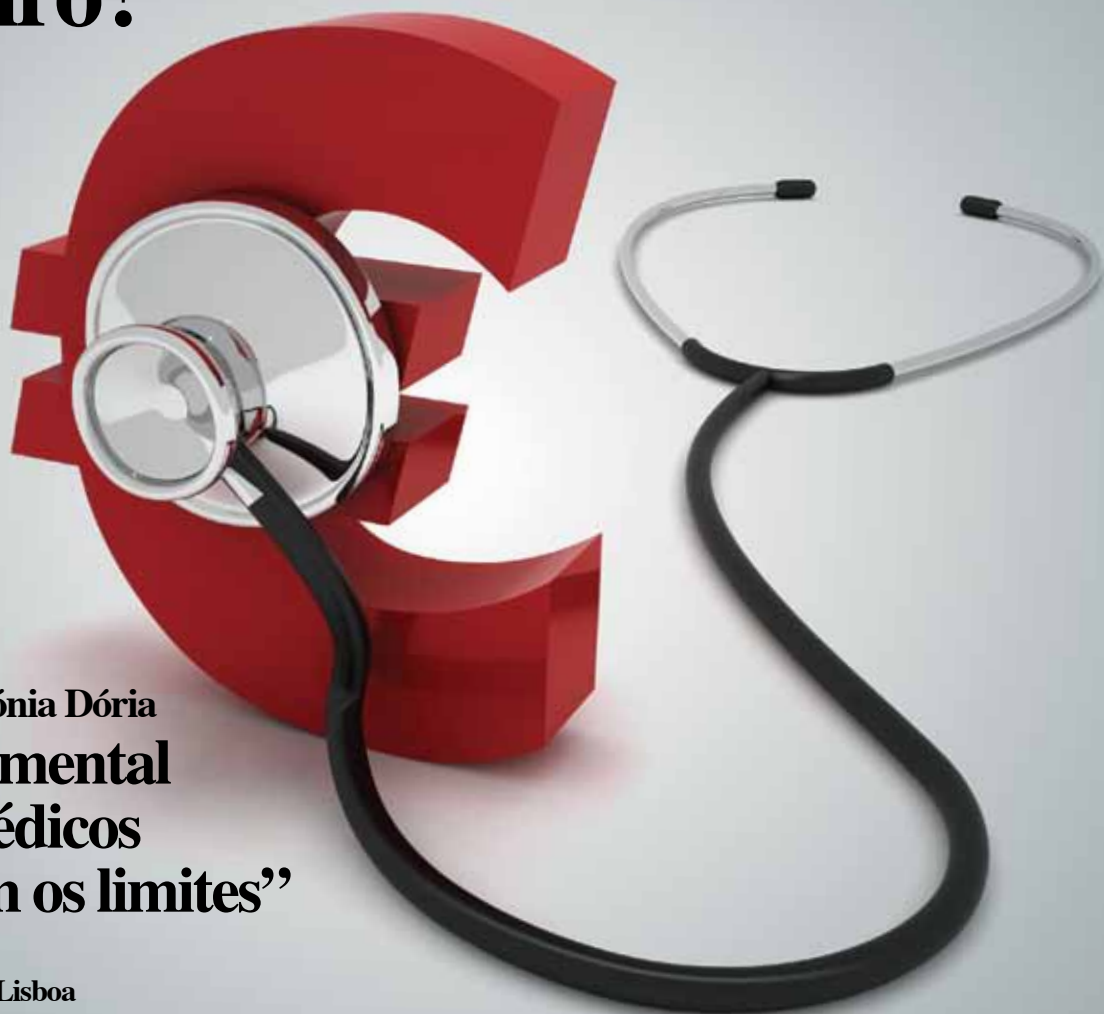


Tema de Capa

Devem os médicos preocupar-se com dinheiro?



Entrevista a Sónia Dória
“É fundamental
que os médicos
conheçam os limites”

9 de Setembro, em Lisboa

EpiReumaPt é apresentado ao público

Privado

À conversa com... Mário Rodrigues

HUMIRA[®]

adalimumab



Artrite Reumatóide



Espondiloartropatias

MEDICAMENTO: Humira 40 mg solução injetável em caneta pré-cheia. Cada caneta pré-cheia de 0,8 ml para dose única contém 40 mg de adalimumab. Adalimumab é um anticorpo monoclonal humano recombinante expresso em células de Ovírio do Hamster Chinês. Adalimumab liga-se especificamente ao TNF e neutraliza a função biológica do TNF bloqueando a sua interação com os receptores da superfície celular e modula também as respostas biológicas induzidas ou reguladas pelo TNF. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Humira está indicado no tratamento de: artrite reumatóide activa moderada a grave em adultos e artrite idiopática juvenil poliarticular activa em adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, em associação a metotrexato ou em monoterapia em caso de intolerância ou quando o tratamento continuado com metotrexato não é apropriado, em doentes com resposta inadequada a medicamentos anti-reumáticos modificadores da doença; artrite psoriática activa e progressiva em doentes adultos quando a resposta a um tratamento prévio com medicamentos anti-reumáticos modificadores da doença foi inadequada; espondilite anquilosante activa grave nos doentes adultos com resposta inadequada ao tratamento convencional; doença de Crohn activa grave, em doentes que não responderam mesmo após um ciclo completo e adequado de tratamento com um corticosteroide e/ou imunossupressor ou que são intolerantes ou têm contra-indicação para essas terapêuticas; psoríase crónica em placas, moderada a grave em doentes adultos que não tiveram resposta, ou que têm contra-indicação/intolerância a outras terapêuticas sistémicas com a ciclosporina, metotrexato ou PUVA. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Humira deve ser iniciado e supervisionado por médicos especialistas experientes no diagnóstico e tratamento das patologias para as quais está indicado e os doentes devem receber um cartão de segurança especial. A utilização de outras terapêuticas concomitantes (Ex. corticosteróides, imunomoduladores) deve ser optimizada durante o tratamento com Humira. A dose recomendada em doentes com artrite reumatóide, artrite psoriática, espondilite anquilosante e artrite idiopática juvenil poliarticular é de 40 mg de adalimumab, em semanas alternadas, em dose única, administrado por injeção subcutânea, devendo manter-se o tratamento com metotrexato. Em monoterapia alguns doentes, se apresentarem resposta insuficiente, podem beneficiar com um aumento de dose até 40 mg de adalimumab semanalmente. A resposta clínica é geralmente obtida após 12 semanas de tratamento. Na doença de Crohn e na psoríase, recomenda-se uma dose de indução inicial de 80 mg, seguida de 40 mg em semanas alternadas, uma semana após a dose inicial. Na doença de Crohn pode, se houver necessidade, ser usada inicialmente a dose de 160 mg na semana 0 (quatro injeções num dia ou duas injeções por dia em dois dias consecutivos), e de 80 mg na semana 2. Em doentes idosos não é necessário efectuar ajustes posológicos. Humira não foi estudado em doentes com insuficiência renal ou hepática. Dados disponíveis sugerem que a reintrodução de Humira após suspensão por 70 dias ou mais resultou numa resposta clínica com mesma magnitude e perfil de

segurança similar, tal como antes da interrupção. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Tuberculose activa ou outras infeções graves, nomeadamente, sepsis e infeções oportunistas. Insuficiência cardíaca moderada a grave (classe III/IV da NYHA). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS:** Foi observado risco aumentado de infeções graves (incluindo pneumonia, pielonefrite, artrite séptica e septicémia, com alguns casos fatais) e de tuberculose em doentes tratados com Humira. A maioria dos casos notificados de tuberculose ocorreu nos primeiros 8 meses. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para despiste de infeções, incluindo tuberculose, antes, durante e após o tratamento com Humira. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com infeções activas, incluindo infeções crónicas ou localizadas, até que as mesmas estejam controladas. A administração de Humira deve ser interrompida se um doente desenvolver uma nova infeção grave. Antes de iniciar o tratamento com Humira, todos os doentes devem ser avaliados para despiste de tuberculose activa ou latente, procedendo-se de acordo com as recomendações locais para o diagnóstico e para o tratamento que deve ser instituído no caso de se detectar uma tuberculose activa ou latente, previamente ao início de tratamento com Humira. Foram notificados casos de infeções oportunistas graves e sérias como pneumonia e Pneumocystis carinii, histoplasmosse disseminada, listeriose e aspergilose em doentes tratados com Humira. Os doentes devem ser aconselhados a consultar o médico se tiverem sinais/sintomas sugestivos de infeção por tuberculose ou de outras infeções atípicas (Ex. tosse persistente, emagrecimento/perda de peso, febrícula, deterioração generalizada). Ocorreu reactivação de hepatite B, em doentes portadores crónicos, tratados com antagonista TNF incluindo Humira, pelo que doentes com risco de infeção HBV devem ser avaliados para uma possível infeção de HBV antes do início do tratamento com Humira. Após comercialização foram notificadas muito raramente reacções alérgicas graves, incluindo anafilaxia, associadas à administração de Humira. Caso se verifique uma reacção alérgica ou outra reacção alérgica grave, deve suspender-se imediatamente a administração de Humira e instituir uma terapêutica apropriada. Doentes sensíveis ao látex podem ter reacções alérgicas graves (protecção da agulha da caneta pré cheia tem látex). Os antagonistas do TNF incluindo Humira, foram associados, em casos raros, com o reaparecimento ou com a exacerbação de sintomatologia clínica e/ou evidência radiográfica de doença desmielinizante, devendo considerar-se o seu uso com precaução nestes doentes. De acordo com o conhecimento actual, não pode ser excluído o possível risco de desenvolvimento de linfomas ou outras neoplasias em doentes tratados com um antagonista TNF, incluindo Humira. Não foram efectuados estudos em doentes com história de neoplasias, devendo ter-se precaução adicional ao considerar tratamento com Humira nestes doentes. Surgiram casos raros de pancitopenia com antagonista TNF. No caso de surgirem sinais e



Artrite Idiopática Juvenil

sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas durante a terapêutica com Humira, os doentes devem recorrer de imediato ao médico e descontinuar o tratamento se existirem anormalidades sanguíneas significativas. Humira deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca ligeira. O tratamento com Humira pode dar origem à formação de anticorpos auto-ímmunes. Deve suspender-se o tratamento se um doente apresentar sintomas sugestivos de uma síndrome tipo lúpus e se desenvolver possibilidade para anticorpos contra a dupla cadeia de DNA durante o tratamento com Humira. Doentes tratados com Humira podem receber vacinas concomitantes, excepto vivas. Recomenda-se que os doentes com artrite idiopática juvenil poliartricular, antes de iniciar o tratamento com Humira sejam informados sobre todas as vacinas, de acordo com o actual plano de vacinação nacional. O doente que requiera cirurgia durante o tratamento com Humira deve ser cuidadosamente monitorizado para infeções, e devem ser tomadas ações apropriadas, havendo experiência limitada destes casos. Não se recomenda a utilização de adalimumab durante a gravidez e as mulheres em idade fértil deverão ser fortemente aconselhadas a usar um método contraceptivo adequado para evitar a gravidez e continuar a utilizá-lo durante pelo menos cinco meses após o último tratamento com Humira. Não se recomenda a associação de adalimumab com anakinra ou com abatacept. Humira foi avaliado em doentes com artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil poliartricular e artrite psoriática, tratados em monoterapia, e em doentes submetidos a um tratamento concomitante com metotrexato, tendo a formação de anticorpos sido mais baixa e a eficácia superior quando Humira foi administrado com metotrexato relativamente ao uso em monoterapia. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Humira foi estudado em 6.593 doentes em ensaios controlados e abertos de duração até 60 meses. A % de doentes que suspendeu o tratamento por efeitos adversos nos principais estudos controlados com placebo em dupla ocultação foi de 4,5% para ambos os grupos tratados com Humira e com placebo. Os efeitos indesejáveis muito frequentes ($\geq 1/10$) foram reações no local da injeção (dor, eritema, prurido, edema ou hemorragia) – 15% vs 9% com placebo, sem necessidade geralmente de suspensão do tratamento. Os efeitos indesejáveis frequentes ($\geq 1/100$ e $<1/10$) foram:

tonturas, cefaleias, alterações neurológicas, tosse, dor faríngea, diarreia, dor abdominal, estomatite, ulcerações orais, náuseas, erupção cutânea, prurido, dor musculoesquelética, infeções respiratórias inferiores (incluindo pneumonia e bronquite), infeções virais (incluindo influenza e herpes), candidíase, infeções bacterianas (incluindo infeção urinária), infeção respiratória superior, parestesia, fadiga e enzimas hepáticas aumentadas. Para efeitos pouco frequentes ou raros e outras informações de segurança consulte o RCM. A taxa de infeções nos principais estudos controlados foi de 1,58 por doentes/ano com Humira e 1,42 por doentes/ano com placebo e controlo activo. Muitas das infeções sérias ocorrem em doentes com tratamento concomitante com outros imunossuppressores, que juntamente com as patologias reumáticas, podem estar predispostos a infeções. Quando associados estes ensaios controlados com os estudos de extensão de fase aberta a decorrerem, com uma média de duração de aproximadamente 1,7 anos incluindo 6.539 doentes e mais de 16.000 doentes/ano de terapêutica, a taxa observada de neoplasias, para além de linfomas e neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 10,1 por 1.000 doentes/ano. Esta taxa total de neoplasias em doentes tratados com Humira foi semelhante à esperada para a idade, sexo, raça da população geral. A taxa observada de neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 9,0 por 1.000 doentes/ano, e a taxa observada de linfomas é de aproximadamente 1,1 por 1.000 doentes/ano. Outras reacções adversas descritas em ensaios clínicos de Fase IV ou pós comercialização: perfuração intestinal, reactivação de hepatite B, perturbações desmielinizantes (p.e. neurite óptica, síndrome de Guillain-Barré), doença pulmonar intersticial, incluindo fibrose pulmonar, vasculites cutâneas, anafilaxia e linfoma hepatoesplênico de linfócitos T. Rev: 10/2008. **Representante local do titular da AIM:** Abbott Laboratórios, Lda. Estrada de Alfragide, 67 - Alfragar - Edifício D - 2610-006 Amadora. Regime especial de comparticipação – 100% (Despacho n.º 20510/2008, de 5 de Agosto) Medicamento Sujeito a Receita Médica Restrita. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

Abbott Laboratórios, Lda.

Estrada de Alfragide, 67 Alfragar - Edifício D | 2610-008 Amadora | Telf. 21 472 71 00 | Fax. 21 471 44 82
Contribuinte e Matricula na Conservatória do Reg. Com. da Amadora n.º 500 006 148 | Capital Social 7.386.850 €

Abbott
A Promise for Life

ARCØXIA

(etoricoxib, MSD)



www.msd.pt
www.univadis.pt

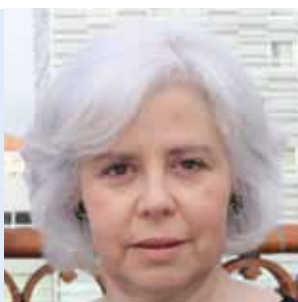
Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 2770-192 Paço de Arcos
PORTO SALVO
LINHA VERDE MSD 800 20 25 20 Dez-2011-FSP-2009-PT-1896-J



alendronato/colecalciferol

70mg/5600 UI

“A profissão de médico”



Nos tempos que correm a um médico já não basta pensar em doentes, doenças, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento. Cada vez mais é necessário aprender a pensar em termos de gestão, racionalização de recursos, custos, efectividade, sustentabilidade, para referir apenas alguns dos muitos conceitos com que somos diariamente confrontados.

Parece claro que existe uma discordância entre o que os médicos foram treinados para fazer e o que se lhes pede que façam. Os custos da saúde são um factor decisivo nas políticas do sector e os meios económicos cada vez mais limitados para a crescente despesa levam à introdução de medidas políticas de racionalização de custos que frequentemente entram em conflito com a prática médica tradicional.

“Já não é possível ignorar que os recursos são finitos e é necessário pensar simultaneamente nos nossos doentes, nos doentes que não são nossos e nos futuros doentes” refere

João Lobo Antunes no seu ensaio “A profissão de médico”. Esta noção torna-se crítica na actual situação económica e, apesar da relutância que muitas vezes sentimos, não podemos, nem devemos, esquecer que temos a obrigação ética de contribuir para uma gestão criteriosa dos recursos, sem nunca nos desviarmos das boas práticas clínicas.

Para uma especialidade que, aos olhos das autoridades, passou de “esquecida” a “grande consumidora”, este assunto não podia ser mais fulcral. Por este motivo, a utilidade e a importância do curso “Health Management Challenges” foram reconhecidas por todos os reumatologistas que tiveram oportunidade de nele participar. Com a contribuição de alguns dos formadores e formandos o debate que principiou durante esta parceria entre a SPR e a Católica-Lisbon estender-se-á pelas páginas deste e do próximo número do BI. ■

Viviana Tavares
Presidente-Eleita da SPR

Tema de Capa 4 a 6 | 8 a 9

“É fundamental que os médicos conheçam os limites”

Entrevista a Sónia Dória

Quatro personalidades respondem à questão
Em tom de provocação

Sociedade Reumatológica 10 | 22 a 23

J. A. Melo Gomes, Reumatologista
Reumatologia pediátrica na EULAR

Dia 9, na sede da Ordem dos Médicos
EpiReumaPt é lançado oficialmente em Setembro

Relance 12 | 30 a 31

Agenda cultural

Eventos nacionais e internacionais

Revisão 14 a 17

Ana Rita Cravo, Reumatologista
Doença Óssea de Paget

Privado 25 a 27

À conversa com...
Mário Rodrigues

Paladar 28

As melhores esplanadas em tempo de Verão

Espaços 32 a 34

Pousada de São Mateus
São Teotónio cede espaço a São Mateus

Destinos 36 a 38

Chicago – O roteiro do mestre Lloyd Wright

Ficha Técnica

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

A SPR é membro da
EULAR-European League Against Rheumatism

Propriedade

Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Av. de Berlim, n.º 33 B
1800-033 Lisboa
info@spreumatologia.pt
www.spreumatologia.pt

Periodicidade

Quadrimestral

Tiragem

3000 exemplares

Depósito legal

265378/07

Direção

Presidente
Luís Maurício Santos
Vice-Presidente
José Carlos Romeu
Vice-Presidente
João Eurico Fonseca
Secretário-Geral
Luís Cunha Miranda
Secretário-Geral Adjunto
Lúcia Costa

Tesoureira
Anabela Barcelos

Vogal Região Norte
José Miguel Bernardes

Vogal Região Centro
Margarida Oliveira

Vogal Região Sul
Sandra Falcão

Vogal Região Ilhas
Herberto Jesus

Mesa da Assembleia Geral

Presidente
Rui André Santos

Secretária
Cristina Catita

Secretária
Ana Filipa Ramos

Conselho Fiscal

Presidente
José Vaz Patto

Relator
Jorge Silva

Vogal
Margarida Cruz

Presidente-Eleito
Viviana Tavares



Entrevista a Sónia Dória, Directora de Produção do Hospital Fernando Fonseca

“É fundamental que os médicos conheçam os limites”

A sua participação como formadora num curso pioneiro para reumatologistas acabou por despoletar um intenso debate sobre o papel dos médicos na gestão dos hospitais

Foi formadora no curso “Health Management Challenges”, uma iniciativa inédita entre a Católica-Lisbon e a Sociedade Portuguesa de Reumatologia. De que forma são relevantes para a prática clínica dos médicos cursos como estes, que incidem na componente da gestão?

