no Brasil é muito confortável. A maioria pertence à classe média alta. Qual é o perfil do *nikkei* bem-sucedido no Brasil? O que aconteceu com os japoneses que não tiveram ascensão social no Brasil?

ES: Podemos dizer que a geração de *nikkeis* bem-sucedidos é composta principalmente por indivíduos que fizeram o curso superior. Embora, ainda, haja famílias de *nikkeis* vivendo bem do trabalho no campo, este segmento está diminuindo. Parece haver um predomínio de profissionais nas áreas da saúde e exatas. Muitos descendentes de japoneses, que enfrentaram dificuldades financeiras e de ascensão social nas últimas décadas, fizeram o caminho inverso de seus ancestrais e foram trabalhar no Japão. A maioria foi ao Japão com a intenção de trabalhar e economizar o suficiente para retornar ao Brasil e comprar casa própria ou abrir seu próprio negócio. Infelizmente, nem todos atingem o objetivo, e, enquanto alguns optam por viver definitivamente no Japão, outros ficam transitando de um país a outro, o que cria problemas de adaptação e educação dos filhos, que correm o risco de perder a identidade e a oportunidade de estudar. Assim, podem se tornar sempre estrangeiros, tanto no Brasil quanto no Japão.

NY: Entendo que a progressão de um indivíduo ou país depende da formação educacional sólida, associada com a determinação de crescer, que podem fazer parte de traços culturais de alguns povos. Contudo, nossas vidas sofrem influências da casualidade e da imponderabilidade, que acabam por determinar nossos destinos e futuros. Penso que todas as raças são iguais, mas a cultura japonesa preza muito a educação e sentimentos como honradez e tenacidade, possíveis razões a facilitar sucessos profissionais. Tenho absoluta certeza que não se trata de brilhantismo intelectual.

RPR: Na colônia japonesa, que representa apenas 0,8% da população brasileira, 44% dos estudantes estão no ensino superior. Em geral, para cada cem estudantes, apenas quatro vão para a faculdade. Desses quatro, um é *nikkei*. A que você atribui essa determinação pela educação?

ES: Creio que isso é cultural. Os primeiros imigrantes e as gerações seguintes optaram por investir na educação, pois esta era a única forma de mudar sua vida. Estudar é uma obrigação para todas as crianças, e, mais do que isso, é uma obrigação se esforçar nos estudos. Isto explica parte deste fenômeno. As famílias *nikkeis*, em geral, priorizam o estudo.



NY: Se perguntássemos a um “japonês legítimo”, de antigamente, o que seria mais importante, ganhar um milhão de reais ou conquistar um diploma universitário, este iria indicar a segunda opção. Contudo, hoje sabemos que a situação é diferente, pois triunfar economicamente (ou estar satisfeito consigo), depende de outros fatores além da simples posse de um diploma. Certamente, hoje, um milhão de reais aplicados de forma inteligente (não no Banco) poderá render mais que uma profissão. No entanto, penso que devemos cultivar certos princípios básicos, como honestidade, trabalho, determinação, respeito ao próximo e bom senso.



SW: Com o fim no sonho de retornar ao Japão, no pós-guerra, os japoneses sentiram a necessidade de preparar seus descendentes para ascender na sociedade brasileira. Os imigrantes deixaram suas lavouras e foram para os centros urbanos, investindo nos estudos de seus filhos. A educação era uma forma de alcançar prestígio e dinheiro. Desta forma, o valor da ensino superior foi passando através das gerações.

RPR: Os primeiros imigrantes investiram na educação de seus filhos, pois vislumbravam que a única forma de prosperar seria através dela. Sabiam que iria demorar, uma, duas ou três gerações. Esse é o caminho para o Brasil?

ES: Sem dúvida, para que o Brasil consiga vencer a dependência tecnológica devemos investir muito em educação. E não devemos esperar por resultados fáceis e rápidos. Este é um investimento em longo prazo, mas é um trabalho que vale a pena.

NY: Só existe um caminho para um país desenvolver-se, que é o incentivo à educação em todos os níveis. Todas as escolas em nível básico e médio deveriam ser gratuitas e, se possível, no nível elementar em tempo integral, com aulas de formação cultural e esportiva. Frequentemente, cobra-se melhorias na saúde, porém, na minha opinião, esta preocupação não existiria se o povo fosse suficientemente instruído e culto, para conseguir por si recursos para a saúde. Por exemplo, a situação do SUS seria muito mais confortável se a população ganhasse melhor em consequência de melhor formação profissional.

