

REVISTA DA

APM

REGIONAL PIRACICABA

Setembro de 2016
Edição nº 121



A Psicologia e a percepção da dor reumática

Doenças reumáticas em crianças

Exercícios físicos podem auxiliar o tratamento?

Alimentos que podem ser inseridos no tratamento do reumatismo

Doenças Reumáticas



HFC, UM HOSPITAL CADA DIA MELHOR.

CONHEÇA OS SERVIÇOS DO HFC



HFC DIA
(CIRURGIAS DE PEQUENO PORTE E CURTA DURAÇÃO)



CEON
(CENTRO DE ONCOLOGIA)



CIAN
(CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO NEFROLÓGICO)



CEDIM
(CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM)



HFCLAB
(LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS)



PRONTO ATENDIMENTO
(URGÊNCIAS, EMERGÊNCIAS E ORTOPEDIA)



INCORPI
(INSTITUTO DO CORAÇÃO DE PIRACICABA)



BANCO DE LEITE HUMANO

(19) 3403.2800

Médico Responsável: Miki Mochizuki - CRM 88.150



Hospital dos
Fornecedoros de Cana
de Piracicaba

www.hfcc.com.br

PREVILAB

Confiança, Alcance e Cuidado

A melhor forma de cuidar da sua saúde é somar a excelência e carinho no atendimento com o investimento constante em tecnologias e inovações em medicina diagnóstica.

- 45 anos oferecendo resultados precisos
- Qualidade certificada
- Vacinas
- 19 unidades (distribuídas em 9 cidades)



ANA CARVALHO DA SILVEIRA
UNIDADE PREVILAB PIRACICABA

Atendimento ao Cliente
Piracicaba: (19) 3429-6900
Demais localidades: 3003-6336
previlab.com.br

PREVILAB
Laboratório

SEMPRE UMA UNIDADE PERTO DE VOCÊ:

Americana, Capivari, Iracemápolis, Laranjal Paulista, Limeira, Piracicaba, Rio das Pedras, São Pedro e Tietê.

REVISTA DA

APM

REGIONAL PIRACICABA

APM
ASSOCIAÇÃO PAULISTA
DE MEDICINA
PIRACICABA**AMB**
Associação Médica Brasileira**EXPEDIENTE****Diretor Executivo da Revista**

Dr. Osmar Antônio Gaiotto Junior

Jornalista e Editora Responsável

Michele Telise (Mtb 56675)

Diagramadora

Juliana Angeli Bosqueiro

Impressão

Gráfica Riopedrense

APM Regional Piracicaba

Av. Centenário, 546 - São Dimas Piracicaba SP

CEP 13416-000 www.apmpiracicaba.com.br

Os artigos, publicidade e conteúdo científico da revista são de responsabilidade de seus autores. Distribuição Gratuita.

APM
ASSOCIAÇÃO PAULISTA
DE MEDICINA
PIRACICABA**Presidente:** Osmar Antonio Gaiotto Junior**Vice-presidente:** Antonio Ananias Filho**Secretário:** Ricardo Tedeschi Matos**Tesoureira:** Maria Inês Onuchic Schultz**Diretor Defesa Profissional:** Segirson de Freitas Junior**Diretor Cultural e Científico:** Luis Kanhiti Oharomari**Diretor Social:** Pedro Leandro Zilli Bertolini**DELEGADOS:**

José Márcio Zveiter de Moraes

Jurandyr Carvalho Filho

Legardeth Consolmagno

CONSELHO FISCAL - TITULAR:

Alvaro Pereira Pinto

Djalma Sampaio Filho

Renato Cavallini Junior

CONSELHO FISCAL SUPLENTE:

Dairo Bicudo Piai

Eduardo Lucio Nicolela Junior

Luis Poggi Filho

A atenção à saúde e as eleições

Em época de eleições, a expectativa em relação aos projetos ou planos de governo que os candidatos vão apresentar à sociedade, cresce de forma substancial.

É plausível supor que em um modelo mais elaborado de construção do plano de governo na área da saúde, as entidades médicas e aquelas voltadas para a assistência à saúde de forma multidisciplinar (que representam farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, educadores físicos) sejam convidadas e consultadas para opinar, de acordo com as suas múltiplas visões.

Cada profissional envolvido em assistência privada ou na rede pública pode contribuir de forma decisiva para o enriquecimento desse plano e, por extensão, para o futuro que se almeja na saúde pública da sua comunidade.

Evidente que todos os atores envolvidos devem levar em consideração os anseios da população que será objeto desse plano de saúde. Embora essa visão não seja eminentemente técnica, ela carrega em seu bojo uma percepção real sobre a insuficiência de determinados aspectos em assistência médica, que podem não estar sendo observados por um prisma eminentemente técnico.

Explico: isso pode ter origem no fato de os técnicos da saúde pública observarem indicadores, parâmetros, estatísticas, criando algoritmos para o planejamento das ações, seja na assistência médica, como na prevenção e promoção da saúde.

A população, em suas demandas traduzidas por pleitos mais concretos, revelam suas necessidades, que nem sempre estão alinhadas com os projetos técnicos que normalmente subsidiam os planos de governo.

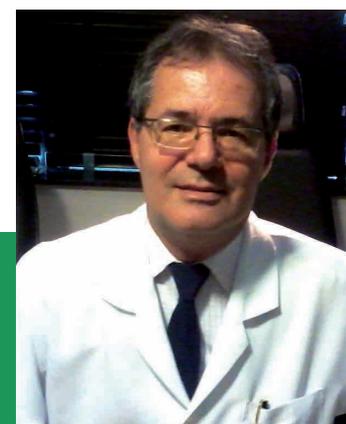
Muitas vezes, os agentes públicos – vereadores, agentes comunitários, integrantes de conselhos, líderes de comunidades – podem ter outra visão, que no conjunto, nem sempre traduzem problemas de ordem prática, que para os diretamente atingidos, os que dependem dos serviços, têm um peso imenso e deveriam ser levados em conta.

Ocorre que, por muitas vezes, por diversos motivos, a tradução da realidade dos que usam o sistema não é levada em conta na elaboração dos planos de governo por puro desconhecimento.

Outro agravante, nesse contexto, foi deflagrado pela própria legislação eleitoral. O tempo muito curto para as campanhas poderá, em tese, reduzir a possibilidade de que grande parte da população possa analisar os planos de governo, as ações propostas para o executivo e para o legislativo, em relação às suas comunidades.

E, apesar dessa campanha relâmpago, o que se espera é que os nossos candidatos e suas equipes possam produzir planos de governo reais para a saúde. Que eles possam melhorar a qualidade de vida e saúde da nossa população, bem como produzir substanciais avanços na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Porque nessa espera reside a esperança de que possamos evoluir enquanto cidadãos e políticos. A esperança de o “olho no olho” promover o diálogo aberto, que nos fará caminhar na direção de um mundo mais justo e mais saudável.



Dr. Osmar Gaiotto Jr.
Presidente da APM Regional Piracicaba
CRM 37716

Foto Arquivo Pessoal

Reumatismo

Nessa edição o tema é Reumatismo, que muitos preconceituosamente já assinalam “como doença de idosos” e acabam não tratando com o devido cuidado, mas a verdade é que, até crianças podem ser acometidas por tal enfermidade.

O Reumatismo é um conjunto de doenças que possuem origem não traumática, não são oriundas de acidentes, e que comprometem músculos, articulações, tendões e qualquer outro local do aparelho locomotor. São cerca de 300 doenças diferentes enquadradas dentro deste grupo. Algumas podem até mesmo acometer órgãos internos como o lúpus eritematoso sistêmico. A febre reumática, enfermidade que atinge em sua maioria crianças.

Confira o artigo sobre “Artrite Reumatoide”, do reumatologista e acupunturista, Dr. Claudio Lysias Costa Vieira. O ortopedista e traumatologista, Dr. Fabio Peres de Lima, aborda sobre “Tendinites”, que é um “processo inflamatório do tendão, um cordão fibroso de tecido conjuntivo, uma extensão do músculo que se liga aos ossos e está presente em todas as articulações móveis do corpo”. O homeopata, pediatra e acupunturista, Dr. Fernando Cesar Serafim, fala sobre as “Raquialgias na visão da Acupuntura”, e explica que “são dores localizadas na coluna vertebral, que podem ser agudas ou crônicas, e distribuídas ao longo da coluna”.

Confira também o artigo sobre “Síndrome Fibromiálgica do diagnóstico a reabilitação”, escrito pelo Dr. Leonardo Sanches Municelli, que atua na área de Tratamento e Reabilitação da dor incapacitante, Reabilitação do paciente com incapacidades e Tratamento da Espasticidade. O cirurgião de mão, Dr. Neilor Teófilo Araújo Rabelo, fala sobre “Artropatias por Microcristais”, “ou melhor designadas, doenças por microcristais, causadas pela deposição de microcristais nas articulações sinoviais e estruturas adjacentes, causando reações inflamatórias agudas e alterações degenerativas a longo prazo”. Já o Dr. Paulo Humberto Remondi, com especialização em ortopedia e cirurgia da coluna vertebral, aborda sobre o tema, “Lombalgia”, “segunda queixa mais comum em atendimentos médicos no mundo”. A Dra. Ludmila Marie Weiss Aloisi, pediatra, fala sobre “Doenças Reumáticas na Infância”.

A fisioterapeuta, Fernanda Corrêa Grando Oliveira, traz o tema sobre os “Exercícios Físicos que podem ajudar os pacientes com Reumatismo”. Veja também, “Alimentos que podem auxiliar no tratamento de Reumatismo”, no artigo da nutricionista clínica, Pedrita Morato Scarazatti Soave. Acompanhe como a “Psicologia auxilia no tratamento de Doenças Reumáticas”, no artigo da Psicóloga e Pedagoga, Rafaela Angeli Camuzzi. O Dr. Rubens Cenci Motta, especialista em Clínica Médica, Especialista em Hemoterapia, Medicina Legal e Perícias Médicas, Especialista em Medicina do Tráfego e Medicina de Urgência, aborda o tema, “Doenças Reumáticas Sistêmicas”. A fisioterapeuta, Antonieta de Fátima Ferrari de Goes, foi a entrevistada desse mês, e responde sobre o tema “Fisioterapia na Artrose”. Veja ainda, o artigo do Movimento Médico, da Dra. Sílvia Helena Rondina Mateus, Pneumologista e Conselheira do Cremesp, sobre o “Exercício Ilegal da Medicina”.

Finalizo esse editorial fazendo um convite a você, para ler mais uma edição da revista da Associação Paulista de Medicina Regional Piracicaba. Agradecemos aos participantes que nos enviaram textos ou participaram como entrevistados.

Confira todos esses temas e muito mais na revista que é sempre sua! Fique com a gente, você é nosso convidado! Boa leitura.