Sónia Dória: Os médicos têm de ter, cada vez mais, a percepção do modelo de negócio para o qual contribuem: têm que conhecer os seus parâmetros, saber quanto custa fazer determinados actos e quanto é que o hospital recebe de retorno do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É deste equilíbrio, entre o custo e o proveito, que a sustentabilidade da actividade é possível.

Por isso, é fundamental que as pessoas-chave deste processo, ou seja, os médicos, conheçam os limites, porque o dinheiro é finito. Os

reumatologistas, em particular, têm doentes com terapêuticas muito caras e com obrigatoriedade de despesa hospitalar e gratuita.

Os limites estão mais “apertados” agora?

Os limites vão estar muito apertados, seguramente. Temos tido, nos últimos

(...) os médicos têm de ter a percepção do modelo de negócio para o qual contribuem

tempos, sinais muito claros de que as organizações não vão ter o dinheiro de que necessitam. Infelizmente, os critérios não são muito equilibrados e, portanto, há uns que pagam mais do

que outros neste esforço de contenção. Geralmente, pede-se às organizações que estão mais equilibradas maiores esforços do que às que estão em défice, o que é irónico. Não há, aparentemente, sinais de compensação pelos esforços que as organizações fazem para se manterem sustentáveis.

No âmbito desses limites e no actual contexto governamental, que consequências prevê para a contratualização externa e, consequentemente, para o espaço de manobra dos directores de Serviços?

De acordo com o programa de governo, deverá ser retomado o novo modelo de financiamento dos hospitais, que foi suspenso em 2010; prevê profundas alterações na sua forma de classificação, quer ao nível do preço quer ao nível da complexidade. Por esta via, serão feitos elevados cortes ao financiamento para uma mesma produção.

O novo modelo de financiamento, assumindo a estrutura actual de cada hospital, leva a que a maioria dos hospitais mantenha ou agrave negativamente os resultados de exploração. Por outro lado, os níveis de redução dos custos operacionais dos hospitais, impostos pela Troika, levarão a uma necessária redução de custos fixos e variáveis, fundamentalmente de recursos humanos, dado o peso relativo que representam nas estruturas de custos dos hospitais. Estas realidades terão necessariamente de ter impacto na prestação de cuidados de saúde programados. À semelhança do que já acontece, as instituições têm vindo a ser convidadas a retirar, dos objectivos contratualizados com a ARS, quantidades significativas de actividade que, no limite, são obrigadas a realizar (nomeadamente, admissões na urgência) mesmo que não sejam remuneradas.

Nestas circunstâncias, cabe às organizações avaliar o impacto esperado destes cortes e desenvolver mecanismos alternativos de reajustamento da sua actividade para garantia dos resultados de exploração esperados.

Os médicos fazem o Juramento de Hipócrates, mas precisam de competências de gestão, quando os recursos são reduzidos

Numa especialidade como a Reumatologia, cujos Serviços ou Unidades têm, na maior parte dos centros periféricos, um ou dois especialistas, haverá ainda mais

dificuldades na contratualização? Que estratégia aconselha?

Um dos objectivos genéricos referidos na Troika é “estabelecer regras claras de prescrição de medicamentos e de MCDT (orientações de prescrição para os médicos), baseadas nas orientações internacionais de prescrição, (...) publicar normas de orientação clínica e criar um sistema de auditoria da sua implementação”, de forma a garantir uma efectiva capacidade de definição e implementação de *guidelines* clínicas, de cariz transversal ao SNS.

A meu ver, o seu desenvolvimento é facilitado pela concentração, em grandes centros especializados, das patologias que obedecem a maiores preocupações de controlo da despesa e com auditorias permanentes de avaliação dos ganhos em saúde.

Health Management Challenges

Resultante de uma parceria inédita entre a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e a Católica Lisbon, decorreu nos passados dias 17, 18 e 19 de Junho o curso “Health Management Challenges”, dirigido a reumatologistas.

O objectivo essencial foi dotar os formandos de ferramentas para “encontrarem as melhores opções – as que permaneçam clinicamente eficazes, mas que sejam mais económicas”, sublinha Henrique Martins, que assegurou a coordenação do curso juntamente com Francisco Velez Roxo, que partilha da mesma opinião. “Um médico reumatologista, que está habituado a olhar sistemicamente para o doente e a lidar diariamente com a dor, ficará

com muito menos ‘dores’ se souber as grandes questões de gestão que são, do ponto de vista da Reumatologia, também tratáveis”, justifica.

Apoiado pela Bial, o curso foi organizado em quatro módulos: Gestão da Saúde, Inovação e Medicina; Produção Hospitalar e Contratualização Interna; Informação e Liderança; Mercado, Estratégia e Serviços. Para Luís Maurício, presidente da SPR, este curso foi

bastante útil, na medida em que os especialistas têm todas as vantagens em dominar estes instrumentos, “numa fase em que as dificuldades se avizinham”.

A Católica Lisbon corresponde à Escola de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica. A mudança de nome deriva de uma estratégia de internacionalização deste estabelecimento de ensino.



Caso a concentração não venha a ser adoptada, a estratégia passará seguramente pelo cumprimento escrupuloso das orientações que venham a ser definidas e por uma enorme articulação com os outros Serviços e Unidades, atendendo a que cada vez mais estas patologias têm financiamentos “*per capita*” (também denominado por preço compreensivo).

Gestão e Prática Clínica

Os médicos têm a noção de que é preciso ter competências de gestão, além da sua actividade clínica “normal”?

A grande questão neste momento é também de cidadania: o médico sabe que consegue essas competências sem perder aquilo que sempre reivindicou – que foi formado para tratar doentes. É certo que não gere dinheiro, mas aqui e agora tem de preocupar-se com problemas de desperdício. O médico faz o juramento de Hipócrates, mas os milénios passaram e o panorama sócio-económico mudou.

O tipo de abordagem do passado – eu preciso de me preocupar em tratar o doente e não com o quanto isso custa – é um modelo que exclui a cidadania. Não é salutar o divórcio ao nível da actuação e da utilização dos recursos públicos, na prática clínica.

Os médicos resistem a este paradigma?

Digamos que há ainda muito a fazer na cultura das organizações. O hospital onde trabalho [Fernando Fonseca] tem uma boa cultura de gestão, por ter tido, historicamente, um começo diferente dos restantes: uma gestão privada. Neste hospital, somos obrigados a responder pelos custos, pela estratégia que estamos a desenvolver e há, por isso, uma cultura interna de partilha de informação e de discussão das decisões. Um director clínico deste hospital tem um papel importante nas contas.

Os hospitais públicos não fazem isso...

Alguns hospitais não o fazem. Têm de ter sistemas de informação integrados com todas as áreas clínicas e de suporte, com dinamismo ajustado aos desafios de gestão e com pessoas para os manter. Dá trabalho construí-los e mantê-los.

E os decisores? Como vêm a participação dos médicos... Importante para uma boa decisão ou apenas importante para que estes se sintam envolvidos nesse processo?

O papel dos médicos no suporte à decisão é obrigatório. É absolutamente indispensável o seu envolvimento, para que os gestores possam fazer um levantamento exaustivo de todas as variáveis

Se há serviços que só dão prejuízo, há outros que dão lucro e equilibram as contas

que contribuam para a proposta a submeter à decisão. O envolvimento dos profissionais clínicos e não clínicos faz parte da dinâmica de concretização dos objectivos contratualizados e respectivo exercício de prestação de contas ao Conselho de Administração, pelo que as decisões que sejam levadas a Conselho de Administração devam ser trabalhadas em conjunto, devendo ser feito um exercício completo que permita visualizar os impactes dos cenários possíveis, com uma análise dos riscos associados à decisão, para cada um dos cenários.

Um director de produção é uma peça-chave num hospital?

Um director de produção tem o papel ingrato de alertar para as situações desviantes e de encontrar mecanismos para a sua correcção.



Perfil

Sónia Dória é Directora de Produção do Hospital Fernando Fonseca. Foi coordenadora-adjunta do SIGIC e assessora principal para a área de produção hospitalar da Unidade de Missão Hospitais S.A. É Mestre em Epidemiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e licenciada em Probabilidades e Estatística pela Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Tem 25 trabalhos publicados em revistas científicas e actas de congressos nacionais e internacionais e é co-autora do livro “Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais”.

É a ponte entre a área clínica e a definição estratégica.

Embora reporte ao Conselho de Administração, há um nível de trabalho intermédio que é feito com homogeneidade, transversalidade e com o mesmo nível de exigência. “Transversalidade” é a palavra-chave e a dificuldade de gestão dos hospitais é ter essa capacidade de visão. Se há serviços que produzem resultados negativos, há outros que dão resultado positivo e equilibram as contas. É preciso ter esta noção de transversalidade para o equilíbrio ser garantido. ■

AS FRATURAS NÃO SE EVITAVAM ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DO OSSEO

ATÉ QUE ALGUÉM PENSOU DIFERENTE E O MUNDO AVANÇOU.

OSSEOR®
RANELATO DE ESTRÔNCIO

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: 1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: OSSEOR 2 g grânulos para suspensão oral. 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada saqueta contém 2 g de ranelato de estrôncio. 3. FORMA FARMACÉUTICA: Grânulos para suspensão oral. Grânulos amarelos. 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas: Tratamento da osteoporose pós-menopáusia para redução do risco de fraturas vertebrais e do colo do fêmur. Posologia e modo de administração: A dose diária recomendada é uma saqueta de 2 g, uma vez por dia, por via oral. Devido à natureza da doença tratada o ranelato de estrôncio destina-se a uso prolongado. A absorção do ranelato de estrôncio é reduzida pelos alimentos, leite e produtos derivados, portanto OSSEOR deve ser administrado no intervalo das refeições. Devido à lenta absorção, OSSEOR deve ser tomado à hora de deitar, preferencialmente pelo menos duas horas após a refeição. Os grânulos nas saquetas devem ser tomados como uma suspensão num copo de água. Embora os estudos de utilização tenham demonstrado que o ranelato de estrôncio é estável em suspensão durante 24 h após preparação, a suspensão deve ser tomada imediatamente após ser preparada. Os doentes tratados com ranelato de estrôncio devem receber suplemento de vitamina D e de cálcio se a dieta for inadequada. Utilização no idoso: A eficácia e segurança do ranelato de estrôncio foi estabelecida num vasto leque etário (até 100 anos à inclusão) de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. Não é necessário ajuste da dose relacionado com a idade. Utilização na insuficiência renal: Não é necessário ajuste da dose em doentes com insuficiência renal ligeira a moderada (30-70 ml/min depuração da creatinina). O ranelato de estrôncio não é recomendado em doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina inferior a 30 ml/min). Utilização na insuficiência hepática: Como o ranelato de estrôncio não é metabolizado, não é necessário ajuste da dose nos doentes com insuficiência hepática. Utilização na população pediátrica: A segurança e eficácia de OSSEOR em crianças com menos de 18 anos de idade não foram estabelecidas, pois não existem dados disponíveis. Contra-indicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Advertências e precauções especiais de utilização: De acordo com a boa prática clínica, recomenda-se a avaliação periódica da função renal nos doentes com insuficiência renal crónica. A continuação do tratamento com OSSEOR em doentes que desenvolvam insuficiência renal grave deve ser considerada numa base individual. OSSEOR deve ser usado com precaução em doentes com risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV). Quando se tratarem doentes em risco ou com potencial risco de TEV, deve ser prestada particular atenção aos possíveis sinais e sintomas de TEV e tomar as medidas preventivas adequadas. O estrôncio interfere com os métodos colorimétricos para determinação das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. Por isso, na prática clínica, a espectrometria de massa com plasma indutivamente acoplado ou a espectrometria de absorção atômica deverão ser os métodos usados para garantir uma determinação exata das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. OSSEOR contém uma fonte de fenilalanina, que pode ser prejudicial às pessoas com fenilcetonúria. O tratamento com OSSEOR deve ser interrompido em caso de reação alérgica grave. Foram notificados casos graves de síndrome de hipersensibilidade incluindo, em particular, eritema com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS), por vezes fatais, associados à utilização de OSSEOR. O tempo para a manifestação dos sintomas foi cerca de 3-6 semanas e na maioria dos casos resolvem-se favoravelmente com a descontinuação do tratamento com OSSEOR e após o início de terapêutica com corticosteróides. A recuperação pode ser lenta e foram notificadas em alguns casos, recidivas da síndrome após descontinuação da terapêutica com corticosteróides. As doentes devem ser informadas para parar imediata e permanentemente a toma de OSSEOR caso surja eritema e consultar o médico. As doentes que pararam o tratamento devido a reações de hipersensibilidade não devem retomar a terapêutica com OSSEOR. Interações medicamentosas e outras formas de interação: Alimentos, leite e produtos derivados e medicamentos que contenham cálcio podem reduzir a biodisponibilidade do ranelato de estrôncio em aproximadamente 60-70%. Por isso, a administração de OSSEOR e daqueles produtos deve ser separada de pelo menos duas horas. Um estudo clínico de interação in vivo demonstrou que a administração de hidróxidos de alumínio e magnésio duas horas antes ou em simultâneo com o ranelato de estrôncio causou uma ligeira diminuição na absorção do ranelato de estrôncio (diminuição de 20-25% da AUC), enquanto que a absorção não foi praticamente afectada quando o antiácido foi tomado duas horas após o ranelato de estrôncio. Por isso, é preferível tomar os antiácidos pelo menos duas horas após OSSEOR. Como os cátions bivalentes formam complexos com as tetraciclinais orais e quinolonas ao nível gastrointestinal, reduzindo por isso a sua absorção, não é recomendável a administração simultânea de ranelato de estrôncio com estes medicamentos. Como medida de precaução, o tratamento com OSSEOR deve ser suspenso durante o tratamento com tetraciclinais orais ou quinolonas. Não foi observada interação com suplementos orais de vitamina D. Efeitos indesejáveis: OSSEOR foi estudado em ensaios clínicos que envolveram aproximadamente 8000 participantes. A segurança a longo prazo foi avaliada em mulheres pós-menopáusicas com osteoporose, tratadas até 60 meses com ranelato de estrôncio 2 g/dia (n=3.352) ou com placebo (n=3.317) em estudos de fase III. A idade média foi de 75 anos na inclusão e 23% das doentes incluídas tinham entre 80 e 100 anos de idade. As taxas de incidência global dos acontecimentos adversos com o ranelato de estrôncio não diferiu do placebo, tendo sido normalmente ligeiros e transitórios. As reações adversas mais frequentes foram a náusea e diarreia, que foram geralmente notificadas no início do tratamento, sem que se observasse mais tarde uma diferença significativa entre os grupos. A interrupção da terapêutica foi devido principalmente a náuseas (1,3% e 2,2% no grupo placebo e no grupo ranelato de estrôncio, respectivamente). Doenças do sistema nervoso: Frequentes: cefaleia (3,3% vs. 2,7%). Doenças gastrointestinais: Frequentes: náusea (7,1% vs. 4,6%), diarreia (7,0% vs. 5,0%), fezes pastosas (1,0% vs. 0,2%). Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequentes: dermatite (2,3% vs. 2,0%), eczema (1,8% vs. 1,4%). Não existiram diferenças na natureza dos acontecimentos adversos entre os grupos de tratamento, independentemente da idade no momento da inclusão ser superior ou inferior a 80 anos. Durante os estudos de fase III, a incidência anual de TEV observada ao longo de 5 anos, foi aproximadamente de 0,7%, com um risco relativo de 1,4 (95% IC = [1,0; 2,0]) nas doentes tratadas com ranelato de estrôncio comparativamente com o placebo. Durante os estudos de fase III, ao longo de 5 anos, foram notificadas doenças do sistema nervoso com maior frequência em doentes tratadas com ranelato de estrôncio, comparativamente com placebo: perturbações de consciência (2,6% vs. 2,1%), perda de memória (2,5% vs. 2,0%) e crises convulsivas (0,4% vs. 0,1%). Exames complementares de diagnóstico: Ocorreram elevações transitórias (> 3 vezes o limite superior do intervalo normal) na atividade da creatinina-fosfoquinase (CPK) notificadas em 1,4% e 0,6% nos grupos ranelato de estrôncio e placebo respectivamente. Na maioria dos casos, estes valores normalizaram espontaneamente sem qualquer alteração do tratamento. Os seguintes acontecimentos têm sido notificados na experiência pós-comercialização: Perturbações do foro psiquiátrico: Frequência desconhecida: estado confusional. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Frequência desconhecida: hiper-reatividade brônquica. Doenças gastrointestinais: vômitos, dor abdominal, irritação da mucosa oral incluindo estomatite e/ou ulceração da boca. Afecções hepatobiliares: Frequência desconhecida: aumento das transaminases séricas, em associação com reações de hipersensibilidade cutânea. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequência desconhecida: reações de hipersensibilidade cutânea incluindo eritema, prurido, urticária, angioedema, síndrome de Stevens-Johnson. Casos graves de síndromes de hipersensibilidade incluindo eritema provocado pelo fármaco, com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS). Alopecia. Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequência desconhecida: dor musculoesquelética incluindo espasmo muscular, mialgia, dor óssea, artralgia e dor nas extremidades. Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequência desconhecida: edema periférico. Pirexia, em associação com reações de hipersensibilidade cutânea. Doenças do sangue e do sistema linfático: Frequência desconhecida: insuficiência da medula óssea, eosinofilia e linfadenopatia, em associação com reações de hipersensibilidade cutânea. Sob licença de LES LABORATOIRES SERVIER - 22, rue Garnier - 92200 Neuilly-sur-Seine - França. Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). Regime de comparticipação: Escalão B (RG: 69% - RE: 84%). *Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da AIM: Bial - Portela & Cª, S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado. Telefone 22 986 61 00. * DIDSAM110301

Em tom de provocação

Devem os médicos, na sua opinião, ter em conta na prática clínica a gestão sustentável dos recursos financeiros das organizações onde trabalham, além da preocupação fundamental de tratar os doentes? Porquê?

