BOLETIM SRRJ

Abril / Maio / Junho 2017

Edição nº2
Ano XLI

DIRETORIA DA SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Presidente
Selma da Costa Silva Merenlender

Vice-Presidente
Laura Mendonça

Vice-Presidente do Interior
Flavio Nery

Secretária-Geral
Giselle Baptista Maretti

Primeira-Secretária
Elisa Mello

Tesoureiro
Bruno Schau

Vice-Tesoureira
Carla Dionello

Diretora Científica
Bianca Bica

Diretora de Comunicação e Mídias
Ingrid Moss

Boletim
Editora-Chefe
Mirhelen Mendes de Abreu

Conselho Editorial
Adelaide Dancour
Cynthia França
Lívia Madeira

Diretora de Ética, Normas e Regimentos
Wanda Heloisa R Ferreira

Conselho Fiscal
Jose Fernando Veztman
Evandro Klumb
Francine Ribeiro
Leonardo Romeiro

Jornalista Responsável
Kelly Beltrão

Sumário

Palavra da Presidente..... 5

Editorial..... 6

História da Medicina..... 8

Signos e Significados..... 11

Molecular..... 19

Imaginando..... 22

Interconsulta..... 27

Integralizar..... 34

Com Paixão..... 42

Quem Sabe de Mim Sou Eu..... 44

Mosaico..... 46

Clube do Reumatismo..... 52

Crítica Mente..... 60

Articulando..... 67

Erudita Reumatologia..... 72

Palavra da Presidente

SELMA MERENLENDER

E terminada a Jornada Rio São Paulo de Reumatologia, ficou o gostinho de "quero mais". Estrondoso sucesso de público, com 538 inscritos, a Jornada trouxe a voga um tema com o qual a maioria dos Reumatologistas não estava familiarizada, a difícil transição da Infância para vida adulta. Reuniram-se Reumatologistas pediátricos e Reumatologistas que atendem adolescentes e adultos, para uma troca de experiências que vai ficar na memória. Não só pelo tema inovador, mas pelo ambiente acolhedor e debates inteligentes que ocorreram durante o evento. E o melhor de tudo – não passou... Continua disponível para vermos a qualquer hora pelo canal do YOU TUBE da SRRJ. Basta acessar e rever os melhores momentos. O Hotel Prodigy, uma localização privilegiada, com uma vista inesquecível, que dispensou os inconvenientes do transporte pois está localizado dentro do aeroporto Santos Dumont. A festa de encerramento, memorável apresentação da Banda do Bloco Sargento Pimenta. Uma confraternização histórica de diversas gerações da Reumatologia, em um local também inesquecível, o Iate Clube do Rio de Janeiro. Dançamos todos até literalmente acabar o último acorde. Perfeita integração do Rio de Janeiro com São Paulo! E daí veio um vazio no estômago..... e quando será o próximo evento?

Então, no início de maio, tivemos a Jornada Serrana de Reumatologia, na qual contamos com a ilustre presença do Dr. Jose Alexandre Mendonça, que ministrou um curso impecável de Ultrassonografia aplicada a Reumatologia, com a presença de palestrantes não Reumatologistas, como Dr. Luis Eduardo Faria, Dra. Ana Carina Gamboa, e nossas incansáveis heroínas Ingrid Moss, Daiana Furtado, e Elisa Mello. E, por fim, mais uma festa em família, que deixou a todos exaustos e felizes. Sem falar o quão agradável foi estarmos com nossas famílias por perto, de podermos compartilhar as refeições com todos. E ficou mais uma vez o gostinho de "quero mais", pois os debates da sexta à noite, não estão encerrados. Já estamos organizando Fóruns para os assuntos inacabados de Vacinação, Biológicos e Biossimilares.

E no final de maio, o I EREM, Primeiro Encontro de Reumatologia para Estudantes de Medicina, que tem por finalidade cativar estudantes para a nossa especialidade, encantando–os com os meandros das doenças, com a presença de nosso grande mestre Professor Hilton Seda, e representantes de todos os serviços do Rio de Janeiro.

E, por fim, aquela água na boca já chegando, o REUMARIO 2017, que este ano estará em formato de preceptoria em parceria com a Universidade Johns Hopkins, dois dias intensos de imersão e discussão de temas variados, desde Autoimunidade até Tecnologia de informação em Saúde. Dr Clifton Binghan e equipe já confirmaram a presença, e o programa está imperdível!

See you in RIO!

Editorial

MIRHELEN ABREU

CYNTHIA FRANÇA

LIVIA MADEIRA

ADELAIDE DANCOUR

Ode à reumatologia!

Quando Ovídio escreveu, em 17a.C., 'A arte de amar', não poderia imaginar que seus escritos estariam tão contemporâneos milênios após, vindo a influenciar o editorial do nosso Boletim de junho, o mês do amor. Em sua obra, o poeta exalta o amor das gente maduras, aquela que possuem histórias, artroses e muitos oses a contar. Enamorados com a reumatologia, esta edição se abre com uma capa que ilustra o romance na terceira idade. É também nesse espírito de literatura, poesia e medicina que o Professor Hilton Seda seleciona cuidadosamente poemas de Jorge de Lima para a coluna História da Medicina.

Profundo como o amor é a sutileza da pele: formas, reentrâncias, cores que revelam histórias e processos, fornecendo pistas para um diagnóstico assertivo. Sob a orientação da Professora Sueli Carneiro, uma bela revisão sobre a pele no contexto das doenças reumáticas foi elaborada por Monica Cuellar e Breno Bianchi para a coluna Signos e Significados. Nessa sequência propedêutica, Ana Beatriz Vargas nos atualiza sobre as nuances da investigação da gota em Molecular e Elise Tonomura nos norteia a compreender o diagnóstico por imagens da neoplasia óssea em Imaginando.

Mas desde os tempos de Ovídio já nos alertavam que a medicina é como o amor: tem custo! Contabilizar é uma arte e é com sua competência singular que o Professor Denizar Vianna nos apresenta as possibilidades de gerar indicadores de custo e reembolso na Saúde Suplementar, preservando a qualidade da assistência. Em Integralizar, este autor apresenta contrapontos entre o modelo de financiamento vigente e as potenciais transformações no financiamento do setor saúde.

Como uma realidade frequente `a prática reumatológica, a infertilidade abre um leque de possibilidades diagnósticas. Assim, Daniela Fernandes contribui com a coluna Interconsulta, discutindo os diagnósticos diferenciais que podem ser uma realidade em nossa prática cotidiana. Em Com Paixão, Mauro Goldfarb conversa conosco sobre qualidade da assistência e segurança do paciente. Com muita coerência, ele nos apresenta os caminhos para transformarmos o processo de educação médica em uma prática pautada no princípio maior da medicina: primo no nocere. E assim seguimos nossa jornada, procurando conhecer o ponto de vista do nosso paciente. Em Quem Sabe de Mim sou Eu, Gustavo Balbi entrevista Rogério Marcolino, que nos traz suas vivências em sua trajetória no processo de adoecimento e cuida-

do com a gota.

Entre reumatismos e amores, a sexualidade é a pauta da coluna Mosaico. A psicóloga Raquel Canabarro apresenta uma revisão sobre a sexualidade no contexto das doenças reumáticas. De um modo prático e didático, ela nos mostra como a relação médico-paciente pode ser um canal de auxílio para que nossos pacientes possam experimentar uma vida sexual sadia, `a despeito das limitações funcionais impostas pelo adoecimento.

E, assim, seguimos nessa interatividade, que é a marca da nossa sociedade. O Clube do Reumatismo está alçando voos altos! Lívia Madeira nos mostra os casos clínicos apresentados durante os clubes mensais e Nathalie David resume o clube que acontece para além das fronteiras fluminenses. Em Crítica Mente, a bibliotecária Eliana Rosa coordena, com uma sólida equipe, uma revisão tutorial sobre busca da literatura em bases de dados remota. Essa revisão é bastante útil para otimizar a nossa educação continuada individual através dos recursos contemporâneos de que dispomos.

Nossas jornadas têm sido um sucesso de integração, atualização e congraçamento. Em Articulando, Cynthia França e Mirhelen Abreu resumem o o sucesso que foram as jornadas Rio - Sao Paulo e a charmosa Jornada Serrana de Reumatologia, em Friburgo.

A fim de repararmos os nossos erros, uma nova coluna é acrescida. Erramos é a coluna que tenta reparar os erros ocorridos na edição anterior. Nosso sincero desejo é que ela se torne cada vez menor e que caminhemos sempre ofertando o nosso melhor para o Boletim da nossa tão querida sociedade.

Erudita Reumatologia conclui esta edição com romance, amor e sedução. Joaquim Nava nos traz um lindo poema do saudoso e nobre reumatologista-poeta Pedro Nava e Adelaide de Andrade traz um poema de Nicolas Guillen, traduzido por Ary de Andrade, ilustre médico literata. Esta nobre tradução fora reconhecida como a melhor versão da obra por ninguém menos que Pablo Neruda. Quanta honra! Como epílogo, o enólogo e médico Ricardo Garcia nos brinda com um belíssimo texto sobre vinho, medicina e a arte da sedução.

Tim-tim!

História da Medicina

Parte II

HILTON SEDA

Dedicado à memória do Professor Dr. Geraldo Wilson da Silveira Gonçalves

Nos poemas de Jorge de Lima encontram-se várias referências a doenças, muito particularmente à malária (maleita), como o que se segue (4):

Maleita
Lá vem maroim, lá vem carapanã,
lá vem muriçoca sambando com pium.
A terra está suando poças d´água,
a lagoa está dormindo,
o caboclo está tremendo, está sambando com pium.
Minha madrasta Maleita foi você que me enterrou.
Quem sabe se por um figo que o destino beliscou?
Manda um rabinho da seca de 77, meu São Sol, pra secar estas lagoas,
pra esquentar esta maleita.
Mas vem correndo um vento frio
e até a água se arrepia.

O caboclo está tremendo.
Está sambando com pium!

É curioso como o mosquito é citado de diversas formas: maroim ou maruim (mosquito do mangue), carapanã (do tupi), muriçoca, pium (borrachudo) (5).

Em "Felicidade" (Novos Poemas) mais referências à maleita:

(...)
Os meninos amarelos têm água por demais na boca.
Gosto de terra não é gosto de comida, de sal, de açúcar, de carne. É gosto diferente. De terra!
É um gosto doente
como gosto de maleita.
Também quem não tem maleita não sabe tirar sururu com gosto.
O frio da maleita não se importa com sol nem com chuva nem
Com o frio que está fora da gente, no ar.
(...)
Os meninos que vão tirar sururu têm os olhos sumidos.
Mãe-maleita dorme com eles no jirau de pau-cundu. Mãe-maleita dá-lhes sonhos de febre.
(...)
Tudo é bom. A miséria é boa. A lama é amorosa. Parece que a vida é uma feitiçaria de sonho de maleita.

Sururu (mexilhão) é um molusco (concha) que habita o litoral nordeste e S.E. do Brasil e as lagoas Manguaba e Mundaú em Alagoas e tem importância na alimentação humana (5).

Em "Democracia" (Poemas Negros), mais maleita:

(...)
Tive maleita, catapora e ínguas,

Em G.W.B.R. (Poemas), referência indireta à maleita:

Vejo através da janela de meu trem
os domingos das cidadezinhas,
com meninas e moças.
(...)
Nas gares há meninas bonitas,
mocinhas amarelas,

Nesse mesmo G.W.B.R., novamente a maleita:

Há um calor que até parece febre da maleita.

Em "Duas meninas de tranças pretas" (A túnica Inconsútil) há uma referência à febre, sem ser possível saber se tem relação com a maleita:

Eram duas meninas de tranças pretas.
Veio uma febre e levou as duas.

Em "Invenção de Orfeu", no Canto I (23), maleita:

(...)
Esboço-me em ti meu poema,
maleita diante do mar,
febre de ilha, calor, frio,
dentes rangidos em seco,
mãos tremendo no papel,
geofagia, geofagia,
mas nos barcos e nas velas,
unidade da Trindade.

Geofagia significa o "hábito patológico de ingerir barro ou outra forma de terra" (5). Aparece explicitamente descrita em alguns poemas como em "Invenção de Orfeu (Canto I,30):

Inda meninos, íamos com febre
Comer juntos o barro dessa encosta.

A doença mental aparece em:

Joaquina Maluca

Joaquina Maluca, você ficou lesa
não sei por que foi!
Você tem um resto de graça menina,
na boca, nos peitos,
não sei onde é...

Joaquina Maluca, você ficou lesa, não é?

Talvez pra não ver o que o mundo lhe faz.
Você ficou lesa, não foi?
Talvez pra não ver o que o mundo lhe fez
Joaquina Maluca, você foi bonita, não foi?
Você tem um resto de graça menina
não sei onde é...

Tão suja de vício,
nem sabe o que o foi.
Tão lesa, tão pura, tão limpa de culpa,
nem sabe o que é!

No poema "Enchente" (Poemas Escolhidos) há comparação com um doido:

Pulou das pedras embaixo,
espumando como um doido.

Um de seus sonetos, incluído no "Livro de sonetos", inicia-se falando também de loucura:

Era louco e era poeta o sepultado.

Seria o caso de se dizer, parodiando: de poeta e louco todos temos um pouco.

Em "Cristo Redentor do Corcovado" (Poemas Escolhidos) há um indivíduo com cifose:

O avô de minha avó
morreu também *corcovado*
carregando um Cristo de maçaranduba
que protegia os passos vagarosos da família.

A tuberculose está, indiretamente, em "Bahia de Todos os Santos" (Poemas):

(...)
Vós sois toda originalidade do mundo,
que distribuís graças
miraculosas e ganhais presentes de cera, de curas extraordinárias
que haveis
efetuado de panarícios e escarros de sangue,
(...)

A tuberculose está explicita em um soneto que assim se inicia:

Nas noites enluaradas as olheiras

das donzelas suicidas dos sobrados
iluminavam aves agoureiras
e cães vadios tísicos e odiados.

Mais adiante, nesse mesmo soneto, fala de febre e de asma:

Nós éramos meninos evadidos
nas insônias das febres e das asmas,
os olhos pelas noites acordados.

Em G.W.B.R. (Poemas), referências a diferentes situações patológicas:

(...)
Quando o trem para,
O condutor vai conversar com as professoras
dos grupos escolares,
e os aleijados vêm aos vagons mendigar;
entram os homens sem nariz dos cartazes do Elixir,
(...)
Uns vêm vestidos de feridas,
Outros expõem ventres inchados,
colunas vertebrais de clown,
beiços de boxeadores vencidos no último round...

No longo poema "Invenção de Orfeu" há citações ocasionais de doenças, como no Canto I (31):

(...)
Moquém ruim, de carnes embricadas,
corrompido de terras e morticínios,
de aguardente, varíola, vícios brancos
(...)
No momento que corre, deficiências
comidas enfeitadas, que acalentam
escorbutos de fomes escondidas,
(...)

Também no Canto II (14), aqui fazendo comparação com a maleita :

(...)
as mãos tremem, os pés tiritam juntos,
e a maleita da tarde pende estrelas
originárias das lagunas do ar,
que se derramam pelos frios vales.
(...)

Jorge de Lima foi múltiplo: honrou a medicina, a literatura e a poesia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa V: Jorge de Lima. Pesquisa Escolar on line, Fundação Joaquim Nabuco, Recife, 2009.
2. Jorge de Lima: Wikipédia, a enciclopédia livre.
3. Lima, Jorge de: Antologia Poética, Cosac Naify, Editora Jatobá, São Paulo, 2014.
4. Lima, Jorge de: Novos Poemas, Poemas Escolhidos, Poemas Negros, Lacerda Editores, Rio de Janeiro, 1997.
5. Novo Dicionário Aurélio. Dicionário Eletrônico, 2009.

Signos e Significados

Propedêutica da Pele e Fâneros na Prática Reumatológica

MÔNICA CUELLAR ARNEZ

BRENO BIANCHI

SUELI CARNEIRO

RESUMO

As doenças do tecido conectivo são as enfermidades sistêmicas que apresentam maior número de manifestações tegumentares, motivo pelo qual a pele não deve ser considerada como um órgão isolado, mas sim como um sistema complexo que se comunica com o ambiente interno. Este fato associado à acessibilidade da pele e seus anexos ao exame clínico e histopatológico tornam o conhecimento das lesões de pele pelo reumatologista de grande importância para o diagnóstico, uma vez que frequentemente as doenças começam ou se agudizam no tegumento.

Para entender melhor as lesões especificas de cada doença deve-se ter conhecimento dos conceitos básicos das lesões elementares dermatológicas. Como há uma relação íntima entre as doenças reumatológicas e a pele temos que conhecer bem a semiologia de cada lesão dermatológica para realizar o diagnóstico diferencial.

Esta revisão teve o propósito de auxiliar o reconhecimento das diferentes formas de apresentação cutânea das mais frequentes doenças reumatológicas, como Lúpus Eritematoso, Dermatomiosite, Esclerodermia, Artrite Psoriásica, Artrite Reumatóide, Sindrome antifosfolipideo, Sarcoidose e Gota.

Também discorreu-se sobre manifestações cutâneas ligadas às doenças reumatológicas como Pioderma Gangrenoso, Vasculites e Sindrome de Sweet.

INTRODUÇÃO

As doenças do tecido conectivo são as

enfermidades que apresentam mais manifestações tegumentares (pele e fâneros) o que na maioria das vezes levam ao diagnóstico clínico e/ ou histopatológico, servindo como marcador de atividade.(1)

Embora haja uma infinidade de testes modernos altamente especializados disponíveis, a pele e seus anexos permanecem como o único órgão completo e facilmente acessível ao exame clínico e histopatológico.(1)

LESÕES ELEMENTARES CUTÂNEAS

O domínio das diferentes lesões elementares da pele e seus anexos aumenta o entendimento das lesões especificas de cada uma das doenças reumatológicas. Descrevem-se manchas pigmentares, purpúricas e vasculares; lesões sólidas, tumorais e vegetantes; espessamento cutâneo e infiltração; lesões com conteúdo líquido, por solução de continuidade, caducas e as sequelas.(2) (Quadros 1 e 2)

DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO

Lúpus Eritematoso Sistêmico

O Lúpus é uma doença autoimune com inúmeras manifestações cutâneas e sistêmicas. Existem variantes do lúpus cutâneo, definidas pela profundidade e localização do infiltrado inflamatório.(3)(5)

O Lúpus Cutâneo Agudo acomete primariamente a epiderme e se apresenta como lesão eritemato-escamativa ou maculopapular na região malar e nasal (asa de borboleta), poupando o sulco nasolabial e área supralabial. Pode haver edema local e lesões maculopapulares eritematosas em outras áreas fotoexpostas, e raramente lesões NET-símile após intensa fotoexposição.(3)(5) Quadros 1 e 2

A forma subaguda acomete a epiderme e a derme superior, associado com autoanticorpos anti-Ro e fotossensibilidade em 75% dos pacientes. São lesões policíclicas e anulares (33%) ou lesões papuloescamosas (66%). Ambas podem cursar com aspecto psoriasiforme, vesículas, crostas ou bolhas hemorrágicas em sua periferia. Ao regredirem, deixam telangiectasias, hiper ou hipopigmentação, podendo assumir aspecto vitiligóide e predominam no "V" do decote e na superfície extensora dos braços. Não deixa cicatriz após da involução. São vistas ainda alopecia não-cicatricial e ulceras orais; as lesões mucosas ocorrem no palato, mucosa jugal e gengival, podendo se apresentar como eritema, exulceração ou ulceração. Apenas 50% apresentam a forma sistêmica da doença. Outras lesões podem compor o quadro cutâneo, como livedo reticular, telangiectasias periungueais e fenômeno de Raynaud.(3)(5) Quadros 1 e 2

As lesões discoides acometem a epiderme, a derme superficial, profunda e estruturas anexais, podendo ulcerar. São lesões eritemato-descamativas, únicas ou múltiplas, com escamas lamelares aderentes, centro discrômico com superfície que lembra tapetes de pregos (ceratoses foliculares), crescimento centrífugo, localizadas nas áreas fotoexpostas. No couro cabeludo leva à alopecia cicatricial.(3)(5) Quadros 1 e 2

No lúpus túmido encontram-se placas eritemato-violáceas, lisas, suculentas, sem descamação ou ceratose folicular, assintomáticas que evoluem em surtos e não deixam cicatriz.

