

Revista Paulista de Reumatologia

Volume 11

Número 1

Jan./mar. 2012

ISSN 1809-4635

www.reumatologiasp.com.br



Theatro Pedro II, Ribeirão Preto-SP

Uma publicação trimestral da
Sociedade Paulista de Reumatologia

PALAVRA DO PRESIDENTE

- 3 Caros amigos PAULO LOUZADA JUNIOR

EDITORIAL

- 4 Tempus fugit – carpe diem
HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA, FÁBIO JENNINGS,
NAFICE COSTA ARAÚJO, PAULO ROBERTO STOCCO ROMANELLI,
RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, SANDRA H. WATANABE

ARTIGOS ORIGINAIS/REVISÕES/DESCRIÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

- 5 Artrite reumatoide e atividade profissional
Rheumatoid arthritis and professional activity
JOSÉ KNOPLICH

VISÃO DO EXPERT

- 8 O sistema imune e a medicina personalizada RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA

PUBLICAÇÕES

- 11 Top 10 RENÉ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA, HÉRICA CRISTIANI BARRA DE SOUZA,
NAFICE COSTA ARAÚJO

ARTRÓFILO

- 16 A Reumatologia e a Perícia Médica Previdenciária no Brasil
TALITA ZERBINI

ÉTICA

- 18 A relação médico-paciente JOSÉ MARQUES FILHO

DEFESA PROFISSIONAL

- 20 Por que você deve saber mais sobre o direito, a lei e seus direitos ERNESTO LIPPMANN

RAIO X

- 22 Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica da Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)
VIRGÍNIA PAES LEME FERRIANI

PERSPECTIVAS

- 24 Mercado de trabalho para o reumatologista em Sorocaba JOSÉ EDUARDO MARTINEZ

IMAGEM EM REUMATOLOGIA

- 26 Gota
FERNANDA CALIL MACHADO NETTO, DENISE DE FÁTIMA FORTESKI,
ANDRÉA PIMENTEL FONSECA GOLMIA

EM SENDO REUMATOLOGISTA

- 28 Aforismos JOSÉ MARQUES FILHO

LADO B – ALMA LITERÁRIA

- 30 O ladrão de bicicleta ADIL MUHIB SAMARA

NOTICÁRIO

AGENDA

Resultados Positivos



Resultados Positivos



Contraindicações: Hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas.

Interações: Não há interações de rituximabe com alimentos. Informe seu médico sobre qualquer medicamento que esteja usando, antes do início, ou durante o tratamento, em especial, anti-hipertensivos.

Referências: 1. Dörner T, Kinnman N, Tak PP et al. Targeting B cells in immune-mediated inflammatory disease: A comprehensive review of mechanisms of action and identification of biomarkers. *Pharmacology & Therapeutics* 125 (2010) 464-475. 2. Isaacs JD, Olech E, Tak PP et al. Autoantibody-positive rheumatoid arthritis patients have enhanced clinical response to rituximab when compared with seronegative patients. Poster de nº FRI0256 apresentado no EULAR 2009. http://www.abstracts2view.com/eular/view.php?nu=EULAR02L_FRI0256. Acessado em 10/01/2011.

MABTHERA®
rituximabe

AR SOROPositiva, RESPOSTA POSITIVA^{1,2}

Nome do produto: MabThera® (Rituximabe)

Apresentações: solução injetável 100mg/10mL (caixa com 2 frascos) e 500mg/50mL (caixa com 1 frasco). USO ADULTO. **Composição:** princípio ativo: Rituximabe. **Indicações:** Linfoma não-Hodgkin (LNH) de células-B, baixo grau, CD20 positivo, virgem de tratamento, recaído ou resistente à quimioterapia e terapia de manutenção; LNH, difuso de grandes células, CD20 positivo, associado à quimioterapia CHOP; Artrite Reumatoide após falha ou intolerância aos anti-TNFs, em combinação com metotrexato. **Contraindicações:** MabThera® é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao rituximabe e a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas. **Precauções e advertências:** reações infusionais principalmente pacientes com carga tumoral acima de 25.000 células malignas circulantes/mm³, risco de síndrome de lise tumoral e eventos pulmonares graves, podendo culminar em óbito. Hipotensão transitória e broncoespasmo associados à infusão, reversíveis com interrupção temporária e com uso de um analgésico, anti-histamínico, solução salina intravenosa ou broncodilatador. A infusão poderá ser concluída quando diminuir os sintomas. Considerar suspensão da medicação anti-hipertensiva 12 horas antes e durante infusão. Monitorar pacientes com história de doença cardíaca. Reações anafiláticas poderão ocorrer. Precauções para aqueles pacientes com contagem de neutrófilos <1,5x10⁹/L e/ou contagens de plaquetas <75x10⁹/L. Monitorar pacientes com histórico de infecção por hepatite B quando em associação à quimioterapia citotóxica. Casos de reativação de hepatite B foram relatados em artrite reumatoide. A solução preparada para infusão não deverá ser administrada como injeção intravenosa ou em infusão em bolo. Gestação e lactação: Não deve ser administrado a não ser que os benefícios superem os riscos. **Interações:** Não há interações de MabThera® com alimentos. Existem dados limitados sobre as possíveis interações medicamentosas com MabThera®. **Reações adversas:** Febre e calafrios/tremores. Náusea, urticária/ rubor facial, fadiga, cefaléia, prurido, broncoespasmo/dispnéia, angioedema, rinite, vômitos, hipotensão transitória, eritema, arritmia e dor tumoral. Trombocitopenia, neutropenia e anemia raras, leves e reversíveis. Insuficiência respiratória e infiltrados pulmonares. Reações semelhantes à doença do soro. Quando associado à quimioterapia CHOP, poderá ocorrer aumento da taxa de infecções por *Candida* e *herpes-zoster*. Quando associado à quimioterapia citotóxica, casos muito raros de reativação da hepatite B foram relatados. Nos pacientes com Artrite Reumatoide, IVAS e ITU em 0,9 paciente/ano. **Posologia:** uso IV, com acesso exclusivo. **LNH de baixo grau:** Monoterapia - 375mg/m²/semana por 4 semanas. *Em associação à quimioterapia CVP* - 375mg/m², a cada 21 dias, por 8 ciclos, administrado no dia 1 de cada ciclo. *Terapia de manutenção:* 375mg/m² a cada 3 meses por 2 anos. **LNH B, difuso de grandes células** - 375mg/m², IV, em combinação com o esquema quimioterápico CHOP, no dia 1 de cada ciclo, a cada 21 dias por 8 ciclos, após administração IV do corticosteroide do CHOP. **Artrite Reumatoide:** 1.000mg IV no dia 1 e no dia 15. *Primeira infusão:* a velocidade inicial recomendada é de 50mg/h; posteriormente poderá ser aumentada em 50mg/h a cada 30 minutos até o máximo de 400mg/h. *Infusões subsequentes* iniciadas a uma velocidade de 100mg/h com incrementos de 100mg/h a cada 30 minutos até o máximo de 400mg/h. **Via de administração:** Solução injetável para infusão intravenosa. **Registro MS:** 1.0100.0548. Venda sob prescrição médica. A PERSISTÊNCIA DOS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Informações adicionais disponíveis à classe médica mediante solicitação a Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. - Av. Engenheiro Billings, 1729 - Jaguaré - CEP 05321-900 - São Paulo - SP - Brasil. IMI 179610.

Conselho Editorial

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

Correspondência

Rua Maestro Cardim, 354, conj. 53, 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, William 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 Antí 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 Terrieri, 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, conj. 53, 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

Caros amigos

É com imenso prazer e muita disposição para trabalhar que iniciaremos este biênio na Sociedade Paulista de Reumatologia. Agradecer a confiança depositada em nossa diretoria não é só um exercício de retórica, mas sim um exercício de comprometimento com toda a expectativa do que poderemos fazer

para a nossa Sociedade. O que a Paulista de Reumatologia realiza de melhor será mantido, como o curso de atualização para o reumatologista, o curso de Imunologia Básica, os fóruns, a revista da SPR e o Encontro Avançado em Reumatologia (ERA). No entanto, especialmente em relação ao ERA, algumas novidades já foram definidas pela Comissão Científica. Dentre elas, serão reintroduzidas as sessões interativas clínicas, permitindo maior interação entre os participantes e os palestrantes. Em complemento à iniciativa do Dr. Latorre em premiar os melhores trabalhos na área clínica e básica durante o último Rio-São Paulo, o ERA também irá premiar os dois melhores trabalhos clínicos e básicos, com o intuito de estimular os jovens pesquisadores do Estado de São Paulo. Assim, convido todos os serviços paulistas de Reumatologia a enviarem os seus trabalhos já finalizados para o ERA, que irá ocorrer entre 3 e 5 de maio de 2012.

Um grande abraço e esperamos poder retribuir o apoio recebido, com muito trabalho e dedicação.

PAULO LOUZADA JUNIOR

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2012/2013



www.reumatologiasp.com.br

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

Tempus fugit – carpe diem



Novo ano, nova gestão, nova diretoria, nova sede. Sob a batuta do presidente Dr. Paulo Louzada Jr., foi renovado o Conselho Editorial da *Revista Paulista de Reumatologia*, agora composto por Dra. Hérica Cristiani Barra de Souza, Dr. Fábio Jennings, Dra. Nafice Costa Araújo, Dr. Paulo Roberto Stocco Romanelli, Dr. Renê Donizeti Ribeiro de Oliveira e Dra. Sandra H. Watanabe. Com a constante evolução e consequente sucesso da *RPR*, será mantida a linha editorial, com artigos de cunho científico, textos sobre ética e valorização do reumatologista, e outros temas, devido a sua importância, merecerão ainda maior destaque, como o da “Defesa Profissional”, que agora recebe uma seção específica. Não será esquecida a hora do “recreio”. Para relaxar, desanuviar nossas mentes e corações, as seções “Lado B – Alma Literária” e “Em Sendo Reumatologista” continuarão a trazer a face mais criativa de nossos colegas. Nosso amigo Plínio, sempre divertido e único, continuará conosco, com suas hilárias charges.

Uma solicitação frequente dos associados é uma maior atenção aos reumatologistas do interior do Estado de São Paulo. Na seção “Perspectivas” manteremos a série sobre o mercado de trabalho nas diferentes regiões de nosso Estado. Publicaremos nas capas da revista fotos de diversas cidades, como forma de homenagem e divulgação, além de prestigiar todos os eventos que ocorrerem no interior.

O tempo voa, portanto vamos aproveitar cada momento e este espaço que é seu para que, com garra e sede de reconhecimento, possamos defender nossos interesses. Este novo Conselho Editorial irá com muita disciplina, dedicação e lealdade aos princípios éticos trazer o melhor da reumatologia paulista. Segundo Rubem Alves, “o médico é uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços”. Esperamos, neste ano, encarar os desafios de nossa profissão e reverter essa dura imagem e ser novamente valorizados e cercados pela aura humana e calorosa que nos iluminava. Para tanto, nos próximos dois anos, gostaríamos de sua participação ativa. Queremos ouvir suas sugestões, críticas, opiniões. A *Revista Paulista de Reumatologia* tem como função também servir como canal direto de comunicação entre você e a Sociedade Paulista de Reumatologia. Participe!

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

Editores

Artrite reumatoide e atividade profissional

Rheumatoid arthritis and professional activity

José Knoplich

Reumatologista em atividade em clínica particular.
Editor médico dos sites ram.uol.com.br e intramed.uol.com.br
e de vários sites de atualização médica.

Endereço para correspondência: R. Atibaia, 360, Perdizes, CEP 01235-010, São Paulo-SP
E-mail: knoplich@uol.com.br

RESUMO

A artrite reumatoide (AR) não só causa significativa morbidade individual, como também leva a perdas substanciais (por faltas) e também em termos de produtividade no trabalho e no emprego, o que causa impacto negativo sobre o indivíduo e a sociedade. No entanto, calcular um número preciso dessas perdas não é fácil. Esta revisão analisa três técnicas de cálculo utilizadas na literatura. Em países como o Canadá, os Estados Unidos e no Reino Unido, é sabido que os custos para a economia em termos de ausências por doença e incapacidade para o trabalho chegam a atingir bilhões de dólares, mas baseados nesses métodos também no Brasil esses custos são muito elevados.

Unitermos: artrite reumatoide (AR), ausência por doença, incapacidade para o trabalho, perdas econômicas.

SUMMARY

Rheumatoid arthritis (RA) not only causes significant morbidity individual, but also leads to substantial losses (for absences) and also in terms of productivity in work and employment which has a negative impact on the individual and society. However, calculating a precise number of these losses is not easy. This article discusses three techniques of calculation used in the literature. In countries such as Canada, USA and the UK, it is known that the costs to the economy in terms of sick leave and inability to work can reach billions of dollars, but based on these methods also in Brazil these costs are very high.

Key words: rheumatoid arthritis (RA), sick leave, inability to work, economic losses.

A artrite reumatoide (AR) não só causa significativa morbidade individual, como também leva a perdas substanciais (por faltas) e também em termos de produtividade no trabalho e no emprego, o que causa impacto negativo sobre o indivíduo e a sociedade. Em países como Canadá, Estados Unidos e no Reino Unido, é sabido que os custos para a economia em termos de ausências por doença e incapacidade para o trabalho chega a atingir bilhões de dólares⁽¹⁾. No entanto, calcular o número preciso dessas perdas não é fácil. A maioria dos estudos relacionados com a saúde ocupacional utiliza a abordagem do "capital humano", que trata seres humanos como ativos lucrativos. Por meio desse método, a perda de produtividade de um operário é calculada multiplicando-se horas perdidas pela taxa de salário por hora. O método sofre críticas por sua ênfase no

poder aquisitivo do fator educativo, que discrimina os trabalhadores de baixa renda e de baixa escolaridade.

Gary S. Becker, professor de Economia e Sociologia na Universidade de Chicago, foi o pioneiro no estudo da abordagem baseada no capital humano. Ganhou em 1992 o Prêmio Nobel em economia por ter estendido o domínio da teoria econômica para aspectos do comportamento humano previamente tratado em outras disciplinas das ciências sociais, como demografia, sociologia e até em criminologia⁽²⁾.

Para a maioria das pessoas, capital significa dinheiro de uma conta bancária, ações, máquinas na linha de montagem de uma fábrica etc. Estas são formas de capital no sentido de que são ativos que dão rendimento e lucros durante longos períodos de tempo.

Mas essas formas tangíveis de capital não são as únicas. Escolaridade básica, formação universitária, cuidar da saúde são aspectos que também formam o capital do trabalhador, tendo em vista que Becker demonstrou que essas pessoas obtêm ganhos maiores mensalmente quando comparados a pessoas que não têm esses preditores. A partir dessa constatação, os economistas passaram a levar em conta os gastos com educação, formação universitária, assistência médica, e assim por diante, como investimentos em capital humano. Eles são chamados de capital humano porque as pessoas não podem ser separadas de seus conhecimentos, aptidões, saúde ou valores, como o são de seus ativos financeiros e físicos de uma fábrica ou indústria.

Educação e formação profissional são os investimentos mais importantes em capital humano.