Quatro personalidades respondem à questão...



Francisco Velez Roxo

Professor auxiliar convidado da CATÓLICA-LISBON School of Business & Economics, onde é também coordenador do PAME – Programa Avançado de Marketing e dos programas na área da Saúde.

Mestre em Comunicação Educacional Multimédia, licenciado em Organização e Gestão de Empresas pela Universidade Técnica de Lisboa.

Consultor de gestão e administrador de empresas públicas e privadas.

Porquê e Para quê ser médico gestor?

Um médico reumatologista, como qualquer outro médico, tem de cuidar bem da sua saúde para poder cuidar bem da saúde dos seus doentes actuais e potenciais. Numa só frase: não pode ter reumático na gestão da sua missão de gestor da Qualidade de Vida da Sociedade.

Sendo um especialista, está entre a generalista utopia da vida sem doenças e a gestão pragmática do futuro com qualidade de vida aceitável. A custo aceitável. E com motivação.

Assim, no *Porquê* e *Para Quê* do saber também de “gestão”, um médico (reumatologista, em especial) deve sempre “saber fazer as contas” qualitativas e quantitativas entre o quanto custa e quanto vale. O quanto pode e quanto não deve ou deve. Entre o princípio de que não há almoços grátis e de que todo o exercício físico ajuda a ser mais ágil e eficiente na gestão dos recursos.

**Um médico
(reumatologista
em especial) deve
sempre “saber fazer as
contas” qualitativas e
quantitativas entre
o quanto custa e
quanto vale**

E desde que no como e quando não se exagere e se giram os recursos com o princípio de Hipócrates cantado por uma voz tipo Amália: do meu reumático e da sua gestão com qualidade e custo equilibrado “nem às paredes confesso”.

Um médico gestor nunca tem reumático. Nem dores de falta de recursos. Previne e Prevê. Faz e Acontece.

E gere melhor que um gestor com reumático. ■



Luís Maurício Santos

Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Reumatologista do Hospital do Funchal

A principal razão pela qual os clínicos devem ter em conta a sustentabilidade financeira dos seus actos clínicos advém do conceito, bem real, de que os recursos são escassos e devem ser o melhor possível geridos. Até pelo simples - não tão simples assim - facto

Dado o momento actual, julgo que os médicos não se podem demitir dessa função

de que os clínicos nunca deverão colocar em causa o interesse, a indicação para um determinado “target” terapêutico, “daquele” doente em particular, não podem demitir-se de serem intervenientes activos na gestão dos recursos, deixando para outros - os estigmatizados gestores - a decisão, porventura muito racional, muito fria e objectiva dos números, sem a “alma” clínica que só o técnico de saúde, neste caso o médico, pode ter.

Dado o momento actual, julgo que os médicos não se podem demitir dessa função e devem procurar munir-se dos instrumentos indispensáveis a uma boa decisão clínica, mas também financeira. ■



João Eurico Fonseca

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL)

Director da Unidade de Investigação em Reumatologia e do Biobanco do Instituto de Medicina Molecular da FMUL

Assistente Hospitalar de Reumatologia do Hospital Universitário de Santa Maria

Na minha opinião é inevitável que os médicos tenham uma noção dos recursos financeiros e devem ter formação programada e promovida no seu horário de trabalho do Serviço Nacional de Saúde ou do sector privado sobre isso. Este facto não pode entrar em conflito com o desígnio número um do médico que é prestar o melhor serviço possível ao doente.

Na verdade, uma boa gestão financeira suporta uma boa prática médica. ■

Uma boa gestão financeira suporta uma boa prática médica



José Carlos Romeu

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Reumatologista do Hospital Universitário de Santa Maria

Na minha opinião, é inquestionável que os médicos, na sua prática clínica, devem ter em conta a gestão sustentável dos recursos disponíveis. Isto é algo que nunca nos foi ensinado, pelo menos no meu tempo, enquanto estudantes de

Medicina, e mesmo até recentemente se foi criando a ideia de que para a saúde ou na doença os recursos seriam ilimitados. Mais, penso mesmo que, na defesa dos interesses dos doentes, os médicos devem ter uma participação activa na gestão das suas Unidades de Saúde, nomeadamente nos seus diversos órgãos de gestão e nas estruturas de apoio aos mesmos, onde poderão dar uma contribuição insubstituível para uma melhor utilização dos recursos.

Defendo que, em relação à gestão dos recursos, se não formos nós a decidir ou a mais influenciar as decisões, alguém decidirá, e provavelmente pior, por nós!

Esta prática de pensarmos também na gestão dos recursos e de participarmos ou contribuirmos para as decisões que a ela dizem respeito dá-nos uma vantagem adicional junto dos “outros gestores”: reconhecendo-a como comum à nossa prática, mais dificilmente poderão recusar as nossas propostas de inovação que tragam ganhos para os doentes e vantagem para as nossas instituições.

Se não formos nós a decidir ou a influenciar as decisões, alguém decidirá, e provavelmente pior, por nós!

Finalmente, não posso deixar de salientar que, também na minha opinião e reflectindo agora certamente direitos e, sobretudo, deveres como cidadão, a nossa preocupação com a adequada gestão dos recursos deve ir para além do interesse das organizações que integramos. ■



J. A. Melo Gomes

Reumatologista

**A especialidade
de Reumatologia
Pediátrica não existe
na maior parte dos
países europeus**

Reumatologia Pediátrica na EULAR*

**A partir do relatório elaborado por J. A. Melo Gomes*

J. A. Melo Gomes participou, no âmbito do EULAR - *Annual European Congress of Rheumatology*, na reunião do EULAR *Pediatric Rheumatology Standing Committee*, presidida por Berent Prakken, da Holanda, eleito presidente do respectivo comité, no passado 26 de Maio. Estiveram também presentes, entre outros, Johannes Roth, da Alemanha, presidente-eleito do comité, e Alberto Martini, de Itália, representante da PRES - *Pediatric Rheumatology European Society*. Resumem-se a seguir os aspectos tratados nesta reunião.

O presidente começou por dar notícias de uma crescente integração da PRES na EULAR e no próprio programa científico do seu congresso anual, facto que agradou aos participantes devido à enorme saúde financeira desta instituição, da qual a PRES muito poderá vir a beneficiar substancialmente num futuro próximo. Relembre-se que a PRES tem algumas centenas de membros, entre os quais se incluem muitos latino-americanos (Brasil e Argentina, principalmente) e a EULAR tem várias dezenas de milhares de associados membros, apenas na Europa.

Foi salientado que a especialidade de Reumatologia Pediátrica não existe na maior parte dos países europeus e, por isso mesmo, a PRES está a elaborar um programa de treino que promova a criação da especialidade na Europa, definindo os critérios de acreditação dos centros participantes. Foi sublinhada, neste âmbito, a possível participação do PARE e das associações de doentes neste processo.

No que respeita a novas iniciativas e ideias, teve destaque o projecto "PHARMACHILD", de Farmacovigilância dos Agentes Biológicos a nível europeu, no qual Portugal está envolvido, sendo J. A. Melo Gomes o respectivo representante, com o conhecimento e o apoio da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e da comissão gestora dos Registos Nacionais da SPR. Esta iniciativa pretende reunir informações de segurança (efeitos adversos) de todos os doentes com artrite idiopática juvenil (e, eventualmente, outras doenças reumáticas juvenis) tratados com agentes biológicos, estando o grupo de trabalho inicial sediado em Utrecht, na Holanda.

A comissão de imunizações/vacinas, criada ao nível da PRES, também esteve na agenda por ter elaborado critérios europeus de vacinação nas doenças reumáticas crónicas juvenis, com ou sem agentes biológicos. O respectivo relatório está em vias de publicação no *Annals of the Rheumatic Diseases*.

No âmbito das crescentes actividades da EULAR, e aproveitando a sua "expertise" (nos cursos on-line) e o seu suporte económico, foi mencionada a criação de um "EULAR Course on Pediatric Rheumatology", cuja efectivação se prevê para 2013, que poderá ser presencial e também on-line (este último, provavelmente para mais tarde).

Por último, foi proposta por Nikko Wulfraat (Utrecht, Holanda) a criação de estudos observacionais em "coortes" de doentes com artrite idiopática juvenil ou outras doenças reumáticas juvenis seguidos prospectivamente, no seio dos quais os Registos Nacionais da SPR poderão ter um papel importante.

Por último, ficou calendarizada a próxima "Joint Meeting" PRES/EULAR, que decorrerá no âmbito do próximo Congresso Europeu Anual da EULAR, entre os dias 6 e 9 de Junho de 2012, em Berlim.

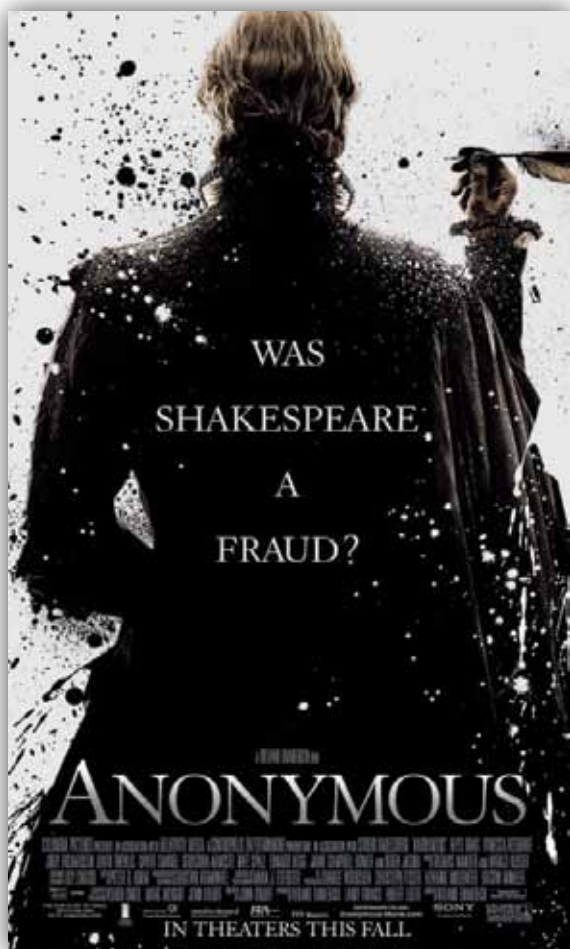
Segundo J. A. Melo Gomes, seria particularmente interessante apresentar no próximo Congresso Anual da EULAR, em Berlim/2012, dados nacionais relativos aos registos nacionais da artrite idiopática juvenil e, no seio destes, os casos tratados com agentes biológicos, com enfoque na eficácia e na segurança. ■



XVI Congresso Português de Reumatologia

QUATRO DÉCADAS A PERSPECTIVAR O FUTURO DA REUMATOLOGIA

1 A 5 MAIO 2012 | CS PALÁCIO DE CONGRESSOS DO ALGARVE



Cinema

Anónimo

de Roland Emmerich

Nos cinemas a partir de 13 de Outubro

Será Shakespeare uma fraude? O filme “Anónimo” de Roland Emmerich (que coleciona títulos como O Dia da Independência ou Godzilla) conta a história de um ilustre anónimo – o Conde de Oxford – que se acredita ser o verdadeiro autor de várias peças atribuídas ao famoso dramaturgo francês. O enredo tem como pano de fundo a sucessão de Elizabeth I e a revolta de Essex. ■

Musical

Flor do Cacto

de Filipe La Féria

Até 30 de Setembro

Teatro Politeama, Lisboa



Filipe La Féria adapta uma das comédias clássicas da Broadway do século XX à actualidade nacional: a Flor do Cacto conta a história do dentista solteiro Júlio Cortês (Carlos Quintas) que, para fugir ao compromisso, mente à sua jovem namorada *rockabilly* (Patrícia Resende) e recorre à sua severa enfermeira D. Irene (Rita Ribeiro) para sair da situação. O resultado é este: muitas expectativas goradas e identidades trocadas, ao estilo que La Féria já nos habituou. ■

Música clássica

Concerto inaugural da Temporada 2011/2012

Grande Auditório do Centro Cultural de Belém | 10 de Setembro, às 21h



A Orquestra Metropolitana de Lisboa é a responsável, neste ano, por nos causar um (bom) friozinho no estômago, marcando o início da temporada 2011/2012 do CCB. O programa abre com Jean Sibelius (*Finlandia*, op. 26), prossegue com Magnus Lindberg (concerto para clarinete), arrepia com Scott Joplin (abertura da ópera *Treemonisha*) e finaliza com George Gershwin (*An American in Paris*). ■

Exposição

Pedro Cabrita Reis — One after another, a few silent steps

Centro Cultural de Belém | até 2 de Outubro

Pedro Cabrita Reis (Lisboa, 1956) é uma referência central na cena artística contemporânea portuguesa. Apresenta agora no Museu Coleção Berardo a sua exposição retrospectiva, intitulada *One after another, a few silent steps*. Após o sucesso alcançado na sua apresentação na Kunsthalle de Hamburgo (Alemanha), no museu Carré d' Art de Nîmes (França) e no museu M de Lovaina (Bélgica), a mostra encerra a sua itinerância europeia na capital portuguesa, cidade onde Pedro Cabrita Reis reside e trabalha. A versão lisboeta da exposição contará com um conjunto ampliado de obras representativas do universo ímpar de esculturas, pinturas, fotografias e desenhos que caracterizam o trabalho do artista. ■





EXXIV[®]
ETORICOXIB

Bial

A VIDA VEZES MAIS

EXXIV, comprimidos revestidos por película contendo **30 mg, 60 mg, 90 mg ou 120 mg** de etoricoxib. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da osteoartrite (OA), artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. **Posologia e modo de administração:** Osteoartrite – 30 mg uma vez por dia. Em alguns doentes com alívio sintomático insuficiente, um aumento da dose para 60 mg, uma vez por dia, pode aumentar a eficácia. Na ausência de um aumento no benefício terapêutico devem ser consideradas outras opções terapêuticas. Artrite reumatóide – 90 mg uma vez por dia. Espondilite anquilosante – 90 mg uma vez por dia. Artrite gotosa aguda – 120 mg uma vez por dia. A dose de 120 mg de etoricoxib só deverá ser usada no período sintomático agudo. A dose para cada indicação é a dose máxima recomendada. A dose para a artrite gotosa aguda deve ser limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de etoricoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. Úlcera péptica activa ou hemorragia gastrointestinal (GI) activa. Antecedentes de broncospasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou reacções do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e aleitamento. Disfunção hepática grave (albumina sérica <25 g/l ou pontuação ≥10 na escala de Child-Pugh). Depuração da creatinina estimada em <30 ml/min. Crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doentes com hipertensão cuja pressão arterial esteja persistentemente acima de 140/90 mmHg e não tenha sido controlada de forma adequada. Doença isquémica cardíaca, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **Efeitos indesejáveis:** As reacções adversas listadas por frequência (*muito frequentes*: ≥1/10, *frequentes*: ≥1/100 a <1/10, *pouco frequentes*: ≥1/1.000 a <1/100, *raros*: ≥1/10.000 a <1/1.000, *muito raros*: <1/10.000) foram as seguintes: **Frequentes:** Edema retenção de líquidos, tonturas, cefaleias, palpitações, hipertensão, perturbações gastrointestinais (ex. dor abdominal, flatulência, azia), diarreia, dispepsia, mal-estar epigástrico, náuseas, equimoses, astenia/fadiga, doença semelhante a gripe, aumentos da AST e/ou da ALT; **Pouco frequentes:** Gastroenterite, infecção das vias aéreas superiores, infecção do tracto urinário, alterações do apetite, aumento de peso, ansiedade, depressão, diminuição da acuidade mental, disgeusia, insónia, parestesias/hipostesia, sonolência, visão turva, conjuntivite, acufenos, vertigens, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, alterações inespecíficas do ECG, enfarte do miocárdio*, rubor facial, acidente vascular cerebral*, acidente isquémico transitório, tosse, dispneia, epistaxe, distensão abdominal, refluxo ácido, alteração do peristaltismo intestinal normal, obstipação, xerostomia, úlcera gastroduodenal, síndrome do cólon irritável, esofagite, úlcera oral, vômitos, gastrite, edema facial, prurido, erupção cutânea, câibra/espasmo muscular, dor/ rigidez músculo-esqueléticas, proteinúria, dor torácica, aumento do azoto ureico (BUN), aumento da creatina fosfoquinase, diminuição do hematócrito, diminuição da hemoglobina, hipercalemia, diminuição dos leucócitos, diminuição das plaquetas, aumento da creatinina sérica, aumento do ácido úrico; **Raros:** diminuição de sódio no sangue; **Muito raros:** Reacções de hipersensibilidade, incluindo angioedema, reacções anafiláticas/anafilatóides, incluindo choque, confusão, alucinações, crise hipertensiva, broncospasmo, úlceras pépticas incluindo perfuração gastrointestinal e hemorragias (principalmente em doentes idosos), hepatite, urticária, Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica, insuficiência renal, incluindo falência renal, normalmente reversível após suspensão da terapêutica. *Com base na análise de ensaios clínicos de longa duração, controlados com placebo ou comparador activo, os inibidores selectivos da COX-2 foram associados a um aumento do risco de acontecimentos trombóticos arteriais graves, incluindo enfarte do miocárdio e AVC. Com base dos dados existentes, é improvável que o aumento do risco absoluto destes acontecimentos exceda 1% por ano (pouco frequente). **Apresentação:** Exxiv 60 mg, cx. 7 e 28 comp. Exxiv 90 mg cx. 7 e 28 comp. Exxiv 120 mg, cx. 7 comp. **Comparticipação** (excepto Exxiv 120mg, cx. 7 comp.): 37% (Regime Geral) 52% (Regime Especial). *Sob licença de Merck & Co., Inc. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: BIAL - Portela & Cª S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL Sociedade Anónima. Cons. reg. Com. Trofa Matrícula n.º 500 220 913. NIPC 500 220 913. Capital Social €43.500.000 - www.bial.com - info@bial.com. Medicamento sujeito a receita médica. DIDSAM100303*



Ana Rita Cravo

Reumatologista

Unidade Funcional de
Reumatologia

Hospital do Espírito Santo
de Évora, EPE.

