



Esculápio

vol 15 (2) abr/jun 2016

ORGÃO OFICIAL DA ACADEMIA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

Mundo em crise

Enquanto era realizada a XX Jornada do Cone Sul de Reumatologia e a VII Jornada Paranaense de Reumatologia, de 23 a 25 de junho em Foz do Iguaçu, tivemos uma alteração política de grande repercussão em todo o planeta. Segundo palavras do ministro das Relações Exteriores, José Serra: “O mundo assistiu apreensivo à decisão do povo britânico, em plebiscito, pela saída da União Europeia. O Brasil respeita, mas não comemora a notícia. O projeto da União Europeia é o mais avançado processo de integração econômica e política existente. Construído sobre as cinzas da Segunda Guerra Mundial, a integração econômica que levou à formação da União Europeia trouxe paz e prosperidade à Europa Ocidental por 60 anos e tornou menos traumática a transição dos países da antiga Europa Oriental para o mundo que sucedeu à Guerra Fria.

A saída do Reino Unido abala o relativo consenso pró integração que predominou na Europa há décadas e alenta as forças desagregadoras no continente. Amplia a incerteza e terá efeito negativo sobre o crescimento no Reino Unido, na União Europeia e na economia mundial, em momento no qual os países europeus, ainda fragilizados pela crise iniciada em 2008, buscavam retomar o crescimento.”

Sobre o nosso país o ministro ainda declarou: “O Brasil não será muito afetado diretamente. É pequena a participação (1,52%) do mercado britânico nas nossas exportações. Mantém-se também a expectativa de que os investimentos britânicos continuem a buscar as oportunidades por aqui. A situação externa da economia brasileira, com reservas elevadas e superávit comercial, reduz os riscos para o Brasil. Sofremos um pouco mais com a instabilidade de curto prazo dos mercados financeiro e cambial e com o impacto negativo de médio prazo para o crescimento no Reino Unido e na União Europeia. De nossa parte, redobramos os esforços para concluir o acordo de associação Mercosul-UE e nos empenharemos em buscar acordos de comércio e investimentos com o Reino Unido.”



Que crise?



XXXIII Congresso Brasileiro de Reumatologia a ser realizado em Brasília, de 24 a 27 de agosto, terá o tema: “Reumatologia e Arte”. Segundo a presidente Prof^a Dr^a Licia Maria Henrique da Mota esse Congresso trará um enfoque inovador com uma proposta integrativa entre a Medicina e a Arte. Apoiando-se na tradição dos grandes eventos antecedentes, foi mantida a estrutura científica dos congressos, que tanto tem agradado aos reumatologistas, mas com a inclusão de diversas inovações, para tornar as discussões mais dinâmicas e práticas: múltiplas oficinas, cursos e workshops; enfoque nas produções científicas nacionais, com temas livres apresentados de forma horizontal durante a grade; diversas sessões polêmicas e discussões de casos clínicos (que em uma paródia dos aspectos políticos de Brasília, foram denominadas de CPIs e Operações), entre muitas outras novidades.

A Academia Brasileira de Reumatologia fará a sua reunião nesse Congresso com a eleição de uma nova gestão que será empossada durante o evento.

Aguardamos todos os acadêmicos nesse grandioso evento!

ESCOLÁPIO

Orgão Oficial da Academia Brasileira de Reumatologia



DIRETORIA BIÊNIO 2015-2016

PRESIDENTE

Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro

PRESIDENTE ELEITO

Mário Newton Leitão de Azevedo

SECRETÁRIO GERAL

Washington Bianchi

2º SECRETÁRIO

Izaías Pereira da Costa

TESOUREIROS

1o. *Antonio Carlos Ximenes*

2o. *Lauredo Ventura Bandeira*

DIRETORIA CIENTÍFICA

Coordenadores:

Aloysio J. Fellet

Membros:

Elizabeth Andrade Tavares (in memoriam)

Helenice Alves Teixeira Gonçalves

José Carlos Almeida Pernambuco

Fernando S. Cavalcanti

Geraldo da Rocha Castelar P. Filho

Wanda Heloísa Rodrigues Ferreira

Paulo Madureira de Pádua

José Marques Filho

CONSELHO DELIBERATIVO

Membros da Diretoria (ex-Presidentes)

Roberto Carneiro

Aloysio J. Fellet

Rubem Lederman (in memoriam)

Geraldo W. S. Gonçalves

Ueliton Vianna

Lipe Goldenstein (in memoriam)

Adil Muhib Samara

Geraldo Gomes de Freitas (in memoriam)

