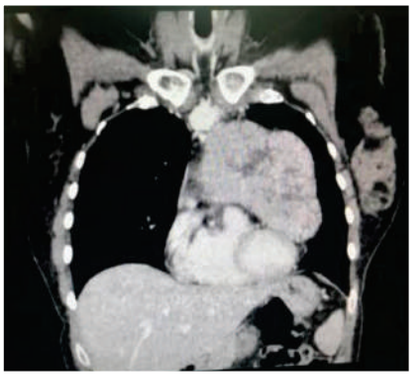
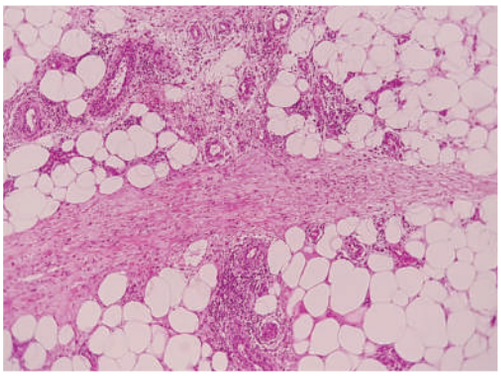
ISSN 2179-6459

BOLETIM SRRJ

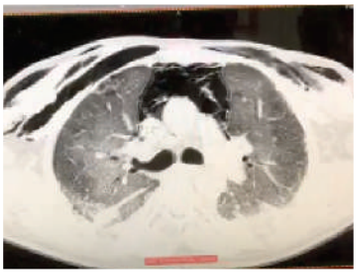
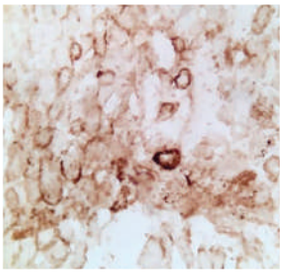
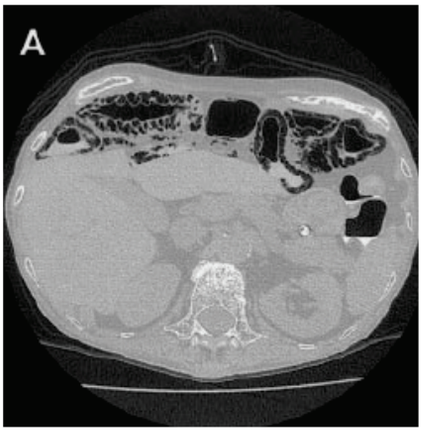
Janeiro / Fevereiro / Março 2019

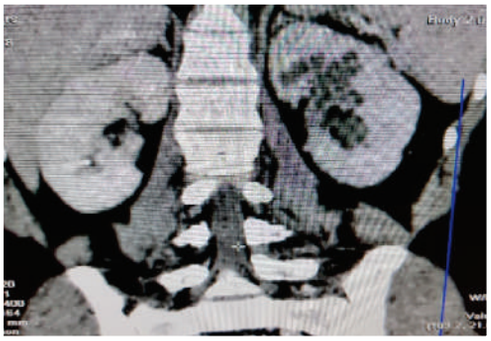
Edição nº 171 Ano XLVII

SALVE A TRADIÇÃO

Grandes ícones, nova gestão e o Clube na casa antiga



Fotos dos melhores momentos do Clube do Reumatismo, que volta a sua casa antiga.

SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

DIRETORIA DA SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Presidente
Dr. Dante Bianchi

Vice-Presidente
Dra. Debora Aguiar

Secretária Geral
Dra. Morgana Ohira

Primeira-Secretária
Dra. Giselle Maretti

Tesoureiro
Dr. Marcelo Pacheco

Vice-Tesoureiro
Dr. Luís Felipe Dipe

Diretor Científico
Dr. Carlos Andrade

Diretor do Interior
Dr. Flavio Nery

Diretora de Comunicação e Mídias
Dra. Ingrid Bandeira Moss

Boletim
Editora-Chefe
Dra. Mirhelen Mendes de Abreu

Conselho Editorial
Dra. Alessandra Pereira
Dra. Kátia Lino
Dra. Laila Boechat
Dra. Lívia Madeira
Dr. Rodrigo Poubel

Diretoria de Ética, Normas e Registros
Dr. Geraldo Castelar

Conselho Fiscal
Dr. José Fernando Verztman
Dra. Selma da Costa Silva Merenlender
Dra. Francinne Machado Ribeiro
Dr. Carlos Augusto Ferreira de Andrade

Editoração e Impressão
Gráfica Tudo Para Ontem

Redação
reumatologia@reumatorj.com.br

CEP 22040-000 - Rio de Janeiro - RJ - Tel. 2549-4114
Rua Barata Ribeiro, 391 - Sala 801 - Copacabana

Boletim da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro

Março de 2019
Edição nº 171

Periodicidade: Trimestral
ISSN 2179-6459

SUMÁRIO

PALAVRA DA PRESIDENTE 3
EDITORIAL 4
HISTÓRIA DA MEDICINA 6
SIGNOS E SIGNIFICADOS 8
MOLECULAR 14
IMAGINANDO 16
INTERCONSULTA 21
INTEGRALIZAR 33
COM PAIXÃO 35
QUEM SABE DE MIM SOU EU 36
MOSAICO 38
CLUBE DO REUMATISMO 43
CRÍTICA MENTE 47
ARTICULANDO 51
ERUDITA REUMATOLOGIA 54

PALAVRA DO PRESIDENTE

Dr. DANTE BIANCHI

Olá a todos.

Este é o primeiro boletim da gestão 2019-2020. Perceberão nas próximas páginas que o carinho e zelo que a SRRJ mantém pelo nosso principal periódico é imenso e incondicional.

Começo essa coluna agradecendo todos os meus antecessores que, de forma conjunta, puderam proporcionar chegar onde estamos. Sem dúvida, não posso deixar de agradecer aos Editores Atuais, principalmente a Dra. Mirhelen, a tranquilidade e confiança que recebo ao elaborar cada um dos nossos volumes.

Sobre as demais atividades científicas, no início de fevereiro, realizamos nosso curso para a prova de título de especialista. Foram dois dias intensos de treinamento, com discussão de questões e aulas de exames osteoarticulares. Foram 40 inscritos com 37 participantes, sendo 21 de fora do Rio. Sigo até o dia que escrevo essa coluna contabilizando os elogios recebidos pela SRRJ. Críticas sempre existirão e já foram anotadas e irão servir de norte para a elaboração do curso no próximo ano. Agradeço imensamente a todos que puderam compartilhá-las.

Nossos próximos eventos serão a Rio-São Paulo, este ano na casa dos nossos queridos vizinhos paulistas, seguida pela nossa jovem Jornada de Niterói, em sua IV edição e em julho nosso tradicional ReumaRio (as programações serão divulgadas nos seus tempos).

Espero que desfrutem a leitura e absorvam todo conhecimento que as próximas páginas lhe proporcionarão.

Grandes abraços,

Dante Bianchi
Presidente Biênio 2019 / 2020

EDITORIAL

MIRHELEN ABREU

LIVIA MADEIRA

RODRIGO POUBEL

KÁTIA LINO

LAILA BOECHAT

ALESSANDRA PEREIRA

Parceria. Assim marca a nova gestão da SRRJ. Sob a liderança do refinado Dante Bianchi, o Boletim procura se espelhar e traduzir o que de melhor se pode esperar desta gestão. Com uma equipe repaginada, achegam-se novas cabeças para agregar a equipe. Continuam Mirhelen Abreu e Lívia Madeira. Entram Rodrigo Poubel, Laila Boechat, Kátia Lino e Alessandra Pereira. A nova comissão foi composta de modo a traduzir a diversidade da reumatologia fluminense: a região metropolitana, o interior, a pediatria e a tradicional reumatologia carioca.

A capa deste patrimônio da Sociedade – o Boletim - traz as imagens dos melhores momentos do encontro regular que é um bem valoroso da nossa sociedade: o Clube do Reumatismo, que retornou a sua casa antiga. Abrimos com a clássica e sempre ansiada coluna **História da Reumatologia**. Para os que não tiveram a oportunidade de se deliciar com as primorosas crônicas dos boletins passados, trazemos uma resenha de cada obra que fomos brindados pelo nosso ícone maior, Dr Hilton Seda. Na sequência, a coluna **Signos e Significados** nos contempla com uma revisão

carinhosamente preparada pela Professora Blanca Bica sobre as síndromes auto inflamatórias que tanto temos nos deparado na nossa prática clínica. Que honra a nossa podermos beber na fonte, não é mesmo?

E continuamos com o nosso manancial de fonte viva! Em **Molecular**, o professor Papi aborda a Imunologia do Envelhecimento. Dando continuidade ao tema do envelhecimento, a equipe coordenada pelo Professor Serafim contribui para **Interconsulta** com uma revisão prática sobre a abordagem ao paciente idoso, com foco na prática reumatológica.

Em **Imaginando**, a sempre presente Professora Elise nos prestigia com uma série especialmente voltada para nós, reumatologistas. Com casos práticos e bem elaborados, a coluna vai abordar o raciocínio clínico radiológico e as possibilidades diagnósticas diferenciais na perspectiva do radiologista.

Somos diversos e precisamos uns dos outros. Precisamos de um sistema sustentável, como nos mostra Cláudio Amorim, gestor do Américas Serviços Médicos, em **Integralizar**. De igual modo, precisamos formar equipes multiprofissionais com foco nas necessidades do paciente reumatológico, como poderemos conferir em **Mosaico**.

O nosso famoso **Clube do Reumatismo** tem tantos casos complexos que foi difícil selecionar os melhores do ano. Mas nossa equipe, liderada por Lívia Madeira, deu conta do recado. Vale conferir! **Articulando** já ilustra ao que veio o nosso líder principal. Tivemos curso preparatório para prova de Título de Especialista, bem como uma trabalhosa tarefa de mapear e divulgar os pontos de assistência reumatológica no Estado do Rio de Janeiro. Que mão de obra! Além disso, trazemos um resgate ao tradicional ReumaQuiz, preparado diligentemente pela promissora reumatologista Laila Boechat, do Norte-Fluminense.

Em **Crítica Mente**, Ricardo Garcia apresenta uma visão geral sobre o racional de inovação tecnológica para a nossa área. Por fim, em **Erudita Reumatologia**, temos o encerramento da série que o professor Eduardo Vieira Martins nos preparou. O romance do médico Cirino e o seu Chernoviz tem final inusitado!

Boa Leitura!

Mirhelen Abreu
& Equipe do Boletim da SRRJ

HISTÓRIA DA MEDICINA

REVISANDO O PASSADO

HILTON SEDA

LIVIA MADEIRA

Ao receber um convite tão honroso de realizar uma revisão das crônicas do Dr Seda, me vem um misto de emoção e insegurança! Como expressar em um texto tantas histórias da medicina contadas nesta coluna? Diante deste desafio, selecionei os três artigos especiais escritos entre 2017 e 2018 para relembrarmos. Não será fácil, mas vamos embarcar juntos nessa viagem pelo tempo!

Iniciaremos relembrando a importância da medicina romana. A famosa Roma Antiga teve relatos desde 753 A.C. e se estendeu da Europa até a Ásia menor e norte da África. Em seu começo, a medicina era praticada apenas por estrangeiros, sendo considerada uma profissão indigna, com o passar do tempo, as escolas médicas ocuparam um espaço especial na sociedade e os médicos levaram o merecido lugar de destaque na sociedade e importância na saúde pública. Em contraste, nas classes mais pobres, escravos e plebeus tinham os seus curandeiros clandestinos e cada doença tinha seu próprio Deus.

Dentre inúmeros médicos da época, destacamos amplos textos sobre a prática da medicina abrangendo a experimentação em animais e humanos, descrição de moléstias infecciosas, as doenças psiquiátricas e os medicamentos antigos, além de procedimentos cirúrgicos.

Na Roma antiga havia duas escolas de ensino principais, os pneumatistas e as ecléticas. A primeira era baseada nos ensinamentos de Hipócrates, com ênfase na saúde plena. A segunda visava escolher a melhor terapia para cada indivíduo.

Entretanto, no âmbito da reumatologia na Roma Antiga destacamos dois médicos gregos. Dioscórides exerceu a medicina na época do imperador Nero e foi ele o responsável por criar o termo reumatismo que significa correr, fluir, inundar, chorrilhar e deslizar. Ele também teve uma contribuição importante nos conhecimento farmacológicos, identificando a planta que derivou a colchicina.

O grego Galeno teve uma reputação marcante em Roma por ter sido designado o médico dos gladiadores. Abordou muito as doenças reumáticas e considerava todos os reumatismos como uma doença só. Suas teorias só foram derrubadas em meados de 1500 com a sistematização dos reumatismos.

Seguindo os boletins, abordamos a medicina no Egito Antigo. Dentre os fundadores da medicina na época, destaca-se Imhotep, que viveu durante a 3ª dinastia do antigo império. Em sua vida, tratou de diversas doenças, incluindo artrite e gota, e também atuou como cirurgião e dentista.

Na mitologia egípcia, quase todos os deuses tinham participação no controle da saúde e a medicina da época era considerada bastante avançada. Até mesmo líderes de outros impérios solicitaram ao faraó o envio de médicos para cuidar de familiares. Haviam duas escolas de medicina dominantes e administradas independentemente, a de Saís e outra de Heliópolis. O diretor de Saís era considerado o maior dos médicos e tinha status de divindade na cidade. Em Heliópolis, o diretor era chamado de o grande vidente e tinha uma missão sacerdotal. Os cursos abordavam o ensino de práticas cirúrgicas e prótese dentária. Interessante pensar que as doenças eram consideradas como demonstrações de raiva do deuses e a função essencial dos médicos era apaziguá-los e expulsar os demônios dos corpos.

O diagnóstico era feito através de extensa análise dos sintomas do paciente e só então era iniciado a terapêutica com base na botânica e ervas da

época. As feridas eram cuidadosamente levadas e cobertas com óleos especiais e, então, embalados com ataduras. As medidas higiênicas também tinham papel destaque, toda população era incentivada a tomar banhos completos e depilar o corpo para evitar infecções. A parte cirúrgica era muito difundida e contava com poções soporíferas, diversos instrumentos específicos e até mesmo próteses artificiais. Importante frisar que é do Egito a primeira mulher reconhecida como médica, Merit Ptah.

A medicina era hierarquizada e dividida em especialidades. Os médicos egípcios valorizavam o exame do pulso, a palpação e a inspeção, e também conheciam os vetores transmissores das doenças da larva até os insetos e dessa forma, muitas doenças puderam ser identificadas.

E para finalizar, vamos reviver os primeiros trabalhos dos reumatologistas brasileiros no cenário mundial. Em 1880, foi publicado em Paris por Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo o nono caso descrito na literatura de poliartrite crônica juvenil. Ele nasceu no Rio de Janeiro, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pioneiro no ensino da pediatria e tornou-se membro titular da Academia Imperial de Medicina de 1884. Moncorvo pode ser considerado o primeiro reumatologista pediatra do Brasil.

Jacques Houli publicou em 1958 o livro "O líquido sinovial" baseado na análise de 420 amostras coletadas de portadores de diversas doenças reumatológicas e conseguiu demonstrar pela primeira vez a presença de sinais inflamatórios na osteoartrite de joelho. Ao contrário da época, hoje o processo inflamatório é de vital importância na fisiopatogênese da osteoartrite.

Pedro Nava foi o primeiro a levantar a hipótese de que artrite reumatóide seria uma doença autoimune em 1959, trabalho apresentado no II Congresso Europeu de Reumatologia. Neste mesmo ano, Jacob Gamarski e Manoel Barreto publicaram o trabalho "Manifestações osteoarticulares da amiloidose primária", onde foi demonstrada pela primeira vez a presença de amilóide nas articulações.

Em 1962, Luiz Vertzman Domingos de Paola e Luiz Galdeman escreveram para a revista Arquivos Interamericanos de Reumatologia o trabalho "Delayed - cutaneous hypersensitivity to leucocytes in patients with systemic lupus". Foi um relato inédito do fenômeno das células LE e os corpúsculos hematoxilínicos in vivo e despertaram a atenção para a ativação de fatores antinucleares na patologia da doença.

João Francisco Marques Neto publicou em 1974 a teoria da "Microfotodensitometria no estudo da osteoporose senil", sendo a pioneira dos métodos que são atualmente utilizados no diagnóstico da osteoporose.

Baseado na análise de 1275 pacientes, Hilton Seda apresentou em 1975 na Revista Brasileira de Medicina a hipótese de que a hiperuricemia poderia ser o agente desencadeador da dor nas artroses.

Morton A. Scheinberg participou de um trabalho internacional publicado no "The Lancet" em 1976 sobre o benefício da pulsoterapia de metilprednisolona na nefrite lúpica proliferativa, tratamento que foi um grande avanço para o manejo da doença.

Eloisa Bonfa foi a primeira a demonstrar a ligação entre o anticorpo anti-P ribossomal e a psicose no Lúpus Eritematoso Sistêmico em um trabalho publicado em 1987 no New England Journal of Medicine.

Deixo aqui minha homenagem singela e meu agradecimento ao Dr Seda por ter proporcionado tantos textos maravilhosos conosco e espero que tenham gostado tanto quanto eu de revisar estas histórias tão interessantes e ricas! Que venham mais contos surpreendentes da História da Medicina em 2019!

Medicina na Roma Antiga

Medicina no Egito Antigo

SIGNOS E SIGNIFICADOS

DOENÇAS AUTOINFLAMATÓRIAS O QUE O REUMATOLOGISTA DEVE SABER (Parte 1)

Dra. BLANCA ELENA RIOS GOMES BICA
Professora Associada de Reumatologia da Faculdade de Medicina da UFRJ
Chefe do Serviço de Reumatologia do HUCFF / UFRJ
Responsável pelo Ambulatório de Reumatologia do Adolescente do HUCFF / UFRJ
Ex-presidente da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro
Membro do Comitê de Reumatologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria do Rio De Janeiro
Membro da Comissão de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Reumatologia

RESUMO

As doenças autoinflamatórias constituem um grupo de condições geneticamente mediadas e caracterizadas por ataques recorrentes de inflamação sistêmica caracterizadas por febre, exantemas, serosites, linfadenopatias e sintomas musculoesqueléticos. As mutações genéticas que causam desregulação no sistema imune inato são a base etiológica para as síndromes autoinflamatórias. São ditas monogênicas quando causadas por defeitos em um único gene que codifica vias regulatórias da imunidade inata. Ocorre inflamação mediada por uma hiper resposta inflamatória a gatilhos conhecidos e não conhecidos das células e moléculas da imunidade inata. Elas ocorrem na infância em sua grande maioria e mimetizam infecções e afecções malignas. As lesões inflamatórias, entretanto, são estéreis, e não apresentam níveis significativos de autoanticorpos ou aumento de células T autoreativas [1,2].

O maior entendimento das síndromes autoinflamatórias ocorreu a partir da descoberta do gene envolvido na patogênese da Febre Familiar do Mediterrâneo em 1997, que marcou o início das correlações entre fenótipos inflamatórios e genes envolvidos. Após essa primeira descrição, seguiram-se outros: TRAPS (Síndrome periódica associada ao receptor do TNF) e Hiper IgD. Essas três síndromes têm em comum episódios febris recorrentes intercalados por períodos livres de sintomas.

As criopirinopatias, a DIRA (Deficiência do antagonista do receptor de interleucina-1) e a Síndrome de Majeed são causadas por mutações no gene que codifica o processamento, a secreção e sinalização de IL-1, apresentando boa resposta a terapêutica anti-IL-1. Recentemente foram descritas outras doenças que não respondem à terapia anti-IL-1 e incluem síndromes autoinflamatórias associadas ao proteossoma (PRAAS), tais como CANDLE (dermatose neutrofilica atípica crônica com lipodistrofia e temperatura elevada), DITRA (deficiência do antagonista do receptor de IL-36), CAMPS (psoríase mediada por CARD-14), além de doenças que cursam com pustulose cutânea (PAPA) e doença inflamatória intestinal de início precoce. Outras vias envolvidas na patogênese de outras desordens apontam para a desregulação de citocinas nas vias de sinalização que envolvem o IFN, NF-kB/IL-17 e IL-10. A superposição de características clínicas e laboratoriais com algumas doenças autoimunes sugerem que as respostas imunes inata e adquirida podem estar desreguladas em algumas condições e podem coexistir

como consequência de mutações nas células da imunidade inata e adquirida [3].