As causas da DOP não estão esclarecidas, mas os factores genéticos representam um papel importante

Doença Óssea de Paget

A Doença óssea de Paget (DOP) caracteriza-se pela alteração localizada da remodelação óssea que se encontra aumentada em vários locais do esqueleto, com predomínio pelo esqueleto axial, osso longos e crânio. Foi descrita pela primeira vez por Sir James Paget, em 1877, como alterações crónicas inflamatórias do osso e denominada *osteíte deformante*¹. A maioria dos doentes está assintomática^{1,2,3}.

Patogénese

As lesões de osso pagético mostram aumento da reabsorção óssea pelos osteoclastos, fibrose da medula óssea, aumento da vascularização e da formação óssea pelos osteoblastos^{1,2,3}. A rápida remodelação óssea origina a produção de osso desorganizado, com diminuição da força mecânica, aumentando o risco de deformidades e fracturas patológicas. Estão descritas 3 fases na DOP¹. Inicialmente verifica-se aumento da reabsorção óssea e aumento do número de osteoclastos no local envolvido, que apresentam mais núcleos (osteoclastos gigantes multinucleados) que os osteoclastos normais, o que resulta numa remodelação óssea cerca de 20 vezes mais rápida que o normal – *fase lítica*. Posteriormente surge a *fase mista* – a que ao aumento da reabsorção se associa um aumento rápido na formação óssea com numerosos osteoblastos (morfologicamente normais). Nesta fase o osso formado não é normal, uma vez que as fibras de colagénio estão depositadas de forma irregular e não linearmente. Na fase tardia – *fase esclerótica* – verifica-se domínio da formação de osso com padrão desorganizado e o osso formado é mais frágil que o osso adulto normal. Este osso vai permitir a infiltração da medula óssea por vasos sanguíneos e tecido conectivo fibroso, originando um osso hipervascularizado.

As causas da DOP não estão esclarecidas^{1,2,3}, mas os factores genéticos representam um papel importante⁴. Cerca de 15% dos doentes têm história familiar e o risco de desenvolver DOP é 7-10 vezes superior em parentes de 1º grau². Em várias famílias a DOP é transmitida por traço autossómico dominante com elevada penetração na 6 ou 7ª décadas^{1,2}. O gene mais importante para o desenvolvimento de DOP parece ser o sequestosome 1 (SQSTM1) que codifica o p62, uma proteína envolvida na sinalização do NF-κB2, factor importante para o recrutamento de pre osteoclastos

e activação de osteoclastos. Mutações do SQSTM1 foram reportadas em 20-50% dos casos familiares de DOP e em 8-20 % dos casos de DOP esporádica⁵. É provável que factores ambientais interajam com as mutações SQSTM1 alterando a gravidade de doença. Algumas teorias sugerem que o antígeno leucocitário humano no cromossoma 6 e o gene no braço cromossoma 18q têm um papel importante, no entanto, a investigação não foi conclusiva sugerindo heterogeneidade genética¹. Existe ainda a hipótese de se tratar de uma doença viral, em que as células hematopoiéticas precursoras dos osteoclastos seriam infectadas por um vírus (paramixovírus), causando um aumento anormal da formação de osteoclastos^{1,2,3}. Estudos mais recentes sugerem também a existência de alterações na expressão de citocinas nos doentes com DOP, nomeadamente da IL-6, no entanto também estes, não são conclusivos^{6,7}. Em outros estudos verificou-se que os precursores dos osteoclastos na DOP são hiperrespondedores ao RANK ligando (RANKL), que promove a génese dos osteoclastos. Esta teoria poderia explicar o efeito dos bifosfonatos que induzem a supressão da reabsorção óssea induzida pelo RANKL, com diminuição do RANKL e aumento da produção da osteoprotegerina¹.

Frequência, Morbilidade e Mortalidade

A DOP ocorre em 1-3% dos indivíduos com mais de 45 anos e em 10% dos indivíduos com mais de 80 anos, afectando 1 a 3 milhões de pessoas nos Estados Unidos da América e apresenta uma prevalência similar em ambos os sexos (*ratio* 3 homens: 2 mulheres)¹. É muito rara em jovens com menos de 25 anos de idade, no entanto está descrita uma forma juvenil de Paget. A doença é mais comum nos caucasianos do noroeste e sul da Europa, América do Norte, Austrália e Nova Zelândia, mas é rara na população Escandinava, Asiática, Chinesa, Japonesa e Africana^{1,2}. A Inglaterra e a França apresentam a maior prevalência da Europa, sendo desconhecida a prevalência em Portugal. Nos últimos 20 anos, a incidência da DOP tem vindo a decrescer na Europa. Na América do sul, a incidência de DOP é relativamente elevada na Argentina consequência da imigração Espanhola e Italiana. Num mesmo país a distribuição da DOP é variável. Em Portugal, parece ser mais prevalente no sul do país, nomeadamente no Alentejo.

A morbilidade da DOP resulta frequentemente da dor óssea, da osteoartrose secundária, das fracturas, do sarcoma ósseo e da hipervascularização do osso pagético, que pode originar perdas hemorrágicas graves após as fracturas ou cirurgia ortopédica, contribuindo para a mortalidade.

Quadro clínico

A DOP pode ser monostótica (afecta apenas um osso) ou poliostótica (afecta 2 ou mais ossos) e as lesões existentes inicialmente podem continuar a progredir se não forem tratadas, mas novos locais de envolvimento são raros após o diagnóstico inicial. A maioria dos indivíduos está assintomática, e nestes doentes a DOP é detectada pela existência de fosfatase alcalina elevada ou alterações radiológicas típicas. Ocasionalmente o doente apresenta dor óssea e deformidade no osso afectado. A dor óssea está presente em repouso, pode ser nocturna, ou ao utilizar o membro afectado. A deformidade é uma característica de doença avançada. Na doença metabolicamente activa pode verificar-se aumento da temperatura cutânea nas zonas afectadas, sendo o local mais frequente a região da tíbia. Qualquer osso do esqueleto pode ser envolvido, mas é mais frequente atingir o sacro e ilíacos, o fémur, as vértebras lombares, os ossos do crânio e da face e o úmero.

A DOP pode ter várias complicações como hipoacusia por compressão do VIII par craniano ou disfunção coclear, fracturas patológicas, osteoartrose secundária, estenose canal medular, invaginação basilar por envolvimento crânio e compressão de outros pares cranianos. Raramente pode surgir hipercalcémia e hipocalciúria (por imobilização), hidrocefalo, paraplegia, insuficiência cardíaca de alto débito (por aumento fluxo sanguíneo através do osso afectado), calcificações valvulares ou arteriais e osteossarcoma, com significativo impacto na qualidade de vida⁸. O osteossarcoma é uma complicação rara da DOP e ocorre em cerca de 0,1% dos doentes⁹.

Diagnóstico

O diagnóstico é geralmente feito por alterações características na radiografia, pela **avaliação bioquímica** e pela cintigrafia óssea. A fosfatase alcalina está aumentada em 90% dos casos, mas pode ser normal quando

apenas um osso está afectado². Na DOP activa também pode estar elevada a deoxipiridinolina urinária, a fosfatase alcalina específica do osso e o C-telopéptido e o N -telopéptido, apesar de na prática diária a sua avaliação não oferecer vantagens em relação à fosfatase alcalina. O cálcio, o fósforo e a paratormona séricos habitualmente têm valores normais, mas pode surgir hiperparatiroidismo secundário, por toma inadequada de cálcio tendo em conta as necessidades do osso pagético². Actualmente utiliza-se a fosfatase alcalina como marcador de diagnóstico, prognóstico e monitorização terapêutica. Pode ainda haver hiperuricémia por aumento do “turnover” de osteoclastos que pode associar-se a gota úrica². As **lesões radiográficas** encontradas podem ser líticas, osteoblásticas ou apresentarem um aspecto misto – aspecto algodonoide^{1,2,3,10} (fig.1). O espessamento da cortical, a perda de diferenciação corticomedular, a esclerose óssea, o aumento de tamanho e a deformação óssea são os aspectos que podem ser encontrados e permitem fazer a diferenciação com outras situações patológicas¹⁰. Na fase inicial de osteólise surge uma radiolucência, principalmente evidente no crânio, também denominada *osteoporose circumscrita*, e em algumas áreas pode surgir uma aparência esclerótica. Um dos aspectos característicos é a “*the blade of grass*”, uma área em forma de V com radiolucência na diáfise de um osso longo^{2,3}. O “*brim sign*” que é um espessamento de linha iliopéctinea ou linha arcuata da pelvis³. Na coluna vertebral, as vértebras afectadas apresentam um aumento do volume da vértebra, com espessamento da cortical e a presença de estrias verticais – vértebra “*em quadro*” ou vértebra “*de Marfim*”¹⁰. Na tíbia é característico o encurvamento em “*sabre*”¹⁰. A **cintigrafia óssea** com Tc^{99m} permite determinar a presença de DOP e documentar a sua extensão (fig. 2). Revela as lesões pagéticas como hipercaptantes e permite demonstrar localizações que podem não ter ainda expressão radiológica¹⁰. A **biópsia óssea** pode ser realizada quando existirem dúvidas acerca do diagnóstico, especificamente para diferenciar de metástases osteoescleróticas³.

Diagnóstico diferencial

Metástases ósseas (nomeadamente da mama e próstata que originam lesões líticas e blásticas), o hemangioma vertebral, a osteomalácia, a osteoartrose e a osteoporose são as patologias que devem ser excluídas^{3,10}.

O diagnóstico é geralmente
feito por alterações
características na radiografia,
pela avaliação bioquímica e
pela cintigrafia óssea



A dor é a principal indicação para tratar os doentes com DOP

Tratamento

A dor é a principal indicação para tratar os doentes com DOP. A dor pode resultar de actividade metabólica aumentada, deformidade óssea, compressão nervosa, e osteoartrose secundária. O principal objectivo do tratamento da DOP é controlar a actividade da doença e a longo prazo minimizar ou prevenir a progressão da doença e diminuir as complicações. Devem também ser tratados os doentes com as complicações mais frequentes, com idade jovem, com fracturas, com insuficiência cardíaca de alto débito, e que tenham cálculos

renais recorrentes por hipercalcúria. Quando necessário também pode ser prescrito paracetamol e ou anti-inflamatórios não esteróides para alívio sintomático da dor. Os bifosfonatos são a terapêutica de primeira linha, análogos do pirofosfato que actuam ligando-se à hidroxiapatite da matriz óssea, e impedindo a ligação dos osteoclastos à matriz óssea, o seu recrutamento e viabilidade. A calcitonina de salmão está recomendada quando o tratamento com bifosfonatos está contraindicado, na dose de 200 a 400 UI/dia por nebulização nasal, uma vez que inibe a reabsorção óssea pelos osteoclastos e promove a excreção renal de cálcio.

Bifosfonatos disponíveis em Portugal para o tratamento da DOP^{1,2,3}:

Fármaco	Dose e via administração	Duração tratamento
Alendronato	40 mg/dia p.o.	6 meses
Residronato	30 mg/dia p.o.	2 meses
Pamidronato	60 mg/dia e.v.	3 dias
Zoledronato	5mg e.v.	Toma única

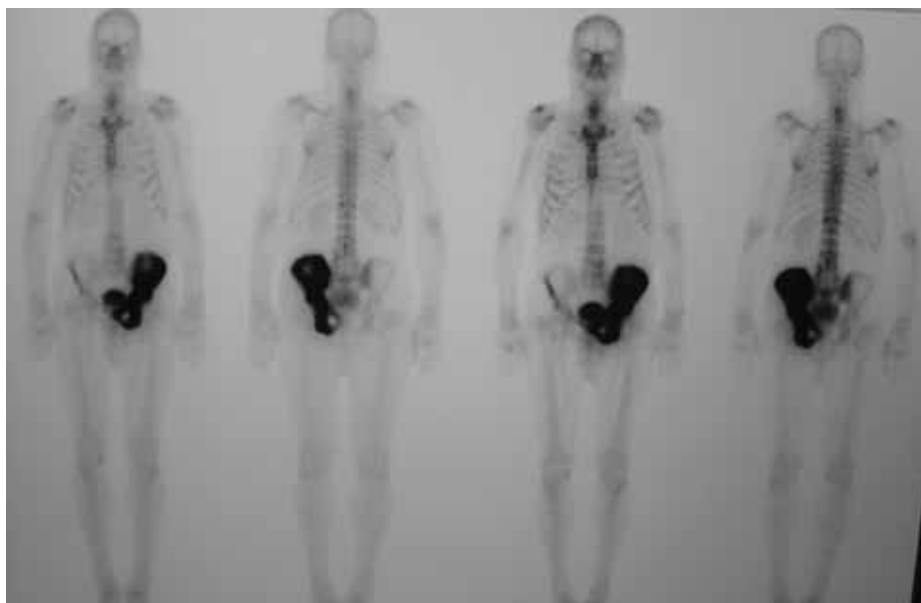


Figura 1 (à esquerda) – Radiografia do crânio revela aumento da espessura da cortical com alteração algodoadosa, nas regiões occipital e fronto-parietal

Figura 2 (em cima) – Cintigrafia óssea revela envolvimento do ilíaco

O retratamento com os bifosfonatos é possível e por vezes necessário^{2,3}, embora não esteja claro na literatura, o número de retratamentos e o seu espaçamento.

Recentemente foi publicado um estudo que demonstrou um controlo de doença sustido até 6,5 anos, após uma única infusão com zoledronato¹¹. Não existem estudos prospectivos com elevado número de doentes que permitam avaliar a eficácia do tratamento precoce com bifosfonatos na prevenção das complicações^{2,3}.

Não deve ser esquecida a suplementação de cálcio e vitamina D, avaliar a presença de hipocalcémia e/ou insuficiência renal com clearance creatinina < 35 mL/min, e a existência de patologia dentária a necessitar de tratamento cirúrgico, que são avaliações a ter em conta antes de iniciar terapêutica com bifosfonatos^{1,2,3}.

A deformidade óssea, as fracturas patológicas, a compressão nervosa e a osteoartrose secundária do joelho ou anca são indicações para cirurgia, podendo ser administrada terapêutica pré-operatória com bifosfonatos para minimizar/prevenir as perdas hemáticas durante a cirurgia. Na presença de sarcoma pode ser necessária amputação e nos doentes com sequela neurológica com compressão medular pode ser necessária laminectomia descompressiva³.

Monitorização e Prognóstico

Os níveis de fosfatase alcalina sérica são usados para monitorizar os efeitos da terapêutica com bifosfonatos e a actividade da doença. Na doença óssea de Paget estão descritos longos períodos de remissão, no entanto se surgir osteosarcoma o prognóstico é mais reservado e a maioria dos doentes morre 1 a 3 anos após o diagnóstico. ■

Referências Bibliográficas

1. Carbone LD, Driver M. *Paget Disease*. Emedicine.medscape. com. 29 Oct 2009. 25 June 2011. <http://emedicine.medscape.com/article/334607>
2. Ralston SH, Daroszewska A, Podenphant J. Other Bone diseases. In *Eular Compendium on Rheumatic Diseases*. London. BMJ Publishing Group and European League Against Rheumatism, 2009
3. Lane N, Leboff MS. Metabolic bone disease. In *Kelley's Textbook of Rheumatology*, 7th Edition. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2005
4. Ralston SH, Langston AL, Reid IR. Pathogenesis and management of Paget's disease of bone. *Lancet* 2008; 372: 155-63
5. Layfield R, Hocking LJ. SQSTM1 and Paget's disease of bone. *Calcif Tissue Int* 2004; 75:347-57
6. Neale SD, Shulze E, Smith R et al. The influence of serum cytokines and growth factors on osteoclast formation in Paget's disease. *QJM*. Apr 2002;95(4): 233-40
7. Hoyland JA, Freemont AJ, Sharpe PT. Interleukin-6, IL-6 receptor, and IL-6 nuclear factor gene expression in Paget's disease. *J Bone Miner Res*. Jan 1994; 9(1): 75-80
8. Langston AL, Campbell MK, Fraser WD et al. Clinical determinants of quality of life in Paget's disease of bone. *Calcif tissue Int* 2007; 80:1-9
9. van Staa TP, Selby P, Leufkens HG et al. Incidence and natural history of Paget's disease of bone in England and Wales. *J Bone Miner Res* 2002; 17: 465-71
10. Tavares V. Síndromes ósseas. In *Grandes síndromes em Reumatologia*. Lisboa, Lidel, 2006
11. Ian R Reid, K Lyles, Guoqin Su et al. A Single Infusion of Zoledronic Acid Produces Sustained Remissions in Paget's disease – Data to 6.5 Years. *J Bone and Miner Res*. 2011 DOI:10.1002/jbmr.438

A deformidade óssea, as fracturas patológicas, a compressão nervosa e a osteoartrose secundária do joelho ou anca são indicações para cirurgia

RESULTADOS POSITIVOS

RESULTADOS POSITIVOS



MabThera®: mais eficaz que um 2º anti-TNF após resposta inadequada ao 1º anti-TNF^{3,4} e mais eficaz na AR seropositiva^{1,2}**

