

IX Conferência Nacional da Academia Brasileira de Reumatologia

No dia 12 de Maio, na cidade de Salvador, na Bahia de todos os Santos foi realizada, sob a presidência do Prof. Dr. Lipe Goldenstein, a IX Conferência Nacional da ABR, que já tinha realizado, anteriormente, uma outra Conferência Nacional memorável. A organização do evento esteve sob a responsabilidade do Prof. Dr. Geraldo Gomes de Freitas e o diretor de eventos foi o Prof. Dr. Aloysio Fellet.

A sala estava lotada com os acadêmicos e suas esposas. Também estavam presentes as autoridades representantes do Governo Estadual e Municipal do CRM da Bahia e vários médicos da Academia de Medicina da Bahia.



Na foto ao lado o presidente da ABR fez uma saudação (transcrita na página 2 – Editorial desse número), revelando alguns dados biográficos dos novos acadêmicos que tomaram posse: Prof. Dr. Evandro José Pinheiro do Egypto, da Paraíba, Prof. Dr. Marco Antônio Araújo Rocha Loures, de Maringá, Paraná e Prof^a Dra. Lêda Maria Magalhães Laurindo, de São Paulo – Capital.

O Prof. Dr. Evandro José Pinheiro do Egypto, em nome dos novos acadêmicos, fez considerações sobre o grande número de Faculdades de Medicina existentes no Brasil, desaconselhando a abertura de novas sem melhorar as existentes.

O Prof. Dr. Aloysio Fellet, diretor científico e de eventos da ABR, prestou uma homenagem ao Prof. Dr. Lipe Goldenstein, entregando-lhe um troféu.

Houve em seguida um chá de confraternização, com todos os presentes, e um jantar patrocinado pela Merck e almoço oferecido pela Servier para os acadêmicos.

As tertúlias acadêmicas proferidas estão em resumo na última página deste Boletim.

PIONEIRO

O Prof Dr. Lipe Goldenstein formou-se em 1953, pela centenária Faculdade de Medicina da Bahia do terreiro de Jesus. Em 1974, ingressou na Clínica Médica, dando aula na Escola de Medicina e Saúde Pública da Bahia e passou a titular da Reumatologia na Escola Bahiana de Medicina, sendo o pioneiro da especialidade no estado. Foi presidente da Sociedade Bahia-

na de Reumatologia em duas ocasiões e organizou e presidiu o XVIII Congresso da SBR. Foi presidente da Academia Brasileira de Reumatologia, tendo organizado duas Conferências Nacionais, com muito brilho. Pertence à Academia Bahiana de Medicina, onde ingressou com uma monografia sobre Osteoporose.



Membro Titular da cadeira 17 da Academia Brasileira de Reumatologia

X Conferência Nacional da ABR

2006



A X Conferência Nacional da ABR será realizada em Campinas no dia 07 de setembro às 15:00 horas – Hotel Royal Palm Plaza, integrando as atividades do XXVI Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. O acadêmico Prof. Dr. José Roberto Provenza será o presidente do Congresso. O Prof. Dr. Adil M. Samara, ex-presidente da ABR, será o presidente de honra do Congresso da SBR e, também, será o organizador da X Conferência, junto com os Profs. Dr. Geraldo de Freitas e Dr. Aloysio Fellet.