Walber Pinto Vieira

João Francisco Marques Neto

MEMBROS CONSELHEIROS

Swami J. Guimarães

Elizia Fernandes Lima

Carlos Eduardo Cury

Geraldo Furtado

José Eduardo Gonçalves

BOLETIM ACADÊMICO

Conselho Editorial

José Knoplich

SITE DA ACADEMIA

<http://www.academiareumatol.com.br>

Editado Pela Medgraf

knoplich@uol.com.br

EDITORIAL

Entre reumatologistas não há crise

Mais uma vez, como era de se esperar, o sucesso do ReumaRio superou as expectativas tanto no número de inscrições, como também na qualidade da programação. Foi um encontro que trouxe as novidades da área da reumatologia, um verdadeiro “up to date” e, como de praxe, a ABR prestigiou o evento. Foi aberto uma sessão na qual foram homenageados o Prof. Dr. e acadêmico Hilton Seda pelos seus 90 anos e os fundadores cariocas que receberam um diploma referente a ABR. O Prof. Dr. Hilton Seda nos brindou com uma ótima palestra e posteriormente a Profa. Verônica Vilela, da UERJ, falou sobre a Síndrome de Guillan-Barré de uma maneira brilhante.

Ainda sobre a ABR, mas saindo da área de homenagens, a atual diretoria vem trabalhando, junto à receita federal, na regularização do CNPJ para que se possa enviar as anuidades do corrente ano. Nosso tesoureiro Antônio Carlos Ximenes vem tentando uma solução para este impasse e esperamos que o mesmo seja resolvido até o nosso próximo Congresso Brasileiro de Brasília, em agosto próximo.



Tivemos também a XX Jornada do Cone Sul de Reumatologia ocorrida em Foz do Iguaçu, de 23 a 25 de junho e organizada pelo Prof. Dr. Marco Antonio Rocha Loures, Secretário Geral da ABR que trouxe uma programação científica pautada em apresentações e discussões sobre atualização na clínica, no diagnóstico e na terapêutica, assim como nas dificuldades do dia a dia do consultório.

E para terminar, o agradecimento da nossa diretoria aos acadêmicos e incansáveis Aloysio J. Fellet, José Knoplich e Antônio Carlos Ximenes que vêm ajudando bastante para que a nossa ABR consiga ir em frente.

Nos veremos em Brasília. Saudações.

Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro
Presidente da ABR

Reumatologistas conectados com a saúde pública

Em outubro de 2015, durante a reunião da Academia Brasileira de Reumatologia, ocorrida em Curitiba, o tema cultural do encontro, que é chamado de Tertúlia, foi apresentado pelo ex-prefeito de Maringá, Ricardo Magalhães Barros.

Na ocasião foi levantada uma polêmica entre os acadêmicos da ABR sobre suas declarações, segundo a visão de que os pacientes deveriam receber os medicamentos se e somente se participassem ativamente da sua recuperação da saúde como um todo. A dúvida principal da doação de medicamentos pelo SUS, sem nenhum custo, é que os pacientes não se comprometem na prevenção e nos cuidados assistenciais à sua própria saúde.

Ricardo Magalhães Barros, que em 1988 foi eleito o prefeito mais jovem de Maringá, com então 29 anos, hoje é ministro da saúde do governo Temer.



Síndrome de Guillain-Barré no Brasil

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ainda é o país mais afetado pelo vírus Zika. Esse atual cenário afeta diretamente os números de casos da síndrome de Guillain-Barré, uma doença universal que já acomete 34 países com uma incidência de 1 a 4 casos por 100.000 habitantes.

Trata-se de uma síndrome aguda, provavelmente de origem autoimune, classificada dentro do grupo das doenças que afetam o sistema nervoso. A síndrome causa um processo inflamatório que altera a condução do estímulo nervoso ocasionando fraquezas e paralisias. A maior manifestação clínica é a fraqueza, tanto nos braços como nas pernas, iniciando nos membros inferiores. Os músculos intercostais, do tronco, do pescoço também são acometidos, porém mais tardiamente. Esses sintomas ocorrem em um terço dos pacientes, gerando um grande desconforto muscular.

A doença atinge pessoas de ambos os sexos e todas as idades, além dos antecedentes de infecções bacterianas ou virais do trato respiratório e gastrointestinal que estão entre os 60% a 70% dos casos.

Vários vírus estão sendo implicados como causadores da Síndrome de Guillain-Barré, tais como Epstein Barr, Citomegalovírus, HTLV-1, Vírus da imunodeficiência humana. Além disso, o aumento do número de casos no país em indivíduos infectados pelo Zika vírus nos fez analisar a forte associação entre a síndrome e o vírus.