Jan 2011-2051

MabThera 100 mg ou 500 mg concentrado para solução para perfusão. Frasco para injectáveis para administração única com 10mg/ml de rituximab. Excipientes: citrato de sódio, polissorbato 80, cloreto de sódio, hidróxido de sódio, ácido clorídrico, água para preparações injectáveis. **Indicação terapêutica:** MabThera em associação com o metotrexato é indicado no tratamento dos doentes adultos com artrite reumatóide activa, grave, que tiveram resposta inadequada ou foram intolerantes a outros fármacos anti-reumáticos modificadores da doença, incluindo uma ou mais terapêuticas inibidoras do factor de necrose tumoral. MabThera demonstrou reduzir a taxa de progressão das lesões articulares medida por raios x e melhorar a função física, quando administrado em associação com o metotrexato. **Posologia:** 1000 mg por perfusão intravenosa (IV), seguida de uma 2ª de 1000 mg, 2 semanas depois (um ciclo). A necessidade de ciclos adicionais deve ser avaliada 24 semanas após o ciclo anterior. O re-tratamento deve ser realizado nessa altura se a actividade residual da doença permanecer. De outro modo, o re-tratamento deve ser adiado até que a actividade da doença regresse. Deve ser dado aos doentes tratados com MabThera o cartão de alerta do doente em cada perfusão. A segurança e eficácia de MabThera em crianças ainda não foram estabelecidas. Para informação sobre a velocidade de perfusão e outras populações especiais, consultar o RCM. **Administração:** A solução preparada deve ser administrada por perfusão IV, num ambiente que tenha disponíveis de imediato todos os meios de ressuscitação, e sob a estrita supervisão de um médico experiente. Não administrar por injeção IV rápida ou bólus. Antes de cada perfusão administrar um antipirético, um anti-histamínico e 100 mg de metilprednisolona por via IV, para reduzir a incidência e gravidade de reacções à perfusão. Os doentes devem ser monitorizados quanto ao desenvolvimento da síndrome de libertação de citocinas. Os doentes que desenvolvam evidência de reacções graves, em especial dispneia grave, broncospasmo ou hipóxia devem, de imediato, interromper a perfusão. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade ao medicamento ou às proteínas murinas, infecções activas graves, doentes gravemente imunocomprometidos, insuficiência cardíaca grave ou cardiopatia não controlada grave. **Advertências e precauções:** A utilização de MabThera não é recomendada em doentes não tratados previamente com metotrexato. Foram notificadas reacções anafiláticas ou de hipersensibilidade. Devem estar disponíveis, para utilização imediata, os medicamentos necessários ao tratamento destas reacções. A presença de anticorpos anti-químéricos humanos pode estar associada ao agravamento das reacções alérgicas ou à perfusão, após a 2ª perfusão em ciclos de tratamento subsequentes. Deve considerar-se o risco de complicações cardiovasculares. Podem ocorrer infecções graves, incluindo fatais. Os níveis de imunoglobulinas devem ser determinados antes de se iniciar o tratamento com MabThera. Aumento do risco de Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LMP). Monitorizar o doente; a terapêutica poderá ter que ser suspensa/interrompida. Muito raramente foram notificados casos de LMP. A vacinação deve ser finalizada pelo menos 4 semanas antes da 1ª administração. Não se recomendam vacinas com agentes virais vivos durante o tratamento com MabThera e período de depleção das células B. Não é recomendada a utilização concomitante de outras terapêuticas anti-reumáticas, para além das especificadas na indicação e posologia. O risco potencial de desenvolvimento de tumores sólidos não pode ser excluído. **Efeitos indesejáveis** Infecção do tracto respiratório superior, infecções do tracto urinário, reacções relacionadas com a perfusão (hipertensão, náuseas, erupção cutânea, pirexia, prurido, urticária, irritação da garganta, afonamentos, hipotensão, rinite, arrepios, taquicardia, fadiga, dor orofaríngea, edema periférico, eritema, edema generalizado, broncoespasmo, sibilos, edema da laringe, edema angioneurótico, prurido generalizado, anafilaxia, reacção anafilactoide), cefaleia, bronquite, sinusite, gastroenterite, tinha do pé, hipercolesterolemia, parestesia, enxaqueca, tonturas, ciática, alopecia, depressão, ansiedade, dispepsia, diarreia, refluxo gastroesofágico, ulceração da boca, dor abdominal superior, artralgia, dor musculoesquelética, osteoartrite, bursite, LMP, reactivação da hepatite B e reacção tipo doença do soro. **Representado em Portugal por Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Outubro 2010**

1. Chatzidionysiou K. et al., Efficacy of Rituximab retreatment in clinical practice: data from the CERERRA collaboration, Ann Rheum Dis, 2010, 69, Suppl. III. 2. Haraoui B. et al., The efficacy of Rituximab in RA patients after an inadequate response to one TNF inhibitor-final results from the RESET study, Ann Rheum Dis 2010; 69 (Suppl 13): 682. 3. A. Finckh et al., Which subgroup of patients with rheumatoid arthritis benefits from switching to rituximab versus alternative anti-tumour necrosis factor (TNF) agents after previous failure of an anti-TNF agent? Ann Rheum Dis; 2010; 69:387-393. 4. Gomez-Reino et al., Rituximab compared with further tumor necrosis factor (TNF) antagonist therapy in rheumatoid arthritis (RA) patients who had previously failed TNF antagonist therapy: results of a prospective, observational study. Ann Rheum Dis 2009;68(Suppl3):442.

nome fictício; * Artrite reumatóide activa e grave; ** Na redução da actividade da artrite reumatóide activa e grave; FR+: Factor Reumatóide positivo; Anti-CCP+: Anticorpo Anti-Péptido Citrulinado positivo; RI: Resposta Inadequada; MTX = Metotrexato.



Os doentes estão no centro
de tudo o que fazemos

MABTHERA®
RITUXIMAB

RESULTADOS POSITIVOS NA AR* SEROPOSITIVA^{1,2}

Falência prévia a um único anti-TNF e seropositividade para FR e/ou anti-CCP são factores que permitem a optimização dos resultados obtidos nos doentes com Artrite Reumatóide tratados com Rituximab *

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença reumática sistémica crónica, com uma prevalência estimada em cerca de 1% da população¹. Tem predominio de manifestações articulares por inflamação sinovial crónica, que na ausência de tratamento progride para destruição articular com consequente perda de função e redução da qualidade de vida. Além disso, associa-se a aumento de mortalidade², sobretudo cardiovascular.

A patogénese exacta da AR não é conhecida, mas sabe-se que há interferência de factores genéticos e ambientais. No processo inflamatório da doença participam uma multiplicidade de células, incluindo monócitos, macrófagos, células B, células endoteliais e fibroblastos. Os linfócitos B destacam-se pelas suas funções de produtores de anticorpos, células apresentadoras de antígenos e participação na activação de células T. Os dois anticorpos auto-reactivos melhor conhecidos na AR são o factor reumatóide (FR) e os anticorpos anti-péptido citrulinado cíclico (anti-CCP) e ambos apresentam um valor preditivo e prognóstico

na AR, os últimos com maior especificidade. Contudo, não é ainda clara a influência destes marcadores como parâmetros de resposta ao tratamento farmacológico, apesar de já ter sido demonstrado nalguns estudos, a redução dos níveis detectáveis de auto-anticorpos durante o tratamento com fármacos modificadores de doença (DMARDs)³.

O Rituximab (RTX) é um anticorpo monoclonal quimérico para o marcador de superfície CD20 presente nos linfócitos B na sua fase de diferenciação entre célula pré-B e célula B madura⁴.

Em ensaios e estudos clínicos, Edwards *et al* e Thurlings *et al*, respectivamente, demonstraram que o tratamento com RTX em associação com Metotrexato (MTX) permitiu uma rápida e acentuada redução dos níveis de FR, mantida ao longo de 24 semanas⁵ e que os valores de anti-CCP também diminuíram de forma significativa às 36 semanas⁶. Clinicamente, nos ensaios REFLEX⁷, DANCER e IMAGE, também se registou diferença de resposta avaliada pelos índices de actividade da AR de acordo

com presença / ausência de FR e/ou anti-CCP favorável à “seropositividade”^{7,8}, para os anticorpos referidos (ACR 20 de 54% nos seropositivos vs 41% nos seronegativos, no REFLEX). A análise conjunta de dados dos ensaios MIRROR e SERENE também confirmou os mesmos resultados favoráveis aos doentes seropositivos FR e/ou anti-CCP, com obtenção de baixa actividade da doença, independentemente da positividade para um ou ambos os anticorpos⁹.

Para além dos ensaios clínicos, os dados obtidos através de registos em bases de dados de doentes da prática clínica diária são também fundamentais para reavaliar periodicamente a segurança de RTX e para confirmar a eficácia acrescida nos doentes seropositivos. A base de dados CERERRA inclui dez registos europeus de doentes tratados com RTX. Da análise dos resultados, destaca-se a maior magnitude de resposta com RTX em doentes tratados com apenas um anti-TNF prévio, e que os factores preditivos de boa resposta são a presença de anti-CCP, um menor DAS (índice de actividade da doença) basal e um baixo número de DMARDs e biológicos prévios.¹⁰ ■



José Saraiva Ribeiro
Medical Manager
Roche Farmacêutica Química, Lda.

* MabThera (Rituximab) em associação com o metotrexato é indicado no tratamento da artrite reumatóide activa, grave em doentes adultos que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância a outros fármacos anti-reumáticos modificadores da doença (DMARD), incluindo uma ou mais terapêuticas inibidoras do factor de necrose tumoral (TNF).

Referências bibliográficas 1 - Lawrence RC, Helmick CG, Arnet Fc et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1988;41(5):778-99. 2 - Pincus T, Callahan LF. Reassessment of twelve traditional paradigms concerning the diagnosis, prevalence morbidity and mortality of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol Suppl* 1989;79:67-96. 3 - De Rycke L, Verhelst X, Kruithof E, et al. Rheumatoid factor, but not anticyclic citrullinated peptide antibodies, is modulated by infliximab treatment in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(2):299-302. 4 - RCM MabThera de 25.10.10. 5 - Edwards JC, Szczepanski L, Szechinski J, et al. Efficacy of B-cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2004;350(25):2572-81. 6 - Thurlings RM, Vos K, Wijnbrands CA, Zwiderman AH, Gerlag DM, Tak PP. Synovial tissue response to rituximab: mechanism of action and identification of biomarkers of response. *Ann Rheum Dis*. 2008;67(7):917-25. 7 - Cohen SB, Emery P, Greenwald MW, et al. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks. *Arthritis Rheum*. 2006;54(9):2793-806. 8 - Mariette X, Kivitz A, Isaacs JD, et al. Effectiveness Of Rituximab (RTX) Methotrexate (MTX) In Patients (Pts) With Early Active Rheumatoid Arthritis (RA) And Disease Characteristics Associated With Poor Outcomes. *Arthritis & Rheumatism*. 2009;60 [Abstract 1687]. 9 - Isaacs J, Olech E, Tak PP, et al. Autoantibody-positive rheumatoid arthritis (ra)patients (pts) have enhanced clinical response to rituximab (rtx) when compared with seronegative patients. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(Suppl3):442. 10 - Van Vollenhoven RF, Chatzidionysiou K, Nasonov E, et al. Six-Month Results From The Collaborative European REGistries For Rituximab In Rheumatoid Arthritis (CERERRA). Efficacy Of Rituximab Is Highest In RF-Positive Patients And In Those Who Failed At Most One Prior Anti-TNF. *Arthritis & Rheumatism*. 2009;60 [Abstract 1671].

MabThera 100 mg ou 500 mg concentrado para solução para perfusão. Frasco para injetáveis para administração única com 10mg/ml de rituximab. Excipientes: citrato de sódio, polissorbato 80, cloreto de sódio, hidróxido de sódio, ácido clorídrico, água para preparações injetáveis. **Indicação terapêutica:** MabThera em associação com o metotrexato é indicado no tratamento dos doentes adultos com artrite reumatóide activa, grave, que tiveram resposta inadequada ou foram intolerantes a outros fármacos anti-reumáticos modificadores da doença, incluindo uma ou mais terapêuticas inibidoras do factor de necrose tumoral. MabThera demonstrou reduzir a taxa de progressão das lesões articulares medida por raios x e melhorar a função física, quando administrado em associação com o metotrexato. **Posologia:** 1000 mg por perfusão intravenosa (IV), seguida de uma 2ª de 1000 mg, 2 semanas depois (um ciclo). A necessidade de ciclos adicionais deve ser avaliada 24 semanas após o ciclo anterior. O re-tratamento deve ser realizado nessa altura se a actividade residual da doença permanecer. De outro modo, o re-tratamento deve ser adiado até que a actividade da doença regresse. Deve ser dado aos doentes tratados com MabThera o cartão de alerta do doente em cada perfusão. A segurança e eficácia de MabThera em crianças ainda não foram estabelecidas. Para informação sobre a velocidade de perfusão e outras populações especiais, consultar o RCM. **Administração:** A solução preparada deve ser administrada por perfusão IV, num ambiente que tenha disponíveis de imediato todos os meios de ressuscitação, e sob a estrita supervisão de um médico experiente. Não administrar por injeção IV rápida ou bólus. Antes de cada perfusão administrar um antipirético, um anti-histamínico e 100 mg de metilprednisolona por via IV, para reduzir a incidência e gravidade de reacções à perfusão. Os doentes devem ser monitorizados quanto ao desenvolvimento da síndrome de libertação de citocinas. Os doentes que desenvolvam evidência de reacções graves, em especial dispneia grave, broncospasma ou hipoxia devem, de imediato, interromper a perfusão. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade ao medicamento ou às proteínas murinas, infecções activas graves, doentes gravemente imunocomprometidos, insuficiência cardíaca grave ou cardiopatia não controlada grave. **Advertências e precauções:** A utilização de MabThera não é recomendada em doentes não tratados previamente com metotrexato. Foram notificadas reacções anafiláticas ou de hipersensibilidade. Devem estar disponíveis, para utilização imediata, os medicamentos necessários ao tratamento destas reacções. A presença de anticorpos anti-químicos humanos pode estar associada ao agravamento das reacções alérgicas ou à perfusão, após a 2ª perfusão em ciclos de tratamento subsequentes. Deve considerar-se o risco de complicações cardiovasculares. Podem ocorrer infecções graves, incluindo fatais. Os níveis de imunoglobulinas devem ser determinados antes de se iniciar o tratamento com MabThera. Aumento do risco de Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LMP). Monitorizar o doente; a terapêutica poderá ter que ser suspensa/interrompida. Muito raramente foram notificados casos de LMP. A vacinação deve ser finalizada pelo menos 4 semanas antes da 1ª administração. Não se recomendam vacinas com agentes virais vivos durante o tratamento com MabThera e período de depleção das células B. Não é recomendada a utilização concomitante de outras terapêuticas anti-reumáticas, para além das especificadas na indicação e posologia. O risco potencial de desenvolvimento de tumores sólidos não pode ser excluído. **Efeitos indesejáveis:** Infecção do tracto respiratório superior, infecções do tracto urinário, reacções relacionadas com a perfusão (hipertensão, náuseas, erupção cutânea, parestesia, prurido, urticária, irritação da garganta, afonias, hipotensão, rinite, arropios, taquicardia, fadiga, dor orofaríngea, edema periférico, eritema, edema generalizado, broncospasma, sibilos, edema da laringe, edema angioneurótico, prurido generalizado, anafilaxia, reacção anafilactóide), cefaleia, bronquite, sinusite, gastroenterite, tinite do pé, hipercolesterolemia, parestesia, enxaqueca, tonturas, ciática, alopecia, depressão, ansiedade, dispneia, diarreia, refluxo gastroesofágico, ulceração da boca, dor abdominal superior, artalgia, dor musculoesquelética, osteoartrite, bursite, LMP, reacção da hepatite B e reacção tipo doença do soro. Representado em Portugal por Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Outubro 2010. Jun 2011-2167



Jan 2011 - 2069

RoACTEMRA 20mg/ml concentrado para solução para perfusão. Frasco para injetáveis com 80, 200 ou 400 mg de tocilizumab em 4, 10 ou 20ml, respectivamente. Excipientes: sacarose, p... no tratamento da artrite reumatóide activa, moderada a grave, em adultos com resposta inadequada ou intolerantes a terapêutica prévia com um ou mais fármacos anti-reumáticos modificadores da... reduzir a taxa de progressão de lesão articular, medida por raio-X, e melhorar a função física, quando administrado com metotrexato. **Posologia:** 8mg/kg de 4/4 semanas (mas não >800mg). Não... um Cartão de Alerta. **Modo de administração:** Diluir para volume final de 100ml com solução injetável de cloreto sódio 9mg/ml (0,9%), estéril e apirrogénica, usando técnica asséptica, e administ... caso de infecção grave. Avaliar tuberculose latente e tratar antes de iniciar RoACTEMRA. Dispor de tratamento apropriado p/ uso imediato em caso de reacção anafiláctica durante a administração. ... simultaneamente vacinas vivas ou vivas atenuadas nem utilizar com outros agentes biológicos. Risco aumentado de neutropenia em doentes tratados previamente com antagonistas do TNF. Precauções... intestinal/diverticulite. Foi notificado aumento das transaminases hepáticas (frequente) sem progressão p/ dano hepático, diminuição da contagem de neutrófilos e plaquetas, aumentos nos parâmetro... de advertências/precauções e recomendações. **Interações:** Medicamentos metabolizados via CYP450 3A4, 1A2, 2C9 ou 2C19. **Efeitos indesejáveis:** Infecções do tracto respiratório superior, na... transaminases hepáticas, aumento peso, leucopenia, neutropenia, hipercolesterolemia, edema periférico, reacções de hipersensibilidade, conjuntivite, tosse, dispneia, diverticulite, estomatite, úlcera g... **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações, contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Estr. Nac...**

1. Bykerk V, *et al.* Tocilizumab in Patients with Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to DMARDs and/or TNF Inhibitor Therapy: ACT-SURE Preliminary Results. Poster FRI0193, presented at the EULAR (European League Against Rheumatism) Annual European Congress of Rheumatology; 16-19 June 2010; Rome, Italy. Ann Rheum Dis 2010;69(Suppl3):379 available at <http://www.abstracts2view.com/eular/> and accessed on July 8th 2010.

