

A 6 de Janeiro de 2012

Sociedade Portuguesa de Reumatologia apaga 40 velas

Testemunhos

Os primeiros internos
de Reumatologia



Opinião

“Quem sabe faz a hora,
não espera acontecer”

José Carlos Romeu

Privado

À conversa com...

Miguel Sousa

Espaços

Casa-Museu

Medeiros e Almeida

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 MUSC-1020618-0000

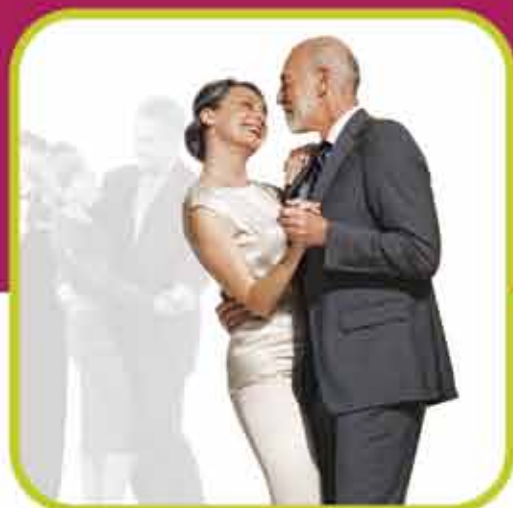


alendronato/colecalciferol

70mg/5600 UI

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 Ovario 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 TERAPÉUTICAS:** 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. **POSOLÓGIA 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 e/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 infecções graves, nomeadamente, sepsis e infecções oportunistas, insuficiência cardíaca moderada a grave (classe III/IV da NYHA). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS:** Foi observado risco aumentado de infecções 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 infecções, incluindo tuberculose, antes, durante e após o tratamento com Humira. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com infecções activas, incluindo infecções crónicas ou localizadas, até que as mesmas estejam controladas. A administração de Humira deve ser interrompida se um doente desenvolver uma nova infecção 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 infecções oportunistas graves e sérias como pneumonia e Pneumocystis carinii, histoplasmosse disseminada, listeriose e aspergíose em doentes tratados com Humira. Os doentes devem ser aconselhados a consultar o médico se tiverem sinais/sintomas sugestivos de infecção por tuberculose ou de outras infecções 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 infecção HBV devem ser avaliados para uma possível infecção 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 anafiláctica 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 anomalias 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 poliarticular, 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 poliarticular 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:

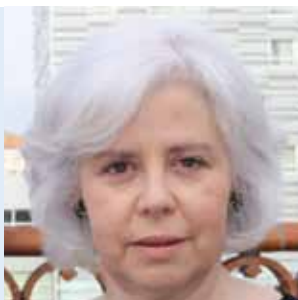
tonsuras, cefaleias, alterações neurológicas, tosse, dor faríngea, diarreia, dor abdominal, estomatite, ulcerações orais, náuseas, erupção cutânea, prurido, dor musculoesquelética, infeções respiratórias inferiores (incluindo pneumonia e bronquite), infeções virais (incluindo influenza e herpes), candidíase, 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

Um Passado com Futuro



No dia 6 de Janeiro de 2012 a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) irá comemorar quarenta anos da sua fundação.

A ideia da criação de uma sociedade científica dedicada ao estudo das doenças reumáticas (ou reumatismo, como à data se dizia...) era já antiga. A Associação Portuguesa de Reumatologia, fundada em 1948 por um grupo de médicos liderados por Assunção Teixeira, juntava médicos e não médicos, numa organização cujos objectivos eram, entre outros, a prestação de cuidados clínicos aos doentes reumáticos e a promoção do estudo e investigação dos problemas médicos e sociais dos reumatismos. Em 1954 esta Associação dá lugar ao Instituto Português de Reumatologia e preconiza a criação da "Sociedade Portuguesa de Reumatologia" (Sociedade dos Reumatologistas Portugueses), conforme se pode ler no artigo nº 33 dos estatutos então aprovados. Esta separação das vertentes médica/científica e assistencial/social concluiu-se dezoito anos depois.

Curiosamente, em 1972, os médicos que se dedicavam ao estudo das doenças reumáticas e que tinham contribuído para a formação da SPR, continuavam à espera que a Reumatologia fosse reconhecida como especialidade, um processo que durou sete longos anos entre a aprovação pela Ordem dos Médicos (1970) e a publicação oficial em Diário da República (1977). Em Junho de 1980 é criado o internato da especialidade e em Janeiro de 1981 doze médicos iniciam o primeiro internato hospitalar.

Ao longo dos anos outras dificuldades se colocaram ao desenvolvimento adequado dos cuidados de saúde prestados aos doentes reumáticos e às aspirações naturais de expansão de uma jovem especialidade.

Nestes quarenta anos a SPR conseguiu deixar para trás as "dores de crescimento" e tornou-se uma instituição sólida, que investe na qualidade de formação dos internos e jovens especialistas, aposta numa prática médica de qualidade, alicerçada em conhecimentos técnicos e científicos robustos e na utilização adequada dos recursos disponíveis, com o objectivo último de garantir a excelência na prestação de cuidados aos doentes reumáticos.

Os tempos que se avizinham prometem ser difíceis e vão colocar sérios desafios à procura de soluções que permitam manter, com qualidade, as actividades e projectos da SPR.

Mas os reumatologistas têm demonstrado possuir algumas das qualidades essenciais dos tecidos orgânicos com que estão habituados a lidar e, tal como eles, podem ser resistentes e resilientes. E, como uma Sociedade não é mais que o conjunto de pessoas que a compõem, são estas características, individuais e colectivas, que continuarão a contribuir para o desenvolvimento da SPR e da Reumatologia Portuguesa.

Que 2012 seja melhor do que esperamos! ■

Viviana Tavares
Presidente-Eleita da SPR

Tema de Capa 4 a 14

Contributos de Luís Maurício e Augusto Faustino

Especial 40 anos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Testemunhos de João Ribeiro da Silva, José Canas da Silva e Domingos Araújo
Os primeiros internos de Reumatologia

José Carlos Romeu
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer

Relance 15 | 30 a 31

Sugestões de leituras para 2012

Eventos nacionais e internacionais

Privado 17 a 19

À conversa com...
Miguel Sousa

Revisão 22 a 25

Ana Ribeiro
Hiperostose Esquelética
Idiopática Difusa

Sociedade Reumatológica 27 a 28

Lançamento oficial foi em Setembro
Reuma Census está a bater à porta dos portugueses

Henrique Martins
"Faz sentido definir metas e estratégias individuais"

Ficha Técnica



A SPR é membro da
EULAR-European League Against Rheumatism

Propriedade

Sociedade Portuguesa
de Reumatologia
Av. de Berlim, nº 33 B
1800-033 Lisboa
info@spreumatologia.pt
www.spreumatologia.pt

Periodicidade
Quadrimestral

Tiragem
3000 exemplares

Depósito legal
265378/07

Direcção

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 Pato
Relator
Jorge Silva
Vogal
Margarida Cruz
Presidente-Eleito
Viviana Tavares

Espaços 32 a 34

Casa-Museu da Fundação
Medeiros e Almeida
Uma casa que se tornou museu

Destinos 36 a 38

Évora – Cidade do mundo



Especial 40 anos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia celebra 40 anos, a 6 de Janeiro de 2012. O Boletim Informativo juntou-se a essa comemoração da melhor forma: entrevistou o seu presidente e um ex-presidente, recolheu testemunhos daqueles que foram os primeiros internos de Reumatologia, pediu ao Vice-Presidente para fazer uma retrospectiva e ainda foi espreitar a Casa-Museu Medeiros e Almeida, cenário escolhido para esta celebração. Esperemos que folhear estas páginas lhe dê tanto prazer como nos deu a nós criá-las!