O diagnóstico é clínico e conta com alguns exames complementares como o exame do líquido cefalorraquidiano e a eletroneuromiografia. A análise do líquido cefalorraquidiano demonstra elevação importante da proteína com número de células normais ou próximo do normal, já que o aumento máximo de proteínas no líquido

cefalorraquidiano acontece após quatro a seis semanas do início dos sintomas da doença. Já a eletroneuromiografia – estudo dos nervos periféricos e músculos – apresenta dados da condução nervosa.

Geralmente, 90% dos pacientes apresentam uma excelente evolução com melhora clínica em até 18 meses após o início da doença. Em apenas 2% dos casos, a fraqueza pode evoluir para total paralisia levando o paciente ao óbito por falência respiratória em alguns dias. Nesses casos, a necessidade de suporte ventilatório e a ausência de melhora funcional três semanas após a doença ter atingido o pico máximo são sinais da evolução grave da síndrome de Guillain-Barré. A evolução clínica da doença nas crianças ocorre de forma diferente se comparada com os adultos, pois a recuperação é mais rápida e completa nesta faixa etária.

A síndrome de Guillain-Barré não tem uma cura específica, porém alguns tratamentos se mostraram eficazes na recuperação do paciente. Existem dois tipos de tratamento, a plasmaferese e o uso de altas doses de imunoglobulinas. Na primeira, retira-se grande quantidade de plasma do paciente, e com isso se diminui a ação autoimune da doença que agride a mielina. O tratamento endovenoso com altas doses de imunoglobulinas também pode ser utilizado e costuma apresentar os melhores resultados, pois apresenta respostas mais rápidas com menos complicações, sem restrições de idade.

Além disso, o tratamento de suporte também é essencial para os pacientes, pois na falência respiratória o indivíduo precisa ser tratado em unidades de terapia intensiva e respiração mecânica. É recomendado um acompanhamento de fisioterapia para estimular a movimentação passiva das articulações durante todo o período de recuperação para evitar deformidades

Jogos Olímpicos do Rio e o surto de zika

Em fevereiro deste ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou situação de emergência internacional pelo surto da síndrome congênita da zika em fetos. É preciso atenção: desde a criação da OMS, há 68 anos, esta é a quarta vez que o órgão decreta uma situação de emergência global em saúde.

Em abril, a OMS anunciou haver consenso científico de que o vírus da zika causa síndrome congênita nos fetos, quadro clínico que, comumente, descrevemos como microcefalia. Já são quase 2.000 crianças diagnosticadas com a síndrome, e há mais de 7.000 notificações de casos suspeitos.

Se antes havia um risco caracterizado como uma emergência global, como não haveria razão para adiar ou transferir a Olimpíada?

Houve quem apresentasse cálculos de que é perto de zero o risco de um visitante ser infectado por zika. Mas como anunciar taxas de risco se não sabemos qual é a taxa de ataque do vírus na população?

Como, então, se proteger, já que muitos casos de zika são assintomáticos? Talvez não visitando áreas empobrecidas e man-



tendo abstinência sexual no Brasil.

Na carta enviada a OMS pela profa. de bioética Debora Diniz da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética não foi pedida a restrição de movimento entre as fronteiras para conter a epidemia, mas sim cautela em tempos de risco. A questão fundamental é: convidaremos 500 mil pessoas para visitar o Rio, cidade com a segunda maior taxa de notificação por zika?

As mulheres grávidas também podem estar presentes ou contrair a zika por intermédio de seus parceiros.

Por isso é importante esclarecer a todos os homens viajantes de países em que haja restrição ao planejamento familiar ou ao aborto que suas companheiras também se encontrarão em risco se vierem a engravidar.

O aborto é criminalizado em 67% dos 206 países participantes da Olimpíada. Temos ou não um problema de saúde global, cujas vítimas são as mulheres?

o cérebro e o aprendizado

Iván Izquierdo

O cérebro humano encarrega-se de nossos aprendizados e das memórias que deles formamos. Não nasce em sua forma definitiva: amadurece aos poucos, de maneira pontual, regional e especializada. Cada memória, cada coisa que aprendemos, também vai sendo amadurecida aos poucos, em boa parte devido a essas transformações plásticas. Elas se devem, em geral, a sinapses que crescem ou diminuem de tamanho por incorporação ou desincorporação de tal ou qual componente, normalmente alguma proteína. As transformações que isso implica nos neurônios decorrem de sua plasticidade, característica que pode ser definida como a capacidade de mudar sua estrutura e, por conseguinte, sua função como resultado da(s) experiência(s).

Em muito menor grau, e só em três ou quatro regiões restritas do sistema nervoso, as transformações podem resultar da multiplicação de neurônios, em parte secundária ao exercício físico e ao consequente aumento do fluxo sanguíneo cerebral que ele causa. (A multiplicação neuronal não tem nada a ver com plasticidade.) Em sua imensa maioria (98% dos casos ou mais), os neurônios não se reproduzem.