Outro método é a abordagem “custo-atrito” (*“friction-cost” approach*), em que o absentismo de um trabalhador na linha de montagem ou no escritório é registrado e calculado apenas se o trabalho perdido requer horas extras realizadas, quer pelo próprio trabalhador, quer por outros. Tem esse nome porque, em muitos casos, nem o médico nem o trabalhador têm os limites precisos de quando deve ser dispensado. Isso sem contar a legislação trabalhista específica de cada país, mais agressiva ou mais liberal nas dispensas.

Zhang W. e colaboradores da Universidade da British Columbia, Vancouver, Canadá, revisam as questões da medição e métodos de avaliação, dos métodos “capital humano” e “custo de atrito” para estimar a perda de produtividade devido a doença. Os autores concluem que a variedade de salários observada no segundo método alteram o cálculo da produtividade marginal (as faltas são abonadas, no jeitinho para perda de dias) quando subsídios são feitos para os dias de dispensa. Outro problema se dá quando um tipo de trabalho envolve a produção da equipe: a ausência de um trabalhador e a falta de substitutos perfeitos, o cálculo em tempo de produção, resulta que a perda de produtividade tende a ser subestimada. Os autores sugerem um salário multiplicador de ajuste da produtividade marginal que precisa ser desenvolvido para uso prático em cada atividade trabalhista. Chegam a sugerir a inclusão de presentismo (quanto tempo o trabalhador trabalhou sem faltar) para uma abordagem

mais adequada em vez de medir apenas o absentismo (ausência ao trabalho). Uma série de instrumentos têm sido desenvolvida para medir o presentismo, que gera diferentes estimativas de perda de produtividade. Estudos complementares são necessários para identificar o instrumento que forneça melhor estimativa⁽³⁾.

Um terceiro método é a “disposição para pagar” (*“willingness-to-pay” approach*), abordagem que valoriza a vida do trabalhador de acordo com sua intenção de cuidar de sua doença, com um índice de valorização monetária aumentada sobre os resultados da melhoria da saúde obtidos com o tratamento que estão sendo realizados. Uma série de estudos tem mostrado que os tratamentos com os biológicos contra a AR fornecem benefícios de produtividade em termos de manutenção do emprego, reduzem o absentismo e aumentam o presentismo. Uma abordagem recentemente adotada, e que apresenta resultados preliminares animadores, é a avaliação das perdas de produtividade levando-se em conta uma ampla gama de fatores e em períodos curtos de tempo, visando-se a fornecer uma medida de produtividade – que pode até não ser muito precisa, mas que se aproxima o quanto possível do real^(4, 5).

Em termos de Brasil, essas pesquisas têm fornecido resultados semelhantes⁽⁶⁾.

De Azevedo e colaboradores da Universidade Federal de São Paulo estudam o tema dos custos indiretos da artrite reumatoide no Brasil.

Este estudo transversal incluiu pacientes entre 18 e 65 anos de idade com AR. Os pacientes que estavam trabalhando, em licença por doença ou aposentados precocemente por AR foram convidados a participar da pesquisa. Uma entrevista sistemática e estruturada foi feita com todos os pacientes, incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas e clínicas, e um reumatologista experiente examinou todos os pacientes. Estimativas dos custos indiretos nos últimos 12 meses foram realizadas utilizando-se a abordagem do capital humano com base na perspectiva da sociedade. Modelos de regressão linear múltipla foram utilizados para determinar as variáveis associadas ao aumento dos custos indiretos.

Um total de 192 pacientes foi incluído no estudo. Quarenta e sete deles (24,5%) haviam se aposentado precocemente devido a AR, 62 outras pessoas (32,3%) estavam

em licença médica devido a AR, enquanto 83 pacientes (43,2%) estavam trabalhando no momento da entrevista. O custo indireto estimado para essa população foi de \$ 466.107,81 EUA dólares ou \$ 2.423,51 EUA dólares por paciente por ano. Fatores associados a custos mais eleva-

dos foram AR na classe pobre, alto nível socioeconômico e sexo masculino ($p < 0,001$).

Os custos estimados encontrados em nossa população são semelhantes aos descritos em países mais desenvolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Zhang W, Anis AH. The economic burden of rheumatoid arthritis: beyond health care costs. *Clin Rheumatol*. 2011 Mar;(30 Suppl 1):S25-32.
2. Becker GS. Human Capital, 1975. Disponível em: <https://web.space.utexas.edu/hcleaver/www/330T/350kPEEBeckerHumanKtable.pdf>.
3. Zhang W, Bansback N, Anis AH. Measuring and valuing productivity loss due to poor health: A critical review. *Soc Sci Med*. 2011 Jan;72(2):185-92.
4. Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, et al. A mismatch between self-reported physical work load and the HAQ: early identification of rheumatoid arthritis patients at risk for loss of work productivity. *Clin Exp Rheumatol*. 2009 May-Jun;27(3):422-9.
5. Knoplich J. Remissão da artrite reumatoide é o principal objetivo. *Rev Paul Reumatol*. 2011 Jan/Mar;10(1):14-6.
6. De Azevedo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Indirect costs of rheumatoid arthritis in Brazil. *Value Health*. 2008 Sep-Oct;11(5):869-77.

O SISTEMA IMUNE E A MEDICINA PERSONALIZADA



RENÊ DONIZETI RIBEIRO DE OLIVEIRA

Médico assistente da Disciplina de Reumatologia do HCRP-FMRP-USP.
Doutor em Medicina pela FMRP-USP

O sistema imune, além de sua primária função de interação com o ambiente, é um dos responsáveis pela integração entre os diversos sistemas orgânicos. Não obstante, esse sistema deve ainda ser capaz de interagir com as mais diversas moléculas do organismo, nas mais diferentes situações, e reconhecê-las como próprias. A reumatologia baseia-se em grande parte nesses conceitos e no acúmulo de conhecimento técnico-científico decorrente da observação do comportamento do sistema imune nas mais diferentes condições clínicas. Esse conhecimento advém da busca pelas razões da perda da tolerância imunológica e da avaliação da magnitude da resposta inflamatória decorrente desta, perscrutando seus alvos e efeitos.

Nada disso soa como novidade. Tudo isso pode ser dito dessa ou de outras maneiras. Os reumatologistas dizem isso há algum tempo, vez por outra acrescentam algum detalhe, mas o cerne do texto persiste. A reumatologia tem percorrido ciclos, variações em torno de alguns pontos, algo frequente na ciência, enquanto se prepara para uma mudança de patamar, enquanto gera conhecimento suficiente para uma nova maneira de avaliar e atuar nos processos patológicos. Essas mudanças ocorrem na fisiopatologia, na diagnose ou na terapia e, frequentemente, de maneira sucessiva.

Os conhecimentos sobre fisiopatologia nos mostram, como já fizeram há algumas décadas, quando delinearam as entidades nosológicas, que estas apresentam subgrupos. É nesse ponto que estamos atualmente e daí vêm algumas de nossas insatisfações (alguém está satisfeito, por exemplo, com eficácia terapêutica entre 50 e 80%?). É nesse intervalo de eficácia que se encontra o tratamento

da maioria das doenças reumáticas. Em outras ocasiões é necessária a suspensão do tratamento eficaz devido a eventos adversos, boa parte deles tóxicos. Cada vez mais gostaríamos de saber quem vai se beneficiar da terapêutica padrão, sem toxicidade ou outros eventos adversos, por tempo prolongado. Um tratamento frustrado resulta em perdas teciduais, funcionais, de qualidade de vida e, fato cada vez mais importante, de enorme quantia em recursos financeiros. Tempo em fisiopatologia do sistema imune é algo da maior importância e é fator limitante de resposta terapêutica. Aspiramos a uma situação em que possamos obter diagnósticos e desenvolver tratamentos com maior taxa de sucesso, pelo maior tempo possível e com a menor chance de eventos adversos.

Esse desejo de individualização tem sido chamado de *medicina personalizada*. Devemos pensar no que representa uma reumatologia personalizada, ou melhor, o que levaremos em conta nos pacientes reumáticos para atingirmos esse fim.

Aspectos clínico-epidemiológicos e laboratoriais são a primeira e óbvia resposta. A maioria das doenças reumáticas tem os chamados fatores de mau prognóstico ou estudos relatando características clínicas e laboratoriais preditoras de falha a determinado tratamento. Idade, sexo, etnia, escores de atividade de doença e elevação de provas de atividade inflamatória são utilizados para decisões terapêuticas. Temos evidências crescentes de mudanças fisiopatológicas decorrentes do tempo de doença, levando a mudanças na eficácia dos tratamentos e na chance de reduzir as perdas funcionais. Dessa forma, o tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento é forte candidato para a tomada de decisão. Intimamente

associada ao tempo está a presença de lesões estruturais, indicativa de cronificação do processo inflamatório. Reconhecemos que o sucesso terapêutico na nefrite lúpica, na esclerodermia, na perda glandular da síndrome de Sjögren e na sinovite reumatoide depende do tempo e das lesões estruturais no início do tratamento.

Temos buscado marcadores precoces. Os primeiros a se juntarem aos aspectos clínicos foram os exames de autoanticorpos, tendo valor sua ausência, presença e titulação. Novos autoanticorpos são identificados, juntamente com seus antígenos e localizações teciduais, permitindo importantes definições sobre subclassificações de doenças. Tem sido assim com os anticorpos contra proteínas citrulinadas, os anticorpos antinúcleo e os diversos anticorpos identificados contra constituintes nucleares e citoplasmáticos.

Após o reconhecimento do sistema HLA foi crescente o número de estudos de associação entre polimorfismos e doenças, o que representou a comprovação do papel de fatores genéticos no aparecimento das doenças reumáticas. Desde então, muito se tentou entender sobre como ocorreria tal predisposição genética, que logo se mostrou insuficiente, dando lugar a estudos sobre polimorfismos de diversos outros genes nas últimas duas décadas, com especial destaque para os polimorfismos de único nucleotídeo (SNP). Os estudos genéticos parecem bastante adequados em termos de subclassificação e prognóstico, mas não foram suficientes para predição de respostas aos tratamentos. A explicação para isso pode vir do Dogma Central da Biologia Molecular, pois não podemos apenas identificar o estado de portador de um alelo, devemos avaliar em que magnitude o gene é transcrito e, posteriormente, traduzido.

As técnicas de estudo de RNA têm evoluído muito e hoje, com técnicas de *microarray* de cDNA, é possível a avaliação conjunta da expressão (RNA mensageiro – RNAm) de todo o genoma humano nos mais diversos tecidos. Embora semiquantitativo, esse método é interessante para o estudo de vias intracelulares e para inferência sobre regulação de expressão de determinados genes por outros, mas deve sempre ser confirmado por uma técnica quantitativa, como a reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR). As técnicas de RNAm permitem encontrar um perfil (ou assinatura) de expressão gênica de uma doença em determinada situação, pré-terapia, durante a terapia e também em estados de controle da doença. Dessa forma, diferentes perfis de expressão pré-terapia permitem subclassificação e poderiam ser utilizados na decisão sobre a terapêutica. Essa área da biologia molecu-

lar refere-se aos estudos do transcriptoma e seu uso deve surgir em escala comercial nas próximas décadas.

Outro grande avanço com relação aos RNAs é a descoberta dos microRNAs, moléculas de RNA endógeno de fita simples, não codificadores de proteínas e com função de regulação negativa de genes codificadores de proteínas. Os miRNA agem através de clivagem ou por supressão da tradução do RNAm. Alguns miRNAs já foram identificados como inibidores de genes de vias inflamatórias em diferentes células do sistema imune e prometem grande potencial terapêutico. Logo, avaliar a expressão dos genes (RNAm) de diversas vias permitiria identificar qual(is) a(s) de maior expressão e qual o miRNA adequado para inibi-la. A artrite reumatoide, a osteoartrite, o lúpus eritematoso sistêmico, a síndrome de Sjögren e a dermatomiosite contam com o maior número de estudos, tendo o sangue e o líquido sinovial como tecidos fonte.

Apesar de todo o avanço da biologia do RNA, uma pergunta lógica e necessária surge – esses RNAm estão sendo traduzidos? Não haveria qualquer significado fisiopatológico se genes com expressão aumentada não tivessem seus RNAm traduzidos em proteínas e, além disso, proteínas funcionantes. É necessário então o estudo das proteínas, de suas isoformas e de suas modificações pós-transacionais, campo da proteômica, que é o estudo dos proteomas, ou seja, o conteúdo proteico de uma célula ou tecido, incluindo os fluidos corpóreos, o que possibilita abordagens minimamente invasivas. Importantes avanços em marcadores diagnósticos, prognósticos e de atividade de doença podem advir do estudo dos proteomas, até mesmo para doenças carentes de marcadores, como as espondiloartrites, a esclerose sistêmica e a síndrome de Sjögren. Grande parte desses estudos baseia-se em quantificar as proteínas no tecido escolhido e comparar aos valores de indivíduos normais, encontrando diferenças com utilidade potencial.

Atualmente, uma combinação dessas tecnologias tem trazido interessantes informações acerca da detecção de novos autoanticorpos, através da realização de *microarray* de proteínas a partir de placas contendo os cDNAs de interesse, por exemplo – escolhe-se o número desejado de possíveis autoantígenos e faz-se placas contendo cDNA de cada um deles, individualizados em poços contendo a maquinaria celular para produção de RNAm e proteínas; as proteínas estáveis são marcadas e, então, é adicionado o fluido (plasma, líquido sinovial etc.) do indivíduo; caso haja autoanticorpos nesses fluidos, haverá ligação com a proteína recém-sintetizada e a titulação dos autoanticorpos é feita após adição de

anticorpo antiporção Fc ligado a fluoróforo e leitura em aparelho capaz de captar ondas de luz.

Todas essas abordagens a serviço da reumatologia têm o intuito de apontar a gravidade do quadro clínico, prever sua possível evolução e determinar o tratamento mais eficaz e menos deletério para cada indivíduo. Assim, não é difícil imaginarmos o grande número de variáveis que surgirão, cada uma mostrando vantagens em determinadas situações. Ainda estamos em uma fase de grande produção de dados científicos, os quais deverão ser apreciados criteriosamente a fim de evitar confusões e caminhos infrutíferos. Certamente serão necessárias combinações de abordagens, que poderão resultar em combinações de esquemas terapêuticos. Parece-me adequado avaliar polimorfismos gênicos, perfis de autoanticorpos e citocinas e expressão gênica combinada com o estudo do proteoma. Contudo, surge uma pergunta importante – todo esse conhecimento conseguirá sair dos meios acadêmicos e alcançará utilidade na prática diária? Não é uma resposta simples, nem deve ser dada nesse momento. A limitação financeira será a primeira e talvez a mais importante. Outra limitação advém do fato de que número maior de indivíduos será necessário para os estudos e, provavelmente, a prevalência e a incidência de doentes não acompanhará essa necessidade.

Uma abordagem que deveria receber maiores estudos e investimentos refere-se a avaliações funcionais do sistema imune. Estudar as diferentes células, desde o processamento e a apresentação de antígenos, passando

pela formação da resposta imune específica e chegando ao mecanismo efetor, pode resultar em meios mais práticos, baratos e reprodutíveis em laboratórios menos equipados. Além disso, as doenças autoimunes em sua maioria têm evolução surto-remissão, onde uma abordagem funcional em diferentes fases poderia ser de grande utilidade nas decisões terapêuticas.

