



Esculápio

vol 11 (1) jun/ago 2012

ORGÃO OFICIAL DA ACADEMIA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia



O XXIX Congresso Brasileiro de Reumatologia é o maior evento da Reumatologia da América Latina. A cidade de Vitória foi escolhida para sediar o evento, nesse ano, em setembro de 2012.

A Comissão Organizadora, sob a presidência do colega José Roberto Pereira Santos, escolheu como tema principal “Ciência e Inovação”, que permitirá a discussão e o aprofundamento dos temas que mais desafiam a vivência prática no consultório do reumatologista. Na ocasião será realizado o Encontro Nacional da Academia Brasileira de Reumatologia, presidido pelo Prof. Dr. Wiliam Habib Chahade.

Panlar – novidades 2012

A Panlar é a Pan American League Against Rheumatism que reúne desde 31 de maio de 1944 as 21 Associações Nacionais de Reumatologia do continente americano: América do Norte, América Central e Caribe, e América do Sul, juntando 11500 reumatologistas atuantes e preocupados com uma prática reumatológica humanitária e com a ética na medicina.

Na Reumatologia mundial existem outras ligas afins, como a EULAR (Liga Européia Contra o Reumatismo) e a APLAR (Liga de Associações de Reumatologia da Ásia Pacífico), entre outras. Todas elas são membros da ILAR (Liga Internacional de Associações de Reumatologia).

O congresso da PANLAR foi realizado em Punta Cana (Chile), de 16 a 21 de abril de 2012, com 1300 inscritos, sendo 200 do Brasil, sob a presidência do Prof. Dr. Antonio Carlos Ximenes, ex-presidente da Academia Brasileira de Reumatologia (ABR). Na abertura do Congresso foi conferido o título de Máster Panlar ao atual presidente da Academia Brasileira de Reumatologia, Prof. Chahade.

No discurso de despedida de sua gestão, de 2010 a 2012, o Prof. Ximenes lembrou de várias atividades implantadas, que contaram com a colaboração dos presidentes da SBR: Ieda Laurindo, Geraldo Castelar e Fernando Neubarth. Nos tempos de ABR, quando citava Hipócrates com frequência, citou o mestre: “O tempo é a quarta dimensão de qualquer julgamento. O julgamento como já se sabe é difícil”. Além do que “O essencial é invisível”, como dizia Shakespeare. Também citou o Prof. Adil Samara que recém foi empossado como primeiro Master ACR do Brasil e é responsável pelo sucesso PANLAR desde a sua fundação. Lembrou dos pioneiros Ralph Pemberton, Anibal Ruiz Moreno, Pedro Nava e Geraldo Gomes de Freitas.

E, finalmente, concluiu: na Reumatologia do continente americano o Brasil, sem dúvida, está presente no pódio, tanto no aspecto qualitativo, como representa 15% do quantitativo de toda a América.

Encontro da ABR



O Encontro Nacional da Academia Brasileira de Reumatologia será no dia 21 de setembro de 2012, às 15 horas.

O coordenador do Encontro Nacional é o acadêmico Dr. Gilson Kohler.

Contatos:

Tels: (27) 3227-3708

(27) 3225-7649

Email:

gilsonkohler@bol.com.br

Durante o encontro serão escolhidos os novos acadêmicos. Interessados, favor enviar currículos para a presidência.

ESCOLÁPIO

Orgão Oficial da Academia Brasileira de Reumatologia



DIRETORIA BIÊNIO 2010-2012

PRESIDENTE

William Habib Chahade

1º VICE - PRESIDENTE

João Francisco Marques Neto

2º VICE - PRESIDENTE

Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro

3º VICE - PRESIDENTE

José Goldenberg

4º VICE - PRESIDENTE

Fernando Antonio Gameleira Soares

5º VICE - PRESIDENTE

Francisco Almeida Conte

6º VICE - PRESIDENTE

Lauredo Ventura Bandeira

SECRETÁRIO GERAL

Henrique Josef

1º SECRETÁRIO

César Emile Baaklini

2º SECRETÁRIO

Nocy Honorato Leite

TESOUREIROS

1o. *Antonio Carlos Ximenes*

2o. *Roberto Calil*

DIRETORIA CIENTÍFICA

Coordenadores:

Morton A. Scheinberg

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 Heloisa Rodrigues Ferreira

Paulo Madureira de Pádua

José Marques Filho

CONSELHO DELIBERATIVO

Membros da Diretoria (ex-Presidentes)

Roberto Carneiro

Aloysio J. Fellet

Rubem Lederman

Geraldo W. S. Gonçalves

Ueliton Vianna

Lipe Goldenstein

Adil Muhib Samara

Geraldo Gomes de Freitas

Walber Pinto Vieira

MEMBROS CONSELHEIROS

Swami J. Guimarães

Elizia Fernandes Lima

Carlos Eduardo Cury

Geraldo Furtado

José Eduardo Gonçalves

BOLETIM ACADÊMICO

Conselho Editorial

José Knoplich

Henrique Josef

Célio Gonçalves

SITE DA ACADEMIA

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

Editado Pela Medgraf

(11) 3826-7805

EDITORIAL

Homenagem póstuma ao Dr. Rubem Lederman

A ABR recebeu, com profunda consternação, a notícia do falecimento do seu ex-presidente, Dr. Rubem Lederman, na cidade do Rio de Janeiro, fato este que provocou profunda comoção entre seus pares e amigos.