O dia 6 de Janeiro de 1972 marca o nascimento da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, numa altura em que a especialidade nem sequer era reconhecida oficialmente (só o foi em 1977). Quarenta anos mais tarde – muito pouco tempo em contexto médico –, a Reumatologia conseguiu ilustrar da melhor forma os verbos “inovar”, “fazer”, “criar”, “persistir” e “defender”, como o confirmam os artigos ao longo desta edição. O dia 6 de Janeiro de 2012 marca, por isso, o triunfo desta especialidade e é motivo de orgulho de todos os reumatologistas, dos primeiros internos, em 1981, aos que agora são atraídos por ela.

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia escolheu como cenário para a sessão comemorativa dos 40 anos a Casa-Museu da Fundação Medeiros e Almeida – que tem, mesmo a jeito, a exposição temporária intitulada “O triunfo de uma vida”. A recepção aos convidados tem início às 18h30, seguida da abertura oficial por Luís Maurício, presidente desta associação científica; seguir-

-se-ão as intervenções de Mário Viana de Queiroz, ex-presidente da SPR e ex-editor da Acta Reumatológica Portuguesa, com a comunicação “Figuras e Factos da Acta Reumatológica Portuguesa. Uma Visão Pessoal”, e de Viviana Tavares, presidente-eleita da SPR, com a comunicação “Um Passado com Futuro”.

A Acta Reumatológica Portuguesa, órgão oficial da SPR com Factor de Impacto, terá um especial destaque nesta sessão. Editada desde 1973, tem um percurso científico pautado por dois marcos importantes: é referenciada, desde 2006, no Index Medicus, Medline / PubMed, e incluída, desde 2007, nos serviços disponibilizados pela Thompson Reuters, com indexação e publicação de resumos na Science Citation Index Expanded e no Journal Citation Reports (Science Edition). Nesta sessão, será apresentada a nova imagem desta publicação, o novo *site* criado especificamente para a acolher e, por último, serão distribuídos DVDs com as edições digitais de todos os números publicados entre 1973 e 2002. ■

A sessão comemorativa dos 40 anos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia tem lugar na Casa-Museu da Fundação Medeiros e Almeida, em Lisboa. Faça-lhe uma visita virtual na página 32.



**Luís Maurício**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

“É fundamental estar junto de quem tem capacidade de decidir”

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) comemora 40 anos durante o mandato da sua presidência. Que significado tem para si este aniversário como presidente e como reumatologista?

Como presidente é, em primeiro lugar, uma responsabilidade, no sentido em que, nas circunstâncias actuais, caracterizadas por restrições financeiras, importa, atendendo a esse factor, marcar uma presença que dignifique o “peso” destes 40 anos. Por outro lado, é, naturalmente, motivo de felicidade poder influenciar de forma mais directa as próprias comemorações, através das ideias que serão colocadas em prática pela Direcção a que presido.

Como reumatologista, é um orgulho pertencer a uma Sociedade Científica com quatro décadas e a dinâmica que tem vindo a assumir ao longo dos anos, a par da projecção crescente da nossa especialidade.

O que destaca da sessão comemorativa organizada pela SPR, que decorre a 6 de Janeiro, na Casa-Museu Medeiros e Almeida?

A sessão comemorativa fará a evocação histórica dos 40 anos da nossa Sociedade, numa comunicação feita pela Dr.^a Viviana Tavares, e dará relevo à nossa Revista Científica – Acta Reumatológica Portuguesa (ARP) – através de uma comunicação do Prof. Viana de Queiroz, sobre figuras e factos que marcaram esta revista. Dando destaque precisamente à ARP, faremos a distribuição de todos os seus

números – desde 1973 até 2002 – em formato digital, apresentaremos a sua nova imagem, que será a oficial a partir de 2012, e lançaremos o seu site, consolidando, de uma forma muito significativa, este projecto editorial.

Significativa será também a disponibilização e apresentação da plataforma Web do Registo Nacional dos Doentes Reumáticos – ReumaPt –, marcando uma etapa decisiva do nosso Registo Nacional que dá, assim, um passo gigante na sua afirmação.

“A Reumatologia tem uma projecção científica muito significativa”

Quarenta anos encerram já uma longa história. Deste percurso, de que momentos se orgulha mais?

São muitos:

- desde logo, a própria criação da Sociedade e o papel relevante do Dr. Assunção Teixeira, seu primeiro Presidente, na sua dinamização;
- a criação da especialidade de Reumatologia, para a qual os protagonistas da SPR muito contribuíram, em 1977, à terceira tentativa;
- a edição do primeiro número da Acta Reumatológica Portuguesa, em 1973;

- o primeiro Congresso Português de Reumatologia, em 1974, na cidade de Coimbra;
- o papel relevante desempenhado pelos Professores António Lopes Vaz, Mário Viana de Queiroz e Dr. João Figueirinhas no estabelecimento do ensino pré-graduado de Reumatologia;
- a homologação em 2004 do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, cujo primeiro coordenador foi o Prof. Viana de Queiroz, a que se seguiu o Prof. Jaime Branco;
- a realização de dois Congressos da EULAR em Portugal, o último dos quais em 2003;
- as duas campanhas de informação ao grande público da iniciativa da SPR – uma no mandato do Dr. Domingos Araújo, sobre a Artrite Reumatóide; outra sobre Doenças Reumáticas em Geral, “Saber que Faz Mover”, no mandato do Dr. Augusto Faustino;
- o Registo Nacional dos Doentes Reumáticos – Reuma.Pt – criado em 2008;
- o primeiro Estudo Epidemiológico Nacional sobre Doenças Reumáticas, apresentado a 9 de Setembro passado;
- as diversas publicações que têm mantido a sua regularidade – desde logo o Boletim Informativo;
- as Jornadas de Outono – uma iniciativa sempre esperada pelos reumatologistas – coincidindo com a abertura dos Anos Académicos;
- as múltiplas bolsas de investigação promovidas pela SPR...

Enfim... muitas e boas recordações! ■

Luís Maurício teve o primeiro contacto com a Reumatologia durante os tempos de faculdade não só com a realização da cadeira opcional de Reumatologia, mas principalmente enquanto revisor da “Revista Portuguesa de Reumatologia”: “A obrigatoriedade de ler todos os artigos que eram enviados para a revista deu-me a possibilidade de ter um contacto quase directo com algumas das doenças que a Reumatologia abarcava”, justifica. Na sua escolha pesou também o facto de não querer seguir uma área cirúrgica ou ligada à prática de “emergência”.

Na altura em que acabou o internato complementar da Reumatologia, em 1997, Luís Maurício recorda que a especialidade estava numa fase de expansão, cujo desafio era a cobertura reumatológica e a criação de novos Serviços. “Hoje, não deixa de o continuar a ser, embora com um ponto de partida muito melhor”, explica, acrescentando que “os desafios passam naturalmente por cobrir zonas ainda a descoberto de cuidados em Reumatologia, mas também reforçar em número de reumatologistas as Unidades e Serviços já existentes. A Reumatologia tem uma projecção científica

muito significativa, com mais de uma dúzia de Reumatologistas de ‘referência’, em várias áreas, alguns deles já com presenças marcantes em fóruns internacionais”.

Por isso, Luís Maurício considera fundamental estar junto de quem tem capacidade de decidir, influenciando a decisão: “a Reumatologia tem que estar nos lugares de decisão-chave... Leva tempo mas é altura de se trabalhar na consolidação desse objectivo”. ■



Augusto Faustino

Responsável pela Comissão Coordenadora dos Registos Nacionais dos Doentes Reumáticos
Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia entre 2006 e 2008

“A Reumatologia deixou de ser uma brigada de elite”

O que destaca da sessão comemorativa dos 40 anos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR)?