DAS - Disease Activity Score

O primeiro inibidor do receptor da IL-6
para o tratamento da Artrite Reumatóide

**RoACTEMRA em 1ª linha de biológico*
demonstrou oferecer a remissão
a 62% dos doentes aos 6 meses.¹**

*Em associação com Metotrexato
Remissão DAS28 (DAS28<2,6)
Artrite Reumatóide activa moderada a grave

JÁ COMPARTICIPADO

cloridrato de sulfato de sódio, fosfato dissódico dodeca-hidratado, fosfato monossódico di-hidratado, água para preparações injectáveis. **Indicação terapêutica:** RoACTEMRA, em associação com MTX, é indicado no tratamento da doença ou antagonistas do factor de necrose tumoral (TNF). Pode usar-se em monoterapia em caso de intolerância a MTX ou quando o seu uso continuado é inadequado. RoACTEMRA demonstrou ser eficaz em <18 anos. Para ajustes de dose devido a alterações laboratoriais e informação sobre populações especiais consultar Resumo das Características do Medicamento (RCM). Dar aos doentes 100 mg por perfusão intravenosa durante uma hora. **Contra-indicações:** Infecções activas, graves e hipersensibilidade à substância activa ou excipientes. **Advertências e precauções:** Interromper em caso de reações graves. Não se recomenda tratamento em doentes com alanina aminotransferase (ALT) ou aspartato aminotransferase basal >5xLSN, CAN<0,5x10⁹/l ou contagem de plaquetas <50x10⁹/μl. Não administrar RoACTEMRA ao considerar utilização em doentes com doença hepática activa/compromisso hepático, história de infecções recorrentes/crónicas ou predisposição para infecções ou história prévia de ulceração do trato gastrointestinal, perfuração diverticular (pouco frequente) e reacções graves de hipersensibilidade associadas à perfusão. Este medicamento contém sódio. Consultar RCM para informação adicional acerca de efeitos secundários, incluindo: cefaleia, hipertensão, aumento da ALT, celulite, pneumonia, herpes simplex oral e zoster, dor abdominal, ulceração da boca, gastrite, erupção cutânea, prurido, urticária, tonturas, aumento da creatinina, aumento da bilirrubina total, hipertrigliceridemia, nefrolitíase, hipotireoidismo. Para informação adicional, consultar RCM. Dezembro 2010.

Informações de contacto: 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810.

 **RoACTEMRA[®]**
tocilizumab


Os doentes estão no centro
de tudo o que fazemos

EpiReumaPt é lançado oficialmente em Setembro

O grande projecto da reumatologia portuguesa é apresentado ao público no próximo dia 9 de Setembro, na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa



Aquele que é o primeiro estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal vai ser apresentado ao público no próximo dia 9 de Setembro, às 17h30, na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, mas a vontade de o efectuar remonta a 2004. Nessa altura, Jaime Branco, investigador principal do EpiReumaPt e coordenador do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, e Helena Canhão, co-investigadora, começaram a desenhar a metodologia para o estudo, que foi apresentado à Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, em 2005. Por motivos logísticos e financeiros, o trabalho foi retomado apenas em 2009 e, juntamente com Sofia Ramiro, que, entretanto, se juntou à equipa, desenvolveram o protocolo do EpiReumaPt, publicado na Acta Reumatológica Portuguesa, em 2010.

O projecto, orçamentado em 1,6 milhões de euros, inclui cerca de dez mil entrevistas a uma amostra da população portuguesa e, a partir dessas, a avaliação de cinco mil pessoas por reumatologistas para confirmação de diagnóstico, avaliação da actividade da doença e realização de exames complementares. No final, será possível identificar factores sócio-demográficos e clínicos associados ao

diagnóstico de cada patologia reumática, estimar a prevalência de doenças reumáticas não diagnosticadas e determinar o seu impacto na qualidade de vida, função e capacidade laboral.

Em entrevista à edição passada desta revista, Helena Canhão assegurou que o projecto está “na fase de implementação e início de

Durante ainda este ano, serão efectuadas entrevistas porta a porta e, posteriormente, as observações de indivíduos doentes e saudáveis por reumatologistas.

desenvolvimento”. Significa isto que todos os preparativos para iniciar o trabalho no terreno estão a ser ultimados. E são muitos mais do que se possa imaginar: desde a carrinha que irá percorrer o país à contratação dos entrevistadores (com o apoio da Universidade Católica) e ao apoio dos reumatologistas que farão as visitas de avaliação, a complexidade

do projecto é tal que exigiu a contratação de um gestor de projecto a tempo inteiro, Nélia Gouveia, para lidar com todos estes aspectos, incluindo a miríade de aprovações e processos burocráticos.

Durante ainda este ano, serão efectuadas entrevistas porta a porta e, posteriormente, as observações de indivíduos doentes e saudáveis por reumatologistas. O questionário é suficientemente sensível e específico para identificar pessoas com e sem doença reumática. Nas duas semanas posteriores, todos os inquiridos integrados no primeiro perfil e 20% no segundo serão vistos por reumatologistas para confirmação de diagnóstico, avaliação da actividade da doença e capacidade funcional.

O EpiReumaPt terá como nome público “Reuma Census 2011-2013 – 1.º Inquérito Nacional sobre Doenças Reumáticas” para facilitar a sua divulgação junto do público em geral. Estão, entre outros financiamentos, assegurados 550 mil euros por parte da Pfizer, distribuídos por cinco anos, e 800 mil euros da Direcção-Geral de Saúde, distribuídos por quatro anos, que patrocina também a nível científico o projecto. ■

Objectivos do EpiReumaPt

O protocolo do EpiReumaPt, da autoria de Jaime Branco, Helena Canhão e Sofia Ramiro, foi publicado na edição de Julho/Setembro 2010 da Acta Reumatológica Portuguesa (pp.384-390). Esta revista científica pode ser consultada on-line na íntegra, através do site da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (www.spreumatologia.pt).

Objectivo primário

Estimar a prevalências das diferentes doenças reumáticas em Portugal.

Objectivos secundários

1. Estimar a prevalência das diferentes doenças reumáticas de acordo com as suas características sócio-demográficas.

2. Identificar variáveis clínicas e sócio-demográficas associadas ao diagnóstico de algumas doenças reumáticas.
3. Estimar a frequência de doenças reumáticas não diagnosticadas previamente.
4. Determinar o impacto das doenças reumáticas na qualidade de vida e na capacidade funcional e laboral.
5. Analisar o acesso dos doentes reumáticos aos cuidados de Saúde.
6. Comparar o fardo que as doenças reumáticas representam para Portugal em comparação com outros países.
7. Definir dois coortes, um com e outro sem doenças reumáticas, para serem seguidos prospectivamente.

A opinião dos pequenos Centros de Reumatologia

Que contributos pode trazer o EpiReumaPt para o desenvolvimento da Reumatologia nos centros mais pequenos, em particular o seu?

Ana Rita Cravo

Reumatologista

Hospital Espírito Santo de Évora, EPE



O EpiReumaPt poderá contribuir para uma maior divulgação da especialidade e do tipo de patologias que habitualmente os reumatologistas tratam e seguem.

Uma vez que vai ser determinada a prevalência das doenças reumáticas na região do Alentejo, que engloba 3 distritos – Portalegre, Évora e Beja –, será seguramente um reforço da necessidade de mais cuidados na área da Reumatologia a nível hospitalar e de mais reumatologistas

nos hospitais do Alentejo, incluindo, naturalmente, o Hospital do Espírito Santo de Évora, o qual, actualmente, tem um reumatologista em funções.

(...) será seguramente um reforço da necessidade de mais cuidados na área da Reumatologia a nível hospitalar e de mais reumatologistas nos hospitais do Alentejo

Tendo em conta o número de doentes actualmente em seguimento no Hospital de Évora e o número de doentes seguidos em outros hospitais do país e que pertencem à área do Alentejo, é clara a necessidade de mais reumatologistas. ■

Cláudia Vaz

Reumatologista

Hospital Sousa Martins, Guarda



O EpiReumaPt será o primeiro estudo em Portugal desenvolvido para determinar a prevalência das doenças reumáticas e o seu impacto na qualidade de vida e capacidade laboral.

No contexto de aumento progressivo de custos com os tratamentos médicos, será crucial estudar o impacto das doenças reumáticas mais comuns de forma a contribuir para o desenvolvimento de planos específicos de saúde para actuação imediata ou no futuro.

Os resultados obtidos poderão sugerir a possibilidade de identificar patologias com prevalências diferentes ao nível da população geral.

(...) será crucial estudar o impacto das doenças reumáticas mais comuns de forma a contribuir para o desenvolvimento de planos específicos de saúde

Este aspecto poderá ser muito importante pelas implicações que poderá ter na gestão de cuidados de saúde primários, na formação médica e de enfermagem e na própria

informação do utente. ■



EpiReumaPt
Um projecto do Programa Nacional
Contra as Doenças Reumáticas

**Sessão de lançamento
do Estudo Epidemiológico
das Doenças Reumáticas
em Portugal**

Programa da Sessão

- 17h30 **Cocktail de boas-vindas**
- 18h30 **Início da cerimónia / Abertura**
Dr. Luís Maurício, SPR
- 18h35 **Apresentação do EpiReumaPt**
Dr.ª Helena Canhão, EpiReumaPt
- 18h50 **Organização e financiamento**
Prof. Doutor Jaime da Cunha Branco, EpiReumaPt
- 19h05 **Promotores do estudo**
SPR, CESOP/UCP, FCMUNL/CEDOC
- 19h25 **Direcção-Geral da Saúde**
- 19h40 **Outras autoridades da Saúde presentes**
- 19h55 **Encerramento**

Agradecemos confirmação de presença até 2 de Setembro, através dos contactos:
915772100 ou e-mail: gestorEpiReuma.pt@spreumatologia.pt

9 de Setembro, na Ordem dos Médicos*, em Lisboa

*Ordem dos Médicos, Avenida Gago Coutinho, 151, Lisboa

Patrocinadores do EpiReumaPt: Direcção-Geral da Saúde | Fundação Calouste Gulbenkian | Laboratórios Pfizer, Ltd. | Menck Sharp & Osime
Abbott Laboratories, Ltd. | Roche, Farmacêutica Quémica, Ltd. | D3A Medical Systems | Happybrands | Particulares

Vai ver que valeu a pena esperar



por uma **verdadeira inovação**



À conversa com... **Mário Rodrigues**

Foi necessária alguma preparação para poder falar de golfe com este reumatologista madeirense. Mas correu tão bem que nenhum de nós acabou no buraco 19...

Quando começou o seu encanto pelo golfe?

Começou no início dos anos 90, quando regressei ao Funchal depois de terminada a especialidade, e fui residir para junto de um campo de golfe (Santo da Serra), cujo profissional era meu amigo de infância.

Tinha também a entusiasmar-me o meu sogro, que foi um excelente jogador (*handicap* singular, isto é, inferior a 10).

“É dos poucos, se não o único, dos desportos com bola que se pode jogar plenamente, “a solo”

O que o atrai verdadeiramente neste desporto?

Sobretudo a calma e a capacidade relaxante que contém. É dos poucos, se não o único, dos desportos com bola, que se pode jogar plenamente, “a solo”. O adversário é o campo e não o, ou os, parceiro(s) de jogo. Não vale a pena jogar apressado, porque “uma volta”



Gostava de ter [um taco especial]! Era sinal de que era bom jogador

(conjunto de 18 buracos) não se faz facilmente em menos de 4 horas... e a capacidade de concentração é fundamental. Se calhar, por isso mesmo, abstraímo-nos de tudo o resto!

Embora se possa considerar um chavão, a verdade é que em campos que não estão condicionados por urbanizações turísticas ou residenciais, como felizmente acontece na Madeira e Porto Santo, o contacto com a Natureza é uma grande vantagem. Qualquer ornitólogo ou botânico teria dificuldade em manter o ritmo de jogo!

Finalmente, sobretudo quando jogado a pé - raramente uma "volta" comporta menos de 6 Km - é um excelente meio de manutenção física global. Cito, passe a publicidade, um opúsculo editado pela Federação Portuguesa de Golfe, em associação com a Fundação Portuguesa de Cardiologia e o Clube Rei

Coração, patrocinado pela Bial e denominado "Contributos Originais para uma Prática Saudável do Golfe".

Qual diria ser o ponto forte do seu jogo?

[risos] Como não estou incluído no grupo dos bons, ou sequer razoáveis, jogadores, esta é uma pergunta difícil. Mas a escolher, será o *putting*.

O que leva no seu saco de golfe?

O normal: os tacos, a luva, as bolas e os *tees*, naturalmente; o guarda-chuva, um boné e água.

E os tacos? Tem algum especial?

Gostava de ter! Era sinal de que era bom jogador. De qualquer maneira, os que me atrapalham mais quando o dia não está "de feição" são o *driver* e o *putter*.

A Madeira tem bons campos. Acha que é por causa dos turistas ou há muitos praticantes portugueses?

Hoje em dia, acho que é por ambas as razões. O primeiro campo de golfe da Madeira, o Favelas Clube, no Santo da Serra, fundado por ingleses residentes, com o apoio de madeirenses, um deles o pai do meu sogro, data do início dos anos 30.

E treinar? É um prazer ou uma obrigação para melhorar nos campeonatos? Participa em muitos?

O golfe é um *hobby* de que muito gosto, mas tenho dificuldade em treinar e jogar tanto como gostava. É uma questão de tempo...

Participo em todos os torneios que posso. São uma excelente ocasião



Em poucas palavras...

O campo de golfe de sonho?
O Augusta National.



O campo mais difícil?

Dos poucos que conheço, sem dúvida o do Porto Santo.



Um jogador de golfe?

Tiger Woods, quando está bem, é inigualável. Mas há muitos excepcionais.



Um bom prato de comida madeirense?

Farinha de milho cozida com couve e cavalas com molho de "vilão".

Um vinho?

Passadouro Reserva 2007 (tinto).



Um livro?

A Sombra do Vento (por ser o mais recente de tantos bons...)

Um filme?

Não sou cinéfilo, mas "A Amante do Tenente Francês" ou o "Paris, Texas"... não esqueço.



Um sonho (na área do golfe)?

Ter mais tempo para praticar e jogar.

Léxico golfista

Para quem não percebeu algumas das respostas devido a termos menos "próprio", chegou a hora de os desvendar...

Driver Nome do taco usado para tacadas de longa distância.

(HCP) Handicap Tipo de pontuação que mede o aproveitamento de cada golfista, sendo subtraído do total de tacadas.

Green Área onde fica o buraco, onde a relva é fina, compacta e aparada rente ao solo.

Putting Tacada no green para atingir o buraco. O taco para esse tipo de jogada chama-se putter.

Tee Suporte para a bola de golfe utilizado na primeira tacada, na área de tee off.

Tee off Área onde é dada a primeira tacada de cada buraco.

Tee shot Tacada de saída.

de treino e avaliação, para além do convívio, que é a melhor parte. Costumo dizer que, no dia em que sair do campo aborrecido ou mal-humorado com o meu jogo, deixo de jogar. O buraco 19 (o bar) recupera todos os desaires! [risos]

Já ganhou algum prémio importante?

Já, o primeiro lugar no Pro-Am do Madeira Island Open do ano 2000. A equipa foi a mesma da fotografia, excepto o profissional (o jogador de boné), que era outro. Terei dificuldade em repetir em 3000!

Se tivesse um shot decisivo para ganhar um Major, qual seria a escolha?

Pergunta impossível... normalmente seria um putt.

O golfe é a sua maior fonte de prazer ou tem mais alguns hobbies para partilhar?

A leitura e a música (ouvinte e executante), pela sua acessibilidade, ganham ao golfe. E estar no Porto Santo, em qualquer altura do ano, "sem nada para fazer"! ■

As melhores esplanadas em tempo de Verão, fora do roteiro algarvio

Rossio Restaurante Bar Terraço

Rua 1.º de Dezembro, 120 (Rossio)

Pequeno-almoço: 07h30 – 10h30
Almoço: 12h30 – 15h30
Jantar: 19h30 – 23h00
Preço médio por refeição: 20 Euros

O nome não engana. É restaurante, é bar e tem, a partir do terraço - ocupa o último andar do Hotel Altis Avenida -, uma vista magnífica para a zona do Chiado e para a Av. da Liberdade. A comida não surpreende por aí além, mas o polvo com batatas a murro, o *risotto* de cogumelos ou o lombo de novilho são escolhas seguras. O espaço, esse, compensa tudo. ■



Furnas do Guincho

Estrada do Guincho
Tel. 21 486 92 43
Almoços: 12h30 às 16h00
Jantares: 19h30 às 23h00

Aberto todos os dias
Preço médio por refeição: 35 Euros

É um encanto de vista e de sabores. Situado na Estrada do Guincho, este restaurante tem três esplanadas com vista para o mar, uma delas coberta. O peixe e o marisco são óptimos, mas o bife de novilho não fica atrás. E o vinho da casa... excelente e a um bom preço. Um conselho: reserve uma mesa na extremidade da esplanada. O cheiro e a brisa do mar são únicos. ■



Capitão Gancho

Travessa da Barrinha
Tel. 256 752 162

Preço médio por refeição: 20 Euros.