O Dr. Rubem Lederman iniciou sua brilhante carreira de reumatologista, na década de 1970, no Rio de Janeiro, oriundo de Recife, sua cidade natal. Fez parte de uma notável e pioneira equipe de agora saudosos e destacados nomes da especialidade, como os Drs. Jacques Houli, Israel Bonomo, Luiz Verztman, Pinkwas Fiszman e tantos outros, que engrandeceram o prestígio da Reumatologia nacional. Acumulou, ao longo dos seus mais de 50 anos de profissão, um sem-número de amigos, colegas e alunos que o admiravam pela sua simpatia, integridade moral e dedicação aos seus pacientes.

O Dr. Rubem Lederman (Rubinho, para os íntimos) exerceu, dentre outros, importantes postos dentro da Reumatologia brasileira, isto é, os cargos de Presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia, da Academia Brasileira de Reumatologia, da Sociedade Brasileira de Osteoporose e do Comitê Ibero-americano de Reumatologia. Além disso, seu

profundo senso de humanidade, respeito e solidariedade, para com seus colegas e amigos, fizeram com que fosse respeitado, querido e admirado por todos aqueles que tiveram o privilégio de, com ele, compartilhar momentos de alegria e de reflexão.

Seus familiares, em especial, sua agora viúva Paulina, suas filhas, genros e netos podem se orgulhar do maravilhoso ser humano que o Rubinho representava e, oxalá, sua vida, pessoal e profissional, possa servir de exemplo para as gerações que vierem a sucedê-lo!

Nós, seus colegas da ABR, sentimo-nos pesarosos com o seu desaparecimento e a Reumatologia brasileira ficou empobrecida com esse infausto acontecimento.

Querido Lederman: descanse em paz! Seu exemplo nunca será esquecido!

William Chahade e Henrique Josef
Diretoria Executiva da ABR



Cerimônia religiosa

O Prof. Dr. Hilton Seda fez uma saudação durante a cerimônia judaica na sinagoga, no sétimo dia, que se chama Hascará, dizendo: "Perdi um grande amigo e a Reumatologia brasileira um de seus mais importantes membros. Éramos muito ligados. Falávamos-nos diariamente, no mínimo pelo telefone. Quando não havia assunto, ele ligava para perguntar como ia o tempo. Viajamos juntos, com nossas esposas, pelos cinco continentes, trocando ideias, ora concordando, ora discordando. Como muito bem resumiu Mário Viana de Queiroz de Portugal: "Rubem Lederman era um homem fraterno, solidário e muito bem humorado, fazendo amigos por toda parte". Acrescento que também possuía uma capacidade de comunicação invejável. Que facilidade tinha para fazer amigos! Alegrou qualquer ambiente.

Lamento sua falta de interesse em escrever, para deixar que essas lembranças pudessem ser revividas.

Rubem Lederman tinha outra faceta muito especial: preocupação com os amigos. Sempre o vi visitar os colegas que adoeciam para confortá-los. Só vim a descobrir que era muito reservado quando da doença que o levou. Em nossa relação íntima e permanente, não dava, jamais, mostras de que sofria, nem declarava que padecia. No judaísmo as pessoas que tiveram um comportamento voltado ao humanismo são chamadas de balchentov, ou seja, homens de bom nome. Essas pessoas vão para o paraíso (no judaísmo não existe inferno, nem purgatório) e ficam ao lado de Deus fazendo parte da corrente da vida, à espera que sejam redimidas com a vinda do Messias.



Envelhecimento e gerontogenes

As tábuas de mortalidade de 2010 divulgadas pelo IBGE mostram que, nas últimas cinco décadas, a expectativa de vida do brasileiro deu um salto de 25 anos. A esperança de vida de um bebê nascido em 1960 era de apenas 48 anos. Agora é de 73.

Até onde chegaremos? Qual o limite para a existência humana? A imortalidade é possível? Essas perguntas não intrigam só filósofos. Nas últimas décadas vêm orientando também o trabalho de biólogos, que chegaram a conclusões surpreendentes.

O bioquímico britânico Nick Lane, por exemplo, sustenta que é mais fácil encontrar uma droga que cure de vez todas as doenças do envelhecimento, como

cânceres, cardiopatias e demências, do que descobrir um tratamento eficaz para uma só delas.

Seu argumento tem base em estudos com os chamados gerontogenes, que controlam o processo de envelhecimento. Pesquisas realizadas com vários tipos de seres, de nematódeos a mamíferos, passando por fungos, mostram que existe um mecanismo excepcionalmente conservado entre as espécies que regula o tempo de vida de cada uma delas.

Uma única mutação num desses genes permite dobrar a longevidade, evitando, ao mesmo tempo, as moléstias ligadas à idade. Em poucas palavras, a velhice seria um estado patológico, em princípio, curável.