No lúpus profundo (paniculite lúpica) há nódulo subcutâneo com ou sem lesão discóide na superfície. Evolui com retração e atrofia da pele sobrejacente.(4)(5)

Dermatomiosite

É uma desordem inflamatória autoimune que acomete a pele, músculos e os vasos sanguíneos. As lesões cutâneas podem ser precipitadas ou agravadas por exposição à luz ultravioleta tanto raios UVA como UVB e fontes naturais. Os sinais patognômonicos são edema e eritema violáceo ao redor dos olhos associado ou não a edema das pálpebras (heliótropo), pápulas eritemato-violáceas sobre as articulações interfalangeanase/ou metacarpofalangeanas dos dedos das mãos denominadas pápulas de Gottron que podem sofrer depressão central resultando em um aspecto atrófico e esbranquiçado com descamação e teleangectasias associadas; eritema periungueal com ou sem distrofia cuticular e hemorragia cuticular; eritema macular confluente simétrico e pruriginoso que pode acometer a face extensora dos dedos, antebraços, pescoço, tórax superior (sinal do xale), área central da face, ombros, couro cabeludo, e face lateral dos quadris e das coxas; e hiperceratose na face ulnar dos quirodác-

tilos conferindo aspecto semelhante a mãos de mecânico. Um sintoma clínico que pode ajudar no diagnóstico diferencial com outras doenças, principalmente com lúpus, é o prurido que pode ser muito intenso. Os pacientes também se queixam de queimação e dor nas lesões.(6) (7) Quadros 1 e 2

A calcificação cutânea (calcinose) é a sequela mais característica da forma juvenil da DM e ocorre em um terço das crianças. A cal-

Quadro 1

LESÕES ELEMENTARES CUTÂNEAS	
Manchas pigmentares	**Lesões por espessamento cutâneo**
• **Hipocrômica:** Diminuição de melanina. • **Acrômica:** Ausência de melanina • **Hipercrômica:** Excesso de melanina	• **Ceratose ou queratose:** Espessamento superficial da epiderme, decorrente da proliferação da camada córnea • **Esclerose:** É o endurecimento da pele, consequente à proliferação de tecido colágeno. • **Liquenificação:** Lesão circunscrita, produzida por espessamento da pele, consequente ao ato de coçadura. • **Infiltração:** Espessamento circunscrito ou difuso da pele. De natureza tumoral ou inflamatória
Manchas pupuricas	**Lesões com conteúdo líquido**
• **Petéquias:** Lesão purpúrica puntiforme • **Víbice:** Lesão purpúrica linear • **Equimose:** Lesão purpúrica em lençol	• **Vesicula:** Elemento circunscrito de pequenas dimensões com conteúdo seroso. • **Bolha:** Elemento de dimensões em geral maior que a vesícula • **Pustula:** Elemento de conteúdo purulento de dimensões variáveis. • **Urticaria:** É de tamanho variável, fazendo saliência na pele com coloração que varia do eritematoso ao anêmico.
Lesões vasculares	**Lesões por solução de continuidade**
• **Eritema (pele) Enantema (mucosa):** Cor avermelhada (dilatação de arteríolas) • **Cianose (na pele) Cianema (nas mucosas):** Coloração azulada • **Exantema:** É o eritema em áreas extensas.	• **Erosão:** Solução de continuidade que compromete apenas a epiderme. • **Escoriação:** É uma ruptura da continuidade por trauma • **Exulceração:** Erosão mais profunda, atingindo até a derme papilar. • **Ulcera ou ulceração:** Erosão profunda que pode atingir toda a derme, hipoderme, musculo e osso. • **Fissura ou rágade:** É uma solução de continuidade linear e estreita.
Lesões solidas	**Lesões caducas**
•**Pápula:** Consistência dura, superficial de <5mm, elevada, não deixa cicatriz. • **Placa:** Lesão elevada, como consequência da confluência de numerosas pápulas. • **Nódulo:** Consistência endurecida, decorrente do aumento de células na derme, profunda, e/ou ao nível da hipoderme. • **Cistos:** Nódulos de superfície lisa, consistência não endurecida, circundados por capsula. • **Goma:** E um tipo peculiar de nódulo com uma evolução dinâmica • **Tumoração:** Lesões >3cm, não necessariamente malignas e não inflamatórias. • **Vegetação:** Cresce para o exterior devido a hipertrofia de algumas papilas dérmicas (papilomatose).	• **Escama:** Lamínula epidérmica, desprendendo-se fácil e continuamente. Pequena (pitiriasica) ou grandes retalhos (escamas laminares). • **Crosta:** Decorre do ressecamento de exsudado que seja seroso purulento (crosta melicérica) ou de origem hemático (crosta hemática). • **Escara:** Lesão por necrose do tecido, que em seu estágio final é de cor negra. • **Sequelas** • **Atrofia:** Redução da espessura da pele devida a uma diminuição do número ou tamanho das células. • **Cicatriz:** É uma sequela, de dimensões as mais variadas, decorrente da proliferação de tecido fibroso.

cificação é distrófica o que significa que ocorre em locais onde há lesão tecidual prévia e com níveis séricos normais de cálcio e fósforo, sendo assim, um fenômeno secundário.(8) Quadros 1 e 2

Vasculites Sistêmicas

A Vasculite pode ocorrer em 20 a 40% dos pacientes, manifesta-se com púrpura palpável, nódulos subcutâneos e ulceras além do quadro sistêmico. O exame histopatológico pode confirmar o diagnóstico de vasculite. A presença de eosinófilos pode sugerir vasculite induzida por drogas ou urticária, granulomas nas paredes do vaso pode sugerir poliangeíte com granulomatose. A leucocitoclásica, preferencialmente nos membros inferiores pode

Quadro 2

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS	LESÕES CUTÂNEAS CARACTERÍSTICAS
LES	
LES Agudo	Lesão eritematodescamativa ou maculopapular na região malar e nasal (asa de borboleta)
LES Subagudo	Lesões policíclicas e anulares ou lesões papuloescamosas de aspecto psoriasiforme
LES Crônico	Lesões discoides, com centro hipocrômico áspero e com telangiectasias e bordas hipercrômicas.
ESCLERODERMIA	
ESCLERODERMIA LOCALIZADA	Afeta áreas restritas da pele, poupando os órgãos internos.
MORFEA	Placas circulares ou ovais endurecidas com centro esbranquiçado e bordas violáceas, localizadas no tronco, membros e na região frontal.
LINEAR	Faixas de pele endurecida que se estendem pelo tronco ou membros. Na região frontal é chamada de “em golpe de sabre”.
ESCLERODERMIA SISTÊMICA	Face: microstomia, expressão facial reduzida, telangiectasias Mãos: edema, esclerodactilia, calcinose com ulceração, perda de cutículas, telangiectasias periungueais, Fenômeno de Raynaud
DIFUSA	Maior envolvimento dos órgãos internos. Espessamento da pele dos dedos, mãos, braços, pernas, face, pescoço e tronco. Poiquilodermia
LIMITADA (CREST)	Calcinose Fenômeno de Raynaud Dismotilidade esofágica Telangiectasia
DERMATOMIOSITE	Heliotrópo: Erupção eritemato-violácea periorbitária, pápulas de Gottron, eritema malar, poiquiloderma, alopecia, calcinose e mão de mecânico
ARTRITE REUMATOIDE	Nódulos reumatóides, dermatoses granulomatosas e vasculite reumatóide
ARTRITE PSORIASICA	Placas com descamação e formação de escamas prateadas na face extensora dos membros, tronco e couro cabeludo

Figura 1. Lesões Elementares Cutâneas

Acervo fotográfico do Serviço de Dermatologia - HUCFF/UFRJ

A. Papulas B. Ulcera C. Bolha D. Vitiligoide E. Vesiculas F. Pustulas

apresentar máculas, pápulas, púrpura palpável dolorosa, nódulos, bolhas, nódulos. Na poliangeíte com granulomatose, ulcerações dolorosas com configuração "geográfica" e fenômeno da patergia positivo. Enquanto a Poliarterite Nodosa se manifesta com nódulos dolorosos, livedo racemoso e com ulcerações bizarras com bordas afiladas.(9) Quadro 1

A imunofluorescência direta identifica depósitos de imunoglobulina. Como na Púrpura de Henoch-Schonlein que apresenta depósito de IgA e nas vasculites associadas ao ANCA ausência completa de imunocomplexos pode auxiliar o diagnóstico. É importante ter em mente que nenhum desses padrões histológicos são específicos para uma determinada entidade. Portanto, é necessária uma correlação clínica.(9)

Pioderma Grangrenoso (PG)

É uma doença inflamatória da pele causada pelo acúmulo de neutrófilos. O PG se inicia com uma pápula, pústula ou vesícula, que se desenvolve em uma ulceração dolorosa rapidamente necrosante, com fundo sujo e borda solapada. O fenômeno patergia é positivo e a ulcera surge nas cicatrizes.(10) Quadro 1

Síndrome Antifosfolipide (SAF)

A SAF pode se manifestar com múltiplas úlceras em membros inferiores. Costumam ser muito dolorosas e acompanhadas de livedo reticular, tromboflebite superficial e isquemia focal. A biópsia de pele revela pequenos vasos na derme com evidência de trombose e escassa infiltração de células inflamatórias.(11) Quadro 1.

Artrite Psoriásica

É uma doença complexa prevalente igualmente em ambos os sexos, embora estudos recentes tenham mostrado que, em média, os homens têm formas mais graves do que as mulheres.(5) Cinco tipos de psoríase têm sido relatados: em placas, com descamação e formação de escamas prateadas (também conhecida como psoríase vulgar) com localização típica na face extensora, dos membros, joelhos, cotovelos, tronco, couro cabeludo e regiões glúteas; Gutata ou psoríase eruptiva, caracterizada por apresentação em forma de gotas; Psoríase inversa, intertriginosa ou flexural que é encontrada nas dobras da pele; Psoríase pustulosa, que pode assumir a forma de pustulose palmoplantar (psoríase pustulosa das palmas das mãos e plantas dos pés), ou psoríase pustulosa generalizada (uma forma rara e grave de psoríase); psoríase eritrodermica, complicação grave da psoríase, com eritema e descamação de pelo menos 85% da superfície corporal. (5,12) Quadros 1 e 2

Sarcoidose

As lesões especificas da pele são granulomas sarcoídeos não caseosos, placas infiltradas com lesões anulares ou policíclicas castanho-avermelhadas; lesões no couro cabeludo que podem levar à alopecia; erupções maculopapulares pápulas vermelho-acastanhadas no tronco, face ou extremidades. As pápulas podem aumentar e tornarem-se confluentes, mas a resolução ocorre em dois anos na maioria dos casos, especialmente naqueles com sarcoidose aguda. As pápulas são ocasionalmente pruriginosas.

Nódulos subcutâneos (sarcoide de Darier-Roussy), muitas vezes simétricos no tronco e nas extremidades são vistos; infiltrações em cicatrizes podem ser sinais precoces de sarcoidose, confundindo com queloides. É também chamado Lúpus pernio. Eritema nodoso associado à febre e artralgia é a lesão cutânea não específica mais comum na sarcoidose.(13)(14) Quadros 1 e 2

Síndrome de Sweet

Na síndrome de Sweet as pápulas ou nódulos são eritemato-arroxeados nas extremidades superiores, face e pescoço. As lesões podem apresentar pseudo-vesiculação central, secundária ao grande edema na derme superior. As lesões aumentam em dias a semanas podendo coalescer e formar placas irregulares, com bordas acentuadas. Geralmente resolvem-se, espontaneamente ou após o tratamento, sem deixar cicatrizes. Podem ser recorrentes e apresentar fenômeno de patergia.(15) Quadro 1

Esclerodermia

Há dois tipos principais de Esclerodermia: a Esclerodermia Localizada e a Esclerodermia Sistêmica ou Generalizada, também chamada Esclerose Sistêmica. (16)

Localizada: afeta as células produtoras de colágeno em apenas algumas áreas restritas da pele, poupando os órgãos internos e os vasos sanguíneos. Este tipo de Esclerodermia tem duas subclassificações(16)

-Morfeia: aparecem zonas de pele espessada, geralmente de forma oval, esbranquiçadas no centro e com bordo de cor púrpura. Surgem, com mais frequência, no tronco, mas também aparecem nos braços, pernas ou fronte.(16)

-Linear: são áreas em faixa ou bandas de pele endurecida que se estendem pelo tronco ou pelos membros. Na região frontal é chamada de “em golpe de sabre”.(16)

Sistêmica: Há lesões nos vasos sanguíneos de pequeno calibre (capilares) e nas células produtoras de colágeno localizadas na pele e no organismo. Além da induração, a pele apresenta áreas de hipo ou hiperpigmentação. Há diminuição da abertura oral, adelgaçamento dos lábios e telangiectasias planas poligonais que afetam os lábios e as palmas das mãos. As úlceras da esclerose sistêmica ocorrem com maior frequência na ponta dos dedos e no dorso das articulações interfalangeanas, metacarpofalangeanas e nas pernas. As úlceras tendem a ser dolorosas, e têm cicatrização lenta devido à fibrose, ao comprometimento vascular, anormalidades na coagulação e deposição de cálcio no tecido. Há uma indentação típica (cicatriz de picadas) presente na polpa do dedo, provavelmente devido à isquemia.(16)

As formas de Esclerose Sistémica são:

-Difusa: há maior envolvimento dos órgãos internos como pulmões, coração, tubo digestivo (incluindo o esófago) e rins.(17) A pele dos dedos, mãos, braços, pernas, face, pescoço e tronco fica endurecida e espessada.(17)
-Limitada: o acometimento dos órgãos internos é mais tardio e limitado, a pele mais afetada é a dos dedos, antebraços e pernas, face e pescoço. Esta forma é, muitas vezes, chamada CREST (Calcinose, Raynaud, Esófagite, Sclerodactilia e Telangiectasias).(17) Quadros 1 e 2

Gota

Um achado bastante característico da gota é a presença de nódulos cutâneos denominados tofos, caracterizada por coleções de ácido úrico com alterações destrutivas no tecido circundante, são visíveis, palpáveis e indolores, com coloração amarelada quando superficialmente sob a pele. Pode se estender além das articulações, produzindo alterações das partes moles e alterações expansivas, ser confundido com nódulos reumatoides, osteomielite. Ao exame histopatológico, os tofos apresentam reação granulomatosa. São patognomônicos da doença, e ocorrem mais frequentemente nos dígitos, punhos, orelhas, joelho, olecrano, pontos de pressão na ulna, no tendão de Aquiles,

nos nódulos de Heberden e em locais como as pirâmides renais, válvulas cardíacas e na esclera, podendo se inflamar e infeccionar.(18) Quadro 1

Artrite Reumatoide

Além da pele transparente, por modificação do colágeno dérmico, as manifestações cutâneas incluem:

Nódulos reumatoides: são a manifestação extra-articular mais comum da AR e ocorrem em 20-30% dos casos. São mais comuns nos homens e naqueles com soropositividade para o fator reumatóide. Aparecem como nódulos subcutâneos de cor de carne, firmes, que variam em tamanho de milímetros a vários centímetros. Eles são geralmente indolores e muitas vezes ocorrem sobre superfícies extensores ou em locais de estresse repetitivo. Os nódulos podem encolher, persistir ou piorar com o tratamento da AR.(19)

Vasculite reumatoide: A pele está envolvida em 75-89% dos pacientes com vasculite reumatóide. Purpura, livedo reticularis, atrofia branca e úlceras são sinais cutâneos de vasculite reumatóide. Está associada a doença seropositiva erosiva de longa data, e é mais frequente naqueles com anticorpos para peptídeos citrulinados.(19)

Figura 2. Lesões Elementares Cutâneas

Acervo fotográfico do Serviço de Dermatologia - HUCFF/UFRJ

A. Rash malar; B. Ulcera oral; C. Pápulas de Gottron; D. Hipo e hiperpigmentação; E. Pele espessada; F. F. Raynaud; G. Lesão Psoriasiforme; H. Vasculite; I. Necrose; J. LES subagudo; K. Calcinose

Dermatite granulomatosa intersticial (IGD) e a dermatite granulomatosa e neutrofílica em paliçada (PNGD) são erupções associadas a doenças autoimunes incluindo AR. A erupção polimorfa da IGD compromete o tronco, coxas e axilas de forma simétrica e é caracterizada por bandas eritematosas, pápulas, nódulos ou placas enduradas. A PNGD é caracterizada por pápulas e nódulos simétricos nas extremidades.(19) Quadros 1 e 2

Sindrome de Sjogren

Caracterizada por uma diminuição nas secreções lacrimal e salivar. As manifestações cutâneas incluem fenômeno de Raynaud, secura da pele e das mucosas, estomatite angular, livedo reticular, púrpura episódica das pernas, eritema nodoso e úlceras dos membros inferiores.(20) Quadros 1

CONCLUSÃO

A diferenciação das lesões elementares da pele é fundamental para o reumatologista. Como há uma relação íntima entre as doenças reumatológicas e o tegumento, torna-se obrigatório conhecer bem a semiologia de cada lesão dermatológica para diagnóstico diferencial. Porém, muitas vezes, o concurso da análise histopatológica que é bastante acessível, ajuda resolver casos dúbios.(1)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ringopoulos D. Larios G. Katsambas A. Skin sight of systemic disease. Clinics in dermatology 2011; 29: 531-540
2. Azulay DR, Azulay-Abulafia L, Azulay RD. Lesões elementares ou eflorescências. In: Azulay RD, Azulay DR , Azulay-Abulafia R. Dermatologia Azulay 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2011; 39 - 49
3. Rothfield N, Sontheimer RD, Bernstein M. Lupus erythematosus: systemic and cutaneous manifestations.ClinDermatol. 2006; 24(5):348-62.
4. Velter C, Lipsker D. Cutaneous panniculitis. Rev Med Interne. 2016; 37 (11): 743-750.
5. Carneiro S, Abraham LS, Hanauer L, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. Doenças auto-imunes de interesse dermatológico. In: Azulay DR. Dermatologia Azulay 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2011 : 517-540
6. Sontheimer RD. The management of dermatomyositis: current treatment options. Expert OpinPharmacother. 2004;5(5):1083-99
7. Sontheimer RD, Kovalchick P. Cutaneous manifestations of rheumatic diseases: lupus erythematosus, dermatomyositis, scleroderma. Dermatol Nurs. 1998 Apr; 10(2):81-95; quiz 96-7.
8. P. Gerami, H.W. Walling, J. Lewis,L. Doughty, R.D. Sontheimer, A systematic review of juvenile-onset clinically amyopathic dermatomyositis,British Journal of Dermatology. October 2007;Volume 157, Issue 4, pages 637–644.
9. Demirkesen C. Approach to cutaneous vasculitides with special emphasis on small vessel vasculitis: histopathology and direct immunofluorescence. Curr Opin Rheumatol 2017; 29: 39–44
10. Mehrtens SH, Craweley JM. Pyoderma Gangrenosum. Br J HospMed 2015; 76: 173-179.
11. Dabiri G, Falanga V, Connective Tissue Ulcers. J TissueViability 2013; 22(4): 92-102
12. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis.Lancet 2015; 386: 983–94
13. Sanchez M, Haimovic A, Prystowsky S. Sarcoidosis. Dermatol Clin 2015; 33: 389–416
14. Rigopoulos D, MD, Larios G, MD, Katsambas A, MD. Skin signs of systemic diseases. Clinics in Dermatology (2011) 29, 531–540
15. Cohen PR, Kurzrock R. Sweet's syndrome revisited Cohen and Kurzrock Review Sweet's syndrome revisited: a review of disease concepts Int J Dermatol 2003; 42(10):761-78.
16. Dabiri G, M.D, Falanga V, M.D., Connective Tissue Ulcers. J Tissue Viability. 2013 November ; 22(4): 92–102
17. Hosseinialhashemi M, Daneshfard B, Keshavarzian O. Severe Acro-osteolysis in aCase of Limited Cutaneous Scleroderma. Iran J Public Health. 2017 Jan; 46(1): 146–147.
18. Dos Santos FD. Gout: a review, Revista Médica da UFPR, ISSN 2358-193x ISSN eletrônico 2447-3308. Acessada http://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/46382 em 09/05/17
19. Clarke JT, Werth VP. Rheumatic manifestations of skin disease, Current Opinion in Rheumatology 2010, 22:78–84
20. Dabiri G, M.D, Falanga V, M.D. Connective Tissue Ulcers, J Tissue Viability. 2013 November; 22(4): 92–102

Molecular

Laboratório na Gota

ANA BEATRIZ VARGAS DOS SANTOS

RESUMO

Os exames laboratoriais são essenciais para o diagnóstico e acompanhamento de pacientes com gota. A identificação de cristais de urato monossódico pela microscopia com luz polarizada compensada de líquido sinovial obtido de articulação ou bursa sintomática ou de tofo é o padrão ouro para o diagnóstico.

A dosagem da uricemia é essencial no acompanhamento, guiando o ajuste terapêutico, devendo ser monitorada regularmente, além de poder auxiliar no diagnóstico – junto à história clínica, ao exame físico e aos exames de imagem – quando a pesquisa dos cristais não é possível.

Outros exames importantes incluem a uricosúria de 24 horas, o pH urinário e exames de sangue comuns, como hemograma, creatinina, enzimas hepáticas, entre outros, visando à escolha do tratamento mais adequado, à pesquisa ativa de comorbidades e à identificação precoce de possíveis efeitos adversos aos medicamentos utilizados, sempre objetivando o melhor cuidado do paciente como um todo.

INTRODUÇÃO

A gota, artropatia inflamatória mais comum entre adultos, é uma das poucas doenças reumáticas com fator etiológico conhecido: a hiperuricemia, definida como nível sérico de ácido úrico (AU) ≥ 6,8 mg/dL. Este é o ponto de saturação do AU em temperatura central e pH fisiológico. O excesso de AU pode se depositar em qualquer tecido humano sob a forma de cristais de urato monossódico (UMS). Em pacientes susceptíveis, esses cristais podem desencadear reações inflamatórias em articulações ou bursas, configurando uma crise de gota. Muitos pacientes com gota apresentam depósitos macroscópicos de cristais de UMS – os tofos – visíveis ou não ao exame físico.

O **padrão-ouro para diagnóstico** da gota é a identificação de cristais de UMS numa articulação ou bursa sintomática ou no material obtido de um depósito sugestivo de tofo, mas outros diversos exames são importantes para o acompanhamento do paciente com gota.

ANÁLISE DO LÍQUIDO SINOVIAL (LS)

Um LS pode ser analisado sob vários aspectos. Os principais em um paciente com suspeita de gota são o aspecto descritivo, a citometria global e específica, a pesquisa de cristais e a pesquisa microbiológica. É importante seguir a rotina investigativa para se alcançar o diagnóstico correto, excluindo diagnósticos diferenciais importantes e identificando possíveis artropatias concomitantes. Por exemplo, não é

rara a associação de gota e doença por cristais de pirofosfato de cálcio. Além disso, a identificação de cristais de UMS ou de cálcio num LS não exclui a hipótese de artrite séptica, e uma artrite infecciosa num paciente com gota tende a desencadear uma crise da artrite microcristalina sobreposta.

O aspecto descritivo e a citometria global e específica classificam o LS em normal, não inflamatório, inflamatório, séptico ou hemorrágico (Tabela), ajudando a limitar os diagnósticos mais prováveis. A crise de gota cursa com LS inflamatório, mas é uma das causas de LS pseudosséptico.

Tabela 1. Classificação do Líquido Sinovial com Base no Aspecto Descritivo e Citometria.

		Normal	Não-inflamatório	Inflamatório	Séptico	Hemorrágico
Aspecto descritivo	Coloração	Clara	Amarela	Amarela	Amarela	Vermelha
	Translugência	Transparente	Transparente	Translucência reduzida	Opaca	Translucência reduzida ou opaca
	Viscosidade	Alta	Alta	Baixa	Baixa	Baixa
Citometria global e específica	Leucometria, por mm3	< 200	200 - 2.000	> 2.000	> 50.000	Variável
	Polimorfonucleares, %	< 25	< 25	≥50	≥ 75	50 - 75

PESQUISA DE CRISTAIS DE URATO MONOSSÓDICO

Idealmente, a pesquisa de cristais deve ser realizada com LS fresco e utilizando microscopia com luz polarizada compensada. Quanto maior o intervalo entre a coleta e a análise, menor a chance de detecção de cristais de pirofosfato de cálcio, frequente diagnóstico diferencial e possível ocorrência concomitante. Os cristais de UMS são mais estáveis, permanecendo visíveis mesmo após armazenamento. Pelo aspecto característico dos cristais de UMS, em forma de agulha e longos, é possível a identificação dos mesmos à microscopia simples com razoável segurança. À microscopia com luz polarizada, os cristais de UMS apresentam birrefringência forte, sendo facilmente identificáveis pelo intenso brilho branco sobre o fundo negro. Ao se adicionar o compensador, verifica-se que a birrefringência é negativa, caracterizada convencionalmente como coloração amarela quando os cristais estão paralelos ao eixo do compensador e azul quando perpendiculares (Figura 1).

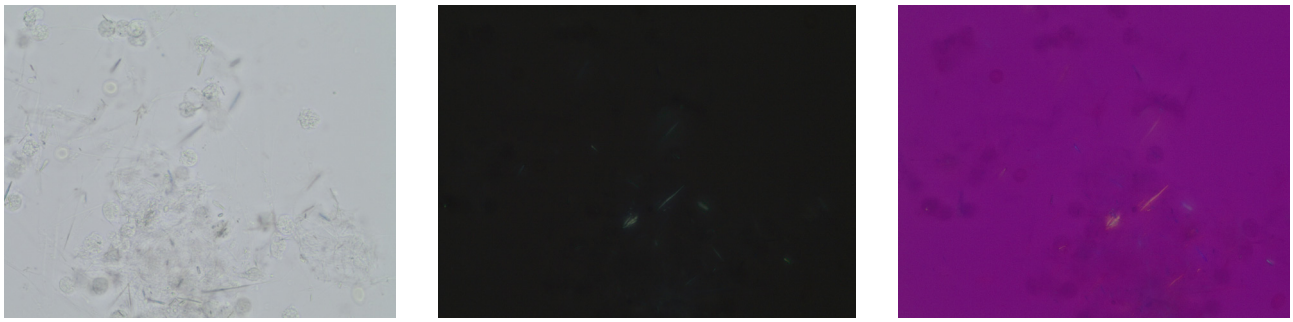


Figura 1. Cristais de urato monossódico vistos à 1) microscopia simples; 2) microscopia com luz polarizada; 3) microscopia com luz polarizada compensada.

O achado de cristais de UMS intracelulares confirma a vigência de reação inflamatória local aos mesmos, caracterizando de forma definitiva a ocorrência de uma crise de gota. Em períodos intercríticos, ainda podem ser encontrados cristais de UMS livres no LS, não-fagocitados.

Quando a pesquisa dos cristais é realizada em material tofáceo, o aspecto é ainda mais característico, com grande quantidade de cristais (Figura 2).