Honorificiência Acadêmica

Prof. Dr. Geraldo Gomes de Freitas - Presidente

Boletim Acadêmico
Órgão Oficial da Academia
Brasileira de Reumatologia

DIRETORIA BIÊNIO 2005-2006

PRESIDENTE

Geraldo Gomes de Freitas

1º VICE - PRESIDENTE

Antônio Carlos Ximenes

2º VICE - PRESIDENTE

Walber Pinto Vieira

3º VICE - PRESIDENTE

Elizia Fernandes Lima

4º VICE - PRESIDENTE

João Francisco Marques Neto

SECRETÁRIO GERAL

Eliezer Rushansky

1º SECRETÁRIO

José Francisco Conte

TESOUREIRO

Geraldo Emmanuel Furtado

DIRETOR CIENTÍFICO/EVENTOS

Aloysio João Fellet

CONSELHO DELIBERATIVO

MEMBROS DA DIRETORIA

EX - PRESIDENTES

Roberto Carneiro

Aloysio Fellet

Rubem Lederman

Geraldo W. S. Gonçalves

Ueliton Vianna

Lipe Goldenstein

Adil Muhib Samara

MEMBROS CONSELHEIROS

Geraldo Gonçalves

Joaquim Nava Ribeiro

Aquiles de Almeida Cruz Filho

Hilton Seda

Caio Moreira

BOLETIM ACADÊMICO

CONSELHO EDITORIAL

José Knoplich

Roberto Carneiro

Lauredo Ventura Bandeira

SITE DA ACADEMIA

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

SEDE PROVISÓRIA

Rua das Ninfas, 84

Boa Vista – CEP 50070-050

Recife – PE

Tels/Fax: (81) 3222-1296



BOLETIM
DA ACADEMIA
BRASILEIRA
DE REUMATOLOGIA

Editado Pela Medgraf
(11) 3826-7805

“Nenhum homem é bom o bastante para governar os outros sem seu consentimento”. Estas proféticas e eloqüentes palavras do grande ex-presidente norte-americano Abraham Lincoln, servem de intróito inicial neste encontro maravilhoso da nossa Instituição Científica-Cultural – a Academia Brasileira de Reumatologia, nesta cidade maravilhosa, capital do Estado da Bahia de Todos os Santos. Foi aqui que foi fundada, em 18 de fevereiro de 1808, a 1ª Escola Médica do Brasil, através da Carta Régia do Regente Dom João VI, atendendo à solicitação do Eminentíssimo Médico da Coroa luso-brasileira, Dr. José Corrêa Picanço, que nasceu no dia 10 de novembro de 1745, na Vila de Goiana, Província de Pernambuco. O Mestre Corrêa Picanço estudou medicina em Lisboa, Portugal, e obteve o grau de Doutor na Faculdade de Medicina de Paris, da Universidade de Montpellier. Como bem disse certa vez o nove-



O acadêmico Prof. Dr. Lipe Goldenstein, Presidente da XIX Conferência da ABR, recebe um troféu do Prof. Dr. Aloysio Fellet na cerimônia de abertura

lista Sincalir Lewis: “Ser um homem de ciência não é algo que se possa submeter à própria eleição.. é viver rodeado de uma teia de emoções obscuras como as que envolvem os místicos ou aqueles que se vêem impelidos a escrever poesias”.

Caríssimos colegas e membros da Imortalidade Reumatológica, a Imortabilidade será hoje extensiva a três grandes figuras reumatológicas brasileiras, pelos serviços prestados às Ciências Ósteo – articulares e, também nas Escolas Médicas das Universidades Brasileiras.

Como enfatizou o escritor inglês Aldoux Huxley: “Nós somos aquilo que os outros moldaram, que as circunstâncias fizeram e que a vida determinou e ficamos plasmados com aqueles que nos moldaram e nos prepararam para a realidade da vida”.

Hoje tenho a honra, na qualidade de Presidente da Academia Brasileira de Reumatologia, de apresentar os novos colegas para Imortalidade Acadêmica: CADEIRA Nº 3 - PATRONO: Prof. Dr. LUIZ V. DECOURT – 1º TITULAR: Prof. Dr. EVANDRO VIEIRA CÉZAR. Será o 2º. TITULAR – Prof. Dr. EVANDRO JOSÉ PINHEIRO DE EGYPTO – Professor Titular de Reumatologia da Universidade Federal da Paraíba. Entre as titulações apresentadas: Mestrado e Concurso na referida Universidade, bem como Presidências de Instituições: Sociedade de Medicina Física e Reabilitação Regional da Paraíba, Membro titular da Academia Paraibana de Medicina, desde 1999 e Membro da Academia Brasileira de Medicina e Reabilitação, desde o ano de 2000, Presidente da Associação Médica da Paraíba, Federada à AMB, triênio 2005-2008 e muitas outras importantes funções na Medicina Paraibana e Brasileira. CADEIRA Nº 50 – PATRONO: Prof. Dr. DEOLINDO AUGUSTO DE NUNES COUTO: Será o 1º TITULAR: Prof. Dr. MARCO ANTÔNIO ARAÚJO ROCHA LOURES, Mestre na área de Reumatologia da Universidade Estadual de Maringá, no Paraná, Membro do Colégio de Reumatologia do Paraná, desde 1995, frequentador assíduo de Congressos, Encontros da especialidade no Brasil e no Exterior.

Finalmente – A CADEIRA Nº 31 – PATRONO: Prof. Dr. ADIL MUHIB SAMARA, terá como 1ª. TITULAR: Profa. Dra. IÊDA MARIA MAGALHÃES LAURINDO: Mestra e Doutora em Reumatologia, 1989 e 1995, respectivamente, pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde exerce a função de Médica – Assistente do Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade

de São Paulo, por concurso. Tem especialização em Imunologia Básica, efetuado em Bethesda, Maryland. Editora Científica da Revista Brasileira de Reumatologia, 2000 – 2001 e 2002 – 2004.