Por ora, a personalização dos diversos aspectos da atividade médica na reumatologia parece estar distante. Alguns estudos envolvendo medicações mostraram possibilidades interessantes de individualização, mas continuam pouco exigentes com relação às ferramentas que avaliam eficácia. Deverá haver, no futuro, utilidade para todas as drogas de que dispomos e as que virão. Só precisaremos refinar nossas ferramentas de escolha.

Interessante seria melhorar o conhecimento dos médicos acerca das doenças reumáticas, possibilitando diagnosticar adequadamente e o mais precocemente possível. A necessidade de personalização ganha espaço aparentemente quanto maior a deficiência no método clínico. Poderíamos obter excelentes avanços com esse investimento, muito mais em recursos humanos do que financeiros.

Por fim, os reumatologistas brasileiros precisam ser críticos, precisam avaliar o contexto em que atuam e julgar se extrapolações dos achados europeus e norte-americanos são possíveis.

A reumatologia e nós, reumatologistas brasileiros, estamos preparados?

LEITURA SUGERIDA

1. Centola M, Frank MB, Bolstad AI, et al. Genome-scale assessment of molecular pathology in systemic autoimmune diseases using microarray technology: a potential breakthrough diagnostic and individualized therapy-design tool. *Scand J Immunol*. 2006;64:236-42.
2. Ceribelli A, Yao B, Dominguez-Gutierrez PR, Nahid MA, Satoh M, Chan EKL. MicroRNAs in systemic rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther*. 2011; 13:N. Disponível em: <http://arthritis-research.com/content/13/4/229>.
3. Ghirardello A, Bendo R, Rampudda ME, Bassi N, Zampieri S, Doria A. Commercial blot assays in the diagnosis of systemic rheumatic diseases. *Autoimmunity*. 2009;8:645-9.
4. Gibson DS, Rooney ME, Finnegan S, et al. Biomarkers in rheumatology, now and in the future. *Rheumatology (Oxford)* 2011 Dec 16 [Epub ahead of print].
5. Gonzalez-Buitrago JM, Gonzalez C. Present and future of the autoimmunity laboratory. *Clin Chimica Acta*. 2006; 365:50-7.
6. Van Baarsen LG, Bos CL, Van der Pouw Kraan TC, Verweij CL. Transcription profiling of rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther*. 2009;11:207-19.
7. Wilson R, Whitelock JM, Bateman JF. Proteomics makes progress in cartilage and arthritis research. *Matrix Biology*. 2009;28:121-8.
8. Wu T, Mohan C. Proteomic toolbox for autoimmunity research. *Autoimmunity*. 2009;8:595-8.
9. Dai R, Ahmed A. MicroRNA, a new paradigm for understanding immunoregulation, inflammation, and autoimmune diseases. *Transl Res*. 2011;157:163-79.

TOP 10

1. INFLUÊNCIA DA TERAPIA ANTI-TNF NA INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE PELE EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE: RESULTADOS DO REGISTRO DE BIOLÓGICOS DA SOCIEDADE BRITÂNICA DE REUMATOLOGIA

The influence of anti-TNF therapy upon incidence of keratinocyte skin cancer in patients with rheumatoid arthritis: longitudinal results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Mercer LK, Green AC, Galloway JB, et al. Ann Rheum Dis. (2012) Jan 12. [Epub ahead of print]

Os cânceres de pele ditos queratinocíticos incluem o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas. Muitos estudos na literatura relatam a maior ocorrência de tais cânceres na população de pacientes em tratamento para artrite reumatoide, sendo este risco mais comumente associado com a duração da artrite e com a terapia imunossupressora, entre elas as drogas antiTNF. O uso dessas drogas tem sido acompanhado por preocupações sobre a segurança e, em particular, o risco de malignidades. Sendo assim, esse estudo objetivou comparar o risco de tais cânceres de pele em pacientes em tratamento para artrite reumatoide com a população geral e determinar se a terapia antiTNF exacerba esse risco. Foram selecionados pacientes do Registro Britânico de Biológicos acompanhados até 2008, totalizando 11.881 pacientes e foram comparados a 3.629 pacientes recebendo DMARD não biológico. Como resultados, os autores observaram que, em ambas as coortes, a incidência de câncer de pele foi maior em relação à população em geral (razão de risco de 1,72 95% CI 1,43 a 2,04 para pacientes com antiTNF e 1,83 95% CI 1,30 a 2,50 para aqueles com DMARD não biológico), porém quando feita a tentativa de associação deste com a terapia antiTNF em si, os achados não foram conclusivos. Portanto, os autores sugerem que o risco de câncer de pele basocelular escamoso é maior nesta população de pacientes com artrite reumatoide em tratamento (seja ele antiTNF ou demais DMARDS), porém, nenhuma evidência foi encontrada demonstrando que a terapia antiTNF agrave mais este risco, o que não pode ser excluído com base apenas nesta evidência. Logo, os autores sugerem que os pacientes com AR devem usar protetor solar e ser monitorados para o câncer de pele com mais frequência.

2. ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E DESENVOLVIMENTO DE ARTRITE PSORIÁSICA EM PACIENTES COM PSORÍASE

The association between smoking and the development of psoriatic arthritis among psoriasis patients. Eder L, Shanmugarajah S, Thavaneswaran A, et al. Ann Rheum Dis. 2012; 71:219-24

Esse estudo exploratório caso-controle objetivou demonstrar a possível associação entre o tabagismo e o desenvolvimento de artrite psoriásica (AP) em pacientes com psoríase. O tabagismo foi determinado no momento do diagnóstico da artrite para os pacientes com AP e na primeira visita do estudo para os pacientes com psoríase (momento no qual se pôde excluir que eles tivessem artrite). As proporções de pacientes expostos ao fumo foram comparadas em pacientes com AP e aqueles somente com psoríase. Um modelo de regressão logística foi construído para testar a associação independente de tabagismo e AP após o ajuste para possíveis fatores de confusão. A interação estatística entre HLA-C*06 e tabagismo foi testada por meio de um modelo de regressão. A proporção de fumantes atuais e progressos foi maior no grupo com psoríase em comparação com o grupo AP (30,2% vs 23,4% e 26,7% vs 22,3%, $p = 0,001$, respectivamente). Na análise multivariada ser fumante atual *versus* não fumante permaneceu inversamente associado com a AP (OR 0,57, $p = 0,002$), enquanto ser fumante pregresso *versus* não fumante não foi significativo. Numa análise de subgrupo, o tabagismo permaneceu inversamente associado com a AP apenas entre os pacientes que foram HLA-C*06 negativos. A análise de regressão revelou que a interação entre tabagismo (nunca fumou vs tempo de vida não fumante) e HLA-C*06 foi estatisticamente significativa ($p = 0,01$). Logo, os autores concluíram que o tabagismo pode ser inversamente associado com a AP entre os pacientes com psoríase. Essa associação não está presente entre pacientes HLA-C*06 positivos.

3. EFICÁCIA DO TOCILIZUMABE EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE EM ATIVIDADE MODERADA A SEVERA E RESPOSTA PRÉVIA INADEQUADA A DROGAS ANTIREUMÁTICAS MODIFICADORAS DE DOENÇA: ESTUDO ROSE

Efficacy of tocilizumab in patients with moderate to severe active rheumatoid arthritis and a previous inadequate response to disease-modifying antirheumatic drugs: the ROSE study. Yazici Y, Curtis JR, Ince A, et al. Ann Rheum Dis. 2012; 71:198-205

Com o objetivo de avaliar a eficácia do tocilizumabe em pacientes americanos com artrite reumatoide (AR) em atividade moderada a grave e resposta clínica inadequada para drogas modificadoras da doença (DMARD) e também de avaliar a segurança dessa droga, foi realizado um estudo randomizado, duplo-cego. Os pacientes foram randomizados 2:1 para receber tocilizumabe 8 mg/kg (n = 412) ou placebo (n = 207) e foram avaliados a cada quatro semanas; ambos os grupos mantiveram o DMARD de base que estavam em uso. A análise do *endpoint* primário de eficácia (porcentagem de pacientes que alcançaram resposta ACR50 na semana 24) foi maior no grupo tocilizumabe *versus* placebo (30,1% vs 11,2%, $p < 0,0001$). As porcentagens de resposta ACR20 e ACR50 foram significativamente maiores no grupo tocilizumabe *versus* placebo já na semana 4 e continuou até a semana 24; além disso, mais pacientes no grupo tocilizumabe também obtiveram respostas ACR70 no início na semana 8 ($p < 0,01$). Melhorias significativas associadas com o tocilizumabe *versus* placebo foram observadas com boa resposta Eular, DAS28 e porcentual de pacientes que atingiram baixa atividade da doença e remissão clínica (com base no DAS28). Um subestudo para examinar a resposta precoce ao tratamento demonstrou melhora da avaliação global de atividade da doença pelo paciente ($p = 0,005$) e dor ($p = 0,01$) e DAS28 ($p = 0,007$) com tocilizumabe *versus* placebo no dia 7. Dados de segurança foram consistentes com o perfil de segurança já conhecido do tocilizumabe; taxas de infecções graves (por 100 doentes-ano) foram 7,87 (IC 95% 4,30-13,2) e 1,20 (IC 95% 0,03-6,66) nos grupos tocilizumabe e placebo, respectivamente. O estudo demonstrou ainda melhora relacionada ao uso do tocilizumabe dos níveis de proteína C reativa. As conclusões desse estudo demonstram a eficácia de tocilizumabe em melhorar as medidas de atividade da doença em pacientes com AR que não responderam adequadamente à terapia com DMARD não biológico, a rápida melhora na evolução clínica já na semana 1, como mostrado pela melhora do DAS28, avaliação global do paciente e de dor, além de melhora nos níveis de proteína C reativa.

4. EFETIVIDADE DAS ESTATINAS NO COLESTEROL TOTAL, DOENÇAS CARDIOVASCULARES E MORTALIDADE GERAL EM OSTEOARTRITE E ARTRITE REUMATOIDE

Effectiveness of statins on total cholesterol and cardiovascular disease and all-cause mortality in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Sheng X, Murphy MJ, MacDonald TM, Wei L. J Rheumatol. 2012;39:32-40

Devido à crescente prevalência de hipercolesterolemia em pacientes com osteoartrite (OA) e artrite reumatoide (AR), os autores desse estudo analisaram a eficácia das estatinas sobre os níveis de colesterol total (CT), morbidade cardiovascular e mortalidade geral de pacientes com OA e AR. Para tanto, foi realizado um estudo de coorte de base populacional usando um banco de dados em Tayside, na Escócia. No total, foram estudados 2.024 pacientes com OA ou AR que tiveram medições do CT pelo menos duas vezes no período entre 1993 e 2007. Tais pacientes foram divididos em grupos: usuários de estatina e não usuários de estatina durante o seguimento. Como principal resultado, observou-se que as concentrações de CT em pacientes com OA usuários de estatina diminuiu 15% em pacientes sem doença cardiovascular (prevenção primária, $n=1269$) e 7% com doença cardiovascular (prevenção secundária, $n=247$). Nos pacientes com AR, o CT foi reduzido em 16% em pacientes sem doença cardiovascular ($n=430$) e 15% em pacientes com doença cardiovascular. Na prevenção primária as estatinas foram associadas à redução de eventos cardiovasculares e de mortalidade geral em pacientes com AR (HR ajustado de 0,45 com IC 95% 0,20-0,98 e 0,43 com IC 95% 0,20-0,92, respectivamente) e redução de mortalidade em pacientes com OA (HR ajustado de 0,43 com IC 95% 0,25-0,72). As estatinas não foram associadas com redução de eventos cardiovasculares ou mortalidade geral na prevenção secundária de pacientes com AR ou OA. Portanto, os autores concluíram que as estatinas reduziram as concentrações de CT entre 7% e 16% em pacientes com OA ou AR e foram associadas a redução da ocorrência de eventos cardiovasculares e mortalidade geral na AR e mortalidade geral na OA na prevenção primária.

5. AUTOIMUNIDADE APÓS VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B COMO PARTE DO ESPECTRO DE "SÍNDROME AUTOIMUNE (AUTOINFLAMATÓRIA) INDUZIDA POR ADJUVANTES (ASIA)": ANÁLISE DE 93 CASOS

Autoimmunity following Hepatitis B vaccine as part of the spectrum of "autoimmune (auto-inflammatory) syndrome induced by adjuvants (Asia)": analysis of 93 cases. Zafir Y, Agmon-Levin, Z Paz, Shilton T, Shoenfeld Y. *Lupus*. 2012; 21:146-52

Esse estudo analisou as manifestações clínicas e demográficas de pacientes com doenças autoimunes pós-imunização contra o vírus da hepatite B. O objetivo foi o de encontrar denominadores comuns para todos os pacientes independentemente das diferentes doenças diagnosticadas, bem como a correlação com os critérios da síndrome autoimune (autoinflamatória) induzida por adjuvantes (Asia). Noventa e três pacientes de diferentes centros dos EUA foram incluídos no estudo. Nos registros médicos foram avaliados dados demográficos, história clínica, número de doses da vacina, eventos adversos peri-imunização e manifestações clínicas das doenças. Também foram registrados exames laboratoriais, de imagem e tratamento dos sinais e sintomas das diferentes doenças imunes mediadas. Os critérios da Asia foram aplicados para todos os pacientes, dos quais 71% eram adultos e 28,7% eram crianças. A idade média dos 93 pacientes foi de $26,5 \pm 15$ anos; 69,2% eram do sexo feminino e 21% apresentavam suscetibilidade para doença autoimune. O período médio de latência desde a última imunização e o início dos sintomas foi de 43,2 dias (variação de um dia a dois anos). As principais manifestações clínicas encontradas foram: neuropsiquiátricas (70%), fadiga (42%), mucocutânea (30%), musculoesqueléticas (59%) e gastrointestinais (50%). Títulos elevados de autoanticorpos foram documentados em 80% dos soros testados. Os autores concluíram que características comuns foram observadas em 93 pacientes diagnosticados com condições imunes mediados pós-vacinação contra hepatite B, sugerindo um denominador comum. Além disso, história prévia de doença autoimune e aparecimento de efeitos adversos durante a imunização podem servir como preditores para o desencadeamento de doença pós-imunização. A aplicação dos critérios da Asia foi útil especialmente na população adulta.

6. DISTÚRBIOS DO SONO E RISCO DE FIBROMIALGIA: DADOS LONGITUDINAL EM UMA POPULAÇÃO FEMININA ADULTA NA NORUEGA

Sleep problems and risk of fibromyalgia: longitudinal data on an adult female population in Norway. Mork PJ, Nilsen TIL. *Arthritis Rheum*. 2012; 21:146-52.