RPR: Tradicionalmente, os descendentes nipônicos se dedicam e são reconhecidos mais nas áreas biológicas e exatas do que nas humanas. Isso é uma característica da etnia? É aprendido na infância? A lógica em detrimento da comunicação é mais desenvolvida?

ES: Realmente, essa tendência é muito evidente, mas creio que nas gerações mais novas, sobretudo com o aumento

da miscigenação, vamos ter maior diversidade de profissões. Acho que os japoneses, de modo geral, não se sobressaem na área do comércio e da comunicação, pois tendem a ser mais introvertidos. Isso deve ser também cultural. Não creio que seja uma característica determinada geneticamente.

NY: Não sei responder com exatidão por que os descendentes nipônicos se dedicam mais às Ciências Biológicas e Exatas. Penso que são áreas que dependem muito da individualidade. Os nipônicos, de modo geral, são menos expansivos, aprendem a controlar as emoções, preferem o intimismo, evitam debates acalorados, tanto que se perdem em longos diálogos e querelas (há exceções). Talvez estas características expliquem a carência de escritores, sociólogos e advogados na comunidade nipônica.

SW: Essa é uma pergunta que apenas sociólogos poderiam tentar responder. Na minha leiga opinião, acredito que a dificuldade dos primeiros imigrantes em uma língua totalmente diferente pode ter influenciado inicialmente a escolha de áreas mais técnicas e ligadas a números e não a letras. Na busca de profissões que trouxessem maior estabilidade financeira e *status* social, medicina e engenharia eram sugeridas pelos pais. Outro possível motivo seria a tendência de os japoneses serem disciplinados, dados a obedecer regras, normas e padrões hierárquicos e com certa dificuldade a questionamentos exigidos na área de humanas.

RPR: Como professor ou formador de opinião de importante instituição de ensino, como você vê os esforços dos pioneiros? E de sua família?

ES: Eu admiro muito o esforço e a luta que os imigrantes pioneiros tiveram de enfrentar para sobreviverem e vencerem. A história da vinda ao Brasil de meus avós maternos e de meu pai e sua família poderia ser motivo de um interessante romance, pois é uma história de muita luta, determinação, com episódios de preconceito, mas ao longo das gerações a sensação de ter um final feliz. Estas histórias são semelhantes à de outras famílias, que, fugindo das dificuldades econômicas pelas quais passava o Japão, vieram para esta terra tão longínqua, na esperança de mudarem seus destinos. Enfrentando as dificuldades de comunicação e as diferenças climáticas, de hábitos e costumes, trabalharam com afinco e perseverança e investiram na educação de seus descendentes, procurando transmitir-lhes a valorização do trabalho, da honestidade, da honra e do esforço.

NY: Sou muito grato a meus pais, que sempre incentivaram o estudo, como melhor forma de progressão na vida. Entretanto, não basta ter dinheiro para mandar um filho aos estudos, existe a necessidade de transmitir determina-

dos princípios, talvez inerentes à cultura de um povo. Desde pequeno convivi com derrotas e vitórias e aprendi que o importante na vida é não desistir jamais de seus objetivos. É necessário acreditar na potencialidade que existe em cada um de nós e lutar sem esmorecer, até concretizar as realizações almejadas. Certamente, esta filosofia de vida vale em todos os sentidos, não apenas na obtenção de bens materiais, mas principalmente no enriquecimento de nossa personalidade e temperamento.

RPR: No Japão há muita tecnologia de ponta. Como a reumatologia japonesa tem contribuído para a medicina no cenário internacional?

ES: A pesquisa em imunorreumatologia é bastante avançada no Japão. Muitos autores japoneses publicam artigos em periódicos de alto impacto e são internacionalmente reconhecidos. Algumas das terapias biológicas foram descobertas naquele país. O antagonista do receptor de interleucina-6, por exemplo, foi descoberto por um pesquisador japonês e atualmente está em fase de estudos clínicos para avaliar sua eficácia e segurança no tratamento de artrite reumatóide e provavelmente de outras doenças reumáticas.