É um daqueles restaurantes com esplanada ao pé da praia que não causam a sensação típica de desconforto deste tipo de espaço. Fica na Praia de Esmoriz e oferece uma carta eclética, onde predomina a cozinha mediterrânica e, claro, uma selecção de mariscos frescos da costa. A arquitectura do edifício protege o restaurante dos ventos habituais desta zona. ■



Portas do Sol

Graça, miradouro das Portas do Sol
(em frente à Fundação Ricardo Espírito Santo)

Das 10h às 00h00 (sextas e sábados,
o horário estica até às 02h00)
Preço médio por pequena refeição:
12 Euros

Se lhe apetecer dar um passeio tipicamente lisboeta, entre a Graça e Alfama, “marque” um descanso na esplanada Portas do Sol, no miradouro com o mesmo nome – aquele com os sofás pretos espalhados pelo enorme terraço. À vista panorâmica sobre Alfama e o rio Tejo somam-se pequenas refeições, perfeitas para um *brunch*: sopa de cenoura com hortelã, sandes de *camembert* com mel e endívias ou salada de rúcula com *chèvre* e pesto. ■



Restaurante D.O.C. – Degustação de Origem Certificada

Folgosa do Douro, Estrada Nacional 222,
Armamar
www.restaurantedoc.com

Todos os dias, das 12h30 às 15h30
e das 19h30 às 23h00
Preço médio por refeição: 30 Euros

Trata-se do primeiro restaurante semi-aquático do Douro e só por isso merece uma visita. Tem uma localização fantástica sobre o rio, em Folgosa, concelho de Armamar, e a cozinha integra na perfeição produtos regionais e atracções internacionais como flores comestíveis, *foie gras* ou arroz selvagem. Quanto à carta de vinhos, escolha os do Douro, claro. ■



Simponi, o primeiro anti-TNF para AR, AP e EA mensal, subcutâneo, eficaz e desenvolvido a pensar no doente, Tudo em



SIM/333/10

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM Nome do medicamento e forma farmacêutica Simponi 50 mg solução injectável numa caneta pré cheia **Composição qualitativa e quantitativa** 1 caneta pré cheia de 0,5 ml contém 50 mg de golimumab. Cada caneta pré cheia contém 20,5 mg de sorbitol por dose de 50 mg **Indicações terapêuticas** Artrite reumatóide (AR) moderada a grave em adultos com resposta inadequada a DMARDs, incluindo metotrexato (MTX) e AR activa e progressiva em adultos não tratados previamente com MTX. Artrite psoriática (AP) activa e progressiva em adultos com resposta inadequada a DMARDs. Espondilite anquilosante (EA) activa grave em adultos com resposta inadequada a terapêutica convencional. **Posologia e modo de administração** Os doentes tratados com Simponi devem receber o Cartão de Alerta do Doente. Simponi deve ser administrado por injeção subcutânea, 50mg 1 vez por mês na mesma data todos os meses. AR: em associação com MTX. AP: isolado ou em associação com MTX. **Contra-indicações** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. Tuberculose activa (TB) ou outra infecção grave como sepsis e infecções oportunistas. Falência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA) **Advertências e precauções especiais de utilização** Infecções bacterianas (incluindo sepsis e pneumonia), micobacterianas (incluindo TB), fúngicas invasivas e infecções oportunistas (tuberculose, reacção do vírus da hepatite B). Tuberculose [antes de iniciar o tratamento com Simponi, todos os doentes devem efectuar um rastreio de tuberculose, tanto activa como inactiva ("latente"). Recomenda-se que a realização destes testes seja registada no Cartão de Alerta do Doente] Reacção do vírus da Hepatite B. Neoplasias malignas e linfoproliferativas. Neoplasias malignas em pediatria. Linfoma e leucemia. Outras neoplasias malignas para além de linfoma. Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Acontecimentos neurológicos. Cirurgia. Imunossupressão. Processos auto imunes. Reacções hematológicas. Administração concomitante de antagonistas do TNF e anacina. Administração concomitante de antagonistas do TNF e abatacept. Mudança entre DMARDs biológicos. Vacinações. Reacções alérgicas. Sensibilidade ao látex. Populações Especiais (Doentes idosos \geq 65 anos, Insuficiência renal e hepática). Excipientes (Simponi contém sorbitol (E420)). Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, não devem administrar este medicamento **Interações medicamentosas e outras formas de interacção** Não foram realizados estudos de interacção. Não é recomendada a associação de Simponi e anacina ou abatacept. Não devem ser administradas vacinas vivas concomitantemente com Simponi. Embora a utilização concomitante de MTX resulte no aumento da concentração sérica de Simponi no estado estacionário em doentes com AR, AP e EA, os dados não sugerem a necessidade de ajustes posológicos tanto para Simponi como para o MTX **Efeitos indesejáveis** Muito frequentes Infecção do tracto respiratório superior (rinofaringite, faringite, laringite e rinite) frequentes Infecções bacterianas (ex: celulite), infecções virais (ex: influenza e herpes), bronquite, sinusite, infecções fúngicas superficiais, anemia, reacções alérgicas (broncoespasmo, hipersensibilidade, urticária), positividade para autoanticorpos, depressão, insónia, tonturas, parestesia, cefaleias, hipertensão, obstipação, dispepsia, dor gastrointestinal e abdominal, aumento da alanina aminotransferase (ALT), aumento da aspartato aminotransferase (AST), alopecia, dermatite, prurido, exantema, pirexia, astenia, reacção no local de injeção (tais como eritema no local de injeção, urticária, induração, dor, hematoma, prurido, irritação e parestesia), perturbação da cicatrização, desconforto torácico **Titular de AIM** Centocor B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Holanda **Data de Revisão do texto** 10/2010 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Medicamento participado a 100% ao abrigo do Despacho n.º 1849/2010, actualizado pelo Despacho 1845/2011 (e Declaração de rectificação n.º 286/2011). Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o seu representante, Schering-Plough Farma Lda.**

1 x mês
Simponi[®]
golimumab

Desenvolvido para o doente

Eventos nacionais

Jornadas de Outono

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Local: Pousada de São Mateus (Viseu)

Data: 30 de Setembro a 2 de Outubro de 2011

Mais informações: www.spreumatologia.pt



XXXII Curso de Reumatologia: Ciência na Prática

Organização: Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Local: Hotel Vila Galé, Coimbra

Data: 13 e 14 de Outubro de 2011

Mais informações: <http://reumahuc.congressos-online.com>



XIV Fórum de Apoio ao Doente Reumático

Organização: Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas

Local: Hotel Olissippo Oriente (Parque das Nações, Lisboa)

Data: 21 e 22 de Outubro de 2011

Mais informações: www.lpcdr.org.pt



XIX Jornadas Internacionais do IPR

Organização: Instituto Português de Reumatologia

Local: Centro de Congressos de Lisboa

Data: 24 e 25 de Novembro de 2011

Mais informações: <http://ipr2011.congressos-online.com>

Envio de resumos: até 22 de Outubro de 2011 (através do site mencionado acima)



XVI Congresso Português de Reumatologia

QUATRO DÉCADAS A PERSPECTIVAR O FUTURO DA REUMATOLOGIA

1 A 5 MAIO 2012 | CS PALÁCIO DE CONGRESSOS DO ALGARVE

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Local: CS Palácio de Congressos do Algarve

Data: 1 a 5 de Maio de 2012

Mais informações: <http://spr2012.congressos-online.com>

Datas importantes

Envio de resumos: até 6 de Fevereiro de 2011

Inscrições: até 23 de Abril de 2011

A submissão de resumos e a inscrição de participantes deverão ser feitas on-line, através do site mencionado acima.

Eventos internacionais

Impulse 2011 Immune-related Pathologies: Understanding Leukocyte Signaling and Emerging therapies

Organização: Departamento de Imunologia da Eötvös

Loránd University, Budapeste

Local: Hotel Visegrád (Hungria)

Data: 03 a 06 de Setembro de 2011

Mais informações: www.impulse.org.hu



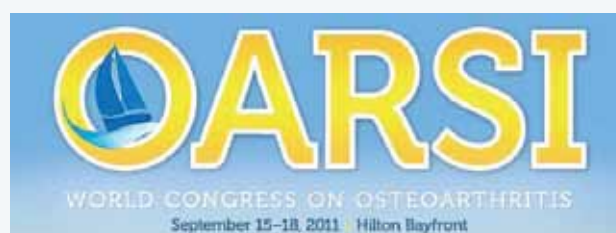
16th World Congress on Osteoarthritis

Organização: OARSI – Osteoarthritis Research Society International

Local: San Diego, Califórnia (EUA)

Data: 15 a 18 de Setembro de 2011

Mais informações: <http://2011.oarsi.org>



ASBMR 2011

Organização: ASBMR – The American Society for Bone and Mineral Research

Local: San Diego, Califórnia (EUA)

Data: 16 a 20 de Setembro de 2011

Mais informações: www.asbmr.org



EuroSpine 2011

Organização: EuroSpine – Spine Society of Europe

Local: Milão (Itália)

Data: 19 a 21 de Outubro de 2011

Mais informações: www.eurospine.org



75th Annual Meeting of the American College of Rheumatology

Organização: ACR - American College of Rheumatology

Local: Chicago (EUA)

Data: 05 a 09 de Novembro de 2011

Mais informações: www.rheumatology.org



24^e Congrès Français de Rhumatologie

Organização: ACR - American College of Rheumatology

Local: CNIT Paris la Défense (França)

Data: 11 a 14 de Dezembro de 2011

Mais informações: <http://sfr.larhumatologie.fr/>



Espaços

Pousada de São Mateus

São Teotónio cede espaço a São Mateus

Um extinto hospital deu espaço a uma moderna pousada de luxo e os santos apadrinharam dois emblemas de Viseu



Fachada principal da pousada

Se na natureza nada se perde, tudo se transforma, a famosa Lei de Lavoisier pode ser aplicada, neste artigo, à arquitectura. Um hospital abandonado renasceu com função de hotel, mas a estrutura arquitectónica e a ligação íntima ao centro da cidade não desvaneceram. Pelo contrário, foram ampliadas.

Estamos em Viseu, frente à imponente fachada da Pousada de São Mateus, um alojamento à medida dos turistas mais exigentes, que reúne, no mesmo espaço, o prazer do descanso ao pecado da gula. Mas guarde o apetite ainda à entrada. Antes de bater à porta, há que respeitar a cronologia, contar esta história do início e só depois revelar mais pormenores daquilo que hoje nos faz viajar – e pernoitar – na cidade de Viriato.

Em tempos remotos, viveu no actual hotel de luxo o Hospital de São Teotónio, cuja abertura data de 1842. Contudo, há ainda uma outra história antes desta, que tem início em 1793, quando o Bispo D. Francisco de Azevedo colocou a primeira pedra. E só vale a pena desvendar este capítulo, porque a construção do hospital foi tudo menos pacífica: nasceu de donativos à Santa Casa da Misericórdia provenientes de Bispos e particulares, de senhores feudais e do povo. Ainda assim, o dinheiro era escasso... e se o serviço era para

Em tempos remotos, viveu no actual hotel de luxo o Hospital de São Teotónio

todos, D. Maria I obrigou os concelhos da antiga Comarca de Viseu a oferecer um real por cada quartilho de vinho (meio litro) e arrátel de carne (500 gramas) a favor da obra. Está claro que se ouviu a voz de protesto daqueles que viviam demasiado longe, dos que acreditavam nunca ir usufruir do hospital, dos que não tinham para comer, quanto mais para oferecer ao país. No revés, D. Maria I levou a acção em diante, julgando os que não tinham pago e recusando aceitar para tratamento os doentes pobres daqueles concelhos, sem uma avença da respectiva



Entrada da pousada

câmara onde residiam. Aos conflitos sociais juntou-se a Guerra da Península, manteve-se a falta de dinheiro e a dita obra durou 49 anos. A necessidade falou mais alto e, ainda incompleto, o Hospital de São Teotónio recebeu os primeiros doentes em 1842.

O majestoso edifício capta ainda hoje atenções pela imponente arquitectura, por isso imagine-se na época, quando era ex-líbris de uma cidade despovoada de construções tão ricas. As três estátuas edificadas no topo, denominadas Fé, Esperança e Caridade, captavam a maioria dos olhares aflitos e das preces de doentes e seus familiares. Estamos em crer que agora captam a maioria dos fotógrafos que visitam Viseu. Mesmo daqueles que não ficam para dormir. É então hora de bater à porta, conhecer o espaço e a história dos nossos tempos.

Em 2007, o arquitecto Gonçalo Byrne tomou as rédeas do projecto que, dois anos mais tarde, daria origem à Pousada de São Mateus. A “casca” é igual, o interior distinto. A casa respeita a estrutura neoclássica, mas arrisca numa decoração minimalista, confortável e moderna. Quanto à paisagem, o arquitecto só tem de agradecer as escolhas do século XVIII, quando o Mestre-de-Obras enquadrou o edifício de modo a ter vista para quatro serras: Gralheira, Caramulo, Buçaco e a famosa Estrela. A cidade cresceu em torno do monumento, mas este privilégio não lhe foi roubado.

Esta Pousada de Portugal está inserida no restrito núcleo de 11 pousadas de charme e oferece um SPA inspirado na tradição termal da região da Beira Alta. A antiga capela do hospital foi transformada em sauna, jacuzzi, duche tropical, piscina interior e salas de massagem, com o intuito de relaxar e revitalizar corpo e mente. Seguindo a lógica do nada se perder e tudo se transformar, o Claustro Mestre Grão Vasco – mesmo no centro da Pousada – é hoje bar aberto ao público em geral e não apenas a hóspedes, e, quando necessário, pode servir como sala de eventos.

Fora da gigante casa há um jardim. Depois dos muros, há um centro histórico para conhecer a pé. Nos arredores, há golfe e equitação. Mas se lhe aguçámos o apetite à descoberta do restaurante Viriato é porque vale a pena vir comer a “casa” vitela de Lafões, carne arouquesa e bacalhau com broa, numa reinvenção da gastronomia regional acompanhada pelo melhor vinho do Dão. Termine com requeijão regado com mel de urze e repita a dose... de sobremesa e de visita que, numa Pousada como esta, ninguém o condena. ■



Plano da sala-de-estar

A casa respeita a estrutura neoclássica, mas arrisca numa decoração minimalista, confortável e moderna



A pousada vista de outro ângulo



Interior da pousada



Destinos

Chicago

O roteiro do mestre Lloyd Wright

Chicago deixou de ser apenas um imponente centro de negócios norte-americano para se transformar num lugar onde, mais do que visitar, apetece viver

Chicago é a terceira maior cidade dos EUA, o segundo núcleo cultural do país e o primeiro centro de negócios americano. Está no “top” em diversos campos de análise e no turismo destaca-se ainda mais desde a eleição de Barack Obama, ou não fosse esta a cidade onde o Presidente residiu nos últimos anos. Muitos turistas elaboram o roteiro de viagem no rasto do líder presidencial, mas uma sugestão alternativa é conhecer Chicago no decalque das pisadas de outra grande influência: Frank Lloyd Wright (1867 – 1959).

A fusão perfeita entre a mente prodigiosa do maior arquitecto do século XX e uma cidade intimamente ligada à arquitectura dá origem a uma viagem “temática” onde não faltam oportunidades de aprofundar conhecimentos sobre a vida e a obra de Lloyd Wright, magnânime em tudo: muitos projectos (mais de mil), muitos edifícios construídos (mais de quinhentos)... e muitas mulheres.

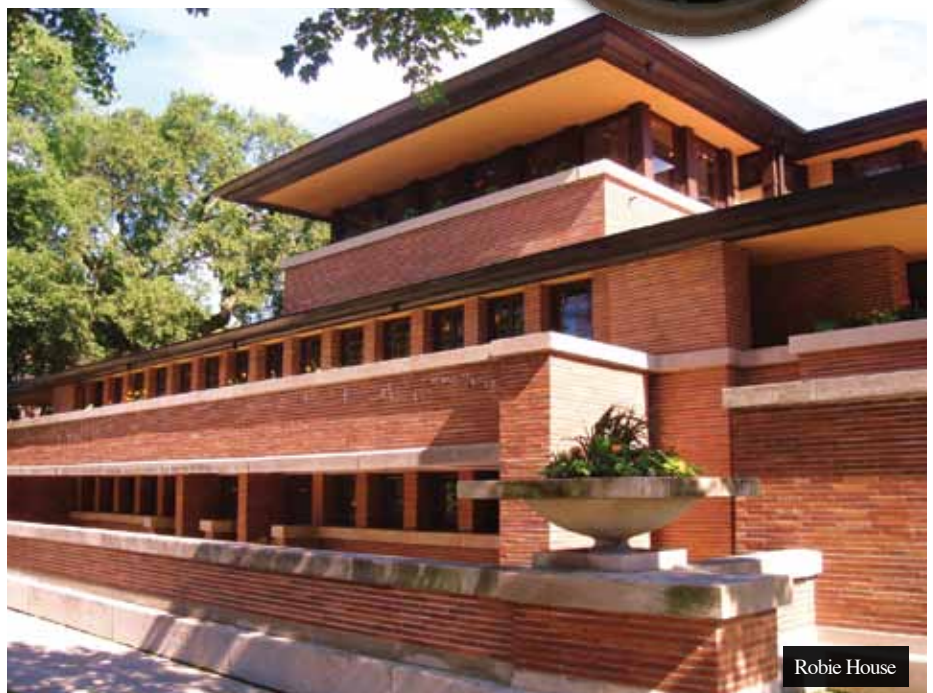
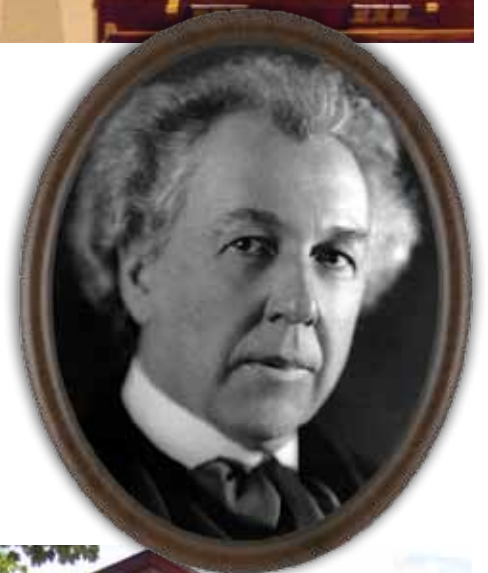
Com berço em Wisconsin, Lloyd Wright mudou-se para Chicago aos 20 anos, altura em que a cidade estava ainda a ser reconstruída após o grande incêndio. Em 1871, começou a trabalhar como aprendiz de Louis Sullivan, um dos pioneiros em arranha-céus da célebre Escola de Chicago. E as portas abriram-se. Cerca de vinte anos mais tarde, construiu a sua primeira casa e o seu estúdio na Chicago Avenue, 951, em Oak Park, que arrastam milhares de peregrinos anualmente. Mas a cereja em cima do bolo espalha-se pelas redondezas da sua própria residência: é que lá vivem também mais 27 casas projectadas por Lloyd Wright, às quais o próprio chamou de “projectos falsificados”, porque tinham sido feitas à revelia do atelier de Sullivan, para suplementar os poucos rendimentos que retinha daí. Louis Sullivan acabou mesmo por descobrir e Lloyd Wright viu-se obrigado a estabelecer-se sozinho no seu estúdio.