A sessão comemorativa frisa dois vectores muito importantes em relação à SPR: por um lado, esta instituição atingiu uma maturidade, que se reflecte na qualidade dos trabalhos e das acções que tem actualmente, faceta que se vai tornar ainda mais visível com os novos projectos que vão ser anunciados, nomeadamente a versão Web dos Registos Nacionais dos Doentes Reumáticos e as novidades em relação à Acta Reumatológica Portuguesa; por outro lado, a SPR tem memória do passado, preza o passado e gosta de lembrar esse passado. É sobretudo esta junção entre o presente que se alcançou e o passado que se está a recordar que eu destaco mais do programa. Este é para mim o significado dos 40 anos.

Que momentos recorda mais do percurso desta especialidade e da Sociedade que a defende?

Em relação à SPR, obviamente que os momentos que recordo com maior prazer e honra são aqueles em que estive mais ligado a esta instituição, como presidente, entre 2006 e 2008. Penso que contribuí para dinamizá-la, profissionalizá-la, reforçar alguns projectos de qualidade que estavam em fermentação e potenciar os que já existiam e eram bons. Esses anos são os mais recompensadores.

Não posso deixar de olhar para a história da SPR de uma forma muito homogênea e muito carinhosa em geral. Já a minha evolução como reumatologista (tenho 17 anos de carreira) foi bastante heterogênea...

Porquê?

A Reumatologia transfigurou-se nos últimos 20 anos, desde que entrei no Internato Complementar, no Instituto Português de Reumatologia, em 1989. Escolhi esta especialidade por aquilo que simbolizava há 20 anos: a Reumatologia do hospital, que lidava com as doenças inflamatórias sistémicas. Na altura, saíamos do curso com uma má preparação de clínica geral: não promovia o contacto com o ambulatório, apenas com o hospital; permitia um bom contacto com as patologias graves, mas não com patologias correntes, de ambulatório.

“Entrei na Reumatologia por uma razão, mas hoje estou de alma e coração por outros motivos”

Eu aprendi Reumatologia por uns livrinhos da autoria do Prof. Viana de Queiroz, que me deram um gostinho especial pelas doenças reumáticas sistémicas, como o Lúpus ou a Espondilite Anquilosante. Queria escolher uma especialidade que fosse abrangente, porque não queria focalizar-me numa área médica muito específica ou na cirurgia.

Tendo em conta essas premissas, a Reumatologia pareceu-me muito atractiva:

nós éramos uma brigada de elite que tratava as patologias inflamatórias sistémicas... Fui completamente enganado! [risos]

Por que motivo foi “enganado”? O que mudou?

Quando saí dessa “reumatologia hospitalar” e ingressei numa instituição como o Instituto Português de Reumatologia, encontrei uma especialidade completamente diferente – a Reumatologia de contacto com o público em geral, do dia-a-dia, do ambulatório, que trata osteoartrose, artrites e osteoporose...

Ao longo destes 20 anos, acompanhei a mudança de paradigma da Reumatologia e confirmei como é decisivo o papel do reumatologista na identificação precoce das patologias reumáticas, no tratamento precoce, na mudança da evolução das doenças; no fundo, na mudança da qualidade de vida dos doentes.

Actualmente, a Reumatologia deixou de ser uma brigada de elite e começou a ter um exército mais difuso, mais disseminado, mantendo essa brigada apenas em determinados locais. ■

“Entrei na Reumatologia por uma razão, mas, neste momento, estou de alma e coração por outros motivos”, afirma Augusto Faustino. Esses motivos são claros: é importante continuar a saber tratar doenças específicas muito bem, mas sobretudo saber tratar todas as doenças reumáticas e contribuir para a afirmação da especialidade quer na prática médica hospitalar quer na ambulatória. ■

AS FRATURAS NÃO SE EVITAVAM ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DO OSSO

ATÉ QUE ALGUÉM PENSOU DIFERENTE
E O MUNDO AVANÇOU.

OSSEOR®
RANELATO DE ESTRÔNCIO

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO - Informações essenciais: Nome do Medicamento: OSSEOR 2 g granulado para suspensão oral. Composição Qualitativa e Quantitativa: Cada saqueta contém 2 g de ranelato de estrôncio. Forma Farmacêutica: Granulado para suspensão oral. Granulado amarelo. Indicações terapêuticas: Tratamento da osteoporose na mulher pós-menopáusia para redução do risco de fraturas vertebrais e do colo do fêmur. Posologia e modo de administração: A dose 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 doentes tratados com ranelato de estrôncio devem receber suplemento de vitamina D e de cálcio se a dieta for inadequada. População idosa: A eficácia e segurança do ranelato de estrôncio foram estabelecidas 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. Compromisso renal: O ranelato de estrôncio não é recomendado em doentes com compromisso renal grave (depuração de creatinina <30 ml/min). Não é necessário ajuste da dose em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina 30-70 ml/min). Compromisso hepático: Como o ranelato de estrôncio não é metabolizado, não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso hepático. População pediátrica: A segurança e eficácia de OSSEOR em crianças com menos 18 anos de idade não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. O granulado nas saquetas tem de ser tomado 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 ter sido preparada. Contraindicações: 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 compromisso renal crónico. A continuação do tratamento com OSSEOR em doentes que desenvolvam compromisso renal grave deve ser considerada numa base individual. OSSEOR deve ser usado com precaução em doentes com risco aumentado de 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. Foram notificados casos graves de síndromes de hipersensibilidade, incluindo em particular, erupção cutânea medicamentosa 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 a iniciação da terapia 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 ou outras reacções alérgicas graves não devem reiniciar a terapia com OSSEOR. 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. Interações medicamentosas e outras formas de interação: Como os catiões 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. Um estudo clínico de interação in vivo, demonstrou que a administração de hidróxidos de alumínio e magnésio duas horas antes ou em simultânea 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 afetada 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. 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. Não existiram diferenças na natureza das reacções adversas entre os grupos de tratamento, independentemente da idade no momento da inclusão ser superior ou inferior a 80 anos. As taxas de incidência global das reacções adversas com o ranelato de estrôncio não diferiu do placebo, tendo sido normalmente ligeiras e transitórias. As reacções 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 descontinuação da terapêutica foi devida principalmente a náuseas (1,3% e 2,2% no grupo placebo e no grupo ranelato de estrôncio respetivamente). Durante os estudos de fase III, a incidência anual de tromboembolismo venoso (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. Doenças do sistema nervoso: Frequentes: cefaleia (3,3% vs. 2,7%), alterações na consciência (2,6% vs. 2,1%), perda de memória (2,5% vs. 2,0%); Pouco frequentes: convulsões (0,4% vs. 0,1%). Doenças gastrointestinais: Frequentes: náusea (7,1% vs. 4,6%), diarreia (7,0% vs. 5,0%), fezes pastosas (1,0% vs. 0,2%); Frequência desconhecida: vômitos, dores abdominais, irritação da mucosa oral (estomatites e/ou ulceração da boca), refluxo gastroesofágico, dispepsia, obstipação, flatulência. Afecções hepatobiliares: Frequência desconhecida: aumento das transaminases séricas (em associação com reacções de hipersensibilidade cutânea), hepatite. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequentes: dermatite (2,3% vs. 2,0%), eczema (1,8% vs. 1,4%); Frequência desconhecida: reacções de hipersensibilidade cutânea (eritema, prurido, urticária, angioedema), síndromes de hipersensibilidade graves incluindo síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica e DRESS, e alopecia. Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequência desconhecida: dor musculoesquelética (espasmo muscular, mialgia, dor óssea, artalgia e dor nas extremidades. Vasculopatias: Frequentes: tromboembolismo venoso (TEV) (2,7% vs. 1,9%). Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequência desconhecida: edema periférico, pirexia (em associação com reacções de hipersensibilidade cutânea). Perturbações do foro psiquiátrico: Frequência desconhecida: estado confusional, insónia. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Frequência desconhecida: hiper-reatividade brônquica. Doenças do sangue e do sistema linfático: Frequência desconhecida: insuficiência da medula óssea, eosinofilia e linfadenopatia. Exames complementares de diagnóstico: Frequentes: aumento da creatina-fosfoquinase (CPK) no sangue (1,4% vs. 0,6%). Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). Regime de comparticipação: Escalão B (RG: 69% - RE: 84%). Sob licença de LES LABORATOIRES SERVIER - 50, rue Carnot - 92284 Suresnes cedex- França. Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). 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. DIDSAM110930