As principais síndromes autoinflamatórias (SAI) conhecidas são:

1- Febre Familiar do Mediterrâneo (FFM)
2- Síndrome periódica associada ao receptor do TNF (TRAPS)
3- Hiperimunoglobulinemia D (Hiper IgD)
4- Criopirinopatias: compreende a Síndrome autoinflamatória familiar associada ao frio (FCAS) e Síndrome urticarial familiar associada ao frio (FCUS), a Síndrome de Muckle-Wells (MWS) e a Síndrome CINCA/NOMID (Chronic Infantile Neurological Cutaneous and Articular ou Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease)
5- Síndrome Blau (artrite granulomatosa pediátrica)
6- Síndrome de pioderma gangrenoso, artrite piogênica e acne (PAPA)
7- Síndrome Majeed (osteomielite crônica multifocal recorrente e anemia diseritropoiética)
8- DIRA (Deficiência do antagonista do receptor de interleucina-1)
9- DITRA (Deficiência do antagonista do receptor de IL-36)
10- PFAPA (Periodic fever, aphtous, pharyngoamigdalitis)

FEBRE FAMILIAR DO MEDITERRÂNEO (FFM)

A FFM é a doença autoinflamatória mais prevalente e se caracteriza por apresentar herança autossômica recessiva afetando primordialmente grupos étnicos que vivem na área do Mediterrâneo como os judeus sefárdicos e Ashkenazi, armênios, turcos e árabes. Devido às grandes migrações ocorridas no último século, os casos de FFM na atualidade, são encontrados em todo o mundo [4].

Episódios febris associados a dor abdominal constituem a característica mais importante da doença. A febre atinge níveis de 38,5ºC a 40ºC, geralmente acompanhada de sinais de peritonite, pleurite ou sinovite aguda principalmente em tornozelos, joelhos e quadril. Em crianças a febre pode ser a única manifestação da doença ocorrendo por anos, antes dos outros sintomas aparecerem. Os primeiros sintomas começam antes dos 4 anos de idade e 80% têm sintomas antes de 10 anos de idade. As crises duram 1 a 3 dias e desaparecem sem tratamento. Entre as crises os pacientes estão assintomáticos [5]. As manifestações cutâneas se assemelham a erisipela e algumas vezes acompanham o quadro articular (Figura 1). Ocorre elevação dos reagentes de fase aguda (VHS, PCR, fibrinogênio, haptoglobina, C3, C4 e proteína amilóide A (SAA) [6].

Os AINEs estão indicados para o controle dos sintomas articulares e o uso da colchicina foi proposto por Goldfinger [7] e posteriormente confirmado por estudos duplo-cegos. O efeito da colchicina se correlaciona aos seus níveis nos leucócitos, alterando sua adesão, mobilidade e reduzindo a produção de citocinas inflamatórias. Em quase todos os pacientes, o tratamento com colchicina profilática previne crises agudas e a amiloidose. Com o tratamento, o prognóstico é excelente.

SÍNDROME PERIÓDICA ASSOCIADA AO RECEPTOR DO TNF (TRAPS)

Descrita em 1982, tem herança autossômica dominante do gene TNFRSF1A, também denominada Febre Familiar Siberiana, caracteriza-se por ataques de febre recorrente, dor abdominal, lesões cutâneas dolorosas e mialgias. Pode cursar com pleurisia, leucocitose e VHS aumentado. A doença tem curso benigno, podendo evoluir com amiloidose secundária [8].

O receptor tipo 1 do TNF (p55) é codificado pelo gene localizado no braço curto do cromossoma 12 (12p13.2) [9]. A idade média de início é de 3 anos e os ataques são mais longos, com duração média de 21 dias a cada 5-6 semanas. As crises geralmente se iniciam com súbito aparecimento de mialgia intensa que piora no curso de 1-3 dias, atingindo seu pico no 3° dia, podendo durar mais tempo. Não há estímulo definido, mas muitos pacientes referem estresse emocional ou trauma físico como desencadeantes das crises. A febre está invariavelmente presente nos pacientes pediátricos, mas pode não ocorrer em adultos. A mialgia afeta tipicamente apenas uma área do corpo e está quase sempre presente nas crises de TRAPS. As concentrações de creatinoquinase e aldolase estão dentro dos limites normais. A manifestação cutânea mais característica é uma placa eritematosa, migratória, de apresentação centrífuga, tipicamente sobrejacente à área de mialgia. Essas lesões são sensíveis à palpação e branqueiam com a pressão, podendo ocorrer em mais de um sítio.

A dor abdominal ocorre em 92% dos pacientes com TRAPS e pode refletir inflamação da cavida-

de peritoneal ou da musculatura da parede abdominal, simulando abdômen agudo. Oitenta e dois por cento dos pacientes com TRAPS apresentam conjuntivite, edema periorbitário ou dor periorbitária durante as crises. Dor torácica (pleural ou musculoesquelética) está presente em 57% dos pacientes. Dor testicular e escrotal pode ocorrer e linfadenopatia não é uma característica comum. Os AINES podem ter algum benefício na febre, mas não para os sintomas musculoesqueléticos e abdominais. Os corticóides diminuem a gravidade das crises, mas não alteram a frequência das mesmas, diferentemente da FFM. Colchicina, azatioprina, ciclosporina, talidomida, ciclofosfamida, clorambucil, imunoglobulina intravenosa, dapsona, metotrexato foram utilizados empiricamente, mas não se mostraram eficazes [10,11]. A utilização de drogas anti-TNF alfa têm se mostrado uma terapêutica eficaz para controle das crises de TRAPS. Agentes anti-IL-1 parecem benéficos para o tratamento das crises de TRAPS (10). As crises podem durar toda a vida, com ocorrência irregular. Um quarto dos pacientes pode desenvolver amiloidose.

SÍNDROME DE HIPER IGD (SHID)

A SHID faz parte de um espectro raro de deficiências da enzima mevalonato quinase (MVK) devido à presença de mutações no gene que codifica essa enzima.

Descrita em 1984 em pacientes de origem holandesa, razão pela qual recebeu o nome de Febre holandesa, e mais raramente de origem francesa e alemã. As mutações são transmitidas por herança autossômica recessiva ao longo do gene localizado no braço longo do cromossomo12 [12q24].

A deficiência humana de MVK engloba um espectro de entidades clínicas diferentes que vai desde a acidúria mevalônica, grau mais grave da enfermidade até a Síndrome de hipergamaglobulinemia D com febre periódica (SHID), que é a forma mais leve do distúrbio envolvendo o gene MVK. Entre estas duas existe uma gama de fenótipos decorrentes do grau de acometimento genético.

As mutações associadas ao gene MVK/SHID ocasionam redução importante da atividade da MK (1 a 10% da atividade normal) enquanto que mutações que eliminam totalmente sua atividade enzimática causam uma condição conhecida com acidúria mevalônica (AM), muito rara e que pode ocasionar óbito precoce.

O gene defeituoso gera um bloqueio na via de síntese dos isoprenóides e do colesterol onde a 3-hidroxi3-metilglutaril Coa (HMG-CoA) redutase é inibida, não transformando o mevalonato em mevalonato fosfato, levando ao acúmulo do ácido mevalônico sérico, tecidual, e urinário.

Estudos demonstram que a redução de produtos isoprenóides está relacionada com aumento de IL1-beta. Altos níveis de IgD são característicos desta síndrome, porém não parecem estar relacionados com a sua gravidade ou com a sua fisiopatologia.

A SHID é caracterizada pela presença de episódios inflamatórios agudos de febre alta, exantemas, linfadenomegalia cervical, vômitos, dor abdominal e diarreia. Ocorrem a cada 4-6 semanas com duração de 3-4 dias. Em 80% dos casos se manifestam precocemente, em torno dos primeiros 24 meses de vida dos pacientes.

Vacinação, traumas, cirurgias, infecções, menstruação e outros fatores que provocam estresses físicos, atuam como gatilhos desencadeando as crises.

Poliartralgias(83%), polimialgias e em 50% dos casos a presença de artrite, habitualmente oligo ou poliarticular, não destrutivas e afetando basicamente grandes articulações.

Aftas orais associadas ou não a úlceras genitais são identificadas em 50% dos pacientes e podem ser confundidas com Síndrome de Behçet ou PFAPA.

Amiloidose reativa secundaria do tipo AA e síndrome de ativação macrofágica são raramente descritas. O diagnóstico presuntivo do espectro MK/SHID é estabelecido de acordo com certas observações clínicas, mas o diagnóstico definitivo é feito com estudos bioquímicos e genéticos.

Os imunobiológicos das famílias dos anti TNF ou bloqueadores de IL-1 parecem ter bons resultados em cerca de 80% dos pacientes.

CRIOPIRINOPATIAS

Esse grupo de doenças caracteriza-se por transmissão autossômica dominante, idade precoce de início e mutações no gene que recebe várias denominações: NALP3, CIAS1 e PYPAT1. Esse gene localiza-se no cromossoma 1 e codifica uma proteína de 105 k da chamada criopirina que é expressa em granulócitos, monócitos e condrócitos. Uma única mutação em diferentes partes do gene pode resultar em

diferentes doenças e o espectro clínico observado em cada doença sugere que outros fatores possam ter papel na expressão fenotípica da mutação (12).

1º Fenótipo: SÍNDROME AUTOINFLAMATÓRIA FAMILIAR ASSOCIADA AO FRIO (FCAS)

Doença de herança autossômica dominante com penetração completa, geralmente inicia muito precocemente na infância. Os ataques ocorrem 2 a 3h após a exposição ao frio (entrar numa piscina e até mesmo abrir um freezer) e consistem de febre alta, exantemas, artralgias, conjuntivite, cefaléia, mialgia e fadiga. Lesões urticariformes podem se iniciar nas extremidades e depois se generalizam e a artrite pode ser incapacitante. Os episódios tendem a ser breves e duram menos de 24 horas.

2º Fenótipo: SÍNDROME DE MUCKLE-WELLS (MKS)

Também se caracteriza por herança autossômica dominante de início precoce, muito frequentes (vários ataques/semana) com duração de 1 a 3 dias. Os ataques geralmente ocorrem espontaneamente, sendo frequentes a artrite e cefaléia (meningite asséptica). Complicações observadas incluem amiloidose e surdez neurossensorial (bilateral e progressiva, presente na segunda década de vida). Pode ocorrer conjuntivite e uveíte, além de linfadenomegalia e hepato-esplenomegalia. Em geral responde ao tratamento com inibidor de IL-1.

3º Fenótipo: CINCA/NOMID (*Chronic Infantile Neurological Cutaneous And Articular* ou *Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease*)

CINCA, também conhecida como NOMID, costuma iniciar precocemente na vida. O exantema está presente desde o nascimento ou aparece nos primeiros meses de vida. O exantema não é pruriginoso, tem padrão urticariforme ou papular e varia de intensidade de acordo com a atividade da doença. As alterações articulares são marcantes, ocorrendo anormalidades epifisárias e/ou metafisárias exuberantes, com ossificação irregular e supercrescimento epifisário característico, além de baqueteamento digital (Figura 2). As alterações radiológicas são dramáticas e afetam especialmente joelhos, tornozelos, punhos e cotovelos. Meningite crônica com pleiocitose neutrofílica está presente na maioria das crianças. Cefaléia crônica, vômitos pelo aumento da pressão intracraniana, atraso no fechamento da fontanela anterior e bossa frontal associadas a múltiplas anormalidades sensoriais são comuns. Atrofia cerebral e calcificações cerebrais podem ser observadas em exames de imagem. Alterações oculares tais como uveíte anterior e posterior, papiledema e cegueira podem ocorrer. Atraso no crescimento e desenvolvimento são comuns. Alguns pacientes apresentam exce-lente resposta ao tratamento com inibidor de IL-1.

As síndromes auto inflamatórias constituem um grupo de enfermidades raras, onde sintomas comuns entre elas e outras enfermidades infecciosas e autoimunes levam a dificuldades diagnósticas principalmente quando não estão disponíveis exames laboratoriais e genéticos. Portanto, é importante que o clínico fique atento na periodicidade dos surtos febris e na falta de resposta aos AINES que, aliados a exclusão de infecções e doenças autoimunes, levam a suspeita clínica de uma doença autoinflamatória. O quadro 1 resume as características das principais síndromes autoinflamatórias.[13]

A chave para o diagnóstico de uma síndrome autoinflamatória é uma história detalhada para o perfeito entendimento do padrão dos sintomas associados às crises.

QUADRO 1: Características das principais síndromes autoinflamatórias

Síndrome	Quadro clínico	Duração das crises	Herança	Gen	Tratamento	Risco de amiloidose
FFM	Serosite Artrite exantema	<72h	Autossômica Recessiva	MEFV	colchicina Inib IL1	+++
SHID	Adenopatia cervical Exantema Artrite Cefaléia	3-5 dias	Autossômica Recessiva	MVK	Prednisona Etanercept Inib IL1 Inib IL6	-
TRAPS	Milagia Serosites Edema periorbitário Exantema migratório	7-10 dias	Autossômica Dominante	TNFR S1A	Inib IL1	++
	CRIOPIRINOPATIAS					
FCAS	Urticária Artralgia	<24h	Autossômica Dominante	NLRP3	Evitar o frio	-
MKW	Urticaria Artrite Cefaléia Perda auditiva	5-7 dias	Autossômica Dominante	NLRP3	Inib IL1	++
CINCA/ NOMID	Urticaria Artrite Cefaléia Perda auditiva Papiledema Alterações ósseas	constante	Autossômica Dominante	NLRP3	Inib IL1	++

Figura 1: *Lesão cutânea erisipela-símile da Febre Familiar do Mediterrâneo (arquivo pessoal do autor)*

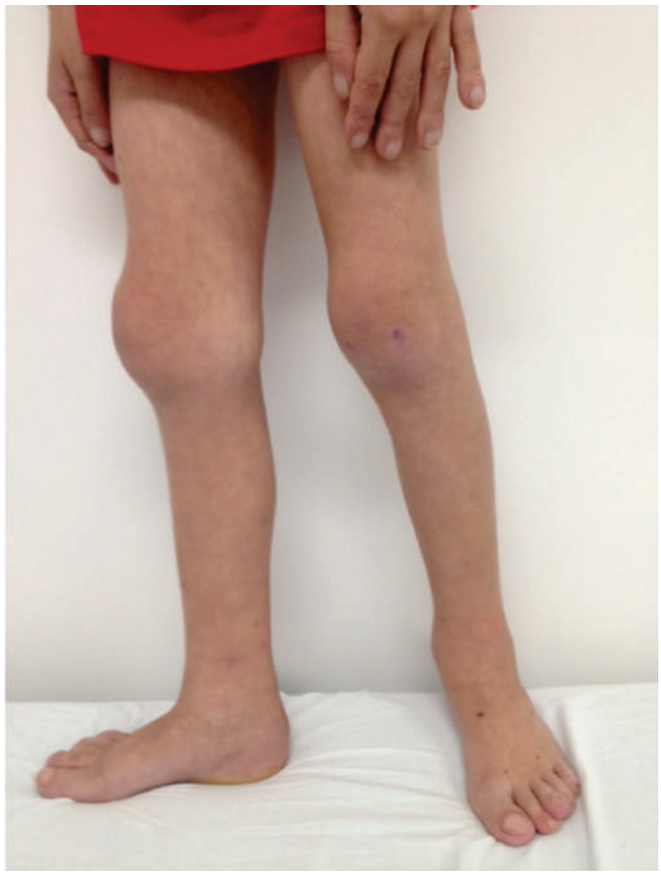


Figura 2: *Hipertrofia de patela e baqueteamento digital da Síndrome CINCA (arquivo pessoal do autor)*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Frenkel J., Kuis W. Overt and occult rheumatic diseases: the child with chronic fever. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2002; 16:443-469

2- Padeh S., Berkun Y. Auto-inflammatory fever syndromes. Rheum Dis Clin N Am. 2007; 33: 585-623.

3- Sanchez G A M, Jesus AA, Goldbach-Mansky R. Monogenic autoinflammatory diseases. Rheum Dis Clin N Am. 2013; 39: 701-734.

4- Ancient missense mutations in a new member of the RoRet gene family are likely to cause Familial Mediterranean Fever. The International FMF Consortium. Cell 1997; 90: 797-807.

5- Sohar E, Gafhi J, Pras M, et al. Familial mediterranean fever. A survey of 470 cases and review of the literature. Am J Medical. 1967; 43: 227-253.

6- Gillmore JD, Lovat L, Persey MR, et al. Amyloid load and clinical outcome in AA amyloidosis in relation to circulating concentration of serum amyloid A protein. Lancet 2011; 358:24-29.

7- Goldfinger SE. Colchicine for familial mediterranean fever. N Engl J Med 1972; 287:1302.

8- Williamson LM, Hull D, Mehta R, et al. Familial hibernian fever. Q J M 1982; 51:469.

9- Derre J, Kemper O, Cherif D, et al. The gene of the type 1 tumor necrosis factor receptor (TNF- R 1) is localized on band 12p13. Hum Genet. 1991; 87:231.

10- Gattorno M, Federici S, Pelagatti MA et al. Diagnosis and management of autoinflammatory diseases in childhood. J Clin Immunol. 2008; 28 (Suppl1): S73-S83.

11- Drewe E, Powell P, Isaacs JD, et al. Prospective study of anti – tumor necrosis factor superfamily 1a and 1b fusion proteins in tumor necrosis factor associated periodic syndrome (TRAPS): clinical and laboratory findings in a series of six patients. Rheumatology (Oxford). 2003; 42:235.

12- Aksentijevich I,Nowak M, Mallah M et al. De novo CIAS1 mutations, cytokine activation, and evidence for genetic heterogeneity in patients with neonatal-onset multisystem inflammatory disease (NOMID): a new member of the expanding family of pyrin-associated autoinflammatory diseases. Arthritis Rheum.2002; 46:3340-3348.

13- Moghaddas F and Masters SL. The classification, genetic diagnosis and modelling of monogenic autoinflammatory disorders. Clinical Science 2018; 132: 1901–1924.figut

IMUNOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Dr. JOSÉ ANGELO PAPI
Professor Emérito da Faculdade de Medicina
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

A Organização Mundial de Saúde projeta, para nosso milênio, sobrevida média de mais de 80 anos. Este fato nos obriga a pensar nos recursos necessários para tratar os problemas de saúde particularmente associados ao envelhecimento, a saber: as complicações degenerativas cardiovasculares, principalmente ligadas à aterosclerose, e a maior incidência de neoplasias malignas e processos infecciosos.

Em paralelo às alterações imunológicas que ocorrem na senescência, modificações orgânicas importantes tornam-se perceptíveis, havendo, por exemplo, maior susceptibilidade, morbidade e mortalidade para determinadas enfermidades bacterianas (reativação de tuberculose latente, pneumonia bacteriana, etc) e virais (influenza, síndrome da imunodeficiência adquirida, herpes zoster, etc). Tais evidências indicam modificações tanto na função protetora dos anticorpos circulantes quanto em elementos da imunidade celular.

Por outro lado, evidências clínicas também chamam atenção para a baixa resposta às vacinações em geral, paradoxalmente associada à elevados títulos de imunoglobulinas no sangue, títulos esses considerados geralmente como não patogênicos.

Os estudos das alterações imunológicas relacionadas ao envelhecimento são difíceis de serem conduzidos em função das comorbidades associadas, tais como: diabetes mellitus, obesidade, alcoolismo, uso de medicamentos variados, doença pulmonar obstrutiva crônica, tabagismo, infecção urinária, áreas isquêmicas infectadas, etc.

ALTERAÇÕES IMUNOLÓGICAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

O timo é o órgão que preside as modificações associadas ao envelhecimento. Sofre atrofia importante, com significativa pobreza de linfócitos no seu interior. Os hormônios tímicos são indetectáveis, com declínio da maturação dos linfócitos T e maior acúmulo dessas células em seu interior, embora com pobreza celular local e menor liberação de células virgens. No artigo “Immunesenescence of Aging”, Gruver et al (2007) descrevem, com minúcia, esses acontecimentos.

Em animais timectomizados, a reconstrução tímica, com o restabelecimento de resposta à mitógenos de células T e à antígenos timo-dependentes, apenas ocorre se forem transplantadas células de animais neonatos. Da mesma forma, em animais timectomizados, a reconstrução do timo com células de neonatos restabelece a função das células B e a produção de anticorpos de alta afinidade.

Nos linfonodos, existe pobreza cortical de células, ao passo que a medula óssea apresenta acúmulo de linfócitos e plasmócitos. No tecido linfóide associado ao tubo digestivo (GALT, em inglês), há redução das placas de Peyer e pobreza de folículos linfóides no intestino grosso. As células secretoras de IgA estão em número normal, o que indica que a mucosa mantém sua resposta em níveis normais.

No tecido linfóide associado aos brônquios (BALT, em inglês) observa-se redução das células secretoras de IgA, de vez que essa imunoglobulina, quantificada em lavados brônquicos, está diminuída. Existe limitação da resposta alveolar inflamatória sistêmica. Possivelmente, por conta desses fatores, as infecções pulmonares são mais graves no idoso.
De uma maneira geral, a imunidade celular no idoso

apresenta grandes modificações, as quais, porém, são de difícil acesso laboratorial. Exceção deve ser feita para a contagem das células Natural Killer (CD56), que são de extrema relevância, pois seu número e função normais são tidos como marcadores de longevidade.

No sistema T da imunidade celular, observa-se baixa contagem de linfócitos CD4, com redução da relação CD4/CD8. A quantidade de linfócitos CD8 está inalterada. As funções alteradas dos linfócitos T se expressam na capacidade reduzida de gerar citotoxicidade, na baixa rejeição à aloenxertos de células tumorais, na resposta reduzida à mitógenos e na pobre resposta à cultura mista de linfócitos, fato que não é corrigido pela administração exógena de interleucina 2 (IL-2).