Caríssimos colegas e novos acadêmicos as vossas responsabilidades são bastante consideráveis, à vista dos excepcionais patronos das vossas Cadeiras nºs 03, 31 e 50 e também, pelos fecundos antecessores que as ocuparam.

Deveis atentar que, nesta Academia vigora como espécie de lema, o pensamento de São Tomás de Aquino: “A CONCÓRDIA NÃO É UNIFORMIDADE DE OPINIÕES, MAS, CONCÓRDIA DE VONTADES”.

Sedes bem – vindos à nossa Casa de Cultura Reumatológica.

Diagnósticos errados

Os estudos das autópsias mostraram que os médicos fazem diagnósticos errados de, aproximadamente, 20% das doenças fatais, nos Estados Unidos. Isto significa que milhões de pacientes estão sendo tratados de uma doença errada. Tão chocante quanto esse dado é o fato que essa taxa não mudou nada, desde os anos de 1930. Não houve “nenhuma melhoria!”, segundo um artigo do JAMA, considerando que os Estados Unidos é o país mais rico no mundo, onde um sétimo da economia é destinada aos cuidados da saúde.

O sistema médico atual, doutores, enfermeiras, técnicos de laboratório e executivos do setor hospitalar não são pagos pelo diagnóstico certo. São pagos para solicitar exames, fazer cirurgia e receitar drogas. Não há nenhum bônus para curar alguém e nenhuma penalidade se falhar, exceto quando os erros chegam ao nível da “malpractice”. Assim, os doutores têm melhores intenções, têm pouco incentivo econômico para gastar o seu tempo em checar novamente seu olho clínico, e os hospitais dão pouco incentivo para dar-lhes as ferramentas adequadas.

A possibilidade que uma autópsia revelará diagnósticos suspeitados importantes diminuiu com o tempo, mas, permanece suficientemente alta, por isso a solicitação de autópsias devem se incentivar.

(JAMA. 2003 Jun 4; 289(21):2849-56)



Produzir bons médicos

Prof. Dr. Miguel Srougi

O exercício da medicina realizado na sua dimensão maior apóia-se em dois pilares: o conhecimento científico e o humanismo. Este conceito, aparentemente óbvio, explica por que o bom médico não é aquele apenas dotado de ilustração técnica, mas, também, aquele que tem compaixão e estabelece relações humanas profundas, aquele que se posta ao lado do seu paciente, como leal companheiro de viagem.

Com toda a intolerância que prevalece na nossa sociedade, incapaz de aceitar até os fatos médicos inexoráveis, como a decadência física pela idade e as doenças ou a morte incontornáveis, com todo o ambiente indigente no qual atua um sem-número de médicos brasileiros e com todas as imperfeições da natureza humana, que atinge inclusive os médicos, é ainda possível produzir bons médicos? Tenho certeza que sim.

Michelangelo dizia que cada bloco de mármore bruto esconde uma figura esculpida, pronta para ser liberada com um pouco de trabalho e talento. Essa é a função dos educadores médicos. Descobrir nos blocos amorfos os pequeninos Davis e Pietás dotados não apenas de conhecimentos para curar, mas, principalmente, de sentimentos humanísticos genuínos que irão reconfortar. E moldar nos blocos amorfos cidadãos que, além de amenizar o sofrimento, sejam capazes de influenciar suas comunidades, modificando o cotidiano das pessoas, transformando a sociedade e ajudando a desenhar um novo país.

Miguel Srougi, 59, médico, pós-graduado em urologia pela Harvard Medical School (EUA), é professor titular de urologia da Faculdade de Medicina da USP.

Você Aprende...

Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil diferença, entre dar a mão e acorrentar uma alma.

E você aprende que amar não significa apoiar-se, e que companhia nem sempre significa segurança.

E começa a aprender que beijos não são contratos e presentes não são promessas.

E começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de uma criança e não com a tristeza de um adulto.

E aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio do caminho.

Depois de um tempo você aprende que o sol queima se ficar exposto por muito tempo.

E aprende que não importa o quanto você se importe, algumas pessoas simplesmente não se importam...

E aceita que não importa quão boa seja uma pessoa, Ela vai ferí-lo, de vez em quando, e você precisa perdoá-la por isso.

Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.

Descobre que levam anos para se construir confiança e apenas segundos para destruí-la, e que você pode fazer coisas em um instante, das quais se arrependerá pelo resto da vida.

Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias.

E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida.



Excelência científica e crescimento

Jean-Pierre Férézou e Roberto Nicolsky

Foi publicada uma análise intitulada “The Scientific Impact of Nations”, por David A. King, na revista científica inglesa Nature - 2004 Jul 15; 430 (6997): 311-6. O estudo mostrou que o Brasil é o 19º de um grupo de 31 países que concentra mais de 98% dos artigos das publicações mais citadas, ou seja, faz parte da primeira divisão mundial de Ciência. Os demais 162 países com trabalhos científicos publicam menos de 2% do total. O Brasil passou de 0,84% dos artigos publicados em ciência e engenharia, no quinquênio 1993-1997, para 1,21%, em 1997-2001, o que representa um crescimento de 45% acima do desempenho mundial.

Apesar de algumas deficiências, o índice de citação de um artigo, ou seja, o número de vezes que esse artigo é citado por outros autores no mundo, constitui um critério reconhecido da qualidade do seu conteúdo científico. O índice de citações dos nossos artigos cresceu 39% e, melhor ainda, entre os “top” (do 1% mais citados) crescemos 72%. São dados lisonjeadores para a nossa ciência. Mas, nem por isso ganhamos uma medalha, pois vários países em desenvolvimento cresceram ainda mais. Entre esses estão a China (incluindo Hong Kong) e a Coreia do Sul.

E por que esse desempenho não correspondeu a um crescimento expressivo do nosso PIB no mesmo período? A resposta é que não é a ciência (a geração de conhecimentos),

como muitos pensam, mas sim o domínio da tecnologia industrial (a competência no uso de conhecimentos para gerar inovações que tornem nossa indústria mais competitiva) que faz a economia crescer de modo sustentado e rápido, como mostram os países orientais. E essa competência em inovação tecnológica não se mede por artigos: ela é internacionalmente medida pelas patentes concedidas no maior mercado, o norte-americano.

Se computarmos os dados de registros de patentes no USPTO - o escritório de marcas e patentes dos EUA - para os mesmos períodos, veremos que o avanço do nosso país foi mínimo, apenas 1%. Enquanto isso, as patentes da China e da Coreia do Sul cresceram 32% e 76% no período, respectivamente, como resultado do foco na geração de inovações e na construção de tecnologias próprias para a sua produção. Esse foco é mais notável na Coreia do Sul, onde o dispêndio em P&D (pesquisa e desenvolvimento), não-acadêmico, é, hoje, cerca de 85% do total, mas, já foi até superior a 95%, nos anos 70, quando aquele país iniciou o seu esforço de crescimento. O resultado é que a Coreia do Sul registra 30 vezes mais patentes nos EUA do que nós.

A grande surpresa, porém, é que, apesar de o esforço desses países estar centrado em inovações nas empresas, o resultado que colhem é ainda melhor em artigos científicos, nos

quais a China cresceu mais que nós e a Coreia do Sul, mais que o dobro. Em citações, a China e a Coreia do Sul cresceram, respectivamente, duas e três vezes mais. Mas é nos artigos do grupo “top” (1%) que essa vantagem se expressa ainda melhor: a China alcança 125% de crescimento e a Coreia do Sul, 179%, mais de duas vezes e meia o nosso índice.

A explicação para esse aparente paradoxo é simples: a geração própria de inovações estimula a ciência, na medida em que as indústrias inovadoras demandam pesquisadores para realizá-las e as universidades os formam através da participação na pesquisa científica. Na Coreia do Sul, quase 70% dos pesquisadores trabalham nas indústrias e em projetos industriais. Mas o resultado mais significativo é que, nesse ambiente, os artigos gerados têm foco nas inovações em desenvolvimento nas indústrias, o que resulta em muito mais objetividade. A consequência é uma presença mais expressiva entre os artigos científicos da área e, por isso, mais citações.

Jean-Pierre Férézou, 56, químico, é pesquisador licenciado do CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), na França, e consultor do Instituto de P&D de Produtos Farmacêuticos, Fármacos e Agroquímicos (IPD-Farma). Roberto Nicolsky, 66, físico, é professor da UFRJ e diretor-geral da Protec (Sociedade Brasileira Pró-Inovação Tecnológica).

Estudo americano aquece discussões sobre o tratamento da osteoartrite

O uso de glicosamina e condroitina para o tratamento de osteoartrite tem se ampliado nos últimos anos e a intensa discussão, na literatura, a respeito de seus reais benefícios continua apresentando novos fatos, a cada dia. A edição de 23 de fevereiro de 2006, do *New England Journal of Medicine*, trouxe a publicação do estudo GAIT (Glucosamine / chondroitin Arthritis Intervention Trial)¹ onde a glicosamina e a condroitina (isoladas ou em associação) são comparadas com placebo e celecoxibe em termos de eficácia sintomática.