O principal efeito colateral foi o atraso do amadurecimento sexual, que também parece ser controlado por esses genes, o que faria todo sentido do ponto de vista evolucionário.

Já existem até duas drogas que atuam nesse circuito bioquímico: o resveratrol e a rapamicina, mas, ninguém foi ainda capaz de aferir se elas prolongam a vida de seres humanos.

Num desafio aos médicos, Lane propõe que mudem o foco de suas pesquisas. O autor aposta que, em 20 anos, encontraríamos a panaceia universal. Ela não nos tornaria imortais, mas, permitiria que chegássemos saudáveis aos 120, 130 anos.

Causas de mortalidade entre médicos em São Paulo

A maior parte das mortes de médicos ocorridas de 2000 a 2009 teve como causa básica alguma doença do aparelho circulatório (DAC), seja em número absoluto, seja em proporção de mortes (29,7%). As neoplasias aparecem na segunda posição (27,9%), seguida pelas doenças do sistema respiratório (10,7%). Já as causas externas contribuíram com 8,9% das mortes. Em números absolutos, as DACs fatais acometeram, em média, 87 médicos ao ano na última década, enquanto as causas externas geraram de 21 a 34 mortes por ano.

Esses dados são do Estudo da Mortalidade dos Médicos no Estado de São Paulo: tendências de uma década (2000-2009), patrocinado pelo Cremesp visando conhecer o perfil e identificar as principais causas dos óbitos. A pesquisa foi realizada por um grupo de pesquisadores da Unifesp, sendo coordenada por Zila Sanchez, do Departamento de Medicina Preventiva, a partir de dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Datasus, cujos registros ocorreram entre os anos de 2000 a 2009. Ao todo, foram obtidos dados de 2.927 declarações de óbitos de médicos falecidos no Estado de São Paulo, entre os anos de 2000 a 2009, com idades entre 23 e 104 anos. Deste total, 13,2% dos casos foram de mulheres.

De acordo com o estudo, médicos do sexo masculino morreram majoritariamente de DACs (31,4%), enquanto 26,9% decorreram de neoplasias, e as doenças respiratórias passaram a ser a terceira principal causa de morte. No caso das mulheres, este quadro se inverte: 34,9% das mortes, no período, ocorreram devido a neoplasias e 18,9% devido a doenças do aparelho circulatório (DACs). Em seguida, aparecem as mortes por causas externas, com 13,7%. Sendo que as causas externas representam 8,2% entre os homens e 14,5 % entre as mulheres; suicídios, 21% entre as mulheres e 18% entre os homens.

Outras causas: aparelho digestivo 5,0%; sistema endócrino 4,6 %; sistema nervoso 3,5%; outras causas 3,1%; doenças infecciosas 2,8%; aparelho genit urinário 2,3 %; transtornos Mentais 1,0% e doenças do sangue 0,4%.

Farmácias no Brasil

O Conselho Federal de Farmácia diz que existe cerca de 82 mil farmácias, as associações comerciais falam em cerca de 62 mil, e há estudos desse setor de varejo que falam em 52 mil pontos de venda.

Segundo a associação Abrafarma, as farmácias faturaram R\$ 42 bilhões, em 2011.

Na média, os preços de produtos farmacêuticos têm subido menos que a inflação geral (IPCA). Em 2011, a inflação dos produtos farmacêuticos foi de 4,4%, ante 6,5% do IPCA. Desde 2005, os farmacêuticos subiram o equivalente a 61% do IPCA.

Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE) mais recente, remédios e produtos de higiene pessoal levam quase 6% das despesas de consumo dos brasileiros (quase o dobro do gasto em educação, mais que o dobro em eletrodomésticos e mais que em vestuário).

Segundo dados do IBGE, o varejo de remédios, perfumaria, produtos médicos e ortopédicos cresce em média 10% ao ano, desde 2005. As farmácias crescem mais que isso, segundo associações do setor.

Desde 2009, sete das 15 maiores empresas do ramo se aglutinaram. Em 2004, as cinco maiores redes tinham 16% das vendas. Em 2010, 23%. No ano passado, talvez 30%. "Talvez", pois, as estatísticas do setor são um tanto confusas.

O ensino superior está crescendo ou não?

Os principais jornais do Brasil discutem em suas páginas o ensino superior, e causa espanto que o diretor científico da Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo), Carlos Henrique Brito Cruz, afirme que houve uma parada no seu crescimento, e que, logo em seguida, Jorge Guimarães, presidente da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) diga que este mesmo ensino está aumentando, baseado em dados do último censo do setor. Este último afirma: 1. Em primeiro lugar, deve se somar os dados da educação à distância. No Brasil, por decisão autônoma, universidades federais e estaduais formam uma rede denominada Universidade Aberta do Brasil, que oferece cursos de graduação e pós-graduação à distância. 2. Outro dado é o total de formados no país. Em 2010, o Brasil superou a marca de 973 mil formados (quase três vezes mais do que em 2000), sendo 829 mil em cursos presenciais. Na educação superior não houve diminuição no número de concluintes. Na verdade, nas universidades federais eram 72 mil, em 2002. Foram 99 mil em 2010. 3. Em 2004 a rede federal atendia 592 mil estudantes (49% do total de todas as públicas). Em 2010, atendia a 938 mil (57% do total das públicas). 4. Em 2004, 293 mil novos

alunos ingressaram na rede pública de educação superior, sendo 127 mil na rede federal. Em 2010, eram 302 mil ingressantes na rede federal. Houve um acréscimo de 120% no período, sendo que a rede estadual cresceu somente 7% e a rede municipal encolheu 28%. 5. Também na pós entre 1998 e 2002, foram titulados 26.998 doutores, uma média de 5.400 titulados ao ano. No período entre 2006 e 2010, foram titulados 52.674 doutores, média de 10.535 ao ano. É praticamente o dobro do quinquênio anterior.

