

# REUMATO

*Em Revista*

*Jul-Ago-Set/2020 - Número 3*

*Relato de caso*  
*Pesquisas clínicas*  
*Estudos*  
*Artigo*  
*Entrevistas*  
*Agenda*



SOCIEDADE  
PARANAENSE DE  
REUMATOLOGIA



# Um futuro que depende cada vez mais de nós

\* **MARCO ROCHA LOURES**

O ano de 2020 se encaminha para o final do inverno e o começo da primavera, ainda trazendo muitas perplexidades.

As perguntas se avolumam, ao lado da esperança que também cresce. A vacina para o coronavírus é a notícia mais esperada do ano. Tudo indica que se concretizará.

Fica ainda a pergunta: - Quando será possível realizar a vacinação alcançando a população?

Ainda não sabemos quando haverá a volta às aulas, o retorno dos eventos presenciais com público maior.

O que já sabemos: os médicos e profissionais da saúde se transformaram nos novos heróis do planeta e não foi diferente aqui no Brasil. Colegas da reumatologia, por exemplo, retornaram aos plantões como forma de auxiliarem pessoalmente as equipes dos hospitais no atendimento emergencial aos pacientes com a covid-19.

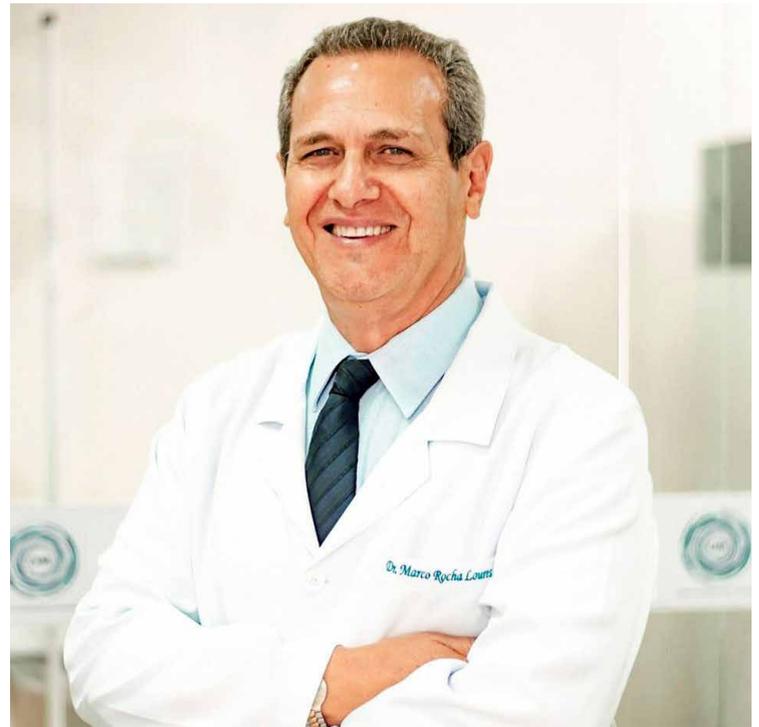
A reumatologia também está empenhada nas pesquisas e estudos sobre os efeitos deste vírus nos pacientes com doenças reumáticas. Alguns dos efeitos percebidos são o aumento da fadiga. Há publicações e entrevistas sobre esta e outras intercorrências.

Nesta edição procuramos trazer aos nossos colegas e leitores informações sobre a nossa especialidade, não esquecendo também do lado humano dos colegas, que, ao lado seu brilhantismo e dedicação profissional, também separam um tempo para as artes e para os seus hobbies.

Estudos científicos também ganham as páginas do número 3 da REUMATO EM REVISTA. Os convidados são profissionais de várias regiões do Paraná, ressaltando o compromisso da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR) de valorizar os reumatologistas da capital Curitiba e de todo o interior do estado.

Agradecemos as manifestações que recebemos de colegas do Paraná e de outros estados, registrando o recebimento e a aprovação dos dois primeiros números da nossa revista.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) publicou link para a revista, no seu site, o mesmo acontecendo com a Academia Brasileira de Reumatologia (ABR). Esta valorização do nosso trabalho é uma grande motivação para continuidade



deste projeto que concretizou um antigo sonho da nossa entidade de reumatologia.

A revista fica a disposição dos colegas para receber trabalhos, artigos e sugestões. Parece cada vez mais evidente que o nosso futuro dependerá ainda mais de cada um de nós, com mais pesquisas e estudos, mais dedicação (se é que isto é possível!), esperança e acima de tudo, coragem.

Os efeitos dessa pandemia, em 2020, ultrapassam em muito o que causaram nos pacientes, as mortes que provocaram, as sequelas que ainda estão sendo pesquisadas.

Consultórios e empresas sofreram e ainda estão sofrendo com a retração provocada pelo isolamento, distanciamento e outras medidas de controle sanitário. A retomada, nos próximos meses e em 2021, exigirá ainda mais de cada um de nós. Com certeza, todos diremos 'presente' e continuaremos a fazer o nosso melhor, conscientes de que estes novos tempos exigirão ainda mais de cada um de nós.

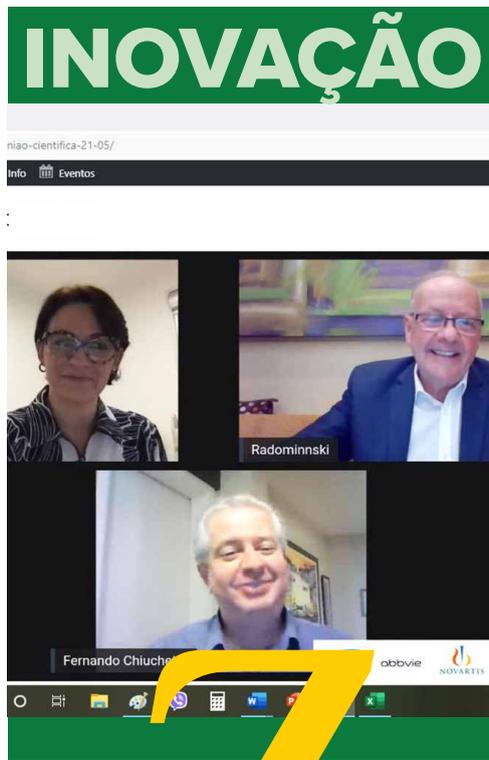
Bem-vindo à nossa revista e boa leitura!

\* **MARCO ROCHA LOURES** é o editor da REUMATO EM REVISTA



## EDITORIAL

O editor da REUMATO EM REVISTA, Dr. Marco Rocha Loures, escreve sobre a consolidação da revista e a responsabilidade maior de todos em relação ao futuro nos momentos pós pandemia.



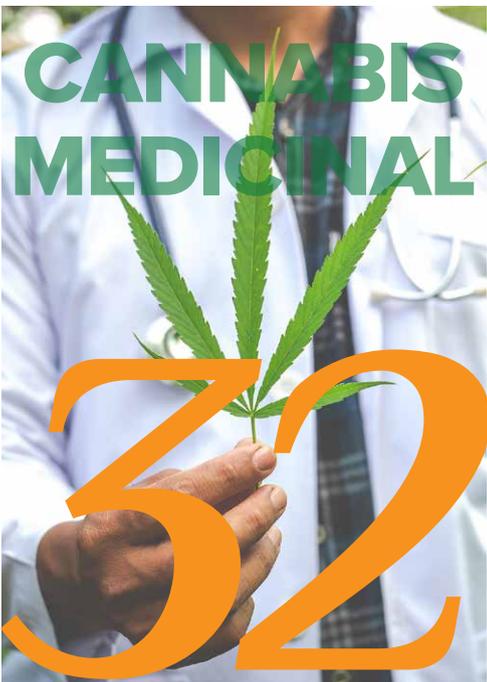
## PRESIDENTE

O presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR), **Dr. Fernando Augusto Chiuchetta**, fala sobre 2020, a atividades da entidade e a necessidade ampliada da inovação.



## RELATO DE CASO

“Necrose cutânea como manifestação dermatológica da SAF em puérpera”. Autores: **Drª Ana Paula Adame, Drª Andressa Janaina Ferrandin, Drª Bruna Jacinto Minatto e Dr. Márcio Augusto Nogueira.**



**ENTREVISTA**

**O DR. ANTÔNIO CARLOS RIBAS** contou sobre seus hobbies, a fotografia e carros.

10

**PESQUISA**

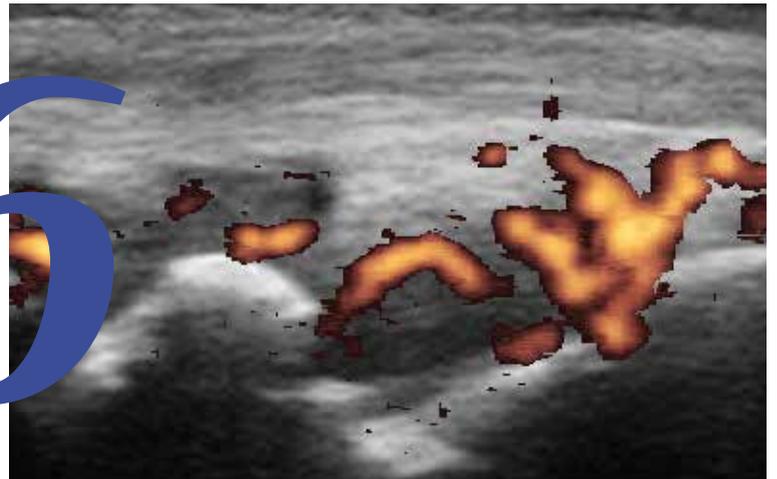
**O CETI - Centro de Estudos em Terapias Inovadoras** completa 23 anos de excelência em pesquisa clínica.

23

**ULTRASSONOGRRAFIA**

O uso da ultrassonografia em reumatologia. Trabalho do **Dr. Leonardo Michaelis Schmidt**.

26

**ENTREVISTA**

**O DR. EDUARDO DOS SANTOS PAIVA** concedeu entrevista onde respondeu sobre a sua paixão pelo cinema.

40



# O PRIMEIRO E ÚNICO INIBIDOR DE JAK APROVADO NO BRASIL PARA ARTRITE REUMATOIDE, ARTRITE PSORIÁSICA E RETOCOLITE ULCERATIVA<sup>1-4</sup>

## XELJANZ<sup>®</sup>

citrato de tofacitinibe

Uma alternativa ao tratamento injetável.<sup>5</sup>



Meia vida curta<sup>1</sup>



Pode ser utilizado em monoterapia ou associado ao DMARD sintético<sup>1</sup>



79% dos pacientes preferem uma terapia oral<sup>6</sup>



Disponível no Sistema Único de Saúde para AR<sup>5</sup>



Posologia para o paciente de AR e APs<sup>1</sup>

1 Comprimido 5mg  
2X ao dia<sup>1</sup>



Armazene em temperatura ambiente (entre 15 e 30°C)<sup>1</sup>



Administrado via oral com ou sem alimento<sup>1</sup>

**COMPRIMIDO<sup>1</sup>**

SEM injeções<sup>1</sup>

SEM infusões<sup>1</sup>

SEM jejum<sup>1</sup>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1. Bula de Xeljanz<sup>®</sup>. Disponível em [www.pfizer.com.br/bulas/2](http://www.pfizer.com.br/bulas/2). Diário Oficial da União (DOU - 08/12/2014). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/12/2014&jornal=10106&pagina=13&totalArquivos=144>. Acessado em: 02/03/2020. 3. Diário Oficial da União (DOU - 29/10/2018). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/10/2018&jornal=531&pagina=24&totalArquivos=51>. Acessado em: 03/4. Diário Oficial da União (DOU - 18/03/2019). link: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=18/03/2019&jornal=531&pagina=24&totalArquivos=74>. Acessado em: 02/03/2020. 5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide (PCDT 2019) link: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio\\_PCDT\\_Artrite\\_Reumatoide\\_CP21\\_2019.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Artrite_Reumatoide_CP21_2019.pdf). Acessado em: 02/03/2020. 6. Barclay N, et al. Patient Preference for Oral Versus Injectable and Intravenous Methods of Treatment for Rheumatoid Arthritis; Value Health. 2013; 16: A568, PMS 78.

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: EVITAR COMBINAÇÃO COM DMARDs BIOLÓGICOS E IMUNOSSUPRESSORES POTENTES TAIS COMO AZATIOPRINA E CICLOSPORINA DEVIDO A POSSIBILIDADE DE IMUNOSSUPRESSÃO AUMENTADA E RISCO AUMENTADO DE INFECÇÃO. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE AO XELJANZ<sup>®</sup> OU A QUALQUER COMPONENTE DA FORMULAÇÃO.**

**XELJANZ<sup>®</sup>** (citrato de tofacitinibe). **Indicações:** Pacientes adultos com artrite reumatoide ativa moderada a grave que apresentaram uma resposta inadequada a um ou mais DMARDs; para o tratamento de pacientes adultos com artrite psoriásica ativa que apresentaram uma resposta inadequada ou intolerância ao metotrexato ou a outros medicamentos modificadores do curso da doença (DMARDs) e para pacientes adultos com colite ulcerativa ativa moderada a grave com uma resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância a corticosteróides, azatioprina (AZA), 6-mercaptopurina (6-MP) ou antagonistas do fator de necrose tumoral (TNF). **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao XELJANZ<sup>®</sup> ou a qualquer componente da formulação. **Advertências e Precauções:** Não iniciar XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com uma infecção ativa, incluindo infecções localizadas. Considerar terapia antituberculosa antes da administração de XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com uma história de tuberculose latente ou ativa, e para pacientes com um teste negativo para tuberculose latente, mas que possuem fatores de risco para uma infecção por tuberculose. Monitorar o desenvolvimento de sinais e sintomas de infecção, incluindo tuberculose, durante e após o início do tratamento com XELJANZ<sup>®</sup>. Interromper o tratamento se o paciente desenvolver infecção grave, infecção oportunista ou sepsis. Cautela ao tratar idosos e diabéticos devido à maior incidência de infecções. O risco de herpes zoster parece ser maior em pacientes japoneses e coreanos tratados com XELJANZ<sup>®</sup>. Cautela nos pacientes com maior risco de perfuração gastrointestinal. Avalie os pacientes quanto a fatores de risco para TEV. Use 10 mg Xeljanz<sup>®</sup> duas vezes ao dia com cautela em pacientes para os quais 10 mg duas vezes ao dia é a dose recomendada e nos quais os fatores de risco não são identificados. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com contagem baixa de linfócitos (ou seja, menos de 500 células/mm<sup>3</sup>) devido a uma maior incidência de infecções. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com CAN menor do que 1000 células/mm<sup>3</sup>. Se CAN persistente de 500-1000 células/mm<sup>3</sup>, interromper a administração até que CAN seja maior do que 1000 células/mm<sup>3</sup>. Não é recomendado iniciar o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> em pacientes com Hb<9 g/dL. Interromper o tratamento quando Hb<8 g/dL ou quando Hb diminuir >2 g/dL durante o tratamento. O tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> foi associado a aumentos nos parâmetros lipídicos. Aumentos no colesterol total e LDL associados a XELJANZ<sup>®</sup> podem ser reduzidos aos níveis pré-tratamento com uso de estatinas. O tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> foi associado com um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas. A maioria destas anormalidades ocorreu em estudos com base na terapia DMARD. A monitorização hepática de rotina e pronta investigação das causas da elevação das enzimas são recomendadas. Se houver suspeita de lesão induzida por drogas, interromper a administração de XELJANZ<sup>®</sup>. Reações como angioedema e urticária que podem refletir a hipersensibilidade ao medicamento foram observadas em pacientes que receberam Xeljanz<sup>®</sup>. Alguns eventos foram graves. Muitos desses eventos ocorreram em pacientes com histórico de alergias múltiplas. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade grave, interrompa prontamente o uso de tofacitinibe enquanto avalia a causa ou as causas potenciais da reação. Recomenda-se que vacinas vivas atenuadas não sejam administradas concomitantemente com XELJANZ<sup>®</sup>. O tratamento com XELJANZ<sup>®</sup> não é recomendado no comprometimento hepático grave. A segurança e eficácia de XELJANZ<sup>®</sup> em crianças desde neonatos até menores de 18 anos de idade não foram estabelecidas. Gravidez: Categoria de Risco C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Lactação: Mulheres não devem amamentar durante o tratamento com XELJANZ<sup>®</sup>. Dirigir veículos e operar máquinas: não há estudos sobre este tipo de efeito. Este medicamento contém lactose. **Reações adversas:** Reações adversas mais comumente relatadas na população com Artrite Reumatoide (que ocorreram em 22% dos pacientes tratados com Xeljanz<sup>®</sup> em monoterapia ou em combinação com DMARDs) são: cefaleia, infecções do trato respiratório superior, nasofaringite, hipertensão, náusea e diarreia. Reações adversas mais comumente relatadas na população com Artrite Psoriásica: bronquite, diarreia, dispepsia, fadiga, dor de cabeça, nasofaringite e faringite. Além dessas, foram relatadas como comuns: pneumonia, herpes zoster, infecção do trato urinário, aumento de peso, dor abdominal, vômitos, gastrite, artalgia, anemia, parestesia, edema periférico, insônia, tosse, rash cutâneo e hipersensibilidade ao medicamento. **Interações:** Evitar combinação com DMARDs biológicos e imunossupressores potentes tais como azatioprina e ciclosporina devido à possibilidade de imunossupressão aumentada e risco aumentado de infecção. Reduzir dose de XELJANZ<sup>®</sup> para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia, ou para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia, quando em uso de inibidores potentes de CYP3A4 (ex: cetoconazol) e em pacientes que recebem uma ou mais medicações concomitantes que resultem na inibição moderada da CYP3A4 e inibição potente da CYP2C19 (ex: fluconazol). A coadministração com indutores potentes de CYP pode resultar em perda ou redução da resposta clínica (ex: rifamicina). **Posologia** para o tratamento da Artrite Reumatoide: XELJANZ<sup>®</sup> pode ser usado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs não biológicos. A dose recomendada é 5 mg, via oral, duas vezes ao dia. Posologia para o tratamento da Artrite Psoriásica: A dose recomendada de Xeljanz<sup>®</sup> é de 5 mg administrada duas vezes ao dia, em combinação com DMARDs sintéticos convencionais (csDMARDs). Posologia para o tratamento da colite ulcerativa: a dose recomendada de Xeljanz<sup>®</sup> é de 10 mg administrada oralmente duas vezes ao dia para indução por pelo menos 8 semanas e 5 mg administradas duas vezes ao dia para manutenção. Nenhum ajuste de dose é necessário em pacientes com 65 anos de idade ou mais, em pacientes com comprometimento renal leve e em pacientes com comprometimento hepático leve. A dosagem de Xeljanz<sup>®</sup> deve ser reduzida para 5 mg duas vezes ao dia se o paciente estiver tomando 10 mg duas vezes ao dia e a dose de Xeljanz<sup>®</sup> deve ser reduzida para 5 mg uma vez ao dia se o paciente estiver tomando 5 mg duas vezes ao dia em pacientes com comprometimento renal moderado ou grave e em pacientes com comprometimento hepático moderado. Pacientes submetidos à hemodiálise devem receber a dose de XELJANZ<sup>®</sup> após a sessão do dia. Caso essa tenha sido administrada antes do procedimento de diálise, doses suplementares não são recomendadas no período pós-dialítico. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MS - 1.2110.0465.** Para informações completas, consulte a bula do produto (XELCOR\_40). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Wyeth Indústria Farmacêutica Ltda, Rua Alexandre Dumas, 1860 - Chácara Santo Antônio, São Paulo - SP - CEP 04717-904 Tel: 0800-0160625. [www.pfizer.com.br](http://www.pfizer.com.br). Wyeth é uma empresa do Grupo Pfizer.