NY: Realmente, tem crescido muito o número de publicações japonesas, mas dificilmente você vê um Prêmio Nobel nipônico. Este fato, talvez, traduza aquilo que já expus antes, ou seja, os avanços científicos refletem esforço e dedicação dos pesquisadores. Neste sentido, penso que a reumatologia japonesa contribui na sedimentação e desenvolvimento das descobertas já realizadas.

RPR: O que representa o Brasil para a cultura nipônica? Sentimento de gratidão?

ES: As primeiras gerações de imigrantes sofreram muito ao chegar aqui. Além das diferenças da língua, clima e hábitos, muitos sofreram preconceitos. Por ocasião da Assembleia Constituinte, em 1946, a Emenda 3.165 proibia a entrada de imigrantes japoneses e os nipônicos eram considerados uma raça inferior. Felizmente, a história mostrou que esta noção era equivocada e com as novas gerações tem havido grande assimilação cultural dos descendentes. Creio que nós, descendentes de japoneses, temos pelo Brasil o amor pela pátria que acolheu nossos ancestrais e onde nascemos e vivemos. Queremos contribuir para o crescimento desta nação que ganha com a grande diversidade cultural.

NY: Todos os imigrantes antigos que conheço ou que já morreram nutrem ou nutriram profundo sentimento de gratidão ao Brasil. Dizem que não há melhor país para se viver, pois não há guerras, terremotos, perseguições polí-

ticas, além de o povo ser hospitaleiro, com enormes chances de crescimento. Não pensam mais em regressar, pois estão adaptados ao país e os familiares residem no Brasil. Vemos agora o fluxo contrário, com a ida dos descendentes japoneses nascidos no Brasil, em busca de melhores condições de vida no Japão, se bem que, em menor intensidade neste século. Traços da cultura e tradição japonesa são visíveis na sociedade brasileira, e tenho certeza que esta miscigenação, não apenas com o povo japonês, mas também com a italiana, alemã, israelita, árabe, tem contribuído para o grande impulso de nosso país, tornando-se modelo de integração e de convivência entre os diferentes povos.

NIKKEIS NA SBR

Atualmente, temos 54 descendentes de japoneses exercendo a reumatologia no Brasil, devidamente cadastrados pela SBR ou SPR. São eles:

Adriana Maria Kakehasi (MG) • Adriana Maria Machado Hayashi (PR) • Alex Magno Coelho Horimoto (MS) • Alexandre Muta Miyara (SP) • André Luiz Shinji Hayata (SP) • Beatriz Funayama A. Freire (SP) • Cacilda Rosa Mikiko Kondo Nakamura (PR) • Cátia Susana H. Minami (SP) • Cinthia Yoshimura (SP) • Cláudia Barros Ohashi (PA) • Dawton Torigoe (SP) • Elda Matilde Hirose Pastor (SP) • Eloy Okabayashi Fuzii (PR) • Emília Inoue Sato (SP) • Enid Arima (SP) • Érika Naomi Naka (MS) • Érika Nakabara Garizzo (SP) • Ester Aki Koyama (SP) • Fábio Ikeda (SP) • Felipe Omura (SP) • Fernanda Takahashi (MS) • Fernando Asato (MS) • Gilberto Toshimitsu Yoshikawa (PA) • Gioji Ricardo Okino (SP) • Helena Aiko Harina (SP) • Hélio Takeshi Hashimoto (PR) • Herbert Seiiti Kajiura (SP) • Hiroshi Miyazawa (SP) • João Takashi Higaki (SP) • Jorge Kuromoto (PR) • Karen Ebina (SP) • Kátia Akemi Miyazato Kuruma (SP) • Lídia Satiko Aracaqui Ayres (MS) • Luciana Tsuzuki Ichicawa Ogido (SP) • Macoto Nishinari (SP) • Márcia Midori Shinzato (SP) • Martah Tidori Kioto (SP) • Miriam Reiko Tome Haroda (SP) • Monique Sayuri Konai (SP) • Natalino Hajime Yoshinari (SP) • Neide Tomimura Costa (PR) • Nilton Ikematu (SP) • Noemi Kasahara Katayhara (RJ) • Paula Mineko Yahara (SP) • Pedro Mitsuo Aoki (SP) • Regina Célia Tayama (SP) • Ricardo Junith Shimada (SP) • Rosemeire Midori Yamada (SP) • Samuel Katsuyuki Shinjo (SP) • Sandra Regina Miyoshi (SP) • Sandra Hiroko Watanabe (SP) • Suzana Fukumoto Ishikama (RS) • Vilma Takayasu (SP) • Wagner Ikehara (SP).