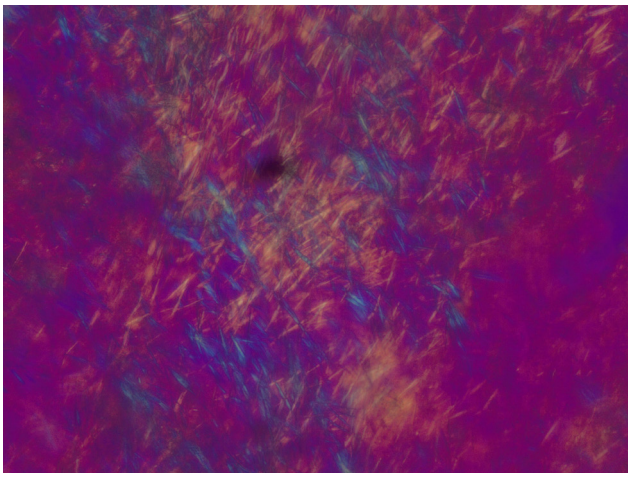


Figura 2. *Microscopia com luz polarizada compensada de material tofáceo.*

URICEMIA

A identificação de hiperuricemia não é suficiente para o diagnóstico de gota, mas quanto mais alto o nível sérico de AU, maior a chance de um indivíduo desenvolver a doença.1,2

Em pacientes com gota, o alvo da terapia uricorredutora é manter a uricemia < 6 mg/dL, devendo ser considerado alvo < 5 mg/dL para aqueles que apresentam tofos ou continuam a apresentar crises de gota mesmo após atingirem uricemia < 6 mg/dL.3 Durante ajuste da terapia uricorredutora, a uricemia deve ser checada a cada 2 a 5 semanas; após o alcance da uricemia alvo, o monitoramento deve ser feito pelo menos a cada 6 meses.3

É importante lembrar que durante uma crise de gota a uricemia pode estar momentaneamente normal ou baixa. Assim, a dosagem deve ser repetida ≥2 semanas após a completa resolução da crise para representar a real uricemia e guiar o ajuste do tratamento.

Durante a crise, também é comum encontramos leucocitose neutrofílica e elevação de marcadores inflamatórios, como a proteína C reativa e a VHS.

URICOSÚRIA

A uricosúria de 24 horas permite a caracterização da hipoexcreção renal de AU, presente em cerca de 90% dos pacientes com gota. A hipoexcreção pode ser absoluta ou relativa. É comum o paciente com gota e uricemia bastante elevada apresentar níveis de uricosúria dentro da faixa de normalidade, mas deve-se manter em mente que para aquela uricemia, a uricosúria esperada deveria ser maior.

Pacientes com uricosúria > 700-800mg/24 horas não devem fazer uso de uricosúricos pelo risco litíase por AU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. Lancet 2016.
2. Campion EW, Glynn RJ, DeLabry LO. Asymptomatic hyperuricemia. Risks and consequences in the Normative Aging Study. Am J Med 1987;82:421-6.
3. Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. Arthritis Care Res (Hoboken) 2012;64:1431-46.

Imaginando

Investigação por Imagem de Tumores Ósseos

PROFA. ELISE TONOMURA
Professora adjunta de Radiologia da UFRJ.

INTRODUÇÃO

Na vida prática de um reumatologista, os tumores ósseos podem surgir como uma lesão benigna encontrada por acaso numa radiografia ou como uma lesão simulando doença reumatológica. Neste trabalho abordaremos apenas os princípios básicos de semiologia radiológica óssea que podem auxiliar o clínico a definir condutas. Há de se considerar que a radiografia simples é essencial para a primeira abordagem, podendo ser suficiente para o diagnóstico e que tanto a tomografia computadorizada como a ressonância magnética necessitam de informações fornecidas pela radiografia. Nem toda lesão necessita de biópsia1, porém na suspeita de tumor ósseo, é vital a escolha adequada do local da punção para evitar disseminação de células malignas. Boas intenções para acelerar o diagnóstico, mas com biópsias mal planejadas, podem transformar cirurgias de conservação do membro em amputações 2.

AVALIAÇÃO POR IMAGEM DE TUMORES ÓSSEOS

O tumor ósseo mais comum é o metas-

Figuras 1 e 2

tático; portanto, ao se deparar com uma possível lesão tumoral é vital determinar se existem outras e se apresentam distribuição de medula óssea (calota craniana, coluna vertebral, bacia e raízes de membros) 3. Na avaliação radiográfica define-se, inicialmente, se a lesão é lítica (radiotransparente) ou blástica (radiopaca), sendo que a lesão lítica pode ser composta de líquido, gordura, tecido fibroso ou tecido cartilaginoso enquanto a blástica é composta de tecido osteoide. Metástases blásticas no homem sugerem tumor de próstata (fig. 1d), enquanto na mulher sugerem câncer de mama4. O mieloma múltiplo característico apresenta múltiplas pequenas lesões líticas circunscritas com distribuição semelhante, porém podem se manifestar inicialmente apenas com osteoporose e fraturas vertebrais (fig.1b). As metástases na coluna vertebral comumente acometem os pedículos e múltiplas vértebras 3-5-6. A destruição do disco intervertebral de duas vértebras contíguas afetadas deve sugerir processo infeccioso, em geral tuberculose com evolução de longa duração (fig. 1c). O hemangioma e a doença de Paget são lesões comuns que simulam tumores, especialmente quando vistas à ressonância magnética, porém na radiografia convencional e tomografia computadorizada, o

Figura 3

aspecto estriado vertical do hemangioma (fig. 1a) e o aumento de volume da vértebra e aumento de densidade em moldura(fig. 1f) são característicos 3-5-6.

Tumores ósseos primários são raros, no entanto, o defeito fibroso cortical (fig. 2 a) , o osteoma osteoide (fig. 2c) , o encondroma (fig. 2 d) e osteocondromas (fig. 2e) têm aspecto radiológico típico, raramente necessitando de outros exames diagnósticos, sendo de caráter benigno. Na análise da lesão, a presença de aspectos típicos de linhagem tecidual, como calcificação condral (fig.4ª) , matriz osteoide e densidade em vidro fosco (fig. 4b) de tecido fibroso podem ser úteis 5-6.

Caracterizar a agressividade da lesão é fundamental para determinar a necessidade de biópsia, sendo importante avaliar se os limites da lesão são precisos ou não, se remodelam ou se rompem a cortical óssea. Radiologicamente, as lesões pouco agressivas costumam ter limites bem definidos enquanto que lesões agressivas possuem limites imprecisos ou estão entremeadas com o tecido ósseo normal (lesões permeativas). A presença de borda ou halo esclerótico (fig. 2 a, 2b e 3 a) numa lesão lítica

Figura 4

demonstra baixa agressividade da lesão, como no defeito fibroso cortical. No entanto, um limite bem definido não assegura baixa agressividade, como no tumor de células gigantes (fig. 3c). A presença de reação periosteal em "casca de cebola"(fig. 3g) , espiculada (fig. 3h e 5 a) e formação do triângulo de Codman (fig. 3i e 3j) é indicativa de invasão de partes moles. Convém reconhecer a reação periosteal contínua de um calo ósseo em fratura de stress, de insuficiência venosa crônica (fig. 3f) e de osteoartropatia hipertrófica primária (paquidermoperiostose). Já a reação periosteal de vários ossos de extremidades pode ser a manifestação da osteoartropatia pulmonar hipertrófica associada a tumor de pulmão, motivo pelo qual a faixa etária e a história de fumo devem ser considerados. Deve ser ressaltado que a osteomielite possui poder de destruição ósseo grande o suficiente para simular um tumor permeativo (fig 3e) como o neuroblastoma e fazer reação periosteal simulando tumor de Ewing (fig 3i). Outro indício que indica maior probabilidade de infecção é quando a lesão óssea ultrapassa as placas de crescimento cartilaginosas, achado comum na tuberculose (fig. 4d). A periostite e faixas hipertransparentes metafisárias podem ser manifestações radiológicas de leucoses em crianças 3-5-6-7.

A localização pode sugerir algumas lesões, tais como as localizadas na junção esternocondral e ramo ísquio-pubiano contendo calcificações condrais são suspeitas de condrossarcomas; no esterno, considerar mieloma ou metástase; no arco costal considerar displasia fibrosa, plasmocitoma e nas com rotura cortical, metástase9; na porção distal do punho, porção distal do fêmur e proximal da tíbia, tumor de células gigantes (TCG) (fig. 3c) ; nas falanges, considerar encondromas (fig. 2d) e dactilite tuberculosa. A característica insuflante pode corresponder a metástase de tumor renal e de tireoide (fig. 4e) , tumor marrom e cisto ósseo aneurismático (fig. 5 a) , este último restrito à faixa etária jovem. A presença de nível líquido-líquido no interior da lesão vista à TC ou RM (fig. 5f) podem auxiliar no diagnóstico3-10.

A existência de lesão de partes moles adjacentes à uma lesão óssea traz dificuldades diagnósticas sobre a origem da lesão. A imagem em "saca-bocado" da gota adjacente às articulações sugere gota, enquanto que no fêmur ou no úmero sugere metástase de tumor de pulmão5-11 (Fig. 3 d).

A mudança de padrão de uma lesão benigna conhecida é sempre suspeita de malignização como o surgimento de dor e expansão de um encondroma (fig. 3j) ou osteocondroma, assim como um histórico de radioterapia prévia pode favorecer o surgimento de osteossarco-

Figura 5

ma.

Fraturas patológicas em jovens costumam ser decorrentes de fraturas de cistos simples (fig. 2b) enquanto que de faixas etárias mais avançadas são suspeitas de lesão metastática pulmonar, renal e de tireoide5-6 (fig. 4e).

Ao se considerar uma biópsia óssea, é vital realizá-la após estudo por imagem para decidir a melhor via de acesso. Boas intenções para agilizar o diagnóstico podem ser potencialmente desastrosas se as punções não forem realizadas dentro do campo de abordagem cirúrgica, pois pode haver disseminação de células malignas2. Cirurgias que poderiam ser de preservação do membro se tornam amputações apenas por ignorância, assim como biopsiar calo ósseo pode se transformar no diagnóstico de osteossarcoma.

Na avaliação por imagem de lesão óssea, a radiografia simples é mandatória, pois pode ser diagnóstica e suficiente. Uma lesão tipicamente benigna ou tipicamente maligna é facilmente diagnosticada. Contudo, quando comparada com a cintilografia, a radiografia pode ser pouco sensível, já que uma lesão lítica necessita destruir de 30% a 50% do trabeculado ósseo para se tornar visível. Na presença de dor osteoarticular com exame radiográfico normal ou mesmo com uma lesão conhecida, é necessário prosseguir a investigação com outro método de imagem11. Por vezes, a fratura só será visível com a tomografia computadorizada ou ressonância magnética (fig. 4f).

A cintilografia óssea é um método de rastreio sensível, porém inespecífica, estando alterada em qualquer aumento de atividade osteoblástica e de fluxo vascular. A tomografia computadorizada (TC) embora mais sensível que a ressonância magnética (RM) para detectar calcificações e demonstrar rotura cortical óssea, é inferior na capacidade de demonstrar a invasão de partes moles e envolvimento da medular óssea (fig 5b e 5e).

A TC e RM têm como vantagem sobre a radiografia simples o estudo multiplanar, reconstruções tridimensionais e melhor caracterização tecidual. A utilização do meio de contraste permite demonstrar se uma lesão óssea possui componente sólido, se tem necrose e se possui vascularização aumentada (fig. 5c e 5f). Algumas lesões hipervascularizadas se beneficiam de embolização endovascular antes da cirurgia, reduzindo o tamanho do tumor e menor risco de sangramento durante a cirurgia12.
São contra-indicações para o uso venoso do meio de contrate iodado na TC, os pacientes que já apresentaram reação alérgica ao contraste. Os pacientes com asma brônquica possuem risco 5 vezes maior que o da população em geral para reação adversa e pacientes dia-

béticos, com insuficiência renal ou cardíaca devem realizar o contraste venoso somente após avaliação da função renal. Na RM, o meio de contraste é o gadolíneo, e a reação adversa ocorre com menos frequência que na TC, porém é descrita uma reação adversa tardia nos pacientes com insuficiência renal13.

Pacientes com componentes metálicos próximos à área a ser estudada não devem realizar nem TC nem RM, visto que o artefato irá inutilizar a imagem, não sendo diagnóstico. Pacientes com marca-passo, próteses valvares metálicas, implantes cocleares e clipes de aneurisma antigos não devem entrar na sala de RM devido ao forte campo magnético que pode interferir com o funcionamento ou mudar o posicionamento dos seus componentes13.

CONCLUSÃO

A radiografia simples deve ser realizada sempre que houver suspeita de lesão óssea. Na existência de dor óssea com exame radiológico normal, prosseguir a investigação com TC ou RM. Identificada uma lesão óssea potencialmente maligna, definir se há outras lesões no esqueleto com cintilografia e correlacioná-las com a radiografia, TC ou RM conforme o caso. Não biopsiar sem analisar por TC ou RM o melhor sítio para não prejudicar possível cirurgia. Fornecer dados de história, exame físico e exames anteriores para o radiologista e patologista para melhor correlação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Vanel D, Ruggieri P, Ferrari S, Picci P, Gambarotti M, Staals E, Alberghini M. The incidental skeletal lesion: ignore or explore? Cancer Imaging 2009; 9 (special issue A): S38-S43.

2) Liu P; Valadez SD, Chivers S, Roberts CC, Beauchamp CP. Anatomically Based Guidelines for Core Biopsy of Bone Tumors: Implications for Limb-sparing Surgery. Radiographics 2007; 27:189-206.

3) Rodallec MH, Feydy A, Larousserie F, Anract P, Campagna R, Babinet A, Zins M, Drapé JL. Diagnostic Imaging of Solitary Tumors of the Spine: What to Do and Say. Radiographics 2008; 28:1019-1041

4) Piccioli A, Maccauro G, Spinelli MS, Biagini R, Rossi B. Bone metástases of unknown origin: epidemiology and principles of management. J. Orthopaed. Traumatol 2015, 16:81-86.

5) Resnick D, Kransdorf M. Bone and Joint Imaging. Elsevier Inc. Philadelphia: 2005 – 3rd edition.

6) Helms CA. Fundamentos de Radiologia Músculoesquelética. Elsevier Editora Ltda. Rio de Janeiro 2015 – 4ª edição.

7) Mintz ND, Hwang S. Bone Tumor Imaging: Then and Now. HSSJ 2014, 10:230-239.

8) Grünberg K, Rehnits C, Weber MA. Benign and Malignant Bone Tumors: Radiological Diagnosis and Imaging Features. Magnetom Flash 5/2013. www.siemens.com/magnetom--world.

9) Nam SJ, Kim S, Lim BJ, Yoon C-S, Kim TH, Suh J_S, Ha DH, Kwon JW, Yoon YC, Chung HW, Sung MS, Choi YS, Cha JG. Imaging of Primary Chest Wall Tumors with Radiologic-Pathologic Correlation. Radiographics 2011; 31:749-770.

10) Nascimento D, Suchard G, Hatem M, Abreu A. The role of magnetic resonance imaging in the evaluation of bone tumours and tumour-like lesions. Insights Imaging 2014, 5:419-440.

11) Oliveira MCR, Tonomura ET, Souza LC, Carvalho GS, Mello FCQ, Paschoal MEM. Recent advances in the Diagnosis of Bone Metastasis from Lung Cancer. Avid Science 2017. www.avidscience.com/wp-content/uploads/... RALC-16-03-1.pdf

12) Kickuth R, Waldherr C, Hoppe H, Bonel HM, Ludwig K, Beck M, Triller J. Interventional Management of Hypervascular Osseous Metastasis: Role of Embolotheraphy Before Orthopedic Tumor Resection and Bone Stabilization. AJR 2008; 191: W240-W247.

13) Tsai LL, Grant AK, Mortele KJ, Kung JW, Smith MP. A Practical Guide to MR Imaging Safety: What Radiologists need to Know. Radiografphics 2015; 35:1722-1737.

Interconsulta

Falência Ovariana Precoce

DANIELA DA MAIA FERNANDES
Chefe do Serviço de Endocrinologia da Policlínica Militar de Niterói
Membro da Equipe de Assessoria Médica do Grupo Fleury
(Regional Rio de Janeiro)

INTRODUÇÃO

A falência ovariana precoce (FOP) é definida como falência gonadal antes dos 40 anos de idade. A incidência é de aproximadamente 1 em 250 mulheres com idade de 35 anos e de 1 em 100 com idade de 40 anos. É idiopática em 74% a 90% das pacientes.

PATOGENIA

Na primária, ocorrem aberrações genéticas envolvendo o cromossomo X (monossomia, trissomia, translocações e deleções) ou os autossomos. Os danos nos ovários por autoimunidade, também como causa primária de FOP, são provocados por lesão mediada por células T, aumento da produção de autoanticorpos de células B e um menor número de linfócitos efetores/citotóxicos. A FOP secundária seria por infecções, ooforectomia bilateral, quimioterapia e radioterapia.

Sob a visão folicular, a FOP pode ocorrer por dois mecanismos principais: disfunção e depleção do folículo. A disfunção do folículo indica que, apesar de permanecerem nos ovários, um processo patológico impede sua for-

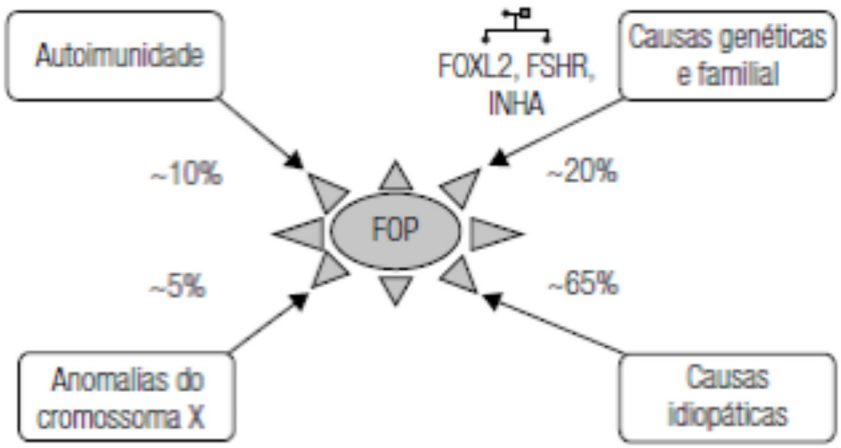


Figura1. Causas de FOP (2). FOXL2: Forkhead Box L2; FSHR: receptor do FSH; INHA: gene que codifica a subunidade alfa de inibinas A.

Tabela 1

Mecanismo e Causa	Comentários
DISFUNÇÃO DO FOLÍCULO OVARIANO	
Defeito de sinalização	
Mutações do receptor FHS	Presença de folículos ovarianos confirmados por biopsia; doença rara fora da Finlândia.
Mutação no receptor do hormônio luteinizante	Folículos ovarianos presentes no exame de ultrassom; doença rara.
Mutação da proteína G	Amenorreia secundária, níveis elevados de gonadotrofinas e hipoestrogenemia que respondem à terapia de gonadotrofina; desenvolvida em paciente com pseudo-hipoparatireoidismo; doença rara.
Deficiência enzimática	
Deficiência isolada de 17,20-liase	Folículos ovarianos presentes na biópsia, aumento do ovário moderado devido ao bloqueio da síntese de estradiol; doença rara.
Deficiência de aromatase	Ovários aumentados ou hiperestimulação devido à incapacidade do ovário para aromatizar, androstenediona em estradiol; doença rara.
Autoimunidade	
Ooforite linfocítica autoimune	Folículos antrais com infiltração linfocítica em teca, folículos primordiais poupados, ovários multifoliculares; responsável por 4% dos casos de insuficiência ovariana primária 46,XX associada a evidências de autoimunidade adrenal.
Número insuficiente de folículo	
Folículos de Graaf luteinizados	Folículos antrais visualizados por ultrassonografia, em 40% das pacientes com púrpura e insuficiência ovariana primária espontânea 46XX, à base dos resultados histológicos; 60% dos folículos antrais fotografados nessa paciente eram luteinizados (importante mecanismo de disfunção folicular nessas mulheres)

mação normal (Tabelas 1 e 2).

A depleção indica que não há folículos primordiais no ovário. Essa condição pode ser devido a uma falha de um conjunto inicial de folículos primordiais, um dispêndio acelerado dos folículos, ou a destruição autoimune ou tóxica destes

Tabela 2

Mecanismo e Causa	Comentários
DEPLEÇÃO DO FOLÍCULO OVARIANO	
Número de folículo inicial insuficiente	
Blefarofimose, ptose, síndrome do epicanto inversus	Mutação em FOXL2 é um mecanismo de insuficiência ovariana primária familiar; doença rara.
Perda espontânea acelerada do folículo	
Síndrome de Turner	Apesar de um complemento normal de folículos primordiais ser estabelecido no ovário durante o desenvolvimento fetal, a perda do folículo por meio de apoptose é acelerada; logo o estoque de folículos primordiais está normalmente esgotado antes da puberdade; em oócitos, os dois cromossomos X devem estar presentes e permanecerem ativos para evitar atresia folicular acelerada; os genes individuais responsáveis pela síndrome nos ovários não foram identificados
Perda do folículo induzido por toxina ambiental	
Exposição industrial de 2-bromopropano	Exposição a um solvente de limpeza associada à insuficiência ovariana primária (observado em 16 mulheres coreanas).

ETIOLOGIA

A. Anormalidades cromossômicas X

Os dois cromossomos X ativos e intactos são necessários para impedir a atresia folicular acelerada durante a vida pré-natal tardia (após a vigésima semana de gestação).

Cerca de 5% dos casos de FOP são decorrentes de anormalidades no cromossomo X e envolvem deleções, translocações e alterações numéricas (Tabela 3). A síndrome de Turner é causada por um cariótipo 45 XO onde um pool normal de folículos é rapidamente perdido antes da puberdade. Nos mosaicismos 45, XO, 45, XO/46, XX, 45, XO/47, XXX, as células germinativas migram para a prega gonadal, mas os oócitos primários sofrem atresia acelerada, provavelmente devido à perda da dosagem diploide de um ou mais genes vitais para o desenvolvimento gonodal (13). Os segmentos cromossômicos FOP 1 (Xq21.3-q27) e FOP 2 (Xq13.3-q21.1) são importantes para definir a função ovariana.

Pré-mutações FMR1

A síndrome do X frágil é uma das formas de X-linked mais comuns de retardo mental em todo o mundo. A literatura demonstra uma associação entre FOP e pré-mutações para a síndrome do X frágil (gene FMR, localizado no segmento cromossômico FOP1). As mulheres com a pré-mutação têm risco dez vezes maior de desenvolver FOP. A prevalência de pré-mutação no gene FMR1 é de aproximadamente 14% e, em casos esporádicos, de cerca de 2% (17,18). O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda que as mulheres com FOP ou um nível elevado de FSH antes da idade de 40 anos, sem causa conhecida, façam rastreamento para premutações FMR1(19).

B. Causas Autossômicas

Mutações do receptor FSH: o receptor do FSH foi encontrado como um mutante em algumas famílias finlandesas (C566T), levando a FOP. A síndrome de resistência ovariana (ou de Savage) é decorrente de alteração em nível de

Tabela 3. Causas Mais Comuns de FOP em Mulheres

Atresia folicular acelerada
Defeitos genéticos Síndrome de Turner Pré-mutações X frágil Deleções e translocações Galactosemia
Toxinas ovarianas Fármacos quimioterapêuticos (especialmente agentes alquilantes) Caxumba ou infecção por citomegalovírus Radiação
Lesão autoimune Isolada ou parte de síndromes poliglandulares autoimunes
Estimulação folicular anormal
Moduladores intraováricos BMP15, polimorfismos da subunidade alfa-inibina
Defeitos enzimáticos esteroidogênicos Deficiência da CPY17 Mutação da *StAR*
Receptores de gonadotrofinas Mutações no receptor de FSH Mutações no gene da subunidade alfa da proteína Gs

receptor ou pós-receptor das gonadotrofinas. A mutação do receptor de LH pode se manifestar com amenorreia primária ou secundária, sendo que as pacientes descritas atingiram os estádios puberais IV ou V de Tanner (2,9,13).