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

**Wyeth**  
Grupo Pfizer

**SQC**  
0800-0160625  
[www.wyeth.com.br](http://www.wyeth.com.br)

Material de distribuição exclusiva a profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.  
Proibida a reprodução ou compartilhamento com terceiros

PP-XEL-BRA-0308 - Abril/2020

Artrite Reumatóide (AR) e Artrite Psoriásica (APs)

**Fale Pfizer**  
INFORMAÇÕES MÉDICAS  
0800-7701575  
[www.pfizer.com.br](http://www.pfizer.com.br)

**Pfizer**

# Inovação, mais do que uma palavra, uma imposição

\* **FERNANDO AUGUSTO CHIUCHETTA**

Acredito que todos que estão lendo concordam com a pergunta:

- Que ano é esse?

Todas as expectativas com relação a 2020 foram colocadas em cheque.

Mesmo assim, conseguimos avançar e inovar. Exemplo disso é justamente a nossa REUMATO EM REVISTA, que chegou para concretizar um antigo sonho da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR).

Neste terceiro número agradecemos a todos que colaboraram para o nosso projeto editorial, a todos que leram, que escreveram e mandaram as suas impressões, motivações para a continuidade do nosso trabalho.

Nossos eventos têm sido outro exemplo da nossa capacidade de inovação e crescimento. Estão sendo realizados pela internet, com participação significativa dos nossos associados.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) publicou um link com a nossa revista, o que agradecemos.

Tem sido exemplar o trabalho do presidente da SBR, José Roberto Provenza, liderando os estudos, pesquisas e a representação da reumatologia brasileira.

Estamos todos empenhados em estudar os efeitos da covid-19, suas possíveis sequelas, especialmente nos nossos pacientes de doenças reumáticas.

Através do nosso site, assim como a SBR, e do nosso, redes sociais, e especialmente através da nossa revista, vamos continuar o nosso processo de comunicação, sempre com o compromisso da qualidade e da responsabilidade, nosso compromisso primeiro com os reumatologistas.

As nossas reuniões científicas deste ano continuarão no formato 'virtual' devido à pandemia da covid-19. Da mesma forma será a XI Jornada Paranaense de Reumatologia, que acontecerá nos dias 23 e 24 de outubro e que terá um site exclusivo para divulgação e recebimento das inscrições com plataforma para transmissão e montagem de studio para as aulas com abrangência a nível nacional. Logo começaremos a fazer a divulgação e iniciaremos as inscrições. Sócios adimplentes da SPR terão isenção total das inscrições! Contamos com a participação virtual de todos!



Através do nosso site, assim como a SBR, e das nossas redes sociais, e especialmente através da nossa revista, vamos continuar o nosso processo de comunicação, sempre com o compromisso da qualidade e da responsabilidade, nosso compromisso primeiro com os reumatologistas.

Merece toda a nossa atenção o 37º Congresso Brasileiro de Reumatologia. Ele acontecerá nos dias 19 a 22 de novembro, on-line.

De acordo com a SBR, a prioridade foi a segurança dos associados. Em razão dos desdobramentos e consequências da pandemia que toma conta de nosso país, o maior evento anual da especialidade, acontecerá de forma virtual, como ocorreu e está acontecendo com os principais encontros médico-científicos mundiais.

\* **FERNANDO AUGUSTO CHIUCHETTA** é presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia

## DIRETORIA SPR

### DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: **Fernando Augusto Chiuchetta.**

Vice-Presidente: **Antonio Carlos Monteiro Ribas.**

Secretário Geral: **Carlos Frederico Rodrigues Parchen.**

Primeiro Secretário: **Claudine Juliana Cristina Cazonch Burkiewicz.**

Tesoureiro Geral: **Madeleine Rose Luvison Gomes da Silva.**

Primeiro Tesoureiro: **Lilia Moraes Benazzi.**

Diretora Científica: **Carolina de Souza Müller.**

### COMISSÃO CIENTÍFICA

**Carolina de Souza Müller, Juliana Simioni, Marcia Bandeira, Marcos Ernesto Bachtold, Sergio Cândido Kowalski, Valderilio Feijó Azevedo.**

### COMISSÃO DO INTERIOR

**Antonio Techy, Marcio Augusto Nogueira, Neide Tomimura Costa, Paulo Roberto Donadio.**

### COMISSÃO DOS EX-PRESIDENTES

**Acir Rachid Filho, Sebastião Cezar Radominski, Marília Barreto Gameiro Silva, Eduardo dos Santos Paiva, Marco Antonio Araújo da Rocha Loures.**

### SOCIEDADE PARANAENSE DE REUMATOLOGIA (SPR)

Rua Padre Anchieta, 1846 - sala 104 - Edifício Biocentro - Bigorriho, Curitiba - PR - CEP 80730-000

Fone: (41) 3324-6562 | E-mail: [reumatopr@gmail.com](mailto:reumatopr@gmail.com)



Site: [www.reumatologiapr.com.br](http://www.reumatologiapr.com.br)



Facebook: [www.facebook.com/SociedadeParanaensedereumatologia/](https://www.facebook.com/SociedadeParanaensedereumatologia/)

## REUMATO

*Em Revista*

Revista científica digital da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR).

Edições em 2020: Jan/Fev/Mar, número 1; Abr/Mai/Jun, número 2; Jul/Ago/Set, número 3.

Editor: Reumatologista **Marco Antonio Araújo da Rocha Loures** | E-mail: [mloures@gmail.com](mailto:mloures@gmail.com)

Jornalista: **Diniz Neto** | E-mail: [dinizne@gmail.com](mailto:dinizne@gmail.com) | WhatsApp: (44) 99122-8715

L892r

Loures, Marco Rocha (org.).

Reumato em revista / Organizador: Marco Rocha Loures. – 3. ed. – Maringá, PR :

SPR Publisher Editora, 2020.

48 p.; il.; tabs; fotografias.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-86170-07-8

1. Artigos. 2. Estudo Científico. 3. Revista. 4. Reumatologia.

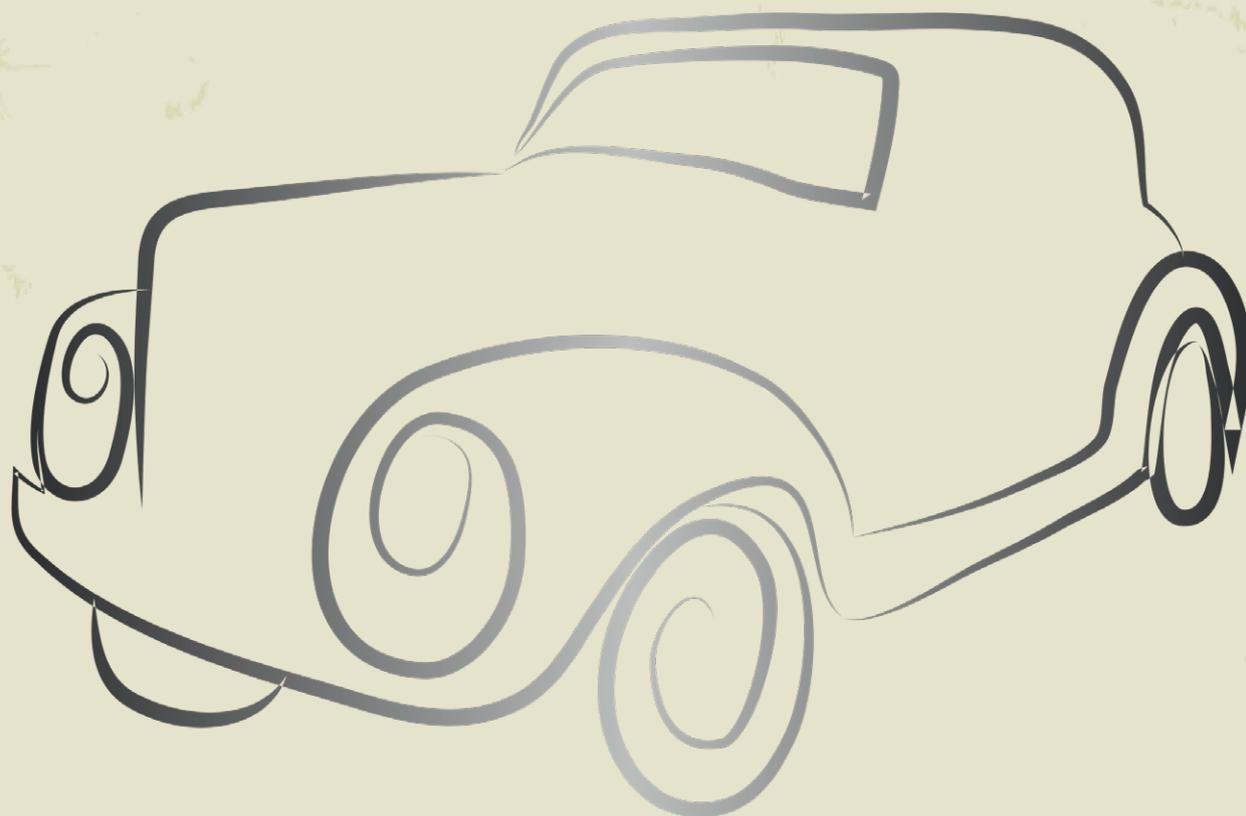
I. Título. II. Assunto. III. Loures, Marco Rocha.

CDD 611.7  
CDU 611.73

### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Sistema ósseo/muscular.

2. Medicina: sistema muscular; sistema ósseo.



***FOTOGRAFIA,  
CARROS ANTIGOS  
hobbies e paixões***

***Entrevista com o  
Dr. ANTONIO CARLOS RIBAS***

## Dr. ANTONIO CARLOS RIBAS *o reumatologista*

Neste número 3 da REUMATO EM REVISTA o Dr. Antonio Carlos Ribas, vice-presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR), contou detalhes da sua paixão por fotografia e o encanto, desde criança, por carros americanos, carros antigos.

Aliás, para escrever o que falou com fidelidade, ele gosta de carros, que tem prazer em dirigir, e de buscar belas paisagens para fotografar.



**“Sempre tive paixão  
pela *fotografia*.  
Gosto de *arte* em geral”**



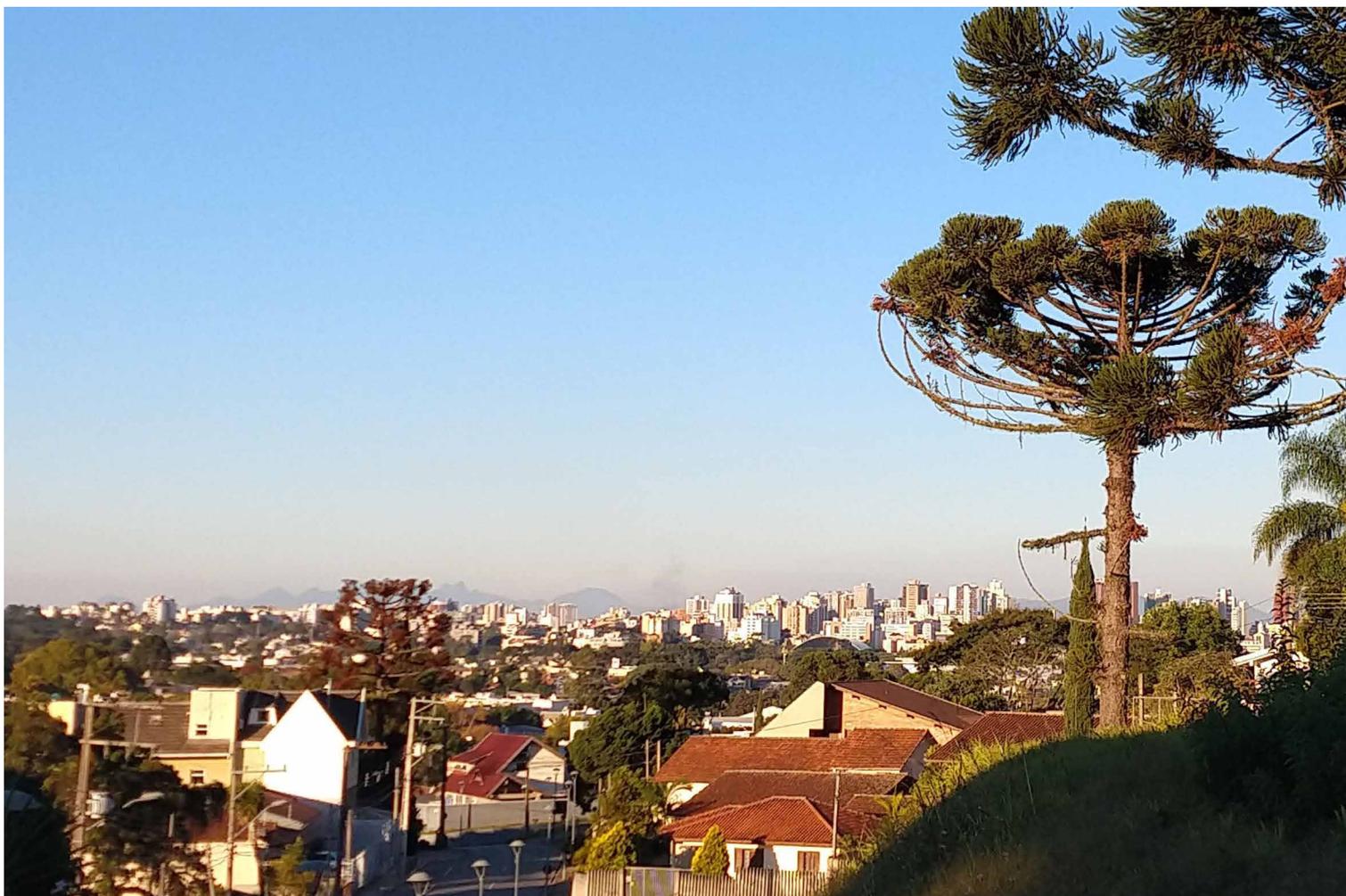
### ANTONIO CARLOS RIBAS

Médico formado pela Universidade Federal do Paraná em 1979.