Os problemas do sono são comuns entre os pacientes com fibromialgia (FM). Entretanto, não se sabe se o distúrbio do sono é fator que contribui no desenvolvimento da FM ou se é sua consequência. O objetivo desse estudo foi, prospectivamente, investigar a associação entre os problemas do sono autodeclarados e o risco de FM entre mulheres adultas. Foram estudadas 12.350 mulheres sem antecedente de FM, dor musculoesquelética ou deficiência física. Um modelo linear generalizado foi utilizado para estimar risco relativo (RR). A FM foi relatada por 327 mulheres em acompanhamento. A relação entre distúrbio do sono e risco de FM foi encontrada, com RR de 3,43 (95% IC 2,26-5,19), entre mulheres que relataram ter distúrbio do sono frequentemente ou sempre, comparadas com mulheres que nunca tiveram problemas do sono. A análise de estratificação etária mostrou que mulheres com idade maior ou igual a 45 anos que relataram ter problemas do sono, frequentemente ou sempre tiveram RR ajustado de 5,41 (95% IC 2,65-11,05), em comparação com o RR correspondente para mulheres de 20-44 anos que relataram ter distúrbio do sono frequentemente ou sempre, que foi de 2,98 (95% IC 1,76-5,05). Os autores concluem que esses dados evidenciam forte associação entre distúrbio do sono e risco de FM, especialmente em mulheres de meia idade e mais velhas do que em mulheres mais jovens.

7. INTERVALO DE EXAME DA DENSIDADE ÓSSEA E TRANSIÇÃO PARA OSTEOPOROSE EM MULHERES IDOSAS

Bone-density testing interval and transition to osteoporosis in older women. Gourlay ML, Fine JP, Preisser JS, et al. *N Eng J Med*. 2006;225-33

Embora o exame que avalia a densidade mineral óssea (BMD) seja recomendado para mulheres com 65 anos de idade ou acima, existem poucos dados para guiar decisões sobre o intervalo de realização de exames de BMD. Nesse estudo foram avaliadas 4.957 mulheres, com 65 anos de idade ou acima, com BMD normal ou osteopenia na avaliação inicial, sem história clínica de fratura vertebral ou de quadril ou de tratamento para osteoporose, seguidas prospectivamente por até 15 anos. Os resultados mostraram que o T score de base é o mais importante determinante do intervalo do exame da BMD. Os autores concluem que a osteoporose pode se desenvolver em menos de 10% das mulheres na pós-menopausa, acima de 65 anos, durante o intervalo de aproximadamente 15 anos para mulheres

com BMD normal ou discreta osteopenia, cinco anos para mulheres com osteopenia moderada e um ano para mulheres com avançada osteopenia.

8. A RELAÇÃO ENTRE ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA DURANTE A VIDA E DOR NO JOELHO NA VIDA ADULTA: RESULTADOS DA COORTE DOS NASCIDOS EM 1958

The relationship between body mass index across the life course and knee pain in adulthood: results from the 1958 birth cohort study. Macfarlane GJ, De Silva V, Jones GT. *Rheumatology*. 2011;50:2251-6

A obesidade pode favorecer o aparecimento de alterações degenerativas nas articulações que suportam o peso corporal. Partindo desse pressuposto, esse estudo teve a intenção de examinar se o IMC elevado durante a vida, especialmente durante a infância, é fator de risco para dor no joelho na vida adulta. Contou com 8.579 indivíduos (51% mulheres) do *1958 British birth cohort study*, dos quais se dispunha de dados antropométricos aos 7, 11, 16, 23, 33 e aos 45 anos de idade, sendo nesta última ocasião aplicado questionário sobre dor no joelho. A prevalência de dor no joelho foi de 19,1%, sendo bilateral em 8,4% dos indivíduos. Foi realizada análise multivariada para avaliar os efeitos independentes do IMC nas diferentes idades com respeito ao risco de dor nos joelhos aos 45 anos. Após ajuste para potenciais confundidores, não houve associação entre o IMC aos 7 anos e dor no joelho aos 45. Houve associação (risco relativo entre 1,2 e 1,6) entre $\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$ aos 11 e 16 anos e dor no joelho aos 45. Houve associação mais forte (risco relativo em torno de 2) entre $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$ aos 23, 33 e 45 anos e dor nos joelhos aos 45 anos. Esse estudo sugere que é verdadeira a associação entre obesidade e dor no joelho, e que ela pode se iniciar tão cedo quanto aos 11 anos de idade. Uma limitação do estudo foi não poder aferir o início exato da dor no joelho, pois esta foi questionada apenas aos 45 anos, mas é bastante sugestiva a associação entre IMC alto na infância e dor no joelho na vida adulta. Há estudos mostrando associação entre obesidade e osteoartrite de joelhos, bem como a melhora dos sintomas e sinais inflamatórios articulares decorrentes da perda de peso. Daí a importância do presente estudo.

9. ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO TIGHT-CONTROL VISANDO À REMISSÃO NA ARTRITE REUMATOIDE INICIAL É MAIS EFETIVA QUE A ESTRATÉGIA HABITUAL

NA PRÁTICA CLÍNICA DIÁRIA: UM ESTUDO DE DUAS COORTES NO REGISTRO DUTCH RHEUMATOID ARTHRITIS MONITORING

A tight control treatment strategy aiming for remission in early rheumatoid arthritis is more effective than usual care treatment in daily clinical practice: a study of two cohorts in the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring registry. Schipper LG, Vermeer M, Kuper HH, et al. *Ann Rheum Dis*. (2011). doi:10.1136/annrheumdis-2011-200274

A estratégia terapêutica atual para artrite reumatoide (AR) inclui abordagem agressiva e precoce com drogas modificadoras do curso da doença (DMCD). O objetivo desse estudo foi investigar se a estratégia *tight-control* é mais efetiva que a estratégia habitual em alcançar remissão após um ano, em ambiente ambulatorial. O grupo de tratamento ($n=126$) habitual recebeu terapia padrão (recomendações do Eular), enquanto o grupo *tight-control* ($n=126$) recebeu metotrexato (MTX) 15 mg/sem e na 8ª semana, em caso de $\text{DAS28} \geq 2,6$, aumentou-se o MTX para 25 mg/sem, seguido de acréscimo de sulfassalazina (SSZ) 2g/dia na 12ª semana, a qual foi aumentada para 3g/dia na 20ª semana. Na 24ª semana, para indivíduos com $\text{DAS28} \geq 3,2$, foi acrescido adalimumabe 40 mg a cada 2 semanas e, na 36ª semana, aumentada a dose para 40mg/sem. Nos casos onde $\text{DAS28} \geq 2,6$ nas avaliações posteriores, os seguintes passos foram permitidos: na 52ª semana o adalimumabe foi trocado por etanercepte 50 mg/sem; após um ano e três meses o etanercepte foi substituído por infliximabe 3 mg/kg a cada oito semanas e, após um ano e seis meses, reduzido o intervalo de infusão para seis semanas. O tratamento foi mantido na etapa onde $\text{DAS28} < 2,6$ foi alcançado e, se a remissão persistiu por seis meses, a última droga adicionada foi retirada. Após um ano, 55% dos pacientes sob *tight-control* alcançaram remissão, enquanto 30% alcançaram sob o regime habitual ($p < 0,0001$), com odds-ratio de 3,1 (3,1 vezes mais chance de alcançar remissão após um ano, sob regime *tight-control*). O tempo para remissão foi de 25 semanas sob regime *tight-control* quando comparado com 52 semanas do regime habitual ($p < 0,0001$). Após um ano, 50% dos indivíduos do regime *tight-control* mantinham monoterapia com MTX e 30% estavam em uso de MTX e SSZ, 12% estavam em uso de adalimumabe a cada duas semanas e 9% semanalmente. O estudo mostrou que o regime é bem tolerado, sem aparente toxicidade adicional. O grupo *tight-control* recebeu MTX ou MTX associa-

do a antiTNF mais frequente e mais precocemente. Uma limitação do estudo é o seguimento por apenas um ano, não fornecendo informações sobre eficácia a longo prazo, nem sobre progressão do dano articular. Outra limitação é a não avaliação do desempenho do regime para indivíduos que preencham os novos critérios revisados para AR do ACR/Eular.

10. INFLUÊNCIA DA TROCA DO PPD PELOS ENSAIOS EX VIVO DE LIBERAÇÃO DE INTERFERON γ NA DECISÃO DE ADMINISTRAR ANTIBIOTICOPROFILAXIA ANTITUBERCULOSA ANTES DA TERAPIA ANTI-TNF

Influence of replacing tuberculin skin test with ex vivo interferon γ release assays on decision to administer prophylactic antituberculosis antibiotics before anti-TNF therapy. Mariette X, Baron G, Tubach F, et al. Ann Rheum Dis. (2012). doi:10.1136/annrheumdis-2011-200408

Os autores partem do pressuposto de que os ensaios ex vivo de liberação de interferon γ têm maior acurácia que o PPD para o diagnóstico de tuberculose (Tb) recente primária ou Tb latente (TbL). Foram selecionados 392 pacientes consecutivos, sem tratamento prévio com antiTNF (123 com artrite reumatoide, 178 com espondiloartrites e 91 com doença de Cröhn). Todos foram submetidos à triagem habitual para TbL, com inquérito sobre contato, radiografia de tórax e PPD. Além disso, tiveram sangue coletado para a realização de dois ensaios de liberação de interferon γ : QTF-Gold IT (Cellestis, Carnegie, Austrália) e T-SPOT.TB (Oxford Immunotec, Abingdon, Reino Unido). A decisão sobre a administração de quimioprofilaxia antituberculosa foi tomada de acordo com a positividade dos ensaios de interferon γ : se qualquer dos testes positivo, decidiu-se por quimioprofilaxia; se um teste negativo e um indeterminado, decidiu-se por não administrar quimioprofilaxia e, se dois testes in-

determinados, optou-se pela decisão através do PPD. Todos os indivíduos foram seguidos por um ano e o número de quimioprofilaxias realizadas e a ocorrência de Tb foram registrados. A positividade do PPD foi de 35,2%, enquanto a positividade de ambos os ensaios para interferon γ foi de 16,8% ($p < 0,0001$). Em 122 pacientes houve discordância entre PPD e os ensaios, 97 deles com PPD positivo e ensaios negativos e 25 com PPD negativo e ensaios positivos. Em 55 pacientes houve positividade do inquérito sobre contato com a micobactéria e/ou da radiografia de tórax, os quais receberam quimioprofilaxia. Nestes, a sensibilidade do PPD e dos ensaios de interferon γ foi igualmente baixa (32 vs 28%), mas a especificidade foi maior para os ensaios (54 vs 85%, $p = 0,04$). Pela triagem habitual, 177 (45,2%) pacientes teriam recebido quimioprofilaxia, mas com a substituição do PPD pelos ensaios de interferon γ esse número caiu para 107 (27,3%), sendo essa redução significativa ($p < 0,0001$). Após um ano de seguimento não houve casos de Tb. Os autores argumentam que a decisão baseada nos ensaios de interferon γ permitiram redução quase pela metade no número de indicações de quimioprofilaxia. A positividade dos ensaios não foi menor nos indivíduos em uso de imunossupressores. Uma limitação do estudo refere-se ao fato de que a taxa de reativação de TbL tem sido em torno de 1/1.000 tratamentos, logo, o número de pacientes do estudo é reduzido para concluir-se sobre o verdadeiro valor desses testes. Finalmente, os autores propõe uma sequência para tomada de decisão naqueles indivíduos onde o inquérito sobre contato com a micobactéria e a radiografia são negativos: realizar QTF-Gold IT – se positivo, indicar quimioprofilaxia; se negativo, contraindicar; se indeterminado, realizar T-SPOT.TB – se este for positivo, indicar quimioprofilaxia; se negativo, contraindicar; se indeterminado, realizar PPD – se positivo, indicar quimioprofilaxia.

A REUMATOLOGIA E A PERÍCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA NO BRASIL

TALITA ZERBINI

Médica preceptora da Residência Médica em Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Perita judicial previdenciária do Juizado Especial Federal Cível de São Paulo.

Professora colaboradora em Medicina Legal e Perícias Médicas na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Doutoranda em Patologia Forense na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A perícia médica, de acordo com Alcântara, é “todo e qualquer ato propedêutico ou exame, feito por médico, com a finalidade de colaborar com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízo a que estão obrigadas”⁽¹⁾. Uma das perícias mais frequentemente realizadas no Brasil é a previdenciária, que pode ser realizada por perito oficial no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou por perito judicial na Justiça Federal.

Entre os benefícios concedidos pela Previdência Social, destacam-se o auxílio-doença previdenciário, concedido ao segurado que ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos (artigo 59 da Lei n. 8.213/91) e a aposentadoria por invalidez, concedida ao segurado que apresente incapacidade total e permanente para qualquer tipo de trabalho (artigo 42 da Lei n. 8.213/91)⁽²⁾.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, no ano de 2010 foram concedidos 1.900.728 benefícios auxílio-doença previdenciário em todo o Brasil, sendo as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (englobadas no Capítulo XIII da 10ª edição do Código Internacional de Doenças) responsáveis por 21,9% dos benefícios. As poliartropatias inflamatórias são as causas reumatológicas mais frequentes encontradas nas perícias realizadas⁽³⁾.

A capacidade laborativa é a condição física e mental para o exercício de atividade produtiva, ou seja, o indivíduo é considerado capaz para exercer uma determinada atividade ou ocupação quando reúne as condições morfofisiológicas compatíveis com o seu pleno desempenho⁽⁴⁾. Entretanto, o fato de ser portador de doença não implica necessariamente incapacidade, uma vez que esta é diretamente relacionada com as manifes-

tações clínicas ou repercussões funcionais da doença em questão. Desse modo, pacientes portadores de doença, porém em remissão dos sintomas, podem não fazer jus à concessão do benefício requerido.

A Constituição Federal brasileira, publicada em 1988, garante que os aposentados por invalidez em decorrência de moléstia grave tenham o direito de receber os proventos de forma integral⁽⁵⁾. As doenças elencadas como moléstia grave são publicadas a cada três anos pelo Ministério da Saúde por meio de portaria interministerial; a espondilite anquilosante e a doença de Paget são duas das moléstias enquadradas como grave. Além da aposentadoria integral por invalidez, os portadores dessas moléstias também têm isenção de tempo de carência para receber os benefícios previdenciários⁽²⁾ e direito à isenção de imposto de renda⁽⁶⁾.

A artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistêmico têm sido objeto de discussão na Câmara dos Deputados e no Senado Federal para também serem consideradas moléstias graves⁽⁷⁾. Entretanto, até o presente momento as doenças não foram elencadas por meio de portaria interministerial.

Em muitas ocasiões, médicos assistencialistas se veem diante de um paciente que requer atestado médico para fins de afastamento do trabalho e requerimento de benefício previdenciário. O conteúdo mínimo de tais atestados está previsto em resolução do Conselho Federal de Medicina: diagnóstico, resultados dos exames complementares, conduta terapêutica, prognóstico, consequências à saúde do paciente e provável tempo de repouso estimado⁽⁸⁾. Assim, o médico perito possuirá todas as informações necessárias para que, com o exame físico, possa decidir sobre a capacidade laborativa do periciando.

REFERÊNCIAS

1. Alcântara, H.R. et al. (Ed.) Perícia médica judicial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
2. Brasil. Casa Civil. Lei n. 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1991.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Estatística dos benefícios concedidos pela Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br>>. Acesso em 26 de janeiro de 2012.
4. Brasil. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor. Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal. Brasília, DF, 2010.
5. Brasil. Constituição Federal. Brasília, DF, 1988.
6. Brasil. Lei n. 8541, de 23 de dezembro de 1992. Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1992.
7. Brasil. Câmara dos Deputados. Inclusão da artrite reumatoide entre as doenças graves especificadas em lei. Consultoria Legislativa. Brasília, DF, 2005.
8. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1851, de 14 de agosto de 2008. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Brasília, DF, 2008.