As estruturas nervosas que temos ao nascer não são apropriadas nem suficientes para adquirir e sediar os conhecimentos que viremos a ter mais tarde, seja no fim da infância (8 a 10 anos), na puberdade (10 a 13 anos), na adolescência (13 a 20 anos) ou na idade adulta (que, segundo a maioria, começa a partir dos 20 anos). Em cada idade aparecem, amadurecem e desenvolvem-se diferentes estruturas sinápticas na maior parte das regiões cerebrais. Os neurônios e as conexões entre eles não são os mesmos nas diversas áreas do córtex cerebral em cada uma dessas idades.

Com certeza, há enormes diferenças individuais, muitas delas resultantes dos estímulos próprios do meio em que se vive. É sabido que o desenvolvimento do sistema nervoso obedece, em grande parte, à natureza dos estímulos que recebe ao longo da vida. Uma carência geral de estímulos pode causar o subdesenvolvimento de grandes áreas cerebrais; já um ambiente enriquecido em estímulos (e demandas) é acompanhado de um desenvolvimento maior. Esse é um processo notavelmente comum a todos os animais, dos quais nós, seres humanos, somos apenas um gênero dos primatas.

Não é igual aquilo que uma criança de 10 anos criada no interior da floresta amazônica “enxerga” na ilustração de um livro ou em determinada imagem da vida real ao que “vê” outra de mesma idade, peso, estatura, grupo étnico e estado alimentício, mas criada em um ambiente urbano e com boa escolaridade. Há muitas décadas que, por exemplo, os outrora celebrados “quocientes de inteligência” (QIs) foram criticados e condenados à sua virtual desaparecimento quando aplicados a grupos humanos de procedência diversa: os filhos de negros pobres do Sul dos Estados Unidos “enxergavam” (“interpretavam”) de forma muito diferente a imagem de um iate ou de um casarão do que os filhos de gente rica e culta da classe alta de Nova York, frequentadores das melhores escolas. Não por terem mais ou menos inteligência, mas sim por terem uma experiência e uma noção diferente do objeto ou imagem observada e seus usos.

Nós, aqui no Brasil, enxergamos as neves artificiais natalinas com olhos muito diferentes daqueles que aplicam sobre elas os habitantes dos países nórdicos da Europa ou da América. Uma praia quer dizer algo muito diferente para um carioca do que para um habitante de Oslo. As mesmas diferenças aplicam-se aos habitantes das duas regiões de idades diversas; não é a mesma coisa enxergar uma praia

para um adulto de Oslo que possa viajar para o Brasil, ou para um brasileiro adulto que possa viajar à Noruega, que para uma criança de 5 anos que não sabe o que é viajar.

Portanto, é importante adequar o ensino à capacidade do cérebro dos educandos para adquirir tais ou quais conhecimentos ou até habilidades de acordo com a idade e com o “habitat” em que se administra esse ensino. Sem dúvida, ao planejar atividades cognitivas em grupos humanos heterogêneos, como são os de qualquer conjunto de jovens de 10 a 14 anos, não podemos então nos deter, no nível de planejamento, às peculiaridades de cada indivíduo. Essa difícil tarefa, chegado o momento, deverá ser reservada para as análises individuais dos membros da população em questão.

Em termos muito gerais, na idade compreendida entre 10 e 14 anos, as crianças encontram-se, no início, a meio caminho entre a fase final da infância (3-4 a 10 anos) e o início da puberdade (10 a 13 anos), havendo, é claro, grandes diferenças individuais. Há crianças que iniciam “mentalmente” (cerebralmente) sua puberdade com 9 anos, enquanto outras o fazem apenas no final dos 13 ou já aos 14 anos, quando a maioria de seus colegas de aula estão em plena adolescência. Os interesses e o tipo de vida que levam uns e outros podem ser muito diferentes. Não é incomum ver meninas de 13 ou 14 anos que ainda brincam com bonecas, enquanto suas colegas de aula já têm namorado. Será muito diferente ensinar um teorema ou um trecho de um livro de história para umas e para outras, e também o será a interpretação que umas e outras farão da realidade, a qual será, por sua vez, permeada pelo meio humano e pelo tipo de estímulos que as rodeia.

Entre 3-4 e 10 anos, ocorre um crescimento importante do córtex dos lobos parietal e temporal. A partir de determinado momento, por volta de 6 ou 7 anos, as crianças tornam-se capazes de examinar um mapa e transpor mentalmente a realidade a ele; antes disso, não são capazes de fazê-lo. Isso depende do surgimento ou da maturação de certas sinapses dos córtices temporais e parietais; antes dessa maturação, resulta-lhes impossível examinar e interpretar um mapa; em determinado dia ou dois, conseguem fazê-lo como o farão a partir desse momento pelo resto da vida. Na infância, também ocorre uma melhora rápida e mais ou menos repentina da atenção: quem não recorda como voltaram “mais inteligentes (mais atentos, mais aplicados) os alunos A, B e C” depois do período de férias?