Os primeiros internos de Reumatologia

Em 1981, abriam as primeiras vagas para a especialidade. João Ribeiro da Silva, José Canas da Silva e Domingos Araújo, três dos primeiros doze internos de Reumatologia, dão o seu testemunho



“A Reumatologia estava constantemente a ‘mexer’”*

João Ribeiro da Silva

**a partir de uma conversa no seu consultório, em Lisboa. Aposentado há uns meses, João Ribeiro da Silva foi reumatologista no Instituto Português de Reumatologia e no Hospital Santa Maria.*

A opção pela Reumatologia em 1981

Escolhi a Reumatologia por ser uma nova especialidade, pelo desafio e pelo estímulo que representava (a novidade é um pólo de atracção). Em 1981, era uma especialidade pouco conhecida e muito pouco focada no curso de Medicina. Gostava de Medicina Interna, mas achava-a demasiado generalista e abrangente. A Reumatologia satisfazia-me: era uma especialidade médica que abrangia todas as idades, ultrapassava muito o aparelho locomotor (embora este fosse o alvo preferencial das doenças reumáticas), exigia uma multidisciplinaridade e interacção com colegas de outras especialidades, características que me agradavam imenso. A Reumatologia estava constantemente a “mexer” e a inovar e, por isso, não hesitei em candidatar-me àquele que foi o primeiro concurso para o preenchimento de vagas na carreira hospitalar de Reumatologia.

Desafios de outrora e de hoje

Fiz o internato da especialidade no Instituto Português de Reumatologia (IPR), estando administrativamente ligado ao Hospital Santa Maria (HSM). Findo o internato, mantive a minha actividade durante alguns anos no IPR e, a partir do final da década de 90, passei a exercer as minhas funções no HSM. A Reumatologia praticada nas duas instituições tinha características diferentes:

o IPR mantinha uma assistência dirigida sobretudo ao doente ambulatorio, com uma forte vertente na reabilitação e no campo social; no HSM, encontrei os casos mais graves e menos frequentes das doenças reumáticas, com necessidade de internamento e de realização de terapêuticas e de técnicas diferenciadas.

“O grande desafio do futuro é preveni-las [as doenças reumáticas]”

Nos últimos 30 anos, houve um grande progresso na investigação e na terapêutica destas doenças. Actualmente, já não vejo casos como os que vi no início da carreira, de doentes com grandes deformações e incapacidades, o que é extremamente gratificante. No nosso percurso clínico, tem-se observado uma evolução muito positiva no comportamento das doenças reumáticas, devido à intervenção

dos reumatologistas junto dos doentes, e na comunidade científica. Hoje, a sua remissão e reabilitação é uma realidade. O grande desafio do futuro é preveni-las.

A afirmação da Reumatologia

Antigamente, muitos doentes não sabiam da existência desta especialidade e, quando a conheciam, a sua acessibilidade fora dos grandes centros urbanos era quase impossível. Entretanto, com a formação de novos especialistas e a abertura de novos centros, tem-se verificado uma melhor cobertura a nível nacional dos cuidados de saúde dos doentes reumáticos.

No entanto, a afirmação da Reumatologia tem sido feita sobretudo à custa do esforço desenvolvido pelos reumatologistas. São estes os principais responsáveis pelo seu crescimento e sucesso.

A recompensa de ser reumatologista

Poder aliviar o sofrimento e prevenir a incapacidade, mantendo o doente activo e inserido na comunidade, é muito gratificante. De um modo geral, o doente reconhece o valor do nosso trabalho e acaba por se estabelecer uma ligação de confiança e, muitas vezes, de amizade, que perdura durante muitos anos. ■



“A vontade de criar para a Reumatologia uma nova Unidade pesou mais forte”*

José Canas da Silva

**a partir de uma conversa no Hospital Garcia de Orta, em Almada.
José Canas da Silva é Director do Serviço de Reumatologia deste hospital.*

Vantagens e desvantagens de ser um dos primeiros internos de Reumatologia em 1981

Houve, obviamente, algumas vantagens, uma vez que até ao momento não existia a especialidade tal como a entendemos hoje em dia (as primeiras vagas abriram em 1981)... A Reumatologia atraiu-me não só pela especialidade em si, mas pelo facto de até ao momento não haver reconhecidamente especialistas. Era também uma oportunidade para quem, como eu, tinha interesse pela área médica e nenhum pela área cirúrgica. Desvantagens também existiram: o facto de sermos os primeiros fez com que tivéssemos de ajudar a construir todo o terreno e todo o edifício da nova especialidade.

A opção pela Reumatologia

A Reumatologia fazia parte de um leque de especialidades médicas, nas quais estavam incluídas a Endocrinologia, a Nefrologia e a Cardiologia, que me atraíam e que poderiam ser por mim escolhidas. Lembro-lhe que fiquei muito bem classificado – fui o terceiro a nível nacional em número relativo e o segundo em número absoluto – sendo que o Dr. Teixeira da Costa, meu querido colega e amigo, ficou em primeiro lugar juntamente com o Dr. Jorge Quinina. Portanto, tinha todas as hipóteses e poderia escolher qualquer especialidade. Escolhi a Reumatologia por ser uma especialidade nova e pela boa classificação que tive.

O percurso até ao Hospital Garcia de Orta

A opção pelo Hospital Garcia de Orta deriva de um conjunto de factores que surgiram em cadeia: por um lado, concorri para o quadro permanente do Hospital Santa Maria (HSM), onde fiz o internato, e entrei. Foi talvez o concurso mais importante da Reumatologia, ao qual concorreram 14 reumatologistas a três vagas. Eu fiquei nessas três vagas juntamente

com os meus colegas e amigos José Alberto Pereira da Silva, hoje Director do Serviço de Reumatologia do HSM, e Teixeira da Costa. Tinha à disposição uma carreira nesse hospital, o que, na altura, tinha os seus encantos e atracções. Contudo, a vontade de criar para a Reumatologia uma nova Unidade pesou mais forte, bem como o desejo de liderar a prazo um grupo de trabalho. O Hospital Garcia de Orta teve durante muito tempo imensas potencialidades. Infelizmente, dado o rumo

fim das carreiras médicas foi um drama e vai continuar ser um drama para o nosso país, uma vez que não estão criadas condições para as gerações futuras terem a capacidade de garantir um serviço de igual qualidade ao que garantimos durante muitos anos.

A ideia simpática – que nos foi vendida – de que o futuro seria sempre melhor é totalmente posta em causa hoje, pela brutal crise que atinge a sociedade portuguesa. O final do século XX e o princípio do século XXI marcam o final de um paradigma, tendo vastas repercussões na prática da Medicina tal como a concebemos hoje em dia.

“Não houve nenhum organismo central que planeasse e providenciasse uma abertura planeada e adequada dos serviços de Reumatologia”

dos acontecimentos na Saúde e em particular as decisões – que eu acho terríveis – para o Serviço Nacional de Saúde e para as carreiras públicas, obviamente que o panorama se inverteu e, hoje em dia, a situação é um pouco diferente.