Michele Telise
jornalmichele@gmail.com
Jornalista e Editora Responsável
MTB 56675

SUMÁRIO

Movimento Médico	05
Doenças reumáticas sistêmicas ..	06
Alimentos que podem auxiliar no tratamento de reumatismo	08
Artrite reumatoide	09
Psicologia auxiliando no tratamento de doenças reumáticas	10
Exercícios físicos podem ajudar os pacientes com reumatismo?	11
Fisioterapia na Artrose	12
Raquialgias	13
Síndrome fibromiálgica	14
Doenças reumáticas na infância .	16
Lombalgia	17
Artropatias por microcristais	18
Tendinites	19
Acontece	20
Agenda	22
Anuncie aqui	22
Aniversariantes	22



Exercício ilegal da medicina



A lei 12842/13 que regulamenta a profissão médica, de relatoria da senadora Lucia Vania, após amplo debate tanto na Câmara dos deputados quanto no senado, e reuniões com todos os envolvidos, teve artigos vetados pela presidente afastada, Dilma Rousseff, o que desfigurou a lei, que por sua vez voltou ao congresso e teve seus vetos votados junto com outras matérias e de forma conturbada não dando margem ao amplo debate do tema. Entretanto ainda fica claro a nós que a lei afirma que a questão do diagnóstico e tratamento são atribuições exclusivas do médico.

É importante lembrar que cada profissional tem sua área de competência dentro da equipe multiprofissional, e a atuação conjunta é importante para o atendimento de qualidade, seja no serviço público ou privado.

O processo de registro dos egressos dos cursos de Medicina é bastante rígido. Além de toda a documentação apresentada pelos médicos, ainda há a confirmação pela escola médica de que aquele médico se formou de fato. A falsificação de diplomas tem sido facilmente detectada. Os egressos que se formam no exterior passam pelo Revalida. Há ainda algumas escolas no Brasil que revalidam diplomas do exterior, mas em número pequeno e tem sido uma luta dos Conselhos para que todos passem pelo exame de revalidação. Além do diploma o médico deve registrar no CRM os certificados de Residência Médica reconhecida pelo MEC ou os títulos de especialista obtidos pela Sociedade de Especialidade filiada a AMB. Isso é importante

porque sem o registro, para o Conselho, o médico não é especialista.

A grande quantidade de escolas médicas que tem sido autorizadas pelo governo atual, sem garantia de bons laboratórios, professores capacitados e hospital escola, coloca em cheque a qualidade da formação dos médicos. O CREMESP vem realizando a prova de final de curso com participação maciça dos egressos nos últimos quatro anos e isso nos deu o diagnóstico de como anda a formação médica no estado, por escola. Nossa proposta é de que além de obrigatório este exame nos permita um dia, quando for mudada a lei, que apenas se registre quem atingir nota mínima. Esta é a única forma que temos para impedir que a sociedade não seja colocada em risco pela má formação médica.

A nós caracteriza exercício ilegal da Medicina a prática de atos médicos por profissionais não médicos. Não médicos entendemos todos aqueles não possuem registro no CRM; que se passam por médicos e que não raro temos notícia, médicos com CRM inativo por interdição cautelar, ou ainda outros profissionais da saúde que realizam atos médicos sem treinamento para tal. Não são poucas as imagens que nos são encaminhadas todos os dias pelas redes sociais. Junto com elas as complicações que certamente outros profissionais não vão conseguir tratar. Já começaram as ações judiciais por indenização contra os profissionais incautos que se aventuram a praticar atos médicos sem a capacitação necessária que apenas os médicos em seis anos

de graduação e mais a residência médica tem.

O que tem chegado ao CREMESP tem sido encaminhado ao ministério público (MP) como denúncia por exercício ilegal da Medicina, e também tem sido ajuizadas ações civis públicas diretamente no judiciário. É importante que sejam encaminhados ao CREMESP os casos concretos de procedimentos com complicações para que possamos continuar incessantemente realizando estas denúncias.

Há grande incoerência na legislação vinda do executivo. Ao mesmo tempo em que amplia a residência em anos, tornando a capacitação e especialização cada vez mais longa, exigente e cara, libera para pessoas não capacitadas a realização de procedimentos médicos colocando em risco a sociedade: há pessoas realizando procedimentos estéticos após longas 32 horas de capacitação. A graduação médica tem no mínimo legal 7200 horas, a residência médica tem ao redor 3200 horas, para 3 anos, antes da implementação da ampliação da residência médica. No total o médico especialista tem no mínimo 10400 horas de curso teórico e prático. A falta de capacitação destes profissionais, ainda que não tenhamos a lei como gostaríamos, regulará o mercado.

Nós médicos temos tido derrotas, sobretudo com a “afrota do programa Mais Médicos” como acabei de ouvir do presidente da OAB – SP na plenária do CREMESP. Derrotas desagregam. Temos observado isso claramente, sobretudo nas redes sociais. Não podemos nos desagregar sob pena de sofrermos cada vez mais afrontas. Somos profissionais formadores de opinião, e por isso devemos orientar incansavelmente pacientes, amigos, parentes e todos aqueles com temos contato que ato médico deve ser realizado por médico. Temos que continuar nos mobilizando e nos unindo contra tudo aquilo que atenta contra a dignidade médica e coloca a sociedade em risco.



Dra. Sílvia Helena Rondina Mateus
Pneumologista
Conselheira do Cremesp
CRMSP 61360

Foto Arquivo Pessoal

Doenças reumáticas sistêmicas



As doenças reumáticas também são abordadas pelo especialista em Clínica Médica (Clínico Geral), num grande número de diferentes doenças.

Essas doenças podem atingir os ossos, cartilagem, articulações, tendões, ligamentos, fâscias etc., ou os músculos e tecidos conjuntivos. Entretanto, paradoxalmente, nas doenças reumáticas o paciente pode não apresentar queixas articulares, ósseas etc., mais sim, os sintomas e sinais podem vir de órgãos como rins, coração, pulmões, pele e etc.

A importância de atuação dos Clínicos é consagrada, pois, os Reumatologistas, médico especialista para identificar, diagnosticar e tratar essas doenças, tem formação obrigatória em Clínica Médica. Portanto, os clínicos, de forma geral, devem ser preferencialmente procurados em primeira instância.

A queixa principal, “artrite”, significa apenas que a pessoa tem inflamação na articulação, que pode vir associada a dor, edema (inchaço), calor e eventualmente vermelhidão na junta.

Muitas dessas doenças são de evolução crônica e o tratamento será prolongado, com desenvolvimento e prognóstico muito variável.

Importante: A doença reumática não é “doença de velho”, pois, acomete todas as idades, e pode afetar crianças recém-nascidas!

O diagnóstico precoce, com início rápido do tratamento, é muito importante, já que pode prevenir complicações incapacitantes. Assim, a boa relação entre o Clínico Geral e o Reumatologista é essencial.

O Professor Goldenberg indica que as principais doenças reumáticas com comprometimento sistêmico, podem ser agrupadas como **“Doenças difusas do tecido conjuntivo”**, pois são doenças crônicas, que causam acometimento do estado geral e de vários órgãos, pois, acometem o sistema imunológico – sistema de defesa do corpo, gerando o processo inflamatório, com ativação de algumas células que levam a produção de auto-anticorpos. Entre elas temos o Lúpus Eritematoso Sistêmico; a Artrite Reumatóide; a Esclerodermia Sistêmica; as Miopatias Inflamatórias; a Síndrome de Sjögren; a Doença Mista do Tecido Conjuntivo; a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide.

Também algumas **“Vasculites Sistêmicas”** cujo processo inflamatório compromete a parede dos vasos sanguíneos, arteriais e venozos, temos a Arterite de Takayassu; a Granulomatose de Wegener; a Arterite Temporal; e a Doença de Behçet.

Outro grupo é o das **“Espondiloartropatias”**, condição que se manifesta quando ocorre o comprometimento inflamatório preferencial da coluna vertebral e articulações sacroilíacas, mas também em alguns casos pode, concomitantemente, envolver as articulações periféricas e de outros sistemas. Nesse grupo temos a Espondilite Anquilosante, a Espondiloartropatia da Psoríase, a Espondi-

loartropatia das Doenças Inflamatórias Intestinais e as Espondiloartropatias Reativas

Ainda, seguindo a classificação do Professor Goldenberg, também devemos destacar as “Doenças Osteometabólicas”, que são as que acometem o metabolismo ósseo. Nesse grupo temos a Osteoporose, a Osteomalácia, a Doença de Paget e a Hiperparatireoidismo M.

Temos também os **processos degenerativos**, que afetam as cartilagens das articulações promovendo degeneração estrutural, classicamente são destacadas pela Osteoartrite primária e as Osteoartrite secundária (após infecções, fraturas, doenças por cristais, etc.). Nas “**Artropatias Microcristalinas**”, que comprometem as articulações e partes moles, tendo como causa depósitos de microcristais, sendo de destaque as “crises de gota”, mas o grupo, de modo geral, também inclui, além da Gôta, a Condrocálcinose, a Artrite por hidroxapatita e a Artrite por outros microcristais.

Também devemos citar as “**Artropatias Infeciosas e Reativas**” (Artrites infecciosas, Osteomielite, Artrite Reativa, Febre Reumática, Doença de Lyme) e o “**Reumatismo Extra-articular**”, que acometem estruturas nas vizinhanças de uma articulação ou coluna vertebral que incluem as Tendinites, Bursites, Esporão de calcâneo, Fasceíte Plantar, Epicondilite lateral e medial, Fibromialgia e Dor miofascial.

Por fim, ainda temos as “**Artrites intermitentes**” (Febre Familiar do Mediterrâneo, Reumatismo Palindrômico, Hidrartrose intermitente) e as “**Artropatias secundárias a outras doenças não reumáticas**”, decorrentes de Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Tumores malignos, Doenças hematológicas).

Muitas dessas condições, são diagnosticadas pela evolução da história relatada pelo paciente, dependentes dos achados no exame clínico realizado pelo médico, porém, muitas vezes os **Exames Subsidiários** são ferramentas de grande importância, tanto para incluir como para excluir certos diagnósticos. Entre eles temos os laboratoriais, por exemplo, o Hemograma; as Provas de atividade inflamatória; o Fator reumatóide (FR); o Antipeptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP); o Fator

antinuclear (FAN); a Análise do Líquido sinovial; etc. Também podem ser necessários os **Exames de Imagem**, com destaque para os de Radiografia (RX); Ultrassonografia (US); Eletroencefalografia (ENMG); Tomografia (TC); Ressonância nuclear magnética (RM).