Galactosemia: é uma doença autossômica recessiva rara causada pela deficiência da enzima galactose-1- -fosfato uridil-transferase (GALT), com consequente acúmulo de galactose. Cerca de 80% das mulheres afetadas desenvolvem FOP, sendo a maioria logo após a puberdade (2).

Mutações no gene BMP15, FOXL2 e NR5A1: os pesquisadores estudam um gene candidato da FOP que pode ser identificado devido a seu papel na função ovariana e/ou desenvolvimento folicular.

C. Agente infecioso

Caxumba, infecção por Shigella sp, malaria e varicela têm sido implicadas como causas raras de FOP.

D. Autoimunidade

Corresponde a cerca de 20% dos casos de FOP. Ooforite linfocitica, imunoglobulinas bloqueadoras do receptor das gonadotrofinas e anticorpos antigonadotrofinas (2,13). A FOP está associada a doença de Addison (DA) em 2% a 10% dos casos, caracterizando as síndromes poliglandulares autoimunes (SPAs).

A FOP está presente em 17% a 50% dos casos de síndrome poliglandular autoimune (SPA) tipo 1 e em 4% a 7% dos casos de SPA tipo 2. A autoimunidade tireoidiana é a alteração autoimune mais prevalente (14% a 27%) associada a FOP, seguida pela presenca de anticorpos anticelulas parietais (4%), diabetes melito tipo 1 (2%) e miastenia grave ou positividade para anticorpos antirreceptores de acetilcolina (2%) (13).

E. Quimioterapia, irradiação e toxinas ambientais

Inicialmente a quimioterapia destrói as celulas da granulosa e da teca em proliferação. Posteriormente, os agentes alquilantes promovem alteração do DNA das celulas dos foliculos primordiais nao proliferativos (Tabela 4) (15).

A FOP induzida por radiação é depen-

dente da idade da paciente e da dose recebida. Uma dose de radiação ovariana maior ou igual a 600 cGy produz FOP em virtualmente todas as pacientes com mais de 40 anos, mas há diferenças significantes na sensibilidade entre os indivíduos. Com relação às toxinas ambientais, sabe-se que mulheres fumantes apresentam menopausa mais precocemente que as não fumantes.

DIAGNÓSTICO

Não há sinais ou sintomas óbvios que antecedem a cessação dos períodos menstruais. A maioria tem idade da menarca, historia menstrual e, possivelmente, fertilidade normal antes do aparecimento dos sintomas da FOP. Na maioria dos casos, a doença desenvolve-se após a puberdade normal e menstruações regulares estabelecidas, embora amenorreia primaria possa estar presente em cerca de 10% dos casos.

Mais comumente, existe um pródromo de oligomenorreia, polimenorreia, ou sangramento uterino disfuncional. Apesar de a lista de potenciais causas de amenorreia secundaria ser longa, a maioria dos casos é explicada por quatro condições: síndrome dos ovários policísticos (SOP), amenorreia hipotalâmica, hiperprolactinemia e FOP. Aproximadamente 50% das mulheres com FOP tem função ovariana intermitente, com menstruações imprevisíveis e não de amenorreia completa.

Uma definição mais prática seria de quatro meses ou mais de menstruação "desordenadas" em associação com os níveis de FSH da menopausa (1).

Nas mulheres com FOP, os níveis de Hormonio antimulleriano (HAM) estão reduzidos e, na amenorreia associada à hiperprolactinemia ou hipogonadismo hipogonadotróficos, níveis de HAM estão normais (22).

A. Anamnese

Uma vez que a gravidez tenha sido descartada, os médicos que avaliam mulheres com amenorreia secundária devem abordar várias questões como:

Há algum declínio na saúde geral, como diabetes melito não controlado, doença celíaca e doenças autoimunes (incluindo hipotireoidismo, insuficiência adrenal e hipoparatireoidismo), que pode relacionar a uma síndrome poliglandular autoimune, síndrome de Sjögren, miastenia grave, artrite reumatoide, ou lúpus eritematoso sistêmico? (1).

Há excesso de exercício, ingestão calórica inadequada ou estresse emocional?

Há histórico de radioterapia ou quimioterapia prévia?

Há galactorreia ou sinais de excesso de andrógenos?

Os sintomas da deficiência de estrogênio se desenvolvem em muitas pacientes, como sintomas vasomotores, distúrbios do sono e dispareunia.

No entanto, nem todas têm deficiência de estrógeno e um exame vaginal muitas vezes mostra níveis normais de estrogênio. Uma história familiar da síndrome do X frágil, deficiência mental, demência, tremores ou ataxia ou sintomas semelhantes aos associados à doença de Parkinson pode apontar para uma pré-mutação no gene X frágil (FMR1) (23).

B. Exame Físico

O exame físico pode revelar indícios de um distúrbio associado, tais como: Características da síndrome de Turner: baixa estatura, implantação baixa de cabelo, palato em ogiva,peito em escudo com mamilos amplamente espaçados,pescoço alado, quarto e quinto metacarpos curtos.

Ptose palpebral: tem sido associado com uma forma familiar rara de FOP (14).

Bócio: consistente com tiroidite de Hashimoto ou doença de Graves.

Hiperpigmentação ou vitiligo (associada com insuficiencia adrenal autoimune): neste caso, a hipotensão ortostatica tambem pode estar presente (1).

Sinais de vaginite atrófica: embora o exame vaginal normal, incluindo o muco cervical normal e índice de maturação vaginal, tambem possa ser visto,se tiver havido funcao ovariana recente (7).

Alargamento do ovário: em função da ooforite linfocítica ou do defeito enzimático esteroidogenico (24).

C. Exames Laboratoriais

Teste de gravidez
Hormônios tireoidianos e anticorpos antitireoidianos
Progesterona
Prolactina.
Inibina B
FSH
Estradiol

Anticorpos antiovários: são encontrados em ate 67% das pacientes com FOP isolada, em 75% daquelas com FOP associada a outras doencas autoimunes e em 78%com cirurgia pelvica (9). Pode ser um epifenomeno secundário a liberação de antigenos após o dano celular.

Anticorpos antizona pelúcida: interferem com a interação espermatozoide-oocito e com o desenvolvimento folicular. Presentes em 5,6% das mulheres com infertilidade, 9% daquelas com FOP e em 50% das pacientes menopausadas.

Anticorpos anticélulas produtoras de esteroides: Presentes em 87% das mulheres com FOP associada a doenca de Addison (DA), mas raramente encontrados (2% a 7%) na ausencia de DA. Uma vez que 40% das pacientes com DA e funcao ovariana normal, positivas para ACPE, desenvolvem falencia gonodal apos um periodo de 10 a 15 anos da deteccao desses anticorpos, eles sao considerados marcadores de FOP (9).

Anticorpos suprarrenais: sao positivos (4%), com o uso de imunofluorescência indireta (23).

Hormônio antimulleriano (HAM): é uma glicoproteina produzida pelas celulas granulosas de foliculos ovarianos primarios, pre-antrais e pequenos foliculos antrais. Pode ser aplicavel na individualizacao do risco de injuria gonadal iatrogenica em mulheres portadoras de neoplasia que serao submetidas a quimioterapia e na predição da idade de menopausa e do prognóstico reprodutivo da mulher, fornecendo bases sólidas ao aconselhamento conceptivo e contraceptivo (22).

Genética

Cariótipo, cromossomas e genes O risco de ter um cariótipo anormal é tanto maior quanto menor a idade de instalação da FOP. Um cariótipo deve ser realizado como parte da avaliação de base para todos os doentes com FOP, com ou sem os estigmas da síndrome de Turner.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Ultrassonografia pélvica: identifica casos envolvendo ovários aumentados com múltiplos folículos que podem ser submetidos à torção, como na deficiência isolada de 17,20-liase. Na ooforite autoimune pode apresentar aspecto normal apesar da FOP (Figura 3) (33).

Densidade mineral óssea: a avaliação da densidade mineral óssea com a DXA deve ser feita, pois a FOP ocorre antes do período natural da menopausa. Mulheres jovens poderão ter sua massa óssea comprometida (35).

TRATAMENTO

Terapia hormonal (TH): A reposição hormonal para mulheres jovens com FOP deve imitar a função ovariana normal, tanto quanto possível. Muitas mulheres com FOP se beneficiariam do alívio sintomático por meio da utilização de esteroides exógenos, para compensar a perda do estradiol (E2) e, possivelmente, progesterona e androgênios.

1. Nelson LM. Primary ovarian insufficiency. N Engl J Med. 2009; 360 (6): 606 - 14.
2. Shelling AN. Premature ovarian failure. Reproduction. 2010; 140 (5): 633 - 41.
3. Picton HM, Harris SE, Muruvoi W, Chambers EL. The in vitro growth and maturation of follicles. Reproduction. 2008; 136: 703 - 15.
4. Falência ovariana precoce. Ruth Clapauch (org.). In: Pardini DP. Endocrinologia feminina e andrologia: manual prático para endocrinologistas, ginecologistas, urologista e médicos com interesse na área. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2012. p. 361 -74. 14.
5. Crisponi L, Deiana M, Loi A, Chiappe F, Uda M, Amati P, et al. The putative forkhead transcription factor FOXL2 is mutated in blepharophimosis/ptosis/epicanthus inversus syndrome. Nat Genet. 2001; 27: 159 - 66.
6. Pardini DP, Siva RC, Clapauch R (org). Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Falência ovariana precoce, 2006.
7. Rebar RW, Connolly HV. Clinical features of young women with hypergonadotropic amenorrhea. Fertil Steril. 1990; 53: 804 - 10.
8. Wittenberger MD, Hagerman RJ, Sherman SL, McConkieRosell A, Welt CK, Rebar RW, et al. The FMR1 premutation and reproduction. Fertil Steril. 2007; 87: 456 - 65. 18.
9. Sherman SL. Premature ovarian failure in the fragile X syndrome. Am J Med Genet. 2000; 97: 189 - 94.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Genetics. ACOG committee opinion. No. 338: Screening for fragile X syndrome. Obstet Gynecol. 2006; 107: 1483 - 5.

Integralizar

Modalidades de remuneração dos serviços de saúde e os pré-requisitos de infraestrutura, características de processos e desfechos associados à implementação.

DENIZAR VIANNA ARAUJO
Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO

Background: A forma de remuneração mais utilizada no sistema de saúde suplementar brasileiro é o modelo fee-for-service, no qual estão inseridas formas de pagamento usualmente designadas por remuneração por unidade de serviço ou conta aberta, e remuneração por pacotes de procedimentos e diárias hospitalares. Juntos, estes mecanismos respondem por cerca de 90% das formas de pagamento praticadas pelo mercado de operadoras de planos de saúde no Brasil.

Objetivo: Descrever modelos alternativos de remuneração dos serviços de saúde e os pré-requisitos de infraestrutura, características de processos e resultados associados à implementação.

Método: Revisão narrativa da literatura em bases de dados indexadas e literatura cinzenta sobre modelos alternativos de remuneração dos serviços de saúde. Utilizar o método de Donabedian para identificar os pré-requisitos de infraestrutura, características de processos e resultados associados a implementação.

Resultado: Remuneração por procedimento (fee for service), assalariamento, remuneração por pacotes e pagamento por resultado (pay for performance) são os tipos básicos de modelos de remuneração dos serviços de saúde.

Conclusão: Há modelos alternativos de remuneração que incentivam a qualidade do cuidado, que estão alinhados com desfechos relevantes para os pacientes e orientados para eficiência do sistema, ao contrário do modelo clássico fee for service, que privilegia o volume, sem alinhamento com indicadores de qualidade do cuidado.

MODELOS DE REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A literatura sobre o tema das formas de pagamento de prestadores de serviços de saúde apresenta distintos modelos de remuneração. Muitos estudos internacionais apontam que as atuais reformas em andamento nos sistemas de saúde no mundo têm a pretensão de substituir ou reduzir a amplitude do modelo vigente do Fee-for-Service (FFS) por modelos alternativos de pagamento. No âmbito das reformas em curso, as principais experiências referem-se aos Bundled Payments for Care Improvement, ao Capitation, aos Pagamentos Globais e às Accountable Care Organizations (ACO), estas últimas podendo ser agrupadas dentro do modelo de Bundled Payment numa perspectiva do que alguns autores têm denominado Population-Based Payment, ou seja, de

base populacional. Apesar do modelo do Diagnoses Related Groups (DRG) ser usualmente citado nos estudos das formas de pagamento, em origem e essência, o DRG é um método de classificação do perfil nosológico de pacientes hospitalares segundo critérios de risco. Na presente descrição, o DRG foi incluído como modalidade de pagamento, tendo-se o entendimento que o método evoluiu para uma forma de remuneração de procedimentos hospitalares para condições agudas e é relevante para a compreensão dos modelos de pagamento por episódio clínico, estando incluído nas categorizações internacionais sobre o tema.

Destaca-se que todas as abordagens mencionadas foram, em um ou outro contexto, bem-sucedidas e amplamente adotadas em diferentes países. As características de cada método fazem com que sejam aplicáveis a todos os cenários da saúde ou a um âmbito particular como, por exemplo, a capitação na atenção primária e o DRG's no hospital (Ginsburg, 2012)

A forma de remuneração mais antiga e vigente nos sistemas de saúde, incluindo o Brasil, é o modelo do Fee-for-Service, no qual estão inseridas formas de pagamento usualmente designadas por remuneração por unidade de serviço ou conta aberta, e remuneração por pacotes de procedimentos e diárias hospitalares. Embora, o Fee-for-Service guarde semelhanças à Orçamentação Global, as informações referentes aos custos são faturadas de maneira detalhada, por itens de gasto, e as negociações se dão em torno do custo ou do gasto relacionado a cada item. A essência do FFS é o pagamento por produção de procedimentos individuais.

Uma das principais desvantagens deste modelo é o estímulo a sobre utilização de serviços intermediários, principalmente os que proporcionam margens de lucro mais elevadas e que, portanto, afetam negativamente a qualidade da atenção à saúde. Hoje, o fee-for-service é o modelo mais associado na literatura ao aumento desnecessário no custo da assistência médica.

Um outro importante mecanismo de pagamento à prestadores é a modalidade denominada Capitação - full ou partial capitation na literatura internacional. O modelo da capitação baseia-se no estabelecimento de uma remuneração fixa para o cuidado parcial ou integral da saúde de uma população definida em base per capita. Essa modalidade pressupõe o conhecimento dos riscos à saúde associados à cobertura da população definida, bem como a contrapartida em termos de custos (Crespo-Cebada, 2012).

Um outro modelo alternativo de pagamento é a Orçamentação Global ou Transferência Orçamentária, que é uma forma de remuneração prospectiva, na qual o estabelecimento de saúde estima, anualmente, suas necessidades de gastos e apresenta ao ente financiador e, em contrapartida, compromete-se com o cumprimento de metas de desempenho, baseadas em métricas de eficiência e qualidade da prestação de serviço (Neto Vecina, 2011). Uma das principais questões relativas a este modelo é a complexidade de sua implementação, e mensuração de indicadores, quando existem múltiplos pagadores de serviços vinculados àquele estabelecimento.

No contexto internacional, especificamente no mercado de seguros e planos priva-

Quadro 1. Descrição dos tipos básicos e variantes de modelos de remuneração dos serviços de saúde

Tipos básicos de modelos de remuneração dos serviços de saúde	Variantes e sinonímias
Remuneração por procedimento (fee for service)	*Shared Savings Program*
Assalariamento	Remuneração por tempo
Capitação (capitation)	*Partial capitation; full capitation*
Remuneração por pacotes	*Bundled payment; Per diem; Episode case rate; Remuneração por caso [ex.Diagnostic Related Groups (DGR)]*

dos de saúde, têm-se assistido ao surgimento de novos produtos, como o que se convencionou chamar no mercado americano de Value-Based Insurance Products. As principais características destes produtos são: atrelar pagamento à qualidade do cuidado prestado; recompensar os prestadores de serviços pela

De um modo geral, tanto a iniciativa dos Shared Savings Program (SSP) quanto as dos Bundled Payments podem ser agrupados dentro da categoria dos novos modelos de remuneração e compartilhamento de risco, surgidos nas reformas internacionais e que são orientados por valores de qualidade e eficiência.

Embora, deva-se destacar que a utilização dos Shared Savings na reforma americana da saúde - no âmbito do Obamacare - não tenha imposto necessariamente uma mudança do modelo de pagamento dos prestadores de saúde para sua implantação; a estratégia dos SSP em geral foi implementada em contextos de pagamento Fee-for-Service ou em modelos mistos de remuneração, como capitação ou dos próprios Bundled Payments. Em suma, o sistema de compartilhamento de economias (SSP) pode ser considerado um instrumento complementar a outros modelos de pagamento de prestadores, contemplando dois objetivos primordiais: (1) melhora dos cuidados em saúde no nível individual e para o conjunto da população; e (2) diminuição do aumento nos gastos em saúde. Não existem relatos de implementação de modelos mistos desta natureza no Brasil.

Os modelos agrupados dentro do se convencionou denominar Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) podem efetivamente ser denominados "episode-based" porque devem cobrir os custos de todos os serviços prestados durante um episódio/um evento em saúde (Struijs, 2011). Os BPCI exigem que o prestador assuma riscos financeiros pelo custo dos serviços envolvendo uma determinada condição de saúde ou um tratamento, bem como os custos de possíveis complicações que poderiam ter sido evitadas. Pode-se exemplificar tomando a definição de um episódio que poderia começar 3 dias antes de uma cirurgia de artroplastia de joelho e se estenderia por 30 dias após a alta hospitalar do paciente. Também é imprescindível destacar que esta modalidade é denominada "bundled" porque o pagamento dos serviços ou do cuidado em saúde pode ser realizado por diferentes prestadores de serviços e ser "agrupados" em um único pagamento - podendo o mesmo ser prospectivo ou retrospectivo. Assim, esse valor é rateado entre os prestadores conforme o devido (Sood, 2011)

Já os modelos de Population-Based Payments, dos quais a ACO é o principal expoente, nasceram dentro do contexto da reforma do sistema de saúde americano, quando da publicação do Affordable Care Act (Obamacare) em que uma das exigências era a criação das Accountable Care Organizations (ACO), no âmbito do Medicare. Dentro deste novo modelo de organização e funcionamento da rede de prestação de serviço, as ACO's podem ser definidas como grupos de prestadores de serviços, médicos, hospitais e outros provedores, que se juntam voluntariamente, para oferecer cuidados em saúde de alta qualidade de modo coordenado a seus pacientes do Medicare. Esses players definem os mecanismos de governança compartilhada, tanto em termos da prestação dos serviços e do pagamento (Berwick, 2011).

O objetivo principal das ACO's é garantir que os pacientes, principalmente os com doenças crônicas não-transmissíveis, tenham acesso a tratamento adequado e oportuno, evitando assim a duplicação de serviços e prevenindo erros médicos. Quando há êxito na implementação da ACO – alta qualidade e gastos apropriados – há partilha entre os prestadores da economia gerada. Este mecanismo de partilha dos savings refere-se ao já referido Shared Savings Program (SSP) (Rittenhouse, 2009).

Para dar conta da urgente demanda da sociedade por melhores cuidados de saúde, modelos alternativos de remuneração devem ser implementados, de modo a romper com o círculo vicioso

de sucessão de consultas fragmentadas e descontextualizadas da realidade social e de saúde da pessoa idosa.

Dentro do modelo hoje utilizado, não há como se desenvolver estruturas com menor utilização de tecnologias. Isso pode ser facilmente exemplificado quando comparamos leitos de UTI com leitos utilizados para o cuidado paliativo. Não é de se estranhar que hoje na saúde suplementar brasileira existam tantos leitos de alta tecnologia (UTI) e quase nenhum leito de cuidado paliativo.

O mesmo desenho é visto no que toca a formação das especialidades médicas. Não é sem motivos que as vagas mais disputadas para residência médica sejam: anestesia, oftalmologia e alguns tipos de cirurgia. A formação de especialistas em áreas de menos utilização de procedimentos e de tecnologia não é priorizada.

É realidade a frase utilizada pelo IHI-Institute for Healthcare Improvement, para descrever a situação dos sistemas de saúde: "Todo sistema é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que atinge."

Um dos principais modelos alternativos de remuneração citados na literatura internacional como adequado ao cenário de prevalência de doenças crônicas é o sistema híbrido que absorve a modalidade de remuneração fixa como, por exemplo, o capitation, associado à bonificação pela performance.

PRÉ-REQUISITOS E CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO

O método mais utilizado para avaliação de intervenções em sistemas de saúde foi proposto no trabalho clássico de Donabedian (Donabedian, 1980). Este autor propõe os seguintes enfoques para avaliação de serviços de saúde:

•Avaliação de infraestrutura – compreendem as condições de estrutura física, recursos tecnológicos e organizacionais de serviços e intervenções;

•Avaliação de processo – compreendem as atividades realizadas para os pacientes e as relações entre elas e a qualidade dos serviços prestados;

•Avaliação de resultado/impacto – compreende o que é finalizado para os pacientes e seus efeitos na saúde e no funcionamento do sistema de saúde.

AVALIAÇÃO DA INFRAESTRUTURA

A avaliação da infraestrutura refere-se à análise das alterações das condições de infraestrutura física, da incorporação tecnológica e das mudanças organizacionais ocorridas na Unidade de Saúde.

Esta avaliação é direcionada à análise do aumento esperado da capacidade física (número de salas de atendimento, leitos de UTI, etc.), da incorporação das tecnologias (número de equipamentos, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica) e de modernização gerencial (novos procedimentos administrativos e/ou controle de insumos, tais como medicamentos). Estas informações permitem relacionar a estrutura às atividades realizadas.

Avaliação do processo

A avaliação do processo refere-se à análise da quantidade e do tipo de atividade realizada que possibilita observar possíveis modificações no modelo de assistência à saúde.

É realizada, primordialmente, de forma quantitativa e complementada, quando possível, pela análise qualitativa das intervenções executadas.

ANÁLISE QUANTITATIVA DO PROCESSO

A análise quantitativa é realizada

pelo acompanhamento de indicadores de produção e de produtividade das intervenções em saúde. A definição de produção e de produtividade é a seguinte:

•Produção: conjunto de operações definidas por meio das quais certos insumos são transformados em bens (ou produtos) úteis. A produção de bens e serviços pressupõe o trabalho humano e os meios de produção, que incluem o objeto de trabalho (aquilo sobre o que o homem exerce sua atividade) e os instrumentos de trabalho (tudo do que se serve o homem para o exercício de seu trabalho). Os indicadores de produção expressam o volume da produção em números absolutos. Exemplo de indicadores de produção: número de vacinas aplicadas, número de leitos hospitalares, número de cirurgias realizadas, número de sessões de hemodiálise, número de altas da UTI neonatal, número de exames radiológicos e número de consultas realizadas (em um determinado tempo e lugar).

• Produtividade: expressa a utilização dos recursos produzidos para obter a máxima quantidade de bens e serviços em relação ao insumo disponibilizado. Em essência, a produtividade mede o quanto a quantidade produzida está próxima da capacidade ideal ou teoricamente esperada para equipamentos e recursos humanos. A produtividade depende de: fatores ambientais (condições de trabalho, salubridade do meio); fatores humanos (capacidade, qualificação); e fatores tecnológicos (inovações, programas). É expressa em unidades de produção por unidades de insumo. Exemplo: número de consultas médicas/médico/hora (ou dia) e número de exames ultrassonográficos/equipamento.

ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO

Esta etapa da avaliação tem como objetivo avaliar as características específicas do processo para identificar evidências que permitam dizer que as intervenções realizadas estão próximas do conhecimento científico disponível ou de acordo com a norma técnica de sua utilização. De uma maneira simplificada, espera-se avaliar a qualidade técnico-científica, ou seja, a aplicação apropriada do conhecimento científico disponível, bem como da tecnologia no cuidado com o paciente.