Reumatologista formado pelo Serviço de Serviço de Reumatologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

Professor da Disciplina de Cuidados Paliativos na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.

Vice-presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia.



Curitiba, a bela capital do Paraná

**REUMATO EM REVISTA:** Dois de seus hobbies: fotografia e carros antigos. Como tudo isso começou?

**DR. ANTONIO CARLOS RIBAS:** Bem, fotografia eu sempre tive paixão e, embora não tenha feito cursos específicos, gosto de fotografar paisagens e também pessoas. Tenho procurado melhorar as técnicas. Mas o prazer maior em fotografar as pessoas nos eventos é poder enviar a elas as fotos correspondentes.

A fotografia também é arte e gosto muito de arte, em geral.

Quanto aos carros, o amor é muito antigo, desde a infância. Sempre me encantava com os carros americanos nos anos 60 e desejava ter carros antigos.

Como sempre gostei muito de dirigir, o prazer em ter carros antigos está em dirigi-los mas também nos encontros semanais com amigos colecionadores. Todos gostam das mesmas coisas e a descontração é sempre muito grande, já que ninguém fala de trabalho.

Quando não é possível ter carros na garagem, colecionamos miniaturas muito bem feitas desses automóveis que marcaram época.



Casa de madeira do tipo clássico, muito comum no passado nos bairros de Curitiba

## Dr. ANTONIO CARLOS RIBAS

### *fotos, carros antigos, arte*

**REUMATO EM REVISTA: O que gosta de fotografar?**

**DR. ANTONIO CARLOS RIBAS:** Gosto de fotografar pessoas e paisagens, assim como carros de época. Também tenho uma predileção por casas antigas e interessantes, especialmente as casas de madeira que resistem ao tempo e ao progresso. Tenho buscado fazer fotos nos eventos médicos de que participo e nos eventos de autos antigos, sejam ele pequenos ou grandes. Os amigos sabem que gosto e ficam aguardando as fotos que envio posteriormente a cada um.

**REUMATO EM REVISTA: Já fez ou participou de exposições?**

**DR. ANTONIO CARLOS RIBAS:** Não participei de exposições, até porque o objetivo não é esse. Nem tenho essas pretensões. Sou completamente amador.

**REUMATO EM REVISTA: E os carros antigos? O que o influencia para colecionar?**

**DR. ANTONIO CARLOS RIBAS:** Sempre gostei muito de carros e os antigos são apaixonantes, pois a fabricação era basicamente artesanal e a cada ano suas formas mudavam quase que completamente, especialmente nos carros americanos. A moldagem desses carros é impressionante para a época e vemos, hoje, carros de mais de cem anos ainda rodando “alegremente” por aí... os carros e seus donos. Mas o que mais me influencia é a possibilidade de fazer novas amizades com pessoas que também apreciam carros antigos, amizades essas muitas vezes duradouras e conhecer pessoas interessantes que têm o mesmo prazer que eu em dirigir e apreciar esses automóveis.

Importante deixar claro que também gosto de carros modernos.



Bel Air, símbolo dos anos 60



Wolksvagen, o Fusca, um mito inesquecível

**REUMATO EM REVISTA:** Qual o seu sonho de colecionador? Existe um? Ou mais?

**DR. ANTONIO CARLOS RIBAS:** Gosto de alguns modelos clássicos do passado, como o Mustang conversível dos anos sessenta, as Corvettes maravilhosas dos anos cinquenta. Gosto de carros grandes e confortáveis, que se costuma chamar de “banheiras”. O problema principal é o custo de aquisição e ter onde guardar. Aprecio os carros modificados, tipo Hot Rod, mas não gostaria de ter um desses. Prefiro os automóveis originais como saíram de fábrica.

**REUMATO EM REVISTA:** Atualmente, quais carros coleciona?

**DR. ANTONIO CARLOS RIBAS:** Atualmente tenho um Chevrolet Bel Air 1960, um Corcel II 1979 ainda com pintura de fábrica e pouco rodado, um Escort conversível 1990 e um Fusca 1974, todos em estado de carros de coleção.

**REUMATO EM REVISTA:** Existe uma ligação entre a fotografia e os carros antigos?

**DR. ANTONIO CARLOS RIBAS:** Sim, existe. As fotos de carros antigos sempre ficam bonitas, onde os modelos são apenas os carros. Eventualmente faço as fotos dos automóveis com seus donos, buscando uma forma de recordação de um momento ou mesmo para enviar aos amigos as fotos deles com seus brinquedos.

Recentemente fizemos calendários com os carros dos membros de nosso Clube (Clube de Coleccionadores de Vehiculos Antigos de Curityba), que ficaram muito interessantes... fiz uma grande parte das fotos... é onde mora a paixão por carros e fotografia ao mesmo tempo.

**“Gosto de fotografar pessoas e paisagens, assim como carros de época”**



Ford Corcel II, 1979, com a pintura original

Ford Scort 1990, o mais desejado da sua época



*“Sempre gostei muito de carros e os antigos são apaixonantes”*

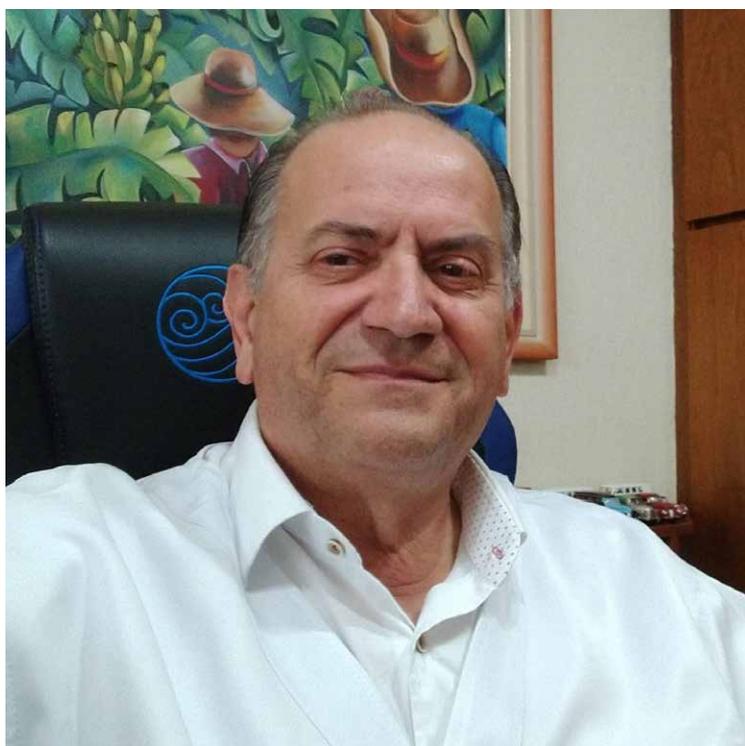
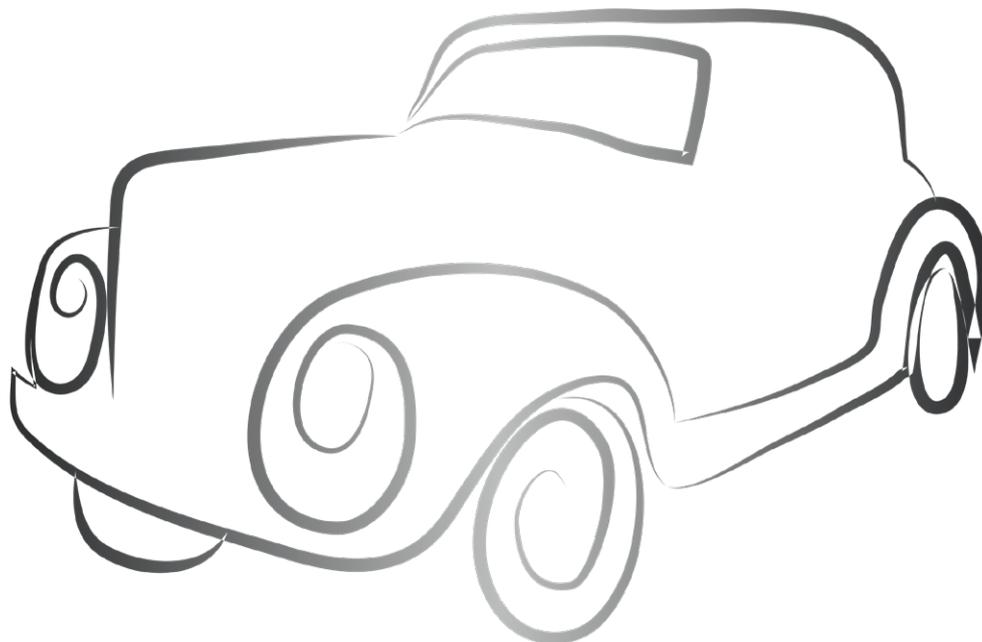
“Também  
tenho uma  
predileção por  
*casas antigas e  
interessantes...  
que resistem  
ao tempo e ao  
progresso*”



Casa restaurada e conservada

Bosque Alemão, na bela cidade de Curitiba





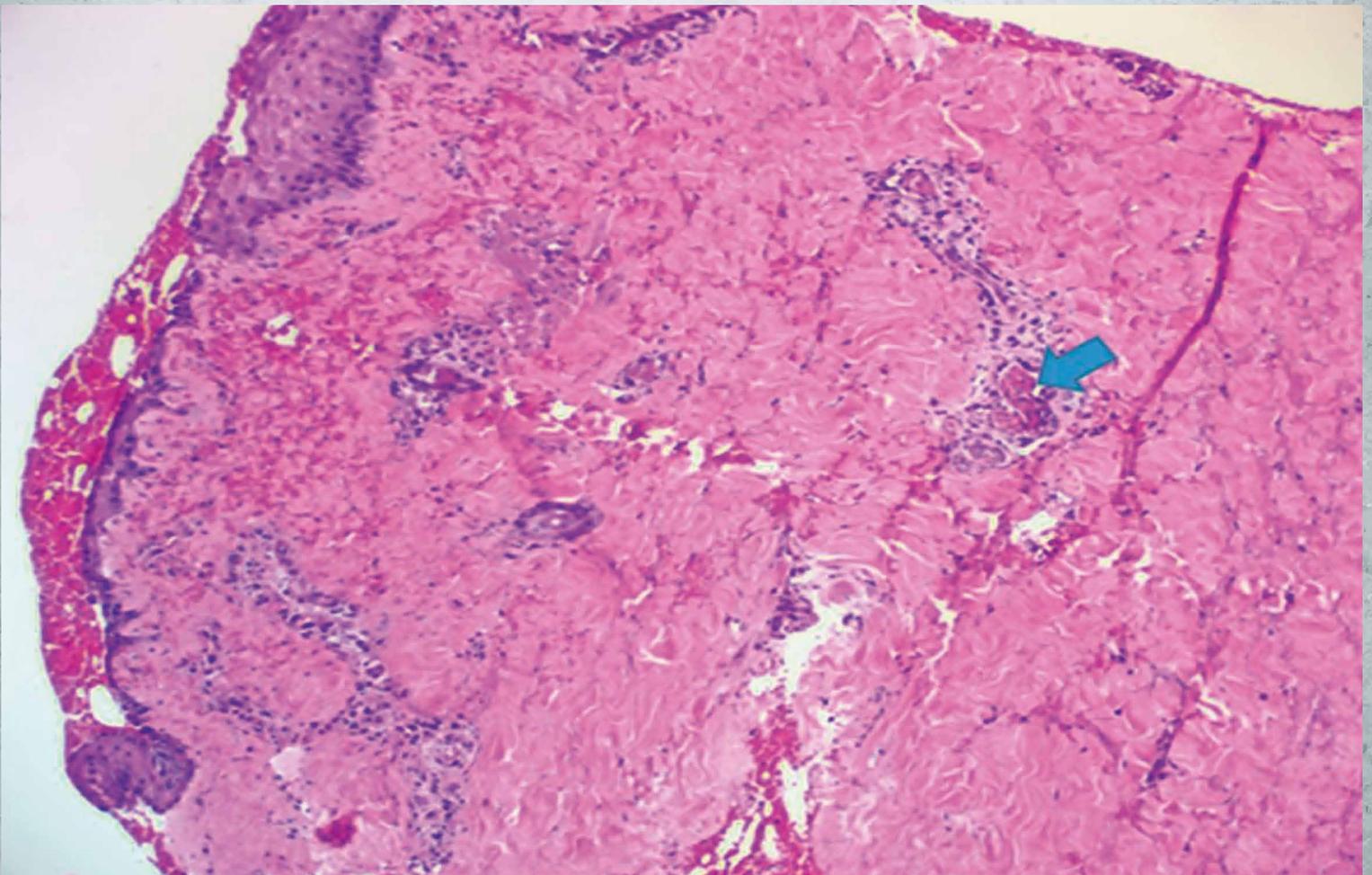
**Dr. ANTONIO CARLOS RIBAS**  
E-mail: [antoniocmribas@gmail.com](mailto:antoniocmribas@gmail.com)

FIM



**Título:**

***Necrose cutânea como manifestação dermatológica da SAF em puérpera***



**Autores:**

***Ana Paula Adame***

***Andressa Janaina Ferrandin***

***Bruna Jacinto Minatto***

***Márcio Augusto Nogueira***

## Título:

# *Necrose cutânea como manifestação dermatológica da SAF em puérpera*

Resumo: A Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF) é uma trombofilia adquirida, de etiologia autoimune, caracterizada por trombozes e/ou complicações obstétricas associadas a níveis elevados e persistentes de anticorpos antifosfolípidos. É chamada primária, quando se manifesta sem nenhuma doença adjacente, ou secundária, quando decorre de doença prévia, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). As manifestações clínicas incluem alterações vasculares, cardíacas, renais, neurológicas e cutâneas. As manifestações cutâneas são comuns e, frequentemente, o primeiro sinal da doença, sendo o livedo reticular a lesão de pele mais associada. Outras lesões menos comuns, incluem necrose cutânea, gangrena digital, papulose atrófica maligna, anetoderma primário, pseudovasculite, entre outras. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente jovem de 22 anos, puérpera, com antecedentes de morbidades gestacionais que obteve diagnóstico de SAF com manifestação dermatológica de necrose cutânea.

Introdução: A síndrome antifosfolípide (SAF) é uma doença autoimune sistêmica que, por mecanismos não plenamente descritos, tem suas manifestações em grande maioria relacionadas à coagulopatia<sup>1</sup>. A doença pode ser dividida em suas três formas, na forma primária a doença ocorre isoladamente, sem associação a outras patologias e seu diagnóstico é de exclusão. Na secundária, há associação com neoplasias, infecções, uso de medicamentos, ou mais comumente com outras condições autoimunes, sendo o LES o mais característico. E, por fim, a forma catastrófica, que é caracterizada por manifestações clínicas agudas múltiplas e graves de oclusão vascular<sup>2</sup>. A classificação mais recente da SAF, descrita em 2006, exige a presença de um critério clínico, manifestado por trombose arterial ou venosa e/ou perdas gestacionais, e um critério laboratorial com a positividade de ao menos um dos três anticorpos antifosfolípidos, que incluem anticorpos anticardiolipina (ACL), anti- $\beta$ 2 glicoproteína I (anti- $\beta$ 2GPI) e anticoagulante lúpico (AL) em duas ocasiões diferentes, distantes em pelo menos 12 semanas<sup>3</sup>. Todos os órgãos podem ser acometidos na doença e muito embora o acometimento

dermatológico não esteja entre os critérios clínicos propostos, sua presença, não incomum, deve trazer suspeição diagnóstica para a SAF<sup>4</sup>. Para pacientes com SAF com trombozes venosas é recomendado a terapia inicial com heparina não fracionada ou de baixo peso molecular, seguido de terapia anticoagulante a longo prazo com antagonista da vitamina K, como a varfarina<sup>5</sup>. As manifestações cutâneas, devem ter tratamento anticoagulante individualizado a cada condição clínica<sup>4</sup>. A estratégia atual para a prevenção de complicações da gravidez em pacientes com síndrome antifosfolípide obstétrica, baseada em evidências de baixa qualidade, é o uso de aspirina em baixa dose e uma dose profilática de heparina não fracionada ou de baixo peso molecular<sup>6</sup>.