Para o tratamento dessas condições, comumente, podem ser utilizados os Anti-inflamatórios não esteroidais, os Corticoesteróides, as Drogas modificadoras do curso da doença (DMARDs), os Biológicos [Anti-TNFs - medicações bloqueadoras do fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa); Anti-CD20: anticorpo contra linfócitos B (CD20; Bloqueadores da ativação do Linfócito T] e até as Cirurgias.

Também são de importância as **MÉDICAS NÃO MEDICAMENTOSAS** que, geralmente, devem ser realizadas concomitantemente aos tratamentos tradicionais, mas, algumas devem ser realizadas somente no momento apropriado. Professor Goldenberg assim indica:

- a **terapia física e ocupacional** é importante devido a: proteção da articulação e de sua função; exercícios para amplitude de movimento e fortalecimento muscular que são fundamentais para manter e melhorar a mobilidade articular bem como minimizar o estresse sobre as articulações;

- **exercícios aeróbicos**, como caminhadas, ajudam diminuir a fadiga, melhoram o condicionamento cardiovascular e geram uma sensação de bem estar. Esses exercícios podem ser difíceis de serem realizados em pacientes com acometimento de quadris, joelhos ou pés; esses últimos devem ser orientados para sua realização de exercícios em piscina aquecida (hidroterapia);

- **colocação de órteses** em articulações inflamadas ou com desvios ainda corrigíveis. Ocasionalmente uma redução da dor e inflamação e uma melhora do alinhamento dos componentes articulares;

- **perda de peso** é importante para reduzir a carga exercida sobre as articulações inflamadas;

- **o repouso** deve ser orientado nos períodos de agudização dos sinais e dos sintomas da doença;

- **mudanças de hábitos de vida**, como

suspensão total do tabagismo, alimentação balanceada e pobre em sal e gorduras (para auxiliar a diminuir o risco de doenças cardiovasculares), e técnicas de relaxamento, que auxiliam em uma maior adaptação do paciente à doença e ao tratamento;

- **apoio psicológico** quando necessário.

De grande importância, são os ditos “**Fatores de Mau Prognóstico**” que podem envolver os “Fatores genéticos”; “Fatores ambientais”; “Atividade da doença”; Grau de Incapacidade”; “Fatores imunológicos ou laboratoriais”; “Fatores radiológicos”; “Comprometimentos de outros órgãos como rins, coração etc.”, ou seja, a atuação dos Clínicos, são de grande significância na abordagem dos pacientes com suspeita ou doenças reumáticas em suas fases iniciais.

Fonte: Dr. José Goldenberg, CRM 13696
– Dra. Evelin Goldemberg, CRM 69640.

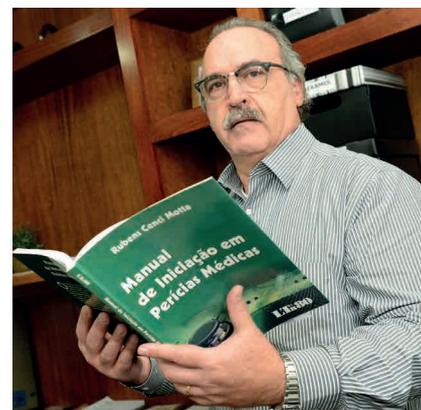


Foto Arquivo Pessoal

Dr. Rubens Cenci Motta
Especialista em Clínica Médica
Especialista em Hemoterapia
Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas
Especialista em Medicina do Tráfego
Medicina de Urgência
CRM 58539

Alimentos que podem auxiliar no tratamento de reumatismo

As Doenças Reumáticas são classificadas como uma série de enfermidades que atingem articulações, músculos e esqueleto e em geral, caracterizando-se por inflamação, dores e restrições dos movimentos. Abrange um grande número de doenças, entre as quais, citam-se: fibromialgia, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, osteoartrites e gota.



Podem atingir indivíduos de todas as faixas etárias e raças, porém, é mais comum em mulheres entre 30 a 40 anos. As queixas mais comuns são: inflamação, edema e dores no corpo, músculos, tendões e articulações. Por se tratar de doenças distintas, podem derivar de patologias autoimunes, metabólicas, degenerativas, inflamatórias, até as doenças associadas que afetam outros órgãos.

Sabe-se que os hábitos alimentares e o estado nutricional do indivíduo, podem influenciar a intensidade, o agravamento dos sintomas e nos processos alimentares dos pacientes. Assim, serão aqui abordados alguns aspectos nutricionais, visando reduzir os sintomas e como consequência, melhorar a qualidade de vida do portador de doenças reumáticas. Eis algumas orientações:

- reduzir ou manter peso adequado a fim de não sobrecarregar as articulações;
- reduzir o consumo de gorduras tanto saturadas como trans, além de açúcar e farinha refinadas, haja vista que estes levam à condição ou piora do estado inflamatório;
- reduzir do consumo do sódio, muito presente em: sal, temperos e condimentos artificiais, embutidos, alimentos em conserva, preparações industrializadas e snacks. Contribuindo para evitar e/ou reduzir o edema, ocasionado pelo uso de corticóides;
- aumentar a ingestão de alimentos ricos em Cálcio. Tal recomendação se dá pelo uso

de certos medicamentos que reduzem a absorção de Cálcio pelo organismo, gerando fragilidade óssea;

- aumentar o consumo de alimentos com ações imunomodulatória e antioxidante, como: vitaminas A/C (frutas cítricas e hortaliças vermelhas, alaranjadas e verde escuras), Zinco/Selênio (grãos integrais, carnes*, lácteos* e castanhas em geral), vitamina E (óleos de girassol, de amendoim e de soja, ovos, abacate, folhosos verde escuros, nozes, sementes e gérmen de trigo);

- aumento no consumo de ômega 3 e 9 (sardinha, atum, salmão, arenque, azeite extra virgem, abacate, aveia, linhaça, castanha do Brasil, nozes e avelãs). Estes têm importante ação anti-inflamatória;

- incluir alimentos integrais, reduzindo o consumo de massas e pães brancos, batatas e arroz branco;

- dar atenção especial à variedade de frutas e hortaliças frescas.

Associado aos cuidados dietoterápicos tem-se o apoio da prática de exercícios físicos leves a moderados, por meio de programas de exercício regulares, buscando uma melhor condição aeróbica, aumento e manutenção da força muscular, da resistência e da flexibilidade, corporal, de forma auxiliar nas tarefas do cotidiano, como caminhar, se abaixar e nos afazeres domésticos. Sendo as doenças reumáticas, caracterizadas por serem

incapacitantes e um dos primeiros motivos de afastamento do indivíduo da sua vida laboral, torna-se necessário o diagnóstico precoce e tratamento multidisciplinar, sendo que o cuidado nutricional é uma das ferramentas necessárias à melhora e manutenção das condições físicas e emocionais do portador de doenças reumáticas.



Pedrita Morato Scarazatti Soave
Nutricionista Clínica
CRN - 3 12370

Foto Arquivo Pessoal

Artrite reumatoide

A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica das articulações das extremidades: interfalângianas proximais das mãos, metacarpofalângianas, punhos, cotovelos, ombros, coxofemorais, joelhos, tornozelos, metatarsofalângianas e articulações dos dedos dos pés. O comprometimento articular é quase sempre bilateral e frequentemente simétrico. As articulações interfalângianas distais não são acometidas na doença, e seu comprometimento obriga a pensar em outros diagnósticos como osteoartrite erosiva e artropatia psoriásica.

Embora não seja conhecida uma causa exata, sabemos que a patogenia é autoimune. Como costume dizer para meus pacientes, quem tem, tem porque nasceu para ter. O início dos sintomas ocorre geralmente na idade “produtiva” da vida, entre os 25 e 45 anos. A predisposição genética (presença de casos em familiares consanguíneos) é fator importante, porém não determinante. O aparecimento dos primeiros sintomas geralmente segue-se a algum tipo de trauma, físico (infecções, acidentes com politraumatismo) ou emocional. Como fatores agravantes, podemos citar atividades que causam trauma repetitivo nas articulações (profissionais ou desportivas), tabagismo, depressão, rancores, mágoas não resolvidas. Pessoas com personalidade depressiva costumam responder mal aos tratamentos.

A AR tende a entrar num estado de quiescência parcial ou até mesmo total durante a gestação, o que leva a supor que há também fatores hormonais que afetam a sua evolução. A doença é mais frequente no sexo feminino, numa proporção de 3:1. No Brasil, cerca de 2 milhões de habitantes sofrem da doença. Estima-se que no mundo são 24 milhões. Se levarmos em conta que seguramente há muitos casos não diagnosticados, podemos dizer que na verdade o número é bem maior. Considerando que sua incidência é grande na idade produtiva, podemos compreender o grande impacto socioeconômico da doença.

A artrite reumatoide é causa de um número significativo de afastamentos do trabalho com auxílio doença, e também de aposentadorias precoces por invalidez. Há também muitos casos de readaptação funcional, com mudança de função na empresa, o que nem sempre é bom para a empresa e às vezes nem para o trabalhador, que acaba sendo discriminado pelos seus colegas de trabalho.

A perda da capacidade funcional chega a atingir 60% depois de quinze anos de evolução da doença.

Quadro clínico

Clinicamente, a doença se caracteriza por

dor e inflamação nas articulações periféricas. A rigidez pós-reposo (rigidez matinal) das articulações das mãos, está presente em praticamente todos os casos. Diferente da rigidez pós-reposo da artrose, que é fugaz, a rigidez matinal da AR é duradoura, de uma hora e meia a duas horas até a recuperação da mobilidade articular habitual.

Nas formas leves, a dor pode ser de pequena ou média intensidade, com poucas manifestações inflamatórias objetivas e comprometendo poucas articulações. Nas formas moderadas, já são visíveis os edemas e deformidades nos dedos das mãos e punhos, com dor intensa à palpação e compressão das articulações inflamadas. O doente tem dificuldade para atividades da vida diária como abrir potes e garrafas, girar chaves em fechaduras, etc. Nas formas graves, a incapacidade pode ser muito grande, gerando dependência de outras pessoas para a locomoção, higiene pessoal e alimentação.

A inflamação reumatoide ocorre primariamente na membrana sinovial das articulações, mas na evolução leva a erosões cartilaginosas e ósseas que acabam causando deformidades muitas vezes acentuadas, com grande comprometimento funcional, o que leva também a atrofia muscular por desuso.

Além disto, existem casos com comprometimento de outros órgãos: anemia, vasculites, episclerite, pneumonite intersticial, nódulos reumatoides subcutâneos periarticulares, mononeurites que ocorrem principalmente por vasculite dos vasa nervorum, pericardite e miosite.