Os resultados deste estudo já haviam sido apresentados de modo parcial na reunião do American College of Rheumatology,

de 2005, e sua publicação tem desencadeado vários outros comentários a respeito do tema. Nos EUA, produtos à base de glicosamina e condroitina são registrados e vendidos como suplementos alimentares, categoria que não é alvo de controle de qualidade tão rigoroso quanto o dos medicamentos. Os elevados índices de utilização deste tipo de produto naquele país (cerca de US\$ 730 milhões por ano) e dúvidas a respeito de seu real benefício levaram o NIH (National Institutes of Health) a desenvolver este estudo.

O critério primário de eficácia (controle da dor ao final de seis meses de tratamento) não foi alcançado por nenhum dos grupos

testados, com exceção do controle positivo com celecoxibe. Apenas um subgrupo de pacientes, alvo de análise não prevista no desenho inicial, apresentou resposta à associação destes compostos.

Estes resultados devem ser interpretados com cautela, porém têm grande valor técnico, visto que são oriundos de um estudo controlado pelo NIH, sem participação da indústria farmacêutica. Trata-se, portanto, de novos dados a serem considerados na escolha do anti-ártrótico ideal para os pacientes.

¹ Clegg et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med*. 2006 Feb 23;354(8):795-808.

Universidades brasileiras, aonde vão?

O Inep (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais), do MEC, a partir do Censo da Educação Superior de 2004, fez um levantamento das maiores Universidades brasileiras, publicado no início de 2006.

Em 1991, das dez maiores universidades, seis eram públicas, sendo três federais e três estaduais. Naquele ano, a USP tinha 32 mil alunos, a PUC, do Rio Grande do Sul e a UFRJ tinham, ambas, 20 mil.

Em 2004, o número de instituições públicas, entre as dez maiores, caiu para apenas três. Além da USP, que de 2003 para 2004, foi ultrapassada pela Universo (vários estados) e pela Ulbra (Universidade Luterana do Brasil), com sede no Rio Grande do Sul, aparecem na lista as universidades estaduais de Goiás e do Piauí. Nenhuma instituição federal aparece mais entre as dez. Essas duas estaduais estão em Estados com menor tradição no ensino superior.

As duas instituições que mais se destacaram pelo ritmo de crescimento foram a Universo (Universidade Salgado de Oliveira), do Rio, e a Uninove (Centro Universitário Nove de Julho), de São Paulo. A Universo foi a que mais ganhou alunos de um ano para o outro. Foram 11.838 novos estudantes de 2003 para 2004, um crescimento de 33,1%. A Uninove teve o maior crescimento proporcio-

nal: 35,9%, com acréscimo de 10.557 alunos.

As duas maiores universidades do país encontram-se num patamar muito acima das demais, em número de alunos. A Estácio de Sá (Rio), por exemplo, é a única do país a ter mais de 100 mil alunos (eram 104.346, em 2004). A Unip (São Paulo), primeira particular a ter ocupado a liderança do ranking (em 1999), tinha 93.210 estudantes. A terceira colocada, a Ulbra, do Rio Grande do Sul, tem 47.883.

As duas crescem, no entanto, num ritmo muito menor do que o verificado nos últimos cinco anos.

O crescimento da Universo é explicado em parte por uma decisão judicial em seu favor, confirmada pelo STF (Supremo Tribunal Federal) há cinco anos, que a transformou na única instituição do país com autonomia para abrir campi em qualquer Estado mesmo sem prévia autorização do Ministério da Educação.

Além de seus campi no Rio, a instituição mantém unidades em Minas Gerais, no Distrito Federal, em Goiás, em São Paulo, em Pernambuco e na Bahia.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de 1996, restringe essa autonomia aos limites do Estado onde a instituição é sediada. O MEC discorda dessa decisão da Justiça e tenta, sem sucesso até agora, revertê-la.

No caso da Uninove, trata-se do primei-

ro centro universitário a ocupar uma posição entre as dez primeiras em número de alunos. A figura dos centros universitários foi criada por decreto presidencial em 1997.

Assim como acontece com as universidades, essas instituições têm autonomia para abrir cursos sem prévia autorização do MEC (inclusive Cursos de Medicina), mas esse direito é restrito à cidade onde o centro está sediado (no caso das universidades, com autonomia ainda maior, essa prerrogativa vale também para o Estado onde ela se situa).