O Prof. Dr. Adib Jatene escreveu um artigo sobre os cursos de medicina em nosso país que deveriam ser fechados, dizendo que o Conselho Nacional de Educação (CNE) não atendeu às solicitações. O Prof. Dr. Antonio Carlos Caruso Ronca, doutor em psicologia pela PUC-SP, presidente do Conselho Nacional de Educação respondeu: 1. Essa comissão, por conta dos resultados do Enade de 2007, recomendou ao ministro da Educação a redução do número de vagas de ingressantes em cursos de medicina de 17 instituições de ensino superior do Brasil. O MEC acatou a recomendação da comissão e determinou a implantação de medidas de saneamento das deficiências desses cursos. Das 17 instituições que se encontravam nesta situação, em 2007, apenas oito entraram com recurso junto ao CNE contra as medidas do MEC. 2. Os cursos melhoraram o seu desempenho, não havendo, portanto, razão para que fosse mantida a redução de vagas. É importante afirmar que a avaliação no ensino superior visa melhorar a qualidade dos cursos, não a punição das instituições ou o fechamento apressado de cursos. 3. Referente à autorização de novos cursos, o CNE sempre faz uma cuidadosa análise dos recursos. Nos últimos dois anos, apenas um, dentre oito recursos de medicina, foi deferido para novas Faculdade de Medicina. 4. Convém registrar que a proporção de médicos por habitante no Brasil é de 1 para 1.800. Na Argentina, há 1 para 3.000. Nos EUA, 1 para 2.400. O Brasil tem carência de profissionais de saúde, sobretudo, no interior. Evidentemente, essa carência, ainda que grave, não é um condicionante para as avaliações do CNE. Nossas preocupações envolvem as instalações de ensino,

os laboratórios e os hospitais-escola. Ponto final nessa polêmica. Veja, agora, o início dessa outra: no início de junho de 2012 o governo federal anunciou que vai aumentar em 15% a oferta de vagas por cursos de medicina.

Pela proposta do Ministério da Educação, do segundo semestre deste ano de 2012 até 2014 serão abertos mais 2.500 vagas para estudantes de medicina. Preveem-se 2.000 em universidades federais e 500 em instituições particulares.

O governo alega que a medida é necessária para atender as áreas em que há carência de profissionais. O Conselho Federal de Medicina é contra e afirma que o país já conta com excesso de profissionais.

É verdade que o Brasil está com um problema sério de distribuição de médicos. Eles estão concentrados nas cidades grandes do Sudeste e do Sul, mas, há falta crônica em algumas regiões do Nordeste e do Norte.

A questão é que não basta formar mais gente para garantir que essas áreas sejam contempladas. Os jovens profissionais não se fixam onde são necessários porque, apesar dos bons salários oferecidos por várias prefeituras, as condições de trabalho são precárias. Sem medidas adicionais para resolver isso, o mais provável é que os recém-formados se apinhem nas metrópoles. O governo federal, porém, prefere a saída populista de apenas abrir mais vagas.

Os editoriais de vários jornais afirmam que as estatísticas mostram, ao contrário do que apregoa o CFM, que o país precisa de mais médicos. Atualmente, o Brasil conta com 1,8 profissional para cada grupo de mil habitantes. Nações desenvolvidas têm bem mais do que isso. Nos EUA, eles são 2,4 por mil; no Reino Unido, 2,7; na Suécia, 3,3. Com o envelhecimento da população por aqui a demanda ainda vai crescer.

Os médicos, porém, não querem a abertura de vagas por dois motivos. O primeiro, justificável, é a preocupação com a qualidade dos cursos. O segundo é o receio com o aumento da concorrência.

Há várias formas de lidar com a questão da qualidade. Ampliar e aperfeiçoar os programas de residência, onde o jovem profissional de fato aprende, é a mais óbvia. Criar um exame de habilitação, nos moldes do que existe para bacharéis em direito se tornarem advogados, é outra a considerar.



Diploma universitário é só uma credencial

Hélio Schwartzman

Dois coisas me chamaram a atenção: eu não passaria na prova e garís precisam hoje ter ensino básico completo e aprovação em concurso.

Sou um ferrenho defensor da meritocracia, mas, isso não nos deve impedir de analisar criticamente títulos educacionais e exames de ingresso.