Diagnóstico

O diagnóstico da AR é clínico, sendo que a presença ou ausência do fator reumatoide não é determinante. Deve-se supor o diagnóstico na presença de inflamação de uma ou mais articulações, sem outra causa detectada, com duração superior a seis semanas. O comprometimento da coluna vertebral não é característico da AR e deve fazer suspeitar de espondilite anquilosante ou espondiloartrite psoriásica. O comprometimento das IFD também não ocorre, com já citamos acima. O comprometimento bilateral e simétrico de articulações proximais das mãos, com edema inflamatório articular e rigidez matinal duradoura, praticamente fecham o diagnóstico, principalmente se associado à inflamação de outras articulações e positividade do fator reumatoide. Outras alterações laboratoriais são aumento significativo da velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa (PCR). A hipergamaglobulinemia e aumento de alfa-2 globulinas são comuns. Alterações radiológicas precoces são desmi-

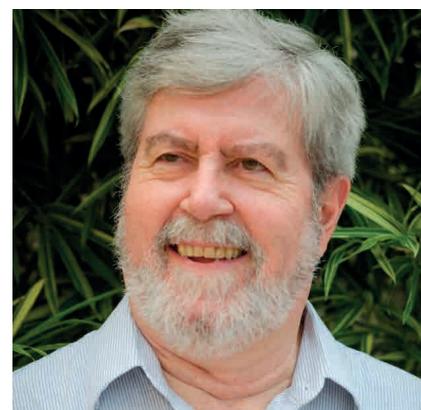
neralização periarticular nas mãos e outras articulações. Em estágios mais avançados há alterações degenerativas e destrutivas das superfícies articulares, e desvios articulares, também vistos no exame direto.

Tratamento

No tratamento da AR são usadas as drogas que modificam a evolução da doença (DMARDs – disease modifying anti rheumatic drugs) para evitar ou retardar sua progressão, e medicamentos para controlar a inflamação e a dor (analgésicos, anti-inflamatórios e corticoides). Os primeiros são de uso contínuo, e os últimos devem ser usados nos episódios de inflamação e dor. Procedimentos complementares muito úteis são a fisioterapia e a acupuntura, que tendem a reduzir significativamente a necessidade de anti-inflamatórios e corticoides.

Os DMARDs mais usados são atualmente o metotrexato e a hidroxicloroquina. Outros citostáticos como a azatioprina também são recursos úteis nos casos mais graves. Os imunobiológicos (Infliximabe, adalimumabe, etanercepte, abatacepte e outras) têm sido muito eficazes, porém têm a inconveniência do elevado custo, só sendo acessíveis à população através do sistema de fornecimento de medicamentos de alto custo. Deve ser muito criterioso para prescrever estes medicamentos, reservando-os para os casos graves da doença onde os demais recursos foram inócuos ou pouco eficazes.

Como tudo em medicina, o diagnóstico precoce faz toda a diferença.



Dr. Claudio Lysias Costa Vieira
Reumatologia e Acupuntura
CRM-SP 21984

Foto Arquivo Pessoal

Psicologia auxiliando no tratamento de doenças reumáticas

Não sou médica, nem especialista em doenças reumáticas, porém, se uma simples “batida no dedinho do pé no canto da cama” já dói, imaginem quem sofre de uma dor crônica como as chamadas doenças reumáticas.

Esta dor além de ser física, acarretam consequências emocionais levando a um quadro pior da doença, espalhando-se muitas vezes para os demais órgãos do corpo.

Antes de mais nada, para que possamos entender um pouco do que sentem essas pessoas, acredito ser interessante analisarmos quais são as chamadas doenças reumáticas.

Segundo estudos, existem mais de 120 tipos que se caracterizam como tal, e no Brasil, as mais comuns são a osteoartrite (ou artrose), a fibromialgia e a artrite reumatóide. Outros males são também gota, bursite, tendinite, lombalgia, cervicalgia.

Assim, é de extrema importância que em um primeiro momento, a pessoa que sente a dor procure um reumatologista, médico especializado e capacitado para identificar, diagnosticar e tratar essas doenças, pois, entre os principais especialistas que tratam do aparelho locomotor, ele tem formação obrigatória em Clínica Médica e Geral.

Após ser identificado e diagnosticado pelo médico, uma equipe multidisciplinar deve participar do tratamento, tais como o fisioterapeuta que trabalhará as questões relacionadas aos aspectos físicos da doença e, entre outros profissionais, o psicólogo, que ajudará quanto as emoções e sentimentos gerados com relação aos sintomas da doença.

A Psicologia auxiliando no tratamento de doenças reumáticas tratará a dor como um gatilho que acusará o que está acontecendo com o paciente ou quais os sentimentos reprimidos que outrora não puderam se manifestar. Por ser uma sensação e embora todos consigam e possam sentir, para cada um, uma dor é diferente da outra, isto quer dizer que cada paciente deve ser olhado individualmente e respeitado no seu limiar de sensações.

Uma pesquisa realizada em animais, pelo psicólogo Robert Ader, junto com o imunologista, Nicholas Cohen, trouxeram a criação da psiconeuroimunologia (PNI) uma ciência que se dedica ao estudo do impacto de aspectos emocionais sobre a imunidade do indivíduo.

Com esta nova ciência, profissionais conseguiram entender como os eventos, como as perdas que são causadores de elevado estresse, associados a estados psicológicos (ansiedade, mudanças de humor, baixa autoestima, entre outros) repercutem na resposta do sistema imunológico e à susceptibilidade à doen-

ça. Ou seja, o ciclo emocional, que consiste em sentir, digerir e colocar o sentimento para fora, quando interrompido em alguma fase, ativará alguma parte do sistema imunológico, causando em algum momento uma consequência física.

Assim, sem generalizar, mas na sua maioria, pessoas com perfis mais introvertido, pessimista, com poucos contatos interpessoais e estratégias de enfrentamento mais repressivas, evitantes e/ou de negação, tendem a sofrer maiores consequências.

É comum, e de alguma forma esperado, que o advento de uma doença crônica e potencialmente deformante cause angústia, ansiedade e até depressão, produzindo distorções da autoimagem como a vitimização e a autopiedade. O paciente pode por sua vez, maximizar a sua dor por conveniência, fazendo-se de vítima, ou revoltar-se por não sentir o seu sofrimento respeitado.

Sob esta perspectiva, a psicoterapia oferece suporte necessário ao sujeito para re-significar a vivência de eventos estressores, a fim de aumentar os seus recursos de enfrentamento e possibilitar um efeito positivo e favorável nos campos psíquico e físico, ajudando-o a elaborar as perdas, reorganizar sua vida e readaptar as perspectivas, como também, inibir posturas passivas diante da doença e do processo de cura e diminuir a percepção da dor. A partir daí, o bem-estar psicológico funciona como uma proteção a um marcador biológico.

Perante o exposto, a contribuição do psicólogo deverá estar pautada numa abordagem que inclua os seguintes pressupostos em suas sessões:

- Técnicas de relaxamento, com o objetivo de aliviar as tensões musculares, tranquilizar a mente, exercitar a respiração abdominal com o intuito de revitalizar todo o organismo e controlar o stress. Deverão ser sugeridas uma variedade de técnicas para que o paciente escolha aquela com a qual consiga atingir o objetivo - reduzir tensões - e instruir o sujeito de maneira a que se torne prática habitual nas suas atividades diárias.

- Técnicas de sensibilização, ou seja, técnicas aplicadas como forma de despertar o paciente para o uso dos seus próprios recursos no combate à dor, tornando menos passiva e mais ativa nas ações. Desenvolver a sua percepção com o objetivo de que possa relacionar os acontecimentos da sua vida emocional com o seu corpo.

- Técnicas de visualização, as quais ajudam o paciente a aumentar as suas resistências físicas e psíquicas; preparam-no para que

ele possa olhar os momentos difíceis através de outra óptica, deixando-o mais relaxado e confiante, o que resultará no reforço das suas defesas imunológicas. A imaginação, como a emoção, é responsável por libertar na corrente sanguínea, hormonais relaxantes ou estimulantes. Estes fazem com que os níveis de linfócitos T ou de imunoglobulina sanguínea aumentem, reforçando assim as defesas do organismo, ou seja, do Sistema Imunológico.

- Orientação familiar, pois o psicólogo pode auxiliar e informar no esclarecimento desta síndrome e sobre as limitações que este impõe, junto a familiares e pessoas significativas. Assim como a família pode não reconhecer o desconforto do paciente, pode também supervalorizá-lo.

Portanto a Psicologia ao ser uma ciência parceira no tratamento das doenças reumáticas, ao levar o paciente a identificar sentimentos, visualizar a sua dor e criar formas mentais de lidar com a mesma e combater-la, é tão eficiente quanto os processos da medicina convencional, ou seja, a medicação.



Rafaela Angeli Camuzzi
Psicóloga e Pedagoga
Master e Practitioner em Programação Neurolinguística
CRP: 06/80255

Foto Arquivo Pessoal

Exercícios físicos podem ajudar os pacientes com reumatismo?

Como sabemos, a prática de exercícios físicos regulares é muito importante para a prevenção e manutenção da saúde, mas a realização de exercícios por pessoas portadoras de algumas patologias geram dúvidas e medo, principalmente em doenças como o reumatismo, onde a principal queixa é a dor.



O reumatismo é um nome popular que caracteriza um grupo de doenças bastante extenso, que acometem articulações, músculos, ligamentos e tendões, e não possuem origem traumática. Pode manifestar-se em pessoas de qualquer faixa etária, independente do sexo.

De forma geral, os principais sintomas dessas doenças são dores, inchaço, calor local, hiperemia local, fraqueza muscular, rigidez e limitação dos movimentos.

As dores aparecem em maior intensidade na fase aguda da doença, nesse período é acompanhada de inchaço, calor local e hiperemia local (vermelhidão). Nessa fase, devemos ter bastante cautela com a realização de exercícios para que não ocorra piora do quadro, devendo ser realizado exercícios de baixa intensidade e progressivos, como alongamentos e relaxamentos, sempre acompanhados do tratamento medicamentoso e fisioterapia convencional para aliviar os sintomas.

Na fase crônica da doença, os exercícios devem ser intensificados, realizando, além dos citados acima, aeróbicos e de força muscular. Com relação aos aeróbicos, devemos

tomar cuidado com exercícios de impacto, realizando as atividades de baixo impacto. Já para o fortalecimento muscular, os exercícios devem ser executados com equipamentos, amplitudes, cargas e volumes adequados.

Os exercícios são de extrema importância para o alívio da dor, melhoria da mobilidade, fortalecimento, estabilidade músculo esquelética e articular, além disso, a prática de atividade física aumenta a sensação de bem estar, melhorando a depressão e ansiedade. Vale ressaltar também, a redução de peso.

Existem diferentes modalidades de exercícios que oferecem esses benefícios, como hidroterapia, pilates, musculação, entre outros. A escolha deve ser feita com base na orientação do profissional responsável e condições do paciente, visando seu bem estar.