A vantagem de ter autonomia, mesmo que reduzida em relação às universidades, e a menor exigência legal de investimento em pesquisa têm levado muitas instituições a pedir autorização para se tornarem centros.

Prova disso é que desde 2004 o número de centros universitários privados é maior do que o de universidades particulares. Segundo o censo de 2004, havia no país 104 centros privados, ante 86 universidades particulares.

A Uninove, que teve sua origem no colégio Nove de Julho (zona norte de SP), afirma, em seu site, já ter mais de 50 mil alunos, o que a colocaria no censo de 2005 (ainda não divulgado) num patamar próximo ou até à frente da USP, a mais prestigiada do país, sendo que já tem uma Faculdade de Medicina funcionando, na Capital de São Paulo.

Balanco de 40 anos mostra papel estratégico da pós-graduação no país

Os percalços da educação brasileira têm um contra ponto no sistema de pós-graduação, cujo desempenho, nas últimas quatro décadas, encontrou paralelo em poucos países do mundo. Hoje, o Brasil dispõe de quase 3 mil cursos reconhecidos de pós-graduação. Eles formaram, em 2004, 27 mil mestres e 8 mil doutores e compõem o arcabouço de pesquisa que faz o Brasil responder por 45% de toda a produção científica da América Latina.

Entre os anos de 1963 e 2004 o Governo Federal investiu R\$ 11,1 bilhões, em valores atualizados, na concessão de bolsas de mestrado e doutorado. Cerca de 60% dessas bolsas foram financiadas pela Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e outros 40% pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

No mesmo período, o Estado de São Paulo, por meio da FAPESP, investiu US\$ 724 milhões (cerca de R\$ 1,6 bilhão) em bolsas, no Brasil e no exterior. O número de cursos vem crescendo a uma taxa de 8,6% ao ano. Até o início dos anos 1960 os programas de pós-graduação resumiam-se a algumas dezenas de iniciativas isoladas, inspiradas em modelos diferentes, dos quais destacavam-se aqueles da Universidade de São Paulo (USP), que seguiam um modelo europeizado, e os da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com sotaque norte-americano.



O médico não vive muito

As estatísticas de morte entre estes profissionais demonstram que o médico não vive muito, ocupando o sexto lugar mundial em longevidade no mundo. Tal fato ocorre porque a sua atividade causa stress, pois, divide com seu paciente a doença e o sofrimento. Este stress faz com que, em muitas ocasiões, tenha tendência para abusar do álcool e das drogas.

A síndrome que, em inglês, recebe o nome de “Burn out” (“queimar-se”) é mais comum entre os médicos do que entre os advogados, engenheiros, arquitetos ou farmacêuticos. Consiste em uma exaustão extrema, psíquica e física. Ocorre quando o médico se sente incapaz para cumprir as funções que a sua profissão exige.

Na literatura, encontramos descrições de síndromes associadas às atividades profissionais dos médicos. A síndrome do “Burn out” ou síndrome do estresse profissional tem sido reconhecida como uma condição experimentada por profissionais que desempenham

atividades em que está envolvido um alto grau de contato com outras pessoas. Esta síndrome tem sido definida como uma resposta ao estresse emocional crônico intermitente.

A síndrome do “Burn out”, em profissionais da área de saúde, é composta por sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais.

Os sintomas compreendem: exaustão, fadiga, cefaléias, distúrbios gastro-intestinais, insônia e dispnéia, humor depressivo e irritabilidade, enquanto ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse são os sintomas psicológicos. A sintomatologia principal se expressa no comportamento; fazer consultas rápidas, colocar rótulos depreciativos, evitar os pacientes e o contato visual com eles.

Um profissional que está “burning-out” tende a criticar tudo e todos que o cercam, tem pouca energia para as diferentes solicitações de seu trabalho, desenvolve frieza e indiferença para com as necessidades e o sofrimento dos outros, tem sentimentos de decepção e frustração e comprometimento da auto-estima.

Diagnóstico retrospectivo

Dr. Wilson Lapa

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experimentum periculosum, indicium difficile.

A vida é breve, a ciência é grande, a ocasião é fugaz, a experiência é perigosa, o julgamento é difícil.

É um dos mais belos aforismos de Hipócrates. Lembrei dele ao ler – ASAS DA LOUCURA – um livro bem escrito pelo americano Paull Hoffman – editora Objetivo – que descreve a vida e as peripécias de Alberto Santos Dumont.