Relato de caso: Paciente ACR, 22 anos, sexo feminino, raça branca, natural e residente de Cascavel, procurou atendimento no trigésimo dia de puerpério em centro obstétrico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná por queixa de duas lesões enegrecidas em região anteromedial e posterolateral da coxa esquerda, com um dia de evolução, dolorosas, com calor, hiperemia e edema local. Negava história de trauma, picada de insetos ou sangramentos. Paciente com antecedentes obstétricos de hipertensão gestacional com pré-eclampsia na última gestação, além de um aborto com três semanas de idade gestacional e um óbito fetal com 25 semanas de idade gestacional. Ao exame físico geral da internação, paciente com sinais vitais estáveis, cardiovascular, respiratório e abdominal normais, com alteração ao exame dermatológico de membro inferior esquerdo: duas máculas purpúricas, bem delimitadas e irregulares, a primeira de 5cm de comprimento localizada em região posterolateral de coxa e a segunda de 2cm de comprimento em região anteromedial de coxa, que em poucos dias, evoluíram a púrpuras retiformes palpáveis e bolhas hemorrágicas. (Figura 1-4). Na admissão, exames laboratoriais evidenciando: Hb 13 Ht 38.7 VCM 85 Leucócitos 7427 plaquetas 236mil, PCR 5.8 (VR <0,5), VHS 66, fibrinogênio: 599 (VR <350), TAP 1.01, KPTT 157.4 segundos (ratio: 4.32) sem melhora após teste de mistura, reticulócitos normais, coombs

direto negativo, função renal e hepática sem alterações, imunoeletroforese de proteína normal, sorologias de hepatite B, hepatite C, HIV e VRDL negativas, FAN não reagente. Anticoagulante Lúpico presente, Anticardiolipina IgM positivo (20.9 MPL U/ml), Anticardiolipina IgG negativo (9.8 GPL), Anticardiolipina IgA negativo (10 APL U/ml), Antibeta2glicoproteína-1 IgG negativo (4.7 Elia U/ml) e IgM positivo (11 Elia U/ml). Paciente permaneceu hospitalizada, onde iniciou tratamento empírico com oxacilina devido suspeita de infecção secundária e foi submetida a biópsia de lesões cutâneas, que teve achado histopatológico compatível com trombofilia: capilares e pequenos vasos de

parte superior da derme com trombos fibrinosos, e hemorragia recente (Figura 5). Mediante manifestações obstétricas ricas e manifestação cutânea importante, foi instituído tratamento anticoagulante inicial com heparina de baixo peso molecular (Enoxaparina 1mg/kg de 12/12h), e mantido posteriormente apenas anticoagulação com antagonista da vitamina K (Varfarina 5mg) e antiagregante plaquetário (ácido acetilsalicílico 100mg/d). Paciente retornou ambulatorialmente após 30 dias da alta, evoluiu com boa melhora e cicatrização das lesões (Figura 6 e 7).

Figura 5- Cortesia: Dr Carlos Floriano, Laboratório APC.



Figura 1



Figura 2



Figura 1



Figura 2

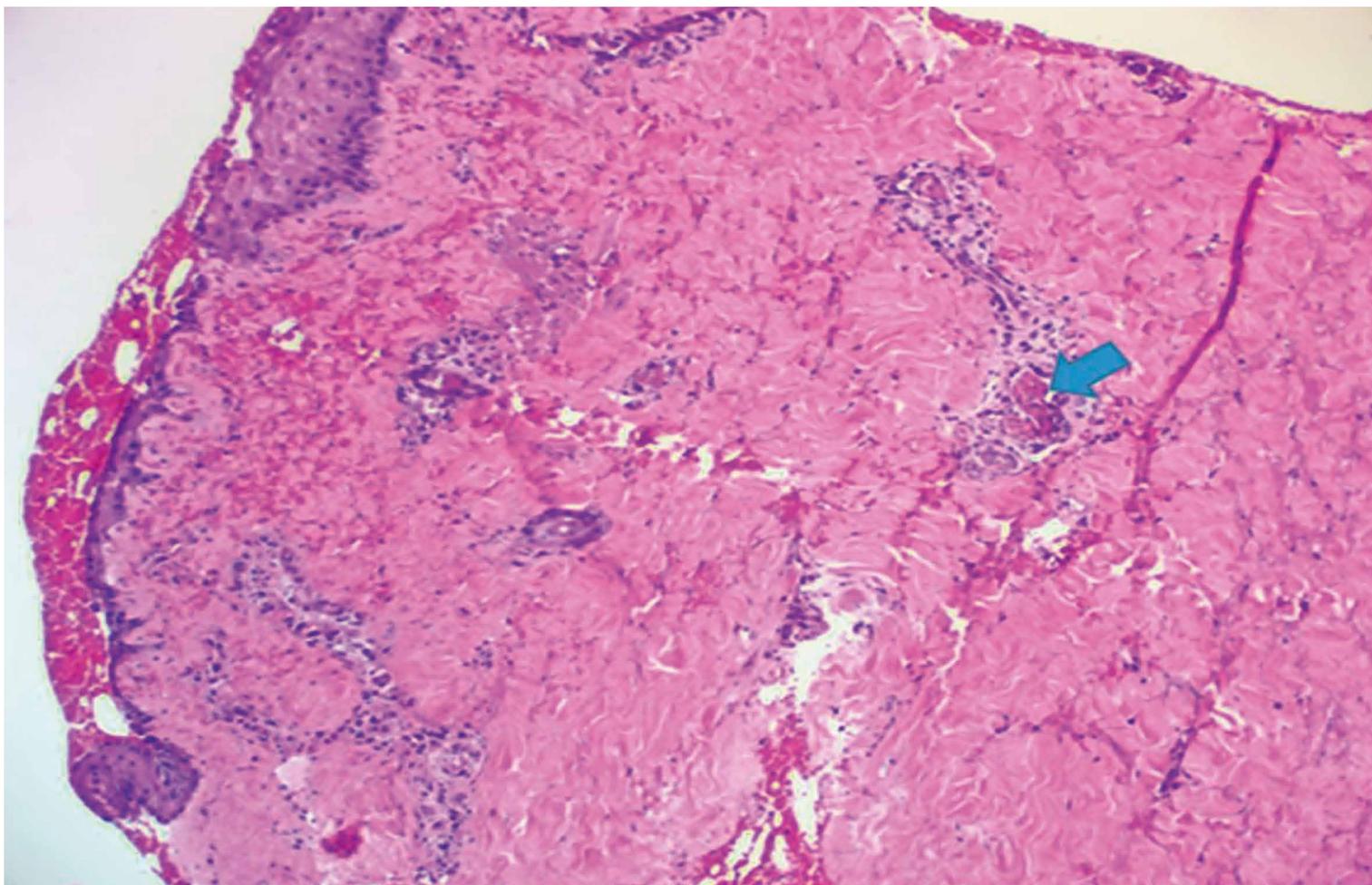


Figura 5 - Cortesia: Dr Carlos Floriano, Laboratório APC



Figura 6



Figura 7

**Discussão:**

As manifestações cutâneas acometem até 40-50% dos pacientes com diagnóstico de SAF, sendo muitas vezes, a primeira manifestação da doença. O acometimento dermatológico traz uma grande variedade de apresentações tromboticas e não tromboticas, destacando-se o livedo reticular, que apesar de não específico, é a apresentação cutânea mais frequente na SAF<sup>7,8</sup>.

A necrose cutânea, observada neste relato, apesar de também não ser específica da patologia, está presente na sua forma localizada em até 3,5% dos pacientes com SAF, com relatos de apresentação em até 3% dos pacientes com AL circulante<sup>9</sup>. A necrose cutânea em sua manifestação de início agudo com púrpura necrotizante retiforme, de caráter não inflamatório, que pode evoluir a placa necrótica e lesões bolhosas hemorrágicas. Outras formas de apresentação dermatológicas são: vasculopatia livedoide, gangrena digital, papulose atrófica maligna, hemorragia subungueal lineares múltiplas, anetoderma primário, pseudovasculite, síndrome dos dedos azuis, entre outras<sup>9-11</sup>.

O exame anatomopatológico apresenta na maioria das vezes a trombose vascular (de veias, artérias de pequeno e médio calibre ou arteríolas) de derme e tecido subcutâneo, sem componente inflamatório na parede do vaso<sup>4,12</sup>. Também presentes, eventualmente, hemorragia e necrose epidérmica nas lesões precoces ou proliferação capilar reativa, com deposição de hemossiderina ou atrofia epidérmica nos quadros avançados. A avaliação histopatológica foi essencial no desfecho deste caso, demonstrando sua importância na confirmação diagnóstica e realização de diagnóstico diferencial com lesões vasculíticas.

No que diz respeito ao tratamento de pacientes com lesões cutâneas, as manifestações dermatológicas e a situação clínica geral devem ser consideradas. Na ausência de ensaios clínicos randomizados, a terapia para manifestações dermatológicas permanece empírica e nenhum tratamento tem sido sistematicamente eficaz<sup>8</sup>. Necrose cutânea generalizada e gangrena digital são consideradas eventos tromboticos importantes que requerem tratamento em longo prazo com anticoagulação. Para outras apresentações cutâneas isoladas, a terapia combinada com aspirina e dipiridamol ou pentoxifilina tem sido eficaz em alguns casos, mas o benefício potencial dessa associação ainda precisa ser determinado<sup>13</sup>. Quando as terapêuticas iniciais falham, o tratamento pode ser difícil e muitas alternativas foram

propostas na literatura, com resposta variável, como ciclofosfamida, azatioprina, rituximabe, imunoglobulina intravenosa, agentes fibrinolíticos, sildenafil e enxerto de pele autólogo<sup>13-15</sup>.

No caso relatado, a paciente teve boa resposta ao tratamento anticoagulante e antiplaquetário, e após tratamento de infecção secundária local, evoluiu com adequada cicatrização das lesões (Figura 6 e 7).

Conclui-se que, embora inespecíficos e não incluídos nos critérios de classificação, os achados dermatológicos são frequentes e podem ser a característica inicial de apresentação, tornando-se uma pista importante no diagnóstico desta doença. Por esse motivo, é importante estar familiarizado com as lesões cutâneas e reconhecer quando a investigação da SAF deve ser realizada, uma vez que o diagnóstico precoce poupará os pacientes das consequências mais graves dessa doença.

**Referências bibliográficas:**

- 1 - Mulinari-Brenner FA, Pizzol ASD, Thomaz PCP. Síndrome dos anticorpos antifosfolípidos. An Bras Dermatol 2001; 76(5): 605-610.
- 2 - Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R et al. Declaração de consenso internacional sobre uma atualização dos critérios de classificação da síndrome antifosfolípide definida (SAF). J Thromb Haemost 2006; 4: 295-306.
- 3 - Gomez-Puerta JA, Cervera R. Diagnóstico e classificação da síndrome antifosfolípide. J Autoimmun 2014; 20 (5) 48-49.
- 4 - Criado PR, Rivitti EA, Vasconcellos C, Valente NYS, Martins JEC. Manifestações cutâneas das trombofilias. An Bras Dermatol 2008; 83(6): 491-506.
- 5 - Garcia, D., & Erkan, D. (2018). Diagnosis and Management of the Antiphospholipid Syndrome. New England Journal of Medicine, 378(21), 2010-2021. doi:10.1056/nejmra1705454.
- 6 - Espinosa G, Cervera R. Current treatment of antiphospholipid syndrome: lights and shadows. Nat Rev Rheumatol 2015; 11: 586-96.
- 7 - Sangle SR, D'Cruz DP. Livedo reticularis: An enigma. Isr Med Assoc J. 2015;17 (5): 104-7.
- 8 - Pinto-Almeida T, Caetano M, Sanches M. Cutaneous manifestations of antiphospholipid syndrome. Acta Reumatol Port. 2013;38:10-8.

9 - Francès C, Niang S, Laffitte E, Pelletier F, Costedoat N, Piette JC. Dermatologic manifestations of the antiphospholipid syndrome: two hundred consecutive cases. *Arthritis Rheum.* 2005;52:1785-93.

10 - García-García C. Anticuerpos antifosfolípido y síndrome antifosfolípido: actitudes diagnósticas y terapéuticas. *Actas Dermosifilogr.* 2007;98:16-23. 21.

11 - Diógenes MJ, Diógenes PC, de Moraes Carneiro RM, Neto CC, Duarte FB, Holanda RR. Cutaneous manifestations associated with antiphospholipid antibodies. *Int J Dermatol.* 2004;43:632-7. 24.

12 - Levine JS, Branch DW, Rauch J. The antiphospholipid syndrome. *N Engl J Med.* 2002;

346: 752-63.

13 - Weinstein S, Piette W. Cutaneous manifestations of antiphospholipid antibody syndrome. *Hematol Oncol Clin N Am* 2008; 22: 67-77.

14 - Espinosa G, Cervera R. Recent trends in the management of antiphospholipid syndrome (Hughessyndrome). *Drugs Today (Barc)* 2010; 46: 39-47.

15 - Roubey RA. New approaches to prevention of thrombosis in the antiphospholipid syndrome: hopes, trials, and tribulations. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 3004-3008.

## Título:

# *Necrose cutânea como manifestação dermatológica da SAF em puérpera*



## Autores:

*Ana Paula Adame*

*Andressa Janaina Ferrandin*

*Bruna Jacinto Minatto*

*Márcio Augusto Nogueira*

FIM



**Referência:**

***CETI - Centro de Estudos em Terapias Inovadoras completa 23 anos de excelência em PESQUISA CLÍNICA***



Centro de Estudos em Terapias Inovadoras  
Pesquisa Clínica / Tratamentos

**O CETI é comandado pelo Dr. Sebastião Radominski, que já presidiu a Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR) e a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR).**

## Referência:

# *CETI - Centro de Estudos em Terapias Inovadoras completa 23 anos de excelência em PESQUISA CLÍNICA*

O CETI foi fundado no início de 1997, apenas 1 ano após a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CONEP) com o propósito de realizar pesquisas clínicas nacionais e internacionais de desenvolvimento e aprovação de novas moléculas inovadoras para o tratamento de doenças reumáticas.

### **ESTUDOS DE FASE I, II, III e IV**

O primeiro ensaio clínico foi realizado em 1997, um estudo de associação do diclofenaco com o misoprostal x diclofenaco isolado, tendo como desfecho a melhor tolerância gastrointestinal para a associação analisada.

Desde então foram realizados cerca de 120 ensaios clínicos de fases I, II, III e IV, doenças como a osteoartrite, osteoporose, artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil, lombalgia, fibromialgia e lúpus, com participação efetiva no desenvolvimento de novos fármacos que estão ou estarão disponíveis no arsenal terapêutico do reumatologista nos próximos anos.

Entre eles, os estudos dos inibidores de COX-2 (celecoxibe, rofecoxibe e etorecoxibe), residronato, ácido zoledrônico, denosumabe, romosozumabe (ainda não aprovado no Brasil), duloxetina, abatacepte, belimumabe, tocilizumabe,

canakinumabe e os inibidores de JAK (tofacitinibe, baricitinibe e upadacitinibe).

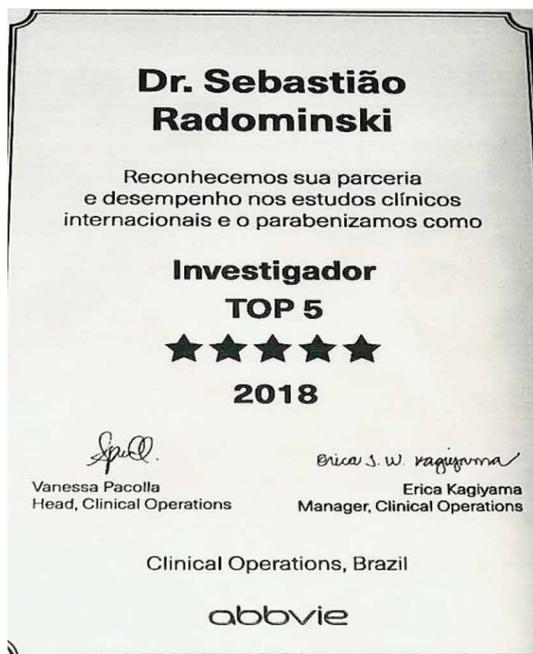
Recentemente houve um novo crescimento de ensaios clínicos para lúpus sistêmico renal (voclosporina), lúpus não renal (baricitinibe e inibidores de TyK 2), além de estudos para diabetes, dermatite atópica e psoríase.

O CETI conta atualmente com 11 colaboradores entre investigadores e staff com alta capacidade e experiência em ensaios clínicos multicêntricos e multinacionais. O trabalho desta excelente equipe tem sido reconhecido através de prêmios nacionais e internacionais que reconhecem o padrão de qualidade e ética em pesquisa clínica do centro, localizado no Alto da Glória, na cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná.