Dessa forma, concluímos que a atividade física, independente da modalidade escolhida, se realizada com um profissional capacitado, acompanhando e orientando, somente irá trazer benefícios para o portador de reumatismo, melhorando sua qualidade de vida.



Foto Arquivo Pessoal

Fernanda Corrêa Grando Oliveira
Graduada pela Universidade Metodista de Piracicaba - Unimep
Pós-graduada em Fisiologia do exercício e treinamento resistido, pelo CecaFi- Centro de estudos em ciências da atividade física/ USP
Formação no método pilates - metacorpus
Crefito 3/88270-F

Fisioterapia na Artrose



O que é a Artrose?

Artrose é um processo de degeneração da cartilagem, isto é, um desgaste da cartilagem, o que provoca um aumento da fricção entre os ossos, levando a uma inflamação local e dor nas articulações: joelho, quadril, punho e coluna vertebral.

Como é sua fase inicial?

Na fase inicial da artrose a cartilagem torna-se mais áspera, aumentando o atrito durante a movimentação da articulação. Já na fase mais avançada a cartilagem é completamente destruída, fazendo com que o atrito entre os ossos cause maior desgaste.

Quais os sintomas?

Os sintomas mais comuns da artrose é a dor nas articulações afetadas, inchaço, crepitações aos movimentos e rigidez articular quando o indivíduo fica longos períodos sentado.

O que essa enfermidade acomete?

A artrose da coluna vertebral causa dor no pescoço, nas regiões dorsal e lombar. Os osteofitos (bicos de papagaios) que se formam, podem irritar os nervos espinhais causando dor, dormência e formigamento em membros superiores e membros inferiores dependendo da sua localização. Se não houver cuidado, a artrose piorará progressivamente com o pas-

sar dos anos, portanto, é muito importante a combinação do diagnóstico multidisciplinar, que auxilia no tratamento da artrose, como fisioterapia, terapia medicamentosa, controle do peso e até, em alguns casos, cirurgia.

Como funciona o tratamento fisioterapêutico?

O tratamento fisioterapêutico é a parte fundamental do tratamento e já é indicado logo no início que se descobre a artrose. Qualquer paciente pode submeter ao tratamento fisioterapêutico desde que seja feita a anamnese completa do mesmo, pois atua na diminuição da dor, do inchaço, na prevenção da perda do trofismo, na redução da amplitude de movimento e no aumento da flexibilidade, melhorando também o estado geral do paciente. Podendo ser realizada todos os dias, com descanso nos fins de semana ou três vezes por semana. Os recursos utilizados variam de acordo com a queixa apresentada pelo paciente.

Quais os cuidados pós-tratamento?

Com a melhora dos sintomas pode combinar ao tratamento a prática de exercícios como a hidroginástica, pilates e até a musculação, que ajudam a prevenir a perda ou a limitação do movimento articular, a atrofia, a fraqueza muscular e a instabilidade das articulações. Caso o tratamento não traga os be-

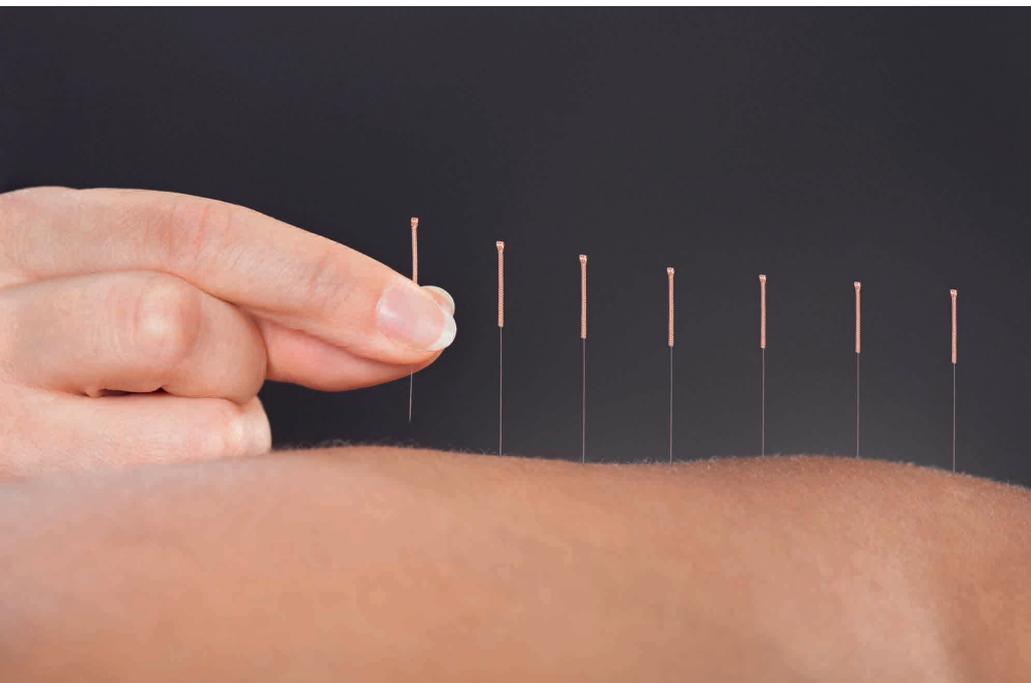
nefícios esperados, recomenda-se a cirurgia. Lembrar sempre que músculos mais fortes ajudam a proteger as articulações. Portanto o tratamento multidisciplinar é indispensável a esses pacientes com artrose, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida.



Antonieta de Fátima Ferrari de Goes
Fisioterapeuta Especialista em
Fisioterapia aplicada em Ortopedia
e traumatologia
Crefito 3/2635-F

Foto Arquivo Pessoal

Raquialgias visão da acupuntura



Raquialgias são dores localizadas na coluna vertebral, que podem ser agudas ou crônicas, e distribuídas ao longo da coluna. Assim chamamos de dores cervicais, dorsais ou lombares, dependendo da localização. Consistem em uma das queixas mais frequentes nos consultórios médicos e serviços ambulatoriais, só perdendo para as cefaleias. Estatísticas mostram que quase 100 % da população, um dia terá algum tipo de dor na coluna, solicitando avaliação e tratamento médico. Para um diagnóstico mais preciso das raquialgias são necessários exames complementares como laboratoriais e exames de imagens o que seguramente aumentam os custos médicos. A patologia é fator importante de absenteísmo prolongado e de incapacidade permanente, também gerando altos custos para os serviços de previdência social.

Achamos muito importante ter um diagnóstico que se inicia na história clínica do paciente e da dor, exames complementares e também a avaliação do especialista em coluna, pois este pode evitar o excesso de medicamentos e exames muitas vezes não conclusivos. Uma vez tendo um diagnóstico mais preciso da causa da dor, estabelece-se um tratamento – Na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a região da coluna abriga uma rede de meridianos que percorre paralelamente a coluna vertebral com pontos localizados em todo o trajeto que podemos agulhar e liberar endorfinas e aliviar as dores. Através de finas agulhas inseridas na musculatura promove-se liberação de substâncias químicas, entre elas a endorfina, que ajuda a regular o sistema de dor local e cerebral, com isso diminuindo o

uso de analgésicos mais fortes que normalmente tem muitos efeitos colaterais. Na visão da medicina chinesa, os meridianos que passam ao longo da coluna vértebra, Tay Yang (bexiga) e Du Mai (vaso governador), relacionam-se com o sistema nervoso autônomo, em especial o simpático, disso resulta que através dos pontos destes meridianos, conseguimos ajudar a regular as funções orgânicas de órgãos e vísceras.

No estudo das causas de dores na coluna, além das causas mecânicas, temos as infecciosas, imunológicas, neoplásicas e tensionais. Nas causas mecânicas, participam ainda a qualidade de vida das pessoas, como sedentarismo, obesidade e o estresse como grande vilão na gênese de dores musculares em geral. O tratamento através de agulhas vai reequilibrar os mecanismos de algias, dominados pelo excesso de adrenalina que o stress promove. Nos mecanismos tensionais sabemos que existe uma baixa dos chamados neurohormônios, tipo serotonina e endorfinas e que os órgãos internos participam na gênese. Através dos pontos localizados ao longo da coluna podemos interferir no bom funcionamento dos órgãos internos que por sua vez vão melhorar a capacidade de recuperação do paciente em virtude de sentir menos dor. Existem varias técnicas que podemos usar nas raquialgias: agulhas diretas na região da dor, com o paciente deitado de costas para cima. Podemos também usar a eletro estimulação em pontos definidos ao longo da musculatura para vertebral. Em alguns casos podemos agulhar também a distância, ou seja, pontos longe da coluna, com o paciente deitado de

posição barriga para cima. Lembramos que nesse caso a liberação de endorfina é a distância, e tem ótimos resultados para as dores lombares agudas ou quando o paciente não consegue ficar deitado com as costas para cima em virtude da dor.

Outra técnica usada é o uso de ventosas, pequenas esferas de vidro, onde introduzimos vácuo e a sucção da pele e musculatura ajuda a melhorar os espasmos. Também podemos usar moxabustão, pequeno artefato de uma planta chamada Artemisia, onde se queima e provoca calor em cima de pontos específicos. Essas técnicas, ventosas e moxabustão são mais usadas na China, berço da medicina tradicional chinesa. O acupunturista baseado na história clínica e diagnóstico tanto alopático quanto de acordo com a medicina tradicional chinesa saberá escolher qual a melhor técnica de tratamento, estabelecendo localização das agulhas, quantidade, estimulação ou não – e sequência de sessões. Outro dado importante é o efeito importante na recuperação do paciente, apressando sua volta ao trabalho e atividades cotidianas. Salientamos que o processo algico crônico promove um desgaste muito grande, tanto físico, pela inatividade, quanto emocional pelas noites mal dormidas e uso concomitante de medicamentos, com efeitos adversos. Finalmente lembramos que a acupuntura pode ser associada a outras terapias de coluna como fisioterapia, osteopatia e quiropraxia, e que devem ser realizadas por profissional competente para isso.



Dr. Fernando Cesar Serafim
Médico formado pela USP São Paulo
Residência médica – pediatria – HC
– FMUSP
Homeopatia pela APH – SP
Acupuntura – HC FMUSP
CRM 51791

Foto Arquivo Pessoal

Síndrome fibromiálgica: do diagnóstico à reabilitação



A fibromialgia, ou mais conhecida como Síndrome Fibromiálgica no meio médico, é um conjunto de sintomas físicos, psíquicos, cognitivos e funcionais associados à dor crônica. No Brasil, acomete de 2,5% a 4,4% dos indivíduos, atingindo predominantemente as mulheres nas faixas etárias de 35 aos 55 anos.