O mesmo acontece com as línguas. Devido à maturação das áreas corticais vinculadas à sua aprendizagem e à formação de memórias pertinentes a ela, passarão a aprender e lembrar-se de palavras ou frases próprias de determinado idioma que estão aprendendo, o que um ou dois dias antes não conseguiam.

Na puberdade, geralmente entre 10 e 13 anos (alguns começam antes, outros terminam depois), há um desenvolvimento acelerado do lobo frontal, sobretudo de sua porção mais anterior, chamada de córtex pré-frontal. Isso permite uma rápida melhora no controle de impulsos e no raciocínio.

O aumento do raciocínio e da capacidade de fazer julgamentos de valores permite o rápido desenvolvimento do raciocínio abstrato, que costuma deslanchar na adolescência e atingir seu apogeu na idade adulta.

Burnout: A síndrome de exaustão no trabalho

Prof. Dr. Mario Louzã

A síndrome de burnout (literalmente, “algo que queima até não sobrar nada”), também chamada de exaustão ou esgotamento, vem sendo cada vez reconhecida nas diversas profissões, sendo consequência do excesso ou sobrecarga de trabalho, embora não seja ainda reconhecida como doença pela Organização Mundial da Saúde.

Como o próprio nome diz, a pessoa se sente literalmente exausta, esgotada física e psicologicamente, seja por causa do número de horas trabalhadas, seja pelo estresse provocado pelas condições de trabalho. Burnout provavelmente sempre existiu, basta lembrar as condições de trabalho dos operários na Revolução Industrial, no século XIX, chegando a 16-18 horas diárias, sem um período estipulado de descanso. Ao longo do século XX, leis foram criadas para proteger o trabalhador e reger a duração do dia de trabalho, os horários de descanso e os dias de folga, bem como a utilização de equipamentos para reduzir o risco de acidentes.

Na atualidade, o uso crescente de recursos tecnológicos e da informática mudou novamente o modo de trabalhar; a aceleração da velocidade de comunicação e a integração global trouxe novamente a demanda por muitas horas de trabalho em geral, sob forte pressão de desempenho. Nestas condições surge novamente a exaustão, caracterizada pelo desânimo, dificuldade de raciocínio, ansiedade, preocupação, irritabilidade, sensação de incapacidade ou inferioridade, alterações do sono, diminuição da motivação e da criatividade, aparecimento de transtornos mentais e doenças físicas.

Uma consequência frequente é o uso de drogas (álcool, tabaco, além das drogas ilícitas) como forma de alívio. É importante estar alerta a esta situação que agravará ainda mais a condição física e mental do indivíduo. O mesmo pode ser dito da automedicação.

Além das condições adversas e estressantes de trabalho, algumas características da personalidade são consideradas importantes para o aparecimento da síndrome de exaustão. Pessoas muito competitivas,

ambiciosas, com dificuldade para delegar, absorvendo tudo para si, fazendo do trabalho sua única atividade têm maior chance de desenvolver exaustão.

Por outro lado, pessoas inseguras, necessitadas de reconhecimento pelos outros, com dificuldade de colocar limites e abrindo mão de suas próprias necessidades também estão mais vulneráveis ao Burnout.

Bem, e o que fazer para prevenir a síndrome de exaustão? A primeira e óbvia recomendação é: descanso físico e mental. O equilíbrio entre o trabalho e as atividades físicas, de lazer, o encontro com os amigos e outras é o primeiro passo. Mudanças de atitudes, de expectativas, de hábitos de vida podem também auxiliar na prevenção.

Nos casos em que a síndrome de burnout já está instalada, recomenda-se buscar auxílio médico especializado, para avaliação do quadro e orientação quanto ao tratamento. Especialmente no caso das pessoas cujas características de personalidade as tornam mais propensas ao Burnout, a psicoterapia é um complemento importante, pois o problema está muitas vezes ‘dentro’ da pessoa e não tanto em suas condições de trabalho.



Prof. Dr. Mario Louzã é médico psiquiatra, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), doutor em Medicina pela Universidade de Würzburg, Alemanha, e Membro Filiado do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Hipertensão arterial: quem tem?

A hipertensão arterial é um problema comum na saúde dos brasileiros. Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, 24,3% da população adulta é acometida pela patologia que consiste na resistência do coração ao bater, sobrecarregando tanto o coração quanto os vasos sanguíneos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, cerca de 50% dos hipertensos não sabem que têm a doença e apenas 25% aderem ao tratamento.