Desafios de outrora e de hoje

A Reumatologia enfrenta os desafios semelhantes aos da prática da Medicina em Portugal e alguns problemas específicos. O

A Reumatologia enfrenta, além de todos os problemas relacionados com corte de custos, diminuição da parte orçamental para a Saúde e redução do número de profissionais, dois ou três aspectos inerentes à própria especialidade, relacionados com a falta de planeamento no sector da Saúde. Não foram criados os serviços previstos no Plano Reumatológico Nacional nem providenciadas as medidas propostas. Tudo foi deixado ao acaso. Tal como eu abri um Serviço graças a um certo voluntarismo meu e da Dr.^a Viviana Tavares, houve outros reumatologistas que o fizeram somente por iniciativa e vontade próprias. Não houve nenhum organismo central que planeasse e providenciasse uma abertura planeada e adequada dos serviços de Reumatologia. Se não fosse essa iniciativa pessoal, não existiriam muitas Unidades de reumatologia.

A recompensa de ser reumatologista

Quem escolhe Medicina por vocação, como eu, tem como objectivo estar ao serviço dos outros. A Reumatologia oferece diariamente essa possibilidade: a de ajudar os outros a ter menos dor e a viver melhor. ■



“O bem-estar dos meus doentes é a minha maior recompensa”

Domingos Araújo

**a partir de uma “conversa” por e-mail. Domingos Araújo é Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Conde de Bertiandos, em Ponte de Lima.*

Ser um dos primeiros internos de Reumatologia, em 1981

A Reumatologia era, nessa altura, uma especialidade atractiva para os médicos que se interessavam pelas doenças reumáticas e que estavam fascinados pelos desenvolvimentos que ocorriam nas áreas da Imunologia e da Inflamação.

O início de um caminho que se está a percorrer pela primeira vez é sempre um desafio. As expectativas eram enormes, não só por sermos os primeiros a especializarmo-nos numa área médica que nos anos da faculdade tinha sido bastante esquecida, mas, também, por se saber que nos cuidados de saúde primários tinha um peso significativo no número de consultas e era, ainda, uma causa frequente de ausências ao trabalho e de reformas antecipadas.

Ser dos primeiros trouxe-nos a vantagem de podermos progredir na carreira hospitalar, com colocação hospitalar, mas, com algumas desvantagens, tendo em conta que os hospitais não tinham Serviços de Reumatologia organizados, dando à Reumatologia uma menor dimensão em comparação com outras especialidades derivadas da Medicina Interna e que, felizmente, no momento actual se inverteu com um Internato Complementar de elevada qualidade de ensino e que levou a um ganho de competências até aí inexistentes (ecografia músculo-esquelética, capilaroscopia, densitometria óssea, etc.).

Do Hospital de São João, no Porto, ao Hospital Conde de Bertiandos, em Ponte de Lima

O meu Internato Complementar decorreu na Unidade de Reumatologia do Hospital de S. João, no Porto, dirigida pelo Prof. Doutor Lopes Vaz. A decisão de saída para o Hospital de Conde de Bertiandos em Ponte de Lima surgiu da ideia do seu Director, o Dr. João Pimenta, de criar no seu hospital um grupo de valências médicas com particular dedicação às doenças crónicas. Neste sentido, propôs às autoridades de saúde a inclusão das especialidades de Reumatologia, de Medicina Física e Reabilitação e de Geriatria, as quais iriam fazer parte com a Medicina Interna, já existente, do núcleo principal do hospital.

O convite do Dr. João Pimenta efectuado a mim e à Dr.^a Maria Carmo Afonso, para a criação do Serviço de Reumatologia no Hospital Conde

de Bertiandos, foi aceite com prazer por ambos sem qualquer hesitação, apesar dos cerca de 80 km que nos separavam da nossa residência no Porto. A nossa saída não foi bem recebida pela Direcção da nossa Unidade, tendo sido necessária a intervenção do Senhor Secretário de Estado da Saúde.

Os momentos altos e baixos

Como tudo na vida, existem sempre momentos altos e baixos. Um dos momentos altos ao longo destes 30 anos foi o reconhecimento da qualidade do serviço prestado pelos especialistas à população do distrito de Viana do Castelo, que incluiu a criação do Internato Complementar de Reumatologia no Hospital de Conde de Bertiandos em 2003 e a formação do primeiro especialista em Reumatologia no nosso Serviço. Outro momento relevante, nestes 30 anos, foi a período da minha presidência da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) nos anos

sido considerado um dos melhores do mundo pela sua acessibilidade e pela sua qualidade. A reumatologia portuguesa tem vindo a acompanhar esta mesma acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados de saúde especializados.

Os progressos observados na Reumatologia traduzem-se, no ponto de vista científico, na obtenção da indexação internacional da revista da SPR, Acta Reumatológica Portuguesa, na realização de dois congressos internacionais de elevado prestígio científico, o Congresso Internacional de Reumatologia da EULAR e o Congresso Mundial de Osteoporose da International Osteoporosis Foundation (IOF), em Lisboa. Por outro lado, a presença de especialista portugueses em lugares de destaque na EULAR, e na IOF e as ligações com as Sociedades Espanhola e Brasileira.

Na área clínica, destacam-se os progressos observados com o desenvolvimento das terapêuticas biotecnológicas, dirigidas a alvos selectivos dos processos fisiopatológicos de algumas doenças reumáticas que trouxeram uma nova era no tratamento destas doenças. A obtenção da remissão clínica não é mais um objectivo inatingível, mas uma realidade segura para uma percentagem significativa de doentes.

No entanto, novas ameaças surgiram com a actual crise financeira na Europa e, em particular, em Portugal. O momento actual vai exigir aos dirigentes do Ministério da Saúde excelência nas medidas a tomar para que a situação atingida não se desfaça como bola de neve, pelo excesso de zelo na orientação futura da saúde em Portugal.

A recompensa de ser reumatologista

A melhor recompensa para qualquer médico é proporcionar aos seus doentes a melhor qualidade de vida. Como reumatologista, de igual modo, o bem-estar dos meus doentes é a minha maior recompensa. Este momento que a Reumatologia atravessa, dispondo de armas terapêuticas eficazes, é uma fase transformadora do futuro dos nossos doentes. O doente reumático pode aspirar com segurança à remissão clínica da sua doença e, quem sabe, num futuro próximo, virá a cura da sua doença. Isto, sim, seria a minha maior recompensa. ■

“O doente reumático pode aspirar com segurança à remissão clínica da sua doença”

de 2005 e 2006. Aproveito esta altura para agradecer a todos os que trabalharam comigo, na direcção da SPR, a prestimosa colaboração e dedicação que generosamente me ofereceram.

Os momentos baixos também existiram e alguns contribuíram de forma decisiva para a minha saída e para a necessidade de criar algo de novo no Hospital Conde de Bertiandos. Destes momentos prefiro não falar, pois ainda me recordam momentos difíceis e dolorosos que tive de passar.

Os desafios actuais

O Serviço Nacional de Saúde de Portugal tem



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*



Quem sabe faz a hora, não espera acontecer*



José Carlos Romeu

Reumatologista

Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

A profunda evolução do conhecimento médico, a necessidade do seu domínio e os avanços tecnológicos determinaram, a partir de meados do século passado, o aparecimento das especialidades médicas, entre as quais a de Reumatologia. A Medicina portuguesa tem na sua história figuras ímpares, justa e exaustivamente recordadas em “História da Reumatologia” (Queiroz MV e Seda H, Eds. Lisboa. 2006), que deram um contributo fundamental para o aparecimento e desenvolvimento, à semelhança do que sucedia nos países mais avançados, da especialidade.