Inicialmente, precisamos entender as alterações cerebrais e físicas que ocorrem em um indivíduo com dor crônica, ou seja, dor com duração maior ou igual a três meses para poder realizar os diagnósticos funcionais na Síndrome Fibromiálgica.

Na dor crônica, pesquisas atuais de neuroimagem cerebral funcional concluem que o córtex motor está desinibido, ou seja, há hiperativação cortical por diminuição da atividade de neurotransmissores inibitórios dessa região cerebral, resultando em neuroplasticidade mal adaptativa com consequentes alterações dos movimentos corporais e aumento do tônus muscular basal, justificando a mudança postural e a dificuldade em relaxamento dos indivíduos com dor crônica. Na prática, significa mudança da biomecânica normal e aumento da sobrecarga muscular, viabilizando piora dos sintomas álgicos de origem musculares, os quais são muito frequentes em indivíduos com dor.

Já no que diz respeito às alterações psíquicas, ainda pelos exames de neuroimagem funcional cerebral, na dor crônica há importante estimulação de regiões do cérebro envolvidas nas emoções e na auto-avaliação e menos das regiões associadas à nocicepção aguda, justificando os transtornos do humor frequentemente presentes nos indivíduos com dor crônica. A intensidade da ativação dessas regiões cerebrais diferencia um quadro grave de um não grave de dor, ou seja, a gravidade da dor em um indivíduo está diretamente relacionada com o sofrimento que a dor causa, e essa diferenciação é importante para a programação do tratamento.

Outra alteração importante nos exames de neuroimagem é a diminuição da atividade hipotalâmica, com atrofia dessa região, resultando em distúrbios neurovegetativos, ou seja: fadiga (importante sintoma do indivíduo com dor crônica), distúrbios do ciclo vigília-sono (predomínio de insônia), déficits de atenção, de memória e de concentração compatíveis com as alterações cognitivas encontradas no indivíduo com dor crônica. A diminuição da atividade hipotalâmica pode resultar também em distúrbios alimentares e aumentar a incidência de infecções, como por exemplo: cistites de repetição, gripes frequentes, sinusites de repetição, entre outras.

Portanto, podemos concluir que no paciente com dor crônica há uma desmodulação cerebral, a qual deve ser tratada.

Os sinais e sintomas apresentados anteriormente são frequentes nos indivíduos com dor crônica, no entanto, qual a diferença entre esses pacientes e os com a Síndrome Fibromiálgica? Resumidamente, podemos dizer que é a potencialização desses sintomas, os quais são mais graves nos indivíduos com a Síndrome.

Do ponto de vista etiológico, a causa dela ainda não está definida, tendo importante componente multifatorial para o seu aparecimento. Sabe-se que há predisposição genética, alterações no mecanismo da percepção da dor, alterações psicológicas e distúrbios neuroendócrinos que auxiliam no surgimento da Síndrome Fibromiálgica.

Em relação aos achados clínicos, o diagnóstico é complexo, sendo realizado o diagnóstico por exclusão. Para tanto, antes de fechar o diagnóstico, devemos excluir causas reumatológicas: como artrite reumatoide, doenças autoimunes, polimialgia reumática, dermatopolimiosite; causas endocrinológicas: como hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, diabetes mellitus mal controlado; causas neurológicas: como neuropatias periféricas (de diversas etiologias), quadros iniciais do Parkinsonismo; causas nefrológicas: principalmente os distúrbios hidroeletrólíticos; neoplasias e principalmente a Síndrome Dolorosa Muscular, sendo este o principal diagnóstico diferencial.

Neste momento, vale um adendo para explicar a importância da Síndrome Dolorosa Miofascial nos indivíduos com dor crônica. Ela é uma Síndrome de Dor Regional, causada por sobrecargas musculares resultando no surgimento dos pontos gatilhos, os quais podem causar dor local ou à distância. Há vários estudos que concluem que a sua prevalência chega à 95% nos indivíduos com dor. A presença de, por exemplo, cervicalgia e lombalgia no mesmo paciente, associado às alterações cognitivas, psíquicas e físicas não significa que o paciente tem o diagnóstico de Síndrome Fibromiálgica, pois esses sintomas, como já dito anteriormente, são frequentes nos indivíduos com dor crônica, e o diagnóstico, na maioria dos casos, é a Síndrome Dolorosa Miofascial dos músculos da cervical e da lombar, ou seja, dores regionais, associadas aos sintomas de fadiga, distúrbio do sono, alterações cognitivas, os quais, repito, são comuns nos indivíduos com dor.

O diagnóstico da Síndrome Fibromiálgica é eminentemente clínico, ou seja, não há exames laboratoriais e de imagem que ajudem na conclusão diagnóstica, e são comuns os sintomas: cefaleia, zumbidos, depressão e/ou ansiedade, alterações gastrointestinais como: dispepsia, refluxo gastroesofágico e Síndrome do Cólon Irritável, alterações do trato genito-urinário como: disúria (dor ao urinar), Síndrome da Bexiga Irritável, Dispareunia (dor na relação sexual), além dos sintomas já descritos anteriormente.

A dor na Síndrome Fibromiálgica deve ser difusa (acima e abaixo do quadril e em ambos os lados) e com duração maior do que três meses. Estão comumente presentes nesses indivíduos o sedentarismo e a intolerância ao exercício, assim como a fadiga excessiva, mesmo na execução de atividades diárias habituais. Essas são as características principais do quadro, embora muitas vezes o paciente apresente múltiplas outras queixas e sintomas que não podem ser facilmente explicáveis.

No que tange ao tratamento, ainda não há cura para a Síndrome Fibromiálgica, entre-

tanto, o tratamento de reabilitação é importante para a melhora e o controle dos sintomas. Para tanto, são importantes a abordagem médica: com a realização do diagnóstico, com a prescrição de medicamentos para modular a atividade cerebral, com o tratamento do distúrbio do sono, e com a programação e a prescrição de reabilitação; abordagem fisioterapêutica: para modulação do córtex motor, ajustes biomecânicos, tratamento adjuvante da fadiga crônica, recondicionamento muscular; abordagem psicológica: para modulação cerebral cognitiva, tratamento dos distúrbios do humor, tratamento do comportamento doloroso, determinação das expectativas para o futuro, estratégias de enfrentamento da Síndrome Fibromiálgica; abordagem nutricional: para adequar a ingestão de alimentos proteicos e de alimentos que diminuam o processo inflamatório, controle do peso.

Portanto, concluímos que o tratamento dos indivíduos com a Síndrome Fibromiálgica é sempre multidisciplinar e complexo, assim como o tratamento dos pacientes com dor crônica. O entendimento do diagnóstico da sua condição de saúde também é uma importante estratégia para o tratamento dessa síndrome.



Foto Arquivo Pessoal

Dr. Leonardo Sanches Muncicelli
CRM 139.687
Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
Pós-graduado em "Principles and Practice of Clinical Research" pela Harvard Medical School.
Especialização em Tratamento da Espasticidade (Toxina botulínica e fenol) pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
Área de atuação: Tratamento e Reabilitação da dor incapacitante. Reabilitação do paciente com incapacidades.
Tratamento da Espasticidade.

Doenças reumáticas na infância

A maioria das pessoas pensa que as doenças reumáticas são exclusividade da população adulta. De fato, muitas das condições ditas “reumáticas” são associadas a doenças degenerativas, como o desgaste de cartilagens, o enfraquecimento muscular e a perda de massa óssea. No entanto, existe um número grande de reumatismos que também pode afetar a população infantil. Essas doenças geram nas crianças sintomas semelhantes aos que afetam os adultos, como dor e rigidez nas articulações e, o que é pior, algumas doenças reumáticas podem gerar dano e limitação permanentes comprometendo o futuro do pequeno paciente.

Sabe-se que o paciente infantil responde de maneira diferente às drogas, está mais propenso a certas complicações e que precisa de apoio psicológico e cuidados de reabilitação especiais, necessitando de uma equipe familiarizada com essas particularidades e treinada para melhor atender essas demandas.

Várias doenças reumáticas são vistas na infância sendo as mais comuns a artrite crônica da infância, o lúpus eritematoso sistêmico, a dermatopolimiosite e as espondiloartropatias, que são doenças de caráter crônico, provocadas por distúrbios no sistema de defesa do organismo, ou sistema autoimune. Esses casos precisam de avaliação do especialista e tem potencial para deixar sequelas permanentes, mas se forem precocemente bem tratadas, possibilita-se à criança uma vida praticamente normal. Outros reumatismos desse tipo que também podem acometer a criança são as vasculites e, mais raramente, a esclerodermia.

A presença de bactérias

nas articulações pode levar a uma forma grave de reumatismo que é a artrite séptica. Infecções também estão relacionadas a uma outra forma de doença reumática, as artrites reativas, onde a apresentação clássica é um tipo de reumatismo muito conhecido e, até pouco tempo atrás, frequente em nosso meio: a febre reumática. O surgimento dos antibióticos e a melhoria nas condições gerais de vida da população mundial reduziram drasticamente o número de crianças afetadas por esse mal.

No tratamento da criança com doença reumática a abordagem também é multidisciplinar. Os tratamentos disponíveis incluem drogas específicas e terapia física, mas muitas vezes é preciso a realização de cirurgia para correção de sequelas, daí a necessidade de vários profissionais de cada área.

Vamos apresentar os sintomas das doenças reumáticas mais frequentes:

FEBRE REUMÁTICA - A FR é uma complicação inflamatória tardia, de uma infecção das vias aéreas superiores pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Com exceção do coração, os demais órgãos são afetados transitoriamente.

Os sinais e sintomas da FR ocorrem, em geral, após 1 a 3 semanas após o aparecimento da infecção estreptocócica da orofaringe. O surto da doença tem duração de 6 a 12 semanas.

A artrite seguida de cardite e coreia são as manifestações predominantes da doença. Os quadros de artrite atípica são frequentes seguidos de lesões cutâneas.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL - é uma doença infantil rara. Se caracteriza por diferentes manifestações clínicas, musculoesqueléticas, mucocutâneas, neuropsiquiátricas, neuropatias, cefaleia, renais.

DERMATOMIOSITE JUVENIL - é, um grupo de doenças que tem em comum um processo inflamatório afetando músculos esqueléticos, pele e tecido subcutâneo e com acometimento sistêmico va-

riável gastrointestinal, pulmonar e cardíaco. A incidência é 1 a 5 por 1.000.000. A DMJ tem base autoimune e pode ser desencadeada por infecções, contudo sem identificação específica.

VASCULITES - indica a presença de processo inflamatório na parede dos vasos sanguíneos. Aparecem no período pediátrico as seguintes vasculites: Púrpura de Henoch-Shonlein, Síndrome de Kawasaki, Poliarterite Nodosa, Poliangeite Microscópica, Arterite de Takayasu, Granulomatose de Wegener, Doença de Behcet e Angeíte Primária do sistema nervoso central.

A Púrpura de Henoch-Shonlein é a vasculite mais frequente, a manifestação clínica é a presença de petéquias mais frequentes em membros inferiores e nádegas, simétricas e sem queda no número de plaquetas. Há comprometimento articular, com artrite aguda e migratória, com componente doloroso importante, é frequente o comprometimento renal e intestinal.

Síndrome de Amplificação da Dor Musculoesquelética engloba um grupo de entidades bem definido cuja característica comum é a dissociação entre a intensidade da dor e a base anatomopatológica. Chama atenção o bom estado geral dos pacientes. A entidade mais comum da SAD é a dor musculoesquelética idiopática da infância, também denominada dor de crescimento. A fibromialgia, caracterizada por dor difusa e alterações de sono, é mais notada em adultos jovens.

As doenças reumáticas na infância incluem uma gama enorme de patologias, porém bastante raras, que merecem uma avaliação especializada, principalmente pelas peculiaridades de tratamento e reabilitação das deformidades reversíveis e também das alterações irreversíveis dessas doenças.



Dra. Ludmila Marie Weiss Aloisi
Pediatria
CRM 18833

Foto Arquivo Pessoal

Lombalgia

A dor nas costas ou lombalgia é a segunda queixa mais comum em atendimentos médicos no mundo, ficando apenas atrás da gripe, segundo a OMS 80% das pessoas terão dor nas costas pelo menos uma vez na vida, 50 milhões de brasileiros tiveram dor nas costas no último ano, 10 a 30% das pessoas adultas tem dor lombar crônica, estima-se um custo anual com a lombalgia nos Estados Unidos na casa de 50 a 100 Bilhões de dólares por ano (os dados variam quando se considera ou não o custo com o tratamento) e é a causa mais comum de invalidez para o trabalho em pessoas abaixo de 45 anos de idade.

Pelo parágrafo inicial já podemos ter uma idéia da importância da lombalgia, trata-se um problema de saúde pública onde todos os médicos têm o dever de estar bem informados e não somente os especialistas.

Uma história clínica e um exame físico caracteriza bem a Lombalgia e guia o médico para tratamento a ser instituído. Eu gosto de usar o sistema de luzes: verde, amarelo e vermelho; por exemplo: um paciente jovem e trabalhador braçal, sem histórico prévio de doenças e com dor lombar aguda após esforço físico, luz verde e tratamento conservador sem investigar, porém um paciente com dor lombar de início arrastado, piorando, com dor noturna e emagrecimento, acende a luz amarela e necessita de investigação.

Podemos dividir a dor lombar em aguda ou crônica, sendo que para esta abordagem a lombalgia aguda (LA) é a mais importante. A LA é caracterizada como uma dor de início rápido na região lombar, com ou sem dor na perna (ciática), geralmente como fator desencadeante um esforço físico ou mau jeito. 80% das LA cedem nas primeiras 2 semanas e 90% dentro de 6 semanas, portanto não existe a necessidade da realização de exames de alta complexidade em LA antes de 6 semanas de dor.

É clássico na literatura que a maioria das lombalgias é de causa incerta, devido a isso sempre proponho tratamento de forma multimodal e baseado na Escada Analgésica da OMS, ou seja, dor se trata pela boca (medicamentos de uso oral), pelo relógio (respeitan-

do horário de tomada e não o uso “se dor”), pela escala (Escala Visual Analógica de dor), de forma individualizada (Escala). É relativamente comum prescrevermos dois medicamentos da mesma classe para dor, o que não traz nenhum benefício, se for prescrever mais de uma droga, prescreva drogas com mecanismos de ação diferentes e de preferência que tenham algum sinergismo, como por exemplo: um antiinflamatório e um relaxante muscular.

Os principais fatores de risco para dor lombar são: tabagismo, sedentarismo, idade (quanto maior idade, maior o risco), stress, depressão, obesidade, sexo feminino, trabalhador braçal e hoje tendo muita importância, os fatores genéticos.

Portanto, como não podemos alterar nossa genética, podemos alterar nosso ambiente, retirando fatores de risco como forma de prevenção da dor lombar: atividade física rotineira, controle de peso, abandonar tabagismo, cuidados com a postura e ergonomia no trabalho são medidas eficazes para diminuição do risco de dor nas costas.

Sempre me perguntam se quem tem dor nas costas pode fazer atividade física e a resposta é: não só pode como deve. A atividade física deve se basear em um tripé: indolor, prazerosa e frequente. Indolor: se você faz atividade física e não tem dor, você não está causando lesão tecidual, e portanto, não está agravando seu problema, se tem dor provavelmente ocorre lesão tecidual que tende a piorar o problema. Frequente: a atividade física esporádica é um fator risco para dor nas costas enquanto a frequente diminui os riscos.

Prazerosa: não adianta o médico prescrever uma atividade física específica e o paciente não tem prazer com aquela atividade, muito provavelmente ele irá largar, dê liberdade ao paciente para escolher a atividade que mais gosta.

Portanto, a lombalgia é um problema sério, o tratamento é conservador em quase todos os casos, é possível a prevenção com diminuição dos fatores de risco e por fim ter em mente que pode ser um sintoma de alguma doença específica e ficar atento para os sinais de alerta.



Foto Arquivo Pessoal

Dr. Paulo Humberto Remondi
CRM 85020
Graduado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Residência e especialização em Ortopedia e Cirurgia da Coluna Vertebral pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Membro Titular da Sociedade Brasileira de Coluna

Artropatias por microcristais

Artropatias por microcristais ou, melhor designadas, doenças por microcristais são aquelas causadas pela deposição de microcristais nas articulações sinoviais e estruturas adjacentes, causando reações inflamatórias agudas e alterações degenerativas a longo prazo. Os microcristais conhecidos são monourato de sódio, pirofosfato de cálcio, hidroxapatita, fosfato octacálcico e fosfato tricálcico; destes o monourato de sódio causa a doença mais conhecida: a gota.

Descrita pela primeira vez no século V a.C. por Hipócrates, a gota caracteriza-se como uma doença metabólica e inflamatória, relacionada à hiperuricemia. Tem como fenômeno base a cristalização do ácido úrico excedente em cristais de monourato de sódio, e este, por sua insolubilidade, deposita-se nas articulações, estruturas contíguas e tecido subcutâneo.

Pode ser primária, relacionada a fatores genéticos determinantes de defeitos enzimáticos responsáveis pelas alterações do metabolismo do ácido úrico; ou secundária a outras doenças como: doenças hemolíticas, obesidade, doenças mieloproliferativas, etilismo, hipo e hipertireoidismo, entre outras. Na realidade podemos encontrar em muitos pacientes a soma de vários fatores predisponentes.

A gota é mais comum em homens após os 30 anos de idade, alguns estudos referem 95%. A manifestação clínica clássica é uma crise de artrite aguda, com sinais inflamatórios exuberantes, de início pela madrugada. A articulação mais acometida, 70%, é a metatarso-falangeana do hálux (podagra), seguidas do tornozelo e joelho. Com a evolução da doença qualquer articulação pode ser acometida.

A gota aguda dura em torno de 7 dias, segue-se um período chamado de intercrítico de 6 meses a 2 anos, até que ocorra uma nova crise aguda. Se o paciente não inicia um tratamento adequado, a crises tornam-se mais duradouras, os períodos intercríticos mais curtos, chegando a um estágio em que antes da resolução completa da crise de uma articulação, outra já manifesta um processo de agudização, é a gota crônica.

Outra apresentação comum na fase crônica é a gota tofácea, caracterizada pela formação de depósitos nodulares de monourato de sódio nos tecidos. Os locais mais comuns são: superfícies extensoras dos dedos, cotovelos e joelhos, orelhas e ponta do nariz.

Como a gênese da gota está nas alterações do metabolismo do ácido úrico, e este por sua vez tem como via final a eliminação renal, é muito comum o comprometimento renal associado, seja como fator predeterminante da gota, seja como complicação desta. São conhecidos a nefropatia por urato, nefropatia por ácido úrico e litíase renal.

O diagnóstico da gota é feito pela clínica descrita e exames complementares. A dosagem normal de ácido úrico em homens é até 7 mg/dL e mulheres 6,0mg/dL. Pode-se tam-

bém dosar níveis de ácido úrico na urina. Do ponto de vista laboratorial, o padrão absoluto de diagnóstico é a identificação de cristais de monourato de sódio no líquido sinovial, pois a sua presença neste humor fisiológico é sempre anormal.

O tratamento da crise aguda é feito com uso da colchicina isolada ou em associação com anti-inflamatórios não hormonais (AINHs). Corticoides serão opção em pacientes com alterações de função renal. A correção da hiperuricemia pode ser feita por medicações uricosúricas (Benzobromarona) ou inibidores da enzima xantina-oxidases (Alopurinol), associada a uma dieta balanceada.

Outra doença do grupo das doenças microcristalinas que, embora menos conhecida como tal, é a mais frequente é a causada por deposição de cristais básicos de fosfato de cálcio, sendo sua apresentação mais comum a tendinite calcárea do ombro. Têm apresentações periarticulares e intra-articulares, estas muito raras. Podem ser assintomáticas, sintomáticas agudas e crônicas. Além do ombro - de longe a articulação mais acometida - o punho e mão também são afetados, mas qualquer outra articulação pode ser afetada.

Por sua importância e alta incidência na população, falaremos da tendinite calcárea do ombro. As causas determinantes ainda são obscuras. Apresenta um padrão evolutivo característico e alto-resolutivo; mas muitas vezes o processo pode ser cíclico. A tendinite calcárea evolui em 3 estágios: 1) pré calcária, as modificações do tendão são tais que proporcionem o formação do depósito de cálcio. 2) estágio de formação, os cristais de cálcio são depositados no tendão. 3) estágio de reabsorção, o corpo simplesmente reabsorve os depósitos de cálcio. O primeiro estágio é assintomático, no segundo o paciente pode referir uma dor leve e no terceiro estágio, quando inicia-se o processo de resolução do quadro, ironicamente, a dor é mais intensa.

O diagnóstico é baseado na apresentação clínica e exames de imagem. Menos de 30% dos casos poderão ser evidenciados pelo exame radiográfico simples, sendo mais sensíveis e acurados para o diagnóstico a ultrassonografia e a ressonância magnética.

No tratamento, o primeiro objetivo é controlar a dor e inflamação. Inclui repouso, analgésicos e AINHs. Caso a resposta não seja satisfatória pode-se proceder às infiltrações com corticoides. Terapia física é iniciada tão logo quanto possível para prevenir rigidez

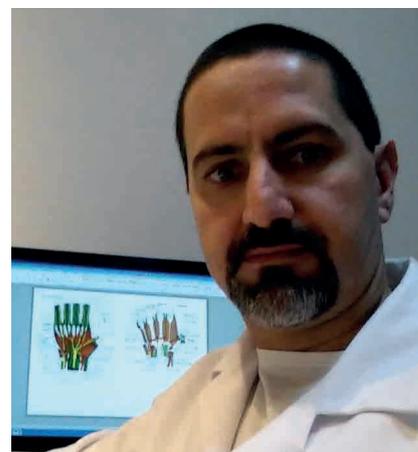
e atrofia muscular de desuso no ombro afetado. Raramente a ressecção cirúrgica dos depósitos é indicada.

A terceira doença microcristalina é pouco frequente, não rara, mas sub-diagnosticada; trata-se daquela causada pela deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, também conhecida como condrocalcinose ou pseudogota.

Suas causas também são desconhecidas. Assim como a gota, pode ser primária - de origem genética/hereditária - ou secundária a outras doenças. Acomete homens e mulheres em proporções semelhantes. Entre 50 e 80% das vezes a articulação acometida é o joelho, sendo o punho a segunda.

O diagnóstico laboratorial de certeza é possível pela pesquisa dos cristais no líquido sinovial. Radiografias simples podem apresentar calcificações de estruturas ligamentares e fibrocartilaginosa com nos meniscos em joelhos e fibrocartilagem triangular no punho.

O tratamento para condrocalcinose, até o momento, é direcionado apenas para as crises agudas, ou seja tratamento dos surtos de dor aguda. Não há qualquer medicação de específica ou profilática.



DR. Neilor Teofilo Araujo Rabelo
Cirurgião de Mão
CRM SP 99100

Tendinites

Tendinite trata-se de processo inflamatório do tendão, este é um cordão fibroso de tecido conjuntivo, uma extensão do músculo que se liga aos ossos e está presente em todas as articulações móveis do corpo. Como o tendão é responsável por transmitir a força do músculo ao osso é constantemente submetido à tração e estresse mecânico, não sendo resistente quanto ao osso ou elástico quanto ao músculo pode sofrer sobrecarga e iniciar um processo inflamatório. As tendinites mais comuns são dos ombros, mãos, cotovelos, punhos, quadris, joelhos e tornozelos.

Dentre as causas das tendinites estão a má postura, movimentos repetitivos, estresse, atividades esportivas em excesso ou com técnica inadequada e trauma. Fatores de risco incluem falta de alongamento, idade avançada (visto que os tendões podem ficar menos elásticos e resistentes), doenças reumáticas, infecções, distúrbios metabólicos, neuropatias e outras.

A tendinite pode ser aguda, com até 45 dias de história, ou crônica. Os sintomas costumam ser de dor, dificuldade ou limitação de movimentos e perda de força, mas também pode apresentar calor, rubor e edema local. Em casos crônicos pode apresentar atrofia muscular.

O diagnóstico da tendinite é clínico, baseado numa história (anamnese) adequada e exame físico, podendo em alguns casos ser complementado por radiografias, ultrassonografias, ressonância magnética, exames laboratoriais ou até anatomopatológico.

O tratamento envolve repouso da articulação afetada, com ou sem imobilização (esta quando necessária deve ser utilizada por períodos curtos para evitar hipotrofia muscular ou rigidez articular; crioterapia (gelo); medicações como analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais orais (períodos curtos também para evitar efeitos colaterais) ou tópicos; fisioterapia analgésica e motora (mobilização passiva, alongamento e fortalecimento); correção postural e ergonomia no trabalho, no lar ou no esporte; hidratação; intervalos regulares nos esforços repetitivos; e eventualmente corticoides sistêmicos ou local, porém este apenas de forma pontual já que aumenta o risco de rotura do tendão. Terapias alternativas como acupuntura, ultrassom, laser, ondas de choque também podem ser utilizadas. Na falha do tratamento clínico, normalmente em período maior que 6 meses, pode ser indicado o tratamento cirúrgico, seja uma tenolise, tenoplastia, tenorrafia ou tenodese.

As tendinites geram um enorme custo social e são grande causa de afastamento do trabalho, o médico deve ser cauteloso e metódico na identificação de nexos causais a fim de evitar conclusões equivocadas, visto

o crescente número de ações judiciais para benefícios ou indenizações por danos morais ou periciais.

Uma atenção especial à história pode identificar a causa da tendinite, ajudando para corrigir postura, indicar calçado adequado, orientar condicionamento físico e alongamentos, ou intervalos regulares no exercício laboral, facilitando o tratamento e evitando por muitas vezes gastos excessivos com exames subsidiários, por vezes desnecessários.



Dr. Fabio Peres de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 97544

Foto Arquivo Pessoal



Momento Saúde
Cuidado Farmacêutico



Novo modelo de acompanhamento Drogal para doenças crônicas

Venha conhecer o novo **Momento Saúde** e amplie seus cuidados e orientações para diabetes, hipertensão, colesterol, controle de peso e tabagismo.

Faça um plano de acompanhamento personalizado e obtenha melhores resultados com sua saúde. Você escolhe se quer apenas um atendimento farmacêutico ou um plano de 03 meses, 06 meses e até 12 meses.

Mais informações no site:

www.drogal.com.br/momentosaude

Drogal Vila Sônia | R. Nilo Peçanha, 654 - F: 3415.1530
Drogal Santa Casa | Av. Independência, 1032 - F: 3426.6800
Drogal Mega Store 24h | Av. Independência, 2759 - F: 3434.2750
Drogal Piracicamirim | Av. Dois Córregos, 641 - F: 3411.0010
Drogal Governador | R. Governador Pedro de Toledo, 926 - F: 3422.6273



Colégio Brasileiro de Cirurgiões Capítulo de São Paulo - Regional Piracicaba - 05/08 I Simposio Clube Benedicto Montenegro - Prevenção, Diagnostico e Tratamento de Câncer de Boca



21/07 - SOCESP Regional de Piracicaba - Discussão de Casos



MBA FGV INTERNACIONAL

EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO:
GESTÃO DE SAÚDE

★
A FGV foi eleita pelo LinkedIn
como mais influente do Brasil.

*Fonte: Ranking de 2015 divulgado pelo LinkedIn
sobre as marcas mais influentes entre seus
usuários no Brasil e no mundo.*

Condições exclusivas
para associados



MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde possibilita pensar e agir estrategicamente frente aos desafios da Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde e desenvolver competências e técnicas gerenciais contemporâneas que permitam identificar e apresentar soluções aos problemas fundamentais que afligem a área da saúde.

INÍCIO:
SETEMBRO DE 2016
AULAS ÀS SEXTAS, SÁBADOS E DOMINGOS



Módulo de Certificação Internacional*
mediaX at Stanford University e
University of MIAMI

**opcional*



ATENDIMENTO E VENDA ONLINE
ACESSE: [IBE.EDU.BR](http://ibe.edu.br)

Unidade Piracicaba - 19 3403-1717
R. Moraes Barros, 506 - Centro Piracicaba
www.ibe.edu.br | info@ibe.edu.br



CONVENIADA

MBA  **FGV**

AGENDA APM

PIRACICABA

Eventos

*científico / cultural / social

Pós-Graduação em Saúde Mental e Psicoterapias

06, 13, 20, 27/09 – terça – 19h30
03, 10, 17, 24 – sábado – 8h30
CEFAS – Centro de Formação e Assistência à Saúde

Discussão de Casos

15/09 quinta – 19h30
SOCESP – Depto de Cardiologia APM Piracicaba

CURSO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE para Secretárias – Atendentes – Recepcionistas

Informações – 3422-2256 – previsão do curso início de setembro/2016

**As programações estão sujeitas a alterações*

ANUNCIE AQUI

PIRACICABA

Aluga-se Sala

Alugamos sala por período para: médicos, nutricionistas, psicólogas ou psicopedagogas. Endereço: Avenida dos Operários, nº 243. Contato: (19) 34345562 ou 34346363. Tratar com Erine.



ANIVERSARIANTES DE SETEMBRO

DIA 01

DRA. CREUSA MARIA MONIZ
CAIXETA
DR. PEDRO ARNO C. BARBOSA

DIA 03

DR. THEO GERMANO PERECIN
DRA. NATALIA VARELLA PIRES

DIA 04

DR. RENE FRANCISCO BORGES
COUVEA

DIA 07

DR. LUIS KANHITI OHAROMARI
DR. SEGIRSON DE FREITAS
JUNIOR

DR. RICARDO JOSÉ PERUZZO
GONCALVES

DIA 08

DR. EDISON JOSÉ APARECIDO
ANGELI

DIA 12

DR. LUIZ LEONARDI
DR. ARISTEU ANTONIO COSTA
DR. VENERANDO MIZAEAL DA
VEIGA DIAS

DIA 15

DR. LEONARDO DE TOLEDO
PESCI

DIA 16

DR. DOUGLAS YUGI KOGA

DIA 18

DR. EDUARDO ROQUE VERANI

DIA 19

DR. IRINEU PACHECO BACCHI

DIA 21

DR. HUMBERTO PRIMO ZOMIG-
NAN
DRA. ADRIANA ELISA BRASIL
MOREIRA

DR. WELINGTON GOMES DE
ASSIS

DIA 22

DR. MARIO SERGIO CALDANA
DRA. CHRISTIANNE GUILHON M.
AMALFI

DIA 24

DR. RODRIGO LUZ MEIRELLES

DIA 27

DR. JOÃO RIBEIRO FRANCO

DIA 28

DRA. ROSA MARIA DEMETRIO
DA COSTA NASCIMENTO

Parceria APM e Helpmóvel traz mais um Benefício para o Médico Associado

Parceria APM + Helpmóvel deixa seu consultório mais protegido. Urgência e Emergência Médica a qualquer hora.

Solicite uma visita sem compromisso. **19 3417 1170 / 3417 1171**

Responsável Técnico
César Vanderlei Carmona
CRM: 33028





**A Unimed está
com você em
todos os momentos**

Equilíbrio em todas as etapas da vida

• Venha para a Unimed •

CENTRAL DE VENDAS

Rua XV de Novembro, 1429 - Bairro Alto

 **19 3417-1800**

Segurança

Motivos para você ter Unimed

- ✓ Mais de 560 médicos cooperados, em diversas especialidades, à sua disposição
- ✓ A Unimed Domiciliar oferece continuidade ao atendimento hospitalar no conforto de sua casa, proporcionando qualidade de vida e bem-estar
- ✓ Menor risco de infecção hospitalar
- ✓ Assistência a pacientes com impossibilidade de locomoção, oferecendo reabilitação e reinserção no meio familiar e social

A Unimed é única, assim como você.

Unimed 
Piracicaba

45
ANOS