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A reumatologia é a mais eminentemente clínica das especialidades médicas.

Os diagnósticos, na maior parte de nossas enfermidades, são realizados através de uma história clínica bem feita, um minucioso exame físico e, às vezes, alguns exames complementares.

Além disso, a maioria de nossas enfermidades tem curso crônico, algumas com sérias limitações funcionais, necessitando de assistência médica competente, comprometida e com complexo envolvimento, na qual o relacionamento médico-paciente deve ser exercido em toda sua plenitude.

A relação médico-paciente é um processo especial de interação humana. Constitui a base da prática clínica em suas dimensões técnica, humanística, ética e estética.

Possivelmente seja uma das mais complexas dentro do espectro das relações humanas, contendo em seu âmago uma enorme diversidade de conflitos éticos.

Como qualquer processo de relação interpessoal, esse relacionamento é mediado pela comunicação.

Para Moacyr Scliar, independentemente de sua condição de detentor de um saber especializado, é como ser humano que o médico se relaciona com seus pacientes. Essa combinação de ciência e humanismo é que dá à Medicina a sua grandeza.

O psicanalista húngaro Michel Balint foi um dos autores pioneiros na percepção da importância terapêutica da relação entre o paciente e o profissional.

Em seu livro *O médico, seu paciente e a doença*, o autor defende que “a personalidade do médico é o primeiro ‘medicamento’ que se administra aos pacientes”.

E, talvez, seja o mais importante.

Balint deixou-nos uma obra memorável, responsável pela mudança do paradigma da relação médico-paciente, desenvolvendo uma técnica peculiar e uma teoria que permitiu redimensionar o encontro do médico, enquanto ser humano, com seu paciente – a pessoa doente.

Sem dúvida, a droga mais utilizada pelo clínico é ele próprio.

Portanto, o conhecimento das indicações, das doses e efeitos colaterais desse poderoso “fármaco” ganha enorme importância no tratamento de nossos pacientes reumáticos.

Balint demonstrou a importância de avaliar-se o paciente inserido em seu cotidiano, que, a partir de suas dores, acaba por organizar sua doença. Isso permitiu uma abordagem holística do paciente. Considera que três fases são fundamentais nesse relacionamento: o “escutar”, como uma forma diferente de colheita da anamnese médica, seguida do “compreender” e, finalmente, do uso dessa compreensão com finalidade terapêutica.

Possivelmente, o autor mais importante no estudo dessa relação, com finalidade terapêutica, seja o psicanalista finlandês Veiko Tähkä.

Sua obra *O relacionamento médico-paciente*, desde a primeira edição, tem sido utilizada didaticamente nos cursos de graduação e pós-graduação médicos, em virtude da visão e da compreensão, sob a ótica psicanalista, da complexa relação entre o paciente e o médico.

Todo médico deveria ter consciência do enorme poder terapêutico de sua figura e, também, de seu perigoso potencial iatrogênico.

Não conheço iatrogenia maior, cometida por alguns colegas, que apontando para os diversos pontos de hiper-captção articular em uma cintilografia óssea (indevidamente solicitada!), comentam com o paciente os diversos “desgastes” articulares e a impossibilidade de tratamento.

Tähkä refere que, baseando-se nos conhecimentos atuais, as características dessa interação podem ser compreendidas com mais profundidade, o que também torna possível descrever, ensinar e aprender os princípios do relacionamento médico-paciente.

As enormes mudanças na relação médico-paciente nas últimas décadas tornaram essa relação muito mais complexa, mas os preceitos estudados por Tähkä continuam mais atuais que nunca e são fundamentais no manejo de nossos pacientes reumatológicos.

O uso compreensivo e terapêutico desse relacionamento exige que o médico possua certos conhecimentos e certas habilidades.

O médico deve também aprender a conhecer-se suficientemente bem para impedir, até onde for capaz, que seus próprios preconceitos e problemas perturbem a eficácia do trabalho.

Alguns conceitos descritos por Tähkä são fundamentais em nossa prática médica, entre eles:

EMPATIA

Significa que podemos, por um momento, tentar colocar-nos na posição de outra pessoa e, através dessa identificação temporária, tentar experimentar a situação sob o seu ponto de vista.

A capacidade de sentir empatia é característica normal das pessoas, faz parte da natureza do homem.

Para uma conduta eficaz, é importante que a capacidade de empatia do médico seja utilizada plenamente em todas as interações diagnósticas e terapêuticas.

Em alguns profissionais a empatia é mais desenvolvida que em outros, mas pode-se afirmar que é possível melhorar sensivelmente essa capacidade por meio de reflexão e treinamento.

MANEIRISMOS MÉDICOS

É um mecanismo de se solucionar problemas no relacionamento com os pacientes.

Constitui uma armadura profissional atrás da qual o médico oculta suas preocupações e hesitações. Trata-se de uma maneira estereotipada de relacionar-se; como solução padrão, é aplicada de modo mais ou menos imutável, em situações absolutamente diferentes.

CONTRATRANSFERÊNCIA

A transferência é o processo onde o paciente, automática e inconscientemente, desloca para o médico sentimentos e atitudes que se originaram de relacionamentos com figuras significantes de sua primeira infância.

Esse fenômeno encontra contrapartida nas diversas maneiras por meio das quais o médico experimenta seu paciente.

Os médicos, como qualquer pessoa, podem dirigir para seus pacientes diversos sentimentos e atitudes irracionais, que não constituem reações ao verdadeiro ser e personalidade do paciente.

Determinado paciente pode evocar no médico a lembrança de uma pessoa anteriormente importante e mobilizar sentimentos e modos de relacionar-se associados a esse antigo relacionamento.

Perceber o fenômeno da contratransferência requer atenção do profissional e pode ser um fator fundamental no sucesso terapêutico em determinado paciente.

AUTOCONHECIMENTO

É apropriado que o médico se pergunte, regularmente, como ele se relaciona com os pacientes e se nota problemas especiais com determinados pacientes ou com categorias de pacientes.

Refletindo regularmente sobre suas reações e sobre suas práticas, o médico pode melhorar sensivelmente o desempenho e atingir metas terapêuticas que pareçam impossíveis no início.

Diversos outros fatores influenciam o desempenho do médico e a melhora da relação terapêutica – sua postura tranquila e sem pressa de terminar a consulta, sua comunicação não verbal, evitando gestos que mostrem impaciência em ouvir o paciente, o ambiente claro e tranquilo, o tratamento cordial e carinhoso, o conhecimento de detalhes importantes na vida do paciente (estrategicamente anotados no prontuário), o cuidadoso ritual do exame físico, onde ocorre o toque e o contato físico (fundamentais para o paciente) e outros detalhes de grande importância, que muitas vezes passam despercebidos.

O contato da mão do médico ao examinar o paciente tem um poder terapêutico extraordinário, difícil de ser medido.

A compreensão dos conceitos definidos por Tähkã e Balint pode melhorar acentuadamente a eficácia da atenção médica, restaurando, sem percebermos, a antiga satisfação com a profissão, muitas vezes perdida nas rotinas de consultórios, de ambulatorios e da vida acadêmica.

REFERÊNCIAS

1. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
2. Tähkã V. O relacionamento médico-paciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
3. Marques Filho J. A relação médico-paciente: um olhar técnico e ético contemporâneo. In: Rheuma & Ethos. Marques Filho J, Vasconcelos JTS (coordenadores). Porto Alegre: S2C Editora, 2008.

JOSÉ MARQUES FILHO

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

POR QUE VOCÊ DEVE SABER MAIS SOBRE O DIREITO, A LEI E SEUS DIREITOS

Já se foram os tempos em que bastava ser um bom médico para ficar longe dos tribunais. Entre os muitos problemas que afligem os profissionais da saúde, há uma nova “especialidade” do direito: o advogado “de porta de hospital”, sempre pronto a se aproveitar de qualquer erro médico – real ou imaginário.

Quem já encontrou pela frente um “doutor pit bull”, que explora a tragédia da deterioração das condições de trabalho do médico e capitaliza a angústia e o rancor daqueles que – muitas vezes por motivo de força maior – sofreram a perda de um ente querido, sabe que esta é uma das experiências mais desagradáveis da vida de qualquer médico.

Basta que se fale em “processo” ou “advogado” para que o médico tenha uma crise de ansiedade e de estresse. É certo que problemas legais existem, mas quando você tem consciência de seus direitos e passa a entender como funciona um processo, a situação fica mais tolerável, tornando possível fazer um diagnóstico mais apurado e menos emocional da situação real.

Embora o reumatologista, por tratar de doenças crônicas, e de evolução lenta, seja uma das especialidades menos processadas, o quadro começa a mudar com novas terapias, que passam a ter caráter mais invasivo, como os agentes biológicos para tratamento da artrite crônica, e dos novos anti-inflamatórios, mais eficazes, porém mais sujeitos a efeitos colaterais.

Saber manejar bem os seus direitos pode ser um fator decisivo em sua defesa profissional. Da mesma forma que uma infecção pode e deve ser combatida rapidamente, existem remédios jurídicos simples que, ministrados antes da crise, em especial no que se refere a propaganda do consultório, dos procedimentos nele efetuados e na elaboração de um termo de esclarecimento, podem evitar processos legais ou, na pior das hipóteses, atenuar consideravelmente a responsabilidade do profissional – o que contará pontos favoráveis na ocasião do julgamento.

Conhecer a defesa profissional é entender problemas legais, e como tomar atitudes simples que previnem processos, agindo dentro da ética.

Você entenderá os fatores que explicam o crescimento das demandas contra os médicos e conhecerá as motivações de quem processa.

É importante conhecer os direitos e garantias que a lei lhe oferece, e como utilizar bem suas prerrogativas profissionais, caso você seja processado, bem como saber identificar um bom profissional do direito, caso venha a precisar.

Assim, “defesa profissional” significa agir com uma postura preventiva e pró-ativa, o que diminuirá o risco de você ser processado, e passe a se documentar adequadamente, especialmente diante de pacientes que sinalizam serem pessoas problemáticas.

Em resumo, ter uma postura de defesa profissional significa fazer o melhor de si no relacionamento médico-paciente, visto que muitas vezes o médico que é acusado de má prática profissional agiu corretamente, mas não deu a atenção necessária para o paciente, que se sentiu mal atendido.

Por outro lado, muitos processos contra reumatologistas são provenientes da omissão em se solicitar um termo de consentimento esclarecido para o paciente, algo que o novo Código de Ética Médica tornou obrigatório, e que deve ser solicitado aos pacientes, não só como uma garantia para o médico, mas também sob a alegação absolutamente verdadeira de que o médico deve seguir as diretrizes do CRM; assim, a assinatura do termo de consentimento informado é obrigatória, e uma condição para a realização do tratamento.

O termo de consentimento informado demonstra a boa-fé do médico no sentido de que o paciente foi adequadamente esclarecido dos eventuais efeitos colaterais do tratamento, para que o paciente conheça os prós e os contras do tratamento, e possa fazer uma escolha consciente.

Assim, no tratamento com agentes biológicos, é importante que o médico questione e se documente quanto a possibilidade de efeitos adversos relevantes que apareçam durante o tratamento de doenças reumáticas com terapias imunossupressoras, e estimar a frequência do evento; e que seja feito um questionário individualizado quanto aos fatores de risco de cada paciente quanto ao tratamento proposto, bem como orientar por escrito o paciente para que procure prontamente o médico no caso de ocorrerem tais eventos.

Por último, como veremos, a boa relação médico-paciente, e o fornecimento de assistência por parte do médico, quando o tratamento não surte o efeito desejado, também são pontos fundamentais para que o pa-

ciente se sinta bem atendido e, em consequência, não se sinta desmerecido ou prejudicado a ponto de entender como devida uma reparação por parte do médico que o tratou.

ERNESTO LIPPMANN

Advogado em São Paulo, especializado na área médica.

Ex-consultor jurídico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Pós-graduado pela Universidade de São Paulo.

É palestrante e autor dos livros Você tem todo o direito!, Manual dos direitos do médico, Os direitos fundamentais da Constituição de 1988 e Assédio sexual nas relações de trabalho, além de ter vários artigos publicados em conceituadas revistas da área jurídica e médica.

SERVIÇO DE IMUNOLOGIA, ALERGIA E REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)



Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

As atividades do Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica da FMRP-USP iniciaram-se formalmente no ano de 1988. A história da criação desse serviço começa em fevereiro de 1981, quando foi instituído o programa de residência em Imunologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, oferecido pelo Departamento de Puericultura e Pediatria, com o apoio e supervisão dos professores da Divisão de Imunologia Clínica do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP (professores Ivan Fiore de Carvalho, Willy Sarti, Júlio César Voltarelli e Eduardo Antônio Donadi) e, a partir de 1987, sob a responsabilidade da professora Virgínia Paes Leme Ferriani, ex-residente desse programa.

O programa de residência em Imunologia Pediátrica que, desde a sua origem, propõe-se a capacitar pediatras para o atendimento adequado de crianças e adolescentes com suspeita ou diagnóstico estabelecido de imunodeficiências primárias, doenças alérgicas e doenças reumáticas, evoluiu e modificou-se por conta das exigências do mercado de trabalho, e da criação de duas áreas de atuação distintas, Imunologia e Alergia, e Reumatologia Pediátrica. Até o ano de 2006, os residentes cumpriam programa com atividades relacionadas à Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica no primeiro ano e no segundo, podiam optar por estágio de um ano em uma das duas áreas: Imunologia e Alergia, ou Reumatologia Pediátrica. Desde 2007 as atividades dos programas de residência nessas duas áreas de atuação foram modificadas, e os residentes que optam por cada uma das áreas cumprem programa de dois anos na área específica. O serviço tem atualmente duas vagas credenciadas para R3

e duas vagas de estágio (complementação especializada) em cada uma dessas áreas de atuação.

A equipe permanente de Reumatologia Pediátrica é constituída por quatro reumatologistas pediatras: Virgínia Paes Leme Ferriani, docente do Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP, Gecilmara Cristina Salviato Pileggi, Luciana Martins de Carvalho e Francisco Hugo Gomes, médicos assistentes. Até agosto de 2011, outra médica assistente, Thais Souza Cugler, integrava o nosso grupo. Além disso, fazem parte da equipe, Adriana Barone (fisioterapeuta), Sílvia Sato (psicóloga), Jacqueline Pontes Monteiro (nutricionista e docente do Departamento de Puericultura e Pediatria), Roberta Garcia Salomão (nutricionista) e Luciana Rodrigues Roberti (bióloga). Contamos ainda com a atuação eficiente e generosa das voluntárias da Associação dos Amigos da Criança com Reumatismo de Ribeirão Preto (Acredite-Ribeirão Preto), sob a coordenação da Dra Gecilmara.