Em linha com a teoria biológica da sinalização custosa, Geoffrey Miller sustenta em “Darwin Vai às Compras” que o diploma universitário é só uma credencial, um jeito dispendioso de informar ao mundo que seu portador é dono de um QI elevado. No caso das escolas de elite americanas, o título custa US\$ 160 mil. No Brasil, as instituições mais respeitadas tendem a ser gratuitas para o aluno, mas, oneram o bolso do contribuinte.

O paradoxo desse credencialismo é que o teste de QI tradicional, feito em duas horas, mede a inteligência do candidato com mais precisão que os quatro anos de estudos superiores. Ele também prevê



com alto índice de acerto seu desempenho profissional. Ninguém cogita trocar o diploma por um teste de QI porque isso violaria nossas noções de justiça.

Uma teoria alternativa ao credencialismo é a do capital humano. Mandamos os jovens para as universidades para que elas lhes inculquem valor agregado, as ideias valorizadas por nossa cultura, que os tornarão melhores profissionais e cidadãos.

Em algum grau isso é verdade. Técnicos não nascem prontos; precisam ser treinados. A questão, diz Miller, é que cursos universitários não são a única forma de fazê-lo. Livros e DVDs também funcionam e são muito mais baratos. O fato de empresas dependerem cada vez mais de seus programas internos de treinamento mostra que a tradição universitária já não satisfaz o mercado.

Não se trata, é óbvio, de defender a extinção da educação superior, mas, refletir sobre seu propósito e atuais inadequações não faria mal.

Texto publicado na Folha de São Paulo, em 08/04/2012

Missão da universidade e academias de medicina no século 21

Ethevaldo Siqueira

Algumas universidades aposentam, compulsoriamente, seus melhores professores, cientistas e pesquisadores que atingem 70 anos, ainda que eles estejam no auge de sua capacidade intelectual. Muitas empresas demitem alguns de seus melhores profissionais aos 65 anos ou pouco mais, mesmo que eles sejam competentes e acumulem uma experiência única, simplesmente porque eles atingiram a idade-limite fixada em regulamentos obsoletos. A Universidade de Harvard começa a adotar uma filosofia muito diferente e que bem poderia ser imitada por outras instituições educacionais e empresas: trazer para dentro de suas salas de aula e laboratórios líderes veteranos, competentes e experientes, com o objetivo inovador de pô-los em contato com a juventude.

Tudo começou em 2005, num processo de reavaliação do papel da universidade e das eventuais necessidades de correção de rumos. Naquele momento, três professores da Harvard Business School levantaram uma questão fundamental: “Em que direção e de que modo deverá mudar a missão da universidade no século 21?”

Uma das respostas a essa pergunta sugeriu “que a academia abraça suas portas aos adultos mais idosos, líderes experientes e lhes dessem as ferramentas para que eles pudessem mudar o mundo”.

Daí nasceu o projeto denominado Advanced Leadership Initiative, que em essência, faz o convite a especialistas ou exe-

cutivos, em final de carreira ou recém-aposentados, para que passem cerca de um ano no campus.

Em 2011, cerca de 30 líderes veteranos foram admitidos no novo programa. A partir de 2012, entretanto, um número muito maior de líderes veteranos passaram a participar.

É claro que, ao chegar à universidade, esses líderes precisam ambientar-se ou readaptar-se ao convívio acadêmico e, em especial, aprender a dialogar com os melhores alunos, motivá-los, orientá-los e com eles discutir grandes projetos. Outro objetivo desse convívio é descobrir vocações e estimular a criatividade dos jovens.

Depois de 3 anos esses líderes veteranos já são considerados surpreendentemente positivos e animadores.

Em quase todo o mundo, governos, empresas e universidades têm jogado no lixo esse terceiro período da vida de seus melhores profissionais, que é o da pós-experiência, mandando para casa administradores, cientistas ou líderes lúcidos, saudáveis e, mais do que tudo, altamente experientes e especializados que ainda poderiam dar preciosa contribuição à formação de milhares de estudantes e ao aprimoramento intelectual de jovens professores e profissionais, ao transmitir o que de melhor a vida profissional lhes ensinou.

Veja www.advancedleadership.harvard.edu.

Ethevaldo Siqueira – jornalista do Estado de São Paulo.

A dinâmica da relação homem-mulher

Odair J. Comin

Toda história começa com um encontro, e nele, toda a miríade de possibilidades que esse desenrolar pode ter. A fantástica jornada de tornar-se um casal, com todo tipo de aventura. Da tempestade à calmaria, do vale ao mais alto pico, da alegria à tristeza, da dor ao prazer, do amor ao ódio. Nem sempre há finais felizes, nem sempre os fins justificam os meios, ou os meios justificam os fins. Ser casal é aventurar-se por caminhos desconhecidos, é aceitar jogar um jogo sem conhecer claramente suas regras. Que mudam no decorrer do tempo, que surpreendem de diferentes sentidos. Ser casal é construir uma história e viver dentro dela. E para que seja uma construção com algumas partes felizes, faz-se necessário extrema habilidade.

A relação acontece no terreno das emoções, que não deixa de ser um jogo de poder.