O cardiologista Henrique Branisso, do Hospital do Coração do Brasil, em Brasília, comenta que esse problema de saúde é crônico e os sintomas são raramente identificados. Nos poucos casos em que são detectados, são eles: dor de cabeça, mal-estar e desconforto na região do tórax. “A hipertensão não tem uma causa única e sim multifatorial. Depende da genética, da alimentação rica em sal por anos, envelhecimento, obesidade, sedentarismo e alcoolismo. A doença não surge de uma hora para outra e sim, lentamente, ao longo dos anos”, comenta o médico.

A prevalência da hipertensão é similar em ambos os sexos, mas o especialista afirma que os homens se cuidam menos devido ao estilo de

vida, e, por isso, têm maior propensão para o desenvolvimento da doença. “As mulheres são mais preocupadas com a saúde, procuram aferir a pressão e buscam atendimento médico com maior frequência. Os homens são mais relaxados”, explica. “A hipertensão pode atingir até 75% das pessoas com mais de 70 anos”.

Dr. Henrique diz que atualmente existem muitos medicamentos que ajudam a combater a patologia. “Infelizmente apenas em raros casos a hipertensão tem cura. Atualmente, existem muitos tipos diferentes de medicamentos eficazes no tratamento. Porém, em alguns casos, apenas um remédio pode não ser suficiente para controlar a pressão havendo a necessidade de ingestão de dois ou mais comprimidos diferentes. Por isso, é sempre bom ter um acompanhamento médico regular”, finaliza.

O especialista dá algumas dicas de prevenção:

Manter o índice de massa corporal abaixo de 25; evitar comidas gordurosas e ricas em sal (sódio); beber bastante água; se for jovem, procurar investigar a doença o mais cedo possível; não fumar; fazer atividade física.



Prêmio Dr. João Manuel Cardoso Martins

Durante a programação da XX Jornada do Cone Sul de Reumatologia, que ocorreu de 23 a 25 de junho, em Foz do Iguaçu, foram apresentados os vencedores do Prêmio Dr. João Manuel Cardoso Martins.

A iniciativa da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR), elaborada no ano de 2014, em memória do reumatologista que dá nome ao concurso, visou despontar a verve literária e revelar novos talentos entre os médicos associados às entidades de todo o Brasil, por meio de textos literários não científicos, apresentados na forma de crônicas, sátiras, minicontos e historietas.

Os trabalhos inscritos deveriam ser publicações inéditas e de tema livre. Dentre os critérios adotados para a premiação estavam: a qualidade gramatical, estrutura e conteúdo, recursos de articulação e criatividade.

- 1º Lugar: *O Cálice afastado* – Dr. Fernando Neubarth
- 2º Lugar: *A aposta do amor (im)perfeito* – Igor Thiago Xavier Interliche
- 2º Lugar: *Náufrago* – Dr. Sergio Cândido Kowalski
- 3º Lugar: *Meu encontro com Edgar Alan Poe* – Dr. Roberto Antonio Carneiro

Aconteceu no ReumaRio

Na reunião da ABR no Reuma Rio em 30/04/2016 foi realizada uma homenagem ao acadêmico Prof. Dr. Hilton Seda, que na oportunidade falou sobre a fundação da Academia, em 1981, e daqueles que pertenceram e ainda pertencem à Reumatologia do Rio de Janeiro. O Prof. Hilton Seda foi escolhido por ser o decano da Reumatologia Brasileira e ainda o mais antigo em atividade na Academia.

Foi outorgado a ele o título de fundador Emérito da ABR.

Na oportunidade foram também homenageados acadêmicos fundadores que ainda são ou foram da Reumatologia do Rio de Janeiro, pessoalmente ou pela presença de seus filhos.



1. Acadêmico Emérito fundador Ueliton Vianna e sua esposa Marli Vianna com o presidente da ABR Joaquim J. Nava Ribeiro.
2. Acadêmico Emérito fundador Ronaldo Batista e sua esposa Tereza Batista.
3. Acadêmico Prof. Dr. Hilton Seda recebendo o título de Acadêmico Fundador Emérito, entregue pelo presidente da ABR, Joaquim J. Nava Ribeiro e pelo Acadêmico Aloysio Fellet.
4. Dr. José Vertzman, atual presidente da SRRJ, recebendo o título de fundador Emérito em nome de seu pai, Acadêmico Luiz Vertzman.
5. Acadêmico Geraldo Castelar Pinheiro recebendo o título de fundador Emérito em nome de seu pai, Acadêmico Geraldo Castelar.
6. Acadêmico Washington Bianchi e sua mãe Siva Bianchi recebendo em nome de seu pai, fundador Waldemar Bianchi.
7. Acadêmico Fundador Emérito Aloysio Fellet, sua esposa Regina Fellet, sua neta reumatologista Louise Fellet, membro também da SRRJ, recebendo seu título, acompanhados do presidente da ABR Joaquim J. Nava Ribeiro.