Cometendo a imperdoável injustiça de não referir nomes, as décadas de 70 e 80 são marcadas pela fundação da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), pelo reconhecimento da especialidade pela Ordem dos Médicos e pelo seu desenvolvimento, incluindo a introdução nos currícula académicos, nos principais hospitais universitários do país, o de S. João, no Porto, o de Santa Maria, em Lisboa, e Hospitais Universitários de Coimbra, onde se formaram aqueles que viriam a criar os novos serviços e unidades de Reumatologia que replicam o actual novo impulso, e novos especialistas, à especialidade.

Se hoje reconhecida como uma especialidade adulta, mas também rejuvenescida, isso deve-se aos seus fundadores e àqueles que, seguindo os primeiros, deram passos certos para a sua afirmação.

Afirmação com o reconhecido envolvimento da SPR e dos sucessivos Coordenadores Científicos do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas no desenvolvimento desse Programa, no âmbito do qual a SPR desempenhou a função de interlocutor

**“(...) é da
Reumatologia que
emana o primeiro
estudo epidemiológico
nacional das doenças
reumáticas”**

científico permanente, e no esforço de criação e de implementação da Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia.

A publicação recente, em 2010, de “O Estado da Reumatologia em Portugal” pelo Observatório Nacional das Doenças Reumáticas (ONDOR), uma parceria entre a SPR e o Serviço de Higiene

e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto, apresenta, de acordo com os dados então disponíveis, uma exaustiva caracterização da epidemiologia das doenças reumáticas no nosso país, do seu peso na utilização de cuidados de saúde, incluindo consumo de medicamentos, consultas e internamentos hospitalares, a mortalidade associada, e, finalmente, avalia o desenvolvimento, nas suas diferentes vertentes (criação e desenvolvimento de Serviços e Unidades hospitalares de Reumatologia, produção e divulgação de orientações técnicas, validação de critérios de avaliação da funcionalidade do doente reumático, proposta de modelo de estratificação do acesso a benefícios concedidos em regime especial, entre outras), do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas e do seu impacto na obtenção em ganhos em saúde.

Mas como se todo esse empenho de colaboração com a tutela no desenvolvimento do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas e da Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia não fosse suficiente, é da Reumatologia que emana o EpiReumaPt (ou Reuma Census 2011-2013 para o público), o primeiro estudo epidemiológico nacional das doenças reumáticas, estudo da SPR em parceria com a Direcção-Geral de Saúde (DGS), o Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica de Lisboa e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova

de Lisboa, com o objectivo primário de estimar a prevalência das diferentes doenças reumáticas, envolvendo uma amostra superior a mais de 10000 indivíduos. Este estudo, que permitirá também determinar o impacto das doenças reumáticas na qualidade de vida e nas capacidades funcional e laboral, assim como avaliar o acesso e recurso a cuidados de saúde, constitui actualmente uma das prioridades da reumatologia portuguesa pela sua contribuição para uma adequada programação da política de saúde para as doenças reumáticas, com optimização da gestão dos recursos humanos, financeiros e estruturais. Eis a Reumatologia, mais uma vez, tendo como foco da sua acção, antecipando-se mesmo a quem a tal estaria obrigado, a avaliação das repercussões sócios-económicas das doenças reumáticas, contribuindo assim para melhores decisões a nível das políticas de saúde.

E ainda agora o EpiReumaPt dá os primeiros passos no terreno e já se desenham os vários estudos prospectivos observacionais de coortes das principais doenças reumáticas, bem como de indivíduos sem doença reumática, decorrentes do estudo primitivo, com, entre os seus objectivos, para além dos acontecimentos clínicos, os relativos a repercussão económica das daquelas mesmas doenças reumáticas (estudos CoReumaPt).

Mas do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas decorreu também a Construção de Referenciais de Competências e de Formação de apoio ao Plano Nacional de Saúde no domínio das Doenças Reumáticas, promovido pela DGS com a colaboração do Alto Comissariado da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Programa Operacional de Saúde XXI, tendo como destinatários, nos seus termos, os profissionais da saúde que intervêm ou venham a intervir no domínio das doenças reumáticas: gestores, coordenadores e técnicos de formação que organizem e promovam programas de formação para profissionais que actuam no domínio das doenças reumáticas e formadores.

Este envolvimento da Reumatologia, e consequente sua afirmação, é igualmente forte no que se refere à defesa e exigência de Boas Práticas. Daí a preocupação de há muito, datando as primeiras de 2005 e com várias actualizações desde então, na elaboração de Recomendações para a utilização das terapêuticas biotecnológicas na Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, Artrite Idiopática Juvenil, estando actualmente em publicação as referentes à Artrite Psoriática, assim como em fase de discussão a revisão das Recomendações para o diagnóstico e terapêutica da Osteoporose publicadas pela SPR em parceria com a Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas (SPODOM) em 2007.

“(...) avaliar o acesso e recurso a cuidados de saúde constitui actualmente uma das prioridades da reumatologia portuguesa”

O empenhamento da SPR com a utilização adequada, segura e efectiva dos fármacos biotecnológicos nas doenças reumáticas, para os quais, como referimos, temos Recomendações, é patente na exigência de rigor que a reumatologia impôs a si mesma com o desenvolvimento, logo desde 2008, e

actualmente em utilização em todos os Serviços e Unidades de Reumatologia dos hospitais do SNS e em outras instituições, incluindo centros privados, de um Registo Nacional de Doentes Reumáticos (Reuma.pt), com o formato de processo clínico electrónico. A primeira análise global dos dados da Reuma.pt já foi publicada e disponível na PubMed/Medline (Acta Reumatol Port. 2011 Jan-Mar;36(1):45-56).

Certa que o Reuma.pt constitui um instrumento essencial para assegurar a utilização correcta dos fármacos biotecnológicos, avaliar adequadamente a eficácia e segurança da sua utilização na fase pós-comercialização e melhorar a relação custo-benefício, e por isso tendo disponibilizado, já em Junho de 2010, após aprovação pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, o seu registo, em plataforma Web, à DGS, para que utilizado no cumprimento do registo obrigatório das terapêuticas biotecnológicas nas doenças inflamatórias previsto na legislação, a SPR continua a pugnar, junto de quem de direito, e de dever, pela sua aplicação.

Da mesma forma, as recentes e múltiplas solicitações à Reumatologia, no âmbito do protocolo entre a DGS e a Ordem dos Médicos para



elaboração de Recomendações, constituem, para a SPR, oportunidades de, em colaboração com a tutela, defenderem Recomendações de acordo com a melhor evidência científica disponível na defesa da Boa Prática e, por inerência a essa Boa Prática, atendendo a uma utilização adequada dos recursos. Assim, apenas para citar exemplos recentes, estivemos envolvidos na elaboração e discussão pública da “Norma para o Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-Menopáusia” e, por nossa iniciativa, na discussão da Norma “Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2”.

O processo de indexação na PubMed/Medline da nossa revista, a “Acta Reumatológica Portuguesa”, em 2006, naquela data a única revista de Reumatologia indexada no contexto Ibero-Americano, e a atribuição de um Factor de Impacto (FI) em 2010, passando a ser a única revista médica Portuguesa com FI e até agora feito não atingido por nenhuma revista de Reumatologia Ibero-Americana, reflecte, por um lado, a qualidade da Reumatologia nacional e, a par, uma crescente exigência. A exigência de qualidade imposta pela Reumatologia é manifesta pela preocupação que a SPR coloca na programação da formação e actualização dos internos e especialistas de Reumatologia, com áreas específicas e diversificadas, na atribuição de Prémios e Bolsas, na instituição do Fundo de Apoio à Investigação e Formação Reumatológicas, na criação da Escola de Ecografia da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (ESPER), e na decisão de alargar, no que diz respeito às áreas e aos alvos, a formação no âmbito da parceria SPR com a Católica-Lisbon (Escola de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica).