Reumatologia

A Reumatologia na Escola Paulista de Medicina teve início como um Setor da Disciplina de Nefrologia do Departamento de Medicina, no ano de 1971, com o retorno do Prof. Edgard Atra. Nessa época, ele tinha acabado de terminar estágio no Serviço de Reumatologia Viggo Petersen, dirigido pelo Prof. S. de Seze, no Hospital Cochin, em Paris, de 1969 a 1970. Posteriormente, Atra pôde contar com o auxílio do Prof. José Goldenberg, que acabara de fazer seu treinamento em Reumatologia no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo.

Com grande luta e perseverança, em 1974, o professor Edgard Atra conseguiu criar o Setor de Reumatologia ligado à Disciplina de Patologia Clínica do Departamento de Medicina, obtendo espaço para a introdução do ensino de reumatologia no curso de graduação do curso médico e iniciando o atendimento a pacientes com doenças reumáticas em nível ambulatorial e hospitalar.

Com a divulgação da especialidade na Escola Paulista de Medicina, acompanhado do reconhecimento da especialidade em todo o mundo, a disciplina passou a ter maior atividade, atendendo a número crescente de pacientes, e, em 1975, foi criada a Residência Médica em Reumatologia. E, em 1978, foi criada a Disciplina de Reumatologia no Departamento de Medicina. Em meados de 1983, a disciplina inicia o Curso de Pós-Graduação em Reumatologia. Inicialmente voltada apenas a médicos reumatologistas, mas

desde 2002, também aberta a profissionais não médicos da área da saúde.

A Disciplina de Reumatologia vem crescendo ao longo dessas três décadas, ampliando suas atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa. Atualmente, conta com profissionais altamente qualificados, todos com título de doutor, três com título de livre-docente, e muitos com formação no Exterior, o que tem contribuído de forma relevante para a significativa atuação no cenário nacional e internacional. A disciplina tem sido reconhecida em diversas áreas do conhecimento relacionadas à reumatologia, mediante

colaborações com pesquisadores internacionais e obtenção de vários prêmios, como Luiz Vertzman, Pedro Nava, Edgard Atra, Editora Abril, Roche e Novartis Indústria Farmacêutica, entre outros.

Uma das características marcantes da reumatologia da Unifesp é a grande diversidade de atividades desenvolvidas, compreendendo as diversas facetas de interesse para a reumatologia atual. Uma diretriz estabelecida há 20 anos estabeleceu a divisão da disciplina em dez setores clínico-laboratoriais. Assim, temos laboratórios estruturados para estudo da microcirculação e capilaroscopia periungueal, biologia molecular e celular, autoanticorpos, citocinas e complemento. O Setor de Epidemiologia é bem desenvolvido para estudos de economia da saúde e qualidade de vida. A Reabilitação e Terapia Ocupacional tem uma ampla estrutura de atendimento e treinamento no Lar Escola São Francisco. O Serviço de Procedimentos Invasivos é atuante e conta com ultra-sonografia para avaliação e direcionamento. O Setor de Doenças Ósteo-Metabólicas tem ampla atividade e conta com dois aparelhos de densitometria e um de ultra-sonometria óssea.

Atualmente, possuímos 15 residentes e especializandos (7 do primeiro ano e 8 do segundo ano) e 42 pós-graduandos. No ano de comemoração dos 75 anos da Escola Paulista de Medicina e do trigésimo aniversário da Disciplina de Reumatologia da Unifesp, foram formados mais de 200 especialistas e conferidos mais de 200 títulos de mestre e de doutor.