O defeito básico das células T dos idosos se deve à perda do sinal co-estimulatório CD28, na membrana da célula CD4. Este receptor interage com receptores específicos das células apresentadoras de antígeno (APC, em inglês), e é considerado como o segundo evento, sendo indispensável para a ativação da resposta imune.

A ativação da tirosinoquinase e a mobilização do cálcio intracelular também estão alteradas. Como consequência, há baixa produção de IL-2, baixa formação do seu receptor, explicando, assim, a reduzida resposta à administração exógena de IL-2.

Observa-se expansão oligoclonal de CD8, frequentemente associada à infecções crônicas pelo citomegalovírus.

As citocinas no idoso apresentam perfil de desvio do padrão TH1 para TH2: baixa produção de IL-2, IL-1 e interferon-gama e aumento da produção de interleucinas inflamatórias: IL-4, IL-6, IL-8, IL-12, IL-18 e fator de necrose tumoral-alta (TNF-α). Esse perfil recebeu a designação de “Inflamaging”, para destacar o caráter inflamatório das citocinas prevalentes com as alterações imunológicas do envelhecimento.

Existe apoptose aumentada de células T, medida através da elevação de células CD95+ e níveis de TNF-alfa que acarretam morte de células T reguladoras e aumento de linfócitos autorreativos.

No nível do timo, há liberação reduzida de linfócitos virgens (CD45 Ro+), que são células mais sensíveis à apoptose, com aumento, na periferia, de células de memória (CD45 Ro-)

As significativas alterações da imunidade celular expressas pelo setor T explicam as observações clínicas de baixa resposta às vacinações e maior sensibilidade à determinadas infecções bacterianas e virais.

Em relação à imunidade humoral, as imunoglobulinas se apresentam frequentemente com níveis elevados. Em alguns casos, a IgM pode estar reduzida e, como representa fator de defesa intracelular, se relaciona a pacientes que desenvolvem sepse mais facilmente.

A meia vida sérica das imunoglobulinas é inalterada, registrando-se que existe presença de níveis elevados de autoanticorpos, mas, redução da capacidade de produzir anticorpos contra antígenos externos.

No trabalho de Mariotti et al (1992), observamos os níveis de anticorpos anti-TPO, em “idosos normais”. Tais títulos se elevam no decorrer do envelhecimento, característica já referida como natural em relação ao setor B da imunidade.

Todavia, quando os idosos atingem limites de idade muito avançada, esses níveis voltam a adquirir valores reduzidos, indicando que os “centenários” voltam a ter equilíbrio imunológico.

Da mesma forma, no trabalho de Rowley et al (1968), estudo similar foi realizado, medindo os níveis de anticorpos antinucleares que se elevam e, posteriormente, se reduzem com a chegada da idade avançada dos centenários.

No entanto, a recuperação da função imune também pôde ser observada, já que os níveis de anticorpos contra antígeno externo, no caso um flagelado, se recupera com a chegada da idade mais avançada.

Fato relevante deve ser destacado, os centenários voltar a recuperar o equilíbrio imunológico do setor da imunidade das células timo-dependentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ewers, I, Rizzo, LV e Kalil Fº, J, 2008. Imunologia e Envelhecimento, EINSTEIN, 6 (supp): S13-20
- Instituto Brasileiro de Bibligrafia e Estatística, 2017
- Gruver, AL, Hudson, IL e Sempowsky, GD, 2007. Immunosenescense of Ageing, J Pathology, 211: 144-156
- Rose, NR and Mackay, IR, 1998.Autoimmune Disease. Libraries Australia
- Coutinho, A e Kazatchine, A, !994. Autoimmunity – Phisiology & Disease, Wiley Liss, New York
- Peter, J and Shoenfeld, Y,!996. Autoantibodies. Elsevier.
- Lahita, RG, 2000, Autoimmune Disease. Lippincts William and William
- Anaya, JM, Shoenfeld, Y, Rojas-Villarrja, A, Levy, RA and Cervera, R. Autoimmunity - From Bench to Bedside, 2013.El Rosario University. Library

IMAGINANDO

"POSSO TIRAR UMA DÚVIDA DE RAIOS-X?"

Profª. ELISE TONOMURA
Professora adjunta de Radiologia da
Faculdade de Medicina da UFRJ

INTRODUÇÃO

Para os reumatologistas, a investigação por imagem de seus pacientes é praticamente mandatória, e em geral, todos se familiarizam com os achados mais comuns das doenças que tratam. Ocasionalmente, surge uma imagem diferente, e recebo uma mensagem: "posso tirar uma dúvida?" Reconhecer alterações radiológicas exige um longo período de aprendizado, mas alguns raciocínios tornam esse caminho menos árduo. Utilizaremos a apresentação de casos para abordar alguns problemas comuns.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

CASO 1

Paciente do sexo masculino de 61 anos procurou atendimento médico por causa de dor nas costas, mas está preocupado com um "caroço" que palpa na região esternal e pede ao médico que faça um pedido de ultrassonografia do "tumor". Ao exame físico, o médico acha que o "tumor" é o apêndice xifoide, mas cede à pressão do paciente e solicita uma "ultrassonografia da região esternal" e outros exames. Dias depois, o paciente telefona reclamando que não consegue marcar o exame de ultrassonografia.

Dúvida: Porque ele não consegue marcar o exame?

Resposta: Porque é necessário escrever "ultrassonografia de partes moles superficiais da região esternal". Não existe a opção "ultrassonografia da região esternal" nas tabelas de convênios à disposição das atendentes do call-center.

O paciente retornou com resultados de radiografias de tórax e da coluna lombar que demonstrou múltiplas fraturas de arcos costais e de vértebras lombares (figura 1). Como esperado, o resultado da ultrassonografia foi "ausência de lesões expansivas de partes moles".

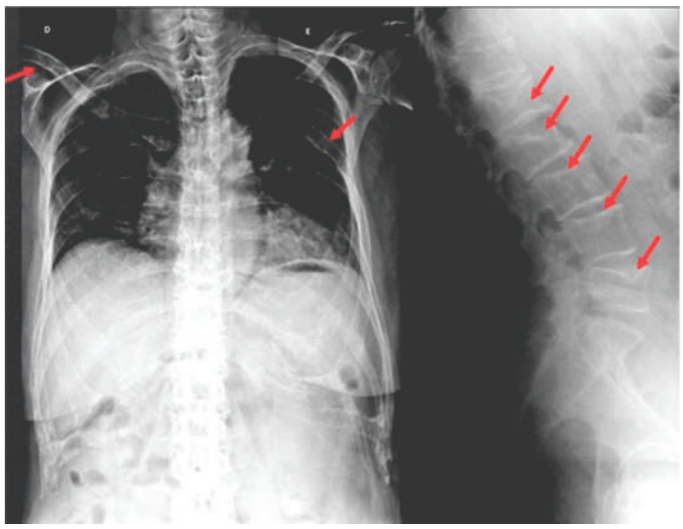


***Figura 1**: Radiografia de arcos costais em AP e coluna lombar em perfil. Imagens sugestivas de lesões líticas na clavícula direita (setas) e arco costal à esquerda. Depressão dos platôs superiores dos corpos vertebrais lombares compatíveis com fraturas (setas).*

Dúvida: Você acha que as fraturas do paciente são por doença metabólica? Ele não possui história de trauma.

Resposta: Apesar da redução difusa da densidade óssea e ter o aspecto de fratura osteoporótica com depressão do platô superior das vértebras, é preciso considerar o fato de ser do sexo masculino e de faixa etária mais elevada. É necessário afastar a possibilidade de mieloma múltiplo.

Dúvida: Mas mieloma múltiplo não tem lesão lítica? Não tem lesão lítica descrita no laudo.

Resposta: 10 a 20 % dos pacientes não têm lesão lítica. Neste paciente, algumas costelas e as clavículas sugerem presença de lesão lítica, mas às vezes é difícil de dizer numa radiografia convencional. As lesões radiográficas de mieloma múltiplo são mais facilmente identificadas na calota craniana, bacia e raízes dos membros, sendo lesões líticas pequenas e arredondadas, bem delimitadas, sem halo de esclerose. Na coluna vertebral e esterno, também podem ser encontradas, mas na tomografia computadorizada são mais fáceis de serem identificadas (figura 2).

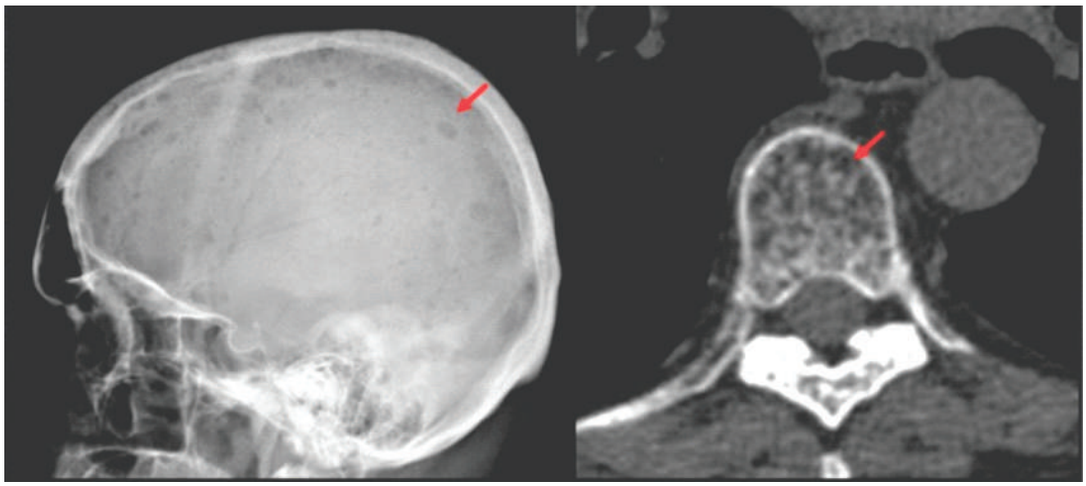


***Figura 2**: Radiografia em perfil do crânio demonstrando lesões líticas arredondadas bem delimitadas, sem halo de esclerose, típicas de mieloma múltiplo. Lesões semelhantes são observadas no corpo vertebral na tomografia computadorizada do tórax.*

Dúvida: Mas no hiperparatireoidismo também não faz lesão lítica na calota craniana e na clavícula?

Resposta: As lesões de hiperparatireoidismo na calota craniana são menores, formando imagens granulares chamadas de sinal do "sal e pimenta". Já as lesões de clavículas ocorrem mais por reabsorção óssea e nem tanto por lesão lítica. Contudo, pode haver lesão lítica em hiperparatireoidismo formando o chamado tumor marrom.

Dúvida: Será que a dor esternal que meu paciente se queixava pode ser envolvimento de mieloma? Preciso fazer tomografia computadorizada?

Resposta: A tomografia computadorizada é um ótimo método para procurar lesão óssea, mas deve ser correlacionada com os achados laboratoriais.

CASO 2

Paciente branco, do sexo masculino, 20 anos, com dispneia há 24 horas e dor no quadril direito. Ao exame, está febril e hipocorado, referindo já ter tido outras crises de dor nesse quadril. Foi solicitada uma radiografia de tórax e de bacia, mas o médico não encontrou nenhuma alteração.

Dúvida: Você acha que existe artrite nesse quadril direito? O espaço articular está reduzido?

Resposta: Os dois espaços articulares coxo-femorais estão reduzidos, mas não há expansão das linhas de gordura em torno do quadril direito, portanto não deve haver derrame articular.

Dúvida: As articulações sacro-ilíacas estão normais?

Resposta: Sim, os espaços sacro-ilíacos estão preservados e as superfícies articulares regulares.

Dúvida: Será que é melhor fazer uma ultrassonografia do quadril para afastar uma artrite séptica?

Resposta: A ultrassonografia do quadril é boa para determinar se há líquido na articulação ou espessamento sinovial, mas não poderá definir se existe artrite séptica, porque o aspecto da imagem é inespecífico.

Dúvida: E a ressonância magnética?

Resposta: A vantagem do método é que poderá avaliar além das partes moles, as estruturas ósseas e verificar se há outras causas para o quadro. Na verdade, neste caso, olhando com atenção para o quadril direito, existe um degrau na região epifisária desse quadril, compatível com necrose asséptica (figura 3).

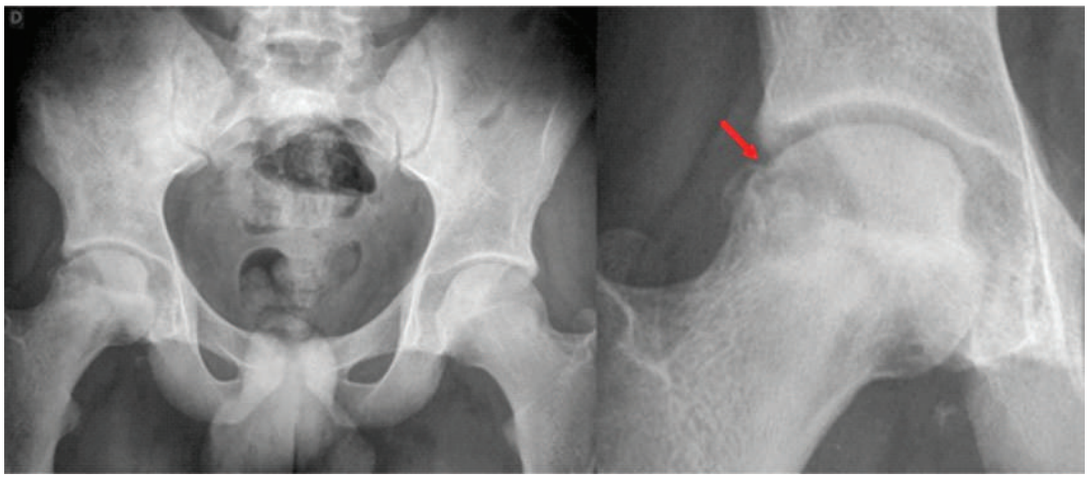


Figura 3: *Radiografia de bacia em AP e ampliação da imagem do quadril direito. Redução dos espaços articulares coxo-femorais. Imagem de depressão do contorno da cabeça femoral direita indicativo de necrose avascular.*

Dúvida: Então não está indicada a ressonância magnética?

Resposta: O exame irá confirmar o diagnóstico, mas principalmente avaliar se existe necrose asséptica no outro quadril.

Dúvida: Ele não tem história de trauma nem uso de corticoide. Será anemia falciforme?

Resposta: A radiografia de tórax mostra que existe infiltrado peribrônquico na base pulmonar esquerda, o que pode ser a causa para uma crise falcêmica. Na radiografia em perfil, podemos ver que ele possui alterações de coluna vertebral típicas de anemia falciforme como as vértebras em "H", com infarto dos platôs vertebrais (figura 4).

CASO 3

Sexo masculino, 49 anos, com queixa de dor precordial e dispneia. Refere cirurgia cardíaca. Foi solicitada uma radiografia de tórax (figura 5) que demonstra importante acentuação da cifose dorsal. Posteriormente foi obtida uma tomografia computadorizada do tórax, sem contraste venoso.

Dúvida: O que você acha desta coluna? Tem muita redução de altura das vértebras (figura 5). Será que existe doença metabólica?

Resposta: Sim, a densidade óssea está difusamente reduzida com múltiplas fraturas vertebrais, alteração do formato do tórax sugestiva de amolecimento dos arcos costais. A extensa calcificação vascular associada num paciente ainda jovem é sugestiva de doença renal crônica.

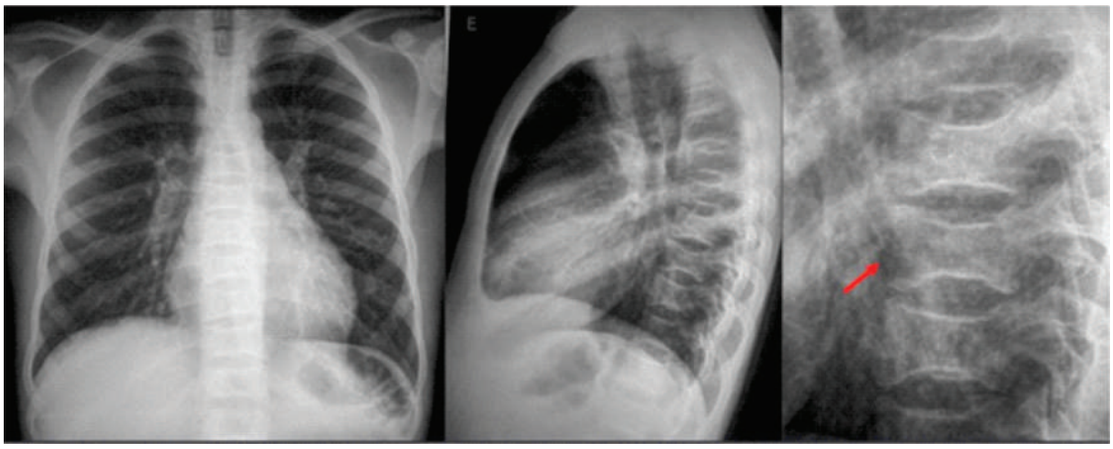


***Figura 4**: Radiografia de tórax em PA e perfil demonstrando o discreto infiltrado peribrônquico na base pulmonar esquerda e as vértebras em "H" (seta) típicas de anemia falciforme.*

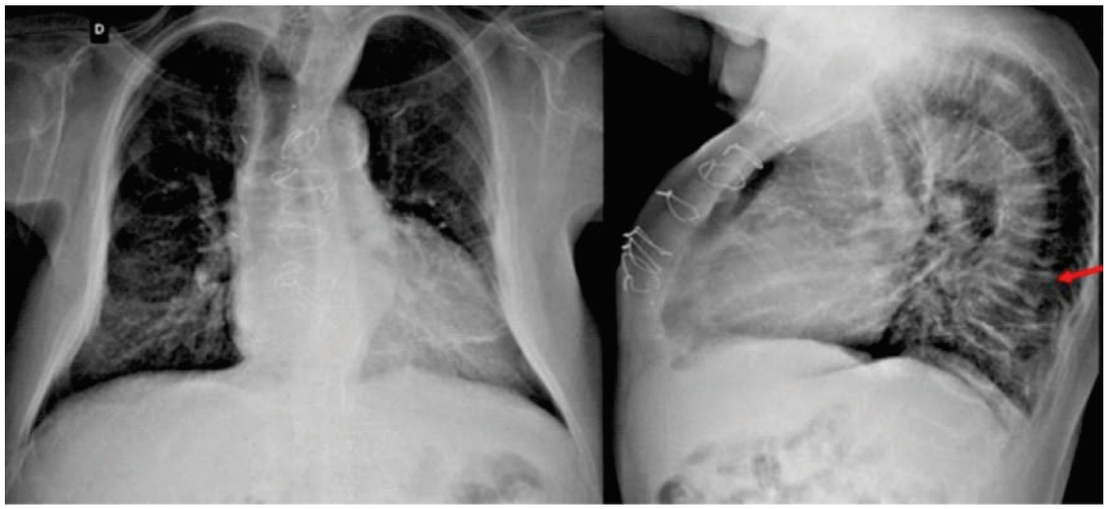


***Figura 5**: Radiografia de tórax em PA e perfil demonstrando a intensa osteopenia, com redução de altura de corpos vertebrais e acentuação da cifose. Sinais de esternorrafia, calcificação extensa da aorta e aumento do volume cardíaco.*

Dúvida: Mas ele não tem a imagem de hiperparatireoidismo de "camisa de jogador de rugby"! (figura 6).

Resposta: Apesar de não possuir a imagem mais típica de hiperparatireoidismo, o aspecto é compatível. Podemos ainda pesquisar com outras radiografias pela reabsorção cortical, especialmente nos dedos das mãos. Também pode haver reabsorção nas extremidades distais das clavículas, reabsorção das lâminas duras dos dentes e formação de tumor marrom em outros sítios.

***Figura 6**: Radiografia de coluna lombar em perfil e de mão em AP em paciente com hiperparatireoidismo. Imagem típica de "camisa de jogador de rugby" (seta), redução da densidade óssea e aspecto bicôncavo das vértebras denotando a osteomalácia. Na mão, observa-se a reabsorção do osso cortical (seta), tipicamente mais intenso na face radial da falange média.*

CONCLUSÃO

Na avaliação da redução da densidade óssea da coluna vertebral e pesquisa de doença metabólica, é necessário verificar os seguintes pontos:

1) Sinais de fratura osteoporótica, com depressão dos platôs superiores.
2) Sinais de osteomalácia, com vértebras bicôncavas.
3) Sinais de vértebras em "H" de anemia falciforme.
4) Presença de lesões líticas arredondadas de mieloma múltiplo.
5) Procurar faixas densas de sinal de "camisa de jogador de rugby" de hiperparatireoidismo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang CY, Rosenthal DI, Mitchell DM, Handa A, Kattapuram SV, Huang AJ. Imaging Findings of Metabolic Bone Disease. Radiographics. 2016 Oct;36(6):1871-1887.

2. Chantry A, Kazmi M, Barrington S, GohV, Mulholland N, Streetly M, Lai M, PrattG. Guidelines for the use of imaging in the management of patients with myeloma. Br J Haematol. 2017 Aug; 178 (3): 380-393.