As atividades desenvolvidas pela equipe de Reumatologia Pediátrica incluem atendimentos em enfermaria e ambulatorios semanais específicos para crianças e adolescentes com dores em membros, febre reumática, artrites crônicas, doenças do tecido conjuntivo, vasculites e síndrome do anticorpo antifosfolípide, além de ambulatorio de reabilitação, de infiltrações, e de triagem (com consultas agendadas diretamente por sistema informatizado). Atendemos, em média, 1.500 consultas ambulatoriais por ano. As medicações em forma de pulso são administradas em esquema de hospital-dia. Recentemente foi implantado em nosso hospital o Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC), onde

os pacientes recebem os agentes biológicos. Esse centro, coordenado em Ribeirão Preto pelo Prof. Paulo Louzada, é parte do projeto da rede estadual de CEDMACs, coordenado pela Prof.^a Eloísa Bonfá.

A equipe de Reumatologia Pediátrica do HCFMRP-USP, além da assistência aos pacientes, desenvolve atividades de ensino para alunos dos cursos de graduação em Medicina, Nutrição, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da FMRP-USP, treinamento de residentes de 1º e 2º anos de Pediatria, de 3º ano de Reumatologia Pediátrica e de Imunologia e Alergia Pediátrica (esses residentes passam pelos ambulatorios de artrites crônicas e doenças do tecido conjuntivo), e de 4º ano de Reumatologia. Adicionalmente, estágios de atualização em reumatologia pediátrica são oferecidos para médicos vindos de diferentes regiões do Brasil. Estágio de especialização para psicólogos recém-formados também são oferecidos anualmente.

As atividades de pesquisa incluem a participação em estudos multicêntricos nacionais e internacionais, e o desenvolvimento de projetos de pesquisa e formação de mestres e doutores dentro do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da FMRP-USP, particularmente nas linhas de pesquisa de interface entre Imunologia e Reumatologia, com destaque para as linhas: "Envolvimento do sistema complemento na patogênese da Dermatomiosite" e "Infecções e vacinação em crianças e adolescentes com doenças reumáticas".

As discussões conjuntas, a partilha de saberes e experiências entre os diferentes profissionais da equipe de Reumatologia Pediátrica têm permitido oferecer às crian-

ças e adolescentes com problemas reumatológicos atendimento especializado de qualidade, com abordagem dos aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais envolvidos no processo saúde-doença, além de propiciar contínuo aprimoramento dos profissionais. Por outro lado, esse trabalho conjunto e "afinado" capacita os profissionais da equipe a enfrentar com melhores recursos os desafios que se apresentam na prática diária. Os momentos difíceis parecem mais leves e as alegrias mais intensas porque são compartilhadas.

Temos o privilégio de trabalhar com pessoas apaixonadas por seu ofício e comprometidas na busca contínua da abordagem terapêutica capaz de permitir a melhor qualidade de vida possível para cada paciente. É com muita alegria que nos apresentamos e colocamos nosso serviço à disposição para referência de pacientes.

VIRGÍNIA PAES LEME FERRIANI

Responsável pelo Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ENDEREÇO:

Departamento de Puericultura e Pediatria,
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo.

Av. Bandeirantes, 3.900, CEP 14049-900, Ribeirão Preto-SP
Fones: (16) 3602-2479 / 2573 – Fax: (16) 3602-2700
E-mails: vplferri@fmrp.usp.br, vplferri@terra.com.br



Adriana Barone (fisioterapeuta); Paola Pinheiro (R3 de Reumatologia Pediátrica 2011); Luciana M Carvalho (médica assistente); Virgínia PL Ferriani (docente responsável); Gecilmara S. Pileggi e F. Hugo Gomes (médicos assistentes).



Gabriela C. Martineli, Silvia Sato e Denise T. Mamede (psicólogas).

Dados extremamente importantes foram divulgados em recente e inédito estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, “Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades, 2011”:

- atuam no Brasil inteiro 1.243 reumatologistas;
- 448 reumatologistas (36% do total) estão no Estado de São Paulo;
- só para comparar, existem 2.912 ortopedistas em nosso Estado;
- os reumatologistas representam apenas 0,4% do total de médicos do Estado de São Paulo;
- 43,5% dos médicos do Estado de São Paulo estão trabalhando na capital.

Estes números revelam profundas diferenças regionais e devem nortear futuras discussões e reflexões sobre nossa atuação profissional. Desta forma, a *RPR* manterá nesta seção os relatos de colegas das mais variadas regiões do Estado de São Paulo sobre o mercado de trabalho para o reumatologista. Neste número, o sempre atuante Dr. José Eduardo Martinez nos traz dados sobre Sorocaba.

MERCADO DE TRABALHO PARA O REUMATOLOGISTA EM SOROCABA



JOSÉ EDUARDO MARTINEZ

Doutor em Reumatologia, titular do Departamento de Medicina, diretor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP

Sorocaba é uma cidade localizada a cerca de 90 km de São Paulo com uma população estimada de 650 mil habitantes. Tem sido considerada um dos mais progressistas polos industrial e comercial. Atualmente conta com *campus* de duas universidades públicas, duas comunitárias e duas privadas, além de grande número de faculdades isoladas. A cidade tem uma faculdade de Medicina fundada há 62 anos e que compõe a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, tendo sido a primeira localizada fora de uma capital brasileira. Nossa faculdade conta com um serviço de reumatologia que tem

um programa de residência reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica e um curso de aprimoramento de estudos (estágio) com duração de dois anos e tempo integral (pré-requisito para a prova de título de especialista pela SBR).

Em relação à saúde pública, somos a sede de uma Divisão Regional de Saúde (DRS16) que abrange 48 cidades, algumas com os mais baixos IDHs do Estado de São Paulo.

Em relação aos reumatologistas, temos cinco colegas com título de especialista pela SBR e sete colegas com

formação em reumatologia, porém, sem o respectivo título. Entre eles, três trabalham no serviço público municipal, dois no serviço público estadual e dois na universidade, e os demais atuam na saúde suplementar e atendimento particular. Contamos ainda com uma docente de Reumatologia Pediátrica que atende apenas no serviço universitário.

A demanda por atendimento reumatológico na região é bastante grande e, embora tenhamos reumatologistas também em outras cidades (um com título e três sem título, segundo o site da SBR), ainda uma parte significativa dos pacientes é referenciada para Sorocaba.

As queixas musculoesqueléticas são as principais causas de referência para os serviços secundários e terciários a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Entre elas, destacam-se as doenças com dor crônica. Embora grande parte dessas referências seja encaminhada

ao ortopedista, sabemos que o profissional mais indicado para atendê-las se houvesse disponibilidade seria o reumatologista. Nesse sentido, também é importante abordar o papel de nossa especialidade na capacitação do clínico da UBS para aumentar sua resolutividade. Programa nesse sentido está sendo elaborado pela PUCSP.

No tocante à saúde suplementar, a demora na marcação de consultas é uma realidade que gera grande número de queixas aos gestores dessas instituições.

Assim, considerando-se a abrangência da área de atuação da reumatologia e levando-se em conta a experiência de nossos colegas em doenças tão prevalentes de nossa população, considero que o mercado de trabalho ainda se mantém aberto. Em relação ao serviço público, entendo necessária a reorganização do atendimento reumatológico, em particular nas doenças mais prevalentes e com baixa e média complexidade.

GOTA

Fernanda Calil Machado Netto⁽¹⁾, Denise de Fátima Forteski⁽¹⁾, Andréa Pimentel Fonseca Golmia⁽²⁾

1. Residente em Reumatologia do Hospital Heliópolis.
2. Médica assistente do Hospital Heliópolis.

A gota é uma patologia associada a hiperuricemia e causada pela deposição de cristais de urato monossódico nas articulações e tecidos adjacentes. A doença típica progride de um período inicial prolongado geralmente assintomático de acúmulo de cristais nas articulações para uma fase aguda de episódios dolorosos, mas autolimitado de monoartrite ou oligoartrite a uma fase final crônica dolorosa, deformante associada a presença de depósitos de cristais em tecidos moles conhecidos como tofos.

A transição de gota aguda intermitente para avançada ocorre quando o período intercrítico entre as crises já não é livre de dor. Esta fase foi previamente chamada gota tofácea crônica, no entanto, embora o tofo subcutâneo seja a lesão mais característica da artrite gotosa avançada, não está sempre presente. Nesta etapa da gota, as articulações envolvidas são agora persistentemente dolorosas e edemaciadas, embora a intensidade desses sintomas seja menor do que durante as crises agudas. O nível de dor pode também aumentar progressivamente com o

tempo se as terapias apropriadas não forem instituídas. O envolvimento poliarticular se torna muito mais frequente nesta etapa. Com o envolvimento difuso e simétrico de pequenas articulações das mãos e dos pés, a gota avançada pode ocasionalmente ser confundida com a poliartrite simétrica da artrite reumatoide. A gravidade e incapacidade associadas às erosões e destruição óssea da artrite gotosa avançada são semelhantes às observadas na artrite reumatoide.

O objetivo imediato da terapêutica na gota aguda é a resolução rápida e segura da dor e da inflamação, limitar as recorrências de artrite gotosa aguda e inibir a sinovite gotosa crônica e a destruição do tecido conjuntivo associados.

REFERÊNCIAS

1. Hochberg MC, Silman AJ, MD, Smolen JS, MD, Weinblatt ME, Weisman MH. Rheumatology. 5. ed. Elsevier, 2011. Cap. 183, v. 2.



OS-CAL[®]

+vit. D
400 UI

carbonato de cálcio 500 mg + colesterciferol (vit. D) 400 UI

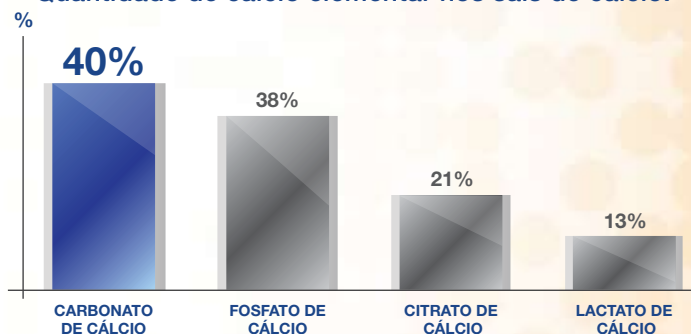


A dose recomendada para ossos fortes!¹



Quando o assunto é a reposição de cálcio, opte pelo sal com a maior quantidade de cálcio disponível: **o carbonato de cálcio?**

Quantidade de cálcio elementar nos sais de cálcio?



Indicações dos diferentes tipos de sais de cálcio?

Sal de cálcio	Características do indivíduo
CARBONATO DE CÁLCIO	Crianças / adolescentes / grávidas / lactantes / homens ou mulheres em qualquer idade
CITRATO DE CÁLCIO	Homens ou mulheres em qualquer idade com câncer gástrico, gastrite atrófica, acloridria, litíase renal, cirurgia bariátrica
FOSFATO DE CÁLCIO	Homens ou mulheres com mais de 70 anos, com baixa ingestão de fósforo e intolerância à lactose ou dificuldade para se alimentar

OS-CAL[®] 500 + D (carbonato de cálcio 500mg + colesterciferol (vit. D) 400UI). INDICAÇÕES: OS-CAL 500 + D é um suplemento mineral e vitamínico indicado na prevenção ou no tratamento auxiliar na desmineralização óssea pré e pós menopausal. MS nº 1.1300.0981. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de Revisão: 18/08/2011. Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler a bula completa do produto. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Os-Cal[®] 500 + D é um medicamento. Seu uso pode trazer riscos. Procure o médico e o farmacêutico. Leia a bula.



Referências Bibliográficas: 1. Nieves JW. Osteoporosis: the role of micronutrients. Am J Clin Nutr. 2005 May;81(5):1232S-1239S. 2. Szejnfeld VL. Osteoporse pós-menopausa. In: Moreira C, *et al.* Reumatologia essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 259-67.

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



SANOFI

Definia-os como uma sentença, proposição máxima, que em poucas palavras contém uma regra ou um princípio de grande alcance em qualquer ciência.

O aforismo é um estilo de escrita que articula literatura e filosofia e, longe da pretensão de verdade absoluta, é apenas uma metodologia de expressão do pensar que por suas características exige do leitor uma visão crítica e uma imediata reflexão.

Os aforismos hipocráticos são os mais notáveis e famosos.

Publicar os próprios aforismos, dizia o professor Berardinelli, pode parecer, à primeira vista, grande pretensão, mas, por outro lado, pode significar extrema modéstia – a certeza de que ninguém mais o faria.

É, com efeito, expressão de inextinguível modéstia encontrar apenas meia dúzia de parágrafos aproveitáveis na própria obra, após longos anos de prática e estudos.

É com esse espírito de humildade berardinelliana que ousou publicar, a seguir, alguns aforismos, fruto de longa vivência clínica e reflexões bioéticas.

Reumatologista e membro

das Comissões de Ética e Defesa Profissional
da SPR e da SBR

xviii ERA 2012
ENCONTRO DE
REUMATOLOGIA AVANÇADA

3 A 5 DE MAIO | MAKSOUD PLAZA | SÃO PAULO SP

ERA 2012



**SOCIEDADE
PAULISTA DE
REUMATOLOGIA**

reumato@eventus.com.br www.eventus.com.br/ERA2012

O LADRÃO DE BICICLETA

Aconteceu lá pelos anos quarenta, numa cidadezinha do interior, que contava com apenas 25 mil habitantes, e onde muito raramente se via um carro pelas ruas, envolvendo um Ford 29, também conhecido por Ford bigode. A velocidade máxima possível de ser atingida era de 72 km/hora, a que ninguém ousava chegar, sob pena de provocar um grande e autêntico alvoroço na população, acostumada ao vai e vem de charretes, a condução da época. Assim, a uma velocidade média de 20-30 km/hora, era – posso dizer – muito difícil, quase impossível ocorrer alguma colisão, algum acidente. Mas aconteceu, porém, sem maiores consequências para o acidentado, no caso alguém que circulava distraidamente de bicicleta. A notícia, como era de se esperar, espalhou-se rapidamente pela cidade, desde as seis horas da tarde, e a boataria chegou também aos ouvidos do pai, homem de educação extremamente rigorosa residente a uma quadra e meia do local. Sem nada dizer e a ninguém perguntar, dependurou a bicicleta num armazém no fundo do quintal, que todas as casas costumavam ter, entre outras coisas, para estocar as lenhas ao abrigo das chuvas para, bem secas, arderem no fogão em dias de necessidade. De uma só vez e com todas as palavras, o pai disse a todos: “Nesta casa, doravante, jamais alguém ousara pedir-me uma bicicleta”.