**O CETI foi fundado para realizar pesquisas clínicas de desenvolvimento e aprovação de novas moléculas inovadoras para o tratamento de doenças reumáticas.**



**O Dr. Sebastião Radominski com a equipe do CETI - Centro de Estudos em Terapias Inovadoras**



Algumas premiações outorgadas ao Centro de Estudos demonstram o reconhecimento nacional e internacional à excelência da sua pesquisa clínica e tratamentos.

**CETI**  
Av. Agostinho Leão Junior, 306 – Alto da Glória  
CEP: 80030-110 – Curitiba – Paraná

Telefones :  
(41) 3022-3482  
(41) 99717-0003

FIM



## O uso da *ultrassonografia* em reumatologia



**Autor:**

**Leonardo Michaelis Schmidt**

**Reumatologista**

**CRM-PR 22661 / RQE 15289**

**- Habilitação em Ultrassonografia Musculoesquelética pela SBUS**

**- Coordenador do Curso Ultrassom em Reumatologia Online**

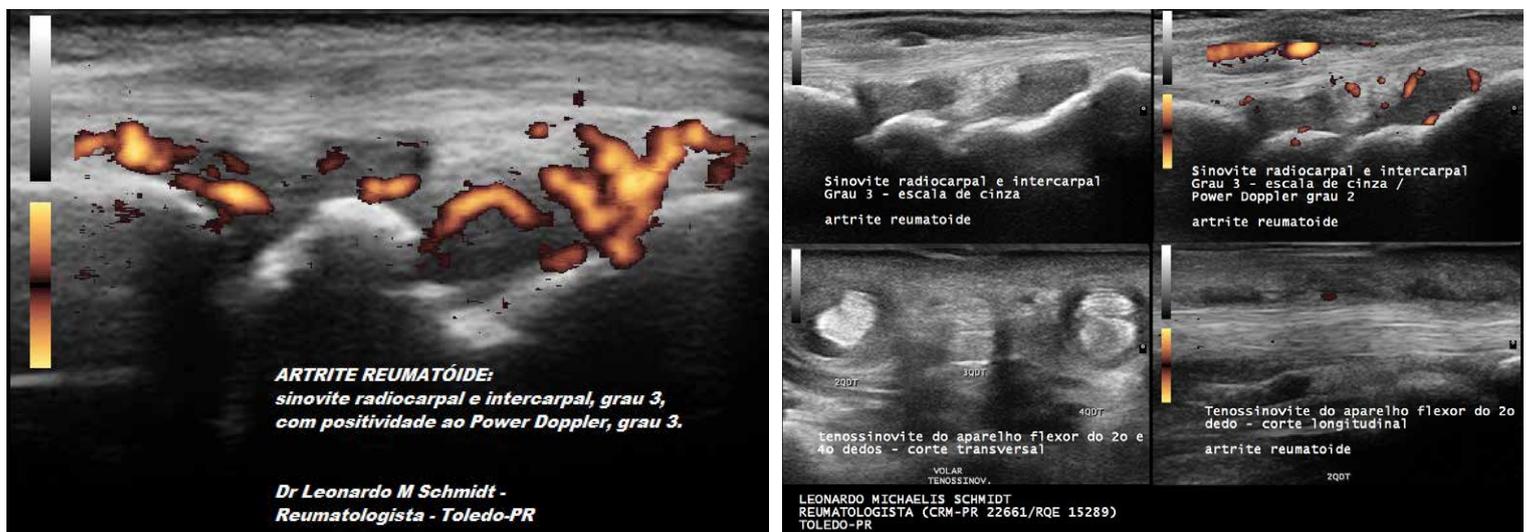
A Ultrassonografia (US) é um método acessível, seguro e eficaz para avaliação da maioria das estruturas musculoesqueléticas e patologias reumáticas articulares e tendíneas. Nos últimos anos, sua aplicabilidade vem aumentando na Reumatologia, sobretudo para avaliação terapêutica e controle de atividade das doenças inflamatórias articulares, principalmente na artrite reumatoide (AR). Estudos recentes demonstram inclusive que o uso do ultrassom de alta resolução pode ser comparado com a ressonância magnética (RM) na identificação de processos inflamatórios e erosões ósseas iniciais articulares na AR, superando a radiografia convencional, com a vantagem de ter menor custo e ser mais acessível que a RM. Além disso, é um método dinâmico, permitindo avaliação e comparação em tempo real das estruturas.

Cada vez mais observamos a utilização de equipamentos de ultrassom nos consultórios de Reumatologia, beneficiando sobremaneira pacientes e médicos que só têm a ganhar em acurácia diagnóstica, objetividade no acompanhamento clínico evolutivo e até mesmo aumento em adesão ao tratamento proposto.

**US na artrite reumatoide**

Na AR, podemos avaliar em tempo real as sinóvias, as superfícies ósseas e os tendões, principais estruturas alvo do processo inflamatório na doença (Fig. 1,2,3 e 4). A US faz parte das recomendações do EULAR para uso de imagem articular no manejo clínico da AR.

A hipertrofia sinovial, o derrame articular e as erosões ósseas são muito bem visíveis à US, podendo ser utilizado para confirmação do envolvimento articular segundo os critérios de classificação ACR/EULAR para AR. Com auxílio do recurso Power Doppler podemos identificar aumento de fluxo sanguíneo causado por neoangiogênese decorrente do processo inflamatório sinovial (Fig. 1 e 2). Além disso, a US apresenta maior sensibilidade diagnóstica do que o exame físico, com melhor capacidade de detecção de sinovite, além de ser superior à radiografia convencional na identificação de erosões ósseas. Podemos ainda utilizar esse incrível método como forma de acompanhamento dos nossos pacientes, por meio de avaliações periódicas sequenciais, aumentando nossa capacidade de identificar dano articular precoce e persistência de processo inflamatório sinovial, muitas vezes de difícil detecção pelo exame físico desarmado (Fig. 2).



**Fig. 1:** À esquerda: Sinovite radiocarpal e intercarpal, grau 3, com presença de sinais ao Power Doppler, grau 3, mostrando artrite em atividade. À direita: Sinovite radiocarpal e intercarpal grau 3, Power Doppler grau 2, Tenossinovite do aparelho flexor do 2º e 4º dedos em paciente com AR em atividade.

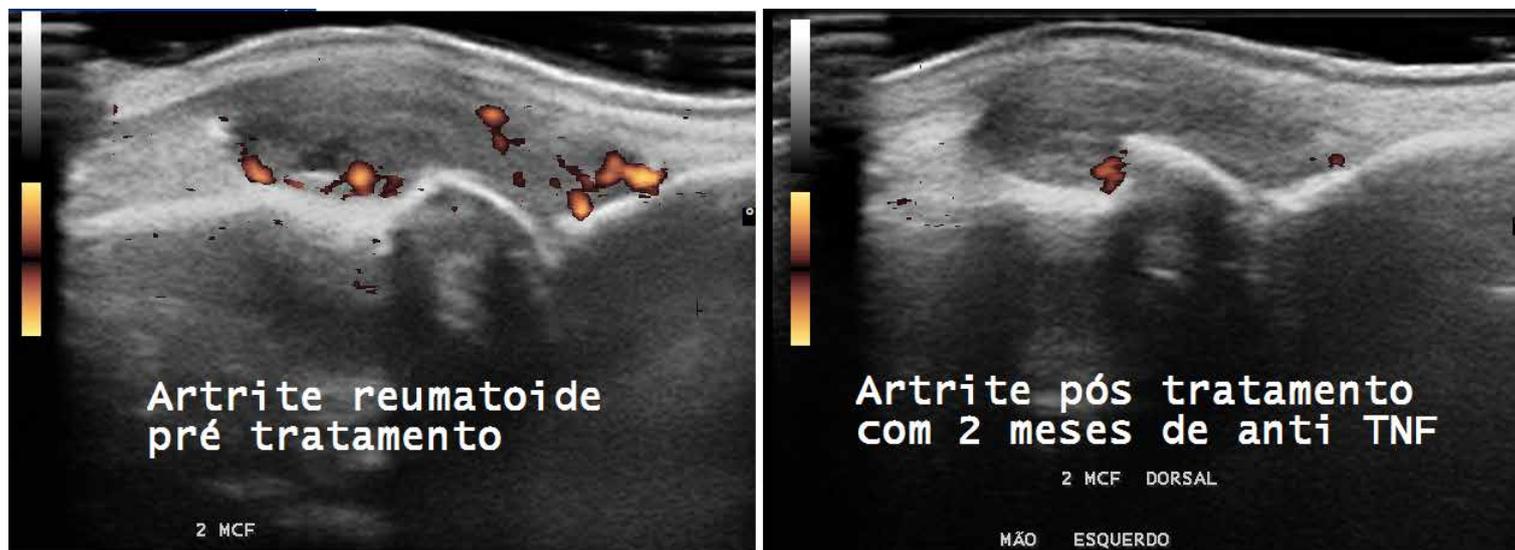


Fig. 2: Sinovite na 2ª MCF dorsal, antes e 2 meses após tratamento iniciado com Anti TNF. Note a nítida redução na captação dos sinais de hipervascularização ao Power Doppler na imagem da direita (pós-tratamento).

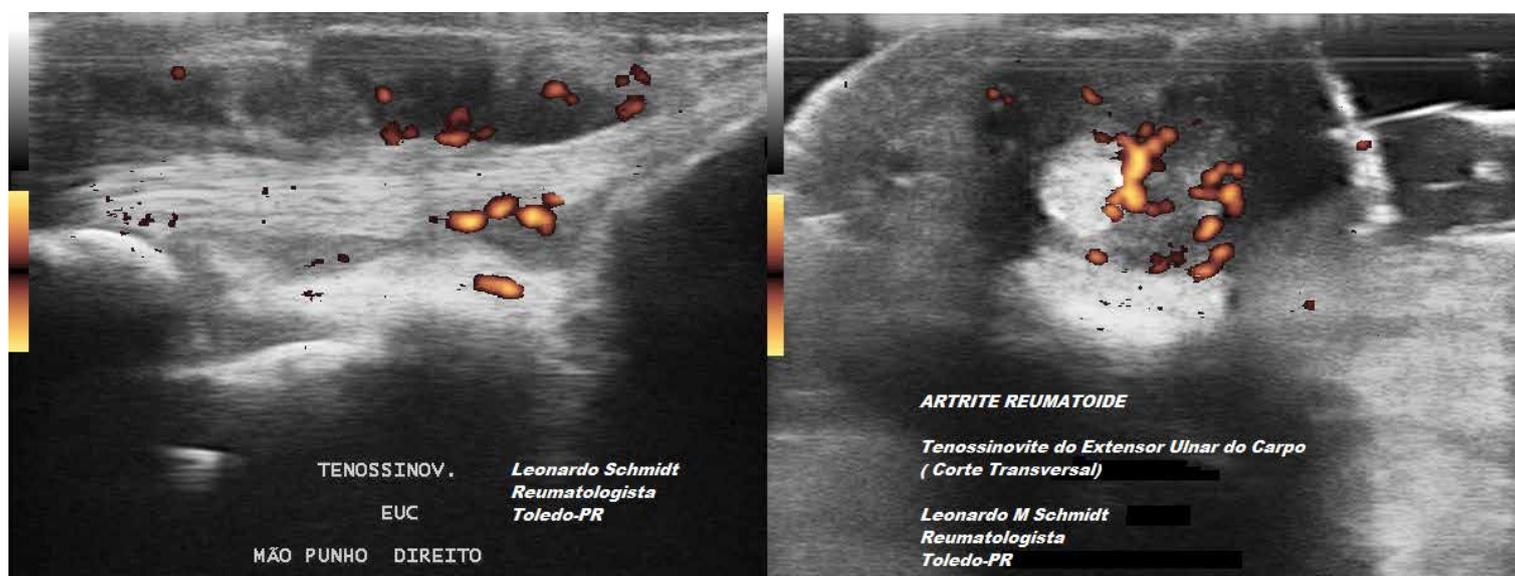


Fig. 3: Tenossinovite do Extensor ulnar do carpo: achado característico da AR.

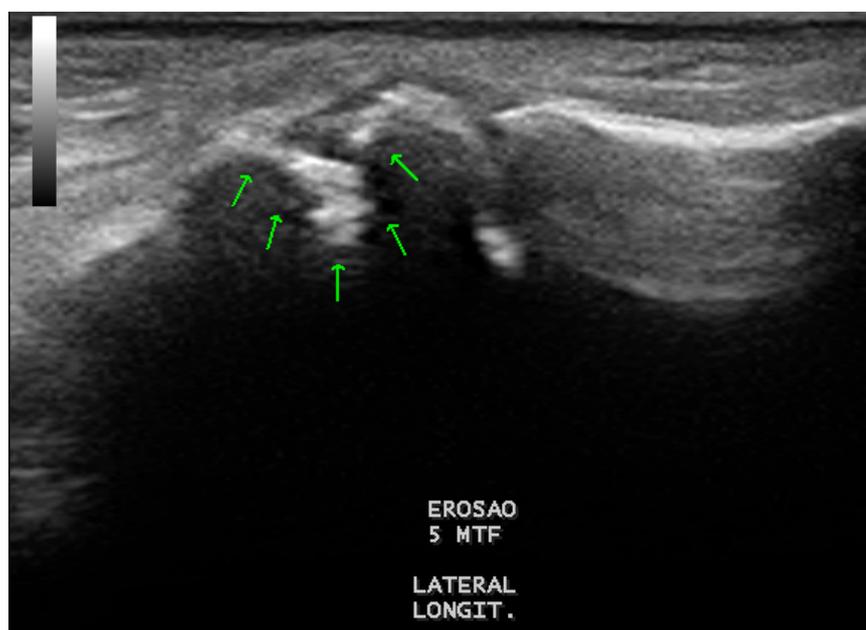
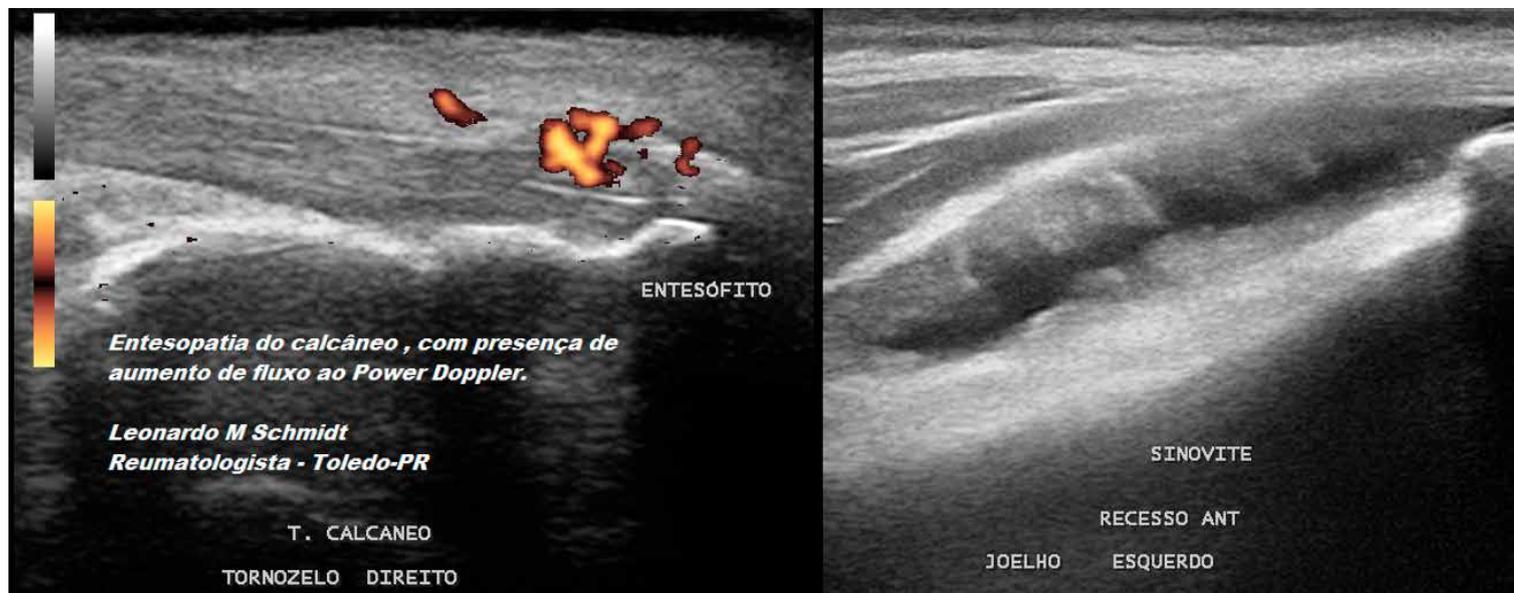


Fig. 4: Erosão óssea na 5ª MTF em paciente com Artrite reumatoide.