Quadro 2. Pré requisitos de infraestruturados modelos de remuneração dos serviços de saúde

Tipo de modelo	TI é condição essencial para implantação	Monitoramento com indicadores	Necessidade de autoria	Necessidade de fortes mecanismos de controle
Por procedimento	Não	Não	Sim	Sim
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
Capitação	Sim	Sim	Não	Não
Por pacotes	Parcialmente	Não	Não	Não
Pagamento por performance	Sim	Sim	Não	Não
*TI: Tecnologia da Informação				

Caracterizam-se como exemplo de indicadores de qualidade (da intervenção ou atividade produzida): proporção de exames alterados (em relação aos

exames solicitados); taxa de abandono de vacinação ou de tratamento (tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, AIDS, etc.); taxa de falso negativo em exames laboratoriais; e taxa de cesáreas. Os investimentos na capacitação gerencial devem determinar modificações no tempo e movimento de atendimento dos pacientes com benefícios reais na assistência de saúde prestada. Estas modificações podem ser avaliadas por indicadores como: tempo de espera para atendimento ambulatorial ou hospitalar, melhor dispensação de medicamentos resultante de um melhor controle de estoque e/ou agilização de processo de compras.

Avaliação do resultado/impacto

A avaliação do resultado/impacto deve retratar as modificações nas condições de saúde dos pacientes sob intervenção.

Os possíveis indicadores de resultado/impacto podem ser: nível de gravidade dos casos sob intervenção, taxa de letalidade específica e tipos de intercorrências clínicas ou cirúrgicas (passível de prevenção por técnica ou conduta padronizada).

Podem-se utilizar os indicadores epidemiológicos clássicos, como incidência, prevalência e coeficiente de mortalidade e morbidade.

Avaliação dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

As modalidades de remuneração têm pré-requisitos de infraestrutura com menor ou maior complexidade para uma implantação bem-sucedida. O quadro 2 apresenta estes pré-requisitos.

Quadro 3. Processos dos de remuneração dos serviços de saúde

Tipo de modelo	Incentivo ao volume	Compartilhamento de risco	Indicadores de processo	Contratualização de metas
Por procedimento	Sim	Não	Não	Não
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
Capitação	Não	Sim	Sim	Sim
Por pacotes	Não	Sim	Não	Sim
Pagamento por performance	Não	Sim	Sim	Sim

Quadro 4. Processos dos modelos de remuneração dos serviços de saúde (continuação)

Tipo de modelo	Remuneração variável[1]	Incentivo ao *moral hazard*[2]	Incentivo a seleção adversa de risco	Cuidade de saúde baseado na melhor evidência
Por procedimento	Não	Sim	Não	Não
Assalariamento	Não	Sim	Sim	Não
Capitação	Sim, no modelo híbrido com bônus	Não	Sim	Sim
Por pacotes	Não	Não	Não	Sim
Pagamento por performance	Sim	Não	Não	Sim

1. Remuneração variável: em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.
2. Moral hazard (Risco moral): comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde

Quadro 5. Processos dos modelos de remuneração dos serviços de saúde (continuação)

Tipo de modelo	Incentivo à produção	Incentivo à produtividade	Risco de subutilização de cuidados necessários
Por procedimento	Sim	Sim	Não
Assalariamento	Não	Não	Possível
Capitação	Não	Não	Sim
Por pacotes	Não	Sim	Não
Pagamento por performance	Não	Sim	Não

Quadro 6. Resultados dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

Tipo de modelo	Incentivo para uso nacional dos recursos	Capaz de avaliar o desempenho dos médicos	Capaz de avaliar resultados da atenção à saúde	Indicadores de qualidade do cuidado
Por procedimento	Não	Não	Não	Não
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
Capitação	Sim	Sim	Sim	Sim
Por pacotes	Sim	Sim	Sim	Sim

Quadro 6. Resultados dos modelos de remuneração dos serviços de saúde (continuação)

Tipo de modelo	Pagmento prospectivo (Pré-pagamento)	Pagamento retrospectivo (pós-pagamento)	Estimula o comportamento preventivo	Forma de pagamento por procedimento individual
Por procedimento	Não	Sim	Não	Sim
Assalariamento	Sim	Não	Não	Não
Capitação	Sim*	Não*	Sim	Não
Por pacotes	Sim	Não	Indiferente	Não
Pagamento por performance	Mix de pré e pós pagamento	Mix de pré e pós pagamento	Indiferente	Não
*Capitação pode adotar mix de pré e pós pagamento				

A análise dos quadros 2-7 possibilita concluir que há modelos alternativos de remuneração que incentivam a qualidade do cuidado, que estão alinhados com desfechos relevantes para os pacientes e orientados para eficiência do sistema, ao contrário do modelo clássico fee for service que privilegia o volume, sem alinhamento com indicadores de qualidade do cuidado.

Agradecimentos: Dra. Martha Oliveira e Dra. Daniele Pinto da Silveira da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pela co-autoria do capítulo intitulado "modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde", do Projeto Idoso Bem Cuidado e ONCOREDE da ANS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berwick, Donald M. 2011. Launching accountable care organizations—the proposed rule for the Medicare Shared Savings Program. New England Journal of Medicine 364, no. 16: e32.

Crespo-Cebada, Eva, and Rosa M Urbanos-Garrido. 2012. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. Health policy 104, no. 2: 193-199.

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I. The definition of quality and approaches to its assessment, 1980; Vol II. The criteria and standards of quality, 1982; Vol III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor, Health Administration Press, 1985.

Ginsburg, Paul B. 2012. Fee-for-service will remain a feature of major payment reforms, requiring more changes in Medicare physician payment. Health Affairs 31, no. 9: 1977-1983.

Neto, Vecina G. 2011. Serviços de assistência direta ao paciente. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan: 209-29.

Rittenhouse, Diane R, Stephen M Shortell, and Elliott S Fisher. 2009. Primary care and accountable care—two essential elements of delivery-system reform. New England Journal of Medicine 361, no. 24: 2301-2303.

Sood, Neeraj, Peter J Huckfeldt, José J Escarce, David C Grabowski, and Joseph P Newhouse. 2011. Medicare's bundled payment pilot for acute and postacute care: analysis and recommendations on where to begin. Health Affairs 30, no. 9: 1708-1717.

Struijs, Jeroen N, and Caroline A Baan. 2011. Integrating care through bundled payments—lessons from the Netherlands. New England Journal of Medicine 364, no. 11: 990-991.

Com Paixão

Primum Non Nocere

MAURO GOLDFARB
Chefe do Setor de Reumatologia do Hospital Federal dos Servidores
(Ministério da Saude)
Professor Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá – RJ
Livre-docente em Reumatologia pela UNIRIO
Presidente da Comissão de Título de Especialista da SBR
Coordenador da Câmara Técnica de Reumatologia do CREMERJ

O título da nossa entrevista desta edição é "Primum Non Nocere", ou "primeiro não ferir", aforisma conferido à Hipócrates, o pai da medicina ocidental. Sob esse título, vamos conversar sobre qualidade da assistência.

Embora milenar, qualidade da assistência é considerado um tema de vanguarda hoje no meio da saúde. Qualidade da assistência é definida por seis pilares: segurança, efetividade, centrada no paciente, oportuna, eficiente, igualitária. A segurança é, sem dúvida, a mais importante característica que a assistência ao paciente deve ter, por ser a base para as demais. Segurança do paciente se traduz por tudo aquilo que deve ser feito para evitar que os pacientes sofram danos desnecessários causados pela assistência que deveria apenas ajudá-los. Por esta razão, o Boletim avaliou que essa entrevista teria que ser realizada com um clínico muito experiente, que assiste aos seus pacientes com vontade e que goza de sólida reputação entre os seus pares. E foi assim que convidamos ao Dr. Mauro Goldfarb para nos ajudar a entender esse tema.

Boletim: Normalmente, os danos causados pelos medicamentos são compreendidos a partir dos ensaios clínicos, cujos resultados respaldam as informações contidas nas bulas dos medicamentos, aos quais chamamos de "label". Medicamentos para indicações terapêuticas não testadas, ou medicamentos sem registros sanitários são chamados de uso "off label". Em que situações a prescrição off label estaria indicado? Em que medida a prática prescritiva "off label" pode comprometer a segurança do paciente?

Goldfarb: Os ensaios clínicos realizados nos últimos anos têm sido bastante rigorosos quanto à segurança dos novos medicamentos e sua aplicação em doenças para o qual foram pesquisadas, apesar de alguns critérios de exclusão de pacientes não abrangerem toda sua utilização na prática clínica (real life). Sua prescrição em enfermidades não incluídas nas pesquisas certamente traz riscos e consequências, por vezes, imprevisíveis. Entretanto, em algumas situações a doença e o doente não podem esperar. Precisamos avaliar riscos e benefícios. Analisar o que existe na literatura médica que nos sinalize uma opção promissora de uma nova indicação terapêutica. Por exemplo, o imunobiológico rituximabe, utilizado inicialmente para o tratamento do linfoma é, nos últimos anos, após vários estudos, amplamente indicado para a artrite reumatoide. Logo após, as vasculites ANCA, também fruto de estudos multicêntricos, também se tornaram label. A granulomatose eosinofílica (Churg-Strauss), também vasculite ANCA, não foi incluída. Essas

enfermidades graves, por vezes letais, permaneceram, ou permanecem, como na última citada, off label. Quantos pacientes estiveram ou estão à margem desse tratamento e perderam uma oportunidade terapêutica?

Boletim: Uma prática efetiva tem por princípio fazer a coisa certa, para a pessoa certa, na hora certa. É não cometer excessos. Ensina para gente como devemos orientar aos nossos residentes e, acima disso, como devemos praticar a tênue fronteira entre os nossos esforços em cuidar e o nosso limite em não causar danos ao paciente. Em outras palavras, o que Hipócrates queria nos ensinar com o seu aforisma "Primum non nocere"?

Goldfarb: Essa é a arte da medicina. Não fazer menos do que é preciso, mas também não agredir o paciente com práticas desnecessárias. Conhecimento teórico, experiência, reconhecer nossas limitações, estar aberto a discussão com outros profissionais, saber ouvir e interpretar o que diz o paciente são caminhos para escapar do erro. Importante é individualizar a conduta terapêutica. Evitar o entusiasmo em utilizar novos tratamentos ainda incertos e com riscos ainda não muito identificados é uma boa prática.

Boletim: Uma assistência centrada no paciente leva em conta os valores e preferências do paciente, que é ativo nas decisões de seu processo de cuidado. No entanto, alguns advogam que nem sempre o paciente tem condições de participar das decisões. Considerando a sua experiência como clínico, em que situações o paciente não tem condições de tomar decisões sobre o seu cuidado de saúde?

Goldfarb: O nível social ou intelectual não são determinantes daqueles que podem ou não participar de decisões quanto a seu tratamento. Cabe ao médico, ao conversar com o paciente, decidir a linguagem a ser utilizada para que haja uma correta compreensão. Portanto, estabelecer uma boa relação médico-paciente. Entretanto, em situações emergenciais, quando há risco de vida ou sequelas graves, a decisão médica não pode esperar.

Boletim: Uma assistência de qualidade é oportuna, isto é, sabe a hora de agir. Que estratégias a residência em reumatologia deve lançar mão para estimular este senso de oportunidade de ação ao seu egresso?

Goldfarb: Por definição, residência deve ser treinamento em serviço. Informação teórica aliada a prática orientada amadurecem e asseguram ao residente a forma de agir, não perdendo oportunidades. Rounds nas enfermarias com o staff do Setor, ambulatórios que apresentem diversas situações clínicas, sempre com a orientação de preceptores, reuniões para discussão de pacientes, com nossos especialistas e eventuais discussões com especialistas de outras áreas de atuação tem sido nossa prática.

Boletim: Uma assistência de qualidade considera os custos e os gastos da saúde. Você acha que considerar os custos da saúde deve ser parte da formação do residente em reumatologia? Por quê?

Goldfarb: Sobretudo em nosso país, com enormes limitações orçamentárias para a área de saúde, e com uma substancial faixa da população em situação econômica precária, esse tema se impõe. Apesar do louvável avanço ocorrido em nossa especialidade com as novas opções terapêuticas, beneficiando enormemente nossos pacientes, precisamos orientar os residentes quanto a práticas orientadas pela farmacoeconomia.

Boletim: Por fim, levando em conta sua experiência como clínico, como chefe de serviço e coordenador de residência médica, deixe uma mensagem para a gente sobre a simplicidade da qualidade da assistência.

Goldfarb: Uma boa assistência médica faz-se estudando, praticando, sabendo ouvir o paciente e sua família, tendo atenção ao que diz o residente, a equipe, aí incluídos não só os médicos. Mas, fundamental é o interesse e o respeito ao paciente que nos procura pedindo ajuda.

Quem Sabe de Mim Sou Eu

Entrevistador: GUSTAVO BALBI
Ex-residente de reumatologia da UERJ
Médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Paciente: ROGÉRIO FERREIRA MARCOLINO
44 anos, ajudante de comércio, 1º grau completo
Início do quadro há 15 anos*

* Foto e entrevista devidamente autorizadas pelo paciente para publicação.

Dor implacável, inesperada, lancinante. Assim ela chega, impondo limites `a vida diária, trazendo histórias, recebendo palpites, esbarrando em preconceitos, encarando medos e, por vezes, encontrando poucas soluções. É dessa perspectiva que esta entrevista acontece, visando a conhecer a gota na perspectiva de quem mais a entende: quem com ela convive - o paciente. Por isso, convidamos o Serviço de Reumatologia do HUPE, que tem se destacado no cuidado da doença, para nos ajudar a entender a perspectiva do paciente com gota.

Gustavo Balbi: Conte-nos como foi a sua primeira crise de gota. Quantos anos você tinha?

Rogério Marcolino: A primeira crise foi no dedão direito, que ficava vermelho e quente. Eu tinha 30 anos na época.

Gustavo Balbi: Você poderia nos contar qual foi o seu sentimento quando teve a sua primeira crise de gota?

Rogério Marcolino: Eu pensava que era torção. Chegaram a colocar uma bota no meu pé, que piorava a dor, ficava latejando. Alguns médicos falaram que era luxação. Sentia muita dor, foi passando de uma articulação para outra.

Gustavo Balbi: Você tem familiares com gota?

Rogério Marcolino: Não tenho ninguém na família com gota, sou o único.

Gustavo Balbi: O que você fez quando teve a primeira crise de gota? Foi a um pronto socorro, procurou o médico? Como foi?

Rogério Marcolino: A dor era tão insuportável que eu tomava qualquer remédio que me falassem que era bom. Procurei um pronto socorro, tiraram uma radiografia e falaram que era torção.

Gustavo Balbi: E foi difícil fazer o diagnóstico de gota?

Rogério Marcolino: Depois da primeira vez que tive uma crise, fiquei 5 anos sem saber que

era gota. Só depois de 5 anos tendo crise que suspeitaram de gota.

Gustavo Balbi: De lá pra cá, quantas crises você já teve?

Rogério Marcolino: Não sei muito bem. Contando as crises pequenas e as mais fortes, mais de 20.

Gustavo Balbi: A gota já te atrapalhou na sua vida diária, seja para namorar, para trabalhar? Conte-nos um pouco mais sobre isso.

Rogério Marcolino: Atrapalhou em tudo. Para trabalhar, principalmente, porque ninguém dá vaga. Não consigo nem andar direito.

Gustavo Balbi: Você acha que a sua dieta tem a ver com as crises de gota? Por quê?

Rogério Marcolino: Não sei dizer se era pela comida. Dizem que a carne vermelha aumenta a crise, mas não sei se a crise era pela carne vermelha.

Gustavo Balbi: E como é para você lidar com a presença da gota na sua vida?

Rogério Marcolino: A gota me prejudica muito. Faço as coisas com mais dificuldade. Tomo um remédio para ajudar um pouco, mas, mesmo assim, dói. Tenho que fazer as coisas devagar, às vezes nem consigo.

Gustavo Balbi: E quanto aos tofos, quais são os sentimentos que você tem por causa da presença dos tofos? Como eles começaram a surgir?

Rogério Marcolino: Incomoda um pouco porque não consigo esticar o braço todo. Quando tem crise, incomoda muito. O que me incomoda mais são as pessoas perguntando o que são esses caroços.

Gustavo Balbi: Vamos conversar um pouco mais sobre o seu tratamento. Quantos remédios você toma por dia, em geral? E para a gota?

Rogério Marcolino: Antigamente não tomava direito os remédios. Hoje tomo alopurinol e colchicina para gota; também tomo losartana e dipirona.

Gustavo Balbi: O quanto você entende da sua receita que você recebe daqui do nosso ambulatório de gota? Se for dar uma nota, de zero a dez, sendo zero você não entendeu nada e dez você entende tudo. Que nota você daria para a sua compreensão da receita?

Rogério Marcolino: Entendo, não tem nem como errar. Nota 10.

Gustavo Balbi: E você costuma esquecer de tomar os remédios? O que te faz esquecer de tomar os remédios?

Rogério Marcolino: Da outra vez, eu esqueci. Depois que ajeitou os remédios, estou tomando direito.

Gustavo Balbi: O que você acha que pode melhorar para você não deixar de tomar os seus remédios?

Rogério Marcolino: De manhã e de noite é mais fácil. São os dois horários que eu estou em casa. Minha mãe me ajuda a lembrar.

Gustavo Balbi: E o que você acha de você participar da construção da sua receita junto com o seu médico? Você acha que é possível isso?

Rogério Marcolino: Eu sempre pergunto pro doutor se dá pra tomar desse jeito ou de outro. A receita fica mais fácil.

Gustavo Balbi: Como você acha que você poderia participar das decisões sobre os seus remédios junto com o seu médico?

Rogério Marcolino: Conversando com o médico, eu tento seguir a receita que ele passa. Quando tem algum remédio que faz mal ou que não faz efeito, eu tento conversar para compensar com outro.

Gustavo Balbi: Por fim, deixe uma mensagem para a gente sobre como é a vida de um paciente com gota.

Rogério Marcolino: É horrível a dor, é insuportável. Não consigo pegar alguma coisa no alto, não consigo dobrar o joelho. É difícil subir uma escada. O tratamento ajudou a melhorar a gota, vale a pena, antigamente era muita dor.

Mosaico

Um Olhar Humanista em Relação à Sexualidade nas Doenças Reumáticas

RAQUEL CANABARRO
CRP: 05/51054
Psicóloga clínica especialista em Gestalt-Terapia
Psicóloga do Centro Multidisciplinar Fluminense
dra.raquel.psicologa@centrofluminense.com.br

RESUMO

O artigo presente busca trazer uma reflexão sobre a importância da sexualidade na vida dos pacientes com doenças reumáticas e sobre a relação médico-paciente. A partir do diagnóstico, o paciente se vê numa nova "realidade", onde a doença traz efeitos colaterais que impactam sua qualidade de vida e sua autoimagem. O paciente fica emocionalmente vulnerável e com sua autoestima abalada.

A importância de se abrir um canal de comunicação sobre a sexualidade na relação médico-paciente é possível, apesar da correria no atendimento médico. O acolhimento médico nessa questão pode ser através não só de um atendimento mais humanista, mas também, proporcionando conhecimento para o paciente, falando sobre as possibilidades de lidar com as dificuldades que virão. Conhecendo melhor a sexualidade de seus pacientes, seja através de questionários, folhetos, ou pela escuta no consultório, é possível melhorar a qualidade da vida sexual do paciente, e consequentemente, sua qualidade de vida como um todo. Ao disponibilizar acolhimento e conhecimento, o paciente terá a possibilidade de trilhar essa difícil jornada com maior conhecimento de sua sexualidade. E o médico poderá ajudá-lo a ressignificar sua auto-imagem e melhorar sua auto-estima. No intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente, o médico deve ampliar o olhar em relação à sexualidade dos pacientes, trazendo para o consultório não só a questão dos efeitos colaterais, como também estratégias para lidar com a nova forma de sexualidade que virá pela frente.

Palavras-chave: doenças reumáticas, sexualidade, relação médico-paciente, humanização da saúde

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um tema delicado e importante de ser abordado na clínica reumatológica. Como lidar com a questão da dor e das limitações causadas por uma doença reumática, numa sociedade que não dá espaço para se falar de dor? Como falar sobre sexualidade no consultório, onde esse tema é um tabu? É possível na correria do consultório ter uma abordagem mais humanista sobre esse tema?

Na primeira parte do artigo, discutiremos a delicada forma de abordar a sexualidade na clínica médica. Discutiremos também como, após um diagnóstico de doença reumática, o paciente lida com essa nova realidade que lhe atravessa, causando vulnerabilidade emocional e abalo da autoestima.

É importante que o médico tenha acolhimento emocional em relação ao paciente, possibilitando um canal de comunicação para que ele se sinta confortável para falar sobre sua sexualidade. Assim, abre-se espaço para uma melhor conscientização, para que o paciente aceite e compreenda sua sexualidade além do diagnóstico.

Na segunda parte, visando a instrumentalização tanto do médico quanto do paciente, este estudo pretende corroborar a importância do olhar humanista na relação médico-paciente, e, também, a relevância de ressignificação e valorização do "eu" além do diagnóstico.

Visando tal conscientização e bem-estar, há artigos que oferecem estudos com posições e noções de como se preparar para o ato sexual, além de estatísticas para melhor entender as respostas do corpo na relação sexual.

DIAGNÓSTICO, VULNERABILIDADE EMOCIONAL E AUTOESTIMA

Ao se diagnosticar um paciente com algum tipo de doença reumática, as consequências da doença e seus efeitos colaterais, como falta de libido devido aos medicamentos e mudanças no corpo que afetam a autoimagem, podem acarretar vulnerabilidade emocional. Segundo o dicionário Aurélio: vulnerável se refere a "todo aquele suscetível de ser ferido, ofendido ou atacado, ou seja, diz-se do lado fraco de uma questão, ou do ponto por onde alguém pode ser ferido ou tocado"(2010, 944).

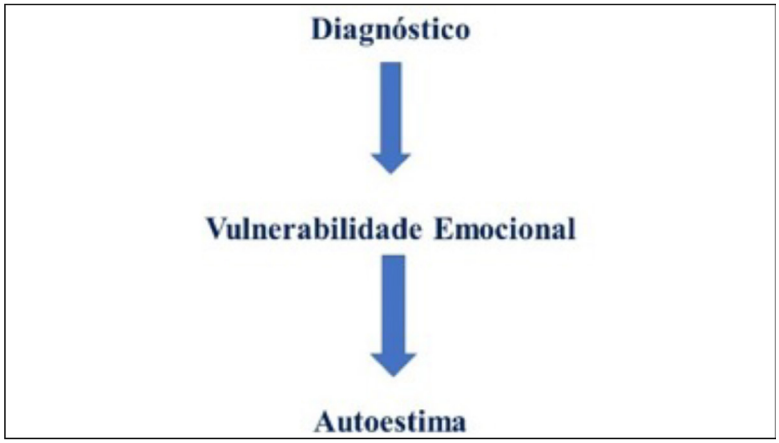


Figura 1. Vulnerabilidade emocional. Fonte: Elaborado pelo autor

Cada um de nós tem uma forma de estar no mundo a partir da sua história de vida. Assim como as experiências, emoções e percepções, nossa autoimagem é formada ao longo das nossas vivências.

A autoimagem ante um aspecto físico refere-se ao modo como a pessoa se enxerga e como se percebe. Já a autoestima é o sentimento que a pessoa tem em relação à sua autoimagem, como a pessoa se interpreta e se vê. Portanto, a autoimagem gera a autoestima, que afeta a relação que o Eu constrói nas pessoas; com uma baixa autoimagem, consequentemente terá uma baixa autoestima. Jesus, R. B. P.; Santos, D. I.; Brandão, S. D. E 2015 p. 2

Assim, consideramos a vulnerabilidade emocional como uma ferida na autoimagem, e, consequentemente, na autoestima.