Mas o nosso envolvimento na formação reumatológica ultrapassa os limites da própria Reumatologia, com uma preocupação da formação de outros especialistas, em especial os de Medicina Geral e Familiar, foco principal de reuniões científicas organizadas pelos diversos Serviços e Unidades de Reumatologia, e, no que

diz respeito à SPR, de sessões específicas nos nossos Congressos Nacionais, em parceria com a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG).

Parceria esta entre a SPR e a APMCG que é responsável por Regras de Ouro em Reumatologia, já na sua 4ª edição, em forma de livro de bolso, que de forma prática estabelece orientações para o diagnóstico e tratamento, assim como para a referenciação, das principais doenças reumáticas, e actualmente aguardando reedição revista.

“Este envolvimento da Reumatologia, e consequente sua afirmação, é igualmente forte no que se refere à defesa e exigência de Boas Práticas”

Também o ensino para os doentes reumáticos e a sensibilização e informação para o público em geral não estão excluídas da acção da SPR, nomeadamente em parcerias com associações de doentes, destacando-se, a Campanha Nacional sobre a Artrite Reumatóide, com anúncios televisivos e de rua, em 2006, a campanha “Saber que Faz Mover” sobre a Reumatologia e as principais doenças reumáticas, que percorreu, em 2008, as principais cidades do país e se estendeu à Madeira e aos Açores.

Mais, todo este empenho e envolvimento da Reumatologia acompanha-se de uma actividade assistencial dos seus pouco mais do que uma centena de reumatologistas em mais de 20 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, no Instituto Português de Reumatologia e em outras instituições, assim como de um papel único na formação pré-graduada e pós-graduada em Reumatologia.

Tanto por tão poucos e impondo-se às autoridades de saúde no estudo das doenças reumáticas, seus custos e suas necessidades, e na exigência de Boas Práticas e de utilização adequada dos recursos, é este o “pecado”, o “pecado original”, da Reumatologia! ■

** da letra da canção de Geraldo Vandré “Pra não dizer que não falei de flores”*

Sugestões de leituras para 2012



Somos todos doentes

de Jaime Branco e Mário Rui Silva

Edição: 2011

Editor: Bnomics

Mário Rui Silva e Jaime Branco são amigos há 13 anos e conheceram-se numa tertúlia de amantes do vinho. O primeiro foi um brilhante publicitário e o segundo é ainda um brilhante reumatologista. A ideia de fazerem um livro em co-autoria nasceu de Jaime Branco após uma conversa com uma doente que lhe disse: “Sr. doutor, somos todos doentes”. E, de uma forma muito simples mas divertida, os autores escrevem sobre este tema das doenças que todos temos: uns são doentes pela bola, outros pelo trabalho, outros pelo sexo, outros pelo exercício físico, outros ainda pelas doenças que não têm... Os autores combinaram os temas, mas nunca falaram entre si sobre a forma de os abordar. O resultado é um livro singular, com duas visões quase sempre bem diferentes dos mesmos problemas. ■

O Estado da Saúde



de Maria de Lurdes Vale

Edição: 2011

Editor: Gradiva Publicações

Em associação com um jornal de referência, a editora Gradiva publica o terceiro volume da série Grande Investigação do Diário de Notícias, fazendo um diagnóstico exaustivo do sector da Saúde em Portugal. ■

A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida



de Conceição Moura

Edição: 2011

Editor: Coisas de Ler

Este livro analisa a relação que se pode estabelecer entre a inevitabilidade da morte e a necessidade de cuidar do doente em fase final de vida, bem como o contributo da filosofia, nomeadamente do pensamento de Martin Heidegger e de Paul-Louis Landsberg, para a reflexão bioética sobre a morte. ■

Palavras de Steve Jobs



de Helena Oliveira

Edição: 2011

Editor: Centro Atlântico

Tornou a Apple na empresa mais valiosa do mundo e continua a alimentar o culto da tecnologia, mesmo após a sua morte. Esta obra é repleta de citações e fotografias históricas de Steve Jobs, que constituem verdadeiras lições de uma vida apaixonante e apaixonada. ■

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 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-histaminico 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-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, 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, artalgia, 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}



À conversa com... Miguel Sousa

Já subiu ao pico Imja Tse, com 6.180 metros, mas não gosta de chamar “alpinismo” ao que faz... Aceita, sim, a expressão “alpinismo assistido”, porque sobe sempre com um guia, nada mais nada menos do que o consagrado João Garcia

Miguel Sousa tem 34 anos e é reumatologista do Instituto Português de Reumatologia, onde fez o internato entre 2005 e 2009. Actualmente, metade do tempo é passado a fazer ecografias músculo-esqueléticas, uma das tarefas de que mais gosta, pelo conhecimento anatómico que exige. Desde sempre ligado ao desporto, começou, há oito anos, a alimentar o “bichinho” da montanha.

Há muito sofrimento para chegar lá acima

Como surgiu a sua paixão pelo alpinismo?

Sempre fiz desporto e actividades ao ar livre. Na faculdade [de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa], joguei basquetebol, futebol de 11 e futsal. Continuo, aliás, ligado a esta instituição porque sou treinador da equipa de basquetebol feminino há 12 anos, o que adoro. Foi lá que conheci, inclusive, a minha mulher, Rita, que fundou essa equipa.

A aventura pelo alpinismo começou precisamente com um cheque-brinde da



Rita para fazer um passeio a pé, em 2003. No final desse ano, a Rita, novamente, [risos] desafiou-me para ir ao Nepal, onde estivemos durante 20 dias, dos quais alguns na cidade, Katmandu, e cinco na montanha Annapurna, onde subimos até aos 3.200 metros.

Essa viagem abriu-nos o apetite para esse tipo de actividades. Continuámos a fazer vários passeios e, a determinada altura, fomos a uma palestra do João Garcia. No final, perguntámos-lhe se tínhamos condições para subir ao Monte Branco. Ele olhou para nós e respondeu: “Sim... São magrinhos... Têm!” Na altura, o João Garcia trabalhava com várias agências de viagens deste tipo e ia

precisamente estar durante algumas semanas no Monte Branco.

Antes da expedição, fizemos um curso de escalada desportiva para sabermos mexer nas cordas (andar num glaciar, que é o caminho usual para uma alta montanha, exige procedimentos muito específicos) e partimos, então, para Chamonix, França, uma das mecas do alpinismo. Estivemos lá 14 dias, dos quais sete foram com o João Garcia.

Quantas pessoas tinha o grupo?

Éramos um grupo de 5 pessoas – o João Garcia, nós e mais dois amigos.

Até onde chegaram?

Subimos primeiro aos 3.200 metros. Ficámos num refúgio de montanha, uma espécie de casebre, onde não podemos entrar de botas – temos de usar uns chinelos que lá estão há anos –, e dormimos numa camarata, para 60 a 80 pessoas. À meia-noite e meia levantámo-nos para tomar o pequeno-almoço, porque à uma da manhã começaríamos a subida para os 4.808 metros.

Porquê a essa hora?

A neve vai descendo pelos caminhos mais fáceis: com poucos graus de inclinação, desliza pouco; com muitos graus, há o risco de avalanche. Temos de subir à uma da manhã, porque é perigoso descer depois das 14 horas, que é a altura do pico de calor, logo de maior risco de avalanche. Aquele é o sítio onde morrem precisamente mais pessoas, porque desconhecem esse risco.

Como se detecta o risco de avalanche?