3. Ejindu VC, Hine AI, Mashayekhi M, Shorvon PJ, Misra RR. Musculoskeletal manifestations of sickle-cell disease. Radiographics. 2007 Jul-Aug; 27(4): 1005-21.

4. Lin HM, Learch TJ, White EA, Gottsegen CJ. Emergency joint aspiration: a guide for radiologists on call. Radiographics. 2009 Jul-Aug;29(4):1139-58.

5. Murphey MD, Foreman KL, Klassen-Fischer MK, Fox MG, Chung EM, Kransdorf MJ. From the radiologic pathology archives imaging of osteonecrosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 2014 Jul-Aug; 34 (4):1003-28.

Newsletter

SRRJ
SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

A Newsletter da SRRJ é uma REVISTA ON LINE, da SRRJ, com a periodicidade quinzenal, com diversos colunistas, especialistas de diversas áreas, como Jurídica, Cultural, Esportiva, Científica, Pediatria, Relacionamento com Paciente, Eventos da SRRJ, Concursos de Fotografia, Poesias, e a sua contribuição será muito bem-vinda. Se tem algum evento que deseja divulgar, ou algum anúncio, não precisa ser sócio da SRRJ. Basta mandar um e-mail para nossa redação e já daremos andamento.

Para enviar dados ou imagens: newsletter@reumatorj.com.br

INTERCONSULTA

ABORDAGEM AO PACIENTE IDOSO: O QUE O REUMATOLOGISTA PRECISA SABER?

Dr. RODRIGO BERNARDO SERAFIM
Professor assistente e médico do Departamento de Clínica Médica e do setor de Geriatria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ.

Dra. CARLA MAYARA LEITE CORRÊA
Médico residente de Geriatria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ.

Dra. LARISSA GARCIA GUERINO
Médico residente de Geriatria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ.

Dr. PEDRO HENRIQUE RODRIGUES CASIMIRO
Médico residente de Geriatria do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ.

Palavras-chave: idoso, doenças reumáticas, artralgia, funcionalidade, controle de sintomas

RESUMO

A prevalência de doenças reumatológicas em idosos é elevada e pode acarretar importante declínio funcional e impacto social. Com o envelhecimento da população e o escasso número de estudos nesta faixa etária, a discussão do tema é cada vez mais importante.

A avaliação clínica deve contemplar, além dos sintomas diretamente relacionados, uma avaliação funcional e cognitiva pertinente, além da pesquisa de sintomas depressivos. Para isto, existem ferramentas específicas que podem auxiliar não apenas o diagnóstico, mas também o acompanhamento evolutivo dos sintomas.

A presença de sintomas atípicos é frequente, assim como a presença de anticorpos falso-positivos o que podem acarretar tratamentos desnecessários e polifarmácia. Da mesma forma, doença neoplásicas ou metabólicas, mais frequentes em idosos, podem se manifestar com sintomas reumatológicos e sua rápida percepção é necessária.

O tratamento deve ir além das drogas modificadoras de doença, mas deve contemplar o controle de sintomas e garantir a recuperação funcional dos pacientes. Drogas analgésicas podem ser utilizadas de forma escalonada com atenção para os seus efeitos colaterais.

Neste artigo, discute-se as peculiaridades das doenças reumatológicas nos idosos e destaca-se os principais fatores necessários para se garantir uma abordagem propedêutica e terapêutica mais ampla para esta faixa etária.

INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas estão entre patologias mais prevalentes nos idosos[1]. Em estudos popula-

cionais brasileiros observa-se uma prevalência de 22,7[2] até 43,5%[3] de doenças reumatológicas nesta população1, superando doenças como diabetes mellitus (10,6%) e doenças cardiovasculares (25%)[1] e, quando consideramos a prevalência de queixas articulares, essa taxa aumenta para 45,6%[2]. A prevalência de doenças reumáticas entre os mais idosos é maior: nas mulheres[2;3], nos indivíduos com 3 ou mais doenças crônicas (prevalência 21% maior)[3], nos indivíduos com sintomas depressivos3, naqueles com história de quedas prévias[3] e naqueles com autopercepção de saúde regular ou ruim/muito ruim. Este último também se relacionando com maior mortalidade3.

Os diferentes fenótipos neste grupo etário trazem novos desafios, tanto no acompanhamento daqueles que tiveram seu diagnóstico quando mais jovens e envelheceram com a sua doença, quanto no diagnóstico daqueles que desenvolveram a doença já idosos. A importância destas doenças vai além das condições clínicas diretas, e há diversas evidências de consequências negativas indiretas, como por exemplo, piora da qualidade de vida[2], polifarmácia (uso de 5 ou mais medicações)[1] e a um risco 68% aumentado de quedas[3].

O controle de sintomas é tão importante quanto o controle da doença. A dor é o sintoma mais proeminente decorrente de problemas musculoesqueléticos4, sendo a principal queixa e uma causa de limitações funcionais em idosos5. Numa população de 1271 idosos de São Paulo, a maioria (77%) apresentava dor há mais de 2 anos, sendo mais de 90% de intensidade no mínimo moderada, quase a metade queixando-se diariamente, com a região lombar sendo o local de dor mais frequente (25,4% dos casos), levando a maior dependência para atividades de vida diária[5].

IMPACTO DAS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS NO IDOSO

A saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, que é avaliada pela análise das atividades de vida diária (AVDs), ou seja, tarefas do cotidiano realizadas pelo paciente. A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência urinária, imobilidade e incapacidade comunicativa. Pode-se ainda desenvolver um quadro de vulnerabilidade fisiológica conhecida como síndrome de fragilidade, o qual está associado a piora de qualidade de vida e maior mortalidade[6].

A avaliação funcional do idoso pode ser realizada de forma sistemática através de questionários padronizados, sendo os mais utilizados a escala de Katz (Figura 1), que avalia as AVDs básicas, ou seja, aquelas que permitem um idoso viver de forma independente[7], e a escala de Lawton, (Figura 2) que avalia as AVDs instrumentais, que contempla capacidade de interagir com o meio/sociedade[8]. A avaliação funcional é importante nos idosos pois pode evidenciar uma piora na qualidade de vida do idoso secundária ao seu quadro reumatológico, como por exemplo o idoso que deixa de sair para locais distantes devido a um quadro álgico não controlado causado por osteoartrite de coluna. Seu grande valor é para acompanhamento longitudinal do idoso, sendo mais importante as mudanças na pontuação das escalas ao longo do tempo do que simplesmente seus valores absolutos. Dessa forma, pode-se identificar ganhos obtidos com o tratamento, auxiliando o planejamento terapêutico e o estabelecimento de metas em conjunto com o paciente.

A fragilidade pode ser objetivamente avaliada pela presença de pelo menos 3 dos sinais e sintomas a seguir: (1) perda de peso não intencional (pelo menos 5kg nos últimos cinco anos), (2) sensação de fadiga auto referida, (3) diminuição da força de preensão palmar da mão dominante, (4) redução das atividades físicas, (5) diminuição na velocidade da marcha (lentidão), segundo os critérios de Fried et al[6].

A presença de depressão é uma condição frequente em idosos com dor ou limitação funcional[2]. Sua pesquisa é de suma importância pois as queixas somáticas osteoarticulares podem ser uma manifestação da doença, que melhoram muitas vezes com o tratamento do quadro psiquiátrico. Para facilitar sua detecção, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15 - Figura 3), que consiste em uma estratégia breve e de fácil aplicação para avaliação do humor em pacientes idosos é de grande ajuda[9].

PROPEDÊUTICA DAS DOENÇAS REUMATOLÓGICOS EM IDOSOS

Com o envelhecimento há uma diminuição lenta e progressiva da densidade óssea e um elevado risco de desenvolvimento de sarcopenia. Condições sistêmicas podem mascarar os sintomas e proporcionar apresentações atípicas. O aumento das células T de memória e a exposição a antígenos,

aumenta o risco de anticorpos falso-positivos o que pode dificultar o diagnóstico (Tabela 1).

O exame físico no idoso deve incluir uma avaliação cuidadosa dos arcos de movimento (mesmo pequenas perdas na amplitude podem afetar negativamente a função), por exemplo, a perda da rotação externa do ombro pode resultar na incapacidade de lavar o cabelo. A perda da amplitude de movimento nos punhos e dedos pode afetar quaisquer atividades que exijam destreza manual.

Exames de coordenação e testes de equilíbrio são importantes exemplos de testes de mobilidade funcional básica, testes como "Timed up and go" (TUG) o teste de sentar e levantar cinco vezes (SST5), que são preditores de incapacidade funcional nesses pacientes, assim como associação com risco aumentado de quedas[10; 11; 12]. O TUG é um teste simples e consiste em fazer o paciente levantar de uma cadeira, andar 3 metros, retornar e sentar o mais rápido possível. O teste deve ser feito em menos de 10 segundos[13]. Aqueles com tempo de realização lentificado têm maior risco de perda funcional e quedas. O SST5 consiste em o indivíduo, que inicia o teste sentado com braços cruzados, levantar e sentar cinco vezes da cadeira o mais rápido que puder, sendo medido o tempo até a quinta vez que o paciente fica de pé[11], aqueles com tempo de realização superior a 11 segundos tem risco aumentado de quedas[12].

Ainda são necessários mais estudos prospectivos para correlacionar esses escores preditores de quedas com outros de avaliação em doenças reumatológicas como o WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index), escore para avaliação de sintomas em osteoartrose de joelho, o Lequesne, dentre outros, assim como a sua associação com risco de quedas.

A observação do autocuidado assim como a presença de déficit cognitivo deve ser avaliada. A presença de demência e comprometimento cognitivo estão associados a prejuízo na capacidade de relatar dor, condicionando estes pacientes, a subdiagnóstico e subtratamento da mesma. Algumas formas simples de se avaliar um possível déficit cognitivo é através de ferramentas de rastreio que podem ser utilizadas por qualquer profissional de saúde, tais como o AD-8 (Figura 4), questionário de 8 perguntas com respostas simples que pode ser aplicado ao paciente ou ao acompanhante[14], ou o MiniCog (Figura 5), aplicado ao paciente. São particularmente úteis na avaliação de idosos com relato confuso ou que não sabem informar bem sobre seu quadro[15]. A suspeita de déficit cognitivo deve ser valorizada por todo profissional que atende a população geriátrica já que isso implica na necessidade de um acompanhante nas consultas para orientações para garantir melhor adesão ao tratamento, implica em mudança de prognóstico e objetivos do tratamento.

MANIFESTAÇÕES REUMATOLÓGICAS DE DOENÇAS NÃO REUMÁTICAS

- SÍNDROMES PARANEOPLÁSICAS

São síndromes mediadas por hormônios e citocinas produzidas por tumores. Os sintomas articulares em geral ocorrem até 2 anos do início dos sinais de malignidade e podem ajudar na detecção precoce da neoplasia[16]. Seguem abaixo algumas das síndromes paraneoplásicas mais bem estabelecidas:

OSTEOARTROPATIA HIPERTRÓFICA: caracterizada por proliferação anormal da pele e tecidos ósseos na parte distal das extremidades, os pacientes podem apresentar dor óssea tibial e femoral e artralgia. Ao exame articular podemos encontrar edema de tecidos moles, sinovite e baqueteamento digital. Radiografia simples mostra proliferação periosteal. Essa síndrome tem relação estabelecida com neoplasia pulmonar.

POLIARTRITE PARANEOPLÁSICA OU ARTRITE REUMATOIDE-LIKE: caracterizada por início súbito, com maior incidência em homens (1,7:1)[16] e com idade média de início de 54 a 60 anos[17], ausência de nódulo reumatoide, FR negativo, PCR elevada, radiografia da articulação sem erosão, regressão da artrite após terapia anti-tumoral17. Malignidades hematológicas ou linfoproliferativas são responsáveis por 1/3 dos casos. Entre tumores sólidos os mais frequentes são adenocarcinomas (60%)[17] de pulmão e mama, embora também tenha relato em câncer de cólon e outros tumores sólidos[16]. A maioria possui anticorpos negativos, porém podem ser encontrados FR positivo em 27%, FAN positivo em 19% e anti-CCP positivo em 10% dos casos[16]. A clínica mais comum é a poliartrite simétrica envolvendo articulações de mãos e tornozelos nos pacientes com FR positivo e assimétrica quando FR negativo. Ao diagnóstico de poliartrite paraneoplásica 11,5% tem o diagnóstico simultâneo do tumor e 88,5% após[17]. A resposta é pobre ou atípica a corticoide e drogas modificadoras de doença. Artrite resolve com ade-

quado tratamento da doença de base em 75% dos casos.

FASCIÍTE PALMAR/POLIARTRITE: possui associação rara com neoplasia de ovário em mulheres pós menopausa, similar a contratura de Dupuytren, porém mais grave.

RS3PE (*Remitting Seronegative Symmetric Synovitis With Pitting Edema*): caracterizado por sinovite simétrica de pequenas articulações e edema mole significativo em pacientes idosos com sorologia FR negativa. É associado a malignidade em 24,7% dos casos. VEGF tem papel significativo na patogênese e pode explicar a hipervascularização sinovial e a permeabilidade vascular causando edema. Níveis elevados de metaloproteinase 3 são encontrados no soro de pacientes com a forma paraneoplásica. Existe uma boa resposta a prednisona em baixa dose, porém a resposta ao corticoide pode ser pior e mais lenta na forma associada a neoplasia.

POLIMIALGIA REUMÁTICA LIKE: caracterizada pela dor e rigidez em cintura escapular e pélvica. Está associado a síndrome mielodisplásica e, mais raramente, a doença metastática. Êxito no tratamento da doença neoplásica de base regride os sintomas, não tendo resposta dramática a corticoide como tem a polimialgia reumática típica. Deve-se investigar malignidade quando surgir um quadro de polimialgia reumática em pacientes jovens, com apresentação assimétrica, VHS menor 40 ou maior que 100, pouca resposta a corticoide e sintomas constitucionais proeminentes.

- DOENÇAS ENDÓCRINAS

O hipotireoidismo frequentemente se apresenta com artropatia simétrica envolvendo rigidez das articulações das mãos e joelhos, miopatia com fraqueza e fadiga proximal, CPK normal e hipercolesterolemia18. A síndrome do túnel do carpo pode ser apresentação inicial de hipotireoidismo em 7% dos pacientes18. No caso do hipertireoidismo, pacientes podem ter fraqueza muscular proximal associada a capsulite adesiva de ombro, perda de massa muscular e perda de peso[18].

Em pacientes diabéticos, principalmente com mais tempo de doença, ocorre maior prevalência de capsulite adesiva, restrição de mobilidade articular em mãos, contratura de Dupuytren, síndrome do túnel do carpo e doença de Charcot. O controle da doença de base auxilia no tratamento das condições reumatológicas[19].

- DOENÇAS INFECCIOSAS

Artrite relacionada ao vírus da hepatite C se apresenta como poliartrite simétrica envolvendo pequenas articulações similar a artrite reumatoide, porém é menos provável que tenha erosão óssea ou nódulos subcutâneos. Pacientes com poliartrite com história prévia de hemotransfusão, uso de drogas intravenosas ou hepatite deve levar a investigação desta infecção[20].

Há maior chance da artrite pós Chikungunya se tornar crônica em maiores de 45 anos, com síndrome metabólica e portadores de outras doenças reumáticas[21], é importante perguntar ativamente sobre quadro prévio de febre alta associado a artralgia para diagnóstico adequado.

CONTROLE DE SISTEMAS

Tão importante quanto o tratamento específico de cada patologia, está o manejo adequado e controle da dor. A presença de dor é o fator mais limitante e associado a perda funcional no idoso. Comparando-se indivíduos entre 50-59 anos com idosos de 80-89 anos que não apresentavam dor, observa-se que ambos os grupos obtêm desempenho similar em atividades de vida diária, o que sugere que o simples controle de sintomas tem repercussão significativa em ganho de funcionalidade[5].

Acredita-se que os idosos, em comparação com os mais jovens, não sentem dores articulares com a mesma intensidade, pois o envelhecimento está associado a menor atividade do sistema nociceptivo. O limiar de dor parece ser aumentado em pessoas idosas apenas quando os estímulos são mais breves e em locais periféricos cutâneos ou viscerais. Ao mesmo tempo, a redução da acuidade para dor pode representar maior risco de lesão[22].

AINEs são recomendados após falha no controle da dor com paracetamol; úteis na dor inflamatória, devem ser usados preferencialmente por um curto período de tempo. Inibidores seletivos COX-2 conferem menos efeito colateral gastrointestinal, mas podem aumentar o risco cardiovascular. Administração concomitante de inibidor da bomba de prótons ou bloqueador H2 podem gerar melhor proteção gastrointestinal[23]. A decisão do uso de AINEs em idosos deve ser individualizada e baseada nos fatores de risco de ter efeitos adversos.

Opioides são usados para manejo de dor intensa ou refratária aos medicamentos anteriores. O efeito analgésico da codeína é mediado pela conversão a morfina via citocromo P450 2D6, que não é

funcional em 8% da população, tornando o medicamento ineficaz. Nos idosos pode-se prescrever com maior intervalo entre as doses. O uso de opioides fortes, como morfina, requer cuidado devido ao aumento da meia-vida dos metabólitos ativos em idosos, principalmente em casos de disfunção renal ou hepática; usar sempre na menor dose efetiva possível.

Outras drogas podem auxiliar no controle de dor nos idosos, como pregabalina e gabapentina, e inibidores da recaptação de noradrenalina e serotonina (venlafaxina e duloxetina), principalmente para controle de dor neuropática e crônica. Amitriptilina e benzodiazepínicos devem ser evitados em idosos devido aos efeitos colaterais importantes[23].

CONCLUSÃO

As doenças reumatológicas são prevalentes nos idosos. Heterogeneidades da faixa etária podem dificultar o diagnóstico e demandarem adaptações para o tratamento adequado. Conhecer as peculiaridades desta população, assim como, realizar uma boa avaliação funcional e cognitiva é fundamental. Causas secundárias, principalmente no que tange a possibilidades de síndromes paraneoplásicas e metabólicas devem estar no diagnóstico diferencial. O manejo da dor merece uma importante atenção e o tratamento deve levar em consideração a qualidade de vida.

SRRJ SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Programação Clube do Reumatismo 2019

SRRJ SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

	MAIO (30/05)	JUNHO (27/06)	JULHO (25/07)
	Moderador: Evandro Klumb	Moderador: Ângelo Papi	Moderador: Maria Cecília
18h- 18:40h	Hipertensão arterial pulmonar – Dr Daniel Waetge - UFRJ	Miopatia Genética - Dra Carolina. Gafre Guinle	Doença inflamatória intestinal Dr Frederico. Santa Casa
19h- 19:20h	Santa Casa	HFSE	UNIRIO
19:20h -19:40h	UERJ	UFRJ	SANTA CASA
19:40- 20h			REUMATOPEDIATRIA - PIEDADE CYNTHIA
20h- 20:20h	REUMATOPEDIATRIA IPPMG ADRIANA FONSECA	Hospital da Lagoa	Caso Clínico Campos
20:20h- 20:50h	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)	Sessão Prof Raimundo Pimentel: Elise Tonomura (UFRJ)	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)

	AGOSTO (29/08)	SETEMBRO (26/09)	OUTUBRO (24/10)
	Moderadora: Ângelo Papi	Moderador: Washington Bianchi	Moderadora: Blanca Bica
18h- 18:40h	Osteoartrite Dra Selma Merelender	Nefrite lúpica visão do nefrologista Dr José Suassuna. UERJ	Autoimunidade em terapias imunoestimuladoras. Dr Carlos Gil
19h- 19:20h	HFSE	SANTA CASA	UERJ
19:20h -19:40h	UFRJ	UNIRIO	UFRJ
19:40- 20h	UERJ	HCE -Carla Dionello	HFSE
20h- 20:20h	Caso Clínico Teresópolis	Reumatopediatria	Hospital de Ipanema
20:20h- 20:50h	Sessão Prof Raimundo Pimentel: Elise Tonomura (UFRJ)	Sessão Prof Raimundo Pimentel: Elise Tonomura (UFRJ)	Sessão Prof Raimundo Pimentel: Elise Tonomura (UFRJ)

	NOVEMBRO (28/11)
	Moderador: Evandro Klumb
18h- 18:40h	osteoporose secundária visão do endocrinologista Dr Caroline . UERJ
19h- 19:20h	UNIRIO
19:20h -19:40h	SANTA CASA
19:40- 20h	Caso Rede privada
20h- 20:20h	Niteroi
20:20h- 20:50h	Sessão Prof Raimundo Pimentel : Elise Tonomura (UFRJ)

Figura 1: Escala de Avaliação de Atividades Básicas de Vida Diária – KATZ

Itens/Opções	Paciente	Acomp.
1- Tomar banho (leito, banheiro ou chuveiro)		
( ) Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).	(I)	(I)
( ) Recebe ajuda apenas para lavar uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)	(I)	(I)
( ) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	(D)	(D)
2- Vestir-se		
( ) Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.	(I)	(I)
( ) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	(I)	(I)
( ) Recebe ajuda para pegar as roupas	(D)	(D)
3- Uso do vaso sanitário (Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)		
( ) Vai ao banheiro ou lugar equivalente, se limpa ou ajeita as roupas sem ajuda (pode ser objeto para apoio como bengala, andador ou cadeira de roda e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã).	(I)	(I)
( ) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se ou para ajeitar as roupas após a evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite.	(D)	(D)
( ) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológica	(D)	(D)
4- Transferências		
( ) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala, andador)	(I)	(I)
( ) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	(D)	(D)
( ) Não sai da cama	(D)	(D)
5- Continência		
( ) Controla inteiramente micção e evacuação	(I)	(I)
( ) Tem "acidentes" ocasionais	(D)	(D)
( ) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(D)	(D)
6- Alimentação		
( ) Alimenta-se sem ajuda	(I)	(I)
( ) Alimenta -se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão	(I)	(I)
( ) Recebe ajuda para alimentar -se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluídos intravenosos	(D)	(D)
Total		

D: dependente, I: Independente. Pontuação para acompanhamento: pontua-se as atividades em que o indivíduo é dependente, em que um escore de 0 o paciente é independente em todas as 6 funções e 6 é dependente em todas as 6 funções. É importante registrar a fonte da informação, por este motivo a tabela tem uma coluna para resposta do paciente e outra para do acompanhante.
Fonte: Adaptado de DE OLIVEIRA DUARTE, Y. A.; *et al*. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007

Figura 2: Escala de Avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária Lawton

Itens/Opções	Paciente	Acomp.
1- Telefone		
- capaz de ver os números, discar, fazer e receber ligações sem ajuda	(3)	(3)
- capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajud para encontrar os números ou para discar	(2)	(2)
- completamente incapaz no uso do telefone	(1)	(1)
2- Viagens		
- capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou taxi	(3)	(3)
- capaz de viajar exclusivamente acompanhado	(2)	(2)
- completamente incapaz de viajar	(1)	(1)
3- Compras		
- capaz de fazer compras, se fornecido o transporte	(3)	(3)
- capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado	(2)	(2)
- completamente incapaz de fazer compras	(1)	(1)
4- Preparo de refeições		
- capaz de planejar e cozinhar refeições completas	(3)	(3)
- capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar re feições completas sozinho	(2)	(2)
- completamente incapaz de preparar qualquer refeição.	(1)	(1)
5- Trabalho doméstico		
- capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão)	(3)	(3)
- capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necess ita de ajuda nas tarefas pesadas	(2)	(2)
- completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	(1)	(1)
6 – Trabalhos manuais		
- capaz de fazer trabalhos manuais (pequenos consertos, costura, etc) sem nenhuma ajuda	(3)	(3)
- capaz de realizar trabalhos manuais com alguma ajuda	(2)	(2)
- não consegue de maneira alguma fazer qualquer trabalho manual	(1)	(1)
7 – Lavar roupa		
- capaz de lavar a própria roupa sem ajuda	(3)	(3)
- consegue lavar a própria roupa com alguma ajuda	(2)	(2)
- não consegue de maneira alguma lavar nenhuma roupa	(1)	(1)
8- Medicações		
- capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa	(3)	(3)
- capaz de tomar os remédios, mas necessita de um lembrete ou alguém que os prepare	(2)	(2)
- completamente incapaz de tomar os remédios sozinho	(1)	(1)
9- Dinheiro		
- capaz de administrar as necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas	(3)	(3)
- capaz de administrar necessidade de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas	(2)	(2)
- completamente incapaz de administrar dinheiro	(1)	(1)
Total		

Pontuação: varia de 9 (incapaz de desempenhar qualquer uma das atividades acima) até 27 (capaz de realizar todas as 9 atividades sem auxílio). As variações observadas, sejam secundárias a evolução da doença de base ou pelo tratamento dela.
Fonte: Adaptado de LAWTON, M. P.; *et al*. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist,** v. 9, n. 3, p. 179-86, Autumn 1969.

Figura 3: EDG 15 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage
Instruções: - Inicie dizendo: "Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o(a) senhor(a) vem se sentindo na última semana. Por favor me responda apenas sim ou não."

Perguntas (resposta = 1 ponto)	**Sim**	**Não**
1- O sr(a) está basicamente satisfeito com a sua vida? (não)	S	**N**
2- O sr(a) deixou muito dos seus interesses e atividades? (sim)	**S**	N
3- O sr(a) sente que sua vida está vazia? (sim)	**S**	N
4- O sr(a) se aborrece com frequência? (sim)	**S**	N
5- O sr(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo? (não)	S	**N**
6- O sr(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer? (sim)	**S**	N
7- O sr(a) se sente feliz a maior parte do tempo? (não)	S	**N**
8- O sr(a) sente que sua situação não tem saída? (sim)	**S**	N
9- O sr(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)	**S**	N
10- O sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria? (sim)	**S**	N
11- O sr(a) acha maravilhoso estar vivo? (não)	S	**N**
12- O sr(a) se sente um(a) inútil nas atuais circunstâncias? (sim)	**S**	N
13- O sr(a) se sente cheio de energia? (não)	S	**N**
14- O sr(a) acha que sua situação é sem esperança? (sim)	**S**	N
15- O sr(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) senhor(a)? (sim)	**S**	N
TOTAL (soma dos itens em negrito)		

A soma total de pontos superior a 5 é sugestiva de depressão.
Fonte: Adaptado de Almeida et al, Arq Neuropsiquiatr 1999;57(2-B): 424.

Tabela 1. Diferenças entre as doenças reumáticas de início precoce e tardio24

Características	Início Precoce	Início Tardio
ARTRITE REUMATOIDE		
Início	Geralmente 35-55 anos	Acima de 60 anos
Frequência	Maioria dos pacientes	Só 2% de todos com AR
Distribuição entre sexos	2-3♀ : 1♂	1,5-1♀ : 1♂
Genética	HLA DRB1*0401 mais comum	HLA DRB1*0101 mais comum
Manifestações clínicas	Início insidioso, deformidades clássicas predominam em pequenas articulações	Mais frequente início abrupto, predomina em grandes articulações, menos associado a deformidades
Achados associados	Doença Intersticial Pulmonar e S. Sjogren	Sintomas semelhantes a polimialgia reumática
Anticorpos	FR e anti-CCP são mais comuns	Menos comuns
ESPONDILOARTRITES		
Início	Antes dos 45 anos	Após 45-50 anos
Frequência	Mais de 90%	Menos de 10%
Envolvimento articular	Mais axial envolvendo articulação sacroilíaca e coluna lombar	Coluna cervical e articulações periféricas mais comumente envolvidas
HLA B27	Mais de 90% positivo	Cerca de 70%
Espondiloartrite indiferenciada	Menos comum	Mais comum
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO		
Início	Antes dos 50 anos	Após os 50 anos
Distribuição entre sexos	10♀ : 1♂	3,2-7,6♀ : 1♂
Evolução da doença	Mais aguda	Mais insidiosa
Achados cutâneos	Mais comuns	Menos comuns
Citopenias	Menos comuns	Mais comuns
Envolvimento SNC/ renal/ cardiopulmonar	Mais comum	Menos comum
Auto-anticorpos	Anti-Sm e Anti-RNP são mais comuns que em idosos	Anti-Ro, Anti-La, FR são mais comuns
GOTA		
Início	Geralmente entre 4ª-6ª década	Mais de 60-65 anos
Distribuição entre sexos	Mais comum em homens	Semelhante
Articulações incialmente acometidas	Mais comum: 1ª metatarsofalangeana	Início tardio em mulheres: 25% com interfalangeanas
Tofo gotoso	Desenvolvimento tardio	Desenvolvimento precoce

ESCLEROSE SISTÊMICA		
Início	Antes dos 60 anos	Após os 60 anos
Frequência	Mais de 80%	Menos de 20%
Fenômeno de Raynaud e úlceras digitais	Mais comuns	Menos comuns
Doença intersticial pulmonar e Hipertensão pulmonar	Comum	Mais comum
Distúrbios de condução	Menos comum	Mais comum
Anticorpo anticentrômero	Menos comum	Mais comum
Taxa de mortalidade	Baixa	Alta

♀: sexo feminino; ♂: sexo masculino; FR: fator reumatoide; Anti-CCP: anti peptídeo citrulinado cítrico; SNC: sistema nervoso central

Adaptado de DHAON, et al. Rheumatic disease in elderly population, how different from the conventional presentations? **Internet Journal of Rheumatology and Clinical Immunology,** v. 3, n. S1, 2016.

Figura 4: AD-8 Brasil

Lembre-se: **"Sim"** indica que você acha que houve mudança nos últimos anos causada por problemas cognitivos (de pensamento e de memória).	**Sim**	**Não**	**Não sei**
1 - Problemas de julgamento (Ex: cair em trapaças, tomar decisões financeiras ruins, comprar presentes inadequados para os presenteados.			
2 - Interesses reduzidos por atividades gerais e de lazer			
3 - Fica repetindo perguntas, histórias ou frases			
4 - Dificuldade em aprender a usar uma ferramenta, eletrodoméstico ou aparelho (computador, microondas, controle remoto, ...)			
5 - Esquece o mês ou ano correto			
6 - Dificuldade em lidar com questões financeiras complicadas (Ex: Controlar talões de cheques, imposto de renda, pagamento de contas...)			
7 - Dificuldades em lembrar compromissos			
8 - Problemas frequentes de pensamento e memória			
Escore final no AD-8 (total de "Sim")			

0-2: Cognição normal / ≥ 3: Declínio cognitivo provavelmente presente

Sensibilidade 83,1% e Especificidade 68,7%.

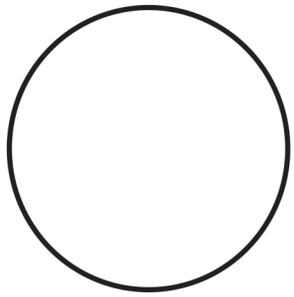
Fonte: CORREIA, C. C. et al. AD8-Brazil: cross-cultural validation of the ascertaining dementia interview in Portuguese. J Alzheimers Dis, 2011.

Figura 5: Aplicação do Mini-Cog como ferramenta de rastreio para demência

1º Peça ao paciente para ouvir atentamente e repetir as 3 palavras abaixo*

MAÇÃ - RELÓGIO - CENTAVO

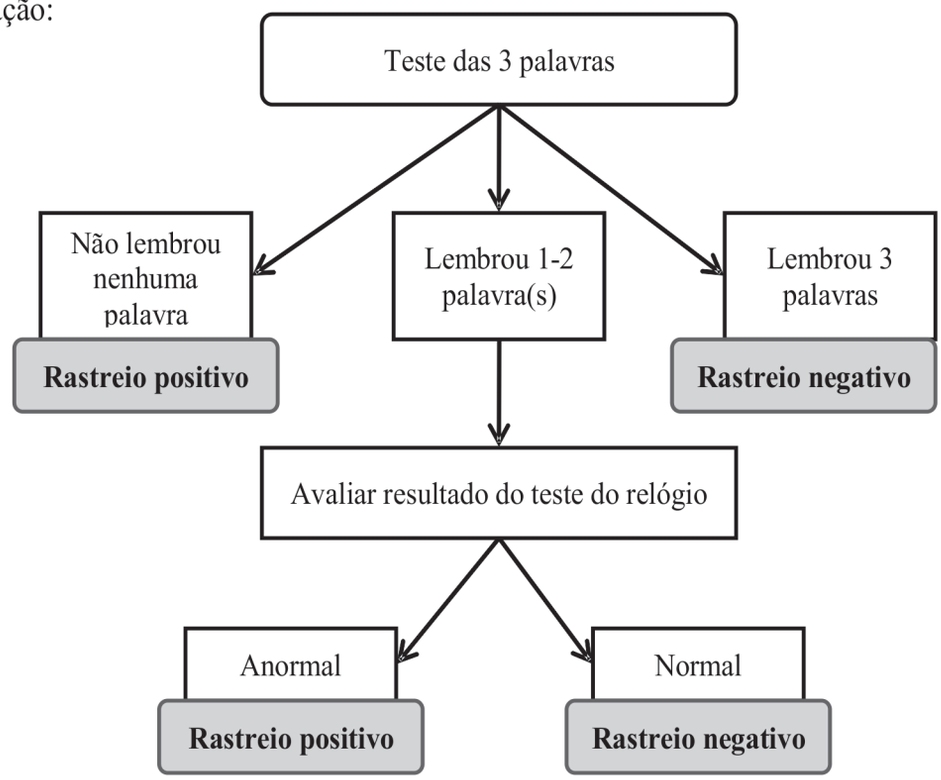
2º Peça ao paciente para desenhar um relógio com os ponteiros marcando 10:45



3º Peça para o paciente repetir as 3 palavras dadas anteriormente

_____ _____ _____

Pontuação:



* tradução das 3 palavras da escala em inglês: *apple, clock, penny*

Fonte: Adaptado de Borson S. The mini-cog: a cognitive "vitals signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15(11):1021.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, M. F. C. et al. Polypharmacy among the elderly in the city of Sao Paulo, Brazil-SABE Study. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, n. 4, p. 817-827, 2012. ISSN 1415-790X.

2. FALSARELLA, G. R. et al. Prevalence and factors associated with rheumatic diseases and chronic joint symptoms in the elderly. Geriatr Gerontol Int, v. 13, n. 4, p. 1043-50, Oct 2013. ISSN 1447-0594.

3. TORRES, S. F.; NERI, A. L.; BORIM, F. S. A. Overview of Rheumatic Diseases in the Elderly: The FIBRA Study. PAJAR-Pan American Journal of Aging Research, v. 4, n. 1, p. 21-30, 2016. ISSN 2357-9641.

4. ACEVEDO, A. T.; JACKSON, A.; ALTER, K. E. Regional Rheumatic Disorders and Rehabilitation in Older Adults. Clin Geriatr Med, v. 33, n. 1, p. 53-72, Feb 2017. ISSN 0749-0690.

5. DELLAROZA, M. S. et al. [Chronic pain among elderly residents in Sao Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study)]. Cad Saude Publica, v. 29, n. 2, p. 325-34, Feb 2013. ISSN 0102-311x.

6. FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, v. 56, n. 3, p. M146-56, Mar 2001. ISSN 1079-5006 (Print) 1079-5006.

7. DE OLIVEIRA DUARTE, Y. A.; DE ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007. ISSN 1980-220X.

8. LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, v. 9, n. 3, p. 179-86, Autumn 1969. ISSN 0016-9013 (Print) 0016-9013.

9. PARADELA, E. M.; LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. [Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic]. Rev Saude Publica, v. 39, n. 6, p. 918-23, Dec 2005. ISSN 0034-8910 (Print) 0034-8910.

10. MARQUES, W. V. et al. [The influence of physical function on the risk of falls among adults with rheumatoid arthritis]. Rev Bras Reumatol, v. 54, n. 5, p. 404-8, Sep-Oct 2014. ISSN 0482-5004.

11. GAINO, J. Z. et al. Disease-related outcomes influence prevalence of falls in people with rheumatoid arthritis. Annals of physical and rehabilitation medicine, 2018. ISSN 1877-0657.

12. GURALNIK, J. M. et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. Journal of gerontology, v. 49, n. 2, p. M85-M94, 1994. ISSN 0022-1422.

13. BAUER, D. C. FRAX, falls, and fracture prediction: predicting the future. Arch Intern Med, v. 171, n. 18, p. 1661-2, Oct 2011. ISSN 1538-3679. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987196 >.

14. CORREIA, C. C. et al. AD8-Brazil: cross-cultural validation of the ascertaining dementia interview in Portuguese. J Alzheimers Dis, v. 27, n. 1, p. 177-85, 2011. ISSN 1387-2877.

15. BORSON, S. et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc, v. 51, n. 10, p. 1451-4, Oct 2003. ISSN 0002-8614 (Print) 0002-8614.

16. HASHEFI, M. Rheumatologic Manifestations of Malignancy. Clin Geriatr Med, v. 33, n. 1, p. 73-86, Feb 2017. ISSN 0749-0690.

17. MOREL, J. et al. Characteristics and survival of 26 patients with paraneoplastic arthritis. Ann Rheum Dis, v. 67, n. 2, p. 244-7, Feb 2008. ISSN 0003-4967.

18. CHAKRAVARTY, S. D.; MARKENSON, J. A. Rheumatic manifestations of endocrine disease. Curr Opin Rheumatol, v. 25, n. 1, p. 37-43, Jan 2013. ISSN 1040-8711.

19. SMITH, L. L.; BURNET, S. P.; MCNEIL, J. D. Musculoskeletal manifestations of diabetes mellitus. Br J Sports Med, v. 37, n. 1, p. 30-5, Feb 2003. ISSN 0306-3674 (Print) 0306-3674.

20. SAYINER, Z. A. et al. Hepatitis C virus infection and its rheumatologic implications. Gastroenterol Hepatol (N Y), v. 10, n. 5, p. 287-93, May 2014. ISSN 1554-7914 (Print) 1554-7914.

21. ZAID, A. et al. Chikungunya Arthritis: Implications of Acute and Chronic Inflammation Mechanisms on Disease Management. Arthritis Rheumatol, v. 70, n. 4, p. 484-495, Apr 2018. ISSN 2326-5191.

22. FALZONE, E.; HOFFMANN, C.; KEITA, H. Postoperative analgesia in elderly patients. Drugs Aging, v. 30, n. 2, p. 81-90, Feb 2013. ISSN 1170-229x.

23. ALI, A. et al. Managing Chronic Pain in the Elderly: An Overview of the Recent Therapeutic Advancements. Cureus, v. 10, n. 9, p. e3293, Sep 13 2018. ISSN 2168-8184 (Print) 2168-8184.

24. DHAON, P.; TRIPATHY, S. R. Rheumatic disease in elderly population, how different from the conventional presentations? Internet Journal of Rheumatology and Clinical Immunology, v. 3, n. S1, 2016. ISSN 2320-7221.

INTEGRALIZAR

Entrevistado: Claudio Amorim Monteiro Diretor Executivo do Hospital Pró-Cardíaco Américas Serviços Médicos (UHG Brasil)

Entrevista elaborada por Mirhelen Mendes de Abreu

A Reumatologia tem vivenciado exponenciais transformações graças à evolução das tecnologias em saúde disponibilizadas para o cuidado do paciente. Em paralelo, o setor saúde tem vivenciado novos cenários, sobretudo no âmbito da saúde suplementar brasileira.

Boletim: Quais os principais problemas encontrados no modelo atual de saúde suplementar?

Cláudio Amorim: Sem dúvida alguma, o problema mais importante (e que não chega a ser novo) é o da sustentabilidade do sistema. Tem sido amplamente debatido o quanto os sistemas de saúde em todo o mundo são desafiados continuamente para garantir o financiamento de custos crescentes; mas a diferença entre a ponta que "puxa" esses custos e a "outra ponta" (que busca ampliar os recursos para custeá-los) não é apenas enorme, mas esta diferença está em expansão acelerada. O segundo problema mais relevante, na minha visão, é o desafio de definir como incorporar tecnologia com racionalidade e a um ritmo adequado: de modo que a inovação não falte ao indivíduo que pode se beneficiar dela, mas que ela também seja custo-efetiva em nível populacional. Somente encontrando um ponto equidistante entre esses dois polos de necessidades podemos tentar garantir acesso amplo aos recursos disponíveis, que são finitos - e cada vez serão mais escassos.

Que estratégias podem contribuir para assegurar a sustentabilidade da saúde suplementar no país?

Vejo duas estratégias promissoras: a primeira, de alinhamento de incentivos; e a segunda, de hierarquização do cuidado, com ênfase na coordenação de cuidado e reinserção da prática de Atenção Primária. Alinhar incentivos significa reordenar o modelo de pagamentos dirigido não pela quantidade de serviços e produtos consumidos em um processo diagnóstico ou terapêutico, mas pelo resultado. Isso não é simples, mas é a única proposição que podemos fazer que realmente coloca o paciente no centro do sistema. Falo aqui de pagamentos dirigidos por aquilo que é o melhor interesse do paciente - diagnósticos precisos, feitos a tempo, integrados a tratamentos efetivos, que foquem em tudo aquilo que é de fato relevante ao ser humano: sobrevida, com retorno da função orgânica, com menor prejuízo a outras funções, com menor dispêndio de tempo possível, e preservando ou melhorando a qualidade de vida. Porém tem sido mais fácil pensar e falar a respeito do que realizar na prática; mas estamos evoluindo. Acredito que os próximos 5 anos serão inteiramente diferentes do que os 5 anos passados. Viveremos uma revolução que começará na forma e intensidade como medimos nossa performance, nosso desperdício e nossos resultados assistenciais. Quanto à hierarquização do sistema, vejo uma imensa oportunidade aqui. O modelo atual é fragmentado e o paciente navega por ele sem orientação; usa os recursos disponíveis em uma lógica de consumidor, e não de usuário de um sistema de saúde. A coordenação de cuidado é fundamental para que esse usuário caminhe na direção adequada,

usando os serviços adequados, e num tempo adequado.

Como capacitar o consumidor de planos e seguros de saúde para o bom uso dos serviços assistenciais? Como envolver a sociedade nessa discussão?

Justamente acompanhando-o de perto, não em um modelo de vigilância e controle, mas em um modelo de condução e apoio. Isso pode ser feito por Médicos de Família, por Enfermeiros "navegadores", por Agentes de Saúde e Assistentes Sociais, ou Médicos Especialistas quando pensamos em cuidados mais específicos de pacientes com doenças raras, ou muito complexas. Pacientes que sofrem de doenças reumatológicas sistêmicas, como LES ou Esclerodermia, via de regra são conduzidos muito de perto por seus médicos, que os acompanham com elevado grau de proximidade e atenção. Pois este nível de relacionamento e responsabilização seria muito benéfico se aplicado de forma mais ampla, para diversas condições, nas diversas especialidades médicas.

A transformação do cuidado reumatológico se deve, em parte, à chamada medicina de precisão, caracterizada pela terapia-alvo orientada por testes diagnósticos moleculares. Do ponto de vista da gestão de tecnologias em saúde, como ponderar o significativo incremento na sobrevida e qualidade de vida de nossos pacientes em relação aos custos impostos por essa incorporação tecnológica?

Alguns podem acreditar que a Medicina Personalizada, que cresce em Oncologia e também na Reumatologia, ameaça a sustentabilidade pretendida ao sistema. Não vejo assim. Penso que a medicina de precisão, com tomada de decisão individualizada, será uma realidade incontornável na próxima década; e enquanto descobrimos de que forma podemos tratar melhor nossos pacientes, entenderemos de forma ainda mais pungente que a coordenação de cuidado em um sistema integrado e hierarquizado é o que possibilitará abraçarmos estas novas tecnologias. Em um sistema caótico, em que o consumo de recursos se dá de forma desorganizada, não conseguiremos dar estes passos, e fatalmente iríamos submergir em uma medicina de baixa qualidade e extremamente judicializada, que construiria apenas a própria ruína.

As principais lideranças executivas em saúde afirmam que, do envolvimento do paciente à genômica individual, inovar o sistema de saúde não será possível sem um profundo entendimento das necessidades do paciente. Na sua visão, o ambiente organizacional na saúde suplementar como um todo é projetado para atender às necessidades do paciente e otimizar os desfechos de saúde? Se não, como os atores do sistema coletivamente precisam atuar para estimular esse processo?

Eu acredito que sim. Não é perfeito, não temos as respostas necessárias a todas as questões agora, mas acredito que caminhamos para um aprimoramento e fortalecimento progressivos. Sou otimista e realmente acredito nisso; os próximos 5 anos nos dirão se hoje estamos no caminho certo, rumando na velocidade certa e na direção certa.

ESPONDILOARTRITES
REUMATOGERIATRIA

19 e 20 Julho
Hotel Prodigy Santos Dumont - Centro/RJ

Inscrições Abertas!

COM PAIXÃO

Entrevistada com Dra. Francinne Machado Ribeiro

Chefe da Enfermaria de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Boletim: Cara Dra Francine, atualmente vivenciamos uma revolução das interações humanas, com a presença cada vez mais imprescindível das tecnologias de comunicação. Como você vê o papel das mídias sociais na relação médico-paciente?

Dra. Francine: As mídias sociais exercem um papel contraditório, ou seja, ao mesmo tempo em que servem de veículo de congraçamento e disseminação de informação, também é usado de maneira errada, com má fé muitas vezes. O acesso fácil e imediato ao médico através de redes sociais de mensagens facilita a comunicação para resolução rápida de problemas de pacientes. Isso se torna um problema na medida em que algumas pessoas utilizam esse veículo para consultas ou para enviar exames.

De que forma o uso das mídias sociais pode beneficiar a comunicação com o paciente na interação individual com o seu médico? E nas interações institucionais com o coletivo de pacientes? Pode haver diferença do papel das mídias em diferentes níveis de interação?

Como já citei anteriormente, as redes de mensagem são facilitadoras para resolução de problemas pontuais, como tirar dúvidas sobre como usar a medicação prescrita, efeitos colaterais menores, busca de orientação em casos de emergência etc. No entanto, o profissional deve deixar claro que não é possível fazer diagnóstico através de fotos enviadas, pois comunicação por rede social não substitui a consulta presencial. Eu, particularmente, tenho vários pacientes no Instagram e Facebook. Assim como tomo o cuidado de não ser invasiva nos comentários em postagem deles, exigi o mesmo. Por exemplo, nunca respondo mensagem privada sobre assuntos profissionais nas redes onde busco apenas entretenimento. No nível institucional, me preocupa demais o impacto alarmante postagens podem ter, inclusive as bem intencionadas. De maneira geral o uso das redes para comunicação e informação para os pacientes tem muitos aspectos positivos.

Como as mídias podem prejudicar a comunicação do médico com o paciente? Que estratégias o médico deve fazer para preveni-las?

As mídias prejudicam o médico quando são usadas de modo inadequado, ou seja, com fotos de pacientes sem a devida autorização, propaganda de serviços ou terapias etc. A única maneira para prevenir problemas e usar a sensatez e lembrar duas regras básicas: nas redes não existe privacidade e uma vez publicado, não há como voltar atrás.

Por fim, deixe uma mensagem para o leitores do Boletim da SRRJ acerca da participação do médico individualmente nas mídias sociais, seus riscos e benefícios e sobre os tipos de cuidados que devem ser tomados nessa participação.

Não posso dar conselhos, apenas contar como me comporto. Não tenho nenhum problema em mostrar fotos ou escrever textos sobre minha família e vida pessoal. Acho bacana e necessário que meus pacientes me vejam como sou: um ser humano comum que estuda, trabalha, mas também tem vida pessoal, que se diverte, que faz esporte. Acho que isso acaba inspirando as pessoas. Nunca faço propaganda ou faço postagens com cartões de visita, endereço de consultório, textos ou vídeos sobre doenças. Sou médica a moda antiga e ainda acredito que a boa medicina se faz olhando nos olhos de quem cuidamos.

QUEM SABE DE MIM SOU EU

Entrevista da Dra. Livia Madeira com a paciente com Esclerose Sistêmica Gloria Cristina Elias Mesquita

Sra. Gloria Cristina e família
**Foto e entrevista autorizadas pelo paciente*

1- Há quanto tempo e como a doença começou?

Desde que me entendo por gente sempre fui muito doente, com amigdalite e pneumonia recorrente, Raynaud nas mãos e pernas, dores articulares, mãos ressecadas que abriam em feridas no outono e inverno. O dermatologista na época em conjunto com reumatologia disseram que na puberdade tudo iria melhorar, e foi verdade, fiquei com pele de pêssego, sem stress ou aborrecimentos.

Porém, após meu casamento, aos 25 anos começou tudo de novo dores articulares de suar frio até parar andar por conta da dor, foi quando descobri que tinha hipotireoidismo com seis nódulos e asma. Sempre trabalhei em locais com ar condicionado muito gelado, não conseguia nem escrever ou pegar peso, realizei a cirurgia de tendinite com sucesso, mas as dores articulares continuaram mãos e pés, fui encaminhada para o reumatologista que começou tratamento com corticosteróides e hidroxicloroquina. Nessa mesma época fui ao dermatologista para tratamento da morfeia e exame que fiz deu positivo para esclerodermia. Iniciei uso de pomadas e tive alta, aos 36 anos.

A médica suspendeu toda a medicação por conta da gravidez, ela disse que por conta dos hormônios eu ficaria bem. Após a gravidez comecei a sentir cansaço e dores novamente muitas quedas e dificuldade para andar, a médica disse na época que estava tudo bem com PCR 1,36 e Fan positivo. Aos 40 anos engordei devido ao tratamento a base de corticóides. que não funcionou desta vez. A médica iniciou com metotrexato e eu estava muito feliz pois conseguia andar de bicicleta. Contudo, peguei um sol estupendo e fui parar na emergência com vasculite, mucosite, queimaduras de primeiro e segundo grau. Fiquei 11 dias internada e não descobriram nada. Então comecei a procurar vários especialistas: neuro, reumatologia, ortopedia. Fiz eletroneuromiografia e foi constatado miopia e foi iniciado pulso de corticosteróides, mas nada adiantou. Fui parar com 130 kg e piorei mancava, puxava a pernas, tive o diagnóstico de fibromialgia, além do excesso de peso. Foi quando realizei a gastroplastia e emagreci, mas as dores continuaram. Então pedi à Deus que me colocasse alguém interessado que me orientasse e atenção e que desse um diagnóstico para realizar um tratamento correto.

2- O que vc sentiu quando foi feito o diagnóstico?

Aliviada porque com os devidos resultados, tenho chances de ter um qualidade de vida melhor, tratamento adequado, realizar sonhos, tentar ser feliz com minhas limitações, e sigo as instruções a risca para que eu tenha uma boa evolução.

3- Como é o comportamento da sua família e amigos em relação a sua saúde?
Em relação aos amigos, eles acham que virei uma peça de cristal que pode quebrar a qualquer momento. A minha mãe ainda tem dúvidas, e minha filhas muitas dúvidas de como cuidar da única pessoa que sempre esteve ao lado delas, protegendo-as.

4- Você sente que a doença te limita?
Sim, sem dúvida. Principalmente sem medicação, meu corpo fica em desequilíbrio para andar, sem forças para subir e descer escadas e ônibus, filas, afazeres domésticos, cansaço sem fim, corpo sempre dolorido e, dependendo do que tenho que fazer, respiro fundo e vou. Sempre fiz de tudo e de repente tenho que me adaptar a minha nova realidade.

5- É difícil seguir o tratamento?
Sim com as despesas com medicamentos e passagens de transporte, mas fora isso sempre tenho tudo anotado para não esquecer o que tenho que fazer. Outro problema é quando a medicação deixa alguma reação, mas fora isso, sigo bem.

6- Você acha que a sociedade respeita suas diferenças e o que poderia ser melhorado?
A sociedade nem sabe da nossa existência, pois a maioria não aparenta ter a doença, não temos apoio do governo, nem medicações de alto custo. O governo não tem liberado nem com decisão judicial. A maioria não conseguiu se aposentar ou pelo menos receber uma ajuda do governo. Tinha que existir uma entidade que falasse sobre esses tipos de doença rara. Conheci um rapaz que precisou tirar uma identidade deficiência física para poder pelo menos sentar no ônibus, porque quem olha pra gente pensa que não temos nada. Então, porque não divulgar mais sobre esse assunto tão importante?

7- Quais são suas expectativas em relação ao futuro da sua vida?
As minhas expectativas são que hajam mais pesquisas, para um tratamento mais eficaz, que descubra o porque de tão frágeis somos. E quanto a mim, realizar o sonho das cirurgias plásticas e ter uma ótima qualidade de vida. Quando chegar a hora da aposentadoria, que eu tenha 100% do meu salário!

Prezado Associado,

O boletim é para você. Envie seus casos, seus artigos e suas colaborações construtivas para nosso e-mail.

Boa leitura!

boletim@reumatorj.com.br

Equipe Editorial
Gestão 2019-2020 SRRJ

UMA PROPOSTA EXPERIMENTAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE DECISÃO COMPARTILHADA NA PRÁTICA CLÍNICA

AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE ARTRITE INICIAL: Parceria entre Serviço de Reumatologia e Programa de Residência Multiprofissional do Hucff-ufrj

Dra. ELEN MARTINS DA SILVA CASTELO BRANCO
Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery. Tutora de Enfermagem e Vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional do HUCFF-UFRJ.

Dra. MARIA LUIZA DE OLIVEIRA TEIXEIRA
Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery. Coordenadora Geral do Programa de Residência Multiprofissional do HUCFF-UFRJ.

Dra. MIRHELEN MENDES DE ABREU
Doutora em Ciências Médicas. Professora Adjunta do Serviço de Reumatologia do HUCFF-UFRJ. Responsável pelos ambulatórios de lúpus eritematoso sistêmico e de artrite inicial.

Palavras-chave: integralidade; reumatologia; lupus eritematoso sistêmico; artrite inicial; acesso.

RESUMO

A reumatologia é uma especialidade diversa, que cuida de indivíduos que convivem com um conjunto de problemas e necessidades. Sua natureza crônica e recidivante pode se traduzir em incertezas de desfechos e comprometimento direto em sua qualidade de vida. A abordagem assistencial ampliada desse indivíduo requer a inclusão de saberes técnicos múltiplos e especializados. É nesse norte que estão sendo construídos os ambulatórios multiprofissionais de artrite inicial e de lúpus eritematoso sistêmico do Serviço de Reumatologia do HUCFF, cujas perspectivas e experiências são compartilhadas no texto a seguir.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se estrutura nos princípios da universalidade, integralidade e eqüidade através de programas e estratégias protagonizadas por múltiplos atores em cenários variados [1]. Tais princípios se expressam na organização dos serviços que permitem ampliar o grau de resolução dos problemas de saúde em função das metas. As mudanças na concepção das ações de saúde e na atenção integral alinham-se para a redução dos fatores de risco causadores de doenças [1]. No Brasil, as características da população e metas prioritárias são de suma importância para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde [2].

Em 2006, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Saúde, através da portaria nº 399, que consolida o SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Dentre as diretrizes, incluiu-se o Pacto pela Vida, que definiu prioridades para a melhoria da situação de saúde da população brasileira, em especial as doenças emergentes e endêmicas, promoção de saúde e atenção básica à saúde[3].

Considerando o panorama da saúde no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atingem os grupos mais vulneráveis[4]. Apresentam história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. No âmbito do Ministério da Saúde, a vigilância epidemiológica de DCNT é responsabilidade da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)[4].

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com vários ministérios, instituições de ensino e pesquisa, ONGs da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros [5]. Este plano define diretrizes e ações em três eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral [5].

O presente projeto de trabalho é o cerne de um modelo de cuidado estruturado para a prática assistencial reumatológica. Vislumbra a ser um modelo articulado onde a prática multiprofissional se inclui na proposta de modelo assistencial

No contexto das doenças reumáticas, sobretudo em cenários de diagnósticos presuntivos, é essencial trazer o paciente para o centro do cuidado. As decisões envolvem subjetividade e incertezas, incluindo quanto a qualidade das evidências disponíveis [6]. Por estas razões, auxiliar aos pacientes a identificar os seus próprios valores e incorporá-los ao processo de cuidado se traduz em uma relação de confiança e transparência, permitindo maior adesão e suporte.

Executar esse processo exige uma série de habilidades onde a abordagem terapêutica demanda o protagonismo do paciente, seus valores e suas necessidades referidas e percebidas. O diagnóstico deve ser instituído o mais precocemente possível, visando a tratamento assertivo, ainda que sob condições indiferenciadas e pouco definidas.

Em relação à segurança do paciente quanto ao uso desses fármacos, destaca-se a relevância das medidas de educação em saúde quanto ao conhecimento de suas contraindicações absolutas, efeitos adversos e adesão à terapêutica [7]. Nesse sentido, destaca-se que a adesão terapêutica se constitui um desafio para equipe multiprofissional de saúde e associa-se à terapêutica não medicamentosa, visando à educação do paciente e de sua família, de forma compartilhada.

Diante desse quadro, surge o compromisso de cuidar e ensinar a cuidar da pessoa, da família e da comunidade, atendendo hierarquicamente aos níveis de atenção à saúde, em consonância com os princípios do sistema e também com as metas propostas para o atendimento. Há o protagonismo da cidadania e inclusão social, pois se fundamentam na força das capacidades individuais e do coletivo, a fim de contribuir para a melhoria do cuidado, reduzindo as estatísticas das reinternações e transformando a realidade das pacientes no ambulatório de artrite inicial e lúpus.

O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HUCFF/ UFRJ

As metas prioritárias conduzem a formação e a capacitação dos profissionais de saúde para atuar no SUS. Tratam-se aqui de ações para promover o diálogo entre educadores, estudantes, profissionais de saúde e usuários, no sentido de agregar informações e experiências para a compreensão do processo saúde - doença e da proposição de medidas que contribuam para a transformação do panorama de saúde no país.

O cuidado emerge no cotidiano de trabalho da equipe multiprofissional, como uma possibilidade de conjugar reflexão e ação, no âmbito da formação de graduação e pós-graduação para o planejamento das ações para a promoção da saúde.

O fortalecimento desses vínculos emerge da reorientação do modelo de saúde e remete ao diagnóstico, planejamento, implantação e avaliação de ações orientadas para o cenário atual [8]. O acompanhamento contínuo e sistemático requer praticas multiprofissionais e interdisciplinares numa perspectiva dialógica, participativa e criativa. Destaca-se que o caráter multiprofissional é um caminho para a formação diferenciada e propositora de ações de

saúde mais coerentes com o cenário sócio epidemiológico brasileiro, distanciando-se das praticas consideradas impositivas e aproximando-se na participação ativas dos sujeitos.

É nessa ótica que se apresenta a Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF: um espaço para a construção de propostas de integração da prática interdisciplinar, articulada aos vários níveis de atenção no SUS. O Programa associa-se ao movimento promovido pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, com vistas à formação de profissionais para atender aos princípios do SUS, em especial ao princípio da Integralidade da Atenção à Saúde.

A definição das áreas se baseou na Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, oito áreas profissionais integram o referido programa a seguir: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional. A articulação entre ensino e serviço se dá com a participação em conjunto do HUCFF com: Escola de Enfermagem Anna Nery, Faculdade de Medicina (Cursos de Fonoaudiologia, Fisioterapia, Curso de Terapia Ocupacional), Faculdade de Farmácia, Instituto de Nutrição, Escola de Serviço Social, Instituto de Psicologia.

As diretrizes pedagógicas que norteiam o Programa se fundam nas atividades critico-reflexivas, na construção do conhecimento a partir do questionamento e nas alternativas para as mudanças necessárias nas situações identificadas no contexto do hospital.

A dinâmica didático-metodológica se dá através de disciplinas que visam promover a integração de ações de ensino-serviço e proporcionar um espaço de troca de saberes e experiências que aproximam a formação dos residentes às necessidades do sistema de saúde vigente no país. As diversas estratégias possibilitam o acesso aos saberes e praticas e a elaboração das ações para o cuidado em saúde, considerando as especificidades nos diferentes cenários e as experiências cotidianas.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO AMBULATÓRIO DE ARTRITE INICIAL E DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HUCFF

A parceria entre o Serviço de Reumatologia e o Programa de Residência Multiprofissional se iniciou no primeiro semestre de 2018 com a inserção dos residentes no ambulatório de artrite inicial.

Este ambulatório, agora multiprofissional, tem como eixo central prestar atendimento a pacientes que carecem de cuidados clínicos, terapêuticos e psicossociais, bem como humanizar e qualificar esse atendimento, através de habilidades e ferramentas de decisão compartilhada. O ambulatório multiprofissional funciona às quintas feiras pela manhã.

A equipe de trabalho foi construída a partir de planejamento estratégico conduzido por especialista em serviço de saúde externo ao grupo. A missão da equipe é promover um serviço assistencial centrado no paciente, compartilhando os processos decisórios de cuidado conforme as suas necessidades. O valor maior da equipe de trabalho é a transparência na comunicação, lapidada através de reuniões periódicas e oficiais, documentadas em Livro Ata, onde o processo de trabalho é periodicamente revisitado e, se necessário, reconstruído.

A formação da equipe multiprofissional demanda abordagens que envolvem tanto o conhecimento de ações específicas quanto a inter-relação harmônica entre as áreas. Nesse contexto, devemos nos afastar dos comportamentos que exaltam as relações de poder e caminhar ao encontro das mudanças que efetivamente contemplam a autonomia profissional e o diálogo transformador qualificado.

Ressalta-se que a atuação da equipe multiprofissional comporta continuamente o aprendizado de princípios básicos, a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas ao planejamento dos cuidados em função das necessidades individuais e coletivas. Envolve a interação de diferentes abordagens tanto nos referenciais mais simples quanto nas inovações tecnológicas e nas ações educativas, que são essenciais para a sua prática.

Desse modo emergem reflexões, como o atendimento às demandas, considerando a integralidade das ações e as peculiaridades da clientela. Em relação à problemática em tela, a assistência sistematizada se estrutura para a tomada de decisão, propiciando ordem e direção ao cuidado compartilhado com os clientes, família e/ou cuidadores domiciliares.

As pessoas com artrite inicial deste ambulatório devem receber informação e aconselhamento sobre:

- estilo de vida saudável (como por exemplo, a descontinuação de todos os tipos de utilização de tabaco, utilização equilibrada do álcool, atividade física, alimentação saudável, gestão de perturbações do sono se necessário);

- orientação e suporte nos contextos de diagnósticos sindrômicos, nos quais intervenções precisam ser realizadas ainda que sem diagnóstico definitivo de doença;

- educação em saúde, através de estratégias que incitem à incorporação das necessidades dos pacientes;

- discussão entre opções de tratamento disponíveis, visando a instrumentalizar o paciente para a decisão compartilhada;

- educação e estratégias de reabilitação e proteção das articulações e princípios ergonômicos, bem como quanto a métodos baseados na atividade para melhorar o funcionamento na vida quotidiana e a participação nos papéis sociais. Devem receber informação, aconselhamento e formação quanto a talas, auxiliares, dispositivos e outros produtos para adaptações ambientais,

- tratamento farmacológico, com assistência farmacêutica que visa a orientação e a vigilância quanto à compreensão do paciente sobre a receita prescrita;

- direitos sociais, com suporte da equipe de serviço social.

A equipe multiprofissional do ambulatório de artrite inicial é composta pela reumatologista, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Todos trabalham em equipe com objetivos em comum e abordagens diferentes para atingir o melhor resultado no tratamento do paciente e do contexto familiar.

DINÂMICA DE ATENDIMENTO DO AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE ARTRITE INICIAL DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA/ HUCFF

O fluxo de atendimento se inicia na consulta médica e segue a conformidade da assistência à saúde do paciente. Este encaminhamento se realiza no mesmo dia para outros profissionais. A partir daí, a equipe discute o caso a fim de definir as prioridades e que profissionais acompanharão o paciente, direcionando o atendimento a partir das avaliações, conforme ora descrito:

- avaliação do serviço social: identifica as mais variadas expressões da questão social vivenciadas pelos pacientes, no cotidiano, na família, na saúde, na assistência social, entre outros setores, buscando, junto com os sujeitos envolvidos e com a rede de apoio, alternativas de superação de suas vulnerabilidades sociais;

- avaliação nutricional: considera dados antropométricos, consumo alimentar e instrumentos previamente elaborados e validados para classificação do estado nutricional bem como a detecção de erros alimentares;

- avaliação fisioterapêutica e terapia ocupacional: verifica a condição funcional dos pacientes, por meio de avaliação de força muscular, equilíbrio, marcha, flexibilidade e fatores de risco para quedas baseados na detecção de suas incapacidades;

- avaliação farmacêutica: identifica o perfil farmacoterapêutico dos pacientes, observa e previne problemas relacionados ao uso de medicamentos, como baixa adesão, interações, reações adversas e automedicação;

- avaliação psicológica: avalia a história do paciente, seu contexto, necessidades, dificuldades e potencialidades, realizando, dessa forma, uma compreensão psicodinâmica de seu quadro emocional e sua evolução;

- avaliação de enfermagem: busca identificar as necessidades gerais de saúde do indivíduo, abrangendo aspectos mentais, físicos, sociais e espirituais.

Está em processo a construção e validação de questionários específicos delineados pelo próprio grupo de trabalho, a fim de garantir padronizar os fluxos de trabalho.

Ao final, uma nova discussão em equipe centrada no paciente e considerando ações interdisciplinares, um planejamento individualizado é construído para as consultas subsequentes neste ambulatório.

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO AMBULATÓRIO

A base para a educação do paciente deste projeto se caracteriza por dois eixos que visam ao empoderamento do paciente. O primeiro eixo visa ao desenvolvimento de habilidades decisórias aos pacientes a fim de adquirirem ferramentas para identificarem seus próprios valores e preferências diante das decisões [8]. O segundo eixo se caracteriza pela instrumentalização dos aspectos técnicos e regulatórios relacionadas ao adoecimento e ao plano de cuidados.

No primeiro eixo, utiliza-se a música como fio condutor do processo de empoderamento. Através da estratégia da construção de um coro de pacientes – o Coro Reuma Ritmos, ocorre a construção de um grupo de pacientes vinculados pela afetividade proporcionada pelos encontros nos ensaios para o coro. Acredita-se que trabalhar o vínculo através do afeto seja a estratégia mais efetiva para que decisões consensuais sejam pactuadas com transparência e respeito.

No segundo eixo, a instrumentalização técnica é desenvolvida a partir de um portfólio de ações construído em conjunto com os pacientes. Diversos trabalhos em pequenos grupos foram executados com vias a permitir que os pacientes identificassem suas necessidades de aprendizagem e elencassem suas prioridades de abordagem. Na sequência, um conjunto de temáticas e estratégias foram

PERSPECTIVAS FUTURAS

O ambulatório multiprofissional de artrite inicial é uma proposta assistencial norteada pela perspectiva acadêmica [8]. Seus pilares são o ensino, a pesquisa e a extensão. Seus próximos passos incluem a sua inserção mais efetiva na atenção primária, ampliando os cenários de educação e formação reumatológica de modo a incluir a integralidade do cuidado dentre as habilidade de formação do residente de reumatologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm. Acesso em 26 de dezembro de 2018. Português.

(2) _____. _____. Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/legislacao.php. Acesso em 26 de dezembro de 2018. Português.

(3) _____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

(4) Malta DC, Silva JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saude. 2013; 22 (1): 151-64.

(5) World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: OMS; 2005.

(6) Mendes de Abreu M, Simao de Mello JP, Ferreira F Ribeiro L, Andrade Mussi L, Borges ML, Petroli M, da Costa Tavares N, da Cunha Cancela R, Fausto de Lima S. Shared decision making in Brazil: Concrete efforts to empower the patients's voice. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017; Suppl 123: 21-22.

(7) Abreu MM, Battisti R, Martins RS, Baumgratz TD, Cuziol M. Shared decision making in Brazil: history and current discussion. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2011;105(4):240-4.

(8) Hall J, Julia Kaal K, Lee J, Duncan R, Tsao N, Harrison M. Patient Satisfaction and Costs of Multidisciplinary Models of Care in Rheumatology: a Review of the Recent Literature. Curr Rheumatol Rep. 2018; 20 (4): 19.

CLUBE DO REUMATISMO

MELHORES CASOS DE 2018

1º Trimestre
Março - Caso 1

Apresentadora:
Dra. YUKA NAKAMURA:
Hospital Federal dos Servidores do Estado

Paciente feminina, 35 anos, branca, portadora de LES, após pulso de metilprednisolona devido a atividade renal de doença, evoluiu com sepse urinária, artrite, anasarca, dispneia e lesões cutâneas bolhosas. Laboratório da admissão com anemia, linfopenia, consumo de C3/C4, antiDNA>200, Coombs direto negativo e lâmina de sangue periférico sem alterações. Culturas e sorologias negativas. EAS com 30% de dismorfismo, 3 cilindros hemáticos, 2 mistos e 3 granulosos. Biópsia renal com nefrite lúpica focal, classe III A. Iniciado antibioticoterapia e realizado biópsia das lesões cutâneas.

Paciente evolui com edema agudo pulmonar, hemorragia alveolar e consolidações na TC de tórax bilateralmente, quadro provável pneumonite de lúpica. Realizado intubação orotraqueal e hemodiálise devido a insuficiência renal aguda. Trocado esquema antibiótico e iniciado imunoglobulina humana por 5 dias, seguido de pulso de metilprednisolona por 3 dias e ciclofosfamida.

Contudo, a perda progressiva da função renal e queda de hemoglobina ainda persistiam, tendo sido optado por tratamento com plasmaférese por 3 dias. Paciente apresentou boa resposta, com melhora da imagem pulmonar e hemodiálise em dias alternados.

Apesar da melhora, mantinha picos febris diários, leucopenia, ferritina aumentada (>1500), consumo de fibrinogênio. Realizado aspirado de medula óssea pela Hematologia que mostrou hemofagocitose de plaquetas, hemácias e leucócitos pelo setor histiocitário. Novo plano terapêutico para síndrome de ativação macrofágica com imunoglobulina humana, metilprednisolona e rituximabe.

Paciente piora o rash cutâneo e é solicitada nova avaliação da Dermatologia, cuja impressão foi lupus cutâneo evoluindo para lupus NET- like. Em virtude do quadro sugestivo de farmacodermia, foram suspensos os antibióticos. Houve melhora das lesões, se manteve afebril, hemoglobina estável, sem leucopenia ou linfopenia, diurese preservada e EAS sem dismorfismo eritrocitário. Recebe alta hospitalar em bom estado geral após dois meses de internação.

2º Trimestre
Maio - Caso 2

Apresentadora:
Dra. SOLANGE MURTA BARROS
Hospital Naval Marcílio Dias

Paciente do sexo masculino, 28 anos, caucasiano, internado para investigação de dor torácica atípica com febre intermitente, linfadenomegalia cervical e esplenomegalia discreta, assim como dor à deglutição. Negava alergias conhecidas, relatava amigdalites de repetição na infância e contato esporádico com gatos.

Exame Físico: 1,90 de altura, 76 Kg, de compleição longilínea e bom estado geral. Destacava-se hipertelurismo, grande envergadura de membros superiores, pectus carinatus, escoliose leve para direita, aracnodactilia, hipermobilidade em ombros, cotovelos e dedos dos pés; sem pés planos ou artrite. Sem alteração à oroscopia, com exame pulmonar e cardiovascular inocente, apresentava linfadenomegalia cervical, com nódulos pequenos, elásticos e indolores, esplenomegalia discreta.

Sorologia positiva para toxoplasmose aguda e achado endoscópico de duodenite e esofagite. Estava em uso de Sotalol, 60 mg duas vezes ao dia, para controle de flutter atrial, clonazepam 2 mg para transtorno ansioso crônico, prednisona 30mg/d associada a corticoterapia inalatória intermitente, nos últimos quatro anos, para tratamento de esofagite eosinofílica refratária a tratamento isolado com inibidor de bomba de prótons e ainda, azatioprina 100 mg/dia iniciada há cerca de dois anos devido a investigação ainda inconclusiva para vasculite sistêmica (Behcet? SAPHO?), e visando desmame da corticoterapia.

Episódio efêmero de episclerite bilateral e petéquias em palato, glande e membro inferiores; lesões acneicas frequentes na face, tórax anterior, membros superiores, sem apresentar úlceras orais e genitais típicas. PCR e VHS sempre normais, hemograma e eletroforese de proteínas inocentes, Fator reumatoide negativo, FAN 1:160 nuclear pontilhado isolado, mas o restante da imunologia era negativo. Várias consultas ortopédicas por episódios de luxação glenoumeral anterior recidivante de ombro direito, costocondrite sintomática e diagnóstico de doença de discos intervertebrais pela presença de protrusões discais. Muitas entradas na emergência devido a dor torácica atípica e extensa propedêutica cardiológica negativa para doença tromboembólica, miocardiopatia isquêmica, pericardite, endocardite e miocardite.

Angiotomografia de coronárias, tórax, abdome e pelve mostraram tortuosidade de artéria coronária circunflexa e redução de calibre de ramos de descendente posterior e ventricular posterior, sem obstruções e artéria renal acessória à direita. Ecocardiograma seriado mostra discreta regurgitação mitral e tricúspide, levando a impressão do diagnóstico de síndrome de Loyes-Dietz (SLD), doença autossômica dominante do espectro marfanóide relacionada a insuficiência funcional de receptores e hipersinalização compensatória do fator de crescimento, e com provável gatilho para deleção de receptores ainda mal definido que envolve o metabolismo da cadeia leve da kinase.

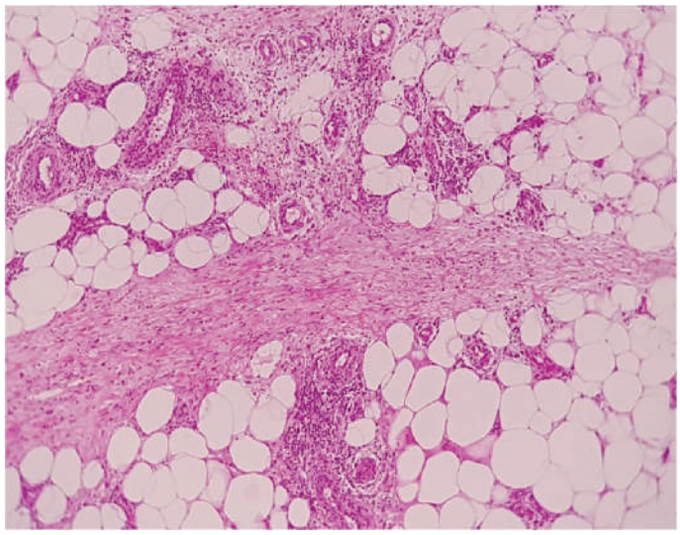
3º Trimestre
Setembro - Caso 2

Apresentadora:
Dra. CARLA DIONELLO
Hospital Central do Exército

Paciente, sexo masculino, 36 anos, pardo, casado, inspetor penitenciário, natural e procedente do Rio de Janeiro, esposo de militar, é admitido com queixa principal de "dor e caroços nas pernas". Relatava surgimento de nódulos eritematosos dolorosos na região distal de ambas as pernas há aproximadamente 7 meses, associado à febre alta quase diária, além de cefaléia, mialgia e dor em membros inferiores e tornozelos.

Durante esse tempo procurou atendimento médico no PS por diversas vezes, sendo prescrito cetoprofeno, cefalexina e prednisona, mas sem melhora. Negava ocorrência de infecções respiratórias, gastrointestinais, genito-urinárias ou uso de medicações previamente ao início dos sintomas. Ausência de comorbidades, uso de medicações regulares, cirurgias, internações ou hemotransfusões. Negava prática desportiva ou viagens para áreas rurais ou de florestas anterior ao início dos sintomas. Negava etilismo, tabagismo ou contato com animais domésticos.

Ao exame físico havia edema de ambas as pernas e nódulos eritematosos dolorosos em ambas as pernas. Na avaliação de exames complementares, a USG de tornozelos demonstrou edema em tornozelos, espessamento de pele e subcutâneo, bursa retrocalcânea distendida à direita. Doppler venoso descartou trombose. Foi efetuada biópsia de pele que revelou discreto infiltrado inflamatório mononuclear - paniculite septal associada a vasculite de médio calibre com linfócitos, neutrófilos; fite faraco negativo. Nos exames laboratoriais, havia discreta elevação de transaminases com hepatoesplenomegalia à TC de abdome. Diversas sorologias negativas, porém descoberto IgM reagente leptospirose e soro aglutinação microscópica em campo escuro (mat) reagente para o sorovar autumnalis, concluindo diagnóstico.



4º Trimestre
Novembro - Caso 3

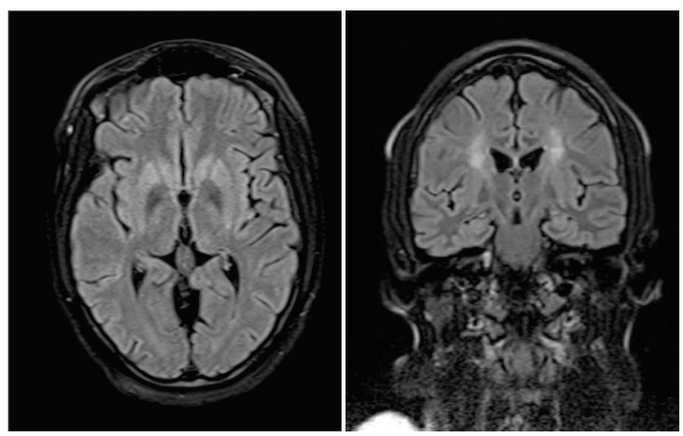
Apresentadora:
Dra. VIVIAN ORSI
HUCFF - UFRJ

Paciente feminina de 26 anos, negra, portadora de LES juvenil e SAAF utilizando anticoagulante oral, ingressou na emergência por apresentar epistaxe, hematêmese e hematoquezia há 15 dias, além de dispneia, culminando em síncope e crise convulsiva no momento da admissão.

Ao exame físico apresentava-se compatível com choque hemorrágico por sangramento mucoso nasal, intestinal e uterino. Feito reposição volêmica com soluções e transfundido concentrado de hemácias com boa resposta. A EDA demonstrou pangastrite hemorrágica, úlcera gástrica Sakita I e angiectasia no antro com sangramento ativo, sendo realizado tratamento local.

O exame laboratorial revelou pancitopenia com queda importante da hemoglobina, reticulocitopenia, coombs direto e anti-DNA positivos, hipocomplementemia e INR levemente acima do alvo (3,6). A investigação do sangue periférico e biópsia da medula óssea mostraram insuficiência medular caracterizando pancitopenia induzida pelo metotrexato (MTX), com agravamento em contexto de atividade lúpica, vasculite e sangramento vultuoso. A terapia com metilprednisolona, imunoglobulina, ácido fólico e granulokine EV, obteve recuperação medular. Dez dias após a internação, a paciente evoluiu com quadro neurológico caracterizado por fraqueza nos membros inferiores e tetrapirimidalismo. A RM de crânio mostrava hipersinal em T1, T2 e FLAIR em coroa radiada, núcleos da base e tálamo bilateralmente sem realce pelo meio de contraste. O quadro neurológico e radiológico era compatível com encefalopatia secundária a hipoperfusão. As situações de hipoperfusão cerebral ocorrem quando há redução do volume sanguíneo abaixo de 50 % do débito cardíaco ou diminuição da pressão arterial menor que 50 mmHg ou menos. Quando a isquemia cerebral é grave, abrange a substância cinzenta, gânglios basais, tálamo e córtex cerebral (sensitivo-motora, visual, cerebelo e hipocampo), este tecido pode recuperar-se quando um fluxo adequado é restaurado , ou evoluir com dano irreversível frente a uma isquemia sustentada.

O diagnóstico final foi LES em atividade associado a mielotoxicidade por droga (MTX) e choque hipovolêmico secundário a sangramento digestivo e metrorragia, seguida de síndrome piramidal dos 4 membros secundária devido à hipoperfusão cerebral.



O envio do resumo dos casos, bem como seu conteúdo, é de responsabilidade dos apresentadores e serviços que representam.
Os casos não publicados não tiveram seu resumo enviado para publicação até o fechamento desta edição.

Equipe Editorial
Gestão 2019-2020 SRRJ

CRÍTICA MENTE

BIOTECNOLOGIA NA REUMATOLOGIA

RICARDO GARCIA, MD
CLAPBio
Centro Latino Americano
de Pesquisa em Biológicos

INTRODUÇÃO

Os processos biológicos de microorganismos estão presentes na humanidade por mais de 6.000 anos para produzir produtos alimentícios úteis, como pão e queijo, e para preservar os produtos lácteos.

A biotecnologia moderna fornece produtos e tecnologias inovadoras para combater doenças debilitantes e raras, reduzir a degradação ambiental, alimentar os famintos, usar menos energia e mais limpa, e ter processos de fabricação industrial mais seguros, mais limpos e mais eficientes.

A história da biotecnologia moderna aplicada à saúde começa no início da década de 1970, quando pesquisadores descobriram a possibilidade de recombinar o DNA. Ainda que não estivesse claro àquele momento a melhor empregabilidade desta nova tecnologia, esperava-se que este avanço mudasse a história da medicina até então. Esta expectativa, como sabemos, concretizou-se. Os pesquisadores e doutores Georges Köhler e César Milstein receberam o prêmio Nobel em 1984 pela descoberta dos anticorpos monoclonais.

A reumatologia, como especialidade, também teve sua história modificada pelas descobertas destes pesquisadores. Especificamente quando da introdução no mercado dos anticorpos monoclonais, ocorrida em fins dos anos 1990. O sucesso terapêutico, que até então media-se através da diminuição ou paralização da progressão da doença, teve sua perspectiva completamente modificada por essa novidade terapêutica, para remissão de sintomas e sustentação deste quadro clínico.

RESUMO

A Biotecnologia é o uso de processos biológicos, organismos ou sistemas para desenvolver produtos destinados a melhorar a qualidade da vida humana. Os primeiros biotecnólogos foram agricultores que desenvolveram espécies melhoradas de plantas e animais por meio de polinização cruzada ou cruzamentos. Nos últimos anos, a biotecnologia expandiu-se em sofisticação, escopo e aplicabilidade. Na sua forma mais simples, usamos os processos biológicos de microorganismos por mais de 6.000 anos para produzir produtos alimentícios úteis, como pão e queijo, e para preservar os produtos lácteos.

A biotecnologia moderna fornece produtos e tecnologias inovadoras para combater doenças debilitantes e raras, reduzir a degradação ambiental, alimentar os famintos, usar menos energia e mais limpa, e ter processos de fabricação industrial mais seguros, mais limpos e mais eficientes. A ciência da biotecnologia pode ser dividida em subdisciplinas chamadas branco, verde, azul e vermelho.

A BIOTECNOLOGIA BRANCA (também chamada cinza) envolve processos industriais como a produção de novos produtos químicos ou o desenvolvimento de novos combustíveis para veículos. Mais de 50 biorrefinarias estão sendo construídas em toda a América do Norte para testar e refinar tecnologias para produzir biocombustíveis e produtos químicos a partir de biomassa renovável, o que pode ajudar a reduzir as emissões de gases de efeito estufa.

A BIOTECNOLOGIA VERDE aplica-se à agricultura e envolve processos como o desenvolvimento de grãos resistentes a pragas ou a evolução acelerada de animais resistentes a doenças. Mais de 13,3 milhões de agricultores em todo o mundo usam biotecnologia agrícola para aumentar o rendimento, evitar danos causados por insetos e pragas e reduzir o impacto da agricultura no meio ambiente.

A BIOTECNOLOGIA AZUL, raramente mencionada, abrange processos em ambientes marinhos e aquáticos, como o controle da proliferação de organismos nocivos transmitidos pela água.

A BIOTECNOLOGIA VERMELHA envolve processos médicos, como a obtenção de organismos para a produção de novas drogas ou o uso de células-tronco para regenerar tecidos humanos danificados e, talvez, regenerar órgãos inteiros. Atualmente, existem mais de 250 produtos relacionados à saúde disponíveis para os pacientes, muitos destes produtos destinados a doenças anteriormente não tratáveis.

BIOTECNOLOGIA NA SAÚDE

A despeito das vacinas começarem a ser produzidas e testadas no início do século XX, a história da biotecnologia moderna na saúde começa no ano de 1972, quando o médico e professor da Universidade de Stanford, em Palo Alto, Califórnia, Stanley Cohen, e o ex-professor e bioquímico da Universidade da Califórnia, em São Francisco (UCSF), Dr. Herbert Boyer, PhD, estavam em Honolulu, Hawaii, para participar de uma reunião dedicada ao estudo de plasmídeos, aqueles anéis de DNA encontrados em bactérias. Dr. Cohen defendeu uma nova técnica que introduziu o DNA plasmidial em Escherichia coli, o que permitiu aos pesquisadores propagar e clonar os plasmídeos nas bactérias. Já o Dr. Boyer detalhou seu trabalho usando uma enzima revolucionária, EcoRI, que poderia clivar moléculas de DNA de fita dupla para produzir extremidades de fita simples, com terminais idênticos.

Curiosamente os dois se conheceram na lanchonete para um jantar de fim de noite, onde eles lançaram algumas idéias sobre como poderiam avançar no campo da biologia, ligando suas duas descobertas. Primeiro, eles propuseram o uso de EcoRI para cortar tanto o DNA do plasmídeo quanto um segundo DNA de outro organismo de escolha que eles desejassem clonar. Então, com os terminais de DNA idênticos expostos, eles propuseram a ligação desse fragmento de DNA ao DNA plasmidial, e depois propagaram todo o conjunto em E. coli.[1]

Outros cientistas também participavam dessa corrida biotecnológica, como Georges Köhler (alemão) e César Milstein (argentino naturalizado britânico) que em 1975 conseguiram fazer fusões de linhas celulares de mieloma com células B para criar hibridomas que pudessem produzir anticorpos específicos para antígenos conhecidos e que fossem imortalizados, os anticorpos monoclonais, tão conhecidos hoje em dia[2]. Mais tarde eles dividiram com o dinamarquês Niels K. Jerne, o Prêmio Nobel de Medicina em 1984 pela descoberta[3] das "t*eorias que dizem respeito à especificidade do desenvolvimento e do controle do sistema imunológico e pela descoberta do princípio de produção dos anticorpos monoclonais*".

Porém, Cohen e Boyer não “esqueceram” a conversa em Honolulu e, portanto, usando a tecnologia discutida, Cohen na Universidade de Stanford criou uma proteína híbrida de rato-homem funcional enquanto estava na Genentech, a empresa de biotecnologia que ele criou em 1976 em San Francisco, e que futuramente teria papel de protagonismo no desenvolvimento de terapias biológicas. Boyer e seus colegas conseguiram programar E. coli para produzir o hormônio humano, somatostatina. A produção sintética de insulina e hormônio de crescimento seguiu pouco tempo depois.

Em apenas alguns anos, o potencial de mercado desses experimentos estimulou outros empreendedores da biociência a mergulhar e fundar suas próprias companhias de biotecnologia. A medicina mudava para sempre.

[1] *Russo E. Special report: The birth of biotechnology. Nature. 2003 Jan;421:456–457.*
[2] *Köhler, G. & Milstein, C. Continuous cultures of fused cells secreting antibodies of predefined specificity. Nature 256, 495–497 (1975).*
[3] *Marks LV, A Healthcare Revolution in the Making: The Story of César Milstein and Monoclonal Antibodies: Making monoclonal antibodies*

BIOTECNOLOGIA EM REUMATOLOGIA

Trazendo para a realidade da Reumatologia, passaram-se vários anos até que os produtos biológicos chegassem ao mercado promovessem uma revolução na terapia de importantes enfermidades reumatológicas.

Considerando que apenas algumas décadas antes, o melhor que os reumatologistas poderiam esperar era a liberação de outra versão de outro anti-inflamatório não-esteróides (AINE), alegando superioridade sobre o que já estava disponível e, do ponto de vista de sucesso terapêutico, a diminuição ou paralização da progressão da doença, o século XXI trouxe uma excitante novidade terapêutica que mudaria a perspectiva de sucesso, para remissão de sintomas.

Até o final do século XX, a terapia das doenças reumáticas dependia do uso de drogas que haviam sido desenvolvidas por meio de abordagens empíricas, sem uma compreensão detalhada dos mecanismos moleculares envolvidos. Essa abordagem mudou com a introdução da terapêutica biológica.

Os agentes biológicos bloqueadores de TNF foram introduzidos na terapia da Artrite Reumatóide e outras doenças autoimunes e inflamatórias no final dos anos 1990. Outros agentes biológicos que visam redes de citocinas ou subgrupos específicos de linfócitos foram, desde então, adicionados ao arsenal terapêutico anti-reumático[4].

REFLEXÃO HISTÓRICA

As doenças reumáticas inflamatórias, como a artrite reumatoide (AR) ou o lúpus eritematoso sistêmico (LES) são doenças graves e crônicas que afetam uma proporção significativa da população, causam deterioração da qualidade de vida e sobrecarregam os sistemas de saúde em todo o mundo. As últimas décadas testemunharam melhorias significativas na terapia dessas doenças. No entanto, existe uma necessidade contínua para o desenvolvimento de aplicações terapêuticas mais novas, mais eficientes e de melhor custo-benefício.

Esteróides e antiinflamatórios não-esteróides foram introduzidos na terapia de doenças reumáticas inflamatórias em meados do século XX e proporcionaram melhora sintomática e alívio da dor. No entanto, eles tiveram efeitos colaterais significativos e, talvez mais importante, não conseguiram evitar a progressão da doença e o desenvolvimento de um curso de doença debilitante. A identificação de um efeito benéfico dos antimetabólitos de aminopterina levou à introdução do agente quimioterápico metotrexato na terapia de doenças reumáticas inflamatórias no final dos anos 1980. A principal vantagem do metotrexato e compostos relacionados (coletivamente chamados de drogas anti-reumáticas modificadoras da doença ou DMARDs) foi que eles atrasaram significativamente a progressão das doenças. Embora o metotrexato continue sendo a terapia de primeira linha para doenças reumáticas inflamatórias, sua natureza citotóxica (por exemplo, hepatotóxica) e / ou eficácia parcial limitam seu uso.

AVANÇOS TERAPÊUTICOS

Todas as terapias acima foram desenvolvidas usando uma abordagem empírica sem uma compreensão detalhada de seu mecanismo de ação e alvos terapêuticos. No entanto, as últimas décadas testemunharam uma explosão de nossa compreensão do processo inflamatório e das vias moleculares envolvidas. Isto conduziu a uma nova abordagem de desenvolvimento de fármacos, em que as terapias direccionadas são desenvolvidas por direcionamento direto para moléculas envolvidas no processo inflamatório. Uma abordagem importante para o desenvolvimento de terapêuticas direccionadas tem sido a aplicação de tecnologias de anticorpos monoclonais para fins terapêuticos.

A primeira terapêutica direcionada em doenças imunomediadas foram anticorpos e moléculas relacionadas interferindo na função do fator de necrose tumoral-α (TNF-α ou TNF), uma importante citocina envolvida em vários aspectos do processo auto-imune e inflamatório[5]. Os primeiros antagonistas do TNF contra as doenças inflama-

[4] *Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2008. D E Furst, E C Keystone, B Kirkham, R Fleischmann, P Mease, F C Breedveld, J S Smolen, J R Kalden, G R Burmester, J Braun, P Emery, K Winthrop, B Bresnihan, F De Benedetti, T Dörner, A Gibofsky, M H Schiff, J Sieper, N Singer, P L C M Van Riel, M E Weinblatt, M H Weisman*

[5] *Feldmann M. Development of anti-TNF therapy for rheumatoid arthritis. Nat Rev Immunol. 2002;2:364–371. doi: 10.1038/nri802.*

[6] *http://www.laskerfoundation.org/awards/year/2003/*

tórias foram Infliximabe (primeiro aprovado para a terapia da doença de Crohn) e Etanercept (primeiro aprovado para artrite reumatóide), ambos recebendo autorização de comercialização pelo FDA em 1998. O Infliximabe, assim como o Adalimumabe, foram posteriormente aprovados também para artrite reumatóide. Dada a origem biológica, e não química, dessas moléculas, elas foram denominadas terapias biológicas.

O grande avanço feito por agentes biológicos foi reconhecido pelo prêmio Lasker de 2003 em medicina clínica dado a Marc Feldmann e Ravinder Maini pela "descoberta da terapia anti-TNF como um tratamento eficaz para a artrite reumatóide e outras doenças auto-imunes"[6]. Entretanto, enquanto o Infliximabe e Adalimumabe são anticorpos monoclonais verdadeiros (o Infliximabe é um anticorpo monoclonal humanizado de camundongo manipulado enquanto o Adalimumabe é um anticorpo totalmente humano), o Etanercept é uma proteína de fusão da região Fc de um anticorpo humano (Imunoglobulina G (IgG)) ligado à porção extracelular do receptor de TNF p75 humano.

O avanço inicial com terapêuticas biológicas anti-TNF abriu novos caminhos para atingir outros alvos pró-inflamatórios por agentes biológicos. Alguns exemplos são: Rituximab, um anticorpo quimérico que tem como alvo o receptor CD20 e, portanto, leva à depleção de células B; Tocilizumab, um anticorpo monoclonal de camundongo humanizado contra IL-6; Abatacepte, uma proteína de fusão Fc bloqueadora de células T do domínio extracelular de CTLA-4; e Anakinra, um antagonista do receptor de IL-1 bloqueando a via do receptor de IL-1. Há também um grande número de outros agentes biológicos atualmente em ensaios clínicos avançados para a terapia da artrite reumatóide[7,8] e outras doenças imunomediadas.

CONCLUSÃO

Como pudemos perceber, a biotecnologia faz parte do nosso dia a dia de uma forma muito mais presente do que se imaginaria. Ao acordarmos de manhã e tomarmos nosso yougurt... ...quem sabe na hora do almoço comendo uma salada, verduras resistentes à pragas, ou mesmo uma proteína proveniente de um animal que não sucumbiu a enfermidades comuns à sua espécie, tudo por meio de emprego da biotecnologia. Mais tarde aquela cervejinha no happy hour ou o também milenar vinho no jantar? Todos produtos biológicos...

Mas sem dúvidas a maior e mais impactante presença da biotecnologia na vida do reumatologista é a possibilidade de ver seus pacientes com altas taxas de remissão de sintomas em doenças que outrora causariam danos muito marcantes em seu bem estar e qualidade de vida.

Bem vinda biotecnologia! Entre, a casa é sua... ...e não tenha pressa de ir embora.

[7] *Choy EH, Kavanaugh AF, Jones SA. The problem of choice: current biologic agents and future prospects in RA. Nat Rev Rheumatol. 2013;9:154–163. doi: 10.1038/nrrheum.2013.8.*

[8] *Navarro-Millan I, Curtis JR. Newest clinical trial results with antitumor necrosis factor and nonantitumor necrosis factor biologics for rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2013;25:384–390. doi: 10.1097/BOR.0b013e32835fc62e*

ARTICULANDO

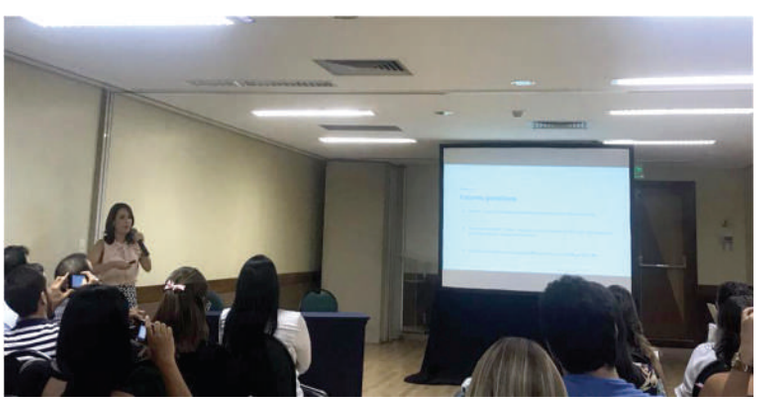
De olho na reumatologia do futuro, a Sociedade de Reumatologia organizou um primoroso Curso de Revisão para a prova de títulos da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Sob a supervisão atenta do nosso Diretor Científico, Dr. Carlos Andrade, o curso versou sobre os diversos e abrangentes temas da nossa especialidade.

Aula da elegante Dra. Verônica Mello, com plateia atenta a sua didática explanação

Representando a voz da reumatopediatria, Dr. Leonardo Campos abordou de modo objetivo o conteúdo dessa área crescente na nossa especialidade.

Fibromialgia e osteoartrite foram muito bem contempladas. Dra. Marina Porangaba



Além de aulas teóricas, o curso abordou de modo prático questões de provas anteriores, a fim de elucidar o conteúdo com foco nesse processo de certificação que todos almejam

Onde tem reumatologista no Rio de Janeiro?	
Capital Fluminense	**Região Metropolitana, Interior e Arredores**
Hospital Federal Cardoso Fontes	Angra dos Reis - Centro de Especialidades médicas
Hospital Federal do Andaraí	Barra Mansa - Santa Casa da Misericórdia
Hospital Federal Ipanema	Búzios - Ambulatório Municipal de Reumatologia
Hospital Federal Lagoa	Cabo Frio - PAM Cabo Frio e PAM Santo Antonio
Hospital Federal Servidores do Estado	Campos dos Goytacazes - Hostital Escola Alvaro Alvim, Hospital Geral de Guarus, Hospital São José e UBS da Penha
Hospital Municipal da Piedade*	Duque de Caxias - Policlinica de Duque de Caxias
Hospital Municipal Jesus	Itaperuna - Posta de Saúde Raul Travasso, Ambulatório AIS do Hospital São José do Avaí, Ambulatórios de Ensino das Faculdades UNIG e Redentor
Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	Macaé - CEM Madre Tereza de Calcutá
Hospital São Francisco de Assis- UFRJ	Magé - PAM Raiz da Serra
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Fundão) e IPPMG	Maricá - Ambulatório de especialidades
Hospital Universitário Gafree Guinle (Uni-Rio)	Niterói - Hospital Universitário Antonio Pedro (UFF) e Policlínica Silvio Picanço
Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ)	Nova Friburgo - Hospital Raul Sería
Instituto de Traumatologia e Ortopedia (INTO)	Nova Iguaçu - Hospital da Posse e PAM Dom Walmor
Pam 13 Maio	Petrópolis - Hospital Alcides Carneiro
Pam Bangú	Resende - PAM Manejo e PAM Paraíso
PAM Hélio Pellegrino - Praça da Bandeira	Rio das Ostras - Centro de Saúde de Rio das Ostras
PSF Lapa (Hospital Ordem do Carmo)	São Gonçalo - PAM Alcântara
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro	São Pedro da Aldeia - Ambulatório de Reumatologia
	Volta Redonda - Policlínica da Cidadania (SMS)
	Cabo Frio - PAM Cabo Frio e PAM Santo Antônio
	Campos dos Goytacazes - Hospital Escola Álvaro Alvim, Hospital Geral de Guarus, Hospital São José e UBS da Penha

REUMATESTE

A qual doença pertence este sinal?

a) ESCARLATINA
b) DOENÇA DE KAWASAKI
c) GRANULOMATOSE COM POLIANGIITITE
d) LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Resp.: C

Diversos autores já descreveram a associação entre a Arterite de Takayasu e a seguinte infecção:

a) HANSENÍASE
b) LEISHMANIOSE
c) TUBERCULOSE
d) HIV

Resp.: C

Esta deformidade do hálux pode estar mais comumente relacionada a qual patologia?

a) FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA
b) OSTEOGÊNESE IMPERFECTA
c) HIPEROSTOSE ESQUELÉTICA IDIOPÁTICA DIFUSA
d) HIPOFOSFATASIA

Resp.: A

Sobre a Síndrome ASIA (Síndrome Autoimune/inflamatória induzida por adjuvantes): estes grupos de indivíduos se encontram sob maior risco, exceto:

a) REAÇÃO AUTO-IMUNE ANTERIOR DOCUMENTADA A UM ADJUVANTE (vacinação, implante)
b) PORTADORES DE DOENÇA AUTO-IMUNE ESTABELECIDA
c) TRANSPLANTADOS
d) HISTÓRICO DE DOENÇAS ALÉRGICAS ATÓPICAS

Resp.: C

ERUDITA REUMATOLOGIA

MEDICAMENTOS E OUTRAS DROGAS FORTES

Dr. EDUARDO VIEIRA MARTINS
Professor Livre Docente de
Teoria Literária e Literatura Comparada
da Universidade de São Paulo

Na nossa conversa anterior sobre Inocência, romance do Visconde de Taunay, deixamos Cirino em meio ao sertão do Mato Grosso, tratando da linda Inocência, por quem, para sua infelicidade, ele havia se apaixonado. Nós vimos que, apesar de ter abandonado a escola de farmácia antes de obter a "carta de boticário", o herói começou a viajar pelo interior atendendo aos necessitados e, pouco a pouco, "principiou a receber o tratamento de doutor", que, certamente, não o desagradou. Sua clínica consistia em "medicar, sangrar e retalhar" os doentes; seus pacientes sofriam de "maleitas e feridas graves"; seus conhecimentos, obtidos de forma incompleta no curso de farmácia, advêm da "experiência", da "voz do povo", da "superstição" e, sobretudo, do inseparável Dicionário de medicina popular, de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, médico polonês radicado no Brasil: "Conhecia Cirino o seu exemplar de cor e salteado", diz o narrador do romance.

Munido dessa ferramenta preciosa, nosso médico do sertão atende não apenas Inocência, como também os inúmeros doentes que, em extensa romaria, acodem à casa de Pereira, buscando alívio para seus males. Para a menina, sofrendo de malária, depois de verificar se ela estava com febre e de perguntar-lhe se sentia dores, o "doutor" recomenda que o quarto ficasse sempre bem arejado e que sua cama fosse posta "na linha do nascente ao poente". Para medicá-la, prescreve "um suador de folhas de laranjeira da terra" e, à meia noite, "uma boa dose de sulfato [de quinina]", diluído no café.

Em que pese a mudança da cama da pobre Inocência, a receita mais curiosa do livro é a destinada ao sr. Coelho, diagnosticado por Cirino como um "empalamado". Segundo a descrição do médico, após ter sofrido de repetidas "maleitas", o paciente passou a "sentir fastio e o estômago embrulhado" e perdeu a "sustância e o talento". Ele não consegue mais comer, tem "suores e tremuras", "o

baço está ingurgitado e o fígado também".

Renegando os tratamentos prescritos por Chernoviz "no artigo opilação ou hipoemia intertropical", considerados ineficazes por ele, Cirino diz que vai aplicar um "remédio forte" e "violento": "leite de jaracatiá". Diante dos protestos de Pereira, que alega que ele iria "queimar as tripas do homem", explica rapidamente o processo de extração e a forma de ministrar o estranho medicamento e conclui: "Todos estamos nas mãos de Deus. Só Ele pode saber se a moléstia nos sairá do corpo ou nos há de atirar à sepultura". No final do episódio, Taunay abre uma nota de rodapé para dizer que ouviu "a receita de leite de jaracatiá para a cura de hipoemia intertropical" em suas andanças pelo sertão, mas que a violência do tratamento levou-o a demover o paciente de tomá-lo. Graças a Deus.

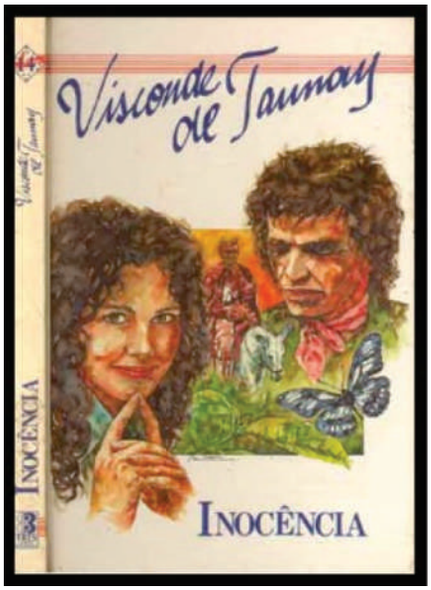


Figura 1: *Ilustração da obra Inocência, de Visconde de Taunay*

DICCIONARIO
MEDICINA POPULAR
SCIENCIAS ACCESSARIOS
PARA USO DAS FAMILIAS
SEXTA EDIÇÃO
PEDRO LUIZ NAPOLEÃO CHERNOVIZ
VOLUME PRIMEIRO
A — F
PARIZ
A. ROGER & F. CHERNOVIZ

Figura 2: *Dicionário de Medicina Popular, de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz*

REUMARIO
2019
ESPONDILOARTRITES
REUMATOGERIATRIA
19 e 20 Julho
Hotel Prodigy Santos Dumont - Centro/RJ
PATROCÍNIO
Pfizer
NOVARTIS
abbvie
Roche
janssen
SRRJ
SOCIEDADE
DE REUMATOLOGIA
DO RIO DE JANEIRO
www.reumatorj.com.br
Sociedade de Reumatologia RJ