A Epidemia de obesidade cresceu de forma alarmante nas últimas quatro décadas

A The Lancet publicou seus achados provenientes de uma nova análise exaustiva das tendências globais, regionais e nacionais do IMC, em adultos, entre 1975 e 2014.

Nos últimos 40 anos houve um aumento alarmante no número de pessoas obesas em todo o mundo, passando de 105 milhões em 1975 para 641 milhões em 2014, de acordo com a investigação "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants". Este trabalho, que foi realizado em 186 países e publicado recentemente pela The Lancet, consiste em uma profunda análise sobre as tendências globais, regionais, e nacionais do índice de massa corporal em adultos entre 1975 e 2014.

De acordo com Majid Ezzati, professor do Imperial College de Londres e principal autor do estudo, o baixo peso corporal segue sendo um problema grave de saúde pública nas regiões mais pobres do mundo. Em 1975, as pessoas com peso inferior ao normal superavam em número aos obesos. Entretanto, a situação mudou radicalmente em 1994 e, atualmente, existem em nosso planeta mais pessoas obesas do que com baixo peso.

Esta investigação, que utilizou 1698 fontes de dados baseados em uma população com mais de 19.2 milhões de participantes adultos (9.9 milhões de homens e 9 milhões de mulheres) em 186 países, encontrou que a proporção dos homens obesos triplicou (de 3,2% para 10,8%), e a proporção de mulheres obesas mais que duplicou (de 6,4% para 14,9%) desde 1975. Ao mesmo tempo, a proporção de pessoas com baixo peso diminuiu cerca de um terço entre os homens (13,8% a 8,8%) e mulheres (14,6% a 9,7%), no mesmo período.

Concretamente, os 700 especialistas que participaram desta investigação global encontraram que, durante as últimas quatro décadas, a média de IMC (padronizado por idade) aumentou de 21.7kg / m² para 24,2 kg / m² nos homens e de 22.1kg / m² para 24,4 kg / m² nas mulheres, o que equivale a um aumento de peso populacional de 1,5 kg por década. Se esta taxa de obesidade continuar neste ritmo, em 2025 aproximadamente um quinto dos homens (18%) e das mulheres (21%), em todo o mundo, serão

obesos, sendo que mais de 6% dos homens e 9% das mulheres serão severamente obesos (35 kg / m² ou mais). Outro dos dados destacados foi o de que dos 641 milhões de obesos que existem no mundo, 266 milhões são homens e 375 milhões são mulheres. As nações com mais homens obesos são a China, Estados Unidos, Brasil, Rússia, Índia e México, sendo as que mais possuem mulheres obesas são: a China,

Estados Unidos, Índia, Rússia e Brasil.

Como conclusão, este estudo global expressa que para fazer frente a este grave problema é necessária a implementação de políticas sociais consistentes, focadas na redução da obesidade, na melhora da segurança alimentar em regiões pobres e no evitar do consumo excessivo de carboidratos processados e outros alimentos pouco saudáveis em todo o mundo.

INSCRIÇÕES ABERTAS NO SITE
sbr2016.com.br

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

1. CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM REUMATOLOGIA PARA O CLÍNICO
2. CURSO DE REVISÃO PARA REUMATOLOGISTAS
3. EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS EM REUMATOLOGIA
4. CURSO E EXAME DE CERTIFICAÇÃO EM DENSITOMETRIA ÓSSEA – ABRASSO
5. IMUNOLOGIA APLICADA A REUMATOLOGIA: NOVOS ALVOS TERAPÊUTICOS
6. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA EM REUMATOLOGIA
7. ODONTOLOGIA APLICADA À REUMATOLOGIA
8. CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL
9. DOR EM REUMATOLOGIA
10. ULTRASSONOGRAFIA NA REUMATOLOGIA MÓDULO INTERMEDIÁRIO E AVANÇADO
11. INSIDE JOB: ANÁLISE CRÍTICA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS E TRABALHO EDITORIAL

BRASÍLIA 2016
XXXIII Congresso Brasileiro de Reumatologia
REUMATOLOGIA E ARTE

DE 24 A 27 DE AGOSTO | Brasília 2016 | sbr2016.com.br

Lei Antifumo completa 7 anos em São Paulo

No aniversário de sete anos da publicação da Lei Antifumo paulista, levantamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo aponta que já foram realizadas, até o final de abril, mais de 1,5 milhão de inspeções feitas pela Vigilância Sanitária Estadual em parceria com o Procon-SP e aplicadas 3.520 multas em estabelecimentos comerciais para combater o tabagismo passivo, terceira causa de morte evitável segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde).