A Unifesp também conta com a Reumatologia Pediátrica. Em 1980, o Prof. Goldenberg iniciou o atendimento a crianças com doenças reumáticas. E, em 1989, após o retorno da Prof.^a Maria Odete Hilário, dos Estados Unidos, criou-se o Setor de Reumatologia Pediátrica vinculada à Disciplina de Alergia, Imunologia e Reumatologia do Departamento de Pediatria. Atualmente, é composta por 15 pós-graduandos e 7 residentes e estagiários. O corpo docente é constituído pela Prof.^a Dra. Maria Odete Hilário, Prof. Dr. Cláudio A. Len e Prof.^a Dra. Maria Teresa Terreri.

na Unifesp



PROFESSORES

- Daniel Feldman Pollak, professor adjunto, chefe do Setor de Fibromialgia e Partes Moles.
- Emília Inoue Sato, professora titular, chefe do Setor de Doenças Reumáticas Auto-Imunes, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Reumatologia.
- Jamil Natour, professor adjunto, chefe do Setor de Coluna Vertebral, Procedimentos e Reabilitação, coordenador da Residência Médica em Reumatologia, coordenador da Especialização em Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- Luís Eduardo Coelho Andrade, professor associado livre-docente, chefe do Laboratório de Reumatologia e Setor de Biologia Molecular, chefe da Disciplina.
- Marcos Bosi Ferraz, professor adjunto, chefe do Setor de Epidemiologia Clínica/Economia da Saúde.
- Neusa Pereira da Silva, professora adjunta, Setor Laboratório Auto-Anticorpos/Biologia Molecular.
- Vera Lúcia Szejnfeld, professora adjunta, chefe do Setor Doenças Osteometabólicas e Osteoporose.

MÉDICOS ASSISTENTES

- Alexandre Wagner Souza Silva, doutor, chefe do Ambulatório de Vasculites e preceptor do Ambulatório de Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo.
- Antônio José Lopes Ferrari, doutor, chefe do Ambulatório de Doenças Microcristalinas.
- Charles Helden de Moura Castro, doutor, preceptor do Ambulatório de Doenças Ósteo-Metabólicas, pesquisador em Doenças Ósteo-Metabólicas e Imunologia.
- Cristiane Kayser, doutora, chefe do Ambulatório de Esclerose Sistêmica, responsável pela Capilaroscopia Periungueal e preceptora do Ambulatório de Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo.
- Ivone Minhoto Meinão, doutora, chefe do Ambulatório de Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo.
- Luís Nusbaum, mestre, preceptor do Ambulatório de Coluna.
- Marcelo de Medeiros Pinheiro, doutor, chefe do Ambulatório de Doenças Ósteo-Metabólicas e Osteoporose, responsável pela Densitometria Óssea e Ultra-Sonometria Óssea, preceptor do Ambulatório de Artrite Reumatóide, Espondiloartropatias e Imunobiológicos.
- Mário Luís Cardoso Pucinelli, doutor, chefe do Ambulatório de Osteoartrite, preceptor da Enfermaria.
- Paulo Massabki, doutor, preceptor do Ambulatório de Investigação Diagnóstica.
- Rita Vilar Furtado, doutora, chefe do Ambulatório de Procedimentos, preceptora do Ambulatório de Reabilitação.
- Roberto Ezequiel Heymann, doutor, chefe do Ambulatório de Fibromialgia e preceptor do Ambulatório de Doenças Ósteo-Metabólicas.
- Rozana Mesquita Ciconelli, doutora, chefe do Setor de Artrite Reumatóide e Espondiloartropatia e Imunobiológicos.

XIV ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

29 a 31 de maio de 2008 – Maksoud Plaza Hotel – São Paulo, SP

Promoção: Sociedade Paulista de Reumatologia

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

QUINTA, 29 DE MAIO

20:00 às 21:30	Conferência de Abertura: Envelhecimento e os agravos osteometabólicos: desafios para as políticas de prevenção e tratamento José Carlos Mansur Szajubok – <i>Presidente</i> Fernando Neubarth – <i>Presidente de honra</i> José Luiz Telles – <i>Conferencista</i>	21:30 às 22:30	Coquetel de Abertura
----------------	--	----------------	----------------------