O seu registo arquitectónico foi, na altura, arriscado, obedecendo a um conceptualismo muito distinto, onde as casas se fundem na natureza, como uma cobertura suspensa e ampla, regra geral em torno de uma clareira central, privilegiando o envolvente como parte integrante do edifício. Era defensor de que quanto mais próximo da natureza estivesse, melhor o homem expandiria o seu bem-estar pessoal, espiritual e físico. Os projectos mais representativos do seu trabalho são, por isso, as *Prairie Houses* (“casas da pradaria”), chamadas assim por se integrarem perfeitamente na paisagem que rodeava Chicago. Estruturas horizontais baixas, telhados inclinados, terraços e muitas saliências, materiais rústicos dominavam os seus laivos criativos. Uma das *Prairie Houses*



Unity Temple

Os projectos mais representativos do seu trabalho são, por isso, as *Prairie Houses* (“casas da pradaria”), chamadas assim por se integrarem perfeitamente na paisagem que rodeava Chicago



Robie House

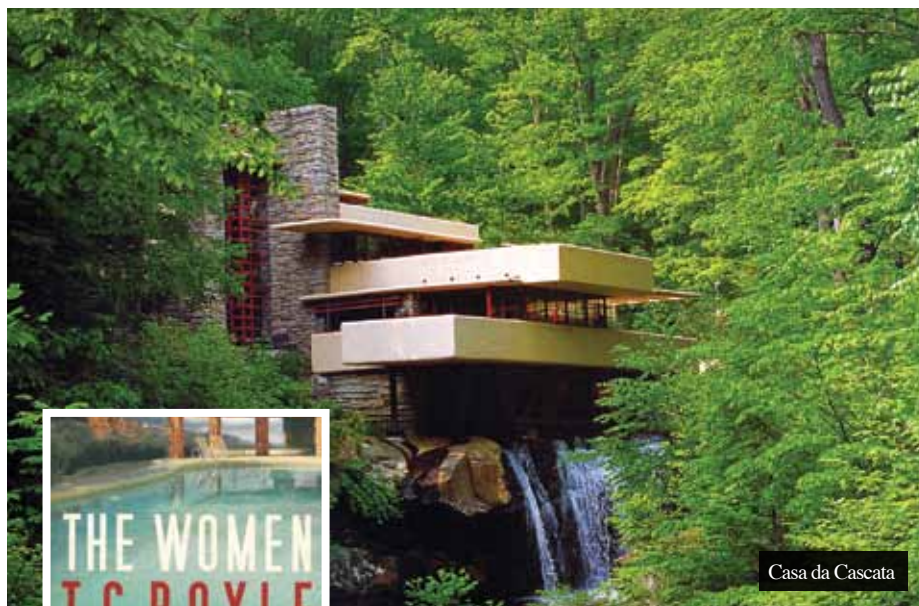
mais conhecidas é a *Robie House*, no Campus da Universidade de Chicago, local que também não pode escapar neste roteiro. Em Oak Park, encontra também a faceta religiosa da arquitectura wrightiana. O Unity Temple, sede da Congregação Universal Unitária, é um bom exemplo.

Se quiser conhecer toda a obra deste génio de arquitectura sem sair de Chicago – teria de ir ao estado da Pensilvânia para ver a Casa da Cascata, a Nove Iorque visitar o Museu Guggenheim, entre outras centenas de deslocações – encontra referência, na Chicago Architecture Foundation, às cerca de 800 construções, dezenas de artigos e livros da autoria de Frank Lloyd Wright, entre exposições permanentes de outros arquitectos e designers conceituados. Aproveite e compre também o livro de T. C. Boyle, intitulado “The Women”, que conta a história de Lloyd Wright pelos olhos das mulheres com quem viveu.

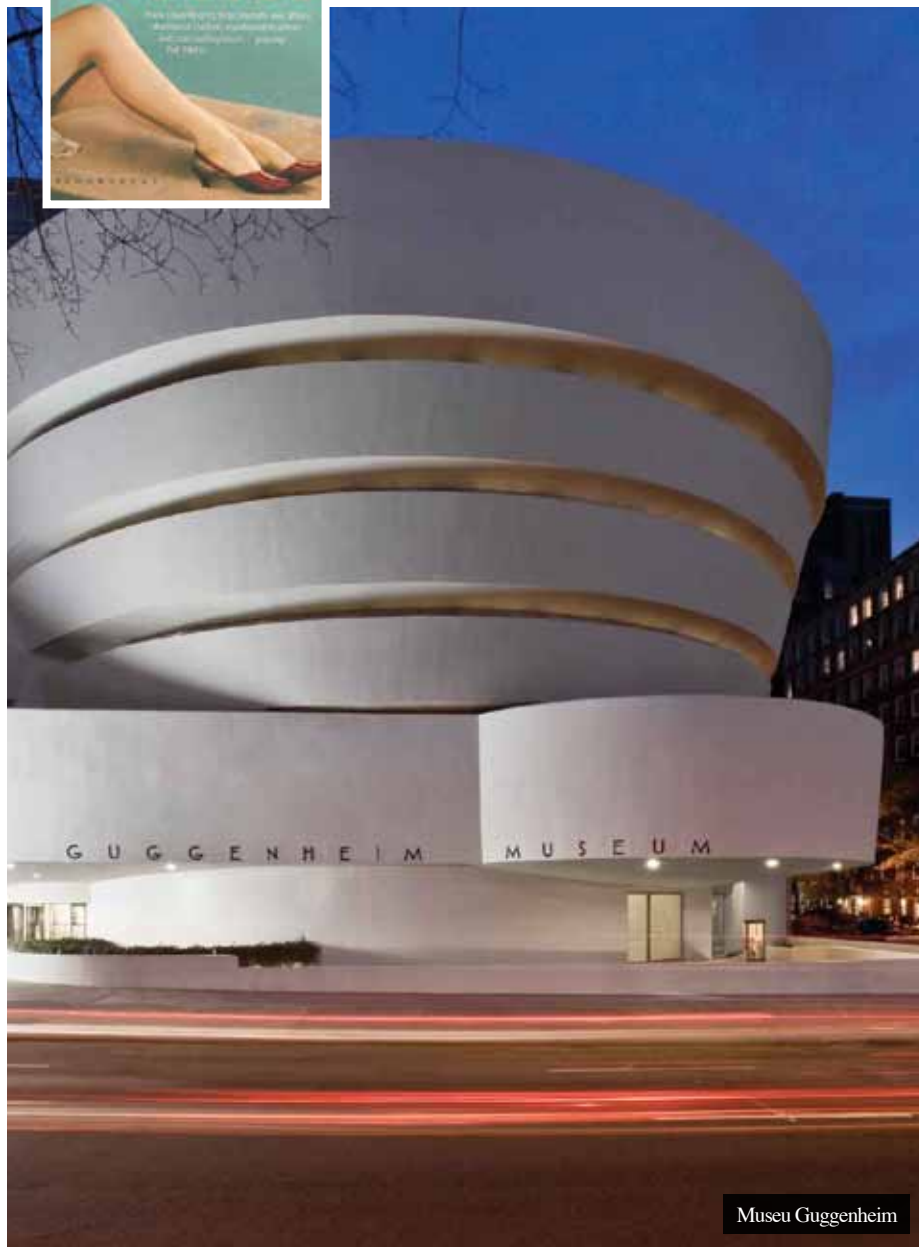
Lloyd Wright defendia que quanto mais próximo da natureza estivesse, melhor o homem expandiria o seu bem-estar pessoal, espiritual e físico

Mas se, há três parágrafos, ficou a pensar no “grande incêndio” de Chicago, saiba que este é responsável pelo facto de a sua arquitectura ser uma das mais influentes do mundo, estatuto que mantém desde o final do século XIX, quando apresentou novas técnicas de engenharia que contagiaram outros países. É que esta fama deriva de uma necessidade de sobrevivência: após o Grande Incêndio de 1871, uma parte substancial da cidade ficou destruída, atraindo profissionais de renome para ajudar a reconstruí-la e foi desse esforço colectivo que nasceram obras em aço inovadoras e os primeiros arranha-céus de sempre. O pioneiro foi o Home Insurance Building, com dez andares, e em 1973 foi inaugurada a Sears Tower, conhecida como a torre mais alta do mundo até 1998, com 102 andares. Porém, os habitantes defendem que o 94º andar Observatório John Hancock tem a vista mais bonita sobre o Lago Michigan.

Já que está nas redondezas, siga pela State Street onde pode apreciar prédios históricos como o Wrigley Building e, um pouco mais longe, a Water Tower. Acredite que, de prédio em prédio, a curiosidade ficará sempre mais aguçada. ■



Casa da Cascata



Museu Guggenheim

Na vida todos precisamos de referências



A diferença entre os IBPs.

Medicamenta®

Novamente uma referência na área da saúde

Tal como o Sol e a Natureza são grandes referências para viver, a família é a nossa principal referência para crescer. Se no passado as estrelas serviram de referência para navegadores como Vasco da Gama descobrirem novos mundos, no futuro a água será a principal referência como suporte à vida. A verdade é que todos precisamos de referências, em que possamos acreditar e confiar. Faz parte de quem somos.



MEDICAMENTA®
por si



LABORATÓRIOS Takeda - SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÊUTICA, S.A.
Rua da Indústria, 100-1, 21.º andar, 2100-002 Lisboa e
Rua da Indústria, 100-1, 21.º andar, 2100-002 Lisboa e
Rua da Indústria, 100-1, 21.º andar, 2100-002 Lisboa e

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. Denominação do medicamento Ogasto® 15 e 30 mg Comprimidos orodispersíveis. **2. Composição qualitativa e quantitativa** Cada comprimido orodispersível contém 15 e 30 mg de lansoprazol. Excipientes: Cada comprimido de 15 mg contém 15 mg de lactose e 4,5 mg de aspartame. Cada comprimido de 30 mg contém 30 mg de lactose e 9,0 mg de aspartame. Lista de excipientes: lactose monohidratada, celulose microcristalina, carbonato de magnésio pesado, hidroxipropilcelulose de baixa grau de substituição, hidroxipropilcelulose, hipromelose, dióxido de titânio, talco, manitol, copolímero do ácido metacrílico-acrílico de etilo (1:1) dispersão a 30%, poliacrilato dispersão a 30%, macrogol 8000, ácido cítrico anidro, monoestearato de glicerilo, polisorbato 80, óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172), citrato de trietil, croscopolidona, estearato de magnésio, aroma à laranja e aspartame. **3. Forma farmacêutica** Comprimido orodispersível branco a amarelo esbranquiçado, com a gravação 15 ou 30 num dos lados do comprimido. Cada comprimido contém microgrânulos de cor laranja a castanho escuro. **4. Indicações terapêuticas** Tratamento da úlcera duodenal e gástrica e da esofagite de refluxo, profilaxia da esofagite de refluxo, erradicação do *H. pylori* quando utilizado em combinação com a terapêutica antibiótica adequada, tratamento das úlceras duodenais e gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada, doença do refluxo gastroesofágico sintomática, síndrome de Zollinger-Ellison. **5. Posologia e modo de administração** Ogasto deve ser tomado 1x/dia, em jejum, exceto quando usado para a erradicação do *H. pylori*, altura em que deve ser tomado 2x/dia, de manhã e à noite, para obter um efeito ótimo. Ogasto deve ser tomado pelo menos 30 minutos antes das refeições. Os comprimidos têm um sabor à laranja e devem ser colocados sobre a língua e chupados suavemente. O comprimido dispersa-se rapidamente na boca, libertando os microgrânulos gastroresistentes que são engolidos com a saliva. Em alternativa, o comprimido pode ser tomado inteiro com água. Os comprimidos orodispersíveis podem ser dispersos numa pequena quantidade de água e administrados através de um tubo nasogástrico ou de jato siringa oral. **Tratamento da úlcera duodenal:** A dose recomendada é de 30 mg, 1x/dia, durante 4 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica é continuada com a mesma dose durante mais 2 semanas. **Tratamento da úlcera gástrica:** A dose recomendada é de 30 mg, 1x/dia, durante 4 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica pode ser continuada com a mesma dose durante mais 4 semanas. **Profilaxia da esofagite de refluxo:** 15 mg, 1x/dia. A dose pode ser aumentada até 30 mg/dia. **Erradicação do *H. pylori*:** Na seleção da terapêutica de combinação adequada devem considerar-se as orientações locais oficiais relativas à resistência bacteriana, à duração do tratamento e à utilização adequada de agentes antibacterianos. A dose recomendada é de 30 mg, 2x/dia, durante 7 dias em combinação com um dos seguintes: 250-500 mg de claritromicina, 2x/dia + 1 g de amoxicilina, 2x/dia; 250 mg de claritromicina, 2x/dia + 400-500 mg de metronidazol, 2x/dia. Quando a claritromicina é combinada com Ogasto e amoxicilina ou metronidazol obtêm-se taxas de erradicação do *H. pylori* de até 90%. Também se observou a utilização de um regime incluindo 30 mg de lansoprazol, 2x/dia, 1 g de amoxicilina, 2x/dia e 400-500 mg de metronidazol, 2x/dia. Com esta combinação observaram-se taxas de erradicação inferiores às dos regimes envolvendo claritromicina. Quando se trata de resistência à claritromicina foram baixas, este regime pode ser adequado aos doentes que não podem tomar claritromicina como parte da terapêutica de erradicação. **Tratamento das úlceras duodenais e das úlceras gástricas benignas associadas aos AINEs:** 30 mg, 1x/dia, durante 4 semanas. Nos doentes não completamente curados o tratamento pode ser continuado durante mais 4 semanas. Para os doentes em risco ou com úlceras difíceis de curar, provavelmente deve ser usado um tratamento mais longo e/ou uma dose mais alta. **Profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs:** 15 mg, 1x/dia. Se o tratamento falhar deve usar-se uma dose de 30 mg, 1x/dia. **Doença do refluxo gastroesofágico sintomática:** A dose recomendada é de 15 ou 30 mg/dia. O alívio dos sintomas é rapidamente obtido. Devem considerar-se ajustes da dose individuais. Se os sintomas não são aliviados em 4 semanas com uma dose diária de 30 mg, recomenda-se nova observação. **Síndrome de Zollinger-Ellison:** A dose inicial recomendada é de 60 mg, 1x/dia. A dose deve ser ajustada individualmente e o tratamento deve ser continuado durante todo o tempo quanto o necessário. Já foram usadas doses diárias até 180 mg. Se a dose diária necessária exceder 120 mg, esta deve ser dada dividida em 2 doses. **Insuficiência da função renal ou hepática:** Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com insuficiência da função renal. Os doentes com doença hepática moderada a grave devem ser observados regularmente e recomenda-se uma redução de 50% na dose diária. **Idosos:** Pode ser necessário ajustar a dose devido a uma redução da clearance do lansoprazol. A dose diária de 30 mg não deve ser excedida, a não ser que hajam indicações clínicas evidentes. **Crianças:** A utilização não está recomendada. **6. Contra-indicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. O lansoprazol não deve ser administrado com atazanavir. **7. Efeitos indesejáveis** As frequências são definidas como frequentes (>1/100), <1/10; pouco frequentes (>1/1.000, <1/100); raras (>1/10.000, <1/1.000); muito raras (<1/10.000). **Doenças do sangue e do sistema linfático:** Pouco frequentes: trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia. **Raras:** anemia. **Muito raras:** agranulocitose, pancitopenia. **Perturbações do foro psiquiátrico:** Pouco frequentes: depressão. **Raros:** insónia, alucinações, confusão. **Doenças do sistema nervoso:** frequentes: cefaleia, tonturas. **Raros:** insipiente, vertigens, parestesia, convulsões, tremor. **Afeções oculares:** Raras: distúrbios visuais. **Doenças gastrointestinais:** náusea, diarreia, dor no estômago, obstipação, vómitos, flatulência, toco ou garganta seca. **Raros:** glossite, candidíase do esôfago, pancreatite, perturbações do paladar. **Muito raras:** colite, esteatite. **Afeções hepatobiliares:** frequentes: aumento das enzimas hepáticas. **Raros:** hepatite, icterícia. **Afeções das fezes:** diarreia e subdiarreia. **Frequentes:** urticária, prurido, erupção. **Raros:** petéquia, purpura, queda de cabelo, eritema multiforme, fotossensibilidade. **Muito raras:** síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica. **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Pouco frequentes: artalgia, mialgia. **Doenças renaes e urinárias:** Raros: nefrite intersticial. **Doenças dos órgãos genitais e da mama:** Raros: ginecomastia. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** frequentes: fadiga. **Pouco frequentes:** edema. **Raros:** febre, periartrite, angioedema, anorexia, impotência. **Muito raras:** choque anafilático. **Exames complementares de diagnóstico:** Muito raras: aumento dos níveis de colesterol e triglicéridos, hiponatremia. **8. Titular da autorização de introdução no mercado** Lusomedicamenta - Sociedade Técnica Farmacêutica, SA Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B, Queluz de Baixo, 2730-055 Barcarena. **Medicamento sujeito a receita médica. Compartilhado de acordo com o escalão C (37%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.** 04/2008

JORNADAS DE OUTONO 2011

Sociedade Portuguesa
de Reumatologia

30 SETEMBRO - 02 OUTUBRO

POUSADA DE VISEU

SEXTA, 30 SETEMBRO 2011

15h00-18h30 | Curso DMARD's
18h30-20h00 | Reunião DOR e Reunião GEDRESIS
20h00 | Jantar

SÁBADO, 1 OUTUBRO 2011

09h00-13h00 | CURSO DMARD's
09h30-11h00 | Reunião GESPA e Reunião GEODOM
11h00-12h30 | Reunião GEAR
13h00-13h30 | Apresentação (5 min.) das conclusões
dos Grupos de Trabalho
13h30 | Almoço

TARDE LIVRE

19h00 | Abertura do Ano Académico com
Conferência Cultural
20h30 | Jantar

DOMINGO, 2 OUTUBRO 2011

9h00-13h00 | Apresentação das Guidelines da AP
13h00 | Almoço