Ao se encontrarem, invariavelmente, o casal cria duas instâncias: o senhor e o escravo. Conceito este, estabelecido pelo filósofo alemão Georg Hegel. Isso porque, o ser humano almeja certos desejos, diferente dos animais que desejam coisas, por exemplo, alimentos. Essa batalha começa na mente e se personifica no real. Eu desejo que tu desejes o que eu desejo. Ambos têm essa mesma intenção, o jogo então começa, e em algum momento alguém acaba por ceder. Quando isso acontece, este torna-se o escravo, pois, abriu mão de seu desejo e aceitou o desejo do outro. Ora, o que faz com que alguém abra mão de seu desejo? O medo. E quando se trata de casal, normalmente o medo é de perder, ser abandonado. Com tal dialética, Sartre irá observar que na relação amorosa, quem ama mais, normalmente é submetido, é o escravo. Enquanto o que ama menos é quem submete, é o senhor.

O mais forte, o então “vencedor”, ocupa o lugar de senhor. Em princípio isso até que pode ser interessante, mas, com o tempo se



torna enfadonho. Não tenho mais um ser humano livre, pensante, autêntico, senão um autômato, um escravo ao meu lado. Que faz para agradar, que faz por medo de perder, que faz porque apenas reproduz desejos alheios. Queres uma rainha, um rei ao teu lado, ou queres um escravo? Por outro lado, ao que se impõe o lugar de escravo, é o sujeito ativo da história, pois é quem torna tudo possível. É quem põe tudo em movimento e dá vida ao relacionamento. E nisso vemos sua criatividade, sua liberdade florescer. Enquanto o senhor espera, passivo, que façam por ele. É como se ele não participasse da relação, senão como um mero espectador. Se tal dinâmica permanece, o escravo pode negar que foi negado, buscar saídas no dia a dia para fazer valer seu desejo, como cuidar de si e atividades longe de seu senhor.

Que saídas têm então os casais? Digamos que com boas doses de lucidez e virtude, é possível tornar a relação equilibrada. Em princípio, faz-se necessário identificar essa tal dinâmica entre o casal, que por vezes está tão arraigada, tão padronizada que não se percebe com facilidade. Mas isso não significa que o escravo não sofra por estar nesse lugar, mesmo não tendo consciência. O equilíbrio acontecerá então, onde os papéis possam dançar de um lado para o outro, onde os desejos de ambos possam ser realizados. Onde ambos são sujeitos ativos na dinâmica da relação. Onde não há imposição de desejos, e, sim, consenso de desejos. Onde não há condições em que um sinta-se amedrontado ou forçado a seguir a vontade do outro. Abrir mão por vezes é necessário, mas, deve ser um caminho de dupla via, e isso, às vezes, é dar a possibilidade do outro existir. E quando ambos exercitam essa postura, a mágica da relação feliz acontece.

Odair J. Comin é psicólogo clínico e escritor. Autor do livro “Mestre das Emoções”.

O futuro da medicina?

A revista britânica “The Economist”, de 3 de Junho de 2012, trouxe uma reportagem sobre o futuro da medicina. Diz que com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência das doenças crônicas, vai ser impossível formar tantos médicos quantos seriam necessários pelos padrões do século 20. Isso significa que a medicina não poderá mais ser tão centrada na figura do médico, cuja formação é proibitivamente cara. Em países onde o descompasso entre oferta e demanda é maior, como a Índia, até os momentos menos delicados de cirurgias já estão sendo realizados por outros profissionais.

Os médicos, porém, em vez de procurarem adaptar-se aos novos tempos e dominar cada vez melhor as tarefas que não podem ser delegadas, obstinam-se em lutar por uma reserva de

mercado socialmente custosa e demograficamente insustentável.

A proposta é incluir a cirurgia robótica que poderá ser programada e simplesmente gerenciada à distância por cirurgiões em todas as áreas. Na clínica a consulta ser feita pelo paciente que assinala num grande questionário quais os seus sintomas e o computador fará as associações possíveis e dará o diagnóstico. Já foi feito um experimento comparando na área músculo-esquelética o diagnóstico por esse método do computador vs o reumatologista, e o computador acertou mais vezes.

Na terapêutica do futuro a terapia será genética e a medicação será individualizada e agirá nos genes causadores da doença.

Caros acadêmicos: opinem sobre esse tema em seu Estado pelo e-mail: medgraf@uol.com.br.

Vacina contra febre reumática

A Profa. Dra Luiza Guilherme, farmacêutica e pesquisadora do Incor – Faculdade de Medicina da USP, proferiu, em 2011, no encontro São Paulo-Rio de Janeiro uma palestra na Academia Brasileira de Reumatologia que encantou pela didática e pela riqueza de detalhes.

O interesse científico sobre a febre reumática (FR) tem diminuído, notavelmente, ao longo do século XX, como é evidenciado na comparação da proporção de artigos em que a FR já foi assunto, ou seja, 0,26% dos artigos do Pubmed, em 1950, passando para 0,03%, em 2011. No entanto a FR continua a ser um grande problema médico e social no mundo em desenvolvimento, onde ainda causa cerca de 500.000 mortes por ano, não muito diferente da era pré-antibiótica. O papel dos fatores genéticos na suscetibilidade da FR já é aceito, hoje, após estudos de correlação HLA através de uma mediação imunológica. Mimetismo molecular ex-

plica o desencadeamento da FR, mas, uma inflamação intensa e sustentada (demorada) é necessária para causar sequelas (estenose ou insuficiência valvular). (*Rheumatol Int.* 2011 Sep 28).