SEXTA, 30 DE MAIO

08:00 às 09:00	Conferência: Patogênese das Manifestações do Sistema Nervoso Central no LES Presidente: Eloisa S. Dutra de Oliveira Bonfá Conferencista: Simone Appenzeller	10:20 às 10:30	Moderador: Wiliam Habib Chahade
09:00 às 10:45	Mesa-redonda 1 Presidente: Luis Eduardo C. Andrade Moderador: Wiliam Habib Chahade	10:30 às 10:45	Debates
09:00 às 09:20	Avaliação do lúpus neuropsiquiátrico ativo por neuroimagem (ressonância magnética e SPECT) Matheus Carlos Stauffer	10:45 às 11:15	Intervalo
09:20 às 09:40	Anticorpos antinucleossomo no lúpus juvenil: papel no diagnóstico e na monitoração de atividade de doença Silene Keusseyan Peres	11:15 às 12:40	Mesa-redonda 2 Presidente: José Alexandre Mendonça Moderador: Emilia I. Sato
09:40 às 10:00	Métodos laboratoriais para avaliação da atividade do lúpus e correlação com manifestações clínicas e SLEDAI Rodrigo de Oliveira	11:15 às 11:35	Líquido sinovial na hanseníase Roberta Pernambuco
10:00 às 10:20	Quantificando as lesões subclínicas do SNC em pacientes com síndrome antifosfolípide primária: o papel da taxa de transferência de magnetização (MTR) Danieli Castro O. de Andrade	11:35 às 11:55	Manifestações reumáticas e auto-anticorpos em hanseníase Helena Lúcia A. Pereira
		11:55 às 12:15	Apresentação de uma nova zoonose brasileira: doença infecto-reacional do carrapato (doença de Baggio-Yoshinari) e a possível participação de borrelías mutantes na sua etiologia Natalino Hajime Yoshinari
		12:15 às 12:25	Moderador: Emilia I. Sato
		12:25 às 12:40	Debates
		12:45 às 13:45	Simpósio satélite

14:00 às 15:45	Mesa-redonda 3 Presidente: Eduardo F. Borba Neto Moderador: Geraldo da R. Castelar Pinheiro	15:00 às 15:20	Frequência dos antígenos leucocitários humanos (HLA) em pacientes com vasculite cutânea associada à artrite reumatóide Wester Eidi Nishimura
14:00 às 14:20	Patogênese do envolvimento cutâneo e pulmonar na esclerodermia em humanos, baseado nas semelhanças existentes com modelo experimental em coelhos Romy Beatriz C. de Souza	15:20 às 15:30	Moderador: Geraldo da R. Castelar Pinheiro
14:20 às 14:40	Teste da caminhada e hipertensão arterial pulmonar na esclerose sistêmica Percival Degra S. Barros	15:30 às 15:45	Debates
14:40 às 15:00	Polimorfismo do antagonista do receptor da IL-1 influencia a aquisição e gravidade da cardiopatia reumática Pedro Ming Azevedo	15:45 às 16:15	Intervalo
		16:15 às 17:15	Conferência: Doença mista do tecido conectivo e síndrome de superposição: o passado e o presente Presidente: Paulo Louzada Jr. Conferencista: Rina Dalva N. Giorgi
		17:15 às 18:15	Simpósio satélite

SÁBADO, 31 DE MAIO

08:00 às 09:00	Conferência: Transplante de células-tronco autólogo nas doenças reumáticas: experiência nacional e internacional Presidente: Rubens Bonfiglioli Conferencista: Júlio César Voltarelli	11:15 às 11:35	Avaliação do sistema osteoprotegerina/RANKL na artrite idiopática juvenil de início poliarticular: um marcador de lesão óssea? Paulo Fernando Spelling
09:00 às 10:45	Mesa-redonda 4 Presidente: Sonia M. A. L. Lima Moderador: Branca Dias B. Souza	11:35 às 11:55	Atividade clínica de Behçet associada à hiperexpressão de CD14 solúvel Fabrício de Souza Neves
09:00 às 09:20	Diabetes mellitus, osteoporose e fraturas não-vertebrais: prevalência e fatores determinantes Maria Guadalupe B. Pippa	11:55 às 12:15	FAN positivo: há elementos para diferenciação entre o patológico e o incidental? Luis Eduardo C. Andrade
09:20 às 09:40	Sarcopenia, massa óssea e nutrição em mulheres idosas Patrícia S. Genaro	12:15 às 12:25	Moderador: Lenise Brandão
09:40 às 10:00	Dosagens séricas de vitamina D e cálcio como fatores preditivos do status da massa mineral óssea em mulheres em uso de inibidores de aromatase e tamoxifeno: estudo comparativo Ana Karina Bartmann	12:25 às 12:40	Debates
10:00 às 10:20	Associação de baixos valores séricos de 25-hidroxivitamina D com fraturas vertebrais moderadas/graves em mulheres da comunidade Jaqueline Barros Lopes	12:45 às 13:45	Simpósio satélite
10:20 às 10:30	Moderador: Branca Dias B. Souza	14:00 às 15:25	Mesa-redonda 6 Presidente: Virginia F. Moça Trevisani Moderador: Ibsen B. Coimbra
10:30 às 10:45	Debates	14:00 às 14:20	Síndrome de hiper mobilidade benigna – avaliação dos critérios diagnósticos de Graham para a língua portuguesa e estudo de prevalência em jovens universitários Daniela Aparecida de Moraes
10:45 às 11:15	Intervalo	14:20 às 14:40	Remodelamento osteocartilaginoso na evolução da osteoartrite Walcy Rosolia Teodoro
11:15 às 12:40	Mesa-redonda 5 Presidente: Dalton Torigoe Moderador: Lenise Brandão	14:40 às 15:00	Corrente interferencial versus TENS no tratamento da lombalgia crônica Ligia M. Facci
		15:00 às 15:10	Moderador: Ibsen B. Coimbra
		15:10 às 15:25	Debates
		15:30	Encerramento

II CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS

A segunda edição do Curso de Revisão aconteceu nos dias 1.º e 2.º de março. O sucesso garantido da primeira edição foi mantido e superou nossas expectativas. Estiveram presentes mais de 200 reumatologistas, dos quais cerca de 40% oriundos do interior de São Paulo ou de outros Estados.

O evento contou com atualizações em osteoartrite, osteoporose, espondiloartropatias, artrite reumatóide, esclerose sistêmica, lúpus eritematoso sistêmico, vasculites, miopatias inflamatórias, fibromialgia e partes moles, doenças da coluna vertebral, artrites agudas e crônicas na infância e síndrome do anticorpo antiosfólide. Além disso, terapia imunobiológica, gravidez, infecções, prescrição de exercícios, hipertensão pulmonar e investigação laboratorial das doenças reumáticas também foram discutidos.

Parabéns à Comissão Científica, liderada pela dra. Elaine de Azevedo.



II CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS: (1) mesa-redonda: Doenças da Coluna; a partir da esquerda, dr. José Eduardo Martinez, dra. Elaine de Azevedo, dr. José Carlos M. Szajubok e dr. Ricardo V. Botelho; (2) mesa-redonda: Reumatologia Pediátrica; a partir da esquerda, dra. Sônia Sawaya, dra. Elaine de Azevedo, dr. José Carlos M. Szajubok e dra. Bernadete de Lourdes Liphaus; (3) e (4) visão geral da platéia.

NOTA

Durante o II Curso de Revisão para Reumatologistas, ocorrido em 1.º e 2.º de março de 2008, houve um problema com o equipamento audiovisual e as palestras da dra. Andrea B. V. Lomonte e Sônia Anti Loduca, com os temas "Artrite reumatóide: a janela de oportunidade" e "Espondilite anquilosante: também existe a janela de oportunidade?", respectivamente, não puderam ser apresentadas. Por iniciativa do presidente da SPR, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, um resumo das aulas encontra-se disponível no site da SPR. Vale a pena conferir!

Fórum de Debates

Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas, você tem encontro marcado com o Fórum de Debates em Reumatologia. Logo após os debates, você poderá degustar um ótimo jantar no restaurante do hotel.

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

PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES (2 DE ABRIL DE 2008)

Tema: "Manifestações Neuropsiquiátricas no Lúpus Eritematoso Sistêmico". A sessão Bizu abriu as atividades, sob a coordenação da recém-criada Comissão de Exames Complementares da SPR. O dr. José Ricardo Anijar e o dr. Charles H. M. Castro exploraram novidades e peculiaridades dos erros de interpretação e as novas orientações dos laudos de densitometria óssea. A seguir, o caso clínico foi apresentado pelo Serviço de Reumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE).

Coordenação: dr. Wiliam H. Chahade e dr. José Carlos Mansur Szajubok

Debatedores: dra. Lilian Tereza L. Costallat (Unicamp), dra. Regina Álvares Biscaro (psiquiatra da Faculdade de Medicina do ABC) e dr. Marcos Duchene (radiologista do HSPE).