O índice de cumprimento da legislação é de 99,7% dos estabelecimentos vistoriados desde agosto de 2009, quando a restrição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo passou a vigorar.

As regiões que tiveram maior número de infrações são a capital paulistana, com 991 multas, Baixada Santista (337), Grande ABC (268) Campinas (255), e Araraquara (159). O ranking das cinco regiões contabiliza 2.010 autuações, o que representa 57,1% do total de multas aplicadas em todo o Estado desde 2009.

Segundo o balanço da Secretaria, uma a cada cinco multas aplicadas nesses cinco anos foram fruto de denúncia da população. As queixas podem ser feitas pelo telefone 0800-771-3541,

A Lei Antifumo proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco em locais total ou parcialmente fechados. O valor da multa por descumprimento à lei é de R\$ 1.777,50, e dobra em caso de reincidência. Na terceira vez, o estabelecimento é interdito por 48 horas, e na quarta o fechamento é por 30 dias.

“A lei tem um importante caráter de prevenção e promoção da saúde, garantindo ambientes livres de tabaco e combatendo, principalmente, o tabagismo passivo, que é a terceira causa de morte evitável no mundo. A população paulista entendeu e apoiou, e o resultado se reflete no alto

índice de cumprimento pelos estabelecimentos comerciais em todo o Estado”, afirmou a diretora da Vigilância Sanitária Estadual, Maria Cristina Megid.

Menos internações

Um estudo realizado pelo Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da FMUSP revelou que multiplicou por três a velocidade com que caíram o número de internações por doença cardiovascular e acidente vascular cerebral após a entrada em vigor da Lei Antifumo no Estado de São Paulo, em agosto de 2009.

O estudo é o primeiro do gênero já realizado no Brasil e usou como base as internações por doença cardiovascular e por acidente vascular cerebral ocorridas no SUS antes e depois da Lei Antifumo.

De acordo com a pesquisa, no período entre agosto de 2005 e julho de 2009, a queda na taxa de internação por essas doenças era de 1% ao ano. De agosto de 2009 a julho de 2010, essa queda foi três vezes mais rápida, atingindo 3% ao ano.

“São números muito significativos e comprovam a eficácia da Lei Antifumo. A lei teve um impacto significativo na redução dos males causados pelo fumo passivo e também ajudou quem queria parar de fumar. O resultado foi a queda das internações”, afirma a cardiologista Jaqueline Scholz, diretora do ambulatório de tratamento do tabagismo do InCor.

O alto índice de cumprimento e o respeito e apoio da população à lei já vinham revelando seus benefícios à saúde pública. Estudo anterior, também realizado pelo InCor, em cerca de 700 estabelecimentos do Estado, como bares, restaurantes e casas noturnas, revelou que houve uma redução de até 73,5% nos níveis de monóxido de carbono no interior desses ambientes.



Conselho Federal de Medicina divulga recomendação n° 2 de 2016

Médicos em todo o país devem orientar seus pacientes a realizarem os exames de hepatites B e C, sífilis e HIV. Este é foco da Recomendação n° 2/2016, aprovada pelo plenário do Conselho Federal de Medicina (CFM) com o objetivo de ajudar no diagnóstico, em tempo oportuno, dessas doenças infectocontagiosas. A Recomendação foi publicada no site do CFM, em 15 de março, e enviada aos médicos brasileiros, passando a valer a partir desta data.

“No Brasil, cerca de 25% dos casos de HIV são diagnosticados quando o paciente já apresenta contagem de linfócitos CD-4 abaixo de 200 células por mm³, o que significa estado avançado de imunossupressão. É necessário facilitar a realização desses exames para aumentar a detecção precoce dessas infecções, o que possibilitará a indicação do tratamento adequado. Isto terá impacto na qualidade

de vida daqueles que forem diagnosticados, impactará na diminuição do risco de transmissão e ajudará na prevenção”, argumenta o infectologista Dirceu Greco.

O presidente do CFM, Carlos Vital, espera que a partir de agora os médicos façam a doutrina da prevenção no que diz respeito a assuntos ligados à sexualidade. “Queremos que tanto médicos, quanto pacientes, perciam a inibição de falar sobre o assunto. Ainda temos um universo grande de pessoas que sofrem com essas doenças e não estão diagnosticadas. Esperamos que, num médio prazo, aumente o número de diagnósticos e tratamentos”, afirmou. Os serviços de saúde dos Estados Unidos e da Comunidade Europeia, também orientam seus médicos a oferecerem testagem para o HIV.