Em relação à sexualidade, não é diferente. Nós a reconhecemos a partir dos nossos desejos, experiências, percepções e emoções. Quando o paciente é atravessado pelo diagnóstico, ocorre uma ferida do "eu", sucedendo uma "ferida" na sua autoimagem em relação a sua sexualidade, consequentemente abalando sua autoestima, o que pode causar ansiedade, melancolia e até depressão.

O paciente não mais poderá fazer o ato sexual como antes, devido às dores do corpo e à falta de libido. Ao conhecer as dificuldades da doença e aceitá-las, pode-se dar início à mudança e tornam-se possíveis novas experiências.

A partir do "aqui e agora" e da aceitação da nova realidade, é possível que paciente ressignifique sua autoimagem e sua forma de estar no mundo. "Aqui e agora" é um termo usado na psicologia onde "o passado só existe enquanto se puder fazer no presente, da mesma forma que o futuro não é mais que uma possibilidade

que se abre na atualidade" (Perls, 2002. p.148). Ou seja, o que importa mais é o presente. O passado e o futuro não ganham tanto relevo, pois é no "aqui e agora" que podemos construir a ressignificação do eu.

A partir do aqui e agora, chegamos ao conceito de paradoxal da mudança. A partir da aceitação de quem a pessoa é e das características que ela tem, é possível transformar quem ela é. Por exemplo, se a pessoa tem uma característica que não aceita, ela não pode assimilá-la para transformá-la. Porém, uma vez que a pessoa aceita essa característica, ela pode construir instrumentos para transformar essa característica.

"A mudança ocorre quando a pessoa tenta se tornar o que ela é. E não quando tenta se tornar o que não é. A mudança não ocorre por meio de uma tentativa coercitiva do indivíduo (...), mas acontece se a pessoa faz o esforço (...), estando integralmente de posse de suas posições atuais." (BEISSER, 1970 apud: YONTEF, 1998 , pág 219)

Ou seja, a ressignificação da autoimagem é constituída a partir do presente e da aceitação do que é possível frente às limitações da doença no aqui e agora.

UM OLHAR HUMANISTA NA RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

É possível o acolhimento na relação médico paciente na correria do consultório? Como abordar esse tema que ainda é tabu na nossa sociedade?

Para Gofman (2011) uma das principais características complexas desse contexto é a barreira entre o sujeito e o mundo externo - mundo que será manipulado pela medicina científica, que esquadrinha o corpo para dar conta da doença, e que não dá visibilidade ao sujeito que adoece (CAMARGO JR.; 2003). Esse traz em si uma complexidade própria, suas histórias, seus contextos de vida, temores e, muitas vezes, a sensação de que deixa de ser dono do seu próprio eu (ARAGON; 2007; BOTEGA, 2006). (apud: VELASCO K.; RIVAS F. A. L.; GUAZINA N. M., 2013, p 243)

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), uma iniciativa do Governo Federal, desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Na Política Nacional de Humanização, "O acolhimento é uma postura ética que implica a escuta do usuário em suas queixas, o reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e a responsabilização pela resolução, com ativação de redes de com-

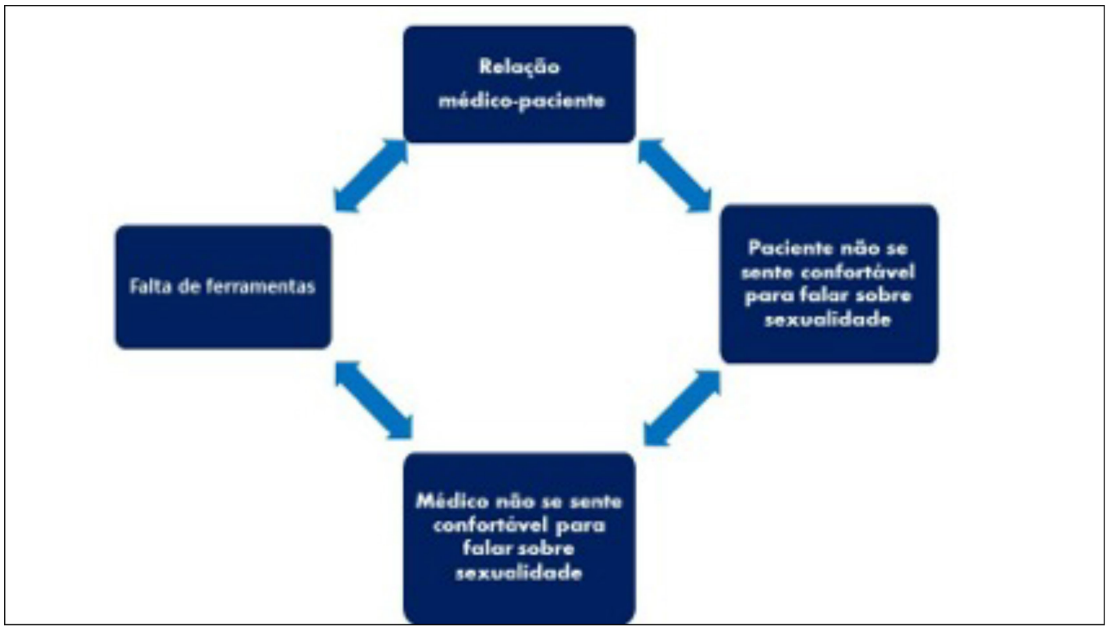


Figura 2. Relação médico paciente. Fonte: Elaborado pelo autor

partilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde".

O acolhimento, então, seria a primeira ferramenta a ser usada pelo médico na delicada abordagem desse tema. Um atendimento mais acolhedor é possível baseado em pequenos gestos, como uma comunicação não-verbal aberta, uma escuta diferenciada, um sorriso ou mesmo um olhar nos olhos do paciente, dando início a um canal de comunicação entre paciente e médico. É importante se lembrar que o paciente está vulnerável emocionalmente, e que, o acolhimento dá a ele o sentimento de suporte necessário para que ele possa compreender o processo da doença, aceitá-lo e adquirir conhecimento sobre ela. O acolhimento é ferramenta imprescindível para o aqui e agora e para o paradoxal da mudança.

Outra ferramenta importante é a comunicação, explicar a doença de forma clara, assim como as transformações que virão.

Por outro lado, não se pode desconhecer que muitos profissionais da área da saúde, ainda envolvidos por uma lógica de cuidado centrada na doença, cercam-se não só de métodos sofisticados para garantir os diagnósticos, mas também de uma linguagem de difícil compreensão para o paciente. Esse tecnicismo no falar pode ser um elemento dificultador do esclarecimento sobre as doenças e os tratamentos, o que leva o usuário e os familiares à alienação sobre o estado clínico. A fala repleta de termos técnicos provoca a impressão de que o paciente sabe menos sobre o seu corpo do que aqueles que o tratam. Consequentemente, verifica-se a falta de postura ativa diante do tratamento e da busca pela autonomia em cuidados relacionados à saúde. (VELASCO K.; RIVAS F. A. L.; GUAZINA N. M., 2013, p 243)

Quanto mais o paciente aprender como a doença lhe afeta, mais ele poderá compreender, aceitar e ressignificar. Uma comunicação clara e de forma simples permite ao paciente trilhar essa jornada com maior autonomia. Melhor do que ninguém, é o paciente que, através das novas experiências e conquistas, saberá o que mais lhe afeta ou o que mais dá certo na questão da sua sexualidade. Temos aqui duas ferramentas importantes: acolhimento e compartilhar conhecimento. Como o médico pode usar essas ferramentas no seu dia-a-dia? O conhecimento pode ser oferecido na consulta médica através de folhetos, questionários elaborados pelo próprio médico, e/ou, indicações de sites, filmes, artigos e associações de pessoas que compartilham a mesma condição. O fato de oferecer e mostrar material escrito também é uma forma de acolhimento. Destinando poucos minutos da consulta para conversar sobre o folheto ou sobre as informações indicadas, o médico proporciona ao paciente um norte, como uma bússola que ajuda na sua localização, mas é a própria pessoa que escolhe a sua caminhada.

O diário de bordo é outra ferramenta que o médico pode oferecer ao seu paciente, sua origem está relacionada à navegação marítima, é um caderno onde se registra tudo que acontece ao longo da viagem, todas as informações relevantes devem estar no diário de bordo. Levando isso para a clínica, o diário de bordo é uma ótima ferramenta, onde o paciente pode escrever suas atividades, experiências, sentimentos e descobertas sobre a sua sexualidade. Além de que, ao escrever e ler as suas considerações no diário de bordo, o paciente tem um maior entendimento de suas necessidades, desejos e dificuldades diante da doença. Ao adquirir maior entendimento do seu corpo e da sua sexualidade, é possível ressignificar sua autoimagem, e, consequentemente, melhorar sua autoestima.

Outro ponto importante a ser abordado é a libido. A dor nas articulações, a dor difusa no corpo, a secura vaginal, interferem na libido. A importância de conhecer melhor o corpo, e assim poder buscar ferramentas que possam aumentar a libido dentro do que é possível são de crucial importância para a melhora no desempenho sexual. A participação do companheiro ou companheira é de grande importância para que ambos busquem juntos possibilidades para essa nova fase da vida.

O ato sexual tem quatro fases: 1 – desejo: fantasia e vontade de ter atividade sexual; 2 - excitação: sentimento de prazer sexual e alterações fisiológicas; 3 - orgasmo: clímax do prazer sexual com liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores; e 4 - platô: sensação de relaxamento e bem-estar geral.

A libido tem aspectos psicológicos e fisiológicos. O próprio adoecimento altera a libido no aspecto psicológico, além das alterações fisiológicas relacionadas à doença. A doença em si é uma ferida no narcisismo humano, causando um sentimento de autoestima baixa, fragilidade, medo e dor, influenciando diretamente na sexualidade da pessoa.

A partir de agora, é importante planejar o sexo. Para se lidar com a nova sexualidade em cada etapa do ato, estão elencadas algumas sugestões: 1- desejo: A busca de novas formas de ter desejo e te se sentir desejada/o, pode vir através de fantasia compartilhada com o parceiro, como filmes, revistas, site, sexting, um presente como flores, lingerie ou, um jantar romântico. É importante trazer o parceiro ou parceira para dentro da fantasia. A partir de agora, é importante planejar o sexo.

Na segunda fase – excitação - a exploração do novo corpo, autoestimulação, estimulação do parceiro/a. Uso de lubrificantes e brinquedos podem ajudar na excitação.

Essas são algumas dicas relevantes que podem ser abordadas pelo médico no consultório em relação às fases do ato sexual. O artigo "Como a reumatologia a pode orientar o paciente com artrite reumatoide sobre função sexual" publicado na revista Brasileira de Reumatologia, sugere posições que ajudam o ato sexual.

"Posições que podem ser adotadas por pacientes e parceiros envolvem redução da amplitude de movimento das articulações do quadril e do joelho, troca de decúbitos, uso de mobília, travesseiros e demais apoios como forma de minimizar o esforço necessário para a manutenção postural", por exemplo:

No mesmo artigo foi publicada uma tabela reproduzida abaixo, para o planejamento do ato sexual, visando um melhor desempenho. Quanto às fases de orgasmo e platô, não há recomendações médicas, uma vez que não são passíveis de trazer desconforto ao/à paciente. Entretanto, é sempre bom lembrar da importância do acolhimento do parceiro também nesses momentos.

Figura 3. Sugestões de posições. À esquerda, evita-se que a mulher faça abdução do quadril, flexão dos joelhos e da coluna, além de permitir o repouso dos membros superiores, uma vez que o parceiro faz a abdução do quadril e sustenta seu peso durante a atividade sexual. Variação dessa posição, à direita, pode ser adotada caso o homem apresente AR. Arthritis information: sex and arthritis; reproduzido com permissão da Arthritis Research UK
Fonte: ALMEIDA P. H. T. Q ; et al. (2014. P 460)

Essas informações são importantes para que o paciente possa explorar a sua sexualidade, aceitá-la e viver da melhor maneira possível.

Tabela 1. Recomendações ao paciente com diagnóstico de artrite reumatoide sobre função/disfunção sexual

Orientações Gerais	Discutir os problemas com o parceiro, explorar novas posições sexuais, usar analgésicos e relaxantes musculares antes do ato sexual. Usar calor para aliviar a dor e rigidez articular (compressas, banho morno).
Secura vaginal	Usar lubrificantes, cremes vaginais de estrégeno.
Disfunção erétil	Administrar Sildenafil, fazer terapia sexual.
Falta de libido	Avaliar possível troca de medicações, técnicas para redução do estresse, reposição de testosterona em casos específicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças reumáticas trazem transformações significativas na autoimagem, autoestima e na vida sexual do paciente. Este estudo busca trazer um olhar mais humanista e psicológico durante atendimento no consultório, principalmente no que tange à forma de abordar o tema da sexualidade.

Os estudos publicados sobre o tema ainda são escassos no Brasil, o que nos mostra a importância de se investir em estudos e pesquisas sobre uma prática mais humanista e também sobre os efeitos psicológicos causados pelas doenças reumáticas. Percebe-se uma lacuna nas publicações científicas a respeito de estudos com um olhar psicológico dos efeitos que as doenças acarretam e da relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA P. H. T. Q ; FERREIRA C. C.; KURIZKY P. S.; MUNIZ L. F.; MOTA L. M. H. Como o reumatologia a pode orientar o paciente com artrite reumatoide sobre função sexual. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042015000500458&script=sci_abstract&tlng=es> acesso em 10 de abril de 2017

CANABARRO M. R. B.; Sexualidade nas Doenças Reumáticas. In: XXII Jornada Rio São Paulo de Reumatologia, 22, 2017, Palestra, Rio de Janeiro, Prodigy Hotel, 2017

HOLANDA; A. B.; Minidicionário Aurélio Da Língua Portuguesa, Nova Ortografia, 8° ed. Rio de Janeiro: Positivo 2010

JESUS, R. B. P.; SANTOS, D. I.; BRANDÃO, S. D. E.; A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100008 acesso em 16 de abril de 2017

PERLS ,S. F. Ego, Fome E Agressão: Uma Revisão Da Teoria E Do Método De Freud. 2 ° ed. São Paulo: Summus. 2002.

VELASCO K. ; RIVAS F. A. L.; GUAZINA N. M. Acolhimento e Escuta Como Prática De Trabalho Do Psicólogo No Contexto Hospitalar. disponível em: < http://sites.unifra.br/Portals/36/CHUMANAS/2012-2/art%208%20-%20Acolhimento%20e%20escuta.pdf > acesso em 16 de Abril de 2017

YONTEF, G. M. Processo, Diálogo e Awareness: ensaios em Gestalt-terapia. 3° ed. São Paulo: Summus, 1998

Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html> acesso em 10 de abril de 2017.

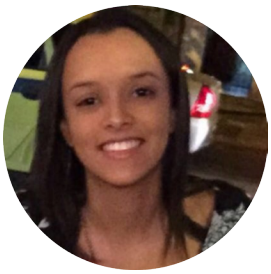
Clube do Reumatismo

CASOS DO CLUBE

LIVIA MADEIRA
Organizadora dos casos

Março

Caso 1



Apresentadora: BRUNA OLIVEIRA
Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado

Relato de Caso: Paciente renal crônica com lesões necróticas em todo corpo.

Paciente, 33 anos, sexo feminino, sem comorbidades prévias conhecidas, tornou-se renal crônica com necessidade de hemodiálise após quadro de pielonefrite com litíase renal em 2015. A paciente evoluiu com livedo reticular em membros inferiores e superiores, além de lesões necróticas e dolorosas em todo corpo.

Foram realizados exames de imagem para mapeamento para mapeamento das circulações arteriais e venosas, evidenciando múltiplas tromboses em arquitetura de membros inferiores e superiores.

Foi então realizado biópsia de pele de lesão não necrótica que mostrou material amorfo, de coloração pálida, aspecto poliédrico, que encontrava-se na derme e na parede dos vasos, sendo compatível com oxalose intravascular.

Oxalose é uma síndrome pouco comum, de prevalência desconhecida, que se relaciona a depósitos de oxalato de cálcio, principalmente no trato urinário e rins, sendo uma causa incomum de insuficiência renal terminal.

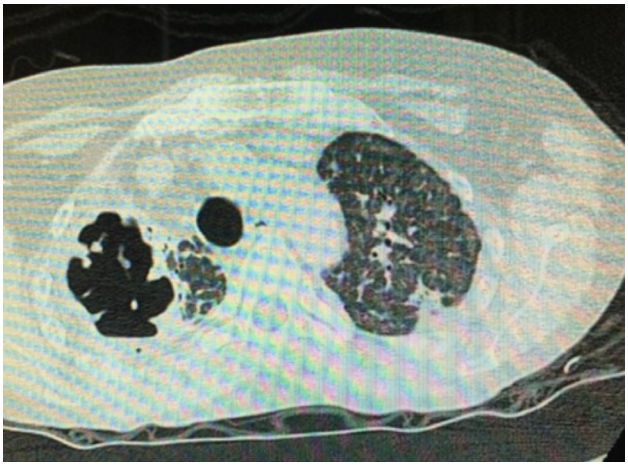
Caso 2

Apresentadora: KELLY RODRIGUES
Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro - HUCFF

Relato de caso: Paciente com GPA evoluindo com piora do quadro respiratório.

Paciente, sexo feminino, 41 anos, com diagnóstico prévio de granulomatose com poliangeíte, em remissão clínica nos últimos 13 anos. Apresenta piora do quadro respiratório, necessitando de 3 internações nos últimos 6 meses.

No caso, relatamos a terceira internação da paciente, que, mesmo após ter recebido tratamento antimicrobiano e pulsoterapia com corticóide associado a 2 doses de Rituximabe, ainda apresentava tosse seca, dispnéia e dependência de oxigênio. Nos exames realizados na investigação diagnóstica, apenas as duas amostras da galactomanana do lavado broncoalveolar foram positivas, enquanto as 4 galactomananas séricas foram negativas. A TC de tórax mostrou imagem cavitada com nível hidro-aéreo.



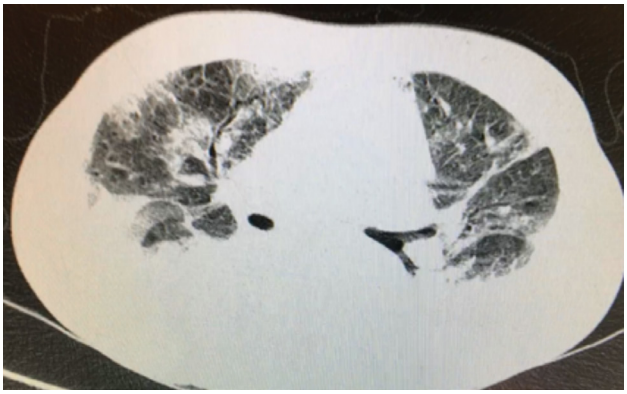
Assim optou-se pelo tratamento da aspergilose crônica não invasiva com itraconazol, havendo melhora importante do quadro da paciente.

Caso 3

Apresentador: DIEGO VINICIUS DE MAGALHÃES
Instituição: Universidade Estadual do Rio de Janeiro - HUPE

Relato de caso: mulher parda apresentando disfagia e fraqueza muscular

Mulher parda, 46 anos, iniciou quadro de poliartrite de distribuição reumatoide em agosto de 2015 acompanhado de espessamento cutâneo e perda ponderal. Recebeu o diagnóstico de esclerose sistêmica sendo tratada com hidroxicloroquina e metotrexato com melhora parcial. Em julho de 2016, apresentou disfagia de condução, fraqueza de musculatura proximal, tosse seca e dispneia aos pequenos esforços, sendo internada no HUPE para investigação do quadro. Apresentou aumento de enzimas musculares (CPK > 10000) e piora do padrão ventilatório, sendo submetida à intubação orotraqueal e acoplada à ventilação mecânica. Radiografia de tórax revelou derrame pleural e tomografia computadorizada (TC) de tórax mostrou opacidades em vidro fosco difusas, consolidações e derrame pleural bilateral compatíveis com Pneumonia em Organização Criptogênica. Culturas do líquido pleural foram negativas. Após 3 dias de pulsoterapia com metilprednisolona, a paciente foi extubada. A TC de tórax de controle após 12 dias mostrou discretas áreas de opacidade em vidro



fosco bibasais. Iniciou tratamento com ciclofosfamida endovenoso mensal, evoluindo com melhora da força muscular proximal, queda expressiva das enzimas musculares e melhora da dispneia. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial depois de 30 dias da admissão.

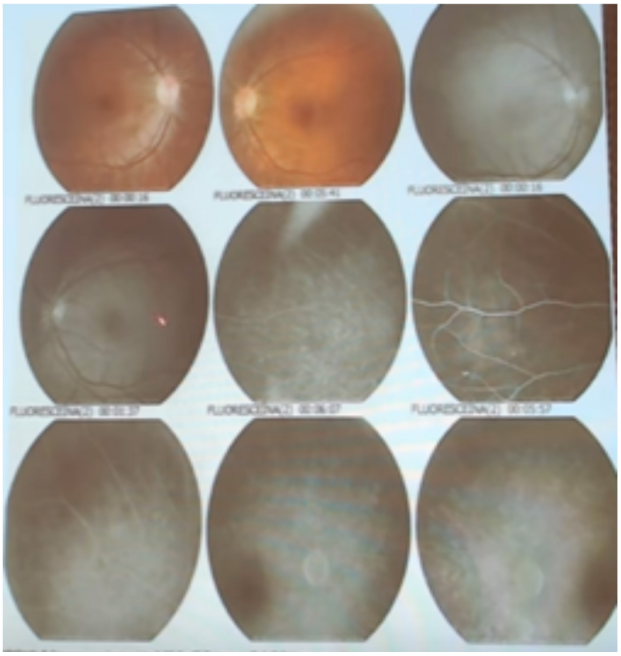
Abril

Caso 1

Apresentadora: KAREN DA SILVA SOUZA
Instituição: Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Relato de Caso: Jovem com diplopia e perda da visão.

Homem, 26 anos, apresenta episódio autolimitado diplopia súbita e oftalmoplegia do 6o par à esquerda associado à perda gradual da visão esquerda e cefaléia de forte intensidade retro-orbitária também a esquerda. Realizada avaliação oftalmológica sugestiva de vasculite retiniana e esclerite posterior, coroidite na OCT e epitelite na retinografia. Exames complementares de imagem e laboratoriais sem alterações, incluindo imunologia e sorologias negativas. Programado início de pulsoterapia com metilprednisolona empiricamente, porém, paciente apresentou resultado do teste IGRA positivo, sendo optado então por iniciar esquema RIPE. No primeiro mês do tratamento já houve melhora importante da acuidade visual do olho esquerdo, com recuperação de quase 50% desta visão.



Caso 2

Apresentadora: NATHALIE DAVID
Instituição: Hospital Central do Exército - HCE

Relato de caso: Jovem com lombalgia a esclarecer

Paciente, 24 anos, pardo, referia há 6 meses lombalgia e dor em quadril à direita de caráter mecânico com irradiação para MID, sempre após exercício de impacto e sem sinais de alarme. Apresentava provas inflamatórias elevadas e HLAB27 negativo. O exame de ressonância magnética evidenciou edema ósseo em ossos da bacia bilateralmente e na transição entre a cabeça e colo do fêmur direito. A cintilografia óssea sugeriu que lesões neoplásicas. Realizado biópsia óssea, porém com resultado inicial inconclusivo. Solicitado então a revisão de lâmina sendo sugestiva de síndrome SAPHO e iniciado pamidronato e metotrexato com regressão importante dos sintomas álgicos.