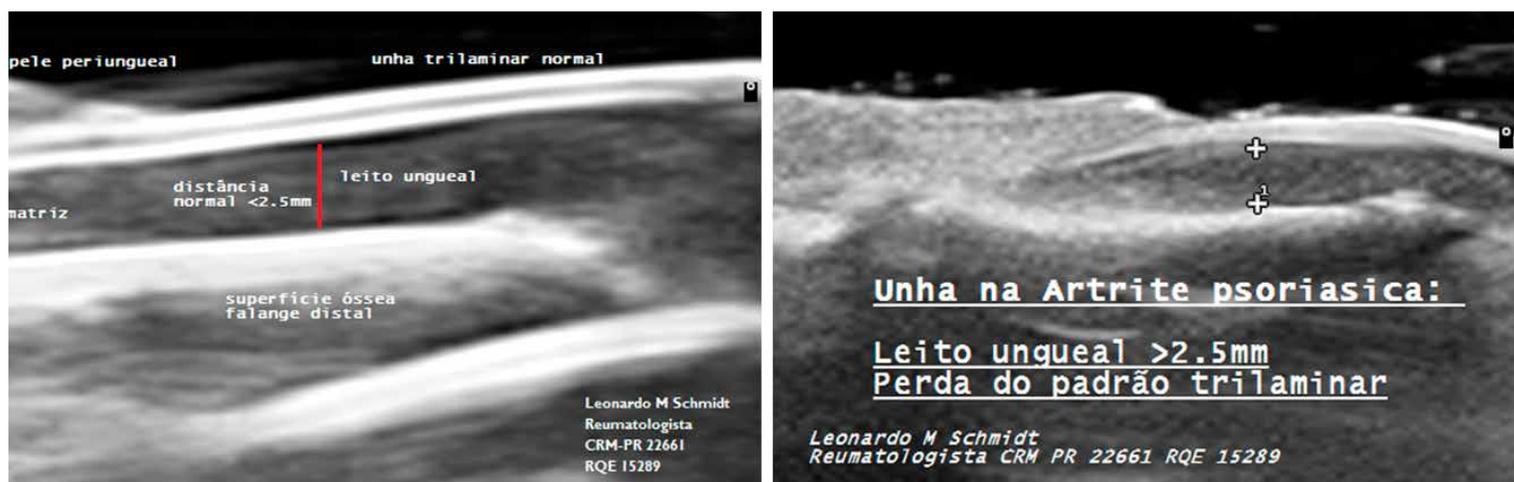
**US nas espondiloartrites**

As espondiloartrites são um grupo de doenças das quais fazem parte a Espondilite Anquilosante, a Artrite Psoriásica e a Artrite Reativa. Assim como na AR, podemos lançar mão da US para avaliação de artrites periféricas, muito presentes nessas doenças.

Além disso, a US é essencial para avaliação de entesopatias e tendinopatias/tenossinovites. Mais especificamente na artrite psoriásica, as alterações ungueais são muito bem avaliadas também por meio da ultrassonografia (Fig. 6).



**Fig. 5:** À esquerda: Entesopatia do tendão calcâneo em paciente com Espondilite Anquilosante, demonstrando atividade inflamatória periférica desta doença. À direita imagem de hipertrofia sinovial e derrame em joelho de paciente com Espondilite Anquilosante em atividade.



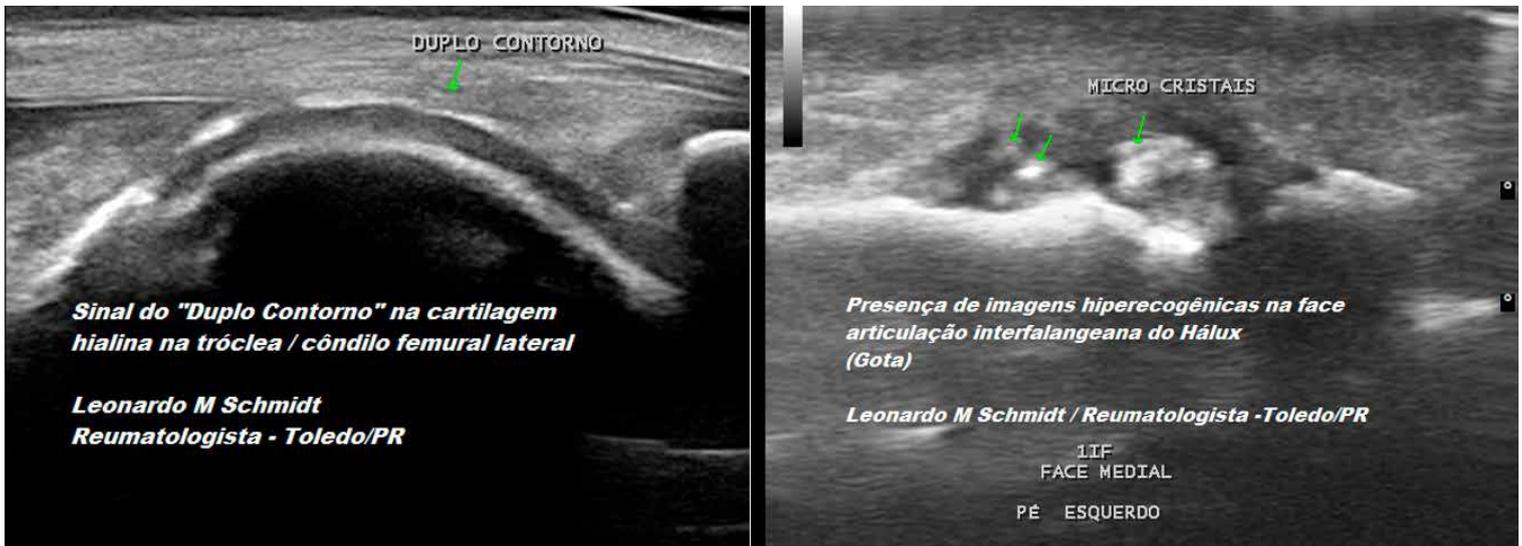
**Fig. 6:** Avaliação ungueal pela US na Artrite Psoriásica: À esquerda aspecto trilaminar normal da unha (achados normais). À direita notamos perda do padrão trilaminar habitual da unha e espessamento do leito ungueal.

**US nas Artrites Microcristalinas**

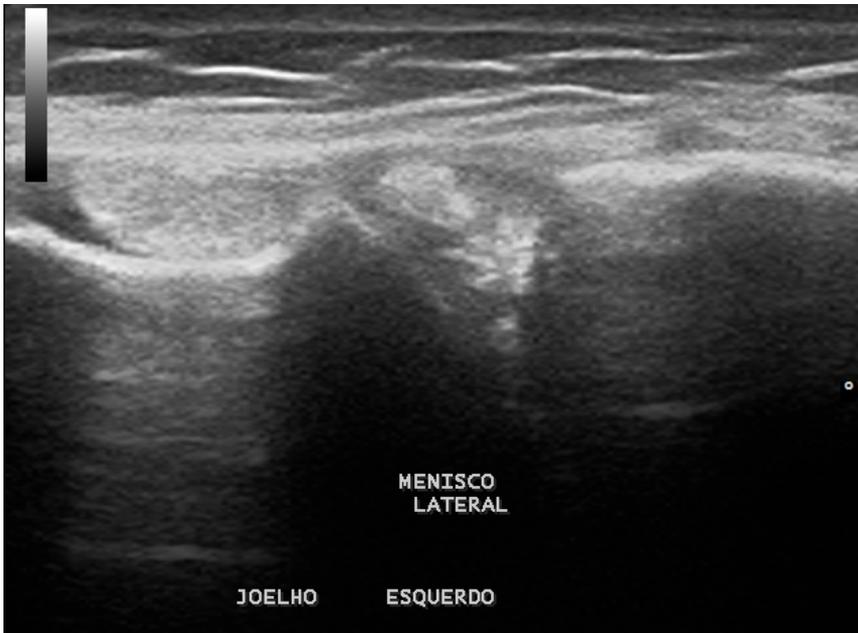
As artrites microcristalinas (sobretudo gota e pseudogota) também podem ser muito bem avaliadas pela ultrassonografia. Sinais como a “tempestade de neve”, agregados microcristalinos e o sinal do “duplo contorno” são achados característico da gota (Fig. 7). Calcificações cartilaginosas e em fibrocartilagens

(condrocalcinose) também podem ser muito bem avaliadas pela US nos casos de pseudogota (Fig. 8).

Veja as figuras na página seguinte.



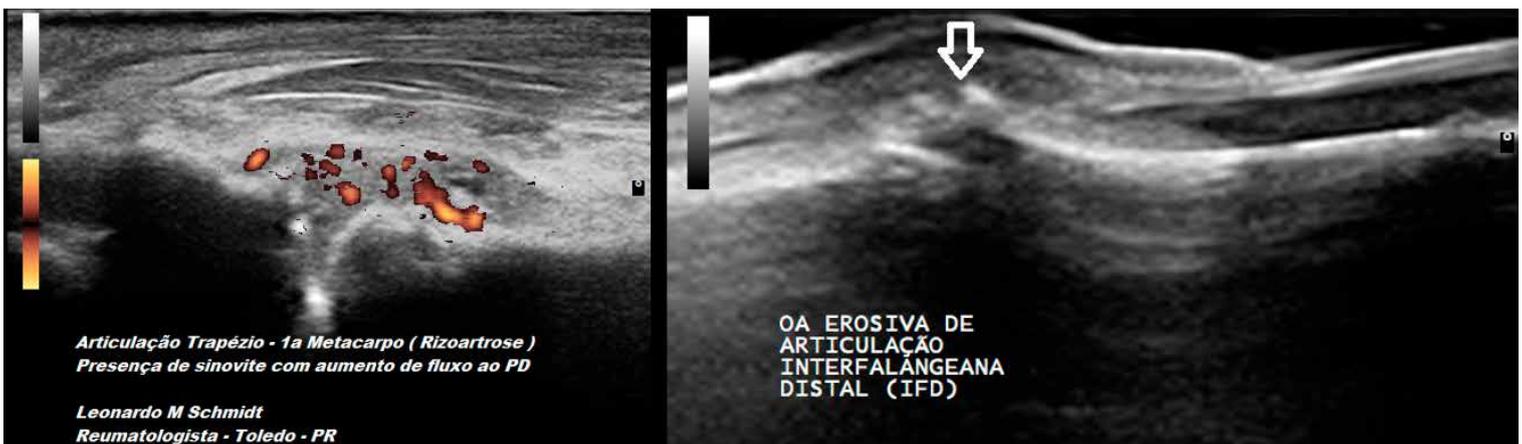
**Fig 7: Avaliação ultrassonográfica de casos de Gota:** À esquerda vemos o sinal do “duplo contorno” na superfície da cartilagem do côndilo lateral femural (linha hiperecogênica acompanhando a superfície cartilaginosa). À direita vemos a presença de agregados microcristalinos na face medial da 1ª articulação metatarsofalangeana.



**Fig. 8: Pseudogota:** presença de calcificações no interior do menisco lateral (condrocalcinose).

**US na Osteoartrite**

A osteoartrite é uma das doenças mais prevalentes nos consultórios de reumatologia. A ultrassonografia sem dúvida alguma pode exercer um papel importante na avaliação diagnóstica desses pacientes (fig 9). Por meio da US podemos avaliar a cartilagem hialina (espessura e irregularidades), presença de osteófitos, redução do espaço articular, derrame articular, hipertrofia sinovial e presença de cistos de geodo.



**Fig. 9:** À esquerda osteoartrite da articulação trapézio-metacarpo (Rizoartrose), com presença de sinovite e aumento de fluxo ao Power Doppler. À direita osteoartrite de IFD, com redução de espaço articular e formação de osteofitose marginal.



**Fig. 10: Punção guiada por US em joelho de paciente com artrite reumatoide, identificando em tempo real a correta localização da agulha.**

Além das patologias citadas, podemos também utilizar a ultrassonografia em outras doenças reumáticas como a Síndrome de Sjögren (para avaliação de glândulas salivares maiores), nas vasculites de grandes vasos (Arterite de Células Gigantes e na Arterite de Takayasu), avaliação de pele e pulmão na Esclerose Sistêmica, avaliação ocular nas uveítes, nas neuropatias compressivas como a Síndrome do Túnel do Carpo etc. O ultrassom também pode nos auxiliar como guia na realização de punções e infiltrações, favorecendo a correta localização das estruturas para que os procedimentos sejam realizados de forma mais segura e precisa (Fig. 10).

## REFERÊNCIAS

- Rahmani M. et al. Detection of bone erosion in early rheumatoid arthritis: ultrasonography and conventional radiography versus non-contrast magnetic resonance imaging. *Clin Rheumatol* (2010) 29:883–891.
- Millot F. et al. Musculoskeletal Ultrasonography in Healthy Subjects and Ultrasound Criteria for Early Arthritis (The ESPOIR Cohort). *The Journal of Rheumatology* 2011; 38:4.
- Fernandes E. et al. Ultra-sonografia na Artrite Reumatóide: Aplicabilidade e Perspectivas. *Rev Bras Reumatol*, v. 48, n.1, p. 25-30, jan/fev, 2008.
- Mota L. et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatóide. *Rev Bras Reumatol* 2011;51(3):199-219.
- Filippucci E. et al. Ultrasound imaging for the rheumatologist. *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24: 1-5.
- Filippucci E. et al. Ultrasound imaging for the rheumatologist VII. Ultrasound imaging in

rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25: 5-10.

- Iagnocco A. et al. Ultrasound imaging for the rheumatologist XVII. Role of colour Doppler and power Doppler. *Clin Exp Rheumatol* 2008; 26: 759-762.
- Colebacht, AN et al. EULAR recommendations for the use of imaging of the joints in the clinical management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72:804–814. doi:10.1136/annrheumdis-2012-203158.
- Zayat, AS, et al. The specificity of ultrasound-detected bone erosions for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015 May;74(5):897-903. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204864. Epub 2014 Jan 20.
- Gutierrez M. A sonographic spectrum of psoriatic arthritis: “the five targets”. *Clin Rheumatol* (2010) 29:133–142.
- D’Agostino M-A, et al. Scoring ultrasound synovitis in rheumatoid arthritis: a EULAR/OMERACT ultrasound taskforce. *RMD Open* 2017;3:e000428. doi:10.1136/rmdopen-2016-000428.

## Autor:

**Leonardo Michaelis Schmidt**  
**Reumatologista**

## E-mail:

**leo\_msch@yahoo.com.br**

FIM





***CANNABIS MEDICINAL:***

***Colocando a carroça  
na frente dos bois...***

***Autor:***

***Fernando Augusto Chiuchetta***

# *CANNABIS MEDICINAL:* *Colocando a carroça na frente dos bois...*

**Autor:**

*Fernando Augusto Chiuchetta*



Choques como este ocorrem em basicamente todas as jogadas do futebol americano e são responsáveis por inúmeras lesões nos atletas levando a dores intensas e muitas vezes ocasionando uma aposentadoria precoce.

Em 2019, a liga nacional de futebol americano (NFL) anunciou uma série de medidas ligadas à saúde dos jogadores. Os times deveriam ter um especialista em dor e um clínico de saúde mental. Foi formado também um comitê de estudo para o tratamento de lesões. Mas nenhuma disposição chamou tanto a atenção quanto a inclusão de substâncias derivadas da maconha, como o

canabidiol (CBD), no estudo.

“A ciência, infelizmente, está atrás da opinião popular e da imprensa. Temos muito mais opinião do que ciência no uso da maconha para a dor”, afirmou Allen Sills, chefe médico da NFL.

## **INTRODUÇÃO**

A planta cannabis sativa é utilizada pelo homem há mais de 6.000 anos em cerimônias religiosas, em práticas farmacológicas (como náuseas, convulsões e dor) e também na forma “recreativa”. Após ser banida em 1912 na maioria dos países através da Convenção do Ópio em Haia, passou

recentemente a ser legalizada em vários países para fins “recreativo” e como tratamento médico, a chamada cannabis medicinal (CM). O caminho da CM foi diferente de outras medicações, iniciando por movimentos de pacientes que estavam experimentando a planta para suas doenças, com uma grande repercussão da mídia tradicional e mídias sociais e finalmente aprovação como medicação em vários países. Algumas vezes, houve a dificuldade de se separar os grupos que defendiam a liberação da cannabis como CM e aqueles que defendiam a liberação para uso “recreativo”. A complexidade e variabilidade bioquímica, problemas de controle de qualidade, escassez anterior de ensaios controlados randomizados adequadamente desenvolvidos e falta de educação pertinente conspiraram para deixar os médicos na dívida quanto a como aconselhar pacientes que buscam tal tratamento.