A febre reumática é uma doença auto-imune causada pela bactéria *Streptococcus Pyogenes* gram positivo após uma infecção na garganta não tratada em crianças suscetíveis. A doença se manifesta como cardite poliartrite, coréia, eritema marginado, e/ou nódulos subcutâneos. Cardite, que é a complicação mais grave, ocorre em 30% a 45% dos pacientes com FR e leva à cardiopatia reumática crônica, a qual se caracteriza por progressiva e permanente lesão valvular. A Profa. Dra Luiza Guilherme focalizou os genes que conferem susceptibilidade para desenvolver a doença, bem como, as respostas imunes, inatas e adaptativas contra o *S. Pyogenes*, durante o episódio de febre reumática aguda que leva à cardite por reações auto-imunes.

Mimetismo molecular é o mecanismo que medeia as reações cruzadas entre antígenos de estreptococos e proteínas humanas. A tentativa de criar uma vacina para a prevenção da FR em animais dessa equipe dirigida pela Profa. Luiza Guilherme já está pronta e sua eficácia foi comprovada em animais, mas, a própria vacina também serve como tratamento. Para entrar no mercado falta acertar importantes detalhes técnicos incluídos nos protocolos e também detalhes burocráticos sobre patentes dessa vacina para que sejam feitos testes em humanos. A vacina já tem, inclusive, nome, que é “StreptInCor”, com patente nacional já requerida, falta somente a autorização internacional para o preparo da vacina a ser aplicada em humanos. Os acadêmicos presentes que já conheciam os trabalhos da Profa. Luiza Guilherme compararam o seu trabalho ao de Carlos Chagas que estudou o ciclo completo da Doença que leva o seu nome.

Prêmio sobre dor

A Sociedade Brasileira de Estudos da Dor (SBED) conferiu um prêmio ao Prof. Dr João Francisco Marques Neto e equipe pela pesquisa de dor nos Índios. No dia 2 de setembro de 2011, durante a Jornada Centro-Oeste de Reumatologia, em Campo Grande, no Encontro Nacional da Academia Brasileira de Reumatologia, o Prof. Dr. João Francisco Marques Neto apresentou um trabalho da saúde óssea e reumática das áreas indígenas de Tapirapé/Carajá, Urubu Branco e Ilha do Bananal, no Mato Grosso do Sul, realizado por uma equipe da Unicamp e da Universidade de Tocantins.

O ganhador do prêmio é o vice-presidente atual da Academia Brasileira de Reumatologia e será empossado como presidente na próxima assembleia. Entre os fundadores da SBED, em 1979, está o Prof. Dr. José Knoplich.

Origem e nível da faculdade

James Coleman, em 1966, mostrou que a extração familiar e a condição socioeconômica do estudante eram fatores muito mais importantes para explicar seu sucesso (ou fracasso) do que variáveis mais específicas como a qualidade dos professores, o gasto médio por aluno, nível de qualidade da escola ou da Universidade, etc. De lá para cá, inúmeras pesquisas, em diferentes lugares do mundo, confirmaram o peso das variáveis família e status socioeconômico, a ponto de alguns estudiosos chegarem perto de afirmar que estudar nas melhores escolas é irrelevante. Democratizar e manter a qualidade são objetivos até certo ponto contraditórios no caso da formação dos médicos.

(Folha de São Paulo 09/06/12).

Ameaça à Bireme Biblioteca Regional de Medicina da OPS/OMS

Paula Xavier, bibliotecária responsável pela Coordenação de Informação e Comunicação e Vice Presidente do Comitê de Ensino, Informação e Comunicação da Fiocruz informa que existe uma crise na Bireme relatada no Boletim da entidade: a Organização Panamericana de Saúde / OPS que é ligada à Organização Mundial da Saúde. O último presidente da Bireme foi o brasileiro Abel Packer que, depois de 2 mandatos, passou a direção para Pedro Urra, que renunciou depois de 7 meses. Nunca foi explicada a causa e, segundo rumores, foi devido a problemas de recursos, já que o governo brasileiro não está contribuindo. Cabe lembrar que qualquer dificuldade nessa entidade irá afetar a pesquisa no Brasil e nas Américas.



150 mg

1 VEZ AO MÊS



ACTONEL® PROPORCIONA:



Alta eficácia na redução de fraturas em **todos os sítios ósseos**¹⁻⁶



Início de ação anti-fratura **2X mais rápido** que os outros bisfosfonatos¹⁻⁶



Posologia **mensal cômoda**¹

Contraindicação: ACTONEL® 150 mg está contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Interações Medicamentosas:** A ingestão concomitante de medicamentos contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção de ACTONEL® 150 mg.

ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês (risedronato sódico). **Indicações:** tratamento da osteoporose em mulheres no período pós-menopausa com aumento no risco de fraturas. **Contraindicações:** hipersensibilidade ao risedronato sódico ou a qualquer componente da fórmula, hipocalcemia, gravidez e lactação e insuficiência renal severa ("clearance" de creatinina < 30 mL/min), pacientes com incapacidade de sentar ou ficar em pé por pelo menos 30 minutos. **Cuidados e Advertências:** alimentos e bebidas (exceto água) e drogas contendo cátions polivalentes, como cálcio, magnésio, ferro e alumínio, podem interferir na absorção do ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês e não devem ser administrados concomitantemente. Em mulheres muito idosas (> 80 anos), a evidência de manutenção da eficácia de bisfosfonatos, incluindo risedronato sódico, é limitada. Os bisfosfonatos foram relacionados a esofagites, gastrites, úlceras de esôfago e úlceras duodenais. Os prescritores devem enfatizar aos pacientes a importância da atenção às instruções de dosagens e alertar para qualquer sinal ou sintoma de possível reação no esôfago, ou seja: Pacientes que apresentam antecedentes de alteração no esôfago que retardam o trânsito ou o esvaziamento do esôfago (ex. estenose ou acalasia); Pacientes com problemas de esôfago, em atividade ou tratados recentemente, ou mesmo outros problemas gastrintestinais superiores; Pacientes que são incapazes de permanecerem em posição ereta (sentados ou em pé) por pelo menos 30 minutos após a ingestão do comprimido. A hipocalcemia deve ser tratada antes do início do tratamento com ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês. Outros distúrbios ósseos e do metabolismo mineral devem ser tratados quando iniciado o tratamento com ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês. Osteonecrose de mandíbula, geralmente associada com extração dentária e/ou infecção local foi relatada em pacientes com câncer em regimes de tratamento incluindo, principalmente, administração intravenosa de bisfosfonatos. Osteonecrose de mandíbula também foi relatada em pacientes com osteoporose recebendo bisfosfonatos orais. Este medicamento contém lactose. **Gravidez e Lactação:** O risco potencial para humanos é desconhecido. ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês só deve ser utilizado durante a gravidez, se o risco benefício justificar o potencial risco para a mãe e o feto. A decisão de descontinuar a amamentação ou o produto, deve considerar a importância do medicamento para mãe. **Reações Adversas:** dor de cabeça, constipação, dispepsia, náusea, dor abdominal, diarreia, gastrite, esofagite, disfagia, duodenite, úlcera esofágica, glossite, estenose esofágica, dor musculoesquelética. Em alguns pacientes, diminuições precoces, transitórias, assintomáticas e leves dos níveis de fosfato e cálcio séricos. Raramente observou-se anormalidade nos testes de função hepática. Muito raramente foram observadas desordens cutâneas e subcutâneas, como angioedema, rachaduras generalizadas, reações bolhosas, Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidermal tóxica, irite, uveíte, osteonecrose de mandíbula, reações anafiláticas. **Interações Medicamentosas:** A ingestão concomitante de medicações contendo cátions polivalentes irá interferir na absorção do risedronato. Pode ser usado concomitantemente com terapia de reposição hormonal. O uso concomitante com antiácidos pode reduzir a absorção do risedronato sódico. O risedronato sódico não é metabolizado sistemicamente, não interfere com as enzimas do citocromo P450 e apresenta baixa ligação protéica. **Posologia:** A dose recomendada nos adultos é de 1 comprimido de ACTONEL 150 mg Uma Vez Ao Mês, por via oral, uma vez ao mês, administrado, no mínimo 30 minutos antes da 1ª refeição, medicação ou bebida (exceto água) do dia. Os pacientes devem se manter na posição vertical e não devem se deitar por 30 minutos após a sua ingestão. O comprimido deve ser tomado no mesmo dia de cada mês. Nenhum ajuste de dose é necessário para pacientes com insuficiência renal leve a moderada. Caso o paciente opte por tomar o medicamento em outro horário, a tomada deve ser feita no mínimo 2 horas antes ou após a ingestão de qualquer alimento ou líquido, exceto água. Não devem ser tomados dois comprimidos na mesma semana. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS nº: 1. 1300.0269. Farm. Resp. Antonia A. Oliveira CRF-SP nº 5854. Data de Revisão: 11/05/2011. **Para maiores informações antes de sua prescrição, favor leia a bula completa do produto.**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Bula Actonel -150mg. 2. Roux C, et al. Efficacy of risedronate on clinical vertebral fractures within six months. Curr Med Res Opin. 2004 Apr;20(4):433-9. 3. Harrington JT, et al. Risedronate rapidly reduces the risk for nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis. Calcif Tissue Int. 2004 Feb;74(2):129-35. 4. Harris ST, et al. Effects of risedronate treatment on vertebral and nonvertebral fractures in women with postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. Vertebral Efficacy With Risedronate Therapy (VERT) Study Group. JAMA. 1999 Oct;282(14):1344-52. 5. McClung MR, et al. Effect of risedronate on the risk of hip fracture in elderly women. Hip Intervention Program Study Group. N Engl J Med. 2001 Feb;344(5):333-40. 6. Delmas PD, et al. Efficacy and safety of risedronate 150 mg once a month in the treatment of postmenopausal osteoporosis. Bone. 2008 Jan;42(1):36-42.