Fala também dos irmãos WRIGTH, ORVILLE e WILBUR, que na mesma época, na praia de KILL DEVIL HILLS, na Carolina do Norte, faziam experiências com o primeiro aeroplano do mundo. Trabalhavam em segredo, pois queriam patenteá-lo e vender para alguma potência militar. Santos Dumont fazia suas experiências em público, acompanhado pela mídia da época, em Paris.

Pretendia doar sua invenção para o bem da humanidade. Isso tudo lá por 1900.

Nosso autor americano conclui à pg. 206, que os irmãos WRIGHT, atualmente, são os “incontestáveis inventores” do avião. PUDERA! Mas, isso é mais um exemplo de fatos iguais, acontecendo ao mesmo tempo, em locais distantes, sem conhecimento prévio.

O mesmo aconteceu com Darwin e com sua teoria da evolução. Recebeu uma carta lá dos confins da Ásia de Wallace Alfred Russel, que era um explorador e naturalista britânico (USK 1823 – Broadstone 1913)

que percebeu, ao mesmo tempo que Darwin, o princípio da seleção natural (1858). Desenvolveu também idéias sobre o papel da fragmentação dos continentes na distribuição atual das faunas e em sua evolução. Nessa carta Wallace mostrou ter idéias semelhantes às de Darwin. Isso levou este, de imediato, a publicar sua teoria, apesar do medo da polêmica que iria provocar e que de fato provocou.

A biografia de Santos Dumont fala do Dr. Gilles de la Tourette, o médico chefe da exposição universal e um dos mais conceituados especialistas em “problemas mentais”. Fora internado, em um hospício, por causa de desequilíbrio mental: talvez por excesso de trabalho ou por um tiro que um paciente que ele enviara para o hospício, lhe dera. A bala apenas roçara sua cabeça, mas parecia ter ficado ali “atormentando sua mente”. Era um médico famoso, imortalizado pela descoberta da doença neurológica conhecida como SINDROME DE TOURETTE. É uma forma um pouco conhe-

cida de TICS, na qual ocorrem contrações faciais, gestos contínuos, ecolalia, cacolalia (linguajar obscuro e idéias obscenas), palilalia (repetição das mesmas palavras). Associa-se, às vezes, com acentuadas alterações da personalidade.

Fez referência à loucura desse médico, porque era uma época de muita loucura.

O próprio Santos Dumont, era considerado louco. A ancorava seu balão, nos postes diante dos restaurantes e descia para jantar com os amigos. Na sua casa as cadeiras e as mesas tinham dois metros de altura e os garçons andavam de pernas de pau.

Lendo a síndrome de TOURETTE é que lembrei do aforismo de Hipócrates é que há vinte e poucos anos antes vivi um caso idêntico, sem sequer imaginar o diagnóstico. Deu-me o estalo do Padre Vieira.

O paciente era figura de livro: e que belo repertório pornográfico ele tinha.

Dr. Wilson Lapa é acadêmico da ABR.

RETIFICAÇÃO

O acadêmico Prof. Dr. Geraldo Furtado, que lê, atentamente, o Boletim da ABR, percebeu que na notícia intitulada “D. Quixote, que figura!”, apresentou dois erros que gostaríamos de retificar: o cavalo não é Rinoceronte e, sim, ROCINANTE e a amada do nosso Dom Quixote é DULCINÉIA e, não, Dorothea!

Qualidade de vida da mulher com osteoporose

Prof. Roberto A. Carneiro

A mulher após o terceiro milênio passará a viver dois terços de sua vida no período pós-menopausa, mostrando que uma importante meta da medicina deve ser proporcionar cuidados preventivos e tratamento das várias patologias, que, por ventura, aparecem neste estágio de vida da mulher, incluindo, entre elas, a osteoporose.

No Brasil, cujo número de pessoas atinge os 180 milhões, as mulheres representam 54% da população ativa e idosa. Os idosos constituem cerca de 20% da população brasileira. A osteoporose atinge cerca de 25 a 30% da população feminina caucasóide, com variações de percentual nas diversas regiões, dependendo do clima e da densidade demográfica.

As fraturas osteoporóticas são o ponto final da clínica, levando a quadros dolorosos de várias intensidades, restrição das funções físicas laborativas, diminuição da função social da mulher, do seu bem estar, enfim, diminuindo, sobremaneira, a qualidade de vida da mulher osteoporótica.



Sabemos que uma entre cinco mulheres, após os cinquenta anos de idade, já sofreu uma fratura osteoporótica.

A avaliação da osteoporose será sempre validada com propriedades psicométricas e, questionários genéricos e específicos da doença podem ser aplicados na sua avaliação.

Questionários sobre doença-específica da osteoporose vão validar a doença isolada, validar a menor sobrecarga psico-funcional da mulher osteoporótica, comparar a

osteoporose com outras possíveis patologias.

Uma anamnese bem feita pode colocar em foco condições que alteram a qualidade de vida.

A realização de medidas preventivas e terapêuticas, que evitam o aparecimento das várias fraturas, melhora a qualidade de vida, exponencialmente.

As fraturas vertebrais levam a quadros dolorosos que podem cronificar-se, requerer hospitalização, ou períodos de repouso em casa, e, geralmente apresentam poucos sintomas. Estas fraturas podem levar a procedimentos invasivos, como a vertebroplastia, artrodeses e uso posterior de coletes ortopédicos.

A fratura do colo femural, além de ter uma recuperação lenta e às vezes incompleta, quase sempre é feita com a colocação de placas e parafusos ou mesmo com uma prótese total do fêmur que é bastante dispendiosa.

A fratura do punho é dolorosa, ocorrendo perda da função, porém, tem uma boa recuperação que pode, inclusive, ser rápida, levando, somente, a uma baixa restrição das atividades diárias.

Concluimos dizendo que a prevenção, tratamento adequado e precoce de todas as patologias, inclusive, da osteoporose, que, por ventura, incidem na mulher pós-menopausada devem ser as metas do reumatologista e demais especialistas. Para isso devem levar em conta o estado de saúde da mulher, os aspectos econômicos dos tratamentos, os aspectos físicos e emocionais, o bem estar familiar e tratar os medos e fobias presentes. Outros fatores são: instituir atividades físicas adequadas à idade, atividades físicas de impacto para o estímulo da função osteoblástica, estimular o apoio familiar, fazer um aporte psíquico educando a paciente quanto à necessidade da prevenção e tratamento da osteoporose.

O médico deve estimular a paciente com osteoporose a fazer visitas periódicas ao ginecologista e/ou endocrinologista, à realização anual da medida da massa óssea, à supressão de fatores de risco mutáveis (cigarro, bebidas alcoólicas, sedentarismo), controle da dieta de maneira a ingerir uma dieta balanceada onde exista o cálcio, correção do peso corporal e estar sempre com uma boa postura corporal.

A mulher, na pós-menopausa, terá uma qualidade de vida excelente se, de fato, cumprir todos estes cuidados.

Prof. Roberto A. Carneiro é membro titular da Academia Brasileira de Reumatologia.

Revolução com as células tronco adultas

“Quase não há limites para a imaginação se as investigações derem certo. Serão muitos benefícios, não só para os estudos do coração, mas para doenças do fígado, neurológicas e degenerativas” afirma o diretor de ensino e pesquisa do Hospital Santa Izabel, Prof. Dr. Gilson Feitosa, responsável pela Tertúlia Acadêmica da ABR. Ele discorreu sobre o Estudo Multicêntrico Randomizado de Terapia Celular em Cardiopatias que é um marco no avanço das pesquisas em Saúde Pública, no Brasil. A pesquisa tenta verificar a eficácia de células tronco adultas em cardíacos graves (cardiomiopatia dilatada, doença isquêmica e cardiopatia chagásica).

O estudo, que teve início em 10 de junho de 2005, é patrocinado pelo Ministério da Saúde e envolve 33 instituições e 1,2 mil pacientes de nove estados e do Distrito Federal. Começou, simultaneamente, no Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia (onde o Prof. Feitosa é o responsável). Essas células são retiradas da medula óssea do osso da bacia (este procedimento não tem contestações éticas, como as células tronco embrionárias).

Caso os resultados sejam positivos, calcula-se que o SUS poderá economizar até R\$ 500 milhões por ano com transplantes, internações, cirurgias e reinternações de pacientes com doenças do coração, liberando recursos para outras demandas do sistema. A vantagem da terapia celular autóloga é evitar a rejeição imunológica, já que o material transplantado é do próprio paciente, mas, o ganho mais importante será para os pacientes: melhor qualidade de vida, menos medicamentos para tomar e, principalmente, menos retornos ao hospital.

O Prof. Dr. Gilson Feitosa, da equipe médica do Hospital Santa Izabel, trabalha com células preparadas por pesquisadores do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (Fiocruz-BA) que é um dos centros âncora do Brasil, nessa pesquisa.

O resultado da pesquisa, que sairá em até dois anos, pode promover uma revolução terapêutica em várias áreas médicas com doenças degenerativas, como na reumatologia.