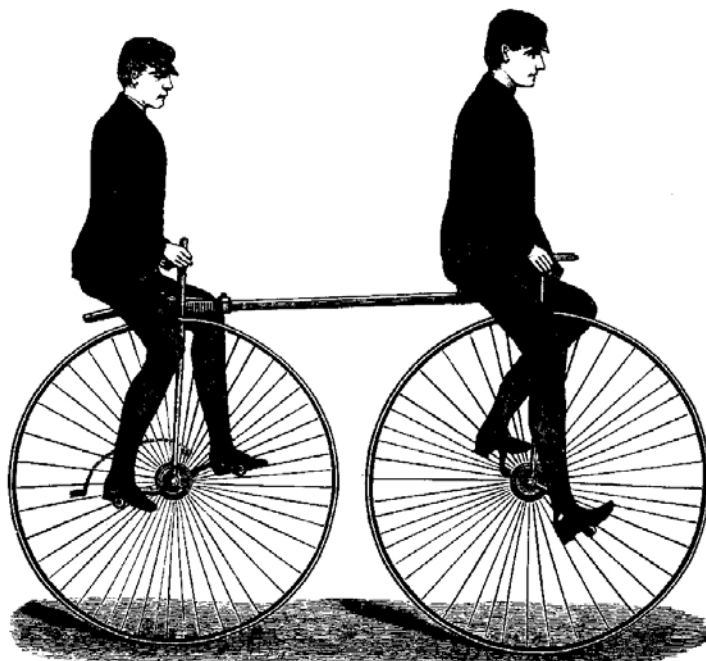
* * *

O acidentado, o mais velho de quatro irmãos, não esperava que esse episódio viesse a prejudicar a todos, menos ainda o irmão caçula, que, na época oportuna, foi à luta e tudo fez para aprender o ofício, nunca porém usando a bicicleta da casa. Pois, se bem conhecia o pai, sabia que tal conduta teria consequências perigosamente desastrosas e imprevisíveis. Foi quando se lembrou de uma prima que tinha uma bicicleta na outra extremidade da rua, bem entendido, uma quadra de chão batido onde buracos e formigueiros, embora poucos, não faltavam, eram os habitantes usuais. Ele só precisava saber o melhor momento de tirá-la (melhor dizendo, furtá-la) por uns instantes da garagem no fundo do quintal onde era guardada. Só restava conseguir um amigo, o que não foi muito difícil, recaindo a escolha sobre um vizinho, amigo desde a primeira infância. Era óbvio que este deveria segurar o selim para mantê-lo em equilíbrio rua abaixo até que ele, sozinho, o conseguisse. O melhor momento poderia ser à noite, pois, tudo levava a crer, suas primas estariam no cinema entre as 19h30 e 21h30 horas no cinema.

* * *

Tudo pronto, restava um único problema, de todos o mais importante. A prima havia nascido com a musculatura de uma perna, a direita, com sinais tróficos, pelo que requeria certos exercícios para fortalecê-la. A mãe e a tia do nosso caçula tiveram a luminosa ideia de alcançar melhores resultados impondo um exercício em bicicleta, porém, fixando o pedal esquerdo, em outras palavras, tornando-o imóvel. Assim, o esforço a exercer com o membro afetado, sendo maior, traria resultados melhores. Não seria um problema maior se o nosso protagonista não fosse canhoto e tivesse que, pela primeira vez, usar o membro inferior direito, e pior, equilibrar-se em cima de uma bicicleta pedalando com a perna e pé direitos até aprender num curto espaço de duas horas. Tantas foram as vezes que juntos, o ciclista e seu amigo, subiram andando a ruazinha naquela noite e desceram de bicicleta que, no dia seguinte, não tiveram coragem de ir à escola, tamanha a dor que sentinham no vão das pernas. Se foi um castigo pelo furto cometido, foi o melhor de quantos viria a sofrer por ser canhoto, me contou ele, depois de me assegurar que o mundo não foi feito para eles, os canhotos.

ADIL MUHIB SAMARA
Campinas, 16 jan. 2012



Noticiário

II JORNADA DE REUMATOLOGIA DO ABC E LITORAL

Repetindo o sucesso anterior, realizou-se nos dias 18 e 19 de novembro de 2011, no Guarujá, a II Jornada de Reumatologia do ABC e Litoral. Organizado pelos valiosos Dr. Jorge Eduardo C. Clemente e Dr. Abel Pereira Souza Jr., o evento contou com cerca de 50 inscitos. Os temas das palestras ministradas pelos doutores Ernesto Dallaverde Neto, Sônia Maria Anti Loduca e Abel Pereira Souza Jr. foram profundamente debatidos pelos reumatologistas Ricardo S. Diniz, Antonio Carlos R. S. Novaes, Carlos Alexandre N. Bragaia, Célio Roberto Gonçalves, Lenise B. Pieruccetti, João Perchiavalli Filho, José Carlos Mansur Szajubok, Joaquim Gonçalves Neto, Fernanda G. Chaer e Guilherme Z. Monteiro. Sem perder de vista o interesse científico, destacou-se o ambiente descontraído e o encontro entre grandes amigos e colegas.



NOVA SEDE PARA A SPR

Em dezembro último, foi adquirida nova sede da Sociedade Paulista de Reumatologia. O imóvel localiza-se no mesmo edifício da sede anterior, porém com uma área maior, podendo agora comportar adequadamente todo o patrimônio de nossa sociedade. Essa aquisição (aprovada em Assembleia) foi fruto de intensa pesquisa no mercado imobiliário, representando um importante investimento da SPR. A RPR parabeniza o Dr. Luiz Carlos Latorre que, sem medir esforços, coroou o final de sua brilhante gestão com essa importante realização.

ELEIÇÃO DA DIRETORIA DA SOCIEDADE PAULISTA DE REUMATOLOGIA – BIÊNIO 2014/2015

No dia 10 de dezembro de 2011, em Assembleia Geral Ordinária, foi eleita por aclamação a nova Diretoria da Sociedade Paulista de Reumatologia – Biênio 2014/2015. A eleição para presidente da SPR do Dr. Dawton Yukito Torigoe, membro destacado e sempre atuante no cenário da reumatologia paulista, foi comemorada pelos presentes. A futura diretoria ficou assim constituída:

Presidente: Dr. Dawton Yukito Torigoe

Vice-presidente: Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto

Diretora Científica: Dra. Simone Appenzeller

1.^a Secretária: Dra. Sandra Hiroko Watanabe

2.^a Secretária: Dra. Nafice Costa Araújo

1.^o Tesoureiro: Dr. Cristiano Barbosa Campanholo

2.^a Tesoureira: Dra. Andrea B.V. Lomonte



Dr. Dawton Yukito Torigoe.

LANÇAMENTO DO LIVRO REUMATOLOGIA GERIÁTRICA

“Preenchendo uma lacuna há longo tempo sentida na literatura reumatológica nacional, partimos de uma publicação centro-europeia para compilar temas de Reumatologia Geriátrica em livro que visa a clínicos, geriatras, internistas, reumatologistas e outros profissionais interessados no idoso, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, farmacêuticos e bioquímicos. A edição ocorreu em colaboração de médicos brasileiros e eslovacos, do Instituto de Reumatologia Nacional de Piestany e da Faculdade de Medicina da PUC em Porto Alegre – dentre outros convidados, com publicação da Slovak Academic Press inicialmente em português e eslovaco. São discutidos não apenas aspectos típicos de quadros reumáticos tradicionais como lúpus e artrite reumatoide de início na terceira idade, polimialgia reumática, doença óssea de Paget, osteoporose, síndromes paraneoplásicas e osteoartrite, mas também situações especiais da faixa etária, como adesão aos tratamentos e problemas farmacológicos específicos. O livro é complementado com aspectos inusitados, como a síndrome RS3PE, vasculites no idoso, indicações e reações especiais aos agentes biológicos, e um abrangente capítulo sobre a importância do laboratório no diagnóstico de doenças reumáticas. Pretendemos que essa publicação se constitua em base de grande relevância para consulta e cuidado do paciente geriátrico. Carlos Alberto von Mühlen, Jozef Rovensky, Deise Piovesan, Fiorella Rhebein.”



CARLOS A. VON MÜHLEN, MD PhD
Rheumatology & Clinical Pathology
Chairman, Brazilian Institute for Autoimmunity

NOTA

O Ambulatório Médico de Especialidades de Itapevi, administrado pela OSS Associação Congregação de Santa Catarina, localizado na Av. Presidente Vargas, n. 215, Itapevi, próximo à cidade de São Paulo, possui uma vaga para médico reumatologista em atendimento ambulatorial.

Para mais informações, entrar em contato com Dra. Patrícia, gerente médica, ou Dr. Alexandre, coordenador médico, através do telefone 4084-3347, de segunda a sexta-feira, ou pelo e-mail secretaria@ameitapevi.org.br.

Todas as edições da *Revista Paulista de Reumatologia* já estão disponíveis na íntegra em nosso site www.reumatologiasp.com.br.

XIX ENCONTRO RIO-SÃO PAULO XXI JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA

Já em clima festivo, próximo às luzes dos enfeites de Natal da Avenida Paulista, realizou-se no Hotel Maksoud Plaza, em São Paulo, entre os dias 8 e 10 de dezembro de 2011, o XIX Encontro Rio-São Paulo e XXI Jornada Paulista de Reumatologia. Fizeram-se presentes na cerimônia de abertura os doutores Luiz Carlos Latorre, então presidente da SPR, Francinne Machado Ribeiro, presidente da SRRJ e Geraldo Castelar Pinheiro, presidente da SBR. Com a organização dos diretores científicos Cristiano A. F. Zerbini, Roger A. Levy e Luis Eduardo C. Andrade (SBR), o evento contou com a participação de destacados reumatologistas brasileiros e dos convidados internacionais Dr. Gurkirpal Singh e Dra. Jane E. Salmon, dos Estados Unidos. Os 488 inscritos puderam participar sem custo adicional dos cursos sobre Imagem e Imunologia na Prática Reumatológica. A programação abrangeu diversos temas: lombalgia, reumatologia pediátrica, vasculites, espondiloartrites, miopatias inflamatórias, artrite reumatoide, osteoporose/osteomalácia, comorbidades em pacientes reumáticos, lúpus eritematoso, SAF e hipertensão pulmonar. Foram apresentados 51 trabalhos científicos, em forma de pôster e apresentação oral. Os melhores estudos, básico e clínico, foram premiados:

DESCOBERTA E CARACTERIZAÇÃO DE UM NOVO PADRÃO DE FAN-HEP-2 ESPECIFICAMENTE ASSOCIADO AOS AUTOANTICORPOS SS-A/RO. Alvarenga RR, Dellavance A, Gallindo C, Rodrigues SH, Barbosa SH, Rodrigues SS, Camilo ACP, Andrade LEC.

SAPORI: UM INSTRUMENTO ÚTIL E VÁLIDO PARA IDENTIFICAR MULHERES COM BAIXA DENSIDADE ÓSSEA E FRATURAS POR BAIXO IMPACTO – The São Paulo Osteoporosis Risk Index. Pinheiro MM, Reis Neto ET, Machado FS, Omura F, Szejnfeld J, Szejnfeld VL.

Parabéns a todos os conferencistas e palestrantes paulistas e cariocas que abrilhantaram esse grande evento da reumatologia nacional!



8 DEZ. 2011. Abertura do evento: da esquerda para a direita: Dr. Luiz Carlos Latorre (presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia), Dra. Francinne Machado Ribeiro (presidente da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro) e Dr. Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro (presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia).



8 DEZ. 2011. (1) Da esquerda para a direita: Dr. Geraldo da Rocha Castelar Pinheiro, Dr. Gurkirpal Singh, Dr. Luiz Carlos Latorre.
9 DEZ. 2011. (2) Da esquerda para a direita: Dra. Danieli Castro Oliveira de Andrade, Dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá, Dra. Jane E. Salmon, Dr. Luiz Carlos Latorre e Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto. **(3)** Visão geral da plateia. **(4)** Exposição de pôsteres. **(5)** Curso de Imunologia. Da esquerda para a direita: Dr. Marcelo de Souza Pacheco, Dra. Adriana Danowski, Dr. Roger A. Levy e Dr. Evandro M. Klumb. **(6)** Curso de Imagem. Da esquerda para a direita: Dra. Wanda C. Iwakami Caldana, Dr. Cristiano Augusto de Freitas Zerbini e Dr. Jader Silva.

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 no último encontro:

SÉTIMO FÓRUM DE DEBATES (16 DE NOVEMBRO DE 2011)

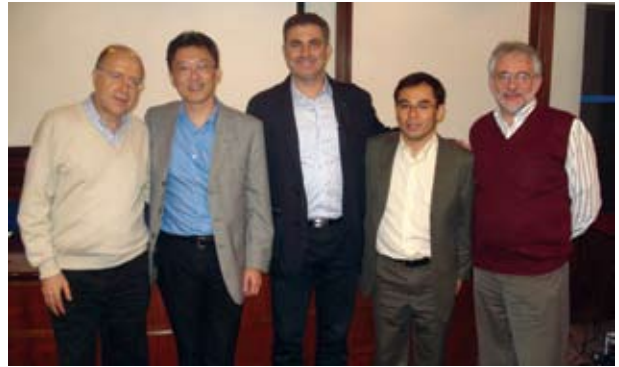
Tema: "Tendinite do glúteo médio e síndrome miofascial"

Coordenação e apresentação: Dr. Dawton Y. Torigoe (médico assistente da Santa Casa de São Paulo)

Debatedores: Dr. Gilson Tanaka Shinzato (graduado pela FMUSP, especialista em Medicina Física e Reabilitação pelo HC-FMUSP, mestrado em Reumatologia pela FMUSP e coordenador da Equipe de Fisiatria do Hospital do Coração) e Dr. Abdalla Skaf (chefe do Departamento de Radiologia do Hospital do Coração, diretor médico da Teleimagem e diretor médico da Alta Diagnósticos)

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.



SÉTIMO FÓRUM DE DEBATES: (1) da esquerda para a direita: Dr. Cristiano A. F. Zerbini, Dr. Dawton Y. Torigoe, Dr. Abdalla Skaf, Dr. Gilson Tanaka Shinzato e Dr. Luiz Carlos Latorre.