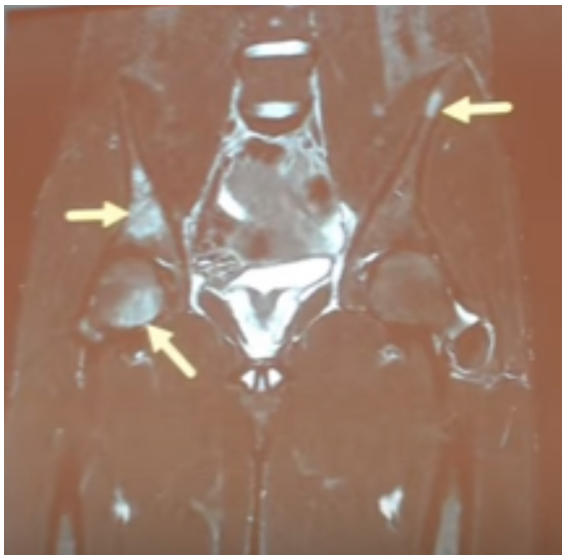


Imagem do caso anterior (caso 2).

Caso 3

Apresentadora: YEDDA BARCELOS
Instituição: Hospital Universitário Gaffree e Guinle - UNIRIO

Relato de caso: Paciente idosa com artrite em mãos e punhos.

Paciente, feminina, 73 anos, relatava artralgia de longa data em mãos e joelhos com piora importante dos sintomas álgicos em maio de 2016 após quadro febril com exantema pruriguinoso autolimitado. O exame apresentava artrite em punhos e 2a MCF bilateral, além de redução da mobilidade de punho esquerdo. Os exames laboratoriais mostraram aumento de provas inflamatórias, fator reumatóide e anti-CCP em altos títulos e sorologias para Chikungunya IgG e IgM positivas. Radiografia de mãos e punhos sem alterações, mas a USG das mesmas evidenciou tenossinovite importante dos extensores dos dedos, sinovite radiocarpal com hiperfluxo ao doppler. Concluído o diagnóstico de artrite reumatóide deflagrada por arbovirose e iniciado tratamento com metotrexato.

Maio

Caso 1

Apresentadora: LARA FRANCISCHETTO MILLERI
Instituição: Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE

Relato de Caso: Mulher com Doença de Behçet, febre e aumento do volume em MIE.

Mulher, 44 anos, com diagnóstico de Doença de Behçet desde 2012 procura o HFSE do Rio de Janeiro com febre e aumento do membro inferior esquerdo, associado a dor e dificuldade de deambulação. Na admissão foi realizada USG de partes moles que identificou duas coleções anecóicas de contornos irregulares no músculo gastrocnêmico e outra localizada no músculo solear. Realizada TC de pelve e membros inferiores que evidenciou aumen-

to de partes moles em região glútea esquerda com presença de gás e massa com área de impregnação por meio de contraste, sugestiva de dilatação vascular. A paciente foi submetida à arteriografia intra-operatória que revelou pseudo-aneurisma roto contido de artéria glútea superior que levou a dissecção da musculatura aponeurótica do membro inferior esquerdo, com formação de hematomas infectados em região glútea e perna esquerdas. Foi realizado embolização do aneurisma, corticoterapia e antibioticoterapia de amplo espectro, porém sem sucesso.

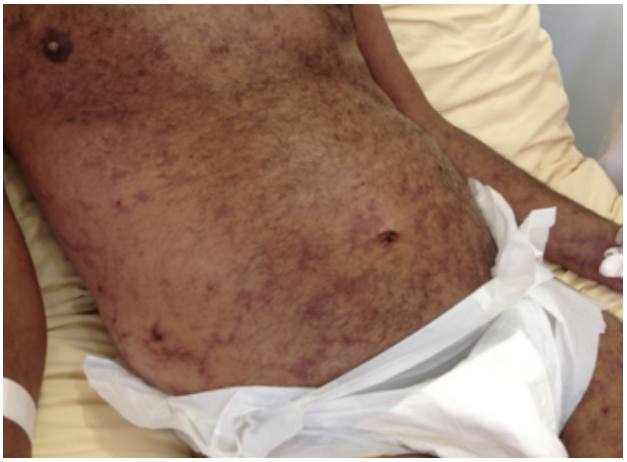
Caso 2

Apresentadora: VERÔNICA MELLO MAIA
Instituição: Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

Relato de Caso: Homem, 61 anos, com lesões purpúricas há um ano.

Paciente, previamente hígido, notou o surgimento de lesões purpúricas levemente dolorosas, circunscritas, inicialmente em extremidades, com progressão cranial há cerca de um ano, associado à adinamia, mialgia difusa, fraqueza generalizada e artrite de punhos, tornozelos e mãos. Evoluiu com parestesia e hipoestesia em mãos associado à perda ponderal de 30kg, febre, dor abdominal, elevação de transaminases, sendo iniciada antibioticoterapia. Realizada TC de abdome com imagem hipovascular em segmentos VIII e VI de fígado e um trombo na artéria ilíaca externa. Biópsia de pele compatível com vasculopatia trombótica. Uma dosagem de LAC positivo, porém anticardiolipinas negativas. Eletroforese de proteínas mostrou um pico monoclonal, com imunofixação compatível com pico monoclonal de IgG/kappa. Aspirado de medula óssea com 30% de plasmócitos.

O diagnóstico final foi de Mieloma múltiplo IgG/kappa com vasculopatia trombótica manifesta como púrpura retiforme possivelmente associada a crioglobulinemia tipo I e coagulação intravascular disseminada crônica. O paciente evoluiu para óbito alguns dias após o diagnóstico final por choque misto.



Caso 3

Apresentadora: DÉBORA SILVEIRA
Instituição: Hospital Barra D'or

Paciente, sexo feminino, 69 anos, em antibioticoterapia prévia devido a pneumonia, é internada por manutenção da febre e tosse seca associada a vertigem, vômitos, mialgia,

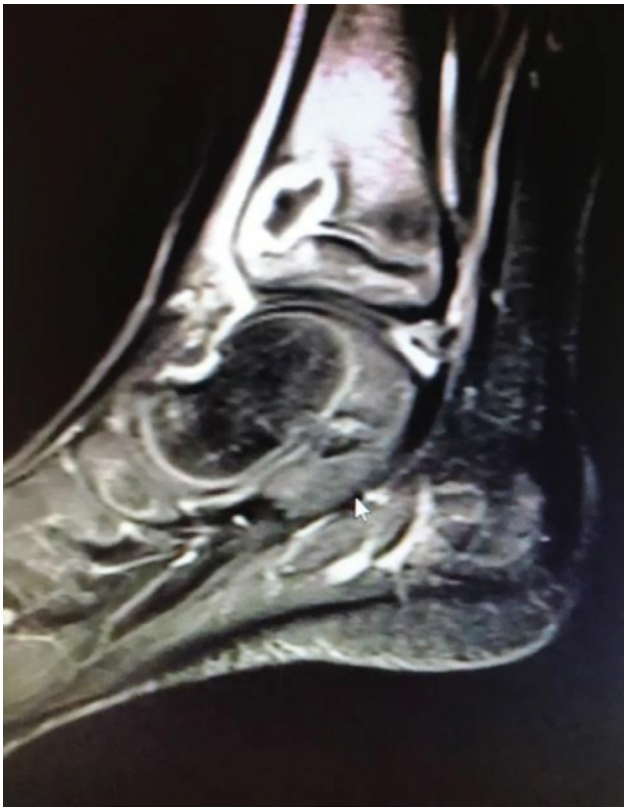
sonolência, cefaléia e otalgia bilateral. Apresentava hiperemia conjuntival a esquerda e fotofobia, além de artrite em joelhos. Exames laboratoriais mostraram leucocitose com desvio, EAS com proteinúria, leucocitúria e hematúria. TC de abdome com imagem renal à esquerda sugestiva de abscesso renal. Iniciado amplo esquema antibiótico, porém sem melhora do quadro e com piora da função renal, sendo necessário tratamento dialítico. A paciente evoluiu com poliartralgia de pequenas e grandes articulações, lesões purpúricas em mãos, pés e nariz e insuficiência respiratória. Biópsia de pele com vasculite leucocitoclástica. ANCA-C e anti-PR3 positivos. Biópsia renal compatível com glomerulonefrite crescêntica pauci-imune. Iniciado corticoterapia e pulsoterapia com ciclofosfamida com melhora da função renal e desmame do suporte ventilatório.

Caso Pediatria

Apresentadora: DRA. BIANCA BICA
Instituição: Serviço de Reumatologia, UFRJ.

Relato do caso: menino de 3 anos que parou subitamente de andar.

Mãe de paciente masculino de 3 anos de idade referia que há 3 semanas o filho havia parado subitamente de andar queixando de dores na perna esquerda, abrangendo quadril, joelho e pé ipsilateral com edema referido em joelho e pé. Relato de febre por 8 dias intermitente, 2x/dia. Radiografias sem alterações, exames laboratoriais com anemia e VHS de 85mm. Foi iniciado nimesulida com melhora da artralgia e da mobilidade, além de queda do VHS. Porém, após 10 dias, volta a apresentar artrite em joelho esquerdo com muita limitação de mobilidade. Realizada RNM de joelho esquerdo apresentando lesão lítica em tíbia distal comprometendo fise distal de tíbia e talus, compatível com osteomielite subaguda multifocal. Foi submetido a artrocentese do joelho com saída de líquido purulento, procedida a lavagem da articulação e iniciado antibioticoterapia venosa.



CLUBE SEM FRONTEIRAS

Por: NATHALIE DAVID
HAIM MALEH
FERNANDA PARANHOS

A reunião mensal da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro, o tão famoso Clube do Reumatismo está atravessando fronteiras. O Clube do Reumatismo já é uma tradição da Sociedade Carioca de Reumatologia e reúne especialistas dos principais serviços de Reumatologia do Rio de Janeiro, com objetivo de trocar experiências e discutir casos clínicos nem um pouco usuais na rotina do Reumatologista. A troca de experiência é tão válida que o Clube vem ganhando novos adeptos no youtube. Agora contamos com a transmissão online, ao vivo, das sessões do clube, que acontece toda última 5a feira do mês, que inclui com a participação interativa via web dos colegas de outras regiões do estado e do país. Desse modo, expandimos conhecimento e trocamos dúvidas e questionamentos para além de terras cariocas. Essa é mais uma nova inovação da gestão da Presidente Dra. Selma Merenlender e de sua diretoria, que visa incluir e aproximar colegas Brasil e mundo afora.

Niterói

Campos

Crítica Mente

Busca bibliográfica em bases de dados científicas na área da saúde

ELIANA ROSA DA FONSECA
Bibliotecária do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestres em Ciência da Informação.

SANDRA REBEL GOMES
Professora Associada do Departamento de Ciência da Informação - DCI/UFF

VANESSA SOUZA MENDONÇA
Bibliotecária do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestres em Ciência da Informação.

RESUMO

A recuperação de informações de qualidade na área da saúde é decorrente da alta responsabilidade de seu uso. Este trabalho objetiva mostrar a complexidade de tal processo e apontar como se dão os procedimentos de busca na referida área. Apresentam-se os conceitos, as principais fontes, os vocabulários controlados, os operadores booleanos e as etapas de pesquisa. É este conhecimento que leva à autonomia do usuário no uso dos recursos de informações e de suas ferramentas para a busca bibliográfica, demonstrando, igualmente, o importante papel do bibliotecário/especialista em informação orientando e apoiando, quando necessário, tais práticas.

INTRODUÇÃO

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) vêm proporcionando mudanças significativas no conjunto de atividades que envolvem o ciclo de comunicação científica, favorecendo não só o aumento do volume de informações técnico-científicas como a reconfiguração dos serviços de armazenagem, acesso e recuperação da informação.

No tocante à informação em saúde, especificamente na área médica, um aspecto importante diz respeito ao paradigma da medicina baseada em evidências (MBE), termo cunhado em 1996 por David Sackett que significa "o uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre o tratamento do indivíduo. Isso significa integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível, proveniente da busca sistemática de informações." (SACKETT, 1996, p. 71).

Sackett, D. (2000) apud Greenhalgh, T. (2013, p. 20) relaciona as etapas essenciais da MBE. Duas destas são especificamente relacionadas à busca bibliográfica: a) Conversão de

uma necessidade de informações em questões que possam ser respondidas (i.e. formulação do problema); e b) Rastreamento das melhores evidências para responder a tais questões, as quais podem ser provenientes do exame clínico, do diagnóstico laboratorial, da literatura publicada ou de outras fontes.

A MBE se estabeleceu e seus princípios foram adotados por outras áreas da saúde, fazendo surgir a "prática baseada em evidências" (PBE). Tanto a MBE quanto a PBE estão alicerçadas na busca da informação de qualidade.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

A compreensão do universo informacional é o primeiro passo para se estar habilitado a executar com eficiência a busca de informações nos diferentes recursos disponíveis. Existem diversos conceitos aplicados a recursos informacionais[1], sendo dos mais complexos os de portal e base de dados. O primeiro significa "principal porta de entrada para navegação", sendo exemplos expressivos o Pubmed e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As bases de dados podem ser definidas como "conjuntos de dados que se relacionam entre si" (CUNHA. 2008, p. 44). Estes dados, referentes a diversos documentos (artigos, livros, teses etc), são de natureza descritiva (autoria, título, fonte, resumo, ano, assunto dentre outros). As principais bases de dados da área da saúde utilizam para descrição de assuntos dos documentos os termos padronizados de vocabulários controlados, tema que iremos tratar adiante.

Sobre a configuração dos recursos de informação, um outro aspecto fundamental é o uso dos campos de busca. Estes, em geral, estarão na busca avançada das bases de dados e seu uso significa maior controle na recuperação.

No Brasil, existem portais fundamentais na área das ciências da saúde e multidisciplinares: (Quadro 1).

Observa-se na descrição do quadro 1, um elenco de portais, alguns de acesso controlado[2] outros de acesso livre. Também indica-se quando o recurso conta com o uso dos termos padronizados, descritor de assunto ou *Mesh terms* para recuperação dos documentos por assunto.

VOCABULÁRIOS CONTROLADOS

As 'palavras-chave' referem-se ao assunto principal do documento e são indicadas pelos autores junto aos resumos de seus artigos não obedecendo a qualquer padronização. Já os 'descritores de assunto' são termos padronizados, ou seja, estabelecidos por linguagens documentárias adotadas pelo editor da revista ou da base de dados.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS[4]) são de responsabilidade da Bireme[5], sendo uma tradução do *Medical Subject Headings* (MESH[6]) este desenvolvido pela National Library of Medicine. O DECS incorporou aos termos médicos traduzidos do MESH e acrescentou termos referentes a assuntos das áreas da Saúde Pública, Homeopatia, Ciência e Saúde e Vigilância Sanitária.

Na busca de informações em uma base de dados, a função dos vocabulários DECS e MESH é mais ampla, pois seu uso permite o mapeamento e a identificação de termos padronizados e seus sinônimos para pesquisa não só nos mencionados Pubmed e BVS, portais que disponibilizam campos de busca para termos padronizados, como também nas demais bases de dados multidisciplinares que disponibilizam campos de busca por palavras-chave.

Os termos sinônimos (DECS) e os Entry terms (MESH) identificados nos vocabulários possibilitam buscar por assunto nos campos título (title) e resumo (abstract), tais buscas tornam a recuperação mais abrangente, pois nestes campos existem mais variações de pa-

[1]Conjunto dos meios utilizados na transferência de documentos, informações, ou dados científicos.
[2]Acesso controlado – Exigem identificação do usuário.
[3]Campos de busca para recuperação de identificados nos vocabulários controlados da área da saúde.
[4]http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt .
[5]Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.
[6]https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh

Quadro 1. Portais, bases de dados e campos de busca por assunto

PORTAL - ACESSO CONTOLADO		
Portal de Periódicos da Capes - http://www.periodicos-capes-gov-br		
Tipo	Nome e Editor	Busca por assunto
BD Referencial	Scopus (Elsevier)	Title, AbstracteKeywords
BD Referencial	Web of Science (Thompson Reuthers)	Tópico (Title, Abstract e Keywords)
Portal Saúde Baseada em Evidências - periodicos.saude.gov.br/		
Tipo	Nome e Editor	Busca por assunto
BD Referencial	Nursis Ref. Center (Ebsco)	Title, AbstracteKeywords
Resposta rápida	Dynamed (Ebsc)	Palavras ou temas
PORTAL - ACESSO LIVRE		
Biblioteca Virtual em Saúde - http://bysalud.org - (Bireme)		
Tipo	Nome e Editor	Busca por assunto
BD Referencial	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS	Busca integrada ou por Title, Abstract, Descritores
Vocabulário controlado	Descritores em Ciências da Saúde	Por palavras
Portal da Informação Eletrônica - Scielo http://www.scielo.org.php/index.php		
Revista	Scielo Periódicos	Busca integrada ou por Título, resumo e assunto
Pubmed - http://ww.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ - (NLM)		
Tipo	Nome e Editor	Busca por assunto
Base de Dados	Medline	Mesh, Title, abstract
Vocabulário controlado	Medical Subject Headings	Palavra ou termo
Portal de Texto Completo	Pubmed Central	Mesh, title, abstract
Plataforma Latters - http://lattes.cnpq.br/ - (CNPQ)		
Tipo	Nome e Editor	Busca por assunto
Diretório de pessoas	Curriculo Lattes	Palavras
Diretório de Grupos	Diretório de Grupos de Pesquisa	

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos respectivos portais (2017).

lavras empregadas pelos autores. O uso destes campos é fundamental, considerando também que as bases de dados apresentam diferentes estágios de indexação e que muitos artigos não têm atribuição dos termos DECS ou MESH.

Os termos atribuídos para as áreas da Saúde Pública e demais áreas no DECS podem não constar do MESH. Assim, como exemplo, diante da necessidade de relacionar os termos "Artrite reumatóide" e "Sistema público de saúde", ambos os vocabulários devem ser utilizados. O termo SUS é um termo da área de Saúde Pública e até o presente, abril de 2017, não consta do MESH. No quadro 2, demonstra-se o mapeamento dos termos padronizados e seus sinônimos.

Os termos em inglês devem ser aprovei-

Quadro 2. Mapeamento de Termos no DECS e MESH

Palavra-chave	Descritores e sinônimos	Mesh e Entryterms
Artrite reumatóide	**"Artrite Reumatóide"**	**"Arthritis, Rheumatoid"** OR "Rheumathoid Arthritis"
Sistema público de saúde	"Sistema Único de Saúde" OR "Sistema Únivo de Saúde (SUS)" OR SUS	**"Unified Heealth System"**

Fonte: Elaborado pelas autoras (2017)

Quadro 3. Operadores Booleanos e Recursos.

OPERADOR	ESTRATÉGIA
AND – restringe a pesquisa. Considera a interseção de termos.	"Arthritis, Rheumatoid" AND "Unified Health System"
OR – amplia a pesquisa. Utilizado para agrupar termos.	("Arthritis, Rheumatoid" OR "Rheumatoid Arthritis)
NOT – exclui da pesquisa. Utilizado para incluir termos indicados.	("Arthritis, Rheumatoid" OR "Rheumatoid Arthritis) AND "Unified Health System" NOT Japan
Parênteses ( ) – estabelecer a ordem na pesquisa e/ou estabelecer os conjuntos.	AND, OR e NOT
Truncamento * – deve ser usado imediatamente após o radical da palavra ou termo.	Reumat* (Reumatica, Reumatismo)
Aspas " " – Indicar termos compostos.	"Febre Reumática"

Fonte: Elaborado pelas autoras (2017)

tados para as demais bases de dados internacionais que não apresentam campo de busca padronizados: por exemplo, SCOPUS (Elsevier) e Web of Science (Thompson Reuthers).

ESTRATÉGIA DE BUSCA E OPERADORES BOOLEANOS

Segundo Lopes (2002, p.61), a estratégia de busca pode ser entendida como "técnica ou conjunto de regras para tornar possível o encontro entre uma pergunta formulada e a informação armazenada em uma base de dados ou recurso de informação". E depende dos operadores booleanos para que hajam os relacionamentos de termos.

Os operadores booleanos permitem o relacionamento considerando a necessidade de combinar termos (AND), combinar a união de termos (OR) e eliminar termos (NOT), no quadro 3 são descritas e exemplificadas tais funções. Além dos operadores três outros recursos são básicos na busca, com descrito no quadro 3.

Os aspectos tratados até aqui referem-se à configuração dos serviços ou sistemas de informação. Resta mencionar as etapas a serem seguidas em uma busca bibliográfica.

A busca bibliográfica pode servir a diferentes necessidades: tanto pode servir para uma tomada de decisão à beira do leito ou cirurgia, quanto para a gestão de uma atividade ou, ainda, para algum tipo de revisão de literatura.

A necessidade de pesquisa ou informação deve ser representada por uma pergunta e esta é sistematizada pelos elementos da "estratégia PICO", significando a sistematização dos elementos da pergunta de pesquisa conforme: Problema, Paciente ou Participante (P), Intervenção ou Interesse (I), Comparação ou Contexto (C) e Desfecho ou Resultados (outcomes) (O).

O quadro 4, a seguir,exemplifica a sistematização de uma pergunta mediante o uso da estratégia PICO (primeira etapa) e os termos padronizados e sinônimos identificados nos vocabulários controlados.

Pergunta: Qual o impacto da dispensação gratuita do tratamento medicamentoso para artrite reumatóide no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Como segunda etapa, deve-se defi-

Quadro 4. Mapeamento de Termos Conforme a Estratégia PICO.

	Palavras-chave	Descritores e sinônimos	Mesh e Entry terms
P	Artrite reumatóide; Sistema público de saúde	"Artrite Reumatoide"	("Arthritis, Rheumatoid" OR "Rheumatoid Arthritis)
I	Sistema Único de Saúde (SUS)	("Sistema Único de Saúde" OR "Sistema Único de Saúde (SUS)" OR SUS)	"Unified Health System"
C			
O	impacto da dispensação gratuita do tratamento medicamentoso	"Dispensário de Medicamentos" OR Política Nacional de Medicamentos OR "Distribuição Gratuita de Medicamentos"	"Drug Dispensatories" OR "National Drug Policy"

Fonte: Elaborado pelas autoras (2017)

nir as bases de dados onde as buscas serão realizadas. Para uma busca ampla e considerando a regionalidade do tema SUS, conforme o exemplo que vimos utilizando, uma primeira estratégia no portal da BVS, na base de dados LILACS e nos idiomas inglês, português e espanhol: (tw:(“artrite reumatoide”)) AND (tw:(“-sistema único de saúde” OR sus)) AND (instance:”regional”) AND (db:(“LILACS”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”))[7].

Para uma busca precisa de estudos clínicos, recomenda-se o uso do recurso Clinical Queries no portal Pubmed, ferramenta esta que permite o uso de filtros de especificidade (Narrow) ou sensibilidade (Broad), permitindo também a categorização das questões clínicas como terapêuticas, etiológicas, diagnósticas ou prognósticas.

Este tipo de busca foi desenvolvido por Haynes RB et al[8] (2011). Os filtros são previstos antes da efetivação da busca como demonstra o quadro 5.

A etapa 3 consiste na análise e seleção dos documentos. Recomenda-se guardar os resultados das buscas nos “gerenciadores de referência”, como por exemplo, o Endnote Web, Zotero, Mendeley. A etapa 4 corresponde à obtenção do(s) documento(s) na íntegra ea etapa 5 à leitura dos mesmos.