FÓRUM DE DEBATES EM REUMATOLOGIA 2008:

7 de maio, 25 de junho,
6 de agosto, 1 de outubro,
5 de novembro

ONDE E QUANDO

Fórum de Debates. Associação Médica Brasileira, Auditório Nobre Prof. Dr. Adib Jatene, R. São Carlos do Pinhal, 324 – Bela Vista – São Paulo – SP (próximo ao Hotel Maksoud Plaza). Estacionamento e confraternização: Hotel Feller, R. São Carlos do Pinhal, 200 – Bela Vista – São Paulo – SP (esquina com a Alameda Joaquim Eugênio de Lima). Na primeira quarta-feira de cada mês, às 20 horas.



BIZU E PRIMEIRO FÓRUM DE DEBATES: a partir da esquerda, (1) dr. José Ricardo Anijar e dr. Charles H. M. Castro; (2) dr. Marcos Duchene, dr. Wiliam H. Chahade, dra. Regina Alvares Biscaro, dra. Silvia Dobes Raymundi, dr. José Carlos M. Szajubok, dra. Lilian T. L. Costallat, dr. José Ricardo Anijar e dr. Charles H. M. Castro. (3) visão geral da platéia.

CAPA: no sentido da leitura: *Amida Waterfall Far in the Distance on the Kiso Road*, Katsushika Hokusai (1760-1849), Honolulu Academy of Arts, *Mulher depois do banho*, Goyo Hashiguchi (1880-1921), Chester Beatty Library & Gallery of Oriental Art, Dublin e *Bullfinch and Weeping Cherry*, Katsushika Hokusai (1760-1849), Honolulu Academy of Arts.

CRÉDITOS:

Origami (*tsuru*): Mari Kanegae

Mangás: Cynthia Sayuri Adaniya

Ideogramas (reumatismo e articulação): Mary Matsue Watanabe

Agenda 2008

NACIONAIS

VI Jornada de Reumatologia Pediátrica

Data: 17 de maio de 2008

Local: São Paulo, SP

Contato: www.meetingeventos.com.br e
pediatria@meetingeventos.com.br

XIV Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 29 a 31 de maio de 2008

Local: Hotel Maksoud Plaza, São Paulo, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

Congresso Médico do Centenário Brasil-Japão

Data: 19 e 20 de junho de 2008

Local: Memorial da América Latina, São Paulo, SP

Contato: www.apm.org.br/congressobrasiljapao

Fórum "Medicamentos de Alto Custo nas Doenças Reumatológicas: Quem Paga a Conta?"

Data: 3 de julho de 2008

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

Contato: www.reumatologiasp.com.br

VI Encontro de Reciclagem do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis

Data: 15 e 16 de agosto de 2008

Local: São Paulo, SP

Contato: ceredo2008@terra.com.br

XXVII Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 17 a 20 de setembro de 2008

Local: Maceió, AL

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

Curso de Revisão de Reumatologia para Clínicos

Data: 17 e 18 de outubro de 2008

Local: São Paulo, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

INTERNACIONAIS

XXXV Congresso da Sociedade Européia de Metabolismo Ósseo

Data: 24 a 28 de maio de 2008

Local: Barcelona, Espanha

Contato: www.ectsoc.org

VII Congresso Europeu de Reumatologia (Eular)

Data: 11 a 14 de junho de 2008

Local: Paris, França

Contato: www.eular.org

XV Congresso Pan-Americano de Reumatologia (Panlar)

Data: 13 a 16 de agosto de 2008

Local: Cidade da Guatemala, Guatemala

Contato: www.panlar2008.agreuma.org

VI Congresso de Auto-Imunidade

Data: 3 a 7 de setembro de 2008

Local: Porto, Portugal

Contato: www.kenes.com/autoimmunity

XXX Congresso da Sociedade Americana de Metabolismo Ósseo – ASBMR

Data: 12 a 16 de setembro de 2008

Local: Montreal, Canadá

Contato: www.asbmr.org

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

Data: 24 a 29 de outubro de 2008

Local: São Francisco, EUA

Contato: www.rheumatology.org

Congresso Mundial de Osteoporose

Data: 3 a 7 de dezembro de 2008

Local: Bangkok, Tailândia

Contato: www.iofbonehealth.org