O sistema endocanabinoide, com seus receptores CB1 e CB2 descritos na década de 80 e seus ligantes descobertos mais tarde, está fortemente associado com os sistemas nervosos central e periférico, mas é presente em todo o corpo, incluindo pele, ossos, articulações e o sistema hematopoiético. Ele parece ser responsável por contrabalançar o sistema de estresse agudo (lutar ou fugir), restaurando o sono, o apetite, e modulando dor e inflamação. Os canabinóides derivados de plantas (fitocanabinóides) mais estudados são delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC), o principal constituinte psicoativo da cannabis, atribuível à sua ligação aos receptores CB1, e o canabidiol (CBD), que não se liga aos receptores canabinóides. O sistema endocanabinoide foi estudado extensivamente em modelos animais, e endocanabinóides, fitocanabinóides e agonistas do receptor de canabinóides sintéticos foram relatados como tendo efeitos antinociceptivos em modelos animais de dor aguda, inflamatória e neuropática. Muito recentemente, descobriu-se que uma mutação na via de sinalização endocanabinoide está associada à insensibilidade congênita à dor. (CB1 – Cb2).<sup>1</sup>

Os ligantes endógenos do sistema, como anandamida e o 2-AG (2-araquidonil-sn-glicerol) são derivados do ácido araquidônico e liberados em resposta quando há injúria tecidual ou outro gatilho pré-sináptico. Quando estes compostos se ligam aos seus receptores, há redução dos sinais de dor e inflamação. A ciência básica realmente aponta de maneira consistente que agonistas canabinóides possuem ação anti-inflamatória e analgésica,

inclusive com efeitos modificadores de doença em modelos animais de artrite reumatoide. Um alerta proveniente dos estudos pré-clínicos é a ação do sistema endocanabinoide na maturação do sistema nervoso central, com estudos demonstrando que a administração de canabinóides em animais jovens alteraram a formação de sinapses, com implicações nos animais adultos.

Apesar dos vários benefícios atribuídos às propriedades analgésicas, antiinflamatórias e imunomoduladoras dos canabinóides, ainda existem áreas significativas de incerteza quanto ao seu uso em muitos campos da medicina. A biossíntese e a inativação dos canabinóides são reguladas por um complexo sistema de sinalização de receptores canabinóides, endocanabinóides (ligantes endógenos dos receptores canabinóides) e enzimas, com uma variedade de interações com sistemas neuroendocrinológicos e imunológicos.<sup>2</sup>

A agência Food and Drug Administration (FDA) dos EUA aprovou o Epidiolex, que contém uma forma purificada da substância medicamentosa CBD para o tratamento de convulsões associadas à síndrome de Lennox-Gastaut ou à síndrome de Dravet em pacientes com 2 anos de idade ou mais. Significa que a FDA concluiu que esse medicamento específico é seguro e eficaz para o uso pretendido.

A agência também aprovou Marinol e Syndros para usos terapêuticos nos Estados Unidos, incluindo o tratamento de anorexia associada à perda de peso em pacientes com AIDS. Marinol e Syndros incluem o ingrediente ativo dronabinol, um delta-9-tetra-hidrocanabinol sintético (THC). Outro medicamento aprovado pela FDA, Cesamet, contém o ingrediente ativo nabilona, que possui uma estrutura química semelhante ao THC e é derivado sinteticamente.

No Brasil desde 2014, a Anvisa passou a autorizar a importação de remédios de CBD. A autorização sanitária do primeiro produto à base de Cannabis para ser comercializado no país foi publicada em 22/4/2020. De acordo com a autorização divulgada no Diário Oficial da União, o produto é um fitofármaco a base CBD, porém com concentração de THC de até 0,2% e, portanto, deverá ser prescrito por meio de receituário tipo B. Atualmente a CM não é medicamento e sim um fitofármaco e com possíveis efeitos adversos como sedação e comprometimento cognitivo, que podem impactar no trabalho, no ato de dirigir e operar máquinas ou em outras atividades que impliquem riscos para si ou terceiros. Outra restrição é o alto custo do CBD produzido no Brasil.

Já os produtos com concentrações de THC superiores a 0,2% só poderão ser prescritos a pacientes terminais ou que tenham esgotado as alternativas terapêuticas de tratamento. Nesse caso, o receituário para prescrição será do tipo A (receituário amarelo).

Os habeas corpus preventivos para cultivo caseiro têm se tornado uma das ferramentas pelas quais a legalização tem ocorrido no Brasil. Além disso, a Justiça Federal já autorizou duas associações de pacientes a cultivar cannabis sativa no Brasil, uma na Paraíba e outra no Rio de Janeiro. E há outras associações pleiteando a mesma decisão. A Abreca da Paraíba conseguiu autorização em 2017, e produz medicamentos para 3 mil pacientes de epilepsia, Parkinson, Alzheimer e autismo. Já a associação carioca Apepi, que já tem mil associados, entrou na Justiça Federal em setembro do ano passado, e teve parecer favorável do Ministério Público Federal (MPF) e apoio da Fundação Oswaldo Cruz. A decisão permitindo o plantio saiu em julho de 2020. Com acesso facilitado, já existem sites no Brasil cujo modelo de negócios é agendar consultas com médicos (grande parte são psiquiatras e nutrólogos) que prescrevam CM e também importar o óleo e outros produtos, como pomadas e sprays. Porém, nem tudo são flores no uso CM no Brasil. Um dos problemas é a qualidade do óleo utilizado pelos pacientes. Embora existam maneiras de importar legalmente medicamentos testados, há dezenas de outras opções cuja composição e procedência é no mínimo desconhecida. Com exceção dos pacientes com habeas corpus e de duas associações, mais ninguém tem permissão da Justiça para plantar e produzir o óleo no Brasil. Mas isso não impede que ele seja vendido ilegalmente em grandes sites de e-commerce e nas redes sociais, com entrega pelo correio. Esse tipo de venda é considerado tráfico de drogas.



## EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Em uma metanálise recente um total de 79 ensaios (6462 participantes) foram incluídos; 4 foram julgados com baixo risco de viés. A maioria dos estudos mostrou melhora nos sintomas associados aos canabinóides, mas essas associações não alcançaram significância estatística em todos os estudos. Houve evidência de qualidade moderada para apoiar o uso de canabinóides para o tratamento da dor crônica.<sup>3</sup>

Em um artigo analisou que a cannabis inalada (fumada ou vaporizada) é consistentemente eficaz na redução da dor crônica não oncológica. Os canabinóides orais parecem melhorar alguns aspectos da dor crônica (sono e qualidade de vida geral) ou da dor crônica do câncer, mas não parecem eficazes na dor aguda pós-operatória, dor abdominal crônica ou dor reumatóide. A literatura disponível mostra que a cannabis inalada parece ser mais tolerável e previsível do que os canabinóides orais. A cannabis ou os canabinóides não são universalmente eficazes para a dor. E concluiu que é necessária uma pesquisa contínua sobre os constituintes da cannabis e a melhoria da biodisponibilidade dos canabinóides orais.<sup>4</sup>

A IASP (Associação Internacional para Estudos da Dor) em seu guideline considera a CM como terceira linha de tratamento para a dor neuropática, salientando porém, um fraco nível de evidência.<sup>5</sup>

Na maioria dos estudos e metanálises apontam a dor neuropática como o tipo de dor com maior benefício potencial. Uma revisão Cochrane de 2018 avaliou a utilidade da CM na dor neuropática, com o critério do número necessário para tratar (NNT) para uma redução de dor de 30% e de 50%. Os 16 estudos incluídos analisaram 1.750 pacientes e o nível de qualidade foi de baixa a moderada. A CM utilizada foi o nabiximol com 10 estudos, a nabilona em 2 estudos, dois com cannabis in natura inalada e dois com dronabinol. O NNT, para uma melhora adicional de 30% e 50% foi de 11 e 20, respectivamente. Houve uma taxa alta de abandono por efeitos colaterais e o número necessário para causar dano foi de 25. Não houve evidência de efeitos colaterais graves em relação ao placebo. Os autores concluíram que a maioria dos estudos apresentou um número baixo de pacientes e que o benefício da CM pode ser superado pelos seus efeitos colaterais.<sup>6</sup>

Estudos do mecanismo neurofisiológico da dor sugerem que canabinóides podem ser de particular interesse na Fibromialgia. Já foi proposto que a deficiência de um endocanabinoide pode estar

subjacente à sua fisiopatologia. Uma revisão sistemática recente avaliou o efeito de canabinoides em 159 pacientes com dor ou distúrbio do sono associados a doenças reumatológicas. Os autores concluíram que o efeito da administração de canabinoides equivale à amitriptilina no alívio da dor, mas superior ao controle de alguns parâmetros relacionados à qualidade do sono e bem tolerado com alguns efeitos colaterais entre os quais tonturas, sonolência, náusea e boca seca.<sup>7</sup>

Em uma revisão Cochrane de 2016 sobre fibromialgia, apenas dois estudos foram incluídos, com risco moderado de viés e de baixa qualidade com número pequeno de pacientes. Ambos os estudos foram com nabilona, canabinóide sintético, com dosagem de 1 mg a noite, comparada com amitriptilina ou placebo. Houve discreta melhora do sono, mas sem impacto na dor ou qualidade de vida principalmente em relação a fadiga. Após esta metanálise, um estudo randomizado em pacientes com fibromialgia foi publicado, comparando 4 tipos de variedades de cannabis in natura com teores diferentes de THC e CBD (altos níveis de THC, níveis equilibrados de THC/CBD, altos níveis de CBD e uma variedade placebo sem THC ou CBD). Vinte pacientes, de maneira randomizada, fizeram uma única vaporização de cada variedade e tiveram vários parâmetros dosados nas três horas seguintes, como limiares de dor por pressão e elétricos, escores de dor espontânea, e o nível de efeito psicoativo pela medicação. Um maior número de participantes relatou uma melhora na dor induzida por pressão com a variedade de níveis equilibrados de CBD/THC (90% versus 50%,  $p=0,01$ ). O nível de resposta apresentou correlação positiva com a intensidade do efeito psicoativo. Não houve diferença nas notas de dor espontâneas. Houve diferença quanto às variedades contendo THC em relação ao placebo nos limiares dor por pressão. A maioria dos pacientes não gostou da sensação ou apresentou algum evento adverso devido ao efeito psicoativo após a inalação.<sup>8</sup>

Os eventos adversos do medicamento cannabis referem-se principalmente ao THC, cujo equivalente da dose diária total deve geralmente ser limitado a 30 mg / dia ou menos, de preferência em conjunto com o CBD, para evitar sequelas psicoativas e desenvolvimento de tolerância. O CBD, em contraste com o THC, é menos potente e pode exigir doses muito maiores para seus benefícios adjuvantes na dor, inflamação e atenuação da ansiedade e taquicardia associadas ao THC. O início da dose deve começar em níveis modestos e a

titulação de qualquer preparação de cannabis deve ser realizada lentamente ao longo de um período de até duas semanas.<sup>9</sup>

O uso da cannabis para fins medicinais pode ajudar a reduzir a polifarmácia já que acaba por ter efeito terapêutico em diferentes sintomas simultaneamente. A utilização de óleo com até 0,2% de THC pode potencializar os efeitos farmacológicos. Os pacientes desenvolvem tolerância aos efeitos psicoativos da cannabis rapidamente ao longo de um período de dias, sem tolerância concomitante aos benefícios e, portanto, mantêm a mesma dose diária de muitos anos diferente de outras classes de medicamentos. Porém, apesar de não ter estudos que comprovem o potencial psicoativo de uma concentração tão baixa de THC, deve-se ficar atento para histórico de doenças neuropsiquiátricas que possam diminuir o limiar de tolerância.

A maioria dos países não recomendam a CM para pacientes jovens abaixo de 25 anos, pacientes com comportamento de vício em outras drogas como álcool, opioides ou outras drogas ilícitas, depressão grave com ideação suicida, grávidas (restrição de crescimento fetal, parto prematuro ou natimorto), mulheres que estejam amamentando e idosos devido a risco de quedas.

## CONCLUSÃO

O uso de cannabis medicinal tornou-se cada vez mais aceito globalmente e também nos Estados Unidos onde desde janeiro de 2020, a CM é legal em 34 estados, e em 11 deles, o uso recreativo por adultos também é legal.<sup>10</sup> Entre 45% e 80% das pessoas que procuram cannabis medicinal o fazem para o controle da dor. E entre os pacientes que recebem terapia com opióides de longo prazo para a dor, até 39% também estão usando CM. Evidências limitadas sugerem que pode aliviar a dor neuropática, mas as evidências em outras populações de dor são insuficientes. A evidência também é limitada em sua associação com um risco aumentado de efeitos adversos potencialmente graves para a saúde mental, como psicose.<sup>11</sup>

O Nacional Academies of Science encomendou um relatório sobre os efeitos dos canabinóides na saúde, que concluiu que havia evidência substancial para o uso de CM na dor crônica, mas alertou que as metodologias do estudo eram falhas e que a quantidade, qualidade e tipo de produtos de cannabis variou consideravelmente entre os estudos laboratoriais. O relatório também deixou claro que pode haver desvantagens para

o uso da CM, incluindo dificuldades cognitivas e o desenvolvimento de dependência. Uma análise dos dados da National Health Interview Survey revelou que uma estimativa de 20% (50,0 milhões) dos adultos norte-americanos tinham dor crônica e 8,0% (19,6 milhões) tinham dor crônica de alto impacto, e que acabou ocasionando uma “crise de opióide”, com a prescrição excessiva de analgésicos opióides para a dor, mas se expandiu para o uso de heroína e opióides ilícitos sintéticos de alta potência levando as agências regulatórias e os médicos a começarem a limitar as prescrições de opióides.<sup>12</sup> O problema é que não há controle de qualidade do produto a base cannabis, nenhuma evidência confiável de eficácia e nenhuma advertência sobre os efeitos colaterais ou consequências de longo prazo para permitir deliberação sobre a relação risco-benefício. Exploração rigorosa do uso de CM e alternativas no tratamento da dor são necessários.<sup>10</sup>

No resumo o CBD é útil na epilepsia e vários estudos mostram que o THC é importante no manejo da dor, porém com baixa concentração devido ao comportamento de vício do THC. O sintético nabilona é prescrito para enjôo e dronabinol isômero do THC usado em náuseas, porém nenhum dos dois tem estudos consistentes na dor Crônica. A Cannabis Sativa pode ser fumada, inalada, tópica ou ingerida. Deve ser evitado o uso inalatório e dar preferência sempre ao uso oral.

O CM não deve substituir nenhum medicamento para nossas doenças reumáticas como imunossupressores ou imunomoduladores e sim agir como uma droga adjuvante!

Então apesar de a CM ser uma droga milenar, ainda não temos estudos consistentes da eficácia e segurança do uso no dia a dia para nossos pacientes. Os médicos precisarão cada vez mais se envolver em discussões baseadas em evidências

com seus pacientes sobre os benefícios e danos potenciais do uso de CM. Portanto precisamos ter muita parcimônia e não devemos colocar a carroça na frente dos bois!!!