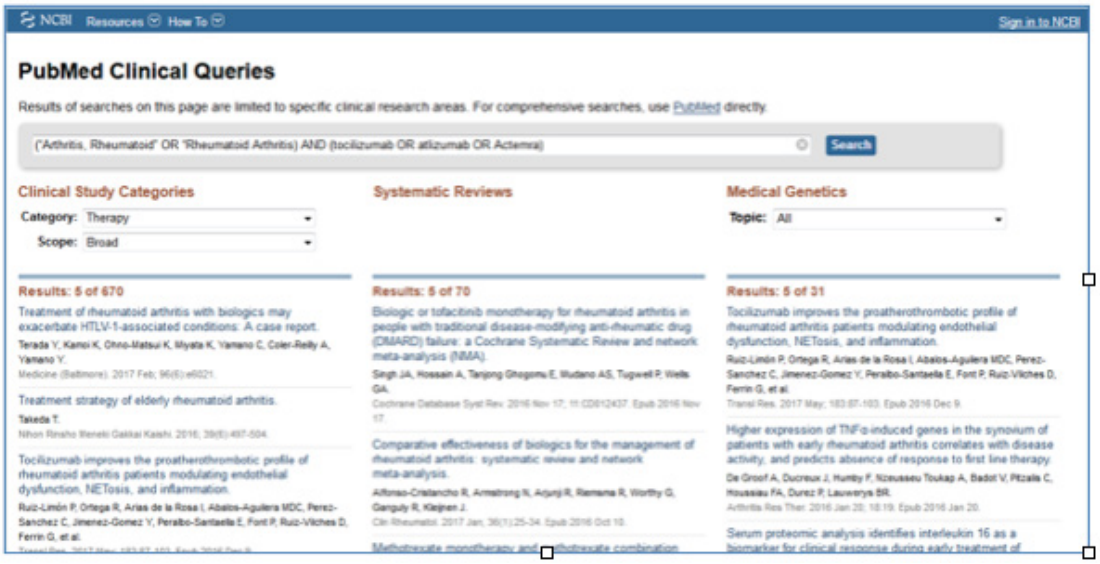


Figura 1 – Busca no Clinical Queries.
Fonte: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical (2017).

CONCLUSÃO

O processo de busca bibliográfica requer o entendimento de conceitos sobre os sistemas de informação e como estes funcionam. O uso de recursos informacionais depende dos comandos disponíveis e da ação do usuário do sistema – o pesquisador ou profissional da saúde que busca uma informação. Esta, para que seja bem sucedida, depende da clareza na definição de uma pergunta de pesquisa, da identificação dos termos que a representam e do seu uso na base de dados pertinente e que respondam à referida pergunta de pesquisa. Assinala-se, por fim, a imprescindível participação do bibliotecário/especialista em informação no apoio a tais práticas.

[7]Abreviações dos campos: tw: text word (recupera no assunto, título e resumo), db: base de dados, la: language (idioma), em (inglês), pt (português) e es (espanhol).
[8]https://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/jf04/cq_info.html

Quadro 5. Filtro da Categoria Clínica: Terapia (therapy).

Category	Optimized For	Sensitive/Specific	PubMed Equivalent
therapy	sensitive/broad	99%/70%	((clinical [Title/Abstract] AND trial [Title/Abstract]) OR clinical trials as topic [MeSH Terms] OR clinical trial [Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation [MeSH Terms] OR therapeutic use [MeSH Subheading])
	specific/narrow	93%/97%	(randomized controlled trial [Publication Type] OR (randomized [Title/Abstract] AND controlled [Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))

Fonte: *Clinical Queries*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CUNHA, M. B. D.; CAVALCANTI, C. R. D. O. Dicionário de biblioteconomia e arquivologia. Briquet de Lemos, 2008.

GREENHALGH, T. Como ler artigos científicos: fundamentos da medicina baseada em evidências. 4. ed. Artmed Editora, 2013.

LOPES, A. A. Medicina baseada em evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev Assoc Med Bras, v. 46, n. 3, p. 285-8, 2000.

LOPES, I. L. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. Ciência da Informação, v. 31, n. 2, p. 60-71, 2002.

SACKETT, D. L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, v. 312, n. 7023, p. 71-2, Jan 13 1996.

CUNHA, Murilo Bastos da. Bases de dados no Brasil: um potencial inexplorado. Ciência da Informação, [S.l.], v. 18, n. 1, jun. 1989.

Articulando

Relatório do 37º Curso de educação em saúde para portadores de doenças reumáticas.

VII Exposição do projeto Arte & Vida

Rio de Janeiro-RJ, 06 de abril de 2017

WANDA HELOISA RODRIGUES FERREIRA
Presidente do Gruparj Petrópolis

+55 21 2242 8616
gruparjpetro@oi.com.br
www.gruparjpetropolis.com.br

Cumprindo o calendário de atividades programado pela **Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) através da sua Comissão de Relacionamento com os Grupos de Pacientes**, o Grupo de Pacientes Artríticos do Rio de Janeiro em Petrópolis - **GRUPARJ PETRÓPOLIS** realizou o **37º Curso de Educação em Saúde para Portadores de Doenças Reumáticas** que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro-RJ, dia 06 de abril de 2017, no horário das 09h às 17h, no Hotel Prodigy Santos Dumont, como curso pré Jornada Rio – São Paulo.

O número expressivo de participantes, 136 presenças no total, confirma o bom resultado obtido nos cursos anteriores. Com a participação média de 70 pessoas com artrite reumatoide, diversos assuntos foram abordados que, além do aprendizado, proporcionou ao grupo maior integração e disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas e novos questionamentos. Surpreendeu o nível cultural dos participantes e o número de profissionais da área da saúde presente: educador físico, psicologia, nutricionista, enfermagem e médicos que agradeceram todo o aprendizado proporcionado pelo curso.

A metodologia utilizada para ministrar o curso foi de fácil compreensão respeitando os diversos níveis de conhecimento de cada participante. A maioria foi beneficiada com a doação do livro Educação Nutricional para Adolescentes – edição 2014. Temas importantes foram abordados no curso conforme programa em anexo destacando: "Como tornar-se pró ativo no cuidado com a Artrite, Resolução de Problemas e Introdução às técnicas para o manejo da dor". As palestras foram apresentadas de forma prática e expositiva, utilizando-se "chuva de ideias" que favorece maior dinâmica entre os participantes.

Todos compareceram bastante motivados, colocando suas reflexões sobre o que sedimentou do aprendizado, os propósitos que foram apresentados para mudanças significativas nas atividades da vida diária, conscientização e aceitação da doença e responsabilidade com o tratamento. As facilitadoras foram dinâmicas e abordaram também temas como: "Relação médico paciente, Administração de medicamentos e Novas adaptações para portadores de doenças reumáticas".

Todos os presentes participaram das dinâmicas de aquecimento mental, trocando experiências e firmando seus propósitos. Alguns outros temas e atividades foram ilustrados com algumas vivências interativas, com a participação muito animada dos presentes.

No final do curso cada pessoa fez uma

avaliação sobre o conteúdo dos temas abordados, assumindo também, compromissos viáveis para administrar a doença e seu tratamento de forma correta. Através dos depoimentos sobre o quanto o curso influenciou de forma positiva em suas vidas, celebramos o êxito do evento e confirmamos a nossa missão de educar, apoiar, orientar e reabilitar os portadores de doenças reumáticas no contexto biopsicossocial.

Finalizando, as facilitadoras do curso agradeceram a presença e participação de todos os presentes e mostraram o quanto é importante o engajamento dos pacientes em uma associação de pacientes. Não têm só que se associar, têm que participar. Ressaltaram também a importância do voluntariado como forma de doação e amor à causa.

Mais uma vez, nosso agradecimento à SBR na pessoa do seu presidente Dr. Georges Ghristopoulus pela confiança e pela credibilidade no trabalho de Educação em Saúde desenvolvido pelo GRUPARJ PETRÓPOLIS, à Dra. Selma Merenlender, presidente da SRRJ pelo apoio logístico e irrestrito para a realização do curso e da Exposição Arte & Vida com o tema "Da Realidade ao Sonho" com telas realizadas por pacientes com Artrite e que teve a curadoria do artista plástico Gilvan Nunes e e a todos os colegas reumatologistas do Rio de Janeiro, pela atenção e carinho com que nos acolheram nessa ocasião e pelo prestígio que a Sociedade Brasileira de Reumatologia e Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro dispensaram a esse curso.

A todos o nosso sincero agradecimento.

Facilitadoras do curso –
Drª. Wanda Heloisa Rodrigues Ferreira.
Drª. Geralda do Nascimento Sá

GRUPARJ PETRÓPOLIS
Grupo de Pacientes Artríticos de Petrópolis - RJ
Desde 2001 oferecendo apoio e ações socioeducativas para portadores de doenças reumáticas.

III Jornada de Reumatologia Pediátrica do Rio de Janeiro

No dia 06 de abril ocorreu a III Jornada de Reumatologia Pediátrica do RJ, organizada pela SRRJ, com apoio do CREMERJ e da SOPERJ. Esse evento se deu como pré-Jornada RJ-SP. A abertura do evento contou com a presença do presidente do CREMERJ, do Dr. Nelson Nahum; da atual presidente da SRRJ, Dra Selma Merelender; da diretora científica SRRJ, Dra Blanca Bica, e por mim, Dra Cynthia França, Presidente do Comitê de Reumatologia da

SOPERJ.

A primeira mesa foi moderada pelo Dr Bruno Leal. Dra Sheila Knupp Feitosa de Oliveira falou sobre pGALs, uma ferramenta validada para screening de patologias músculo-esqueléticas na infância; seguimos Exames laboratoriais – Quando solicitar, como interpretar e quando podem atrapalhar? (Leonardo Campos). Seguiu-se outra mesa com o grande tema: Urgências e Emergências em Reumatopediatria, presidida pelo Dr Mauro Golfarb e moderada por Rodrigo Moulin. Iniciamos por Dores nos membros (Christianne Diniz), Febre Reumática (Andrea Goldenzon), Púrpura de Henoch-Schonlein – Vasculite por IgA (Rozana Gasparelo) e, por fim, Infecções nos pacientes em uso de Imunossupressores e Biológicos, onde a Dra Ana Frota fez uma minuciosa revisão sobre o tema. Seguindo a programação tivemos uma conferência sobre Síndromes Autoinflamatórias, com a Dra Marta Felix. Retornamos após um breve intervalo com a mesa redonda sobre Osteometabolismo, presidida pelo excelentíssimo Dr Hilton Seda, com mais de 90 anos de idade e moderada pela Dra Marise de Araújo Lessa. O primeiro tema abordado foi Causas Raras de Calcificações Ectópicas (Cynthia França); seguido por Vitamina D – quando repor?, (Micheline Rayol); Baixa Massa Óssea na Infância – Como Diagnosticar? (Laura Mendonça) e finalizada por uma breve exposição sobre Hipofosfatasia (Flávio Sztajnbok). Posteriormente falamos sobre Atualização, presidida pelo Dr Joaquim Nava e moderada por Pollyana Cassimiro. A primeira aula abordamos Artrite Idiopática Juvenil (Adriana Azevedo); seguida por Lúpus de Início na Infância (Adriana Fonseca); Doença de Kawasaki (Blanca Bica) e finalizada com Síndrome de Ativação Macrofágica (Kátia Lino). Nosso dia se encerrou com uma conferência sobre Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre Diagnóstico e Tratamento da Febre Chikungunya, ministrada pela Dra Gecilmara Pilleggi, tema de grande interesse atual.

A plateia contou com cerca de 200 inscritos, Exercemos uma área de atuação recente que conta com menos de 30 especialistas atuantes no Estado do RJ, fazendo-se necessário sua divulgação para que essas entidades nosólogicas sejam reconhecidas. Nossa Jornada foi um sucesso e estamos ansiosos por começar a preparar um novo evento para vocês.

Obrigada

I Encontro de Reumatologia para Estudantes de Medicina (EREEM)

I EREEM

No último sábado, dia 27/5, aconteceu no Hotel Scorial no Catete o I Encontro de Reumatologia para Estudantes de Medicina (EREEM). Foi mais uma inovação criada pela nossa presidente, Selma Merenlender e incorporada pela nossa Diretoria. Desde o início da manhã o evento contava com a presença de mais de 80 estudantes de medicina da maioria das faculdades de medicina do Estado do Rio de Janeiro. Destacamos a presença de muitos alunos da Universidade Severino Sombra (Vassouras) e da Faculdade de Medicina de Campos (foram fretados dois ônibus para facilitar o transporte dos alunos de ambas faculdades. Após a recepção de boas vindas, o Vive-Presidente do CRM-RJ, Serafim Borges, proferiu a palestra "Novas perspectivas da Medicina no Estado do Rio de Janeiro", situando os futuros médicos em relação aos principais aspectos e desafios da nossa profissão. Logo a seguir o nosso colega Professor Paulo Handam falou sobre Medicina do Exercício, apresentando aspectos práticos sobre o tema. O momento de destaque da programação, veio a seguir: a emocionante apresentação do nosso ícone, Professor Hilton Seda, "Por que escolher a Reumatologia como especialidade?". O professor Evandro Klumb deu continuidade ao evento com a conferência "Visão geral das doenças reumáticas", que mais do que falar de Reumatologia, falou não só de Medicina, mas sobre a importância de ser humanos ao exercermos nossa arte. A Professora

Blanca Bica, nossa Diretora Científica a seguir presidiu a Mesa Redonda "Cursos de Residência e Pós Graduação e Pós Graduação para reumatologistas do Rio de Janeiro", na qual os professores Leonardo Romeiro e Rodrigo Poubel, traçaram uma panorama das opções de formação acadêmica na nossa especialidade no Rio de Janeiro. A seguir a Professora Carla Gottgtroy moderou a mesa "Importância da escolha correta da especialidade", na qual Leonardo Romeiro e Raul Spitz, psicólogo do Centro Psicanalítico do Rio Janeiro, explanaram suas visões sobre as dificuldades e desafios que os jovens médicos devem enfrentar. O coordenador do I EREEM, Carlos de Andrade, a seguir fez entrega de placas de homenagem aos professores Hilton Seda, Evandro Klumb e Leonardo Romeiro. Após o intervalo do almoço foi apresentada pela representante da SBR Lilian Azevedo uma palestra interssante sobre as perspectivas da Reumatologia no Brasil. Dando seguimento a Professora Mirhelen Abreu apresentou conferência esclarecedora sobre a integração entre ensino, pesquisa e extensão em Reumatologia. A seguir, foram apresentadas uma sequência de várias palestras sobre o mercado de trabalho para o reumatologista, presididas por Carlos de Andrade. Foram apresentados por vários colegas da SRRJ temas sobre hospitais públicos, hospitais militares, hospitais particulares, consultório, universidades particulares, indústria farmacêutica e empreendendorismo em Reumatologia. Cada um dos palestrantes exibiu suas visões que certamente contribuíram para ampliar o conhecimento não só da nossa especialidade, mas de toda a área médica de muitos destes temas. A parte final do evento, aconteceu já no final da tarde, uma discussão prática sobre ética profissional e mídias sociais moderada pela nossa Presidente e pelas nossas colegas Ingrid Moss e Mirhelen Abreu. Vários alunos elogiaram o evento e nossa Presidente pretende que seja incluído no calendário científico da SRRJ

Erudita Reumatologia

UM POEMA DE AMOR - NICOLÁS GUILLÉN
Tradução de ARY DE ANDRADE

ADELAIDE DANCOUR
Diretoria da SRRJ

Não sei, ignoro-o.
Não sei bem, não sei quanto tempo andei
sem encontrá-la novamente...
Talvez um século? Quem sabe?
Talvez um pouco menos: noventa e nove anos.
Ou um mês? Podia ser. De qualquer forma,
um tempo enorme, enorme, enorme...

Afinal, como uma rosa súbita,
repentina campânula assustada,
a notícia.
Saber de repente
que ia vê-la outra vez, e que a teria
perto, tangível, real, como nos sonhos.
Que explosão reprimida!
Que ribombo surdo
a girar-me nas veias,
explodindo em meu sangue,
numa noturna tempestade!
E o encontro, em seguida? E a maneira
de nos saudarmos, de maneira
que ninguém compreendera
que esta é a nossa própria maneira?
Apenas um roçar, contato elétrico,
um apertão conspirativo e um olhar,
um palpitar de coração
gritando, uivando em silenciosa voz

Depois
(já o sabeis, desde os quinze anos)
esse adejar contido de palavras,
palavras de olhos baixos,
penitenciais,
entre inimigos testemunhos

No entanto
um amor de “amo-o”,
de “você”, de “bem quisera,
é impossível, porém”. De “não podemos,
não, pense bem, meu amor”.
É um amor assim
um amor de abismo na primavera
Cortez, cordial, feliz, fatal...
E a despedida, então,
genérica
no turbilhão dos amigos.
Vê-la partir e amá-la como nunca,
segui-la com os olhos,
e, já sem olhos, continuar a vê-la longe,
longe, mais longe ainda,
feita de noite,
de mordedura, beijo, insônia,
veneno, êxtase, convulsão,
suspiro, sangue, morte...
Feita
dessa substância conhecida
com que amalgamamos uma estrela.

Lee todo en: UN POEMA DE AMOR - Poemas de Nicolás Guillén http://www.poemas-del-alma.com/nicolas-guillen-un-poema-de-amor.htm#ixzz2f70jJX7v

GUILLÉN, Nicolás. Lagarto Verde: antologia poética
Rio de Janeiro: Leviatã, 1992.

Anais Eletrônicos do V Encontro da ANPHLAC Belo Horizonte - 2000 - ISBN - 85-903587-1-21 Aluísio Azevedo, Nicolás Guillén e Jorge de Lima: vozes da sedução, do picarismo e da negritude no cenário latino-americano. (Suely Reis Pinheiro 1)

O romance picaresco clássico espanhol é definido por Mario González (GONZÁLEZ, 1988, p. 42) como sendo a pseudo-autobiografia de um anti-herói, o pícaro, que aparece definido como marginal à sociedade; a narração de suas aventuras é a síntese crítica do processo de tentativa de ascensão social pela trapaça; e nessa narração é traçada uma sátira da sociedade contemporânea do pícaro.

E a neopicaresca é a literatura que traz resíduos da picaresca tradicional espanhola, e o neopícaro dos últimos séculos é o pícaro com outros matizes. Continua fruto de antagonismos de classes, mas sob outras condições de opressão, de que resulta renovada forma de luta.

Vozes da sedução, do picarismo e da negritude se ouvem entrelaçadas nas obras de três autores que levam a marca da tradição picaresca espanhola: o maranhense, da cidade de São Luís, Aluísio Azevedo (1857-1913), considerado um dos maiores representantes do Realismo-Naturalismo no Brasil, Nicolás Guillén (1902-1989),originário de Camagüey, a grande voz mestiça da poesia cubana do século XX e Jorge de Lima (1893-1953), marcadamente, um dos mais influentes autores da poesia folclórica nordestina brasileira, nascido na cidade de União dos Palmares, no estado de Alagoas.

Os resíduos da picaresca no comportamento malandro do negro resultam de uma estrutura básica, onde o mais forte, o mais endinheirado, o de maior status sobrepujou e, ainda hoje, sobrepuja o mais fraco. Esta é a grande dicotomia que dominou nossa sociedade durante várias gerações, separando exploradores e explorados. É o que se vê retratado nas mais diversas obras de cunho literário, o branco dominando o negro, aparentemente conformado, sufocando-o, tornando-o submisso, levando-o a ser, ao mesmo tempo, escravo, animal e máquina, nos dizeres de Gilberto Freire.

Antologia poética I por Nicolás Guillén; Carlos Grifo
Idioma: Português
Editora: Lisboa : Editorial Presença, [1970?]

Poemas De Amor - Nicolás Guillén - Google Books
books.google.com.uy/.../Poemas_de_amor.html?id...Traduzir esta página
books.google.com.uyhttp://books.google.com.uy/books/about/Poemas_De_Amor.html?id=6lRlAAAAMAAJ&utm_source=gb-gplus-sharePoemas De Amor ...

Antologia de Poetas Bissextos

JOAQUIM NAVA
Diretoria da SRRJ

Episódio Sentimental

No terreiro tinha o mamoeiro só,
Na casa tinha a moça só.
E a moça era minha namorada…
A moça cantava
de dia e de noite.
`As vezes dançava…

Se os mamões eram verdes,
ela era verde.
Se os mamões eram amarelos,
ela era amarela.
Mas eu cogitava nos seios da moça…
Seriam tetas? Seriam mamões?
Estariam verdes? Estariam maduros?

Chegavam pássaros,
bicavam os mamões:
se estavam verdes, esguichavam leite
se estavam maduros, corria açúcar.
E nos seios da moça
ai! ninguém bicava…
Um era amarelo: teria açúcar?
um era verde: teria leite? (Meu Deus, ela é virgem!)

O mamoeiro crescia,
a moça crescia,
meu amor crescia,
a moça dançava
e os seios subiam,
eu namorava
e os mamões caíam…

Os pássaros vinham,
os dias fugiam…
Ela dançou tanto que os seios caíram…
Seriam seios? Seriam mamões?

Depois o Bicho Urucutum comeu o mamoeiro…
Comeu de mansinho
o tronco e raízes,
os mamões e as tetas
(O Bicho Urucutum era enorme e vagaroso!)

Ela nunca mais dançou,
eu nuca mais olhei,
nosso amor se acabou.

Pedro Nava. Em: Antologia dos Poetas Bissextos, Manuel Bandeira

Errata

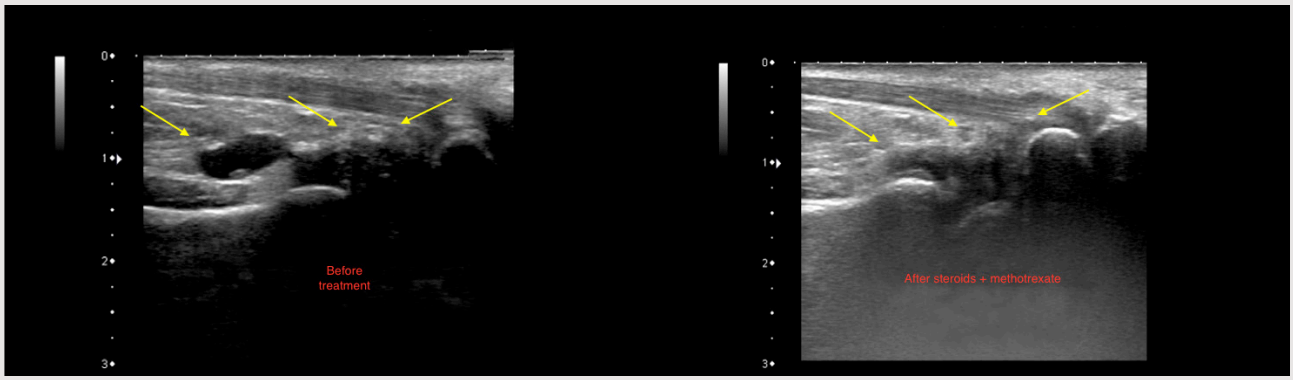
Erramos!

Esta seção é para repararmos os erros que foram cometidos na edição anterior. Esperamos que ela se torne cada vez menor! Pedimos nossas desculpas e desejamos que seja cada vez menor!

- Na capa, erramos a seqüência da edição. O correto é Janeiro/ Fevereiro/ Março 2017, Número 1, Ano XLI.

- Na coluna imaginando, erramos com as credenciais do Dr Waldir Heringer Maymone, que é médico do Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ.

Ainda na coluna Imaginando, faltou a figura 6, referida no texto, conforme segue abaixo.



- Na coluna Crítica Mente, faltaram as referencias. Seguem abaixo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montori, V., & Guyatt, G. (2002). Summarizing the evidence, Publication bias. In G. Guyatt & Rennie, D. (Eds.), Users' guides to the medical literature, (pp. 529-538). Chicago, IL: AMA Press.
2. Dawson B, Trapp R. Bioestatística Básica e Clínica, 3 Ed. 2003, p 94 – 115.
3. Glasziou P, Del Mar C. Prática clínica baseada em evidências. Livro de exercícios. 2 Ed. 2010. 212p.
4. Haynes RB. Of studies, synthesis, synopses, and systems: the 4"S" evolution of services for finding current best evidence. ACP Journal Club. 2003; 134 (2): A11 – 13.
5. Sites úteis para orientar a apreciação crítica.
    1. Bandolier: http:// www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/index.htlm
    2. Clinical evidence: http://www.clinicalevidence.com

Atenciosamente,
Comissão Editorial do Boletim

Fique por dentro de todas as novidades e notícias da Sociedade! Tudo isso no seu feed de notícias
SRRJ
Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro