

REUMATO

em Revista

Principais destaques e mudanças da nova Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Europeia de Cardiologia

Escorbuto como diagnóstico diferencial na reumato pediatria

Vacinação para adultos (2025)

Enogastronomia, cultura e muito mais



DRA. CAROLINA DE SOUZA MÜLLER

Presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia (SPR)

Presidente

Prezados colegas e leitores,

É com imensa satisfação que apresentamos mais uma edição da Reumato em Revista, fruto do trabalho conjunto dos autores e equipe da SPR, que dedicados, buscam a continuidade dos projetos para a produção desta publicação que segue com o propósito de levar informação científica de qualidade e de interesse à nossa comunidade. Chegamos à esta edição já ultrapassando a metade do ano, com a alegria de ver tanta coisa importante para a reumatologia paranaense acontecendo.

Cada vez mais ativa e comprometida com a atualização e o fortalecimento da especialidade, nesta edição trazemos temas variados que certamente despertarão o interesse de todos como garantia de boa leitura e reflexão. Mais do que uma revista, este espaço reflete a união de profissionais que acreditam no poder da troca de conhecimento e no crescimento cole-

tivo. Cada artigo, entrevista e atualização científica aqui publicado carrega o empenho de colegas que compartilham suas experiências para fortalecer nossa prática clínica e aprimorar o cuidado com nossos pacientes.

Seguimos firmes na missão de construir uma sociedade científica participativa e acolhedora, que incentiva a educação continuada e o diálogo entre os especialistas. Que estas páginas inspirem novas ideias e motivem ainda mais o engajamento dos nossos associados para que participem das demais edições, reforçando o nosso compromisso com a excelência da informação.

Espero que desfrutem deste material preparado com tanto cuidado e que ele contribua para a prática e o crescimento - tanto profissional, quanto pessoal de cada um.

Boa leitura e até novos encontros!



DRA. CHAYANNE NATIELLE ROSSETTO

Editora Científica da Reumato em Revista

Editorial

A Reumato em Revista chega nesta nova edição com um convite especial aos nossos leitores: um retorno à alguns pontos de atenção das bases da medicina clínica - fundamentais para o exercício também da reumatologia. Em meio aos avanços tecnológicos e novas terapias, muitas vezes deixamos de lado a revisão criteriosa de conceitos que sustentam nosso olhar apurado sobre o paciente.

Assim, dedicamos espaço para a revisão de temas que, apesar de cotidianos - são pilares do atendimento médico: vacinação, anemia e hipertensão. Condições extremamente comuns e presentes no dia a dia de diversos especialistas, mas que nós, reumatologistas, nem sempre recebemos com atualização ou damos a devida atenção devido ao fato de estarmos envolvidos em casos complexos que acompanhamos na clínica.

Nosso objetivo é justamente resgatar esse olhar atento e atual sobre a prática clínica, ampliando o repertório e fortalecendo a segurança no atendimento. Contamos também com um caso pediátrico que reforça a importância do raciocínio clínico abrangente - quando se trata de um diagnóstico que não se enquadra diretamente no espectro reumatológico, mas que evidencia o valor da curiosidade intelectual e da escuta cuidadosa de um médico.

Todo relato nos lembra de que, por trás de cada paciente, há uma história única, um corpo que carrega experiências e emoções que se refletem também na saúde. A prática médica exige de nós mais do que conhecimento técnico - mas, um olhar que perceba os detalhes, compreenda o humano em sua totalidade. Este texto é um convite ao resgate do espírito clínico do médico generalista que sabe ouvir, apurar e conectar os sinais sutis que muitas vezes não são ditos.

Entre a ciência e a reflexão, esta edição apresenta um conteúdo que reforça a importância da observação como elemento da atuação efetiva de um médico, pois só quem observa o paciente em sua integralidade - é capaz de oferecer um cuidado verdadeiramente integral.

Que essas páginas inspirem os colegas a revisitarem o conhecimento básico com o mesmo entusiasmo dedicado ao novo, fortalecendo a prática clínica e a relação humana que sustenta a medicina. E que jamais nos esqueçamos, enquanto profissionais, que a medicina se constrói na união entre técnica e a sensibilidade humana.... Na capacidade de reconhecer no outro não apenas sintomas - mas uma vida que está em constante movimento. Que possamos seguir em uma prática humana e conectada ao olhar atento. Boa leitura a todos!

Sumário

+Notícias	5	Os últimos acontecimentos da SPR
Reposição de ferro oral: o que aprendemos e o que precisamos rever	9	Ana Luisa Woidello Miyazima
+Cultura	12	Ana Luísa Berti Guimarães Sella fala dos desafios de ser mulher, paciente e médica enquanto aprende com a vida e seus roteiros inesperados
Nova Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Europeia de Cardiologia 2024 – Quais os principais destaques e mudanças?	14	Lilian Schade da Cunha
Medicina em Pauta	17	Uma entrevista com Valderilio Feijó Azevedo sobre as artes na formação médica e sua participação no EULAR 2025
Escorbuto como diagnóstico diferencial em reumatologia pediátrica	20	Christina Feitosa Pelajo, Giovana Reis
Reumato em Prosa & Verso	26	“Terceiro Sinal” de Sérgio Kowalski e a delicadeza do olhar que percebe novas possibilidades no luto
Vacinação do adulto (2025)	28	Ana Carolina Beer B. Cubilla
Reumato Enogastronomia	32	Spaghetti Alla Puttanesca

II CURSO DE INFILTRAÇÃO ÀS CEGAS

Nos últimos dias 21 e 22 de agosto, a SPR ofereceu o **II Curso de Infiltração** - que proporcionou aos participantes uma experiência completa de **aprendizado sobre infiltrações articulares e periarticulares unindo teoria e prática**.

Para que os participantes aprofundassem seus conhecimentos nos princípios básicos das infiltrações às cegas – **foram explorados temas como indicações, técnicas, materiais utilizados, além de contraindicações absolutas e relativas**. O conteúdo teórico incluiu um estudo das infiltrações em membros superiores e inferiores - com ênfase em ombro, cotovelo, punho, mãos, quadril, joelho, tornozelo e pés - oferecendo uma base sólida para condições como síndrome do manguito rotador, síndrome do túnel do carpo, bursites, fasciíte plantar, epicondilite, entre outras.

aprendizado durante exercício real de viscosuplementação em regiões como joelho, backmice, punho, ombros e demais áreas, conforme a necessidade de cada paciente.

Para tornar o aprendizado ainda mais próximo da realidade clínica, foram pacientes os inscritos dos ambulatorios de Reumatologia do CHC-U-FPR e a auxiliar de enfermagem Camila Miranda Ito auxiliou na organização e preparo dos materiais para os procedimentos.



A equipe responsável pelo curso contou com os reumatologistas Débora Karine Marinello, Luiz Augusto Cracco e Gustavo Koiti, profissionais de ampla experiência em infiltrações, que conduziram as aulas teóricas e orientaram as práticas divididas em três grupos - com a aplicação do



Com adesão e avaliação positiva, o Curso de Infiltração da SPR já se consolidou como uma atividade essencial na agenda científica da sociedade, reforçando o compromisso da SPR com a excelência no ensino, a atualização contínua dos profissionais e a troca de experiências práticas.



XVI JORNADA PARANAENSE DE REUMATOLOGIA – REUMATIVA

Entre os últimos dias 25 e 26 de julho, Curitiba sediou a **XVI Jornada Paranaense de Reumatologia – ReumAtiva**. Neste ano, o encontro organizado pela SPR reuniu aproximadamente 200 inscritos de diversas regiões do Paraná e Brasil, incluindo associados, estudantes de medicina, convidados e membros das regionais da SBR, firmando-se como espaço na grade da reumatologia nacional pela rica integração entre pares, atualização científica e aprendizado de alto nível.



A programação robusta e inovadora reforçou o protagonismo da Sociedade Paranaense de Reumatologia na produção científica e na formação continuada, com temas centrais à práti-

ca clínica contemporânea. Entre os destaques, estiveram discussões aprofundadas sobre lúpus eritematoso sistêmico (LES) e interferonopatias - com apresentação de estudos de casos, além de sessões dedicadas à osteoporose, ajustes relevantes do FRAX e abordagens com denosumabe e romosozumabe. Outros pontos altos foram os debates sobre a síndrome antifosfolípide (SAF) e os desafios da anticoagulação, e anticoagulação em pacientes imunossuprimidos e polimedicados, enriquecendo o conhecimento sobre manejo clínico dessas condições.



Além do conteúdo técnico, o evento trouxe ainda temáticas estratégicas para o exercício profissional como defesa profissional do médico, de que modo a assessoria jurídica pode ser uma aliada

da clínica, e, ainda - publicidade médica, assim como o impacto crescente da inteligência artificial na prática - oferecendo aos participantes - ferramentas para uma atuação segura e ética, alinhada à modernidade que nos alcança.



Essa integração fez da jornada, mais uma vez - um encontro dinâmico, capaz de preparar os profissionais para os desafios do presente e do futuro da reumatologia, em um ambiente cuidadosamente preparado para a construção coletiva do saber.



UMA NOVA ERA NA REUMATOLOGIA ABBVIE

abbvie

RINVOQ® (UPADACITINIBE)

O único inibidor de JAK-1 oral de uma dose diária aprovado para AR, DA, RCU e, agora também para APs, EA* e EpAax-nr¹⁻³

SKYRIZI® (RISANQUIZUMABE)

O inibidor da IL-23 da AbbVie aprovado para APs e PSO⁴

Referências:

1. Bula do Produto. RINVOQ®(upadacitinibe). ANVISA. 2. Bula do Produto. Xeljanz®(tofacitinibe). ANVISA. 3. Bula do Produto. Olumiant®(baricitinibe). 4. Bula do Produto. SKYRIZI®(risanquizumabe). ANVISA

Artrite Reumatóide (AR), Dermite Atópica (DA), Retocolite Ulcerativa (RCU), Artrite Psoriásica (APS), Espondilite Anquilosante (EA) e Espondiloartrite Axial Não Radiográfica (EpAax-nr) e Psoríase (PSO).

Contraindicação/Interações medicamentosas: não deve ser usado em pacientes com infecções clinicamente ativas importantes (por ex: tuberculose ativa). Não são esperadas interações medicamentosas entre SKYRIZI® (risanquizumabe) e inibidores, indutores ou substratos de enzimas que metabolizam medicamentos e ajustes de dose não são necessários.

SKYRIZI® (risanquizumabe) – MS: 1.9860.0016.
Apresentações: SKYRIZI® solução injetável de 75 mg/0,83mL: embalagem com 2 seringas prontas para uso de 75 mg com 0,83 mL (USO ADULTO).
Indicação: Psoríase em Placas e Artrite Psoriásica.
Contraindicações: SKYRIZI® não deve ser usado em pacientes alérgicos ao risanquizumabe ou a qualquer um dos componentes da formulação e em pacientes com infecções clinicamente ativas importantes (por ex: tuberculose ativa).
Advertência e Precauções: **Hipersensibilidade:** caso ocorra uma reação de hipersensibilidade grave, a administração de SKYRIZI® deve ser descontinuada imediatamente e deve ser iniciada terapia apropriada. **Infecções:** SKYRIZI® pode aumentar o risco de infecções. Em pacientes com infecção crônica ou histórico de infecção recorrente, os riscos e benefícios devem ser considerados antes de se prescrever SKYRIZI®. Pacientes devem ser instruídos a procurarem seu médico, caso desenvolvam sinais ou sintomas de infecção clinicamente importantes. Se um paciente desenvolver infecção ou não estiver respondendo à terapia padrão para a infecção, o paciente deve ser monitorado cuidadosamente e SKYRIZI® não deve ser administrado até que a infecção regreda. **Tuberculose:** nos estudos clínicos de Fase 3 para psoríase, dos 72 indivíduos com tuberculose (TB) latente que foram tratados concomitantemente com SKYRIZI® e receberam tratamento para a infecção latente de forma apropriada, nenhum desenvolveu TB ativa durante o acompanhamento médio de 61 semanas utilizando risanquizumabe. Em pacientes com TB latente, deve-se considerar terapia anti-TB antes de iniciar o tratamento com SKYRIZI®. O SKYRIZI® não deve ser administrado a pacientes com TB ativa. **Imunizações:** antes de iniciar a terapia com SKYRIZI®, a conclusão de todas as imunizações apropriadas deve ser considerada de acordo com as diretrizes atuais de imunização. Se um paciente tiver recebido vacinas vivas (viral ou bacteriana), é recomendado aguardar pelo menos 4 semanas antes de iniciar o tratamento com risanquizumabe. Os pacientes tratados com risanquizumabe não devem receber vacinas vivas durante o tratamento e por pelo menos 21 semanas após o tratamento. **Excipientes com efeito conhecido:** SKYRIZI® 75 mg/0,83 mL contém 68 mg de sorbitol por dose de 150 mg. SKYRIZI® 75 mg/0,83 mL contém menos de 1 mmol de sódio (23 mg) por dose de 150 mg, ou seja, é essencialmente "livre de sódio". O efeito aditivo de produtos administrados concomitantemente contendo sorbitol (ou frutose) e o consumo alimentar de sorbitol (ou frutose) deve ser levado em consideração. **Capacidade de dirigir veículos e operar máquinas:** O SKYRIZI® não tem ou apresenta influência pouco significativa na capacidade de dirigir e utilizar máquinas. **Populações especiais: Uso na gestação:** Os dados limitados disponíveis com o uso de SKYRIZI® em gestantes são insuficientes para informar quaisquer riscos associados ao medicamento. **Categoria B: Este**

medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **Mulheres em idade fértil:** as mulheres com potencial para engravidar devem utilizar um método contraceptivo eficaz durante o tratamento e por pelo menos 21 semanas após a última dose do tratamento. **Uso na lactação:** não há dados disponíveis sobre a presença de risanquizumabe no leite humano, sobre os efeitos no bebê amamentado ou sobre os efeitos na produção de leite. **Uso em idosos:** dos 2234 indivíduos com psoríase em placas, expostos ao risanquizumabe em estudos clínicos, 243 tinham 65 anos ou mais e 24 indivíduos tinham 75 anos ou mais. Portanto, há informações limitadas em indivíduos ≥ 65 anos de idade. No geral, não foram observadas diferenças na exposição de risanquizumabe entre indivíduos idosos e mais jovens que receberam SKYRIZI®. **Interações Medicamentosas:** Não se espera que SKYRIZI® seja metabolizado por enzimas hepáticas ou sofra eliminação renal. Não são esperadas interações medicamentosas entre SKYRIZI® e inibidores, indutores de enzimas que metabolizam medicamentos. Com base nos resultados de um estudo de interação medicamentosa em indivíduos com psoríase em placas e análises farmacocinéticas populacionais na psoríase em placas e artrite psoriásica, o risanquizumabe não causaria ou seria impactado por interações medicamentosas. **Terapia imunossupressora concomitante:** a segurança e eficácia de SKYRIZI® em combinação com medicamentos imunossupressores, incluindo produtos biológicos, ou com fototerapia, não foram avaliadas. **Reações Adversas:** infecções do trato respiratório superior, micoses superficiais, foliculite, fadiga e reações no local da injeção. **Reações Adversas Específicas:** **Infecções:** nas primeiras 16 semanas, as infecções ocorreram em 22,1% do grupo tratado com SKYRIZI® (90,8 eventos/100 indivíduos-ano) em comparação com 14,7% do grupo placebo (56,5 eventos/ 100 indivíduos-ano), 20,9% do grupo equituberculose (87,0 eventos/ 100 indivíduos-ano) e 24,3% do grupo adalimumabe (104,2 eventos/ 100 indivíduos-ano). A maioria dos casos foi não grave e de gravidade leve a moderada e não levou à descontinuação do SKYRIZI®. Ao longo de todo o programa de psoríase, incluindo a exposição a longo prazo ao SKYRIZI®, a taxa de infecções (75,5 eventos por 100 indivíduos-ano) foi semelhante à observada durante as primeiras 16 semanas de tratamento. **Experiência após comercialização:** as seguintes reações adversas foram identificadas durante o uso após aprovação de SKYRIZI®. Como essas reações foram relatadas voluntariamente por uma população de tamanho incerto, nem sempre é possível estimar com segurança sua frequência ou estabelecer uma relação causal com a exposição ao medicamento. **Distúrbios da pele e do tecido subcutâneo:** eczema, erupção cutânea e urticária (vermelhidão), erupção e placas avermelhadas associadas a coceira). **Posologia:** A dose recomendada é de 150 mg administradas por injeção subcutânea na semana 0, semana 4 e a cada 12 semanas, iniciando após a 2ª dose. Deve-se considerar a descontinuação do tratamento em pacientes que não apresentaram resposta após 16 semanas de tratamento. Alguns pacientes com psoríase em placas com resposta parcial inicial podem melhorar subsequentemente com a continuação do tratamento além de 16 semanas. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Importado por: AbbVie Farmacêutica Ltda - Av. Guido Calvi, 1935, 1º andar, Bloco C - São Paulo - SP - CNPJ: 15.840.545/0001-50. AbbVie Line: 0800 022 2843. BU10.

Contraindicação/Interações medicamentosas: RINVOQ® (upadacitinibe) não deve ser utilizado em pacientes com insuficiência hepática grave, com tuberculose ativa ou infecções graves ativas, em pacientes grávidas ou com hipersensibilidade ao upadacitinibe ou aos excipientes da fórmula. A exposição ao medicamento é aumentada quando coadministrado com inibidores potentes da CYP3A4 e é reduzida quando coadministrado com indutores potentes de CYP3A4.

RINVOQ® (upadacitinibe) – Registro: 1.9860.0017.
Apresentação: RINVOQ® 15 mg e 30 mg com 30 e 45 mg com 28 comprimidos revestidos de liberação prolongada (USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 12 ANOS). **Indicação:** Artrite Reumatóide (AR): tratamento de AR moderada a grave em pacientes adultos que não responderam adequadamente ou que foram intolerantes a uma ou mais DMARDs; em monoterapia ou combinado com outros cDMARDs. **Artrite Psoriásica (APS):** tratamento de pacientes adultos com APS ativa que não responderam adequadamente ou que foram intolerantes a uma ou mais DMARDs, em monoterapia ou em combinação com DMARDs não biológicos. **Espondilite Anquilosante (EA):** tratamento de pacientes adultos com EA ativa, que não responderam adequadamente à terapia convencional. **Espondiloartrite axial não radiográfica (EpA ax-nr):** tratamento de pacientes adultos com r-axSpA ativa com sinais objetivos de inflamação. **Dermite Atópica (DA):** tratamento de pacientes adultos e pediátricos a partir de 12 anos com DA moderada a grave que são candidatos à terapia sistêmica. **Colite ou retocolite ulcerativa (RCU):** tratamento de pacientes adultos com RCU ativa moderada a grave que apresentaram resposta inadequada, perda de resposta ou intolerância à terapia convencional ou à terapia biológica. **Contraindicações:** RINVOQ® não deve ser utilizado em pacientes com insuficiência hepática grave, com tuberculose ativa ou infecções graves ativas, em pacientes grávidas ou com hipersensibilidade ao upadacitinibe ou aos excipientes da fórmula. **Advertência e Precauções:** **Infecções graves:** foram relatadas infecções graves e algumas vezes fatais em pacientes recebendo RINVOQ®, sendo as mais comumente relacionadas pneumonia e celulite. Infecções oportunistas foram relatadas, entre elas: tuberculose, herpes zoster em múltiplos dermatomas, candidíase orofaríngea e orolabial, toxoplasmose, foram relatados casos de tuberculose com RINVOQ®. Pacientes deverão ser testados para rastrear a presença de tuberculose (TB) antes de iniciar o tratamento. RINVOQ® não deverá ser administrado em pacientes com TB ativa. A terapia anti-TB deve ser considerada antes do início do uso de RINVOQ® em pacientes com TB latente não tratada anteriormente. Os pacientes devem ser monitorados quanto ao desenvolvimento de sinais e sintomas da TB, incluindo pacientes com teste negativo para infecção latente por TB antes do início da terapia. **Reativação viral:** reativação viral, incluindo casos de reativação do vírus da herpes, foi relatada em estudos clínicos. Caso um paciente desenvolva herpes zoster, considerar a interrupção temporária de RINVOQ® até a resolução do episódio. A triagem para hepatite viral e o monitoramento quanto à reativação deverão ser realizadas antes do início e durante a terapia com RINVOQ®. Pacientes com história de doença cardiovascular, aterosclerótica e pacientes com outros fatores de risco cardiovascular. **Parâmetros laboratoriais:** Neutropenia: o tratamento foi associado a uma maior incidência de neutropenia. Linfopenia: contagens de linfócitos <500 células/mm³ foram reportadas em estudos clínicos. Anemia: foram reportadas reduções nos níveis de hemoglobina para <8 g/dL em estudos clínicos. **Lípidios:**

tratamento com RINVOQ® foi associado a aumentos nos parâmetros lipídicos, incluindo colesterol total, colesterol LDL e colesterol HDL. **Elevações de enzimas hepáticas:** o tratamento com RINVOQ® foi associado a um aumento da incidência de elevação das enzimas hepáticas, em comparação ao placebo. Caso sejam observados aumentos de ALT ou AST durante o tratamento de rotina do paciente e haja suspeita de lesão hepática induzida por droga, RINVOQ® deverá ser interrompido até que este diagnóstico seja descartado. **Tromboembolismo venoso:** foram relatados eventos de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) em pacientes que receberam inibidores de JAK, incluindo upadacitinibe. O upadacitinibe não deve ser usado com cautela em pacientes com alto risco de TVP/EP. Se ocorrerem características clínicas da TVP/EP, o tratamento com upadacitinibe deve ser temporariamente interrompido e o paciente deve ser avaliado imediatamente, seguido de tratamento apropriado. **Reações de hipersensibilidade:** reações graves de hipersensibilidade, como anafilaxia e angioedema, foram relatadas em pacientes que receberam RINVOQ® em estudos clínicos. Se ocorrer uma reação de hipersensibilidade clinicamente significativa, descontinuar RINVOQ® e instituir a terapia apropriada. **Toxicidade embrio-fetal:** podem ocorrer danos ao feto com base em estudos realizados em animais. **Perfurações gastrointestinais:** eventos de perfurações gastrointestinais foram relatados em estudos clínicos e em fontes pós-comercialização. RINVOQ® deve ser usado com cautela em pacientes que possam estar em risco de perfuração gastrointestinal. Pacientes que apresentem sinais e sintomas abdominais de início recente devem ser avaliados imediatamente para identificação precoce de perfuração gastrointestinal. **Medicamentos imunossupressores:** a combinação com outros potentes imunossupressores como azatioprina, ciclosporina, tacrolimo e DMARDs biológicos ou inibidores de JAK não foi avaliada em estudos clínicos e não é recomendada uma vez que o risco de imunossupressão aditiva não pode ser excluído. **Interações Medicamentosas:** **Inibidores potentes de CYP3A4:** a exposição ao upadacitinibe é aumentada quando coadministrado com inibidores potentes de CYP3A4 (por exemplo, cetoconazol, claritromicina e torfanil). RINVOQ® 15 mg, uma vez ao dia, deverá ser utilizado com cautela em pacientes que recebem tratamento crônico com inibidores potentes da CYP3A4. Pacientes com RCU que usam inibidores potentes de CYP3A4, a dose de indução recomendada é de 30 mg uma vez ao dia por até 16 semanas) e a dose de manutenção recomendada é de 15 mg uma vez ao dia. **Indutores potentes de CYP3A4:** a exposição ao upadacitinibe é reduzida quando coadministrado com indutores potentes de CYP3A4 (por exemplo, rifampicina), o que poderá causar redução do efeito terapêutico de RINVOQ®. **Reações Adversas em estudos clínicos nas indicações aprovadas em bula:** as reações adversas reportadas em estudos clínicos são infecções do trato respiratório superior (TRS), acne, neutropenia, linfopenia, hipercolesterolemia, hiperlipidemia, hiperlipidemia, herpes, náusea, pirose, aumento de creatinina, fosfoquinase no sangue (CPK), aumento de ALT, aumento de AST, aumento de peso, pneumonia, herpes zoster, herpes simples, candidíase oral, foliculite, influenza, anemia, dor abdominal, fadiga, urticária, dor de cabeça, exantema, câncer de pele não melanoma. O perfil de segurança de RINVOQ® 15 mg foi semelhante em crianças a partir de 12 anos (adolescentes) e adultos. **Experiência pós-marketing:** hipersensibilidade. **Posologia:** AR: 15 mg uma vez ao dia. RINVOQ® pode ser utilizado como monoterapia ou em combinação com metotrexato ou outros DMARDs convencionais sintéticos. APS: 15 mg uma vez ao dia. RINVOQ® pode ser utilizado como monoterapia ou em combinação com DMARDs não biológicos. EA e EpA ax-nr: 15 mg uma vez ao dia. ADULTOS: 15 mg ou 30 mg, uma vez ao dia. A escolha da dose deve ser realizada pelo médico, com base na condição individual do paciente: uma dose de 30 mg, uma vez ao dia pode ser apropriada para pacientes com alta carga de doença; uma dose de 30 mg, uma vez ao dia pode ser apropriada para pacientes com resposta inadequada à dose de 15 mg, uma vez ao dia; a menor dose eficaz para manter a resposta deve ser utilizada. Para pacientes ≥ 65 anos, a dose recomendada de RINVOQ® é de 15 mg uma vez ao dia. CRIANÇAS ENTRE 12 E 18 ANOS: 1 comprimido de 15 mg, uma vez ao dia. RINVOQ® não foi estudado em pacientes pediátricos com idade igual ou maior a 12 anos e com peso corporal menor que 40 kg. **Uso concomitante de terapias tópicas:** RINVOQ® pode ser usado com ou sem corticosteróides tópicos. Inibidores da calcineurina tópicos podem ser usados em áreas sensíveis como no rosto, pescoço e áreas intertriginosas e genitais. RCU: a indução é de 45 mg, uma vez ao dia por 8 semanas, podendo ser estendido por mais 8 semanas. A dose de manutenção é de 30 mg ou 15 mg uma vez ao dia, com base na condição clínica do paciente. Para pacientes ≥ 65 anos, a dose de manutenção recomendada é de 15 mg uma vez ao dia. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Importado por: AbbVie Farmacêutica Ltda - Av. Guido Calvi, 1935, 1º andar, Bloco C - São Paulo - SP - CNPJ: 15.840.545/0001-50. AbbVie Line: 0800 022 2843. BU19



REPOSIÇÃO DE FERRO ORAL: O QUE APRENDEMOS E O QUE PRECISAMOS REVER

Por muito tempo, a conduta padrão para reposição de ferro oral em adultos com anemia ferropriva seguiu um modelo de alta frequência e doses elevadas: administrava-se três vezes ao dia, totalizando 100 a 200mg de ferro elementar diariamente. A lógica parecia intuitiva - fornecer grandes quantidades para acelerar a correção da anemia. No entanto, estudos mais recentes nos levaram a repensar essa estratégia.

A mudança de paradigma começou a se consolidar a partir de 2015, com a publicação de um estudo de Morreti et al. que testou um modelo até então contraintuitivo: uma única dose diária de ferro seria mais eficaz que múltiplas administrações ao longo do dia. O mecanismo por trás dessa observação reside na regulação da absorção intestinal de ferro pela hepcidina.

A hepcidina é um peptídeo de produção principalmente hepática que responde aos níveis plasmáticos de ferro. Após a administração de uma dose oral, ocorre um aumento transitório do ferro circulante, o que leva à elevação da hepcidina. Esse aumento bloqueia a ferroportina - proteína responsável pelo transporte de ferro do enterócito para a circulação - reduzindo, portanto, a absorção do ferro das doses subsequentes. Esse efeito pode durar até 24-48 horas, o que faz com que doses adicionais nesse intervalo tenham absorção significativamente prejudicada.

Dois pequenos ensaios clínicos abertos também observaram esse efeito: doses múltiplas num mesmo dia resultam em maior indução de hepcidina, e, paradoxalmente, menor absorção de ferro. Isso abriu espaço para discussões sobre esquemas menos frequentes.

Atualmente, além da preferência pela dose única diária, tem-se investigado esquemas em dias alternados como segunda, quarta e sexta. Estudos recentes sugerem que não há diferença significativa na resposta

hematológica entre o uso diário e em dias alternados, mas este último pode apresentar melhor tolerabilidade, com menor incidência de efeitos adversos gastrointestinais - um dos grandes entraves à adesão ao tratamento.

Diante disso, a escolha do esquema deve considerar a individualidade do paciente. Esquemas diários podem ser mais práticos para pacientes com rotina bem estabelecida, enquanto a administração em dias alternados pode beneficiar aqueles que já apresentaram efeitos colaterais com tratamentos anteriores.

A outra questão fundamental é a dose. Em estudos, foi observado que a absorção

de ferro foi melhor durante a administração de doses mais baixas. Mas afinal, o que é uma “dose baixa”? Os estudos até aqui utilizaram doses variando entre 18mg e 38 mg de ferro elementar por administração e demonstraram eficácia. Na prática, o conceito atual pode ser resumido a: um comprimido por vez, seja em esquema diário ou alternado.

A reposição de ferro oral, portanto, deixou de ser uma prescrição automática e padronizada. Conhecer os mecanismos envolvidos na sua absorção permite uma abordagem mais racional, eficaz, tolerável e prática para o paciente. E, como todo tratamento clínico, o mais importante é adequá-lo ao perfil e à realidade de quem será tratado.

DRA. ANA LUÍSA WOIDELO

Reumatologista

CRM: 37343 - PR | RQE: 28348

Médica Reumatologista pelo Hospital
de Clínicas da UFPR | Preceptora de
Clínica Médica do HC



REFERÊNCIAS

1. Uptodate: Treatment of iron deficiency anemia in adults
2. DeLoughery TG, Jackson CS, Ko CW, Rockey DC. AGA Clinical Practice Update on Management of Iron Deficiency Anemia: Expert Review. Clin Gastroenterol Hepatol 2024; 22:1575.
3. Schrier SL. So you know how to treat iron deficiency anemia. Blood 2015; 126:1971.
4. Moretti D, Goede JS, Zeder C, et al. Oral iron supplements increase hepcidin and decrease iron absorption from daily or twice-daily doses in iron-depleted young women. Blood 2015; 126:1981
5. Management of Iron Deficiency. Ning S, Zeller MP. Hematology. American Society of Hematology. Education Program. 2019;2019(1):315-322. doi:10.1182/hematology.2019000034.
6. Alternate Day Versus Daily Oral Iron for Treatment of Iron Deficiency Anemia: A Randomized Controlled Trial. Papsupathy E, Kandasamy R, Thomas K, Basheer A. Scientific Reports. 2023;13(1):1818. doi:10.1038/s41598-023-29034-9.
7. Daily Versus Alternate Day Oral Iron Therapy in Iron Deficiency Anemia: A Systematic Review. Kamath S, Parveen RS, Hegde S, et al. Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology. 2024;397(5):2701-2714. doi:10.1007/s00210-023-02817-7.
8. Is a Lower Dose of More Bioavailable Iron (18-Mg Ferrous Bisglycinate) Noninferior to 60-Mg Ferrous Sulfate in Increasing Ferritin Concentrations While Reducing Gut Inflammation and Enteropathogen Detection in Cambodian Women? A Randomized Controlled Noninferiority Trial. Fischer JAJ, Pei LX, Elango R, et al. The Journal of Nutrition. 2023;153(8):2453-2462. doi:10.1016/j.tjnut.2023.05.029.
9. Estimates of Total Body Iron Indicate 19 Mg and 38 Mg Oral Iron Are Equivalent for the Mitigation of Iron Deficiency in Individuals Experiencing Repeated Phlebotomy. Bialkowski W, Kiss JE, Wright DJ, et al. American Journal of Hematology. 2017;92(9):851-857. doi:10.1002/ajh.24784

J&J

A Janssen é agora a Johnson & Johnson Nova identidade. Mesmo propósito.

Ainda mais focada em qualidade e bem-estar.



Material destinado à classe médica. Novembro de 2024. CP-488534.

SIMPONI® CONTRAINDICAÇÃO: contraindicado em caso de Hipersensibilidade ao golimumabe ou qualquer dos excipientes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A combinação de SIMPONI® /Bio-Manguinhos Golimumabe com outros medicamentos biológicos usados para tratar as mesmas condições de SIMPONI®/Bio-Manguinhos Golimumabe, incluindo anacinra e abatacepte, não é recomendada. **REMICADE® CONTRAINDICAÇÃO:** Não use Remicade®/Bio-Manguinhos Infliximabe caso tenha uma infecção grave, incluindo tuberculose. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A combinação de infliximabe e anacinra não é recomendada. **TREMFYA® CONTRAINDICAÇÃO:** Hipersensibilidade ao princípio ativo ou qualquer excipiente da fórmula. Pacientes com infecções ativas clinicamente importantes. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Interações medicamentosas entre guselcumabe e substratos de várias enzimas CYP (CYP3A4, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 e CYP1A2) são improváveis. Não há necessidade de ajuste de dose ao coadministrar guselcumabe e substratos da CYP450. A eficácia e segurança de TREMFYA® em combinação com imunossupressores nos estudos de psoríase, incluindo biológicos ou fototerapia não foram avaliadas. Nos estudos de artrite psoriásica, uso concomitante de metotrexato não pareceu influenciar a segurança nem a eficácia de TREMFYA®.



Accesse a bula
do produto

SIMPONI®



REMICADE®



TREMFYA®



Johnson&Johnson

Innovative Medicine
InfoCenter

InfocenterBR@its.jnj.com
0800 701 1851

Ana Luísa Berti Guimarães Sella é médica reumatologista, professora e leitora ávida há muitos anos. Mãe da Maria, parceira de vida do Guilherme e escritora amadora nas horas vagas (que são poucas).

Aceita críticas, bate-papos e conversas filosóficas no e-mail: ana.sella@pucpr.br

ENTRE DIAGNÓSTICOS E ROTEIROS: O QUE APRENDI COM *THE BIG C* E *DYING FOR SEX*

Existem anos que mudam a vida devagar, como quem troca as estações sem pressa. E existem anos que chegam como um roteiro inesperado, já na metade do filme, sem pedir licença. 2024 foi assim.

No meu script, dois dias antes de um EULAR - um nódulo de mama descoberto por acidente - e, de repente, a luz do consultório não era mais de quem examina, mas de quem é examinada.

A cena se desenrola com um dolorido processo chamado diagnóstico. Dias aguardando resultado de biópsia, imuno-histoquímica, metástase - sim ou não? Ressonância de crânio, PET-Scan, mais uma biópsia, agora com participação de linfonodos, tomografia de tórax, ultrassonografia de abdômen total. Estadiamento de um câncer. Tão simples, tão aterroizante. Um HER-2 puro, multicêntrico, uma cura provável. Mas a perspectiva de uma temporada bastante desafiadora pela frente.

Os meses seguem com uma quimioterapia que levou cada fio do meu cabelo, uma quadrantectomia exata como um corte de montagem e semanas de radioterapia, marcadas por silêncio e espera.

E foi nesse cenário, careca, um tanto quanto desiludida com a reviravolta na minha vida, fatigada, que voltei a assistir *The Big C* no Prime Video. Havia assistido há alguns anos, mas

agora não mais como espectadora distante, mas como quem reconhece falas e gestos na própria pele.



Cathy Jamison, interpretada lindamente pela talentosa Laura Linney, a protagonista, não negocia com a finitude: **ela muda, ousa, rompe padrões.** E, embora a vida real não permita cortes secos para as partes bonitas, entendi o que ela queria dizer sobre não adiar o essencial. Para Cathy, **tudo parece estar no fim, mas não quer dizer que não possa haver um novo começo.**

The Big C é uma série relativamente antiga para os idos de 2025 (foi lançada em 2010, com 4 temporadas), e tem uma das minhas cenas preferidas de todos os tempos, com Cathy falando a estudantes de medicina sobre a importância do acolhimento, do olhar cuidadoso do médico para o paciente que sofre e espera.

Depois, já com o cabelo nascendo como primavera tímida, encontrei **Dying for Sex** no Disney Plus, com Michelle Williams no papel de Molly, uma mulher com um passado que a assombra, um câncer de mama metastático e um desejo urgente: ter um orgasmo antes do fim da sua vida.



Assisti quando o corpo já não lutava, mas a alma ainda procurava seu novo mapa. Ali, percebi que **há guerras vencidas não com quimioterapia ou bisturis, mas com amizade, afeto e a redescoberta de ser mulher - inteira, desejante, viva** - mesmo quando a doença tenta reduzir a história a um diagnóstico.

Ser paciente me mostrou um território invisível para quem sempre estive do lado médico da mesa: o peso e o calor de cada palavra, o silêncio que pode ferir ou acolher, o médico que constrói pontes entre o caos e a esperança.

Por isso, deixo aqui duas recomendações culturais que são, também, convites à empatia. **The Big C** para pensar o que faríamos se o tempo tivesse um prazo declarado. **t**para lembrar que, mesmo nas tempestades, há risos, abraços e descobertas que nos devolvem ao centro de nós mesmos.

Que a cura virá para alguns (e estou nesse painel de privilegiados cuja cura se aproxima), para outros, a oportunidade de reescrever alguns roteiros, recalcular rotas, realizar novas escolhas e transformar sua história em legado.

Entre a tela e o espelho, aprendi que o câncer não é apenas sobre células rebeldes. É sobre reescrever-se, encontrar beleza no improvável e continuar a história - mesmo quando não fomos nós que escolhemos a primeira cena.

Crônica em homenagem à nossa saudosa Dra. Lília Benazzi, que lutou, reescreveu sua trajetória e iluminou nossos caminhos.

LILIAN SCHADE DA CUNHA

Reumatologista

CRM: 24305-PR | RQE: 1962 - 28348

Médica Reumatologista do CHC-UFPR |
Professora do curso de Medicina da UFPR



NOVA DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA 2024 – QUAIS OS PRINCIPAIS DESTAQUES E MUDANÇAS?

A nova diretriz de hipertensão arterial da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) 2024 trouxe algumas novidades quanto a definições e estratégias terapêuticas da hipertensão arterial, inclusive em comparação à última atualização das diretrizes brasileiras de hipertensão arterial lançada em 2020.

É importante lembrar que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica e geralmente assintomática, que pode evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgão-alvo, sendo um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC), acidente vascular encefálico (AVE) e morte prematura.

A mudança de maior destaque desta nova diretriz foi atribuir a definição de pressão arterial (PA) elevada para valores entre 120-139 x 70-89 mmHg, aferida em consultório. Para medidas realizadas em ambiente doméstico, que compreende a monitorização ambulatorial da PA (MAPA) e a monitorização residencial da PA (MRPA) utiliza-se limiares 5 mmHg mais baixos. Deve-se ressaltar que não houve mudança nos va-

lores de PA que definem o diagnóstico de hipertensão arterial, que continuam sendo $\geq 140 \times 90$ mmHg.

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO (EM MMHG)

	PA não elevada	PA elevada	Hipertensão
Consultório	$< 120 \times 70$	120-139 x 70-89	$\geq 140 \times 90$
MRPA	$< 120 \times 70$	120-134 x 70-84	$\geq 135 \times 85$
MAPA dia	$< 120 \times 70$	120-134 x 70-84	$\geq 135 \times 85$
MAPA 24hrs	$< 115 \times 65$	115-129 x 65-79	$\geq 130 \times 80$

TRIAGEM PARA DETECÇÃO DE PA ELEVADA E HIPERTENSÃO ARTERIAL E CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

Para pacientes com < 40 anos de idade e PA não elevada, recomenda-se triagem, para detecção de PA elevada e hipertensão, pelo menos a cada três anos, enquanto para pacientes com ≥ 40 anos de idade, recomenda-se que a triagem seja pelo menos anualmente.

TABELA 2 – CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DE ACORDO COM OS NÍVEIS DE PA

Nível da PA no consultório	Conduta
140-159 x 90-99 mmHg e PA elevada	Recomenda-se que o diagnóstico seja baseado na medição com MAPA e/ou MRPA. Não sendo logística ou economicamente possível, o diagnóstico poderá ser feito em medições repetidas da PA em consultório em mais de uma consulta.
160-179 x 100-109 mmHg	Confirmar o diagnóstico de hipertensão o mais rápido possível, em < 1 mês, preferencialmente por MAPA e/ou MRPA.
≥ 180 x 110 mmHg	Afastar emergência hipertensiva.

A aferição da PA por meio de MAPA ou MRPA é especialmente importante para detecção de hipertensão do jaleco branco e hipertensão mascarada. Ao contrário da hipertensão do jaleco branco, a hipertensão mascarada ocorre quando a medida da PA é normal no consultório, mas elevada quando medida fora do consultório.

Recomenda-se que na MRPA as medidas sejam realizadas duas vezes por dia, sendo duas aferições em cada ocasião com intervalo de 1 a 2 minutos, por três a sete dias.

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

menda-se triagem, para detecção de PA elevada e hipertensão, pelo menos a cada três anos, enquanto para pacientes com ≥ 40 anos de idade, recomenda-se que a triagem seja pelo menos anualmente.

TABELA 3 – CONDUTA DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DA PA

Classificação	Recomendação
PA não elevada	Prevenção
PA elevada	Intensificar mudança do estilo de vida (MEV) e estratificar risco*
Hipertensão arterial	Intensificar MEV e iniciar terapia farmacológica

*SCORE2: recomendado para avaliar o risco em 10 anos de DCV em pessoas de 40-69 anos com PA elevada; se ≥ 70 anos de idade, usar o SCORE2-OP. Se alto risco e mantiver PA ≥ 130 x 80mmHg até três meses de intervenção no estilo de vida, iniciar tratamento farmacológico.

Pacientes com PA elevada devem ser avaliados individualmente, pesando risco e benefício do tratamento farmacológico, pois, embora níveis de PA elevada aumentem o risco de eventos cardiovasculares e mortalidade, o tratamento pode levar a eventos adversos.

Para pacientes com PA elevada, primeiramente deve-se estimar o **risco de DCV**, (presença de DCV estabelecida, diabetes mellitus (DM), DRC moderada a grave ou hipercolesterolemia familiar), se aumentado, inicia-se MEV e, na reavaliação em 3 meses, se mantiver PA ≥ 130 x 80 mmHg, está indicado o tratamento farmacológico. Obs.: O SCORE2- Diabetes deve ser considerado para identificar indivíduos de menor risco (<10% de risco cardiovascular em 10 anos), particularmente se ≤ 60 anos de idade, que podem não necessitar de medicamento para redução da PA.

Não havendo as condições de risco de DCV elevado, deve ser realizada a estimativa de risco em dez anos pelo **SCORE2 ou SCORE2-OP** (validado para a população europeia). Se ≥ 10%, indica-se MEV e reavaliação em três meses, se PA ≥ 130 x 80 mmHg, inicia-se tratamento farmacológico. Caso o risco estimado inicialmente seja < 5%, indica-se MEV e reavaliação em 1 ano. Os modelos de predição de risco SCORE2 e SCORE2-OP incorporam fatores de risco tradicionais como idade, sexo, PA sistólica, valores de colesterol e tabagismo.

Caso o risco destes pacientes seja estimado entre 5 e 10%, deve-se complementar a estratificação com a avaliação de **modificadores de risco**: predisposição pela etnia, história familiar de DCV precoce, privação socioeconômica, doenças inflamatórias ou autoimunes, doença psiquiátrica grave e HIV; além de modificadores específicos para mulheres: diabetes ou hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro e abortos recorrentes. Quando presentes, estes modificadores aumentam o risco inicial, portanto, para estes pacientes, recomenda-se MEV por três meses e, se a

PA persistir $\geq 130 \times 80$ mmHg, indica-se tratamento farmacológico.

Pode-se ainda considerar **outras formas de estratificação**, principalmente se houver dúvida sobre início de tratamento na ausência dos fatores que foram descritos. Podem ser usados marcadores de risco como avaliação do escore de cálcio coronário, presença de placas em carótida ou femoral e dosagem de troponina ultrasensível ou NT-proBNP. Se algum estiver alterado, indica-se MEV por três meses e, se a PA mantiver $\geq 130 \times 80$ mmHg, indica-se tratamento farmacológico.

Mudança de estilo de vida (MEV)

Inclui medidas clássicas como exercício aeróbico moderado ≥ 150 min por semana e dieta mediterrânea ou DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) para reduzir PA e risco de DCV.

Como novidade, deve-se considerar o aumento da ingestão de potássio em 0,5-1,0 g/dia (dieta ou sal rico em potássio) para pacientes com hipertensão e sem DRC moderada a avançada e com alta ingestão diária de sódio.

Tratamento farmacológico

Recomenda-se iniciar com combinação em doses baixas de dois dos seguintes medicamentos: inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA), bloqueadores de canais de cálcio (BCC) e diuréticos tiazídicos ou semelhantes aos tiazídicos. Iniciar com monoterapia em casos como: pacientes classificados como PA elevada, fragilidade moderada a importante, hipotensão ortostática sintomática e idade ≥ 85 anos.

A reavaliação é feita em até três meses, se a PA tiver atingido a meta, o paciente deve ser visto pelo menos uma vez ao ano. Caso a PA não esteja controlada, adiciona-se um novo medicamento e reavalia-se em até três meses, atingida a meta, as reavaliações passam a ser ao menos uma vez ao ano. Caso não esteja na meta, o paciente deve ser avaliado para hipertensão resistente, a aderência deve ser confirmada e a quarta droga a ser associada é a espirolactona. Uma outra opção para casos de hipertensão resistente é a realização de denervação renal.

Em qualquer etapa recomenda-se adicionar betabloqueador em casos de angina, pós infarto miocárdico, insuficiência cardíaca sistólica ou para controle da frequência cardíaca.

Metas

A meta habitual de PA é 120-129 x 70-79 mmHg, desde que o tratamento seja bem tolerado. Se a PAS estiver na meta, mas a PAD não, deve-se intensificar o tratamento. Em pacientes com hipotensão ortostática sintomática previamente ao tratamento, idade ≥ 85 anos, fragilidade ou expectativa de vida limitada (< 3 anos), pode-se considerar como alvo PAS < 140 mmHg.

Nos casos em que o tratamento é mal tolerado e não é possível atingir um alvo sistólico de 120-129 mmHg, recomenda-se atingir um nível de PA sistólica que seja “tão baixo quanto razoavelmente alcançável” (princípio “**ALARA**” = *as low as reasonably achievable*).

Na hipertensão gestacional, o tratamento farmacológico é recomendado para PA $\geq 140 \times 90$ mmHg, com alvo $< 140 / 90$ mmHg.

REFERÊNCIAS

- 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. McEvoy JW, et al. Eur Heart J. 2024;45(38):3912-4018.
- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Barroso WKS, et al. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.

MEDICINA

em pauta

O ex-presidente da Sociedade Paranaense de Reumatologia e professor associado em Reumatologia da UFPR, **Dr. Valderilio Feijó Azevedo** foi um dos dois palestrantes brasileiros do **EULAR 2025**, que aconteceu na cidade de Barcelona (Espanha) no último mês de junho.

Em sua palestra **“Como as Artes e Humanidades Podem Melhorar a Educação Médica na Reumatologia: As Duas Faces de Apolo”**, discorreu aos participantes do evento em uma interface arte medicina. Na seção - “A arte da investigação: como, quando e porque construir um reumatologista” - participaram vários importantes líderes de opinião europeus que tradicionalmente têm voz em discussões acerca dos melhoramentos da educação médica na graduação e pós-graduação em reumatologia – Dr. Luiz Fernando Perez de Rotterdam (Holanda) e a romena Dra. Simona Rednic (coordenadora da comissão de educação do EULAR). No mesmo evento, a professora Dra. Eloisa Bonfá (USP) falou sobre o lúpus eritematoso sistêmico.

A Reumato em Revista entrevistou o professor Valderilio - que nos conta sobre a experiência no congresso europeu e a importância do tema ministrado em sua aula.

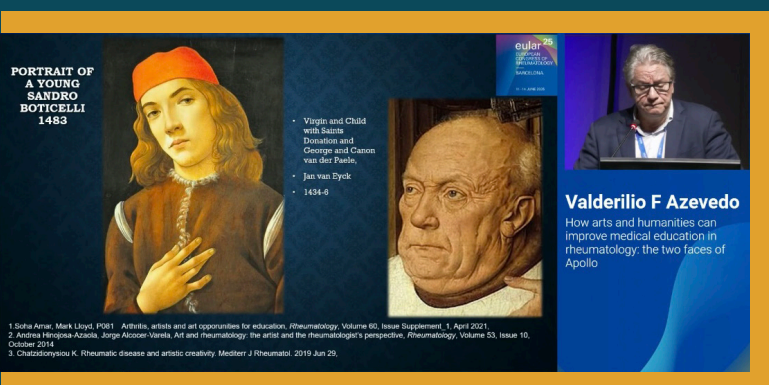
REUMATO EM REVISTA:

"Como as artes e humanidades podem participar da educação médica em geral?"

VALDERILIO:

"A medicina surge como arte e somente há cerca de 500 anos se estrutura como uma verdadeira ciência - incorporando elementos da anatomia, bioquímica, biofísica, microbiologia, dentre outros. Essa separação entre arte, humanidades em geral e ciências médicas, de fato, não deveria existir. Embora não se valorize adequadamente, conhecimentos humanísticos e ciências são incrivelmente dependentes e complementares. A tecnologia médica tem se tornado o aspecto mais importante e predominante na profissão, e, em particular - na reumatologia.

Certamente a expansão de novas formas de tecnologias diagnósticas e terapêuticas têm trazido importantes avanços para a preservação da saúde humana e aumento da longevidade. Entretanto, recentemente a discussão sobre a importância de inserir conteúdos humanísticos e artísticos na formação médica tem ganhado corpo entre os educadores. Com a entrada da inteligência artificial nas relações médicas, o sentido deste resgate seria o de melhorar o relacionamento médico-paciente, bem como ampliar a percepção clínica, a cultura geral e a capacidade de observação dos jovens médicos. É possível ensinar conteúdos por meio da literatura, pintura, música, filosofia, cinema, teatro e história da medicina."



REUMATO EM REVISTA:

"Por que as Duas Faces de Apolo?"

VALDERILIO:

"Na mitologia grega, Apolo era um dos filhos de Zeus. O todo poderoso Zeus não via diferenças entre a medicina, a música, a poesia e as artes em geral. E por isso atribuiu a seu filho a importante missão de uni-los em só domínio. Mais tarde, a cultura mitológica romana trata de fazer a separação destes domínios. Assim, Apolo tem mais de uma face e analisamos as suas duas principais: médica e artística. Esta analogia com aspectos da cultura antiga torna muito rica a análise da separação de conhecimentos que estamos vivenciando modernamente."

WHY EVOKE APOLLO?

"The music in the voice, the Harmony of Instruments, the prophecy of song, the Medicine, the law, and light divine, All arts and all Imaginings that move
The sleep and silence of the human mind-
These are my ministers."

Shelley, PB, *Hymn of Apollo* (1820) Em: *Kennel, Shelley PB, complete poetical works*. New York: Modern Library (no date: 1955-61)

Valderilio F Azevedo
How arts and humanities can improve medical education in rheumatology: the two faces of Apollo

REUMATO EM REVISTA:

"Exemplifique, na prática, como as artes podem contribuir para formar melhores médicos e reumatologistas?"

VALDERILIO:

"Recentemente criamos a disciplina de Artes e Humanidades na formação médica que faz parte opcional do aluno no curso de medicina da UFPR. Muitas escolas tradicionais na Europa e na América do Norte já utilizam conteúdos artísticos e humanísticos com o objetivo de melhorar vários aspectos da educação. O treinamento Visual com Artes (TVA) é um deles. A arte pode ser usada para treinar percepções

visuais diagnósticas, para melhorar a capacidade de síntese – e, ainda, enriquecer a cultura médica. Visitas a museus, discussões sobre cenas pictóricas de grandes mestres da pintura, discussões médicas históricas relativas ao diagnóstico e tratamento de diferentes enfermidades, especialmente as doenças reumáticas - são estratégias do TVA.

Ilustrei um pouco destas complexas relações no meu livro *A beleza e a Dor*, escrito em 2008. Competências e objetivos podem ser desenvolvidos para a análise, avaliação e progressão dos alunos em cada um dos itens durante o seu aprendizado médico. O conteúdo programático deve ser abrangente. A literatura, por exemplo, pode ser usada para melhorar narrativas médicas, expressão e vivências dos alunos. Há livros incríveis em que as personagens sofrem de doenças reumáticas, assim como **"Sick Kids Love"**, de Hannah Moskowitz - e **"Cursed"**, de Karol Silverstein. É possível para o aluno ganhar experiências pessoais nas discussões literárias sobre como pessoas com tais enfermidades lidam de forma real com limitações físicas e sentimentos. É possível também usar os cartoons para ilustrar cenas corriqueiras da medicina e da vida médica.

2. HISTORICAL ASPECTS - TEACHING RHEUMATIC DISEASES IN THE CONTEXT OF THE LIFE OF ARTISTS

The Artist of Antoni Gaudí

Valderilio F Azevedo
How arts and humanities can improve medical education in rheumatology: the two faces of Apollo

Por outro lado, o estudo da criminologia nazista pode ampliar o universo de conhecimentos médicos acerca da influência das ideologias políticas no cenário de formação médica e no exercício da profissão. Vale muito a pena introduzir tais temas, sempre de forma bastante técnica e não enviesada ideologicamente. No Bra-

sil, o ensino das tradições médicas e culturas africana e indígena são uma necessidade imperiosa para o resgate de nossa história como nação."

REUMATO EM REVISTA:

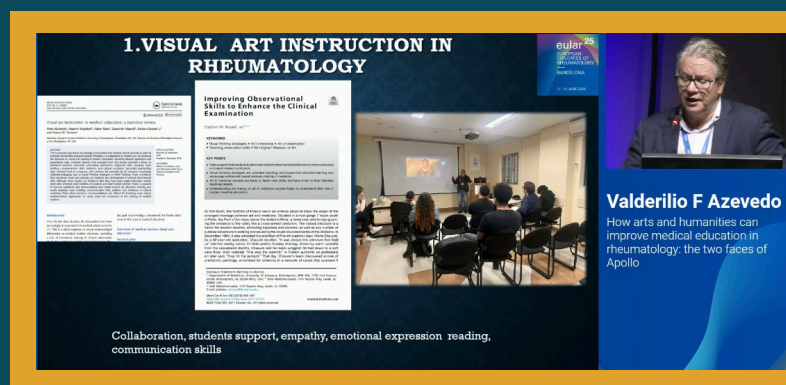
"Como foi a receptividade da sua palestra na sessão do congresso - e a principal mensagem para o leitor da Reumato em Revista?"

VALDERILIO

"Foi ótima! Os europeus tratam o tema com naturalidade e como extremamente necessário. É interessante perceber que o que estamos fazendo em nossa escola, no Paraná, está alinhado com um pensamento global das diversas lideranças de educação médica. Além disso, reforça positivamente nosso trabalho acadêmico com alunos – e, futuramente com médi-

cos residentes. Nossa mensagem é de que precisamos resgatar esses componentes para ensino especialmente na graduação. O Brasil conta hoje com mais de 400 escolas médicas, e em breve formaremos aproximadamente 50 mil médicos por ano. É importante que a formação dos nossos alunos seja cada vez mais robusta.

Devemos formar médicos mais capacitados na área técnica e científica - com sólida formação humanística e cultural, ou seja, médicos verdadeiramente cidadãos."



XELJANZ
citrato de tofacitinibe

Artrite Reumatoide



CONTROLE EFICAZ DA DOENÇA:

A remissão da AR* foi alcançada em comparação ao placebo em ensaios clínicos e foi demonstrada em cenários do mundo real.^{1,2}



EFICÁCIA EM MONOTERAPIA:

XELJANZ® demonstrou eficácia em monoterapia no tratamento da AR.⁴



PERFIL DE SEGURANÇA BEM ESTUDADO E DESCRITO:

Dados de segurança de longo prazo estão disponíveis, pois estudos foram conduzidos em pacientes com AR que usaram **XELJANZ®** por um período de até 9,5 anos.³



DISPONÍVEL NO SUS:

Para tratamento da artrite reumatoide e da artrite psoriásica.^{5,6}

Referências: 1. Smolen JS, et al. Remission Rates With Tofacitinib Treatment in Rheumatoid Arthritis: A Comparison of Various Remission Criteria. *ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY* Vol. 69, No. 4, April 2017, pp 728–734. 2. D'Alessandro F, et al. ToRaRI (Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis a Real-Life experience in Italy): Effectiveness, safety profile of tofacitinib and concordance between patient-reported outcomes and physician's global assessment of disease activity in a retrospective study in Central-Italy. *Clinical Rheumatology* (2024) 43:657–665. 3. Cohen SB, et al. Long-term safety of tofacitinib up to 9.5 years: a comprehensive integrated analysis of the rheumatoid arthritis clinical development programme. *RMD Open* 2020;6:e001395. doi:10.1136/rmdopen-2020-001395. 4. Fleischmann R, et al. Placebo-Controlled Trial of Tofacitinib Monotherapy in Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med* 2012;367:495-507. 5. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Idiopática Juvenil. Acessado em 04/03/2025. Disponível em - https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/20211123_portaria_conjunta_16_pcdt_ar.pdf 6. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Psoriásica. Acesso em 04/03/2025. Disponível em https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/20201123_portaria_conjunta_pcdt_artrite_psoiastica.pdf

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA MAIS FREQUENTE: NÃO UTILIZAR O PRODUTO EM COMBINAÇÃO COM MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS E IMUNOSSUPRESSORES POTENTES COMO AZATIOPRINA OU CICLOSPORINA. **CONTRAINDICAÇÃO MAIS FREQUENTE:** HIPERSENSIBILIDADE AO XELJANZ® OU A QUALQUER COMPONENTE DE SUA FORMULAÇÃO.



Escaneie o QR para
acessar a bula de
XELJANZ®

Material de distribuição exclusiva para profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos. Proibida a reprodução ou compartilhamento com terceiros. PP-XEL-BRA-0961 - Abril/2025
Pfizer Brasil Ltda.
Rua Alexandre Dumas, 1860 - São Paulo - SP - CEP 04717-904 - CNPJ 61.072.393/0001-33
© Copyright Pfizer Brasil Ltda. 2025 - Todos os direitos reservados. www.pfizer.com.br

Fale Pfizer
0800-7701575
www.pfizer.com.br





ESCORBUTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

RESUMO

O escorbuto, doença historicamente associada à deficiência de vitamina C, é atualmente raro na prática pediátrica, mas ainda ocorre em grupos de risco como crianças com transtorno do espectro autista (TEA) e dietas restritivas. Relata-se o caso de um paciente masculino, 2 anos e 6 meses, com claudicação, dor intensa em membro inferior direito e incapacidade de deambulação há 45 dias. Apresentava hipertrofia gengival, petéquias, pseudo-foliculite, edema em membros inferiores e seletividade alimentar extrema, sem ingestão de frutas ou verduras. Exames laboratoriais revelaram anemia normocítica, trombocitose, deficiências vitamínicas (A, D e C) e alterações inflamatórias, enquanto a ressonância magnética demonstrou edema metafisário e periostite. O diagnóstico de escorbuto foi confirmado pelos sinais clínicos e posteriormente corroborado

por níveis séricos reduzidos de vitamina C. O tratamento com suplementação de ácido ascórbico resultou em rápida melhora clínica. O caso evidencia a importância do reconhecimento precoce de sinais clássicos, evitando atrasos diagnósticos decorrentes da inespecificidade dos sintomas e destacando a relação entre TEA e risco aumentado para escorbuto devido à seletividade alimentar.

INTRODUÇÃO

O escorbuto é uma doença historicamente conhecida, sendo documentada desde as civilizações do antigo Egito, Grécia e Roma até os períodos da Renascença europeia e da Guerra Civil norte-americana. Durante séculos, esta condição devastou populações, particularmente marinheiros e grupos com acesso limitado a alimentos frescos. Foi somente no século XX que a medicina estabeleceu definitivamente a

relação entre o quadro clínico e a deficiência de vitamina C, elucidando o papel crucial de frutas, verduras e vegetais frescos tanto na prevenção quanto no tratamento da doença.¹

Fisiologicamente, a vitamina C desempenha funções essenciais no organismo humano, incluindo: síntese de colágeno, transporte de ácidos graxos, metabolismo de neurotransmissores e prostaglandinas, produção de óxido nítrico e absorção de ferro¹. Sua deficiência resulta em um quadro clínico diversificado, atrelado às funções do ácido ascórbico no metabolismo, caracterizado por manifestações cutâneas (petéquias, pseudofoliculite, hematomas), sintomas musculoesqueléticos (artralgias, dores ósseas), retardo na cicatrização de feridas e a clássica hipertrofia gengival com hemorragia. A anemia surge frequentemente como comorbidade, dada a importância da vitamina no metabolismo do ferro.²

Na prática pediátrica, atualmente, o escorbuto configura-se como uma das hipovitaminoses mais raras. No entanto, determinados grupos permanecem particularmente vulneráveis, incluindo crianças com TEA, deficiências neurológicas ou físicas, transtornos alimentares, síndromes disabsortivas e aquelas submetidas a dietas restritivas³. É relevante destacar que, embora a vitamina C apresente meia-vida de 10-20 dias, as manifestações clínicas da deficiência geralmente levam de 1 a 3 meses para se desenvolverem após o início da ingestão inadequada.²

Apesar do conhecimento bem estabelecido sobre sua fisiopatologia e manifestações clínicas, o escorbuto continua enfrentando negligência diagnóstica na pediatria moderna. Isso decorre tanto da raridade atual da condição quanto da tendência de atribuir seus sintomas inespecíficos às condições de base dos pacientes nos grupos de risco. Tal cenário resulta em atrasos diagnósticos consideráveis, como ilustrado no presente caso clínico, reforçando a necessidade de maior atenção para esta

condição potencialmente grave, porém completamente tratável quando adequadamente identificada.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 2 anos e 6 meses de idade, foi admitido em serviço hospitalar apresentando dor intensa em membro inferior direito, que se seguiu por claudicação e incapacidade de deambulação por 45 dias. Segundo relato, o paciente havia sido previamente internado em sua cidade de origem por quatro dias, sem definição diagnóstica, sendo encaminhado para avaliação neuropediátrica com solicitação de eletroencefalograma. O paciente possuía histórico de atraso no desenvolvimento da fala, acompanhado em serviço de fonoaudiologia, sem diagnóstico conclusivo prévio. Além disso, apresentava estereotipias comportamentais (como rotação repetitiva, fixação visual prolongada em direção superior e alinhamento de objetos), redução do contato visual, aversão ao toque e padrão alimentar severamente restrito, limitado ao consumo exclusivo de arroz, feijão, iogurte e bolacha salgada, com ausência de frutas, hortaliças ou legumes na dieta. Ao exame físico observaram-se petéquias no antebraço direito (Figura 1), edema difuso em membros inferiores não restrito às articulações (Figura 2), associado a dor à palpação e mobilização passiva, pseudofoliculite em membros inferiores (Figura 3) e hipertrofia gengival com equimoses (Figuras 4 e 5).

Os exames laboratoriais iniciais evidenciaram um quadro de inflamação aguda, caracterizado por elevação dos marcadores séricos (PCR: 12 mg/dL; VHS: 54 mm/h) e leucocitose ($17.100/\text{mm}^3$), associados a anemia normocítica (Hb: 11,8 g/dL; VCM: 78,3 fL) e trombocitose reativa ($590.000/\text{mm}^3$). Ao longo da internação, identificaram-se deficiências nutricionais significativas, incluindo hipovitaminose A (0,12 mg/L) e D (12,6 ng/mL), hipoalbuminemia (2,6 g/dL) e diminuição do ferro sérico (79,2 µg/dL). Posteriormente, a dosagem de vitamina C sérica (0,4 mg/dL) veio corroborar o diag-

nóstico. Quanto aos exames de imagem, a ressonância magnética de joelhos revelou edema metafisário bilateral de fêmures, tíbias e fíbulas, acompanhado de periostite e edema dos tecidos moles adjacentes (Figuras 6 e 7). O exame radiográfico simples de membros inferiores não havia apresentado alterações detectáveis ao método.

A avaliação global demonstrou um paciente com características compatíveis com TEA, cuja seletividade alimentar constituiu

o fator etiológico central para o desenvolvimento do quadro carencial.

Após a confirmação diagnóstica de escorbuto, iniciou-se terapia com suplementação de ácido ascórbico, associada à reposição das demais deficiências vitamínicas identificadas. O paciente apresentou resposta clínica rápida e favorável, com regressão progressiva da dor, redução do edema e melhora objetiva da mobilidade pouco tempo após início do tratamento.



FIGURA 1: petéquias no antebraço direito (arquivo pessoal)



FIGURA 2 E 3: edema difuso em membros inferiores não restrito às articulações associado a pseudofoliculite em membros inferiores (arquivo pessoal)



FIGURA 4 E 5: hipertrofia gengival com equimoses (arquivo pessoal)

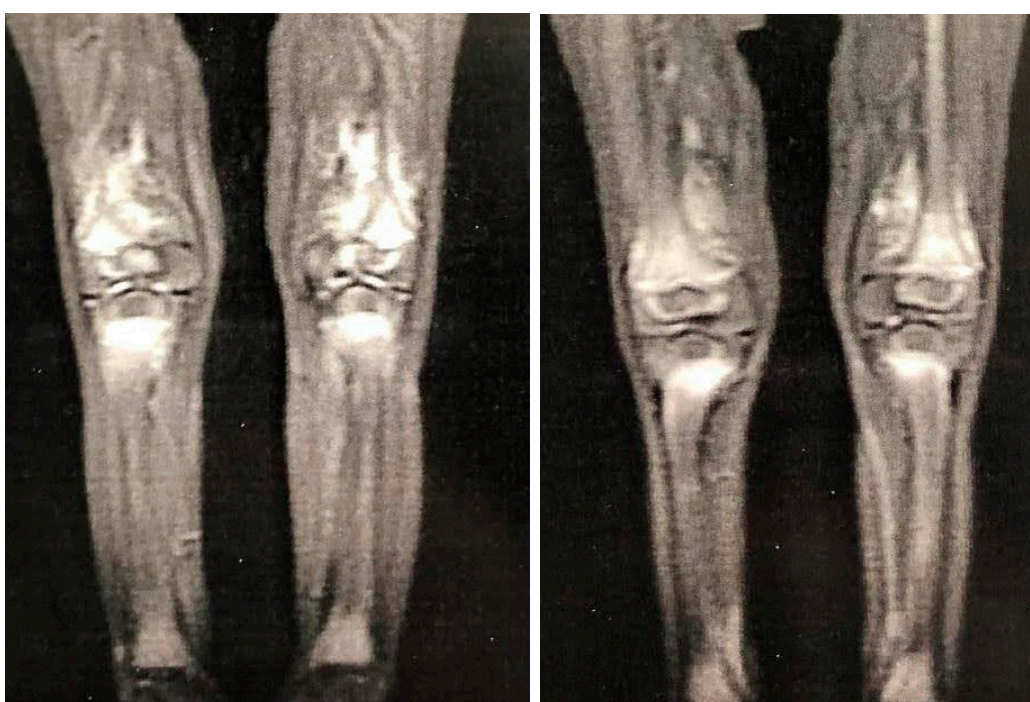


FIGURA 6 E 7: ressonância magnética de joelhos revelando edema metafisário bilateral de fêmures, tíbias e fíbulas, acompanhado de periostite e edema dos tecidos moles adjacentes (arquivo pessoal)

DISCUSSÃO

O escorbuto constitui uma condição clínica potencialmente grave, cujas manifestações, embora classicamente descritas, apresentam-se frequentemente na forma de sintomas constitucionais e inespecíficos. Esta característica favorece erros diagnósticos, com frequente confusão entre condições reumatológicas, hematológicas e infecciosas, resultando em atrasos terapêuticos significativos². No presente relato, observamos este cenário: os sintomas musculoesqueléticos foram inicialmente interpretados como manifestações hema-

tológicas ou neurológicas, levando a uma cascata de investigações inconclusivas. Este processo não apenas determinou o atraso no diagnóstico de escorbuto, como também evidenciou que o reconhecimento do TEA subjacente de maneira precoce poderia ter orientado de forma mais direcionada a investigação etiológica dos sintomas, já que a condição explica a origem do quadro carencial através da seletividade alimentar característica.

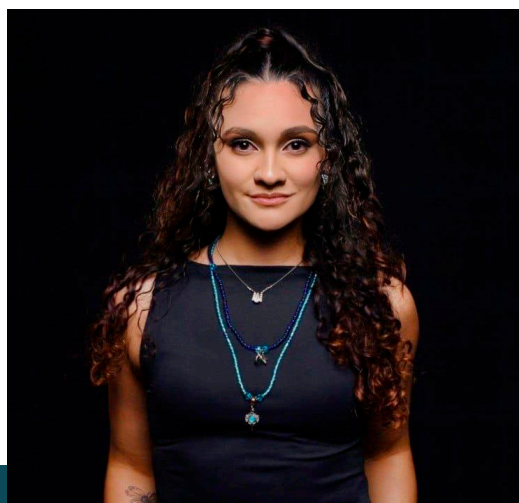
A ressonância magnética foi essencial para afastar outros diagnósticos diferenciais e demonstrou achados sugestivos de escor-

buto. Artigos prévios já demonstraram que o edema metafisário simétrico é característico da condição⁴, e que a periostite aparece como marcador tardio⁵.

A seletividade alimentar extrema apresentada pelo paciente constitui um fator determinante na origem do quadro clínico. Esta associação é documentada em diversas fontes, como na série de casos de Perkins, A. et al. (2020)³, que analisou 10 pacientes pediátricos com escorbuto, dos quais 60% dos indivíduos possuíam diagnóstico prévio ou suspeita de TEA. Complementando esses achados, a revisão narrativa de Trapani, S. et al. (2022)¹ identificou que aproximadamente 76% dos casos de escorbuto estavam associados a comorbidades de risco, sendo que, deste total, 29% correspondiam a condições neurológicas -

incluindo o TEA. Tais evidências reforçam a necessidade de vigilância redobrada para o desenvolvimento de escorbuto nesta população específica, cuja condição de base representa um fator de risco significativo para o surgimento da síndrome carencial.

Este caso chama atenção para uma condição que, apesar de rara nos dias atuais, vem sendo reportada com maior frequência - especialmente em pacientes com dietas restritivas, distúrbios de absorção ou seletividade alimentar acentuada. O reconhecimento de sinais clássicos, como sangramento gengival, petéquias e pseudofoliculite, associados a dor em membros é fundamental para o diagnóstico adequado. Embora o tratamento seja simples quando instituído a tempo, a demora na identificação pode levar a complicações importantes.



GIOVANA REIS

Estudante de Medicina da UFPR



DRA. CHRISTINA FEITOSA PELAÇO
Reumatologista Pediátrica

CRM: 28935-PR | RQE: 16880

Mestre em pesquisa clínica e translacional |
Responsável pelo Serviço de Reumatologia
Pediátrica do CHC-UFPR

REFERÊNCIAS

1. Carpenter KJ. The History of Scurvy and Vitamin C, Cambridge University Press, 1986.
2. ALQANATISH, J. T. et al. Childhood scurvy: an unusual cause of refusal to walk in a child. *Pediatric Rheumatology*, v. 13, n. 1, 11 jun. 2015.
3. Trapani, S.; Rubino, C.; Indolfi, G.; Lionetti, P. A Narrative Review on Pediatric Scurvy: The Last Twenty Years. *Nutrients* 2022, 14, 684. <https://doi.org/10.3390/nu14030684>
4. PERKINS, A. et al. Scurvy Masquerading as Juvenile Idiopathic Arthritis or Vasculitis with Elevated Inflammatory Markers: A Case Series. *The Journal of Pediatrics*, v. 218, p. 234-237.e2, mar. 2020.
5. GANSKE, A. et al. Pediatric scurvy MRI appearance. *Radiology Case Reports*, v. 16, n. 5, p. 1148-1152, 11 mar. 2021.

CONTROLE DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO NA VELOCIDADE DE SAPHNELO

O primeiro biológico no tratamento de LES que
demonstra em estudo placebo controlado uma maior
taxa de remissão vs SoC em 4 anos

10 MOTIVOS PARA PENSAR EM SAPHNELO® PARA SEU PACIENTE

- 1** SAPHNELO® possui um robusto programa clínico trazendo dados de eficácia nas 3 metas preconizadas pelo EULAR 2023: remissão ou baixa atividade da doença, redução/retirada de glicocorticoide e melhora da qualidade de vida.³
- 2** SAPHNELO® proporcionou melhor resposta clínica em relação ao placebo para pacientes independente do tratamento anterior, sendo padrão ou biológico, em todos os desfechos de eficácia, incluindo medidas de atividade global da doença, redução gradual de glicocorticoides orais e taxas de Flares.⁴
- 3** SAPHNELO® proporcionou remissão em 30%⁴ e baixa atividade da doença em 36,9% dos pacientes em 4 anos², sendo que mais pacientes ficaram em LLDAS entre 20% e 70% do tempo.⁵
- 4** SAPHNELO® é eficaz na redução sustentada de corticoides e proporcionou redução abaixo de 7,5mg/dia em 90% dos pacientes em 4 anos, sendo que 74,4% foram abaixo de 5mg/dia e 36,4% conseguiu a retirada completa.⁵
- 5** SAPHNELO® apresentou diferença significativa no domínio cutâneo já na semana 12 em 46% dos pacientes ao mesmo tempo que reduziu o uso de glicocorticoide e é o único biológico recomendado pelo EULAR 2023 com evidência 1 a/A para o tratamento de LES com manifestações cutâneas devido a robustez metodológica.^{6,7,8,9}
- 6** SAPHNELO® melhorou a qualidade de vida em maior proporção de pacientes versus placebo, em todos os domínios (físico, social e psíquico) avaliados por SF-36 e do Lúpus QoL.⁸⁻¹⁰ Saphnelo é seguro para pacientes com depressão, não apresentando casos de suicídio relatados nos estudos e não há contra indicação em bula.^{1,10,11}
- 7** SAPHNELO® não ocasionou mais eventos adversos graves significativos que placebo nem foi necessária a descontinuação devido à eventos adversos, demonstrando a segurança e tolerabilidade da medicação avaliada por um estudo placebo controlado de longo prazo.⁵
- 8** SAPHNELO® demonstrou rápida velocidade de ação, sendo observada melhora no domínio mucocutâneo a partir da semana 4 do tratamento com Saphnelo (p nominal = 0,018) que durou até a semana 52 (p nominal < 0,0001)¹
- 9** SAPHNELO® possui posologia cômoda com dosagem única, em infusão de 30 minutos a cada 28 dias e não requer dose de ataque ou pré-medicação.¹
- 10** SAPHNELO® possui um programa de suporte ao paciente com lúpus, que oferece desde o serviço da aplicação gratuita à serviços multidisciplinares com o objetivo de proporcionar conhecimento da doença e melhor adesão ao tratamento.^{1,12}

— AGORA O TRATAMENTO DO PACIENTE COM LES PODE IR ALÉM. —

Referências: 1. Bula do Produto, Saphnelo® (anifrolumabe) ANVISA. 2. Crow MK, Olfertiev M, Kirou KA. Type I interferons in autoimmune disease. Annu Rev Pathol. 2019;14:369-93. 3. Fanouriakis A, et al. Ann Rheum Dis. 2024;83(1):15-29. 4. Furie et al. (Efficacy of Anifrolumab in Patients With SLE Previously Treated With Biologics: Post Hoc Analysis of Pooled Data from 2 Phase 3 Trials). 5. Kalunian KC, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Phase III Extension Trial of the Long-Term Safety and Tolerability of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheumatol. 2023 Feb;75(2):253-265. 6. Furie RA, et al. Lancet Rheumatol. 2019;1:e208-219. 7. Morand EF, et al. N Engl J Med. 49 2020;382:211-221. 8. EULAR 23 Morand EF, et al. Trial of Anifrolumab in Active Systemic Lupus Erythematosus. N Engl J Med. 2020 Jan 16;382(3):211-221. 9. Furie RA, et al. Type I interferon inhibitor anifrolumab in active systemic lupus erythematosus (TULIP-1): a randomised, controlled, phase 3 trial. Lancet Rheumatol. 2019 Dec;1(4):e208-e21. 10. Søand V, et al. Supplementary Appendix. Lancet Rheumatol. 2022;4:e198-207. 11. Strand V, et al. Supplementary Appendix. Lancet Rheumatol. 2022;4:e198-207. 12. Programa de Suporte a Pacientes- Faz Bem AstraZeneca – de acordo com o regulamento disponível em <https://www.programafazbem.com.br/regulamento/programa-fazbem>.

REUMATO EM prosa & verso

Fotos: arquivo pessoal do autor.

Alguns textos chegam da calma. E outros, da contemplação atravessam as palavras e nascem em um turbilhão de intensidade avassaladora. O poema, que o leitor encontrará a seguir, carrega uma reflexão oscilante entre a vida e a morte, perdas recentes e memórias vividas entre a fragilidade humana e a força.

O autor parte do íntimo de sua própria história, convidando-os a compartilhar a inquietude de quem observa de perto o fim, e nele insiste em buscar sentido. A inspiração da obra inicia em acontecimentos marcantes - entre eles a dor da partida de pessoas queridas: o pai e o jovem primo que fora um brilhante bailarino. Vidas interrompidas, cada qual com sua narrativa única, mas igualmente contraditórias pelos sentimentos despertados: a perplexidade diante da fragilidade e a sensação de impotência diante daquilo que não pode ser revertido. Em cada verso, a tensão entre o desejo e a ressignificação.

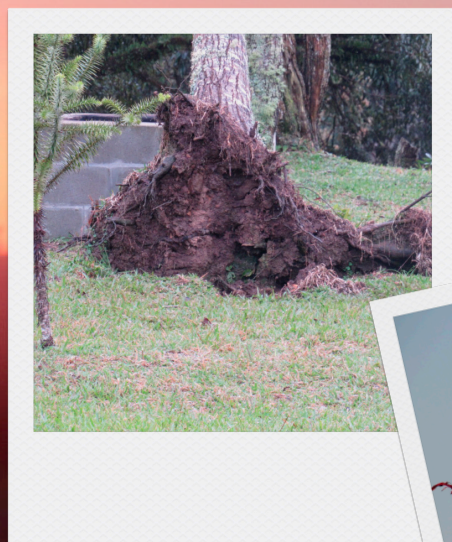
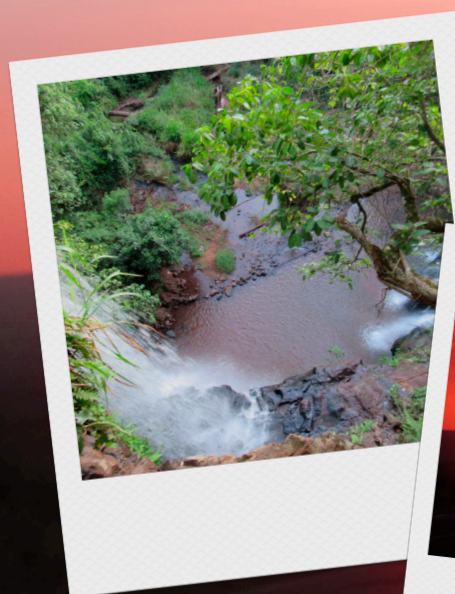
As imagens vivenciadas e capturadas durante o luto - ganharam corpo entre as letras. Assim como uma metáfora apresentada em forma de

declamação para a Reumato em Revista a fim de explicar a inspiração. Se tratava da luta de um touro em arena, a nos lembrar que a vida resiste mesmo diante da força esmagadora do inevitável; a lâmina afiada que atravessa o ar; o suspiro derradeiro que marca o fim de uma batalha incompreensível...

Um entrelaçamento que conduz pelo labirinto emocional do autor, nas poucas linhas que seguem e moram no espaço onde o luto e o sentido se unem para outra compreensão da existência.

A travessia que marca do trauma à sublimação, um chamamento para a vida que segue o fluxo e vai adiante em uma poesia sem reservas, permitindo-se talvez, encontrar nas letras - um respiro que anuncia não o fim, mas o “terceiro sinal” ou uma nova possibilidade, assim como nos espetáculos em um teatro.

É a delicadeza da esperança criando um olhar puro para paisagens onde a morte não se fixa como um ponto final, mas uma vírgula que abre espaço para novos significados na simplicidade do ser, em pleno dia dos pais.



TERCEIRO SINAL

Faca

fria

seca

Sangue e lágrimas...

Carmen.....

o corpo.....

Silêncio coletivo...

O teatro sufoca.....

Súbito,

Rompe Mahler, 2ª sinfonia, "Ressurreição".

Euforia!!

Os tímpanos testemunham a glória!

Aplausos, beijos e flores!!

Perfumes no camarim!

Frenético, sai o público.

Trôpego e atônito..... cruza a plateia

e...

a solidão...

Veludos bordôs afogam sua garganta.....

Arrasta-se.....

Torna o olhar ao palco...

.....a luz fantasma...

Ganha a praça,

bruma fria.....

sopra o último frêmito...

Soa o terceiro sinal...



Dr. Sergio Candido Kowalski

Joinville-SC, 10 de agosto de 2025, Dia dos Pais

Reumatologista · CRM: 12771/PR | RQE: 5189

DRA. ANA CAROLINA BEER B. CUBILLA

Reumatologista

CRM: 18847-PR | RQE: 15686

Membro da Sociedade Brasileira de Imunização |
Professora de Semiologia Médica I e de Reumatologia
do curso de medicina da UNC (Campus Porto União SC)



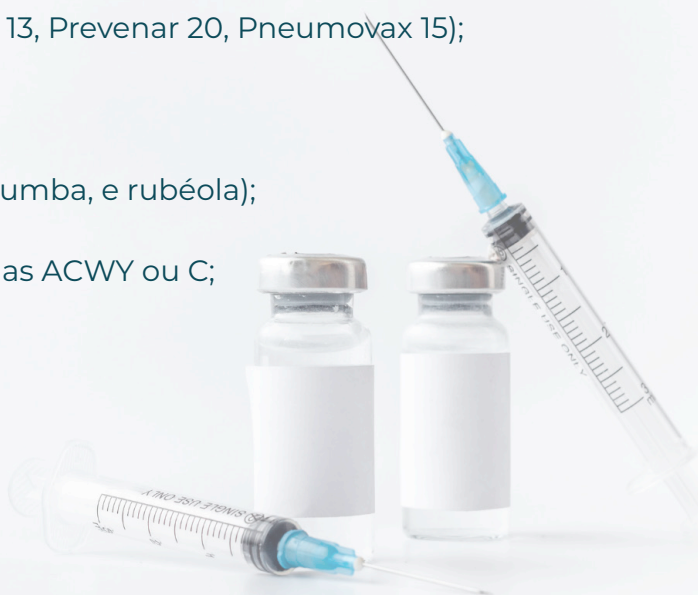
VACINAÇÃO DO ADULTO (2025)

A vacinação do indivíduo adulto muitas vezes é negligenciada ou simplesmente desconhecida por essa faixa etária e alguns profissionais de saúde. Mas existe um calendário vacinal para essa população, e vamos tentar aqui tornar isso prático para os

colegas. Nos últimos anos novas vacinas e atualizações já consagradas chegaram ao mercado público e privado, e a Sociedade Brasileira de Imunização (SBim) tem atualizado periodicamente todos os calendários vacinais.

AS VACINAS INDICADAS A POPULAÇÃO NESSA FAIXA ETÁRIA SÃO:

- ☐ Tríplice bacteriana celular do tipo adulto (difteria, tétano, coqueluche): dTpa ou dTpa-VIP. Ou Dupla adulto dT (difteria e tétano);
- ☐ Influenza gripe (trivalente ou tetravalente);
- ☐ Pneumocócicas (Prevenar 13, Prevenar 20, Pneumovax 15);
- ☐ Herpes Zóster;
- ☐ Tríplice viral (sarampo, caxumba, e rubéola);
- ☐ Meningocócicas conjugadas ACWY ou C;
- ☐ Varicela;
- ☐ Febre amarela;
- ☐ Dengue;
- ☐ Covid 19;



Vacina Tríplice Bacteriana

1. Atualizar a dTpa independente do intervalo de dT ou TT.
2. Esquema de vacinação básico completo: reforço de dTpa a cada 10 anos.
3. Esquema de vacinação básico incompleto: uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com dT (dupla bacteriana do tipo adulto) de forma a totalizar 3 doses de vacinas com o componente tetânico.
4. Não vacinados e/ou histórico vacinal desconhecido: uma dose de dTpa e duas doses de dT no esquema 0-2-4 a 8 meses.
5. Para pessoas que pretendem viajar para países onde a poliomielite é endêmica: recomenda-se a vacina dTpa combinada à pólio inativada (dTpa-VIP). A dTpa-VIP pode substituir a dTpa.

Vacina Influenza

Com relação a vacina da Influenza o recomendado é uma dose única anual e atualizada para aquele ano. Em pessoas imunocomprometidas ou em situação epidemiológica de risco: considerar uma segunda dose a partir dos 3 meses da dose atual ou fazer uma dose única anual de Efluelda (vacina de influenza tetravalente com uma quantidade maior de antígenos).

Vacina Pneumocócica

Para as vacinas pneumocócicas a vacinação com VPC20, VPC15, VPC 13 na população de 50-59 anos fica a critério médico. Porém, as vacinas pneumocócicas são indicadas para adultos de qualquer idade portadores de comorbidades. Nestes casos, indica-se a VPC20 em dose única ou o esquema sequencial de VPC15 - ou, na sua impossibilidade - VPC13, seguida de uma dose de VPC23 seis a doze meses depois; e uma segunda dose de VPC23 cinco anos depois da primeira dose.

Vacina Herpes Zóster

A vacina de Herpes Zóster é indicada em toda a população acima de 50 anos. São duas doses de vacina inativada com intervalo de dois meses. A vacinação é recomendada mesmo para quem já teve a doença. O intervalo para quem já teve a doença é de seis meses ou após a resolução do quadro, para não perder a oportunidade vacinal. A vacina inativada é recomendada mesmo para quem já fez a vacinação com a vacina atenuada, respeitando um intervalo de dois meses entre elas. Pacientes imunodeprimidos devem se vacinar contra a Herpes Zóster. No Brasil, na atualidade, só dispomos da Shingrix que é a vacina inativada.

Vacina Tríplice Viral

A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) não é necessária fazer uma terceira dose em indivíduos com esquema vacinal completo. Deve ser considerada em casos de surtos de sarampo e rubéola. Na vacinação de imunodeprimidos, o risco e o benefício devem ser avaliados pelo médico.

Vacina Varicela

A vacina de varicela deve ser considerada para pessoas susceptíveis, duas doses com intervalo de um a dois meses.

Vacina Meningocócica

A vacina meningocócica conjugada ACWY deve ser aplicada em uma dose. No caso de não ter a conjugada, a Meningocócica C pode ser realizada.

A vacina Meningocócica B dependerá da situação epidemiológica. Duas doses com intervalo de mínimo de um mês (Bexero) ou seis meses (Trumemba). Não se conhece a duração da proteção conferida, e, conseqüentemente - a necessidade de dose de reforço. A Bexero é licenciada até os 50 anos, o uso acima disso é *off label*. A Trumemba é licenciada até os 25 anos. As duas não são intercambiáveis.

Vacina Hepatite

A vacina de Hepatite A são duas doses, no esquema 0-6 meses. A hepatite B são 3 doses com esquema 0-1 e 6 meses. As vacinas combinadas Hepatite A e B devem ser feitas no esquema vacinal 0-1 e 6 meses. Adultos não vacinados previamente devem fazer essas vacinas.

Vacina HPV

Vacinas para HPV que estão disponíveis no Brasil são HPV4 e HPV9. Recomenda-se o uso da HPV 9 em 3 doses pela Sbim.

Recomenda-se a revacinação com a HPV9 para quem fez vacinação com HPV2 e HPV4. O esquema vacinal é 0-1 a 2 meses-6 meses. Adultos, mesmo que previamente expostos, podem fazer a vacinação. A vacina de HPV é contraindicada em gestantes. Indicada para adultos até 45 anos.

Vacina Febre Amarela

A recomendação do PNI é que se recebeu a primeira dose antes dos 5 anos de idade, é indicada uma segunda dose independente da idade atual. Se foi aplicada após os 5 anos: dose única.

A recomendação da Sbim é de duas doses, pois esta considera uma possibilidade de falha vacinal, por isso fazer uma segunda dose com intervalo de dez anos.

Esta vacina pode ser exigida para emissão da carteira internacional de vacinação para viagens a alguns países no mundo, neste caso deve ser aplicada até dez dias antes da viagem (para que não se vacinou ou não tem o comprovante de vacinação).

Vacina Dengue

Para dengue temos a vacina Qdenga e a Dengvaxia.

O uso da Qdenga é preferencial em relação a outra, podendo ser usada em adultos até os 60 anos, independente de contato prévio com a doença. O esquema vacinal da Qdenga é de duas doses com intervalo de três meses entre elas (0-3 meses).

A Dengvaxia é recomendável para adultos que já tiveram contato prévio com a doença, usada até os 45 anos de idade. O esquema vacinal desta é de 0-6-12 meses (3 doses). Ambas são contraindicadas para imunodeprimidos, gestantes e lactentes.

Vacina Covid 19

A vacinação contra Covid 19 sofre atualizações periódicas pelo PNI, deve ser consultado a regra atualizada no período desejado de fazer a imunização.

A Sbim e o PNI recomendam o uso, sempre que possível, de vacinas combinadas. Deve-se considerar aplicações simultâneas para não perder a oportunidade do gesto vacinal e garantir o calendário vacinal completo.

A vacinação é um ato de amor para si e para comunidade. Devemos incentivar essa prática e desmistificar os movimentos antivacinas, a fim de garantir uma boa cobertura vacinal em nosso país e proteger nossos pacientes.

Estamos vivendo uma época com novas vacinas no mercado como a vacina do vírus sincicial respiratório e previsão de vacinas como Chikungunya, HIV serem aprovadas para uso em massa. A medicina avança para nos ajudar na medicina preventiva. É importante estarmos familiarizados com esses avanços!

REFERÊNCIAS

1. FONTE: Calendário vacinal do adulto Sbim 2024-2025, PNI.

olumiant.
(baricitinibe) comprimidos

Uma evolução no tratamento da artrite reumatoide.

30% Taxas de remissão mais elevadas vs. anti-TNF.^{1,2}



Melhora da resistência óssea.⁴



Possibilidade de uso em monoterapia.^{2,5}

50% Maior persistência vs. anti-TNF.³



Comodidade posológica: uma vez ao dia.⁶

Perfil de segurança a longo prazo, com avaliação de 9,3 anos.⁶

OLUMIANT® (baricitinibe) - Indicações: OOLUMIANT em monoterapia ou em combinação com metotrexato (MTX) é indicado para o tratamento de pacientes adultos com artrite reumatoide ativa moderada a grave com resposta inadequada ou intolerância a um ou mais medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs não biológicos e biológicos). OOLUMIANT é indicado para o tratamento de pacientes adultos com dermatite atópica moderada a grave, que são candidatos à terapia sistêmica. OOLUMIANT é indicado para o tratamento da COVID-19 em pacientes adultos hospitalizados que necessitam de oxigênio por máscara ou cateter nasal, ou que necessitam de alto fluxo de oxigênio ou ventilação não invasiva. OOLUMIANT é indicado para o tratamento de pacientes adultos com alopecia areata grave. Advertências e Precauções: o tratamento com OOLUMIANT é associado com um aumento da taxa de infecções, como infecções do trato respiratório superior. OOLUMIANT deve ser usado com cautela em pacientes com infecção ativa, recorrente ou crônica clinicamente importante. OOLUMIANT não deve ser administrado a pacientes com tuberculose ativa. Evitar o início ou interromper o tratamento com OOLUMIANT em pacientes com CAN < 1.000 células/mm³ e/ou CAL < 500 células/mm³. Caso o paciente desenvolva herpes zoster, o tratamento com OOLUMIANT deve ser interrompido até que o episódio se resolva. Antes de iniciar o tratamento com OOLUMIANT, os pacientes devem ser examinados para detectar hepatite viral. O uso de OOLUMIANT com vacinas vivas atenuadas não é recomendado. Evitar o uso de OOLUMIANT em pacientes com hemoglobina < 8 g/dL. Aumentos nos parâmetros de lipídeos foram reportados em pacientes tratados com OOLUMIANT. Avaliar os parâmetros lipídicos aproximadamente 12 semanas após o início da terapia com OOLUMIANT. Se o aumento na ALT ou AST for observado, e houver suspeita de lesão hepática induzida pelo medicamento, OOLUMIANT deve ser interrompido até que o diagnóstico seja excluído. OOLUMIANT deve ser utilizado com cautela em pacientes com fatores de risco para eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE). Foram reportados eventos de trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) em pacientes que receberam OOLUMIANT. OOLUMIANT deve ser usado com cautela em pacientes com fatores de risco para TVP/EP. Em pacientes com COVID-19 a profilaxia para tromboembolismo venoso é recomendada a menos que contraindicada. Há informações limitadas sobre o uso de OOLUMIANT em pacientes com COVID-19 e quaisquer dos seguintes achados clínicos: infecções graves ativas concomitantes; CAN < 1.000 células/mm³; CAL < 200 células/mm³; Hemoglobina < 8 g/dL. OOLUMIANT deve ser usado com cautela em pacientes que possam ter o risco aumentado para perfuração gastrointestinal. Linfoma e outras malignidades foram reportadas em pacientes tratados com OOLUMIANT. Devem ser considerados os benefícios e os riscos para cada paciente antes de iniciar ou continuar a terapia com OOLUMIANT. Em caso de suspeita de dengue, ou quando associado a outros medicamentos que aumentem o efeito hemorrágico a prescrição deste medicamento ou a manutenção do tratamento com ele deve ser reavaliada, devido ao seu potencial hemorrágico. OOLUMIANT contém os corantes dióxido de titânio e óxido de ferro vermelho que podem, eventualmente, causar reações alérgicas. Com base no mecanismo de ação e nos achados em animais, OOLUMIANT pode causar dano fetal. Mulheres em idade fértil devem tomar as precauções apropriadas para evitar engravidar durante o tratamento com OOLUMIANT e por, no mínimo, uma semana depois do final do tratamento. É desconhecido se baricitinibe está presente no leite humano. Amamentação não é recomendada durante o tratamento com OOLUMIANT. Uso criterioso no aleitamento ou na doação de leite. A segurança e a eficácia de OOLUMIANT em pacientes pediátricos não foram estabelecidas. Não foram observadas diferenças globais de segurança ou eficácia entre indivíduos com 65 anos de idade ou mais e indivíduos mais jovens. Outra experiência clínica relatada não identificou diferenças nas respostas entre idosos e pacientes mais jovens, porém uma maior sensibilidade em alguns indivíduos mais velhos não pode ser descartada. Não é necessário ajuste de dose em pacientes com comprometimento hepático leve ou moderado. OOLUMIANT não é recomendado em pacientes com comprometimento hepático grave. Foi determinado que a função renal afeta significativamente a exposição ao baricitinibe. Interações medicamentosas: baricitinibe, in vitro, não inibiu nem induziu significativamente a atividade das enzimas do citocromo P450, não inibiu as glicoproteínas-P transportadoras ou polipeptídeos de transporte aniónico orgânico 1B1, o transportador aniónico orgânico 1, OAT2, OAT3, transportador catiónico orgânico 1, OCT2, OATP1B3, proteína de resistência ao câncer de mama e proteína de extrusão tóxica e multidroga 1 e MATE2-K. Mas alterações clinicamente significativas para as drogas que são substratos para estes transportadores são improváveis. A coadministração de baricitinibe com fluconazol ou rifampicina não resultou em efeitos clinicamente significativos na farmacocinética de baricitinibe. A coadministração de baricitinibe com ciclosporina ou MTX não resultou em efeitos clinicamente significativos na exposição ao baricitinibe. Nenhum estudo foi conduzido para investigar possível interação entre OOLUMIANT e plantas medicinais, álcool, nicotina e a realização de exames laboratoriais e não laboratoriais. Na artrite reumatoide, a associação com DMARDs biológicos ou outros inibidores da JAK não foi estudada e não é recomendada. A utilização de OOLUMIANT com medicamentos imunossupressores potentes, como azatioprina, tacrolimus ou ciclosporina foi limitada nos estudos clínicos de baricitinibe, não sendo possível excluir o risco de um efeito aditivo de imunossupressão. Na dermatite atópica e na alopecia areata, a associação com imunomoduladores biológicos, outros inibidores da JAK, ciclosporina ou outros imunossupressores potentes não foi estudada e não é recomendada. Posologia: Artrite reumatoide: a dose recomendada de OOLUMIANT é de 4 mg uma vez ao dia. Para alguns pacientes, a dose de 2 mg uma vez ao dia pode ser apropriada. OOLUMIANT pode ser usado com monoterapia ou em combinação com corticosteróides tópicos. Inibidores tópicos de calcineurina também podem ser usados. COVID-19: a dose recomendada de OOLUMIANT é de 4 mg uma vez ao dia durante 14 dias ou até a alta hospitalar, o que ocorrer primeiro. OOLUMIANT pode ser usado com ou sem remdesivir. A profilaxia para tromboembolismo venoso é recomendada a menos que contraindicada. Alopecia areata: a dose recomendada de OOLUMIANT é de 4 mg uma vez ao dia. Para alguns pacientes, a dose de 2 mg uma vez ao dia pode ser apropriada. Ajuste de dose: a dose recomendada de OOLUMIANT em pacientes com taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) entre 30 e 60 mL/min/1,73 m² é de 2 mg uma vez ao dia. Não é necessário ajuste da dose de OOLUMIANT em pacientes com insuficiência hepática leve a moderada. O uso não é recomendado em pacientes com eGFR < 30 mL/min/1,73 m² e com insuficiência hepática grave. A dose recomendada de OOLUMIANT para pacientes que tomam inibidores de transportador de ânion orgânico 3 com forte potencial de inibição é de 2 mg uma vez ao dia. A dose inicial recomendada para pacientes ≥ 75 anos para as indicações artrite reumatoide e dermatite atópica é de 2 mg, enquanto para a indicação COVID-19 não é necessário ajuste de dose. OOLUMIANT não foi estudado em pacientes com idade ≥ 75 anos para a indicação de alopecia areata. Nesses pacientes a dose inicial de 2 mg pode ser apropriada. Reações adversas: Artrite reumatoide, dermatite atópica e alopecia areata: muito comum (> 10%); infecções do trato respiratório superior, colesterol LDL ≥ 130 mg/dL (≥ 3,36 mmol/L); comum (≥ 1% e < 10%); náusea, dor abdominal, gastroenterite, infecções do trato urinário, herpes simples, herpes zoster, dor de cabeça, acne, creatina fosfoquinase > 5 x LSN, ALT ≥ 3 x LSN e trombose > 600.000 células/mm³. Dados espontâneos: comum (≥ 1% e < 10%); erupção cutânea (rash). COVID-19: muito comum (> 10%); ALT ≥ 3 x LSN, AST ≥ 3 x LSN; comum (≥ 1% e < 10%); infecções do trato urinário, embolia pulmonar, trombose venosa profunda, creatina fosfoquinase > 5 x LSN, neutropenia < 1.000 células/mm³ e trombose > 600.000 células/mm³. Venda sob prescrição ou uso sob prescrição e venda proibida ao comércio. Registro: 1.1260.0198. Documentação científica e/ou informações adicionais à classe médica sobre o produto mediante solicitação. Para mais informações, consulte a bula completa do produto ou o Serviço de Atendimento ao Cliente Lilly SAC 0800 701 0444, e-mail: sac_brasil@lilly.com. 16/10/2023.

CONTRAINDICAÇÕES: OOLUMIANT É CONTRAINDICADO EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AO PRODUTO OU A QUALQUER UM DE SEUS COMPONENTES DA FÓRMULA E EM MULHERES GRAVIDAS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** BARICITINIBE, IN VITRO, NÃO INIBIU NEM INDUZIU SIGNIFICATIVAMENTE A ATIVIDADE DAS ENZIMAS DO CITOCROMO P450, NÃO INIBIU AS GLICOPROTEÍNAS-P TRANSPORTADORAS OU POLIPEPTÍDIOS DE TRANSPORTE ANIÔNICO ORGÂNICO 1B1, O TRANSPORTADOR ANIÔNICO ORGÂNICO 1, OAT2, OAT3, TRANSPORTADOR CATIÔNICO ORGÂNICO 1, OCT2, OATP1B3, PROTEÍNA DE RESISTÊNCIA AO CÂNCER DE MAMA E PROTEÍNA DE EXTRUSÃO TÓXICA E MULTIDROGA 1 E MATE2-K.

Referências: 1. Taylor PC, Keystone EC, van der Heijde D, Weinblatt ME, Del Carmen Morales L, Reyes Gonzalez J, Yakushin S, Ishii T, Emoto K, Beattie S, Arora V, Gaich C, Rooney T, Schlichting D, Macias WL, de Bono S, Tanaka Y. Baricitinibe versus Placebo or Adalimumab in Rheumatoid Arthritis. N Engl J Med. 2017 Feb 16;376(7):652-662. doi: 10.1056/NEJMoa1608345. PMID: 28199814. 2. Caporali R, Taylor PC, Aletaha D, Sammaritano R, Takeuchi T, Mo D, Helady E, Bello N, Zarembka-Pedermann L, Fang Y, Dougados M. Efficacy Of Baricitinibe in Patients With Moderate-To-Severe Rheumatoid Arthritis Up to 6.5 Years Of Treatment: Results Of A Long-Term Study. Rheumatology (Oxford). 2024 Jan 22;63(1):12. doi: 10.1093/rheumatology/kead012. Epub ahead of print. PMID: 38268434. 3. Taylor PC, Takeuchi T, Burnester GR, Durez P, Smolen JS, Deberdt W, Issa M, Torres JR, Bello N, Winthrop KL. Safety of baricitinibe for the treatment of rheumatoid arthritis over a median of 4.6 and up to 9.3 years of treatment: final results from long-term extension study and integrated database. Ann Rheum Dis. 2022 Mar;81(3):335-343. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-22176. Epub 2021 Oct 27. PMID: 34706874; PMCID: PMC3862028. 4. Simon D, Minopoulou I, Kemeris S, Bayat S, Tassler K, Multu MY, Valero-Méndez L, Kiriak G, Huber AJ, Schett G, Kleyer A. Baricitinibe Improves Bone Properties and Biomechanics in Patients With Rheumatoid Arthritis: Results of the Prospective Interventional BARE BONE Trial. Arthritis Rheumatol. 2023 Nov;75(11):1923-1934. doi: 10.1002/art.42617. Epub 2023 Sep 21. PMID: 37229650. 5. Allen R, Burnester GR, Maluco-Caricini M, Salmon JH, Lopez-Romero P, Fakhrul W, de la Torre I, Zarembka-Pedermann L, Holzämper T, Fautrel B. The RA-BE-REAL Multinational, Prospective, Observational Study in Patients with Rheumatoid Arthritis Receiving Baricitinibe, Targeted Synthetic, or Biologic Disease-Modifying Therapies: a 6-Month Interim Analysis. Rheumatol Ther. 2023 Feb;10(1):73-93. doi: 10.1007/s40744-022-00500-6. Epub 2022 Oct 13. PMID: 36227530; PMCID: PMC9557042. 6. Bula do produto Oolumiant® (baricitinibe). Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulao/q?nomeProduto=Oolumiant>. Acesso em 13 dez. 2024.

Material destinado exclusivamente a profissionais prescritores ou dispensadores de medicamentos. PP-BA-BR-1102 | Julho de 2024.

Lilly

REUMATO

enogastronomia

Dr. Valderilio Feijó Azevedo

Reumatologista, proprietário do Restaurante SAAZ gastronomia.

SPAGHETTI ALLA PUTTANESCA, MUITAS HISTÓRIAS PARA UM PRATO DE RÁPIDA PREPARAÇÃO

O **Spaghetti Alla Puttanesca** é um dos pratos italianos mais típicos. Apesar de ter sido popularizado a partir da década de 60, na cidade de Roma, teve seu surgimento na ilha de Ischia que fica no Golfo de Nápoles, no sul da Itália.

Se você está procurando um bom prato cuja preparação deve ser rápida, então encontrou a opção mais viável, pois é feito com massa longa como o spaghetti (normalmente número 3 ou 4). Mas, o diferencial é o seu molho tipicamente mediterrâneo e de fácil obtenção, feito à base de tomates aliche, alcaparras, azeitonas sem caroço, alho e pimenta vermelha (pode ser usado também *peperoncino*). Há citações de várias origens deste molho, sendo mais provável que date da metade do século XX. A referência impressa mais adiantada deste prato, como identificado pelo "*Grande Dizionario Della Lingua Italiana*", é a novela de Raffaele La Capria: "**Ferito a Morte**" - datada de 1961 e que se refere ao "*spaghetti alla puttanesca come li fanno a Siracusa*" - espaguete à puttanesca como feito em Siracusa.

Contudo, a pergunta que sempre surge quando se discute a origem do nome é se de fato ele estaria associado ou derivado da palavra *puttana* - prostituta, em italiano. Isto, claro, faz parte do conhecimento folclórico e tem provo-



cado muitas histórias engraçadas para explicar as origens do prato. Entretanto, de acordo com uma explicação mais aceita, o nome teria sido originado da palavra *qualche puttana* (qualquer bobagem), ou seja, especialmente o molho teria surgido de um improviso culinário que acabou sendo um grande sucesso. E esta mistura de sabores mediterrâneos não poderia mesmo dar errado, pois o gosto harmonioso e salgado é formado por um trio do qual os cozinheiros têm fácil acesso na maioria das regiões do mundo: **aliche, alcaparras e azeitonas.**

É difícil encontrar alguém que não aprecie este prato, por isso, espero que os colegas reumatologistas se motivem a fazê-lo. Caso ainda não tenham tido a oportunidade de prepará-lo - um jantar casual com amigos mais íntimos é um bom motivo. Como sugestão para

deixar a experiência mais gostosa, a harmonização pode ser com um bom tinto que pos- sua taninos e açúcares mais fortes, com notas sobressalentes de frutas escuras. Com essas

características temos vinhos tintos obtidos das uvas primitivo e aglianico, mas obviamente que pode ser harmonizado com outros tintos, por conta do seu rico molho.

RECEITA

Ingredientes para 6 pessoas

4 tomates, 3 dentes de alho, 100ml de azeite de oliva extravirgem, salsa, orégano, pimenta vermelha forte, 50gr de alcaparras, sal, 100gr de azeitonas pretas sem caroço, 600gr de spaghetti.

EXECUÇÃO

Refogue o alho no azeite de oliva e quando estiver dourado - una as alcaparras, as azeitonas sem caroço, os tomates em cubos e sem pele, a pimenta vermelha e o orégano. No fim do cozimento junte a salsa picada e, a seguir as anchovas lavadas e esmagadas. Deixe ainda alguns minutos no fogo e sempre corrija o sal.



cimzia[®]
(certolizumabe pegol)

O anti-TNF como
nenhum outro¹

Artrite
Reumatoide



Artrite
Psoriásica



Espondiloartrite
axial



Doença
de Crohn



Psoríase



RESULTADOS PREVISÍVEIS² PARA VOCÊ E QUE PODEM IMPACTAR A VIDA DE SEUS PACIENTES EM MÚLTIPLAS INDICAÇÕES.³

CIMZIA[®] APRESENTA ESTRUTURA MOLECULAR ÚNICA, não apresentando a porção Fc, sendo monovalente e trazendo ainda mais benefícios aos pacientes através da peguilação.¹

Ainda apresenta dados de rapidez de ação e eficácia sustentada no longo prazo.⁴⁻¹³

FC, fragmento cristalizável.

Leia o QR Code para acessar referências bibliográficas e informação para prescrição.



CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE AO CERTOLIZUMABE PEGOL OU A QUALQUER OUTRO COMPONENTE DA FORMULAÇÃO. TUBERCULOSE ATIVA OU OUTRAS INFECÇÕES GRAVES COMO SÉPSE, ABSCESSOS E INFECÇÕES OPORTUNISTAS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O TRATAMENTO CONCOMITANTE COM METOTREXATO, CORTICOSTEROIDES, ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDAIAS, ANALGÉSICOS, ANALÓGOS DO ÁCIDO 5-AMINOSALICÍLICO OU ANTI-INFECIOSOS, NÃO EXERCEU EFEITO NA FARMACOCINÉTICA DE CIMZIA[®].

BR-CZ-2400080- Março/2025 - Material de uso exclusivo da classe médica.
Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 1.327, 5º andar. Itaim Bibi. CEP 04543-011. São Paulo, SP - Brasil
SAC: 0800 0166613

 Inspired by patients.
Driven by science.



Rua Padre Anchieta, nº 1846, sala 104 – Bigorrião
Curitiba-Paraná | Telefone: (41) 3324-6562
E-mail: reumatopr@gmail.com

 reumatologiapr.com.br

 @reumatopr

REUMATO EM REVISTA
SOCIEDADE PARANAENSE DE
REUMATOLOGIA

DIRETORIA 2025/2026

Tesoureiro Geral

Carlos Frederico Rodrigues Parchen

Presidente

Carolina de Souza Müller

1º Tesoureiro

Fernando Augusto Chiuchetta

Vice-presidente

Débora Karine Marinello

Presidente da Comissão de Mídias

Luiz Augusto Fanhani Cracco

Diretora científica

Sinara da Silva Freitas

Editora Científica Reumato em Revista

Chayanne Natielle Rossetto

Secretária geral

Deborah Negrão Gonçalo Dias

Imagens

Banco de Imagens

1º Secretária

Ana Luísa Berti Guimarães Sella

Editoração

Allez Comunicação

Telefones: (44) 3041-6404 | (44) 99933-1555

Anunciantes:

