

REUMATO



#21

IMPACTO DA
PANDEMIA NA
SAÚDE ÓSSEA

EUGENIA

VÍRUS
CHIKUNGUNYA

REUMATOLOGIA
PEDIÁTRICA



SOCIEDADE DE
REUMATOLOGIA
DE BRASÍLIA

csdesign*

www.csdesigngrafico.com.br

PALAVRA DA EDITORA

ÍNDICE

02
Palavra
da Editora

03
Mensagem
da Presidente

04
Aconteceu

09
Artigo de
atualização

15
Humanidades
Médicas

22
Ponto de vista

26
Reumato
na prática

30
Reumatologia
Pediátrica de
Brasília - DF

36
Resgate
Histórico



**DRA. ISADORA
JOCHIMS**

Editora da Revista Capital
Reumato 2021/2022

Chegamos à última edição de 2021, quando ocorre importante redução do número de casos de COVID-19 após o avanço da vacinação em todo o Brasil. Podemos agora respirar com alívio e esperança após quase dois anos de angústia e agonia.

A pandemia influenciou as ações da Sociedade de Reumatologia de Brasília. Através do Projeto ATUARTE 2020 e 2021 trouxemos formas poéticas de elaboração desse período por profissionais de saúde e de pessoas diagnosticadas com doenças reumáticas. Em paralelo, a coluna de Humanidades Médicas foi lançada para a seleção de temas que contribuem para a reflexão dos caminhos que a medicina percorre e de como podemos contribuir para a necessária humanização da nossa prática.

Nesta edição, dois temas muito relevantes e que perpassam os acontecimentos recentes foram selecionados: a eugenia, sob o olhar da historiadora Pietra Diwan, e metodologias de fake news com os artigos spin e zumbis, pelo ponto de vista do Professor Leopoldo Santos Neto. Destacamos também a história da reumatologia no Distrito Federal, pelo artigo da reumatopediatra Maria Custódia Ribeiro e com nossa linha do tempo apresentada no vídeo comemorativo. A nossa presidente Jamille Carneiro discorre sobre osteoporose na pandemia e a reumatologista Maira Genaro, sobre a doença articular inflamatória induzida pelo vírus Chikungunya.

Desejo excelentes festas e comemorações deste ano que se encerra.
A vida precisa ser celebrada! Aproveitem a leitura!

CAPA
SEM TÍTULO

TÉCNICA
AQUARELA

ARTISTA
ISADORA JOCHIMS



DIRETORIA - GESTÃO 2021/2022

DIRETORIA

Presidente: Jamille Nascimento Carneiro
Vice-presidente: Ana Cristina V. Oliveira
1º secretário: Ana Beatriz Assad Maia
2º secretário: Ana Paula Monteiro Gomides
1º tesoureiro: Clarissa de Castro Ferreira
2º tesoureiro: Ana Carolina Emy V. Hidaka

Diretor científico: Lícia Maria Mota

COMISSÕES ESPECIAIS

Diretor Revista Capital Reumato:
Isadora Jochims
Diretor Conselho fiscal e consultivo:
Carlos Eduardo de Carvalho Lins

DIRETOR COORDENAÇÃO DE EVENTOS E DIVULGAÇÃO:

Ravena Fontenele Belchior Cabral
Luciana Feitosa Muniz - colaboradora
Gabriela Profirio Jardim Santos - colaboradora

DIRETOR COORDENAÇÃO REUMATO E COMUNIDADE:

Ana Patrícia de Paula

MENSAGEM DA PRESIDENTE

A gestão 2021/22 da Sociedade de Reumatologia de Brasília (SRB) sente-se honrada em contribuir e estar bem próxima de todos os Reumatologistas do Distrito Federal, promovendo ações que visam desbravar e solidificar o caminho desta especialidade.

A SRB, este ano, completou 50 anos de história, e com alegria e emoção pudemos lembrar figuras e momentos de relevância através do vídeo comemorativo SRB: 50 anos de História!

Apesar das dificuldades sanitárias ainda impostas pela pandemia de COVID-19, sentimo-nos bastante confiantes em dar seguimento ao trabalho de excelência que vem sendo realizado desde gestões anteriores.

Para o ano de 2021 conseguimos manter o calendário científico de qualidade, incluindo os eventos que já se tornaram conhecidos por sua importância e extrema relevância local e nacional. Realizamos:

- 7 Reuniões Científicas (Webinars);
- Encontro ATUAR (Atualização em Reumatologia), realizado nos dias 22 e 23 de outubro;
- Projeto ATUARTE 2021: Arte e Reumatologia.

Este último, que visa, a partir do diálogo da arte com a saúde, promover bem-estar mental aos pacientes reumatológicos, aos associados da SRB e profissionais de saúde da área, ficamos felizes em apoiar e dar o suporte técnico necessário para que o mesmo pudesse ser ampliado exponencialmente, beneficiando cada vez mais pessoas e estimulando as práticas da interdisciplinariedade, tão importantes na Reumatologia. Os resultados do projeto puderam ser conferidos numa belíssima exposição de arte e através de vídeos reproduzidos durante o ATUAR 2021. Além disso, através da publicação do Catálogo ATUARTE 2021 na edição extra da Revista Capital Reumato.

Nossa publicação, a Revista Capital Reumato, tão consolidada no nosso meio, manteve sua periodicidade trimestral trazendo conteúdo técnico/científico atual.

Outros projetos, especialmente aqueles que envolvem nosso papel junto à comunidade, divulgando nossa especialidade, conscientizando sobre as doenças reumatológicas e promovendo ações com o propósito de cooperação junto aos gestores em saúde para formulação de políticas públicas efetivas, estão em andamento, como nossa Campanha Espondiloartrites 2021.

Terminamos o ano de 2021 com a sensação de dever cumprido e com mais ânimo para seguirmos com o trabalho para 2022.

Convido os Reumatologistas do DF e demais colegas a continuarem prestigiando nossa SRB, associando-se e participando dos nossos eventos.

Dra. Jamille Nascimento Carneiro



**DRA. JAMILLE
NASCIMENTO
CARNEIRO**

Presidente da Sociedade
de Reumatologia de
Brasília 2021/2022

Baixe todas as edições da Revista
Capital Reumato no site:
www.reumatodf.com.br

Contato SRB:
reumatobrasilia@gmail.com
(61) 3245-1671 | (61) 99668 0935

Editoração e Design Gráfico:
CS DESIGN
Contato: Cristiane (61) 98131 7287
www.csdesigngrafico.com.br
cristiane@csdesigngrafico.com.br

EXPEDIENTE:

Reumatologistas revisoras: Ana Paula Gomides, Isadora Jochims, Licia Maria Mota, Ravena Fontenele Belchior Cabral, Gabriela Profirio Jardim Santos, Jamille Nascimento Carneiro e Luciana Feitosa Muniz

Envie seu texto para ser publicado na revista: reumatobrasilia@gmail.com

Material de distribuição exclusiva para área médica. A revista Capital Reumato não se responsabiliza por serviços, produtos e imagens publicadas pelos anunciantes. As matérias assinadas são de inteira responsabilidade de seus autores e não expressam, necessariamente, a opinião da Revista Capital Reumato.

A responsabilidade de conteúdo médico científico do material recebido para publicação, bem como por eventuais conceitos emitidos ou conflitos de interesses, é exclusiva dos autores.

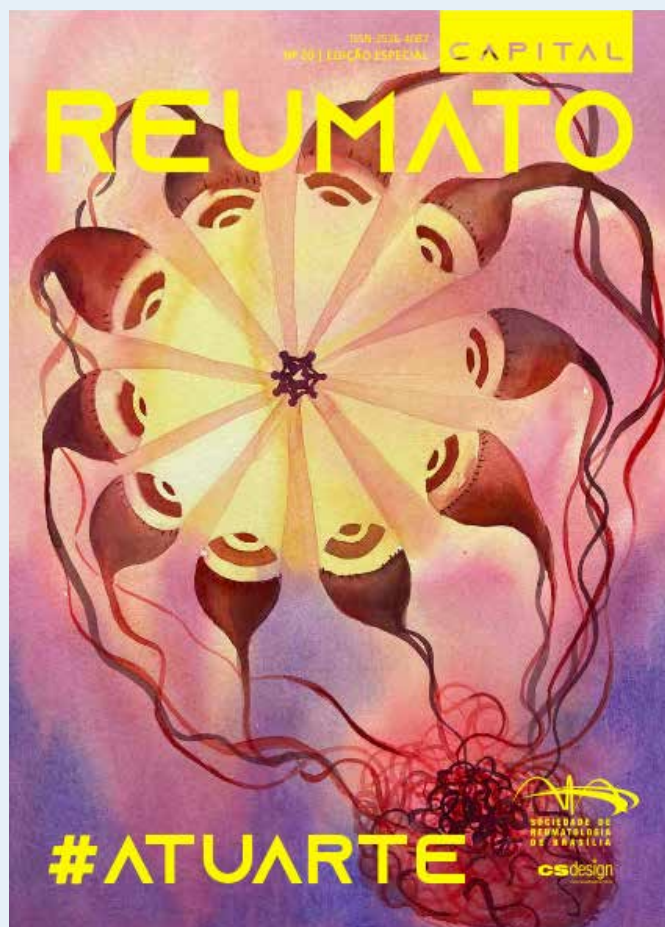
ACONTECEU

ACONTECEU: ANIVERSÁRIO DE 50 ANOS DA SRB

- No dia 25 de setembro de 2021 comemoramos 50 anos de história.
Assista ao vídeo comemorativo SRB- 50 anos de história no site SRB: www.reumatodf.com.br



- Lançamos uma EDIÇÃO EXTRA da nossa publicação, a Revista Capital Reumato, com o CATÁLOGO ATUARTE 2021. Confira o CATÁLOGO ATUARTE 2021 no seu formato virtual online em www.reumatodf.com.br



ATUAR/ ATUARTE 2021

- Nos dias 22 e 23 de outubro de 2021 aconteceram o ATUAR e o ATUARTE 2021.

O ATUAR 2021 contou com excelente programação científica. Comissão organizadora, palestrantes, presidentes de mesa, moderadores e participantes fizeram do evento um sucesso!



- O ATUARTE 2021 contou com a apresentação em forma de Exposição de Arte e Vídeos dos trabalhos produzidos pelos participantes do Projeto (pacientes com diagnóstico de doença reumatológica e profissionais de saúde) trazendo ao evento uma experiência única.



ACONTECEU

Visite a exposição realizada pelo Arte Saúde Práticas, que integra o Projeto ATUARTE, <https://reumatodf.com.br/19-atuarte>



ERRATA 19 EDIÇÃO

Página 2 - Legenda do trabalho de Flávia Navi

Onde se lê: Colagem realizada pela Geriatra Flávia Navi na oficina de arte “Angústia ou medo: como dar forma ao que não sabemos” como parte da programação do Festival ATUARTE.

Leia-se: Colagem realizada pela Geriatra Flávia Navi na oficina de arte “Angústia ou medo: como dar forma ao que não sabemos” do Projeto Arte Saúde Práticas, como parte da programação do Festival ATUARTE.

Página 2 - Texto da editora

Onde se lê: A capa realizada pela geriatra Flávia Navi na Oficina de Arte “Angústia ou medo: como

dar forma ao que não sabemos” me remete ao caminho incerto que vivemos.

Leia-se: A capa realizada pela geriatra Flávia Navi na Oficina de Arte “Angústia ou medo: como dar forma ao que não sabemos”, do Projeto Arte Saúde Práticas, me remete ao caminho incerto que vivemos.

Página 6 - Seção Aconteceu

Onde se lê: O projeto ATUARTE 2021 está acontecendo com Rodas de Terapia Comunitária Integrativa todas as sextas-feiras às 9h e oficinas de arte (na plataforma Zoom) durante todo o ano de 2021.

Leia-se: O projeto ATUARTE 2021 está acontecendo com Rodas de Terapia Comunitária Integrativa todas as sextas-feiras às 9h e oficinas de arte do projeto Arte Saúde Práticas (na plataforma Zoom) durante todo o ano de 2021.

Informações: **Dra. Jamille Nascimento Carneiro**
Presidente SRB | *Gestão 21/22*

WEBINARS

- No dia 27 de julho 2021, às 19h30, foi realizado o Webinar patrocinado pela GSK. O Webinar apresentou a seguinte agenda:

A SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DE BRASÍLIA CONVIDA PARA A QUINTA

WEBINAR SRB 2021

TEMA 1
MONITORAMENTO SANGUÍNEO DA HCQ: ASPECTOS PRÁTICOS PARA O DIA A DIA DO REUMATOLOGISTA.
Eloísa Silva Dutra Bonfá

TEMA 2
ATUALIZAÇÕES DE BELIMUMABE NA NEFRITE LÚPICA
Nathalie David Alves

INSCREVA-SE CLICANDO AQUI | TERÇA-FEIRA | 27 DE JULHO | 19H30

Realizado por:  Patrocinado por: 

Tema 1: **MONITORAMENTO SANGUÍNEO DA HCQ: ASPECTOS PRÁTICOS PARA O DIA A DIA DO REUMATOLOGISTA**

Palestrante 1: **Eloísa Silva Dutra de O. Bonfá**

Tema 2: **ATUALIZAÇÕES DE BELIMUMABE NA NEFRITE LÚPICA**

Palestrante 2: **Nathalie David Alves**

A SOCIEDADE DE REUMATOLOGIA DE BRASÍLIA CONVIDA PARA A SEXTA

WEBINAR SRB 2021

TEMA 1
NOVAS RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA SOBRE USO DE JAKI NO TRATAMENTO DA AR
Ana Cristina de Medeiros Ribeiro

TEMA 2
SAÚDE MENTAL E DOENÇAS REUMÁTICAS
Thiago Blanco Vieira

INSCREVA-SE CLICANDO AQUI | QUARTA-FEIRA | 1 DE SETEMBRO | 19h30

Realizado por:  Patrocinado por: 

Tema 1: **NOVAS RECOMENDAÇÕES DA SBR SOBRE USO DE JAKI NO TRATAMENTO DA AR**

Palestrante 1: **Ana Cristina de Medeiros Ribeiro**

Tema 2: **SAÚDE MENTAL E DOENÇAS REUMÁTICAS**

Palestrante 2: **Thiago Blanco Vieira**



ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**DRA. JAMILLE NASCIMENTO CARNEIRO***Médica Reumatologista SES-DF**Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB)**Presidente da Sociedade de Reumatologia de Brasília (Gestão 21/22)**Ex-coordenadora do Programa de Prevenção e Diagnóstico da Osteoporose da SES-DF**Responsável pelo ambulatório de Osteoporose do Hospital de Base do DF**Membro da Associação Brasileira de Avaliação Óssea e Osteometabolismo (ABRASSO)*

IMPACTO DA PANDEMIA NA SAÚDE ÓSSEA

A osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com consequente aumento da fragilidade óssea e da susceptibilidade a fraturas.

Em todo o mundo, estima-se que a osteoporose afete 200 milhões de mulheres. Acredita-se que existam 10 milhões de casos de osteoporose no Brasil. Cerca de uma em cada três mulheres caucasianas e cerca de um em cada cinco homens experimentarão uma fratura relacionada à osteoporose em algum momento de sua vida. O impacto no aumento de fraturas é global, especialmente na América Latina, que é uma região com um rápido envelhecimento da população.

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA:

As fraturas de quadril levam a perda de função e independência: 60% requerem algum tipo de assistência um ano depois, mortalidade acima de 20-24% no primeiro ano após fratura e 50% dos pacientes que tiveram uma fratura osteoporótica terão uma nova fratura. Apesar disso, ainda 80% dos pacientes que tiveram alguma fratura osteoporótica continuam sem diagnóstico e sem tratamento adequados. As complicações clínicas da osteoporose incluem não só fraturas, mas também dor crônica, depressão, deformidade, perda da independência e aumento da mortalidade.

IMPACTO ECONÔMICO:

Os custos com Osteoporose foram em torno de 37 bilhões na União Européia em 2010, 20 bilhões nos Estados Unidos em 2010 e 11 bilhões na China em 2015. Um estudo publicado em 2005, sobre o custo médio da hospitalização por paciente para tratamento cirúrgico de fratura osteoporótica de quadril, revelou uma cifra de R\$ 24.000,00 no sistema privado de saúde brasileiro.

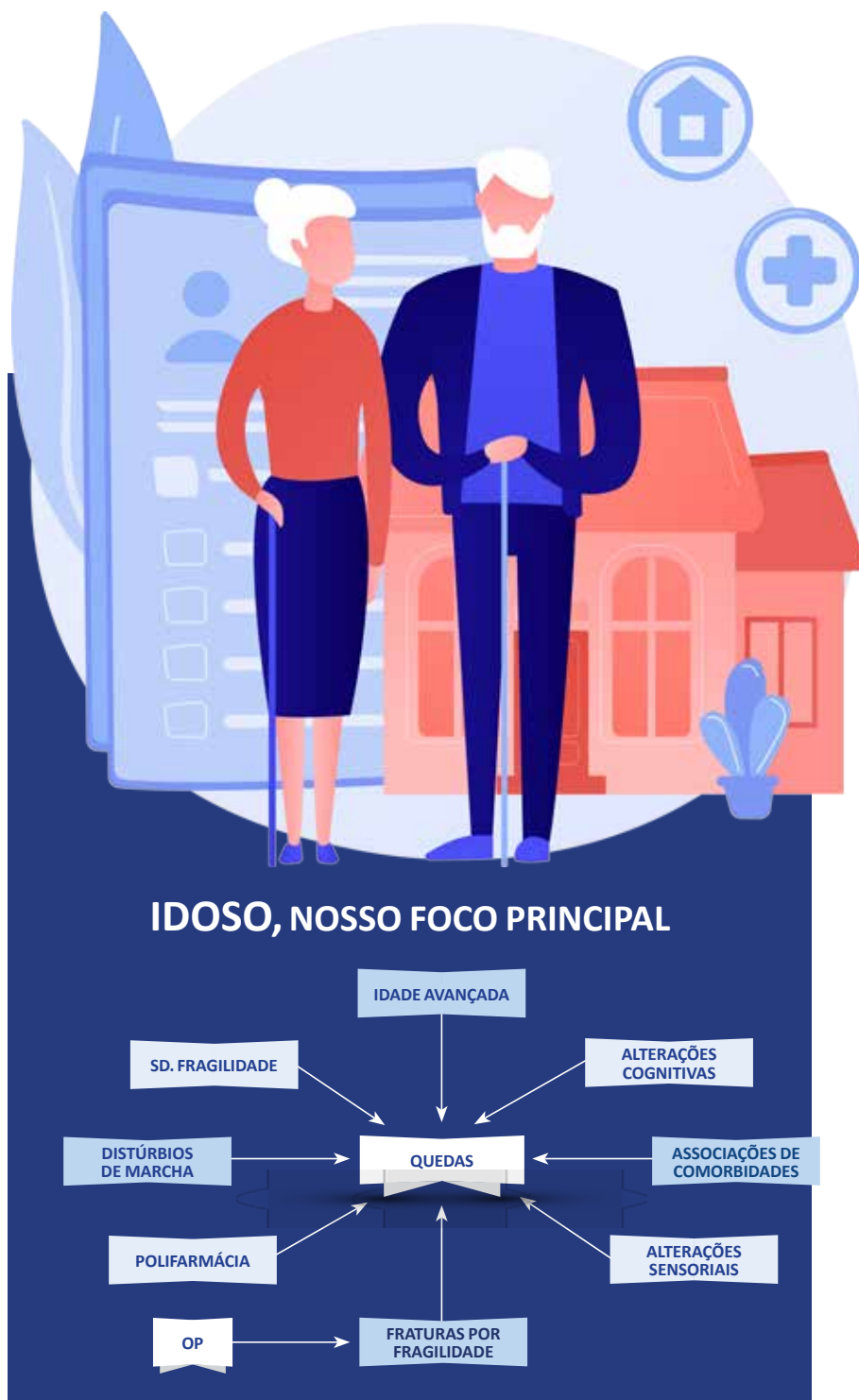


Figura 1

Uma série de fatores como alterações cognitivas, comorbidades, entre outros torna os indivíduos idosos os mais suscetíveis a quedas e conseqüentemente a fraturas.

Considerando que a osteoporose é uma doença “silenciosa” e que nosso objetivo é dar seu diagnóstico de forma precoce e não no desfecho final (fratura), suspeitar da doença é fundamental. Antes da pandemia aproveitávamos a vinda dos pacientes às suas consultas ambulatoriais para identificar ou questionar sobre perfil de risco para osteoporose. Encaminhávamos, na suspeita, para realização de densitometria óssea (DXA), que é o exame padrão ouro para o diagnóstico. Uma vez o paciente apresentando o diagnóstico, iniciávamos tratamento e monitoramento.

Atualmente há diversas terapias aprovadas para tratamento da doença divididas em duas grandes classes: drogas antirreabsortivas e drogas anabólicas.

	POSOLOGIA ORAL	POSOLOGIA VENOSA	POSOLOGIA SUBCUTÂNEA
ANTIREABSORTIVOS			
BISFONATOS			
RISEDRONATO	35 mg/sem e 150 mg/mensal VO		
IBANDRONATO	150 mg/mês VO	3 mg IV 3/3 meses	
ALENDRONATO	70 mg/sem; VO		
➔ ÁCIDO ZOLEDRÔNICO		5 mg IV/ano	
➔ PAMIDRONATO		30 mg IV de 3/3 meses	
ANTICORPO ANTI RANKL			
➔ DENOSUNABE			60 mg SC de 6/6 meses
AGONISTAS OU ANTAGONISTAS DE ESTROGÊNIOS DEPENDENDO DO TECIDO ALVO (SERMS)			
RALOXIFENO	60 mg VO diário		
TRH			
DROGAS ANABÓLICAS			
ANÓLOGO DO PTH			
➔ TERIPATIDA (PTH 1-34)			20 mcg SC, diário por 18-24 meses
ANTICORPO ANTI ESCLEROSTINA			
➔ ROMOSUZUMABE			210 (2 amps de 105 mg), mensal, SC por 12 meses

Figura 2

As principais recomendações de tratamento orientam que classifiquemos os pacientes em perfis de risco para fraturas e, a partir daí, definamos o tratamento. Para os perfis de pacientes de muito alto risco para fraturas, orienta-se, preferencialmente, a prescrição de drogas anabólicas (ex: teriparatida e romosozumabe) ou drogas de alta potência antirreabsortiva (ex: denosumabe e bisfosfonatos intravenosos). Mas iniciar ou manter o tratamento com as terapias infusionais e injeções subcutâneas foi um desafio durante a pandemia e, além disso, outros aspectos relacionados ao diagnóstico e manejo da saúde óssea também sofreram grandes impactos.

A infecção respiratória por SARS-CoV-2 foi categorizada como pandemia pela OMS em março de 2020 e causou profunda interrupção na prestação de serviços de saúde em todo o mundo, levando a um impacto no gerenciamento de muitas patologias crônicas, incluindo a osteoporose, pois os recursos foram desviados para cobrir cuidados urgentes.

OS IMPACTOS NO MANEJO DA OSTEOPOROSE PUDERAM SER VISTOS:

•NO DIAGNÓSTICO

Os aparelhos de densitometria óssea (DXA) são distribuídos nos centros de cuidados secundários, sendo esses serviços comprometidos e/ou interrompidos durante a pandemia. Em centros onde o serviço DXA continuou a operar, o número de exames diminuiu acentuadamente, devido a medidas rigorosas de controle de infecção e distanciamento social. Pacientes idosos relutaram em ir ao hospital por medo de contrair SARS-CoV-2. No Reino Unido, foi estimado que houve 73% menos DXA realizadas em junho de 2020, em comparação com 2019.

•NA AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Problemas com a disponibilidade de testes laboratoriais, incluindo cálcio sérico, creatinina e 25 (OH) vitamina D, marcadores de formação e reabsorção óssea. Devido às medidas de distanciamento social, bem como a redução no acesso aos laboratórios bioquímicos, durante a pandemia tornou-se um desafio realizar esses exames pré-tratamento.

•NA AVALIAÇÃO DO RISCO DE FRATURAS: FRAX

Embora o FRAX possa ser calculado apenas com base em fatores de risco clínicos e não exija necessariamente comparecimento ao hospital para a medição da DMO, um estudo mostrou que o uso de FRAX foi significativamente reduzido durante o período de 3 meses de fevereiro a abril de 2020. O número de sessões, definido como o uso da ferramenta FRAX em um período de 30 minutos, caiu 23% e 58% em março e abril de 2020, respectivamente, em comparação com o mesmo período em 2019. Na Europa, a maioria dos países reduziu seu uso em pelo menos 50%. Na América Latina, as reduções foram superiores a 50%.

•NOS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO DE FRATURA (SPF)

Na pandemia, muitos SPF, incluindo os serviços de reabilitação, fecharam, diminuindo atendimentos.

•NOS CUIDADOS DOS PACIENTES COM FRATURA: REABILITAÇÃO

Os dados sobre as taxas de fratura de quadril foram conflitantes durante a pandemia, de modo que alguns estudos não relataram nenhuma mudança em comparação com os anos anteriores, enquanto outros descreveram aumentos ou diminuições. Ocorreram atrasos nas cirurgias. Inadequada reabilitação após alta devido a realocação de pessoal-chave, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, para serviços de urgência.

•NA SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO/ VITAMINA D

Reduções na prescrição de suplementos de cálcio / vitamina D foram observadas, o que pode ter um impacto significativo no número de fraturas com aumentos resultantes na morbidade e na mortalidade.

•NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA OSTEOPOROSE

De modo geral apenas um quinto dos pacientes recebem tratamento adequado após uma fratura de quadril, configurando um “gap” no tratamento, e a pandemia COVID-19 exacerbou ainda mais isso.

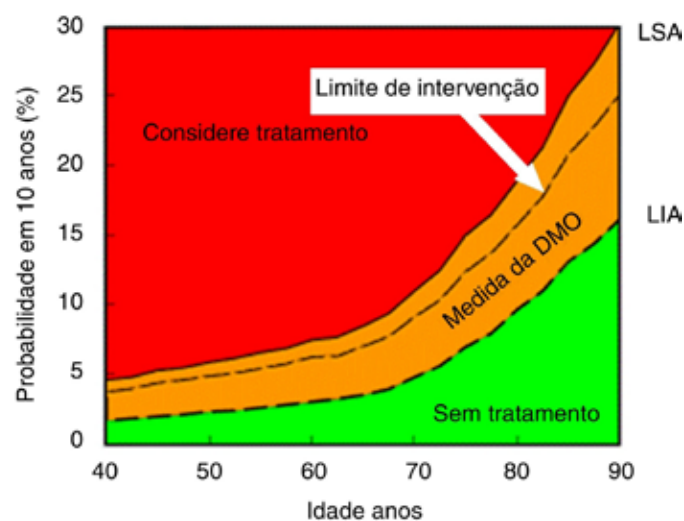
Tabela 1

BISFOSFONATOS	<p>A capacidade de centros de infusão foi reduzida devido à redistribuição de pessoal para serviços de urgência e pelo distanciamento social. Muitos pacientes não quiseram ou não puderam comparecer à atenção secundária para as infusões venosas programadas.</p> <p>Em estudos observou-se que há proteção prolongada contra fraturas após o tratamento com ácido zolendrônico e outros bisfosfonatos orais. Considerando que o efeito antirreabsortivo do ácido zolendrônico é sustentado por até 2 anos após sua infusão, devido ao seu longo tempo de retenção esquelética, felizmente, os atrasos na aplicação não conferem um grande problema.</p> <p>Se for necessário atrasar as infusões, tentar garantir que esse atraso seja por um período de até 12 meses, pois isso provavelmente não levará a um aumento do risco de fratura ou ao declínio significativo na DMO. Sempre orientar sobre possível resposta de fase aguda que pode ocorrer com bisfosfonatos intravenosos.</p>
DENOSUNABE	<p>O denosumabe apresenta problemas específicos, uma vez que seus efeitos inibidores na reabsorção óssea desaparecem rapidamente quando a administração é retardada além de 7 meses após a última dose.</p> <p>Sabemos que os pacientes que param de usar denosumabe têm um aumento na remodelação óssea por 6 a 12 meses após a interrupção da terapia, e isso pode estar associado à ocorrência de múltiplas fraturas vertebrais (efeito rebote) e, até mesmo, hipercalcemia. Considerando esses aspectos, o atraso no denosumabe NÃO deve exceder 1 mês a partir da data programada para a injeção.</p>
DROGAS ANABÓLICAS	<p>A descontinuação da teriparatida (TP) também leva à perda óssea ao longo dos primeiros 12 meses, mas não há evidência de aumento de efeito rebote.</p> <p>Se a TP precisar ser interrompida devido a interrupções no fornecimento, a perda óssea poderia ser mitigada pela prescrição de um bisfosfonato oral, que demonstrou manter o aumento da DMO e proteger contra fraturas por até 5 anos.</p> <p>A descontinuação do romosozumabe também leva à perda óssea dentro de 12 meses e há evidências de aumento da reabsorção óssea dentro de 3 meses da interrupção.</p>

RETOMADA: MANEJO DA OSTEOPOROSE DURANTE A PANDEMIA

Várias estratégias foram sendo propostas e mantidas durante a pandemia, como:

- Consultas remotas e consultas telefônicas de acompanhamento para promover a adesão.
- Desenho de um programa virtual de autogerenciamento da osteoporose com foco em conselhos sobre dieta e fatores de estilo de vida.
- Aumento dos intervalos nas solicitações de exames de rotina e na solicitação de testes para pré-aplicação da droga.
- Considerando dificuldade de acesso à DXA: uso de FRAX e NOGG definindo aqueles pacientes com risco alto para fraturas e iniciando o tratamento.





- Manutenção da suplementação da vitamina D devido, inclusive, a seus potenciais benefícios no sistema imunológico.
- Manutenção do tratamento, tendo em vista que não há evidências de que qualquer um desses agentes terapêuticos aumente o risco de infecção por SARS-CoV-2.

O acesso à reabilitação deve ser disponibilizado respeitando as regras do distanciamento social e das medidas de controle de infecção.

Concluimos que a triagem, o diagnóstico e o manejo de pacientes com osteoporose são um desafio durante a pandemia de COVID-19.

Modelos alternativos de atendimento, como consultas remotas, telessaúde, melhor coordenação de atendimento primário e secundário e compartilhamento de recursos, devem ajudar e nos incentivar a construir sistemas de prestação de serviços mais robustos e que consigam atender as demandas do paciente com osteoporose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kanis JA. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *Lancet*. 2002;359:1929-1936
- Kanis JA, Burt N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2008;19:399-428.
- Araujo DV, Oliveira JH, Bracco OL. Custo da fratura osteoporótica de fêmur no sistema suplementar de saúde brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2005;49:897-901
- G Hampson et al. Diagnosis and Management of Osteoporosis During COVID-19: Systematic Review and Practical Guidance. *Calcif Tissue Int*. 2021 Oct;109(4):351-362.
- Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society Guideline Update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020 Mar 1;105(3).



PIETRA DIWAN

Pietra Diwan é doutora em História pela PUC-SP e autora do livro Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo (Contexto: 2007). Sua pesquisa atualmente está concentrada em identificar traços das práticas eugênicas no Brasil após 1945. É parte do grupo de pesquisa A Condição Corporal (PUC-SP) e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Higiene Mental e Eugenia (GEPHE), da Universidade Estadual de Maringá.



COMO É POSSÍVEL A EUGENIA AINDA ESTAR PRESENTE NO BRASIL EM PLENO SÉCULO XXI?

Desde 1945, o senso comum global insistiu em reforçar a ideia de que a eugenia foi “soterrada” com a vitória das forças Aliadas e o final da Segunda Guerra Mundial. No entanto, historiadores têm demonstrado cada vez mais que a eugenia deixou permanências ao longo de todo o século XX, algumas de formas sutis e difusas, outras nem tanto, em diversas áreas da sociedade democrática, dando margem ao conceito hoje consolidado como eugenia liberal. (AGAR, 2004) Muitas dessas permanências podem ser identificadas em políticas públicas de largo alcance que tiveram por objetivo de alguma forma controlar a vida e a morte, na forma de um tipo particular de manipular-estimular a população e, que atuando de forma direta e indireta, através de uma política de Estado no sentido do que Michel Foucault chamou de biopoder¹. (FOUCAULT, 1976) O filósofo Giles Deleuze avançou o trabalho teórico de Foucault mostrando que para além do biopoder formou-se no século XX a sociedade de controle. Essa forma de governar só foi no contexto do capitalismo contemporâneo, cujos investimentos e transformações sobre o corpo individual produziram sobre ele um valor, e o tornaram um produto consumível e comercializável simultaneamente. (SANT’ANNA, 2002)



*1º Concurso de Eugenia
realizado pela Inspectoria de
Educação Sanitaria e
Centros de Saude a 24 de
fevereiro de 1929 em S. Paulo
por delegação da Sociedade de
Medicina de S. Paulo.*

Dessa forma, para entender o entrelaçamento entre a eugenia – a teoria (chamada ciência) de aperfeiçoamento racial – e o tempo presente, é necessário fazer um retrospecto de sua história até a sua chegada em território nacional, a qual, em relação a outros países como Estados Unidos, Alemanha, Suécia, Japão ou Peru, não adotou uma política legalizada de eugenia radical voltada para a esterilização ou a eliminação de pessoas consideradas “indesejadas” para a nação. Isso não significa que essas práticas não tenham sido implementadas por décadas em diferentes ações políticas públicas concretas.

Um exemplo disso é observar que, no mesmo ano da Constituição Federal de 1934, foi publicado o Decreto 24.215, de 9 de maio de 1934, que descrevia de maneira bastante detalhada a restrição aos tipos de estrangeiros proibidos de ingressar em território nacional, muitos destes em relação aos portadores de deficiências físicas:

Art. 2º Não será permitida a entrada de estrangeiro imigrante, sem distinção de sexo, estando em alguma das condições seguintes:

I - Aleijado ou mutilado, salvo si tiver íntegra a capacidade geral de trabalho, admitida, porém, uma redução desta até vinte por cento, tomando-se por base o grau médio da tabela de incapacidade para indenização de acidentes no trabalho, verificada nos moldes dos dispositivos legais sobre o assunto;

II - Cego ou surdo-mudo;

III - Atacado de afecção mental, nevrose ou enfermidade nervosa;

IV- Portador de enfermidade incurável ou contagiosa grave, como lepra, tuberculose, tracoma, infecções venéreas e outras referidas nos regulamentos de saúde pública;

V - Toxicômano;

VI Que apresente lesão orgânica com insuficiência funcional, verificada conforme preceitua a legislação em vigor;

VII - Menor de 18 anos e maior de 60;

VIII - Cigano ou nômade;

IX - Que não prove o exercício de profissão lícita ou a posse de bens suficientes para se manter e às pessoas que o acompanhem na sua dependência, feitas tais provas segundo os preceitos do regulamento que será expedido para melhor execução da presente lei;

X - Analfabéto;

XI - Que se entregue á prostituição, ou a explore, ou tenha costumes manifestamente imorais;

XII - De conduta manifestamente nociva à ordem pública ou á segurança nacional;

XIII - Já anteriormente expulso do Brasil, salvo si o ato de expulsão tiver sido revogado;

XIV - Condenado em outro país por crime de natureza que determine a sua extradição segundo a lei brasileira. (DECRETO, 1934)



DEVE SER ESTERILIZADOS OS ENFERMOS INCURÁVEIS.

“Apesar da rotina e dos fetichistas, a esterilização se tornará, futuramente, uma realidade, também no Brasil” — afirma o Sr. Renato Kehl

O PALPITANTE INQUERITO DO “GLOBO” ENTRE OS SCIENTISTAS BRASILEIROS

O objetivo principal do decreto sobre esterilização é o eugênico. Todos os países já o fizeram, quer a que se refere a um suposto preconceito racial ou a relativo a uma possível estagnação política, apresentando em plano secundário, o que diz respeito ao interesse científico para o futuro da humanidade, e fundamentalmente ao aperfeiçoamento mental e a população da espécie.

Este ponto de vista é que prevalece na resposta do Sr. Renato Kehl ao nosso inquerito. Conhecido eugenista, presidente da Comissão Central Brasileira de Hygiene, fundador da primeira sociedade eugênica do Brasil, o Sr. Kehl, com a autoridade que lhe conferem suas obras de fôlego em prol da ciência dos ideais eugênicos no Brasil, faz considerações em numerosos termos, artigos, publicações e conferências.

O entrevistado de hoje é apaixonadamente favorável à esterilização dos doentes portadores de fôlego transmissível por herança. Será possível mesmo, diz-nos, retardar o desenvolvimento da esterilização, em vez de simplesmente favorecer.

Uma lei judiciosa

O Sr. Renato Kehl começa a falar nos seguintes termos:

— A minha opinião coincide a mesma, e já está bem conhecida. No livro “Sexo e Civilização”, que agora publicarei, após a recente viagem que fiz ao norte da continente europeu, apresento, firmado no estado e na observação de muitos anos, um parecer que jágo definitivo. Não avanço idéias especulativas, mas sim impugnações fundamentadas, de última hora, como fazem os que tanto cotizam sobre leis, como sobre medicina, agricultura e criação de cavalos. Ligar alguma “lei de eugenia” que condene a esterilização por absurda, é, positivamente, uma levandade, sobretudo quando se sabe que ella já adoptada nos países como a Alemanha, onde não se resolveu na causa esta ordem, como

se fazem discursos de improviso. Em alguns Estados da União Americana e no Canada do Yank, da Suíça, pratica-se a esterilização há varios annos. A lei allemã é muito judiciosa. Para criticar a indispensável conhecimento a bem em todos os seus artigos e paragrafos.

O Brasil e a esterilização

Havendo o eugenista feito referência á pratica de esterilização em varios países, faz-se oportuna uma pergunta sobre o Brasil.

— Acredito que a esterilização será adoptada no nosso país.

A resposta, revestida de um franco idealismo eugênico:

— Apesar da rotina e dos fetichistas, a esterilização tornar-se-á, futuramente, uma realidade, também no Brasil.

Os casos de esterilização

— As leis da hereditariedade não têm a mesma necessidade das leis physico-químicas. Ha vestígios de uma desconcertante, nos phenomenos históricos. Como será possível determinar, com rigoroso critério científico, os casos em que a esterilização deve ser applicada?

Dentro das linhas da eugenia, considerados pelos eugênistas, e que constam das leis allemã, e americana, mas ha, praticamente, differeças para estabelecer os casos sujeitos a esta a esterilização compulsoria. De mais, cotizam notar, qual a lei sem excepção, qual o código sem transgressão, qual a justiça sem falha? São os seguintes as indicações formadas para a esterilização: a) quando se verifica a hereditariedade de defeito, anomalia ou doença de um filho; b) quando se comprehende defeito hereditario no germe-plasma materno; c) quando se evidenciam a apparencia de defeitos hereditarios na successão da gestação ou pelo parto, na madre parida do feto.

Consequencias para o indivíduo

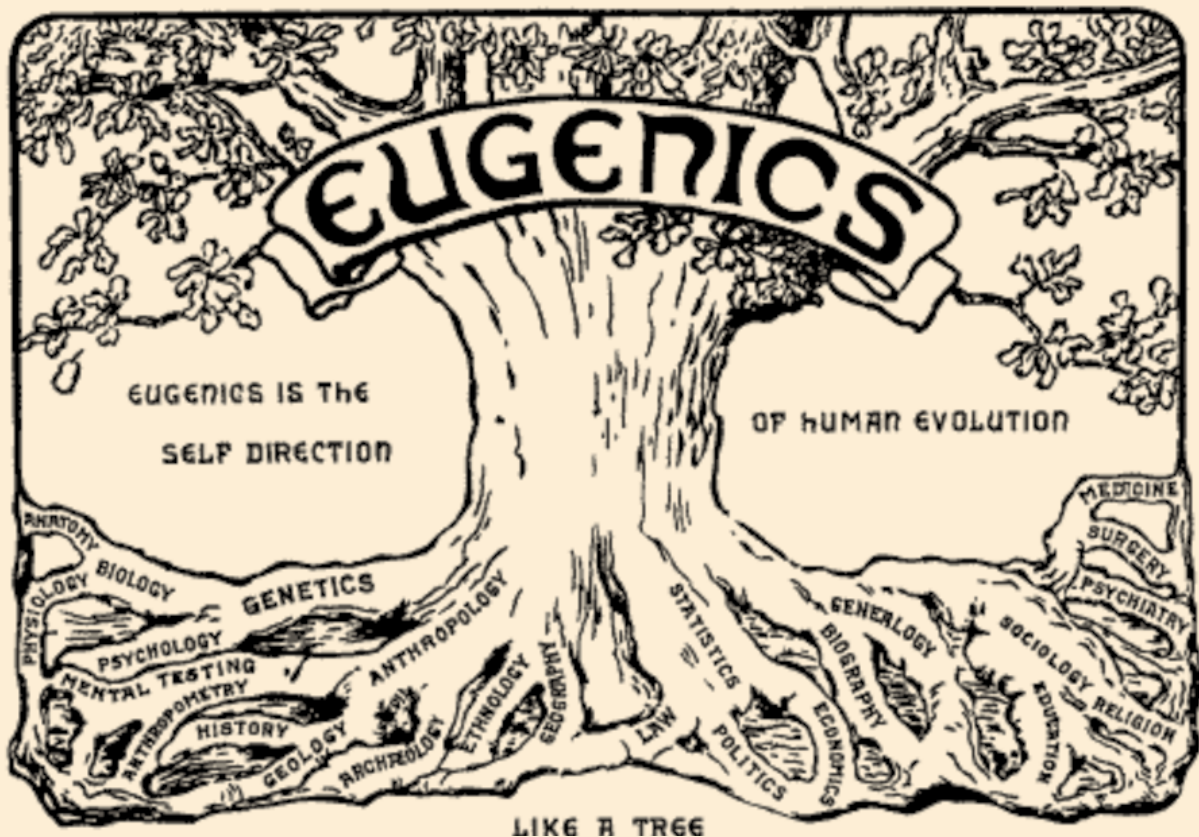
Impoem-se uma ultima pergunta, de evidente importancia para os que não são familiarizados com as idéas eugênicas.

— Essa vantagem decidida, que o eugênista aponta, para a especie, não se prejudica o indivíduo? E isso não pelo lado moral, que, de certa maneira, occupa as finalidades do nosso inquerito, mas considerado do ponto de vista physiologico?

— Comprehensiva a pergunta. A esterilização é simples, sem perigo e não altera quanto aos prazeres da vida. Esterilização não é castração, como se fazia com os raptozinhos entre os germãos eunuchos para adquirir a voz de soprano e cantarem no coro das igrejas. Não é justa, pelo menos uma medida sancionada de alguma da esterilização, antes de cada caso, em todos os seus detalhes.

O termo eugenia surgiu pela primeira vez no livro Hereditary Genius (1883) de Francis Galton (1822-1911), homem não menos curioso que seu primo Charles Darwin, o autor de A Origem das Espécies (1859). De família abastada, Galton sempre esteve envolvido com o estudo das ciências emergentes do século XIX, como a Antropologia, a Estatística e a Biologia. Foi Galton quem desenvolveu o sistema estatístico de hereditariedade e de identificação única pelo polegar, hoje conhecido como método biométrico. Essa talvez tenha sido a maior contribuição de Galton para sua época e que perdurou até os dias atuais, indiscutivelmente. Sua tese era criar os instrumentos para ser possível ler, racionalizar, organizar e separar os corpos da sociedade na forma de dados, e munido destes propor um “ajuste” social. O fato novo em relação ao Iluminismo que via a sociedade como um corpo-máquina era a constatação (a partir da ciência da época) de que certos comportamentos e traços em indivíduos, e suas famílias poderiam ser transferidos de pais para filhos, de forma hereditária. A Biologia foi a disciplina que proporcionou a noção de que características podiam ser transferidas a cada geração. (PELAEZ apud GALTON, 1988)

A eugenia, nesse sentido, foi uma teoria científica, formulada por Galton para organizar e sistematizar o melhoramento da sociedade daquela Inglaterra vitoriana preocupada com a ameaça originada pelo medo de uma sublevação da população trabalhadora, das “classes perigosas”, ou “multidão”. Engendradas no cerne dos avanços da modernidade, seus adeptos acreditavam que indivíduos e suas famílias estavam degenerando, passando caracteres indesejados geração após geração. Portanto, esses grupos deviam ser entendidos e “curados”. Ao mesmo tempo, a partir das formulações de Galton, era preciso também estimular o nascimento de pessoas mais aptas, filhos e filhas daqueles mais preparados, mais inteligentes, para desempenhar as funções impostas pela vida moderna. De um lado, essas propostas eram vistas como uma forma de implementar práticas de saneamento social. No entanto, uma vez inspiradas pelo darwinismo social (uma distorção feita por Herbert Spencer do trabalho de Darwin), o princípio galtoniano de “melhoramento da raça humana” baseado nas estratégias de cruzamento de animais deveria ser estimulado e promovido. (GALTON, 1988).



Neste contexto, a eugenia desenvolveu duas vertentes que se compunham e se complementavam: a eugenia positiva e a negativa. A primeira delas muitas vezes se confunde e se desdobra na eugenia preventiva. Consistia em estimular os casamentos entre pessoas compatíveis biologicamente, preferencialmente sem mistura racial (visão predominante entre os eugenistas clássicos), a educação sexual e a promoção de fluxo migratório de indivíduos de “raças superiores”. A eugenia negativa, por outro lado, tinha como objetivo eliminar os caracteres considerados “degenerativos”, ou “fatores disgênicos,” fossem eles físicos, mentais ou morais. Tais traços deveriam desaparecer. Entre seus métodos estavam principalmente a prevenção de casamentos entre pessoas com supostas “incompatibilidades”, a esterilização (compulsória ou voluntária), o isolamento social aliado à prática de esterilização, e a prevenção da entrada de imigrantes de nacionalidades consideradas inferiores. É importante dizer que Galton foi defensor da eugenia positiva, e somente dela. A eugenia negativa encontrou eco por toda a Europa, mas foi nos Estados Unidos que firmou suas raízes violentas pela primeira vez, de forma pioneira no centro de pesquisa e divulgação Eugenics Record Office, formado com dinheiro de empresários nova-iorquinos através do trabalho de Charles Davenport, e com as primeiras leis de esterilização aprovadas no estado de Indiana em 1907. Até onde se sabe, até o ano de 1964 foram documentadas 63 mil esterilizações no país. (DIWAN, 2020)

A eugenia tornou-se tão popular nas primeiras décadas do século XX que é difícil perpassar pela história dos países democráticos sem se deparar com uma experiência particular de cada região com esta que era considerada a “religião do futuro” (HUXLEY, 1936). O fato é que, após 1945, eugenia virou um tabu e houve um consenso global que determinou que ela ficaria circunscrita ao conjunto de ações contidas no Holocausto. Durante o Tribunal de Nuremberg (1948) houve uma tentativa, por parte da defesa, de reavivar o fato de que a eugenia não era uma prática exclusivamente da Alemanha nazista, perguntando durante o depoimento de Karl Brandt, criador do programa de eutanásia conhecido como T-4:

“Como pode uma nação [Estados Unidos] que detém a liderança na experimentação humana em qualquer forma concebível, como pode esta nação ousar a punir outras nações que apenas copiaram seus procedimentos experimentais?”⁵ (BRANDT apud BLACKBURN, 2021)

Nesse tribunal internacional, além de condenar parte dos responsáveis pelos horrores cometidos pelo projeto do terceiro Reich, foi feito também um “acordo global” legitimado pelas mudanças e reorientações terminológicas da pesquisa em biologia e genética, mas não necessariamente em seu núcleo duro, o controle populacional tendo em vista selecionar casamentos e evitar o nascimento de certos tipos humanos em diversas democracias de forma sutil, às sombras, mas efetiva. (BLACK, 2003; DIWAN, 2020)

BRASIL, UM LABORATÓRIO ANTI-POBRE

No Brasil a eugenia chegou oficialmente em 1914, com a defesa da tese de doutoramento de Alexandre Tepedino apresentada à Academia de Medicina do Rio de Janeiro, sob a orientação de Miguel Couto. Será somente a partir de 1917 que Renato Kehl (1889-1974), o maior propagandista da eugenia no Brasil, iniciará a cruzada de mais de meio século em sua defesa. Sabe-se que antes de Kehl, e mesmo na segunda metade do século XIX, na Bahia, Nina Rodrigues já lidava com os estudos de craniometria de Cesare Lombroso. Também deve-se lembrar da curta presença em terras tupis do francês Conde Arthur de Gobineau, que havia familiarizado a intelectualidade sobre o darwinismo social, e inspirou Silvio Romero, que sugeriu a possibilidade do branqueamento da população brasileira com influxo de imigrantes germânicos em 1906 (SCHNEIDER, 2005). No entanto, sob o ponto de vista médico-científico, a eugenia será inaugurada com a primeira palestra de Kehl na Associação Cristã de Moços em São Paulo, a pedido de dois americanos. Um ano depois, havia sido criada a Sociedade Eugênica de São Paulo com a subscrição de 140 personalidades do metier intelectual e médico paulista, mais um adepto especial: o escritor Monteiro Lobato, que dedicou O Problema Vital (1918), ao seu amigo, Renato Kehl.

BOLETIM DE EUGENIA

SEPARATA DA "MEDICAMENTA"

<p>EDITADO EM PROPAGANDA DO INSTITUTO BRASILEIRO DE EUGENIA Caixa Postal 2924 - Rio de Janeiro - Brasil Assig. anual do Boletim avulso 02000</p>	<p>AGOSTO DE 1900 ANNO II N. 20</p>	<p>DIRECCÃO E REDACÇÃO DR. RENATO KEHL R. Smith Vasconcellos, 63 (Aguas Fervidas) Caixa Postal 2926 — Rio de Janeiro.</p>
--	---	---

GALTON

Sábio Constructor

Por suas obras, por seu idealismo constructor, por sua vida de trabalho e de verdadeiro humanista e, mesmo, pelo seu physico esplendente de saúde e nobreza de origem, — é Galton uma das figuras mais sympathicas e capitivantes da "elite" intellectual inglesa. Lendo suas produções scientificas, conhecendo sua preoccupação obsidente de encontrar solução pratica para o problema da regeneração humana, compreendendo o seu desprendimento apostólico e philanthropico, que culminou na doação de sua esplendida fortuna para a fundação de um laboratorio de eugenia, ou examinando, simplesmente, a sua figura representada no bello quadro a óleo feito pelo celebre pintor Furse, quando elle tinha 82 annos de idade, — não se pôde deixar de dedicar a este grande homem sincero affecto e a maior admiração pelos seus esforços em prol dos noivos semelhantes.

Galton apresenta-se nesse quadro, (cuja reprodução photographica divulgamos varias vezes pela imprensa do paiz), sentado deante de sua mesa de trabalho, com o resto apoiado á mão direita, na calma posição de quem se entrega a penetrante meditação, á cata de algum êlo desconhecido ou perdido na cadeia das elucubrações scientificas.


O seu aspecto de ancão na plenitude das faculdades intellectuaes é veneravel; a physiognomia expressiva revela bondade e candura de velho-meço, de sábio e de apostolo.

Galton era primo do celebre naturalista Ch. Darwin, que esteve no Rio de Janeiro de 4 de Abril a 5 de Julho de 1822, por occasião da famosa viagem no "Beagle" ao redor do mundo, cuja descrição teve a maior importancia para o progresso da sciencia e na qual se encontram as mais amavel referencias a nossa terra, além de muitas passagens em que registrou calorosas palavras de admiração pela belleza de nossos panoramas realmente inigualave's.

Tiveram ambos por bisavô Erasmo Darwin botânico, zoologista, autor da importante obra "Zoonomia", na qual se acha uma tentativa de exploração da natureza animal, porém muito embuada de metaphysica. Erasmo teve dois filhos que se distinguiram como medicos: Roberto, pai de Carlos Darwin, botânico e creador do darwinismo e Carlos, cuja filha, casada com Galton, deu nascimento ao nosso Francis Galton, que veio ao mundo em 1822, quando o seu primo Carlos já havia completado 12 annos de idade.

Nota-se na familia Darwin, pela pequena relação citada, um exemplo patentes de hereditiedade intellectual revelada em varios de seus membros que apresentaram notavel facilidade de analyse para questões de biologia, além de imaginação creadora e preoccupações de interesse verdadeiramente pratico.

Galton, nascido de forte e illustre estirpe, não podia escapar aos bons desígnios que o fizeram patrono de uma das mais bellas ideas destes ultimos seculos. Foi um typo perfeito e equilibrado de homem:



physicamente, robusto; psychicamente, um superior; moralmente, um typo exemplar. Como medico, como naturalista, como anthropologista e philosopho deu provas de seu alto valor; não foi um especulativo, como tantos que se apaixonam pelas nevruras de uma aze de mosquito ou que se engolfam em divagações theoricas sem qualquer valor scientifico ou utilidade pratica. Ao contrario, pois, da maioria dos pesquisadores, dos idealistas e dos pensadores, que tanto mais se dedicam a um assumpto, quanto mais se afastam da realidade das coisas terrenas, Galton nunca se perdeu nos domínios dos microscopistas ou no reino da Utopia, devotando-se, como homem de acção utilitaria para estabelecer um conjunto systematizado de medi-

Luta de Quarenta Anos

Estava praticamente concluida a entrevista. Fizemos ainda uma última indagação, sobre se os resultados alcançados compensavam os longos anos de luta pelo ideal eugênico.

— Certamente, — respondeu o Dr. Kehl — Jamais pretendi resultados rápidos. Os projetos de caráter eugênico, apresentados desde 1918 à Câmara dos Deputados por vários representantes cientes e conscientes do valor das medidas eugênicas, algumas sugeridas pela Comissão Central Brasileira de Eugenia e constantes dos livros que publiqui, foram torpedeados ou engavetados. Contudo, o ideal eugênico manteve-se e, como é natural, terminará victorioso. Os espiritos esclarecidos não só comprehendem, como louvam as intenções da nossa campanha de 40 annos. Chegou a vez de o homem cuidar geneticamente do homem. Um povo, disse e ora repito, se estiola e degenera, quando no seu seio os tipos inferiores têm mais filhos do que os capazes e bem-dotados. Felizmente o público comprehende essa verdade e, expon-taneamente, colabora para a eugeniização do nosso País, adotando por própria conta as medidas indicadas. A frequência aos Postos de Eugenia atesta o que acabamos de afirmar.

A história da eugenia no Brasil ainda tem muito por ser conhecida, por suas diversas facetas e disfarces na esteira do sanitarismo. A historiografia tem se dedicado arduamente a avançar as reflexões e jogar luz nas sombras desse movimento, e de suas relações e entrelaçamentos com a classe dirigente brasileira. Em poucas palavras, havia uma necessidade nas primeiras décadas do século XX de afirmar o Brasil como um estado-nação, definir a identidade do povo brasileiro. O impasse era que não era possível criar um “povo brasileiro”, pois ele já existia, estava ali, abandonado, marginalizado pelo Estado. Como disse um dos “evangelizadores” da eugenia brasileira, o jornalista Mario Pinto Serva, “o Brasil está pronto, mas estará o brasileiro?” Era necessário formá-lo, saná-lo, racionalizá-lo. Mas, na tentativa de sanar os traços indesejáveis do povo, era necessário não somente um processo de educação, mas também de controle e seleção. A eugenia forneceria as ferramentas para isso. O estatuto da Sociedade Eugênica de São Paulo dizia:

“estudar as leis da hereditariedade; a regulamentação do meretrício, dos casamentos e da imigração; as técnicas de esterilização; o exame pré-nupcial; a divulgação da eugenia e o estudo e aplicação das questões relativas a influência do meio, do estado econômico, da legislação, dos costumes, do valor das gerações sucessivas e sobre aptidões físicas, intelectuais e morais” (ESTATUTO, 1918)

No entanto, é importante ressaltar que havia uma cisão entre eugenistas agravada ao longo dos anos. Essencialmente, como exposto pelo Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia (1930), dois grupos se antagonizaram na adoção do melhor método de ação. De um lado, propunha a eugenia aos moldes dos Estados Unidos, e de outros países europeus como a Suécia, a Alemanha e mesmo o México. Segregar as diferentes raças mantendo-as separadas para possibilitar o desenvolvimento de seu potencial pleno e eliminando os “fatores disgênicos” em cada uma delas. Surdez, cegueira, tuberculose, pobreza, e assim por diante. Esta era a linha defendida por Renato Kehl e seus apoiadores. De outro lado, havia a proposta de miscigenar e proporcionar a diluição dos caracteres considerados mais fracos etnicamente através do branqueamento. Esta era a tese que mesclava a teoria da hereditariedade, a eugenia, e a Antropologia. Essa tese foi defendida por Roquette-Pinto e João Batista de Lacerda (DIWAN, 2007, p. 115). Note-se que ambos os grupos partiam do mesmo pressuposto, de que havia diferenças e mesmo uma hierarquia entre raças, e que era necessário eliminar determinados traços, tendo em vista aperfeiçoar a raça eliminando os “fatores disgênicos” mentais, físicos ou morais. Para os eugenistas favoráveis à segregação, não havia necessariamente um “problema

racial”, se a condição fosse cada grupo ser mantido em seu lugar. Em outra perspectiva, não havia um problema racial pela vertente da miscigenação, pois em sua positividade o branqueamento através de sucessivas gerações seria alcançado inevitavelmente. Sob essa última premissa, foi admitido o mito da democracia racial no Brasil. Por essa razão, muitas vezes há uma confusão de que a eugenia não era uma prática racista. Renato Kehl era adepto do racismo científico e alinhado com a visão de que existe uma hierarquia racial, mas ao mesmo tempo potências e positivities em todos os grupos. Ele afirma que:

“Se no Brasil, pelo caldeamento de sangues, resultaram os mestiços acima referidos, e se estes, com o continuar do mesmo, tendem progressivamente a desaparecer, é porque a raça branca, sendo superior, prevalece sobre a inferior. [...] Comprovado está que os mestiços são inferiores, representando produtos quase híbridos, faltando-lhes apenas a infecundidade, para receberem essa designação integral. O mestiço representa o produto de fusão de duas energias hereditárias diversas, quase antagônicas, fusão de cromossomos quase irreconciliáveis, e que só a benevolência da natureza permitiu se associarem” (KEHL, 1935)

Como foi dito, ainda são necessários trabalhos que confirmem a tese de que a eugenia no Brasil foi branda e menos voltada para a eugenia negativa (esterilizações e coerções), e mais focada aos métodos de higienização, educação, comportamento e medicina social, ou eugenia positiva e preventiva. Particularmente, nos últimos anos minhas pesquisas têm indicado uma possibilidade diferente daquela que publiquei em Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo (DIWAN, 2007). Muito grande foi o investimento e o esforço intelectual e editorial para disseminar a eugenia dentro dos círculos médicos e científicos e, tendo em vista que em outras partes do mundo, houve inúmeras ações nesse sentido, no Brasil elas podem ter acontecido também. Resta uma investigação histórica sistemática profunda e em nível nacional para que essa tese seja confirmada ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAR, Nicholas. *Liberal Eugenics: In Defense of Human Enhancement*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004.
- BASHFORD, Alison; LEVINE, Phillipa (Org.). *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*. New York: Oxford University Press, 2010.
- BLACK, Edwin. *A Guerra contra os fracos: a eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior*. São Paulo: A Girafa Editora, 2003.
- BLACKBURN, Bessie (2021) "Cited at Nuremberg: The American Eugenics Movement, its Influence Abroad, the Buck v. Bell Decision, and the Subsequent Bioethical Implications of the Holocaust," *Bound Away: The Liberty Journal of History*: Vol. 4 : Iss. 1 , Article 1. Available at: <https://digitalcommons.liberty.edu/ljh/vol4/iss1/1>
- BOARINI, Maria Lucia (org.) *Higiene e Raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil*. Maringá: Eduem, 2003.
- (org.) *A busca da perfeição: o ideário eugenista em pauta*. Maringá: Eduam, 2019.
- CPMI. *Comissão Parlamentar Mista de Inquérito*. Brasília, 1993.
- CARVALHO, Leonardo Dallacqua de. *A eugenia no humor da revista ilustrada Careta: raça e cor no Governo Provisório (1930-1934)*. Dissertação de Mestrado em História. UNESP, Assis, 2014.
- DECRETO. Decreto 24.215, de 9 de Maio de 1934. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24215-9-maio-1934-557900-publicacaooriginal-78647-pe.html>
- DIWAN, Pietra. *Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo*. São Paulo: Editora Contexto, 2007.
- DIWAN, Pietra. *Entre Dédalo e Ícaro: cosmismo, eugenia e genética na invenção do transhumanismo norte-americano (1939-2009)*. Tese de Doutorado em História. PUC-SP, 2021.
- ESTATUTO. *Estatuto da Sociedade Eugénica de São Paulo*. 1918.
- FERREIRA, Bruna Santana de Sá. *O choque das raças: eugenia, literatura e imprensa em Monteiro Lobato*. 2016. 159 f. Dissertação (Mestrado em História). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2000.
- GALTON, Francis. *Herencia y Eugenesia*. Madrid: Alianza Editorial, 1988.
- HABIB, Paula Arantes Botelho Briglia. *Eis o mundo encantado que Monteiro Lobato criou: raça, eugenia e nação*. 2003. 175 p. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.
- HUXLEY, Julian. *Eugenics and Society*. *Nature*. 1936. N. 3467. Vol 137.
- GÓES, Weber Lopes. *Racismo, eugenia no pensamento conservador brasileiro: a proposta de povo em Renato Kehl*. 2015. 276 f. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2015.
- KEHL, Renato. *Lições de Eugenia*. Rio de Janeiro: Editor Brasil, 1935.
- MAIO, Jair de Souza Ramos e Marcos Chor. *Entre a riqueza natural, a pobreza humana e os imperativos da civilização, inventa-se a investigação do povo brasileiro*. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Raça como Questão: História, Ciência e Identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.
- MUNARETO, Geandra Denardi. "A ciência como regeneradora da nação: eugenia e autoritarismo no pensamento de Oliveira Vianna, Azevedo Amaral, Renato Kehl e Belisário Penna." (2017). 286 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em História, PUCRS.
- O ESTADO de Minas, "Ministro da Educação: alunos com deficiência "atrapalham". 16/08/2021.
- SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. "Transformações do corpo: controle de si e uso dos prazeres" em *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Organizado por Margareth Rago, Luiz Lacerda Orlandi e Alfredo Veiga-Neto. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- SCHNEIDER, Luiz Alberto. *Sílvio Romero: hermeneuta do Brasil*. São Paulo: Annablume, 2005.
- SANTOS, Ricardo Augusto. *Pau que nasce torto, nunca se endireita! E quem é bom, já nasce feito? Esterilização, Saneamento e Educação: uma leitura do Eugénismo em Renato Kehl (1917-37)*. Niterói: UFF, 2008. 257f. Tese (Doutorado em História), Departamento de História, Universidade Federal Fluminense, 2008.
- SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *A Política Biológica como Projeto: a "Eugenia Negativa" e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. 2006, 220f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2006.
- TURDA, Marius. *Crafting Humans: from genesis, to eugenics and beyond*. Taipei: National Taiwan University Press, 2013.

1 Michel Foucault define o biopoder como as tecnologias desenvolvidas a partir do século XVIII e centradas nas disciplinas do trabalho na forma de técnicas de poder dirigidas ao corpo individual. Desse biopoder emana uma biopolítica que, além da individualização disciplinar, o vê como corpo-máquina e parte de uma massa global, afetada por processos de conjunto e massificastes. Aula de 17 de Março de 1976 (Foucault, 2000, 285-315).

2 "How can the nation which holds the lead in human experimentation in any conceivable form, how can that nation dare to accuse and punish other nations which only copied their experimental procedures?"

3 Dentre alguns trabalhos significativos na historiografia brasileira sobre a eugenia destacam-se BOARINI (2003, 2019); HABIB (2003); DIWAN (2003; 2020); SOUZA (2006); SANTOS (2008); MAIO (2010); CARVALHO (2014); GOES (2015); FERREIRA (2016); MUNARETO (2017).



**DR. LEOPOLDO LUIZ
DOS SANTOS NETO**

*Medicina Interna
leopoldoluiz99@gmail.com*

PREDADOR, RETRATAÇÃO, SPIN E ARTIGO ZUMBI: MODERNIDADES ALARMANTES!

A pedra angular da evolução da ciência médica é a publicação da pesquisa. Uma grande descoberta costuma ser reproduzida e citada por outros pesquisadores. Oliver Lowry (1910-1996) foi um renomado pesquisador norte-americano que contribuiu para o desenvolvimento de uma técnica de dosagem de proteínas¹. Pelo seu artigo seminal, publicado em 1951, ele já foi citado 225.059 vezes, estabelecendo um recorde em citações²! Nem sempre o resultado de uma pesquisa costuma ser assim tão retumbante.

Muitas vezes, uma publicação apresenta viéses (erros sistemáticos) ou spin (extrapolação inadequada, interpretação incorreta ou exagerada sobre tratamentos/procedimentos) que limitam, mas não invalidam, o estudo. O spin também ocorre na investigação biomédica publicada, por vezes conhecida como ‘science hype’ ou sensacionalismo hiperbólico de divulgação, onde as descobertas científicas são inadequadamente superestimadas³. Na literatura científica o spin refere-se a práticas de informação específicas que distorcem a interpretação dos resultados e induzem em erro a leitura dos mesmos, para que os resultados sejam vistos de uma forma mais favorável⁴. Nesse caso, vale o aforisma de Niels Bohr, Nobel da física quântica, “Verdade e clareza são complementares”.

*Figura 1. O Juízo final. (Miguelangelo di Ludovico Buonarroti Simoni, 1541).
Afresco, Capela Sistina - Vaticano, Itália (1541)^{1,2}*





Numa amostra de 144 artigos reumatológicos randomizados-controlados, foi identificado que quase um quarto dos resumos, especialmente aqueles com resultados negativos, continham conclusões enganosas. Eles sugeriram que os autores deveriam relatar os seus resultados com maior transparência, e os revisores e editores devem assegurar que as características salientes concordam com a informação fornecida no registro da pesquisa⁵.

A qualquer momento publicações indevidas podem ser retiradas ou retratadas (retraction). Esse evento ocorre quando existe falsificação, fabricação de dados, plágio ou a pedido dos autores que detectaram um erro ou não puderam replicar seu próprio trabalho⁶. Um artigo retratado não deveria ser citado, salvo como exemplo negativo.

Recentemente, um artigo escrito sobre honestidade foi retratado. Os dados haviam sido fabricados!⁷. Para o Proceedings of the National Academy of Sciences deve ter sido um momento de tristeza, mas também demonstra a integridade e o zelo com controle de qualidade e ética do prestigioso periódico.

Uma publicação considerada inválida, por qualquer razão científica, mas que continua a ser citada sem qualquer reconhecimento aparente de sua falta de credibilidade, chama-se “artigo zumbi”. Esse tipo de artigo pode continuar sendo citado por um longo tempo⁸.

Hsiao e Schneider detectaram que até 6.704 (85,81%) artigos retratados foram citados 169.434 vezes⁹. Os artigos continuam a ser citados após a sua retratação, e a maioria (> 94%) das citações pós-retratação ainda cita os artigos retratados como uma publicação válida!⁹. A existência dessas citações ameaça a integridade da literatura científica e compromete a utilidade da retratação como mecanismo de autocorreção para a ciência.

Devemos tomar cuidado com os periódicos predatórios e de baixa qualidade que utilizam a divulgação para promover suas pesquisas de forma a criar espetáculos. As revistas predatórias representam uma ameaça para a qualidade/integridade da publicação científica. O que é um periódico predador? Os periódicos predadores são geralmente publicações de acesso aberto, que publicam





artigos online com pouca ou nenhuma revisão pelos pares, baixos padrões acadêmicos e pouca credibilidade. Estima-se que em 2015 existiam cerca de 10.000 periódicos predatórios em todo o mundo¹⁰.

O Nobel Daniel Kahneman explica que os erros resultam da tendência humana natural de dar demasiada importância às experiências familiares (leia-se: anedótico); ou seja, confiamos demasiado no processo de tomada de decisão intuitivo mais rápido e não o suficiente no processo calculado mais lento que aplica regras e estatísticas¹¹.

O julgamento final da avaliação de um artigo é sempre uma situação complexa. Muitos serão publicados, mas poucos serão os selecionados, parafraseando o significado da obra-prima de Michelangelo na Capela Sistina (figura 1). Nesse paradigma, os artigos retratados e as publicações zumbis estarão sujeitos à danação científica!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lowry OH, Rosebrough NJ, Farr AL, Randall, RJ. Protein measurement with the Folin phenol reagent. *J Biol Chem* 1951; 193: 265-75.
- 2- https://scholar.google.com.br/scholar?cites=14244920428100608083&as_sdt=2005&scioldt=0,5&hl=pt-BR (acessado em 30/08/2021)
- 3- Rinaldi A. O hype, or not to (o) hype: Communication of science is often tarnished by sensationalization, for which both scientists and the media are responsible. *EMBO reports*. 2021; 13: 303–307. Doi: 10.1038/embor.2012.39
- 4- Boutron I, Dutton S, Ravaud P, Altman DG. Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary outcomes. *JAMA*. 2010; 303:2058-64. Doi: 10.1001/jama.2010.651
- 5- Mathieu S, Giraudeau B, Soubrier M, Ravaud P. Misleading abstract conclusions in randomized controlled trials in rheumatology: Comparison of the abstract conclusions and the results section. *Joint Bone Spine*. 2012; 79:262–267. Doi: 10.1016/j.jbspin.2011.05.008
- 6- Committee on Publication Ethics, Retraction guidelines. <https://publicationethics.org/node/19896>. (Acessado em 30 de agosto de 2021).
- 7- Lee SM. A Famous Honesty Researcher Is Retracting A Study Over Fake Data. Dan Ariely Retracts Honesty Study Based On Fake Data. *BuzzFeedNews*. <https://www.buzzfeednews.com/article/stephaniemlee/dan-ariely-honesty-study-retraction> (Acessado em 30/08/2021)
- 8- Bucci EM. On zombie papers. *Cell Death Dis*. 2019; 10: 188-189. Doi: 10.1038/s41419-019-1450-3.
- 9- Hsiao T-K, Schneider J. Continued use of retracted papers: Temporal trends in citations and (lack of) awareness of retractions shown in citation contexts in biomedicine. 2021. (Preprint at OSF: <https://osf.io/4jexb/>)
- 10- Shen C, Björk BC. "Predatory" open access: a longitudinal study of article volumes and market characteristics. *BMC Med* 2015;13: 230-245. Doi: 10.1186/s12916-015-0469-2
- 11- Kahneman D. *Rápido e devagar*. Editora: Objetiva; 1ª edição, 2012
- 12- Miguelangelo. O juízo final. <https://www.museivaticani.va/content/museivaticani/en/collezioni/musei/cappella-sistina/giudizio-universale.html#&gid=1&pid=1> (acessado em 30 de agosto de 2021)

REUMATO NA PRÁTICA



DRA. MAÍRA SANT ANNA GENARO DE BRITO

Residência em Clínica Médica – UNIC/HGU

Residência em Reumatologia - UNB/HUB

Título de Especialista pela SBR e AMB

Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMT

Preceptora e Tutora da Universidade Cuiabá-UNIC

DOENÇA ARTICULAR INFLAMATÓRIA INDUZIDA PELO VÍRUS CHIKUNGUNYA: A PERCEPÇÃO DO REUMATOLOGISTA.





FEBRE CHIKUNGUNYA

A febre Chikungunya foi descrita pela primeira vez em 1953, em Newala, Tanzânia, sucedendo a uma epidemia ocorrida na região entre 1952-1953, tornando-se endêmica na África tropical, sul e sudeste asiático. Em 2013, o vírus foi introduzido nas Américas, pela ilha de San Martin Caribe. Desde então, tornou-se uma pandemia, atingindo mais de 100 países e sendo responsável por números superiores a 10 milhões de casos.²⁹ O aumento do turismo, a infecção de populações que não tinham história prévia de contato com o agente e mutações virais são as principais razões envolvidas na disseminação do CHIKV.²³

O CHIKV é classificado em quatro genótipos com características antigênicas distintas: o do Oeste Africano, o Asiático, do Oceano Índico e Leste/Centro/Sul Africano (ECSA).¹⁹ No Brasil, dois genótipos foram introduzidos entre 2014-2015: ECSA pela Bahia e Asiático por Roraima, com diferentes probabilidades de dispersão pelo país, incluindo o estado de Mato Grosso.²¹

O período de incubação do vírus em média é de 2-7 dias. Constatou-se que 3% a 28% dos indivíduos infectados permanecem assintomáticos, porém a maioria evolui com febre (>39°C) que coincide com a viremia e caracteriza o início da fase aguda da doença. Manifestações clínicas presentes nessa fase incluem mialgia, artralgia, edema articular, lombalgia, cefaleia, fotofobia e exantema maculopapular. Estes sinais e sintomas agudos geralmente desaparecem em 7-14 dias, porém uma parcela significativa dos infectados evolui com manifestações subagudas e crônicas, que podem persistir por semanas, meses e anos.⁵ O quadro subagudo ocorre entre quatorze dias a três meses, com o predomínio de queixas articulares. As manifestações clínicas são consideradas crônicas quando permanecem por um período superior a três meses. Nesta fase também persiste o comprometimento articular, mas há relatos de alterações em outros sistemas e aparelhos, como alopecia, depressão e envolvimento cardiovascular.¹



Os fatores de risco associados à evolução crônica da doença são idade superior a 35 anos, sexo feminino, doenças articulares preexistentes, comorbidades, manifestações articulares preponderantes durante a fase aguda da doença e presença de polimorfismos do HLA.

Dentre as apresentações clínicas articulares frequentes estão a poliartrite, inflamação periosteal, tenossinovite e entesopatia. A artrite e a artralgia crônica usualmente são descritas como simétricas migratórias ou não migratórias, com rigidez matinal associada nas articulações das mãos, punhos, pés e tornozelos.³⁰ Há exacerbação da dor em locais com dano articular prévio à infecção pelo CHIKV. Alguns portadores do quadro articular persistente preenchem os Critérios Classificatórios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) de 2010 para Artrite Reumatoide, e possuem risco de evoluir com dano estrutural articular semelhante aos encontrados na Artrite Reumatoide se houver manutenção desse processo inflamatório por períodos superiores a 1-2 anos.²⁰

Chang et al registraram um painel de citocinas semelhante ao encontrado na Artrite Reumatoide em pacientes com manifestações articulares crônicas pelo CHIKV, incluindo $IFN\alpha$, IL-1 β , IL-5, IL-6, IL-10, IL-7, IL-15 e TNF- α , apesar de o vírus não ser identificado no líquido sinovial destes pacientes. A IL-17 é uma citocina encontrada em ambas as doenças, que pode conduzir à destruição da matriz e dos ossos pela estimulação de IL-6, TNF α , IL-1 β , metaloproteinases da matriz e do receptor ativador do fator nuclear kappa-B (RANKL). Nestes casos, a IL-6 age sobre o RANKL inibindo a osteoprotegerina (OPG) liberada pelos osteoblastos, tendo como desfecho a redução da densidade mineral óssea.³

Nos pacientes que desenvolveram o quadro articular crônico, observou-se número aumentado de células natural killers por um período superior a 30 dias após estabelecimento da doença, níveis elevados de IgM após seis meses do processo infeccioso e atraso na resposta de IgG3.¹⁴ A persistência viral nos tecidos é considerada um mecanismo potencial de cronicidade e foi demonstrada em macrófagos sinoviais por um período de até 18 meses.¹²



Os achados histopatológicos característicos encontrados em amostras articulares de pacientes infectados pelo CHIKV são de proliferação vascular, presença de macrófagos perivasculares e hiperplasia sinovial. Os macrófagos podem ainda estender-se para áreas circunjacentes, como os tecidos conectivo e peritendíneo e músculos.¹² As biopsias musculares provenientes dos quadríceps de pacientes infectados por Chikungunya nas fases aguda e crônica da doença evidenciaram atrofia e necrose, resultando em mialgia e redução da força muscular nessas estruturas.¹⁸

Um estudo publicado no último ano no nosso serviço buscou identificar biomarcadores rápidos, simples e de baixo custo que auxiliassem a determinar o diagnóstico e a monitorar a atividade articular induzida pelo vírus Chikungunya. Selecionamos 106 indivíduos com diagnóstico de doença articular inflamatória crônica pós-chikungunya e submetemos ao exame clínico e à coleta das seguintes provas inflamatórias: proteína C reativa

(PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS) e ferritina. A partir destes dados calculamos os índices de atividade da doença articular de cada paciente (DAS-28 pelo PCR e pelo VHS; e CDAI). Os resultados demonstraram que não houve significância estatística na comparação entre os níveis séricos das provas inflamatórias, e os valores compatíveis com doença de moderada atividade pelo DAS-28 e CDAI na amostra.¹¹ Constatando-se que, apesar das similaridades com a Artrite Reumatoide, não podemos utilizar os mesmos parâmetros laboratoriais para avaliação e seguimento ambulatorial.

As manifestações crônicas da infecção pelo CHIKV, principalmente as articulares, estão relacionadas a um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes. No seguimento destes indivíduos por Rahim et al. em 2016 e Couturier et al. em 2012, foram documentadas incapacidades graves de acordo com o Health Assessment Questionnaire (HAQ) e o Questionário de Qualidade de Vida SF-36.¹ Estes estudos preliminares demonstram a necessidade do controle da dor e da prevenção da progressão articular através instituição de condutas propedêuticas e terapêuticas adequadas, a partir do diagnóstico precoce da infecção pelo CHIKV e suas complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AALST, M. V. et al. Long-term sequelae of chikungunya virus disease: A systematic review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, v. 15, p. 8-22, 2017.
2. ALVAREZ, M.F. et al. Cardiovascular Involvement and Manifestations of Systemic Chikungunya Virus Infection: A Systematic Review. *F1000Research*, v. 6, n. 360, 2017.
3. AMARAL, J.K. et al. Chronic Chikungunya arthritis and rheumatoid arthritis: what they have in common. *The American Journal of Medicine*, v.133, n.3, p.91-97, 2020.
4. ANFASA, F. et al. Hyperferritinemia is a potential marker of chronic chikungunya: A retrospective study on the island of Curaçao during the 2014-2015 outbreak. *Journal of Clinical Virology*, v. 86, p. 31-38, 2017.
5. BRITO, C.A.A. et al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline. *Rev Soc Bras Med Trop*, v. 49, n. 6, p. 668-679, 2016.
6. BRUNINI, S.B. et al. High frequency of Mayaro virus IgM among febrile patients, central Brazil. *Emerging Infectious Disease*, v. 23, n. 6, 2017.
7. CASTRO, A.P.C.R. et al. Chikungunya: a vision of the pain clinician. *Rev Dor*, v. 17, n. 4, p. 299-302, 2016.
8. CAUDERC, T. et al. Chikungunya virus pathogenesis: From bedside to bench. *Antiviral Research*, v.121, p. 120-131, 2015.
9. CHIRATHAWORN C et al. Cytokine levels in patients with chikungunya virus infection. *Asian Pac J Trop Med*, v.6, n. 8, p.631-4, 2013.
10. ESPOSITO, D.L.A. et al. Zika and Chikungunya infections in Brazil: reviewing the epidemic and treatment options. *Rev Soc Bras Med Trop*, v. 49, n. 5, p. 535-536, 2016.
11. GENARO, M.S. et al. Ferritin, Erythrocyte Sedimentation Rate and C-Reactive Protein level in Chikungunya-induced chronic polyarthritis. *AJTMH*, v. 103, n. 5, p. 2077-2082, 2020.
12. GOUPIL, B. A. et al. A Review of Chikungunya Virus-induced Arthralgia: Clinical Manifestations, Therapeutics, and Pathogenesis. *The Open Rheumatology Journal*, v. 10, p. 129-140, 2016.
13. HOLLAND, R. et al. Viral Arthritis. *Aust Fam Physician*, v. 42, n. 11, p.770-773, 2013.
14. HORCADA, M. L. et al. Chikungunya Fever. Rheumatic Manifestations of an Emerging Disease in Europe. *Reumatol Clin*, v. 11, n. 3, p. 161-164, 2015.
15. JOHNSON, B.W. et al. Laboratory Diagnosis of Chikungunya Virus Infections and Commercial Sources for Diagnostic Assays. *The Journal of Infectious Diseases*, v. 214, n. 5, p.471-474, 2016.
16. KONAI, M.L. et al. Biopsia sinovial. *Revista Brasileira de Medicina*. Editora Moreira Júnior.
17. KRUTIKOV, M. et al. Chikungunya Virus Infection: An Update on Joint Manifestations and Management. *Rambam Maimonides Medical Journal*, v. 7, n. 4, 2016.
18. LENTSCHER, A.J. et al. Chikungunya virus replication in skeletal muscle cells is required for disease development. *J Clin Invest.*, v. 130, n. 3, p. 1466-1478, 2020.
19. MATHEW, A.J. et al. Chikungunya Infection: a Global Public Health Menace. *Curr Allergy Asthma Rep*, v. 17, n.2, p. 13, 2017.
20. MINER, J.J. et al. Chikungunya Viral Arthritis in the United States. *Arthritis and Rheumatology*, v. 67, n.5, p. 1214-1220, 2015.
21. Nunes MR, et al. Emergence and potential for spread of Chikungunya virus in Brazil. *BMC Med*, v. 30, n.13, p.102, 2015.
22. ONTEVILLE, L.C. et al. Phylogenetic analyses of chikungunya virus among travelers in Rio de Janeiro, Brazil, 2014-2015. *Men Inst Oswaldo Cruz*, v. 111, n. 5, p. 347-348, 2016.
23. PATHAK, H. et al. Chikungunya Arthritis. *Clinical Medicine*, v. 19, n. 5, p. 381-5, 2019.
24. PINEDA, C. et al. Chikungunya in the region of the Americas. A challenge for the rheumatologists and health care systems. *Clin Rheumatol*, v. 35, p. 2381-2385, 2016.
25. SANTIAGO, FW et al. Long-Term Arthralgia after Mayaro virus infection correlates with sustained proinflammatory cytokine response. *PLoS Negl Trop Dis*, v. 9, n. 10, e0004104, 2015.
26. SARANGAN, G et al. Cytokine profile in response to Chikungunya virus (CHIKV) associated with CHIKV polyarthritis in acute febrile patients from South India. *Int J Inf Dis*, v. 45, n. 1, p.455, 2016.
27. SCHNIERLE, B.S. Cellular Attachment and Entry Factors for Chikungunya Virus. *Viruses*, v. 9, n.11, p.11, 2019.
28. SERRA, O.P. et al. Mayaro virus and Dengue virus 1 and 4 natural infection in culicids from Cuiabá, state of Mato Grosso, Brazil. *Men Inst Oswaldo Cruz*, v. 111, n. 1, p. 20-29, 2016.
29. SUHRBIER, A. Rheumatic manifestations of Chikungunya: emerging concepts and interventions. *Nature Reviews-Rheumatology*, 2019.
30. WAYMOUTH, H.E. et al. Chikungunya-related arthritis: Case report and review of the literature. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, v. 43, p. 273-278, 2013.

REUMATOPED

**DRA. MARIA CUSTÓDIA MACHADO RIBEIRO**

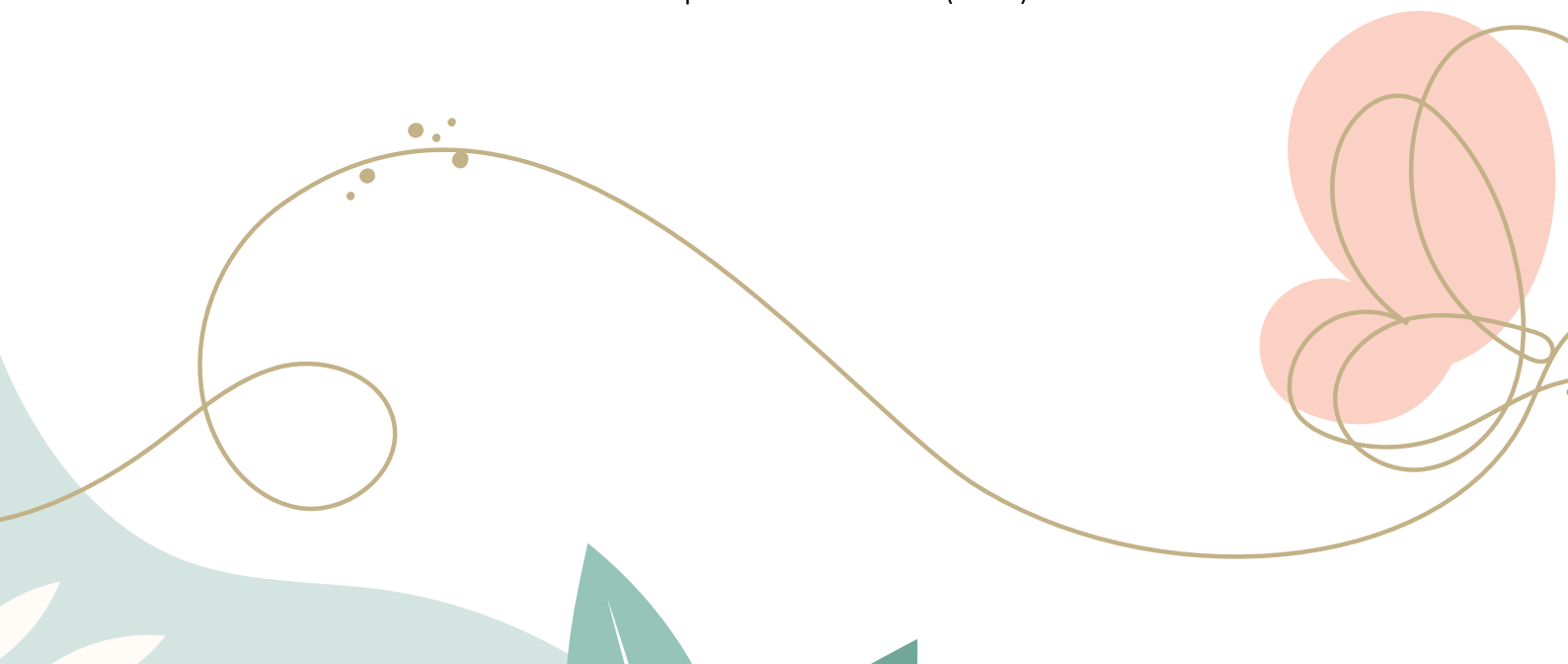
*Reumatologista Pediátrica
Ex-Coordenadora da residência médica em Reumatologia
Pediátrica do Hospital da Criança de Brasília.
Mestrado em Pediatria na área de reumatologia
Pediátrica pela UnB*

REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DE BRASÍLIA - DF

A Reumatologia Pediátrica (RP) de Brasília teve início em 1987, no setor de Pediatria do Hospital de Base do Distrito Federal com a Dra. Maria Custódia Machado Ribeiro, ao retornar do estágio, em horário integral, por cinco meses em três diferentes serviços de RP de São Paulo: ICr-FMUSP, sob a supervisão da Dra. Maria Helena Kiss; na Santa Casa de São Paulo, com a Dra. Wanda Bastos, e no Hospital São Paulo - UNIFESP - com a orientação da Dra. Maria Odete Hilário e do Dr. José Goldemberg.

No início, as atividades de ambulatório e o acompanhamento dos pacientes internados no setor de RP eram realizadas em conjunto com as médicas Dra. Lucia Gonçalves Macedo e Dra. Helenice Gonçalves Teixeira, ambas reumatologistas de adulto do Hospital de Base do DF.

Em 1990 a Dra. Ligia Ribeiro Pastana foi admitida no setor de RP, permanecendo por um ano. Em 1997 a Dra. Cristina Medeiros Ribeiro de Magalhães assumiu o serviço, como responsável pela residência médica e na coordenação da preceptorial de residência médica em RP, até o ano de 2007, período que a Dra. Maria Custódia estava na chefia da Unidade de Pediatria do Hospital Materno Infantil (HMIB) da Asa Sul e no setor de



Pediatria do Hospital Universitário de Brasília (HUB). A Dra. Cristina fez sua formação em Reumatologia Pediátrica no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro sob a supervisão da Dra. Eneida Correia Lima.

Em 2008 a Dra. Maria Custódia retorna ao HBDF, e a Dra. Cristina Magalhães opta por redução da carga horária, devido à sua atuação como professora na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), continuando com um ambulatório e uma visita à enfermaria da especialidade por semana.

Em 2000 a Dra. Patrícia Vasconcelos, em 2006 a Dra. Marne Rodrigues Pereira Almeida e o Dr. Fabio Tadeu de Oliveira, em 2008, passaram a compor a equipe da RP. A Dra. Simone de Oliveira Alves e a Dra. Aline Islabão Garcia ingressaram nos anos de 2014 e 2015 respectivamente. Tanto a Dra. Patrícia Vasconcelos, como a Dra. Marne Rodrigues Almeida, o Dr. Fabio Tadeu de Oliveira e a Dra. Simone de Oliveira Alves fizeram residência em reumatopediatria no HBDF. A Dra. Aline Islabão Garcia fez estágio por dois anos no Instituto da Criança (ICr-FMUSP) sob a coordenação do professor Dr. Clovis Artur Silva.

Todos os componentes da equipe faziam ambulatório da especialidade, visita à enfermaria e participavam das atividades científicas como clube de revista, discussão de caso clínico e aulas que eram administradas pelos residentes e staffs do setor. As reuniões científicas com a reumatologia de adulto continuaram até a transferência do setor para o Hospital da Criança de Brasília (HCB).

Em outubro de 2011, o atendimento ambulatorial do HBDF foi transferido para o HCB.

Entretanto, os pacientes continuavam chegando para consulta no HBDF. Esses pacientes eram transportados pela van da Abrace para o HCB, onde fazíamos o atendimento.

De 2011 até 2018, a assistência continuou entre os dois hospitais: internação no HBDF e os pacientes ambulatoriais e do hospital dia no HCB. No dia 19 de novembro de 2018, fizemos a mudança da internação da Unidade de Pediatria do HBDF para o HCB. A partir de então, deixaríamos definitivamente o 7º andar do HBDF. Foi um misto de emoções, a alegria de ter conseguido realizar um grande sonho, um hospital só para crianças e a sensação de estarmos deixando as nossas raízes.

Os ambulatórios da especialidade continuaram e agora são realizados com apoio da psicologia, dermatologia e nutrição. Contamos ainda com a equipe de fisioterapia do HCB no acompanhamento dos nossos pacientes.

A Residência médica em Reumatologia Pediátrica teve início em 1992. A duração da residência era de um ano, passando para dois anos a partir de 2014.

Havia os preceptores oficiais, reconhecidos pelo MEC, porém todos os componentes da equipe tinham função de ensino, portanto eram também preceptores.

Os residentes de pediatria do Hospital Universitário de Brasília, do HMIB e do Hospital de Taguatinga (HRT) faziam estágio tanto curricular como opcional no setor de RP do HBDF, e atualmente, no HCB.

Os residentes, além de serem responsáveis pelas reuniões científicas, aulas, clubes de revista, faziam estágio nos setores de fisioterapia, ortopedia e radiologia do HBDF. O curso de seis meses em



Imunologia na Faculdade de Medicina da UnB, sob a orientação da Dra. Maria Imaculada Muniz Barbosa Junqueira, foi iniciado ainda no período do HBDF e mantido até o momento. Atualmente, além do curso de Imunologia, os residentes fazem o curso de FAN no Laboratório Sabin, com a orientação do Professor Dr. Wiltom Silva Santos, e frequentam o ambulatório de infiltração articular, de dermatologia pediátrica e de biopsia de pele. São responsáveis junto com o preceptor do setor de infusão de medicamentos (UTE). No período entre 1992 e 2021 formamos 26 residentes originários de vários estados do país.



Durante o período de atuação no HBDF foi formado o grupo de Lupus Infantil com a participação dos pais dos pacientes, dos pacientes, de uma psicóloga e de um psiquiatra infantil, além dos staffs do setor. Esse grupo foi mantido quando da transferência para o HCB e criado o grupo de Artrite Idiopática Juvenil, com as mesmas características do grupo de Lupus, acrescido de uma nutricionista no HCB. Atualmente, devido à pandemia, as reuniões dos dois grupos estão suspensas.

Em 2009 foi realizado o VII Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica no período de 08 a 12 de outubro, de 2009, com a organização científica, social e participação de todos membros da equipe de RP do HBDF, incluindo os residentes. Realizamos também anualmente a Jornada de Reumatologia Pediátrica do HCBA (Foto 3). As participações em congressos e jornadas em reumatologia pediátrica são obrigatórias para os residentes.

Equipe inicial do setor de RP do HBDF/HCB:
Maria Custódia Machado Ribeiro, Cristina Magalhaes

Medeiros, Patrícia Aparecida Vasconcelos, Marne Rodrigues Pereira Almeida, Fabio Tadeu de Oliveira (Foto 1).

Dra. Aline Islabão Garcia e Dra. Simone de Oliveira Alves foram admitidas em 2015 e 2014 respectivamente foto2. Equipe atual: Maria Custódia Machado Ribeiro, Marne Rodrigues Pereira Almeida, Alanna Ferreira Alves e Caroline Graça de Paiva (TABELA 1). A Dra. Alanna F. Alves e a Dra. Caroline Graça de Paiva fizeram residência em RP no nosso serviço foto 4.

Dra. Patricia, em 2013, Dr Fabio Tadeu, em 2016, Dra. Cristina Magalhaes, Dra. Simone Alves e Dra. Aline Islabão Garcia deixaram o setor de RP em 2020.

TABELA 1 EQUIPES DA REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HBDF E HCB

EQUIPE DO HBDF E HCB	TITULAÇÃO	EQUIPE ATUAL DO HCB	TITULAÇÃO
Maria Custodia M. Ribeiro	DHRP, Mestrado	Maria Custodia M. Ribeiro	DHRP, Mestrado
Crisitna Magalhães Medeiros	DHRP, Mestrado e Doutorado	Marne R.Pereira Almeida	RRP
Fabio Tadeu de Oliveira	RRP	Alanna Ferreira Alves	RRP- DHRP
Patrícia Aparecida Vasconcelos	RRP	Caroline Graça de Paiva	RRP
Marne R.Pereira Almeida	RRP		
Aline Islabão Garcia	DHRP, cursando Doutorado		

DHRP: Título de habilitação em Reumatologia Pediátrica; RRP: Residência em Reumatologia Pediátrica



Da esquerda para direita: Cristina Medeiros Ribeiro de Magalhaes, Maria Custódia Machado Ribeiro, Marne Pereira Almeida, Fabio Tadeu de Oliveira, Julianna Moura de Castro Silva e Patrícia Aparecida Vasconcelos.



Da esquerda para direita sentados: Fabio Tadeu de Oliveira, Marne Pereira Almeida, Juliana Scher (estagiária). Em pé: Alice Celia Salmite Ferreira, Tania Marina Teixeira e Aline Islabão Garcia.



Da esquerda para a direita: Sara Polyana Veloso, Regiane Duque Minardi Neves, Leticia Lopes Coimbra (residente da reumatologia de adulto), Luciano Junqueira Guimarães (professor UnB), Marne Pereira Almeida, Simone de Oliveira Alves, Erica Naomi Naka Matos (reumatopediatra de Campo Grande), Aline Islabão Garcia, Alanna Ferreira Alves, Caroline Graça de Paiva, Maria Custódia Machado Ribeiro. 3ª Jornada de Reumatologia Pediátrica do HCB.



Da esquerda para a direita: Caio Alexandre Zanoni, (residente), Caroline Graça de Paiva, Agatha Siqueira Afonso (residente), Alanna Ferreira Alves, Marne Rodrigues Pereira Almeida.

RESGATE HISTÓRICO SRB

MARCOS HISTÓRICOS E PRESIDENTES DA SRN NOS 50 ANOS DE HISTÓRIA!

A seguir, temos uma linha do tempo com alguns marcos históricos da nossa SRB e o quadro com seus presidentes. **50 anos de uma bela história!!!**

01

Criação da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Carta escrita pelo Prof. Luiz Verztman, na época presidente da SBR, na qual parabeniza a Dra. Lúcia pelo início da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

1971

03

Ano Mundial do Reumatismo, sendo lançado o selo comemorativo em Brasília, além de várias atividades realizadas no DF alusivas ao evento. Publicado no Diário Oficial da União o Estatuto da Sociedade, que se tornou de fato e direito legalizada.

1977

1976

Mudança do nome para Sociedade de Reumatologia de Brasília.

02



VÍDEO



Clique e veja
50 anos
de uma bela
história!

50 ANOS

Resgate Histórico

05

XIX Congresso Brasileiro de
Reumatologia
Presidente do Congresso:
Lucia Maria Gonçalves Macedo

1981

VI Jornada Brasileira de
Reumatologia e III Jornada
Centro-Oeste
Presidente da Jornada: Lucia
Maria Gonçalves de Macedo

1992

2001

XIII Jornada Centro-Oeste
Presidente da Jornada:
Helenice Alves Teixeira
Gonçalves

04

06

07

Criação de logomarca e do primeiro site da SRB

2003

09

I Encontro GO-DF de Reumatologia. Encontro que se tornou tradicional entre as regionais Goiás e Distrito Federal.

2010

2008

Sede oficial na Associação Médica de Brasília, na Asa Sul.

08

11

XXXIII Congresso Brasileiro
de Reumatologia
Presidente: Licia Maria
Henrique da Mota

2013

Criação do Prêmio Francisco
Aires para homenagear pessoas importantes
para a história da reumatologia e da SRB.
A premiação foi realizada durante os eventos
do Encontro GO-DF. Homenageados:

- 2013 - Dr. Francisco Aires;
- 2014 – Dra. Lúcia Maria G. de Macedo;
- 2015 - Dra. Helenice Alves T. Gonçalves;
- 2016 – Dr. José Antonio Braga da Silva;
- 2017 - Dr Mario Soares Ferreira;
- 2018 - Dr Leopoldo Luiz dos Santos Neto

10

2016

2017

- Revitalização da logo e
criação do novo site da SRB
- Criação da Revista
Capital Reumato

12

13

1º ATUAR, evento de atualização em Reumatologia

2018

14

2º ATUAR, evento de atualização em Reumatologia

2019

2020

3º ATUAR, evento de atualização em Reumatologia

2021

Reformulação do site: Área restrita aos Sócios e de Emissão de Certificados dos Webinars.

- Revista Capital Reumato em Formato offline e online.

- Ampliação do Projeto ATUARTE 2021, que constará de Rodas de Terapia Comunitária Integrativa e Oficinas de Arte durante todo o ano.

- Campanha Espondiloartrites 2021: Encurtando Caminhos do Paciente até o Reumatologista.

15

16

RELAÇÃO PRESIDENTES SRB

Os presidentes SRB fizeram TUDO isso se concretizar com muito trabalho, união e com muita motivação!

- 1971-1976 – Luiz Torquato de Figueiredo
- 1977-1978 – Lucia Maria Gonçalves Macedo
- 1979-1980 – Jorge Washington Coelho /Francisco Aires Correa Lima
- 1981-1982 – Helenice Alves Teixeira Gonçalves
- 1983-1984 – Célia Maria Burgos
- 1985-1986 – Luiz Gonzaga Gomes
- 1987-1988 – Sandra Maria Andrade/Ana Maria da Silva
- 1989-1991 – Mário Soares Ferreira
- 1991-1992 – José Antônio Braga da Silva
- 1993-1994 – Luiz Fernando Scoli
- 1995-1996 – Ana Patricia de Paula / Anna Beatriz Assad Maia
- 1997-1998 – Luis Piva Junior
- 1999-2000 – Rogério da Silva Amaral
- 2001-2002 – Carlos Eduardo de Carvalho Lins
- 2003-2004 – Hellen Mary da Silveira de Carvalho
- 2005-2006 – Gustavo de Paiva Costa
- 2007-2008 – Licia Maria Henrique da Mota
- 2009-2010 – Rodrigo Aires Correa Lima
- 2011-2012 – Robson Granja Cardoso
- 2013-2014 – Cleandro Pires de Albuquerque
- 2015-2016 – Ana Patricia de Paula
- 2017-2018 – Luciana Feitosa Muniz
- 2019-2020 – Isadora Jochims
- 2021-2022 – Jamille Nascimento Carneiro

E **nesses 50 anos** foram muitas Ações,
Fóruns, Cursos e Campanhas Sociais:

- Sempre com o apoio/participação dos **nossos queridos Pacientes e suas Associações**

- Sempre com a **parceria da Indústria Farmacêutica**: agradecemos!

E esses **50 anos** foram de muitas participações
em **Congressos Nacionais e Internacionais**

E **nesses 50 anos** foram muitas
Produções Científicas

E, por que não, **muitas Confraternizações?**

E, por que não, **muita ARTE?**

E a **SRB** HOJE...

Atualmente, a sede persiste na AMBr, que agora
localiza-se no Setor de Clubes Esportivos Sul.

E o **FUTURO da SRB:**
COISAS LINDAS ESTÃO POR VIR!

DEDICATÓRIA:

Aos queridos Dr. Aires, que montou o serviço e a residência do HUB,
e Dra. Lúcia, o mesmo no Base, que sempre primaram por estabelecer
uma atmosfera cordial, alegre e colaborativa, marca da nossa regional.
Esse legado continuará sendo cultivado!

*“Reunir-se é um começo, permanecer juntos é
um progresso, e trabalhar juntos é um sucesso.”*

Napoleon Hill



Dr. Bruno Wance
Oncologista Clínico

Dra. Andresa Melo
Coordenadora
do Serviço de Hematologia
e Transplante de Medula
Óssea da Dasa Brasília

Dr. Fernando Vidigal
Oncologista Clínico
e Coordenador Médico
do Centro de Oncologia
da Dasa Brasília

Dr. Diogo Kloppel
Hematologista

Centro de Oncologia: união entre corpo clínico qualificado e a maior rede de saúde integrada do país

Os centros de oncologia do Hospital Brasília – unidades Águas Claras e Lago Sul – reúnem equipes altamente capacitadas, tecnologia de ponta e integração a maior rede de saúde integrada do país. Uma jornada completa de cuidados, da consulta ao tratamento.



Saiba mais
sobre o Centro
de Oncologia
do Hospital Brasília

Hospital
Brasília

f @ y+ /Hospital Brasília

RT: Dra. Maria de Lourdes Worisch (CRM-DF 9036)



**SOCIEDADE DE
REUMATOLOGIA
DE BRASÍLIA**