## REFERÊNCIAS

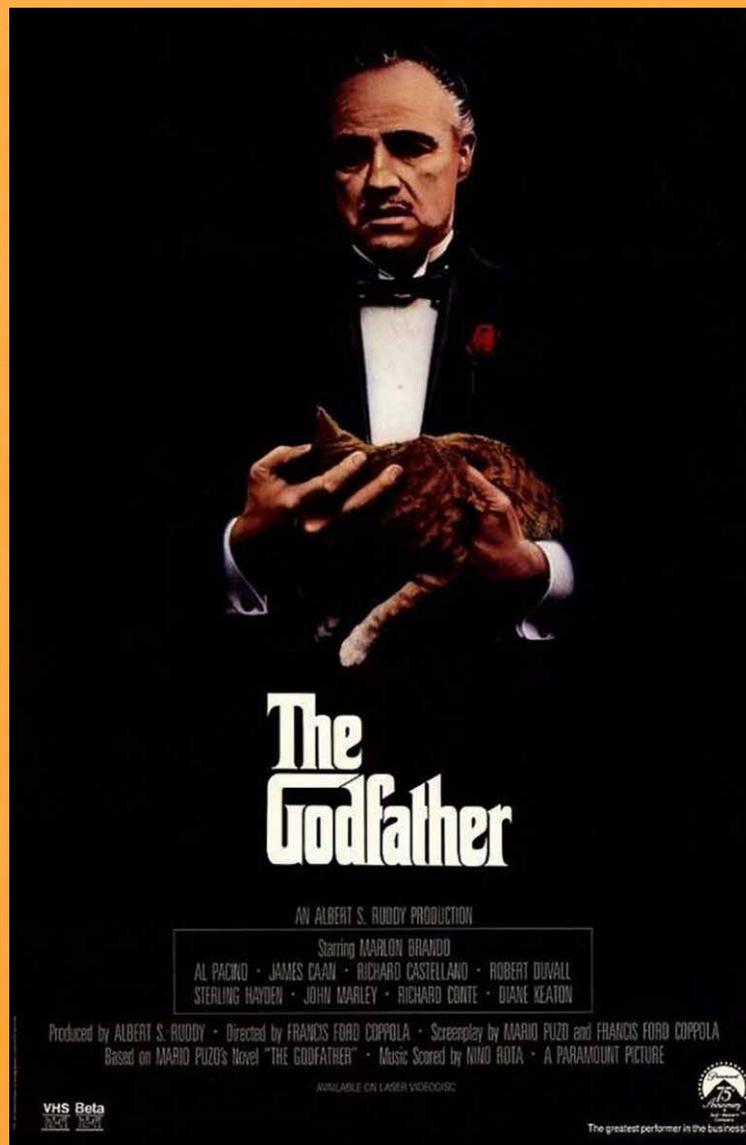
- 1 - Soliman N, Holmann AG, Harrounian S, et al. A protocol for the systematic review and meta-analysis of studies in which cannabinoids were tested for antinociceptive effects in animal models of pathological or injury-related persistent pain. *Pain Rep.* 2019 Jul-Aug; 4(4): e766.
- 2 - Puttini PS, Batticciotto A, Atzeni F, et al. Medical cannabis and cannabinoids in rheumatology: where are we now? *Expert Rev Clin Immunol.* 2019 Oct;15(10):1019-1032.
- 3 - Whiting PF. Cannabinoids for Medical Use - A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2015;313(24):2456-2473.
- 4 - Romero-Sandoval EA, Kolano AL, Vazquez PA, Cannabis and Cannabinoids for Chronic Pain *Curr Rheumatol Rep.* 2017 Oct 5;19(11):67.
- 5 - Finnerup NB et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults. *Lancet Neurol.* 2015; 4:162–73.
- 6 - Mücke M et al. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018;3.
- 7 - Fitzcharles MA, et al. Efficacy, Tolerability, and Safety of Cannabinoid Treatments in the Rheumatic Diseases: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016; 68(5):681-8.
- 8 - Walitt B et al. Cannabinoids for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016;7.
- 9 - MacCallum C. Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *Eur J Intern Med.* 2018 Mar;49:12-19.
- 10 - Brady KT. Medical Marijuana: Putting the Cart Before the Horse. *Am J Psychiatry* 177:7, July 2020.
- 11 - The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms *Ann Intern Med.* doi:10.7326/M17-0155 -2017.
- 12 - Volkow ND, Collins FS: The role of science in addressing the opioid crisis. *N Engl J Med* 2017; 377:391–394.

**CANNABIS MEDICINAL:  
Colocando a carroça na frente dos bois...**

**Autor: Fernando Augusto Chiuchetta**







**CINEMA,  
A SÉTIMA ARTE  
hobbies e paixões**

***Entrevista com o*  
Dr. EDUARDO DOS SANTOS PAIVA**



## Dr. EDUARDO DOS SANTOS PAIVA *o reumatologista*

O Dr. Eduardo dos Santos Paiva, que presidiu a SPR e coordenou a Comissão Científica, atual diretor científico da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), revelou à REUMATO EM REVISTA o seu amor pelo cinema.

A atração pela ‘sétima arte’ tem o fundamento no fato de que ela incorpora aspectos de praticamente todas as artes.



“Sempre é bom  
*rever os  
filmes que amamos*”



### EDUARDO DOS SANTOS PAIVA

Médico formado pela UFPR, residência de Clínica Médica HC-UFPR, especialização de Reumatologia HC-UFPR, fellowship em Reumatologia-Oregon Health and Science University. Mestrado e Doutorado pela UFPR.

Professor Adjunto de Reumatologia, UFPR.

Presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR), gestão 2013/2014.

Atual diretor científico da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Coordenador do grupo Fibrocuritiba – grupo existente há 15 anos, para educação de pacientes com fibromialgia.

**REUMATO EM REVISTA:** Quando o cinema entrou na sua vida?

**DR. EDUARDO S. PAIVA:** Muito cedo! Já ia no cinema com minha mãe para ver os desenhos animados e filmes dos Trapalhões.

**REUMATO EM REVISTA:** O que o cinema representa como arte?

**DR. EDUARDO S. PAIVA:** Como a sétima arte, ele incorpora aspectos de todas as outras, como a literatura (pelo roteiro), a pintura (pela fotografia), a arquitetura (pelos cenários e locações), a escultura (pelos cenários e props), a música (pela trilha sonora) e a dança (especialmente se for um musical!). E embora não seja uma das sete artes clássicas, é óbvio que o teatro influencia muito o cinema, especialmente na atuação. Mas a combinação de tudo, especialmente se assistido em uma grande tela, no escuro, é o que configura para mim a magia do cinema. Um dos aspectos que torna o filme diferente de uma peça é a edição, onde somos conduzidos para onde o diretor quer nos levar.

**REUMATO EM REVISTA:** O filme inesquecível?

**DR. EDUARDO S. PAIVA:** Amadeus, pois também fez surgir em mim o gosto pela música clássica e de Mozart em especial.

**REUMATO EM REVISTA:** Acompanhando a sétima arte, qual é o filme (ou os filmes) que marcaram a história do cinema?

**DR. EDUARDO S. PAIVA:** Uma lista difícil de fazer, pois depende do gênero.

Posso citar: Cidadão Kane, que hoje não parece ter impacto, mas que revolucionou muito na edição, cinematografia e na narrativa.

Para pegar um de cada época, vamos lá:

- Anos 50, Janela Indiscreta;
- Anos 60, Spartacus;
- Anos 70, O Poderoso Chefão e Star Wars (não dá para escolher);
- Anos 80, Blade Runner;
- Anos 90, O Resgate do Soldado Ryan;
- Anos 2000, a trilogia do Senhor dos Anéis; de 2010 para cá... talvez, Divertida Mente, para falar de uma animação.

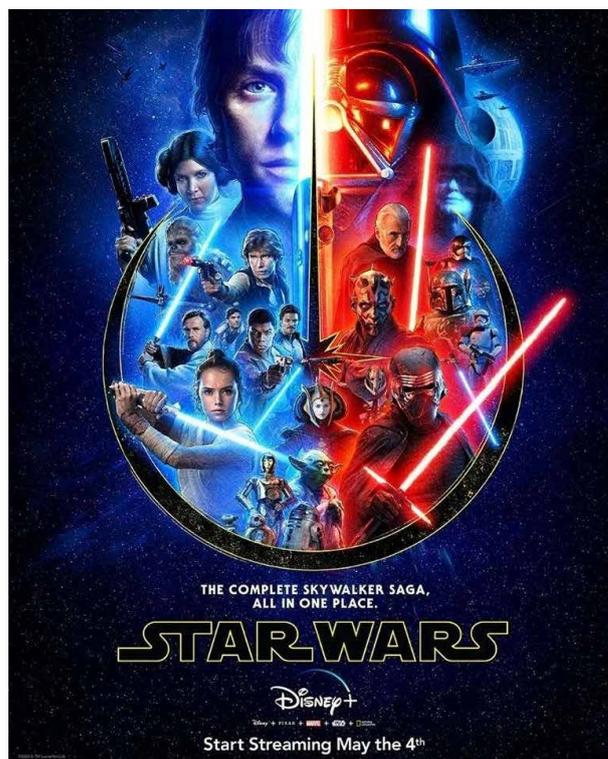
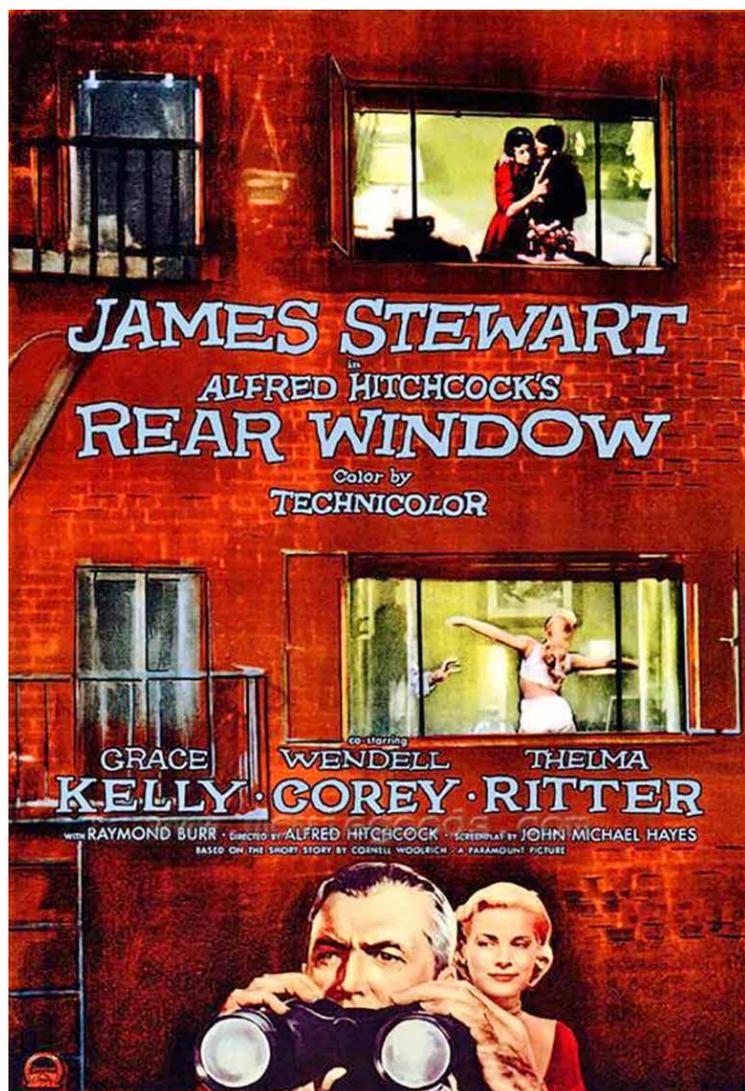
**“... a combinação de tudo, especialmente se assistido em uma grande tela, no escuro, é o que configura para mim a magia do cinema.”**



**REUMATO EM REVISTA: O Dr. Eduardo Paiva é um cinéfilo?**

**DR. EDUARDO S. PAIVA:** Gostaria de ser mais!! Com as novas séries de streaming, muito boas, acho que desviei um pouco a atenção, ainda mais com os cinemas fechados... Mas sempre é bom rever os filmes que amamos.

*“Como a sétima arte, o cinema incorpora aspectos de todas as outras seis.”*





## O Dr. Eduardo Paiva revela sua paixão pelo cinema



CONHEÇA AS PEQUENAS VOZES DE DENTRO DA SUA CABEÇA.



Nesta entrevista, o **Dr. Eduardo Paiva** revelou detalhes do seu amor ao cinema, dono de um fascínio e abrangência, ainda maior quando une à sua magia as demais artes.

# Atividades da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR)

## Webinar de julho



Foi realizado no dia 30 de julho webinar da SPR, como parte das suas atividades científicas.

O moderador foi o Dr. Acir Rachid Filho (PR).

A abertura foifeira pelo Dr. Antonio Carlos Monteiro Ribas (PR). Os temas foram:



Tema 1: “Novos papers sobre atualizações terapêuticas no LES, com a Dra. Nathalie David (RJ) e o Dr. Roger Levy (USA).

Tema 2: “Lúpus cutâneo”, com a Dra. Thelma Skare Larocca (PR)

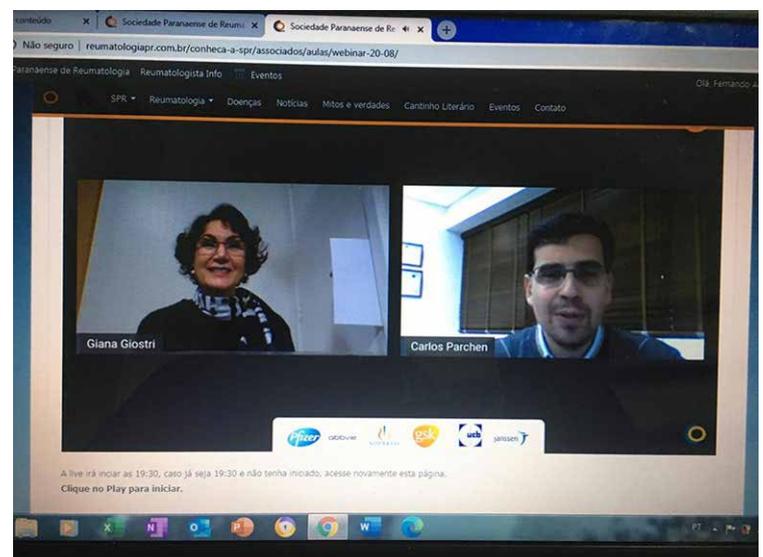
## Webinar de agosto



No dia 20 de agosto foi realizada um webinar, moderado pelo Dr. Carlos Frederico Rodrigues Parchen.

A abertura foi feita pela Dr<sup>a</sup> Madeleine Rose Luvison Gomes da Silva. Os temas foram:

Tema 1 - Simpósio UCB - “Ultrassom como aliado



no diagnóstico de Artrite Reumatoide e cenário atual do mercado privado, com o Dr. José Alexandre Mendonça e Dr. Vinicius Batistalla.

Tema 2 - “Cirurgia de mão na osteoartrite e na síndrome do túnel do carpo - quando indicar?” - com a Dra. Giana Giostri.



**Confira a agenda da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR), até dezembro de 2020.**

**08 de setembro**

- Circulação do número 3 da Reumato Em Revista

**10 de setembro**

- Simpósio da Janssen + Aula sobre: Autoanticorpos na Reumatologia (webinar).

Moderador: Dr. Andreas Funke. Abertura: Dr. Eduardo dos Santos Paiva.

Temas: "Segurança no uso de TNF - reações infusionais, perioperatório e gestação - Dra. Aline Ranzolin (PE). Após a discussão, teremos o tema "Autoanticorpos na Reumatologia, com o Dr. Luís Eduardo Coelho Andrade (SP).

**24 de setembro**

Webinar, Simpósio Biomarin, com aula com a Dra. Carolina Fischinger - geneticista, e a Dra. Márcia Bandeira, com o tema "Atualizações no tratamento da AIJ".

**23 e 24 de outubro**

- XI Jornada Paranaense de Reumatologia.

Será virtual. Em breve informaremos o site para inscrições e desenvolvimento do evento.

**20 e 21 de novembro**

- Webinar: "Gota e Artrite Reativa"

**24 a 27 de novembro**

- 37º Congresso Brasileiro de Reumatologia

O evento será on-line. Inscrições e todas as informações no site: <http://sbr2020.com.br/>.

**13 a 15 de dezembro**

- XXII Jornada Cone Sul de Reumatologia - On-line

**Informações sobre a agenda:** Fone: (41) 3324-6562

E-mail: [reumatopr@gmail.com](mailto:reumatopr@gmail.com) | Whatsapp: (41) 99512-4567

L892r

Loures, Marco Rocha (org.).  
Reumato em revista / Organizador: Marco Rocha Loures. – 3ª ed. – Maringá, PR :  
SPR Publisher Editora, 2020.  
48 p.; il.; tabs; fotografias.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-86170-07-8

1. Artigos. 2. Estudo Científico. 3. Revista. 4. Reumatologia.

I. Título. II. Assunto. III. Loures, Marco Rocha.

CDD 611.7  
CDU 611.73

#### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Sistema ósseo/muscular.

2. Medicina: sistema muscular; sistema ósseo.



### REUMATO EM REVISTA

Revista científica digital da Sociedade Paranaense de Reumatotologia (SPR).

Edições em 2020: Jan/Fev/Mar, número 1; Abr/Mai/Jun, número 2; Jul/Ago/Set, número 3.

Editor: **Marco Antonio Araújo da Rocha Loures** - E-mail: [mloures@gmail.com](mailto:mloures@gmail.com)

Jornalista: **Diniz Neto** - E-mail: [dinizne@gmail.com](mailto:dinizne@gmail.com) | WhatsApp: (44) 99122-8715

Acesse a Sociedade Paranaense de Reumatologia na web:



Site: [www.reumatologiapr.com.br](http://www.reumatologiapr.com.br)



Facebook: [www.facebook.com/](http://www.facebook.com/)



9786586170078