FÓRUMS DE DEBATES DE SÃO PAULO – 2012:

Confira as datas para este ano: 4 de abril • 20 de junho • 1 de agosto • 5 de setembro • 3 de outubro • 21 de novembro

CURSO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM EM REUMATOLOGIA

Local: Associação Paulista de Medicina
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278 – São Paulo, SP
Inscrições: www.apm.org.br – **Informações:** (11) 3188-4281

Programação - Reumatologia

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 15/03/2012 – 20:00-22:00 h
Introdução às técnicas dos métodos de imagens e abordagem das principais alterações em Reumatologia
Dr. Alexandre Grinberg• 26/04/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em artrite reumatoide
Dr. André Rosenfeld• 17/05/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em acometimento abdominal em reumatologia
Dr. George Rosas• 21/06/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em doenças por depósito de cristais e artropatias infecciosas
Dr. Elói Fernandes | <ul style="list-style-type: none">• 26/07/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em doenças da coluna vertebral
Dr. Luis Guilherme Hartmann• 23/08/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em distúrbios endócrinos associados a doenças reumáticas
Dra. Fernanda Reis• 27/09/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em vasculites e alterações neurovasculares
Dr. Denis Szejnfeld• 18/10/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em acometimento cardiopulmonar na reumatologia
Dra. Julia Capobianco• 22/11/2012 – 20:00-22:00 h
Imagens em espondiloartrites
Dr. André Aihara |
|--|--|



2012

Agenda 2012

12 DE OUTUBRO
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

NACIONAIS

XVIII Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 3 a 5 de maio

Local: São Paulo, SP

Contato: www.eventus.com.br/era2012

XIV Reciclagem de Reumatologia – Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)

Data: 21 a 24 de junho

Local: Embu das Artes, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

10º Encontro de Reciclagem do Serviço de Reumatologia do Hospital Heliópolis

Data: 3 e 4 de agosto

Local: Embu das Artes, SP

Contato: atendimento@numeneventos.com.br

XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 19 a 22 de setembro

Local: Vitória, ES

Contato: www.cbr2012.com.br

INTERNACIONAIS

XVII Congresso Panamericano de Reumatologia – Panlar

Data: 17 a 21 de abril

Local: Punta Cana, República Dominicana

Contato: info@panlar2012.org

2012 World Congress on Osteoarthritis

Data: 26 a 29 de abril

Local: Barcelona, Espanha

Contato: oarsi@oarsi.org

XVI Congresso Português de Reumatologia

Data: 1 a 5 de maio

Local: Algarve, Portugal

Contato: <http://spr2012.congressos-online.com/default.aspx>

8th International Congress on Autoimmunity

Data: 9 a 13 de maio

Local: Granada, Espanha

Contato: www2.kenes.com/autoimmunity

1st Latin Americana Osteoporosis Meeting

Data: 24 a 27 de maio

Local: São Paulo, Brasil

Contato: www.iofbonehealth.org

Eular 2012

Data: 6 a 9 de junho

Local: Berlim, Alemanha

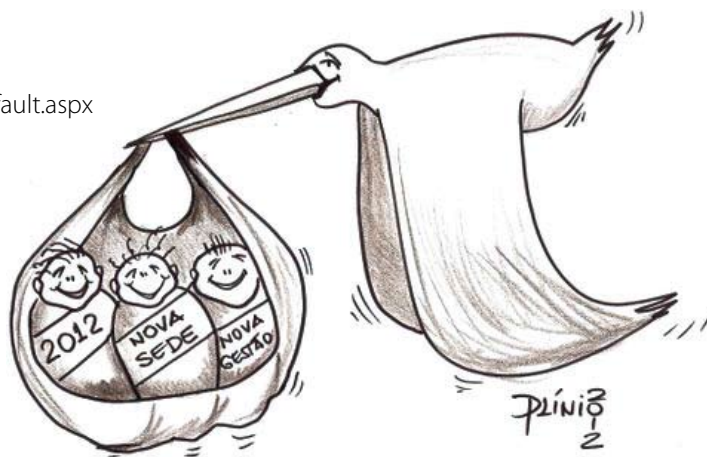
Contato: www.eular.org

ACR 2012

Data: 9 a 14 de novembro

Local: Washington, DC

Contato: www.rheumatology.org



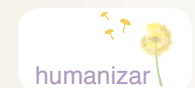
NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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 apropriada (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. 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.

HUMIRA®

adalimumabe

O único anti-TNF totalmente humano
com eficácia em **6 indicações** no Brasil em:¹⁻⁸

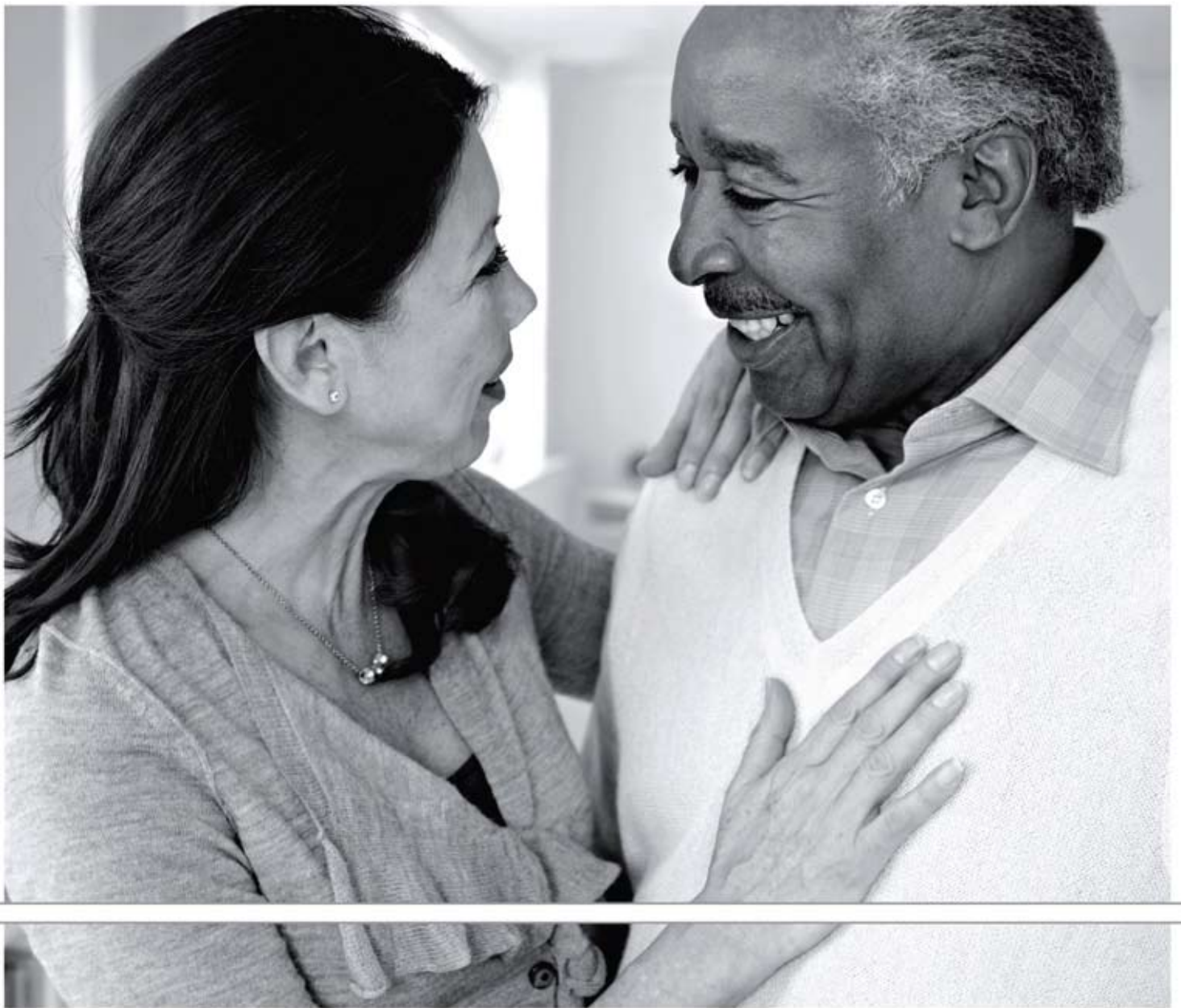


Referências: 1. Burmester GR, Mease P, Dijkman BAC, et al. Adalimumab safety and mortality rates from global clinical trials of six immune-mediated inflammatory diseases. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1863-9. 2. Bula do produto. 3. van der Heijde D, Breedveld D, Kavanaugh A et al. Disease activity, physical function, and radiographic progression after long term therapy with adalimumab plus methotrexate: 5-Year results of PREMIER. *The Journal of Rheumatology.* 2010;37(11): 2237-46. 4. van der Heijde D, Kivitz A, Schiff MH, et al. Efficacy and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2136-46. 5. Mease PJ, Gladman DD, Ritchlin CT, et al; para o Grupo de estudo sobre eficácia da adalimumab em estudo clínico sobre artrite psoriásica. Adalimumab for the treatment of patients with moderately to severely active psoriatic arthritis: results of a double blind, randomized, placebo-controlled Trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52:3279-89. 6. Saurat JH, Stingl G, Dubertret L et al. Efficacy and safety results from the randomized controlled comparative study of adalimumab vs. methotrexate vs. placebo in patients with psoriasis (CHAMPION). *Br J Dermatol.* 2008;158:558-566. 7. Hanauer SB, Sandborn WJ, Rutgeerts P et al. Human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody (Adalimumab) in Crohn's Disease: The CLASSIC-I Trial. *Gastroenterology* 2006;130:323-333. 8. Lovell DJ, Ruperto N, Goodman S, Reiff A. Adalimumab with or without Methotrexate in Juvenile Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med.* 2008;359:810-20.

HUMIRA® (adalimumabe) – MS: 1.0553.0294. **Indicações:** Artrite reumatoide, 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:** **Infecções:** foram relatadas infecções graves devido a bactérias, micobactérias, infecções fúngicas invasivas, virais, parasitárias ou outras infecções oportunistas, sepsis, raros casos de tuberculose, candidíase, listeriose, legionelose e pneumocistose foram relatados em pacientes tratados com antagonistas do TNF. Histoplasmoze e outras infecções fúngicas invasivas são um risco para os pacientes. 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, incluindo infecções crônicas ou localizadas, até que as infecções estejam controladas. Recomenda-se cautela ao uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com histórico de infecções de repetição ou com doença de base que possa predispor o paciente a infecções. **Tuberculose:** foram relatados casos de tuberculose (frequentemente disseminada ou extrapulmonar) associados ao HUMIRA® (adalimumabe). Antes de iniciar o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) todos os pacientes devem ser avaliados quanto à presença de tuberculose ativa ou inativa (latente). Se a tuberculose ativa for diagnosticada, o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) não deve ser iniciado. Se for diagnosticada tuberculose latente, deve-se iniciar a profilaxia antituberculose apropriada. **Reativação da Hepatite B:** o uso de inibidores 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 inibidores de TNF em pacientes portadores do vírus da hepatite B. **Eventos neurológicos:** foram associados, em raros casos, com exacerbação de sintomas e/ou evidência radiológica de doença desmielinizante, incluindo esclerose múltipla e doença desmielinizante periférica, incluindo Síndrome de Guillain Barré. Deve-se ter cautela ao considerar o uso de HUMIRA® (adalimumabe) em pacientes com doenças desmielinizantes do sistema nervoso periférico ou central, de início recente ou pré-existent. **Malignidades:** foi observado maior número de casos de linfoma entre os pacientes que receberam antagonistas de TNF. Além disso, há maior risco de linfoma em pacientes com artrite reumatoide com doença inflamatória de longa duração, altamente ativa, o que complica a estimativa do risco. 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 raros de linfoma hepatoesplênico de células T foram identificados em pacientes recebendo adalimumabe. O risco potencial com a combinação de azatioprina ou 6-mercaptopurina e HUMIRA® (adalimumabe) deve ser cuidadosamente considerado. **Alergia:** durante estudos clínicos, reações alérgicas graves associadas ao uso de HUMIRA® (adalimumabe) foram raramente observadas, 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. A tampa da agulha da seringa contém borracha natural (látex). Pacientes sensíveis ao látex podem ter reações alérgicas graves. **Eventos hematológicos:** raros relatos de pancitopenia, incluindo anemia aplásica. A descontinuação da terapia com HUMIRA® (adalimumabe) deve ser considerada em pacientes com anormalidades hematológicas significativas confirmadas. **Uso com anacina:** A combinação de adalimumabe e anacina não é recomendada. **Insuficiência cardíaca congestiva:** Casos de piora da ICC também foram relatados em pacientes recebendo HUMIRA® (adalimumabe). **Processos autoimunes:** o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) pode resultar na formação de anticorpos autoimunes. Se um paciente desenvolver sintomas que sugiram síndrome Lúpus símile, 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) foi maior do que para os sujeitos com menos de 65 anos de idade. Devido a uma maior incidência de infecções na população idosa geral, 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). Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Uso na lactação:** recomenda-se decidir entre descontinuar o tratamento com HUMIRA® (adalimumabe) ou interromper o aleitamento, levando em conta a importância do medicamento para a mãe. **Interações Medicamentosas:** **Methotrexato:** não há necessidade de ajuste de doses de nenhum dos dois medicamentos. **Outras:** o uso concomitante de HUMIRA® (adalimumabe) e anacina ou abatacepte não é recomendado. Vacinas vivas não devem ser administradas concomitantemente a HUMIRA® (adalimumabe). Não foram observadas interações com DMCDs (sulfassalazina, hidroxiquinona, leflunomida e ouro parenteral), glicocorticoides, salicilatos, anti-inflamatórios não esteroidais ou analgésicos. **Reações Adversas:** **Reação muito comum:** infecções no trato respiratório, leucopenia, anemia, aumento de lipídeos, dor de cabeça, dor abdominal, náusea, vômito, elevação de enzimas hepáticas, rash, dor músculo-esquelética, reação no local da injeção. **Reação comum:** infecções sistêmicas, infecções intestinais, infecções de pele e tecidos moles, infecções de ouvido, infecções de trato urinário, infecções fúngicas, infecções articulares, neoplasia benigna, câncer de pele não melanoma, trombocitopenia, leucocitose, hipersensibilidade e alergia, hipocalcemia, aumento do ácido úrico, quantidade anormal de sódio no sangue, hipocalcemia, hiperglicemia, hipofosfatemia, aumento de potássio no sangue, desidratação, alterações de humor, ansiedade, insônia, parestesia, enxaqueca, compressão de raiz nervosa, distúrbio visual, conjuntivite, blefarite, inchaço nos olhos, vertigem, taquicardia, hematoma, hipertensão, rubor, tosse, asma, dispnéia, hemorragia gastrointestinal, dispepsia, doença do refluxo gastroesofágico, síndrome Sicca, prurido, urticária, contusões, dermatite, onicoclase, hiperidrose, espasmos musculares, hematuria, insuficiência renal, dor no tórax, edema, alterações da coagulação e distúrbios hemorrágicos, teste para autoanticorpos positivo, aumento de desidrogenase láctica no sangue, cicatrização prejudicada. **Reação incomum:** infecções oportunistas e tuberculose, infecções neurológicas, infecções dos olhos, infecções bacterianas, linfoma, neoplasia de órgãos sólidos, melanoma, púrpura trombocitopênica idiopática, tremor, neuropatia, diplopia, surdez, tinnitus, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva, oclusão arterial vascular, tromboflebite, aneurisma aórtico, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumopatia intersticial, pneumonite, pancreatite, disfagia, edema facial, colecistite e coledocolitase, aumento da bilirrubina, esteatose hepática, suores noturnos, manchas, rabdomiólise, lúpus eritematoso sistêmico, noctúria, disfunção erétil, inflamação. **Reação rara:** pancitopenia, esclerose múltipla, parada cardíaca. **Infecções:** As infecções consistiram principalmente de nasofaringites, infecções respiratórias superiores, sinusites, bronquites e infecções do trato urinário. **Reações adversas de pós-comercialização:** diverticulite, linfoma hepatoesplênico de células T, leucemia, anafilaxia, 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, aparecimento ou piora da psoríase; eritema multiforme, alopecia, síndrome lúpus símile, infarto do miocárdio. **Posologia:** Artrite Reumatoide, 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.

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.

Material destinado a profissionais da saúde prescritores. Reprodução Proibida. Produzido em Março/2012.



Sobre a Janssen-Cilag

A Janssen-Cilag é uma indústria farmacêutica reconhecida pela inovação em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e serviços de alta qualidade. Opera mundialmente, atendendo as diversas necessidades médicas e farmacológicas. A empresa está no Brasil há 75 anos e comercializa 60 medicamentos. A companhia dedica-se a estudar e solucionar as mais importantes necessidades médicas não atendidas em dor, oncologia, imunologia, nefrologia e doenças gastrintestinais. Orientados pelo nosso compromisso com a ciência, trabalhamos para oferecer ideias, produtos e serviços inovadores para pacientes, médicos e farmacêuticos em todo o mundo.