Aprendemos com o João Garcia. Damos um passo e se, nos três ou quatro metros à volta, sentirmos um “craque”, isso quer dizer que a

vibração do passo foi transmitida para todo o lado e que há risco de avalanche a determinada inclinação.

Qual foi o principal obstáculo nessa subida ao Monte Branco?

O pior de tudo foi mesmo a falta de aclimação. Nós subimos desde os 3.200 aos 4.808 metros entre a uma e as dez da manhã e, ao descer, só atingimos o último comboio cremalheira às 16 horas. Eu aclimato-me muito mal e isso não tem nada a ver com o treino, mas sim com o meu próprio organismo. Dói-me muito a cabeça, não tenho fome, fico muito fraco e só penso em sobrevivência de tão mal que me sinto. Aos 4.200 metros, eu já chorava dentro dos óculos devido ao esforço extenuante

no Alasca,
escalámos um glaciar
com crevasses de
60 ou 70 metros de
profundidade

e à sensação de insegurança. No final, ia literalmente de gatas. É claro que sabia que não me ia acontecer nada se fosse ao pico e voltasse logo. Se dormisse lá, aí sim, poderia ser grave. Além disso, o João está muito habituado a lidar com estas situações de alarme.

Têm ido sempre com o João Garcia?

As actividades de alta montanha têm sido sempre com o João.

Como é o João Garcia?

É espectacular. É uma pessoa extremamente experiente e muito focalizado na segurança – nada está ao acaso. Não há ninguém como ele em Portugal. É um fora de série.

Em poucas palavras

O pico mais alto a que subiu:

Imja Tse (6.180 m), nos Himalaias, Nepal

A subida mais difícil:

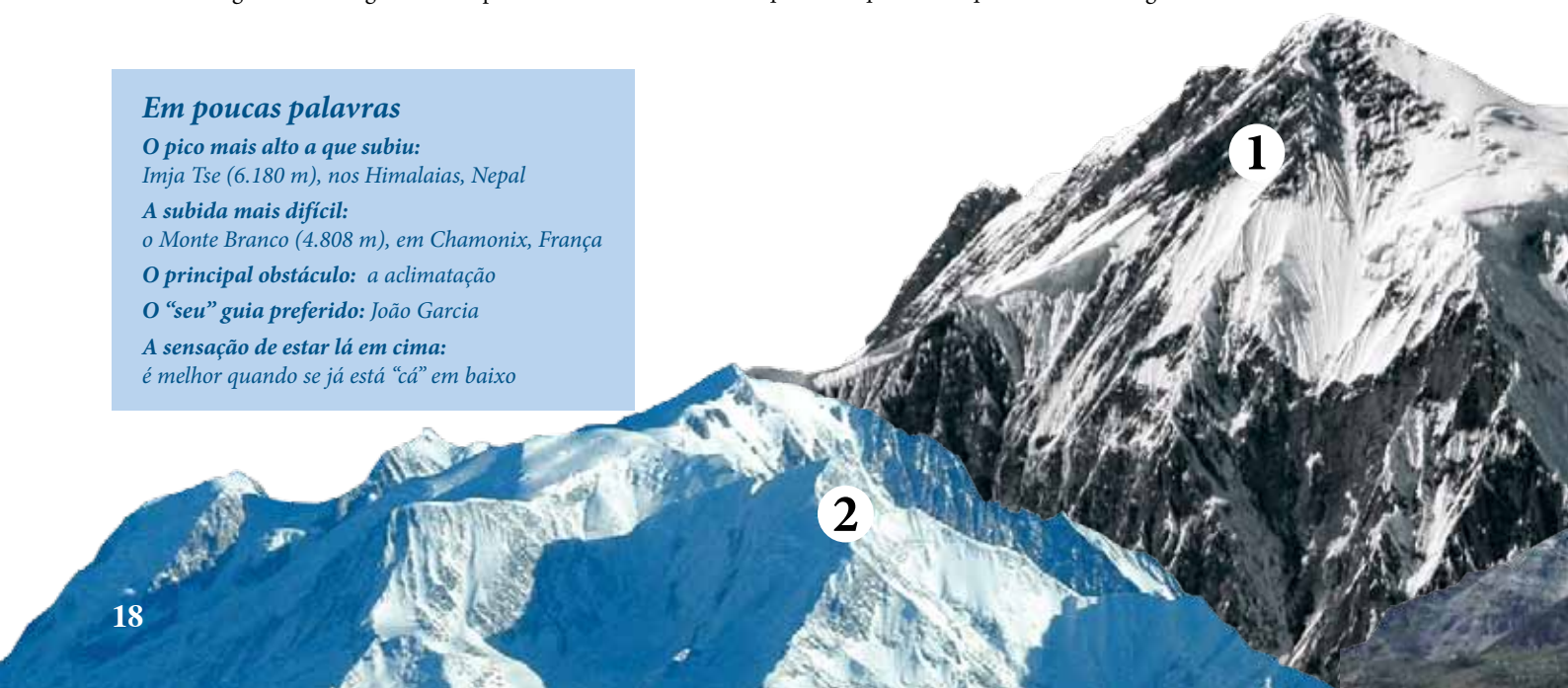
o Monte Branco (4.808 m), em Chamonix, França

O principal obstáculo: a aclimação

O “seu” guia preferido: João Garcia

A sensação de estar lá em cima:

é melhor quando se já está “cã” em baixo



Como nos tornámos amigos dele, queríamos apoiá-lo como pudéssemos, isto é, sendo médicos de expedição (a minha mulher é fisiatra). Entre outras coisas, preparámos um texto com os medicamentos obrigatórios em todas as expedições e o modo de administração de acordo com os sintomas. Como o João tem um telefone-satélite, isso permite-lhe contactar-nos em situação de alarme – passámos a ter o telemóvel ligado 24 horas por dia, o ano inteiro.

Além disso, utilizámos as nossas férias para fazer um curso de quatro semanas de “Wilderness Medicine” (Medicina em ambientes selvagens) no Smoky Mountains National Park (EUA). Tivemos aulas de primeiros socorros em ambiente selvagem (no deserto, na montanha ou na floresta), de como encontrar um avião perdido (há muitas avionetas particulares nos EUA) ou de como resgatar uma vítima. Este curso foi feito no meio da floresta, sem nada à volta: dormimos em refúgios e mantivemos a comida em caixas-fortes anti-ursos. Uma curiosidade: alguns destes refúgios não têm uma das paredes, porque, quando as possuíam, as pessoas sentiam-se seguras e acabavam por deixar a comida lá dentro, sendo atacadas pelos ursos. Esses refúgios são, por isso, extremamente gelados. Não consegui dormir várias vezes, mesmo completamente vestido e dentro do saco de cama.

Qual foi o ponto mais alto a que já subiram?

Foi numa segunda ida ao Nepal, ao pico Imja Tse, com 6.180 metros. Esta, sim, foi uma expedição a sério! Voámos de Katmandu para os 2.800 metros; depois seguimos pelo Vale do Khumbu, que dá acesso ao campo base do Everest, a 5.200 metros. Não podíamos subir mais do que 300 a 500 metros de altitude por dia por causa da aclimação, que foi feita devagar. A subida aos 6.180 metros acabou por ser mais fácil do que a subida ao Monte Branco porque dormimos duas noites nos 5.000 metros, pelo que estávamos bem aclimatados. Foi espectacular!

Qual é a sensação de estar lá em cima?

A melhor sensação é no dia seguinte, quando estamos “cá” em baixo e percebemos o que fizemos. Há muito sofrimento para chegar lá cima! Sempre que estou nestas actividades, à noite, com muito frio, apenas com o frontal, aquela luz que temos na testa para poder ver o caminho, vou sempre inseguro e com aquela sensação de que aquele não é o meu meio. É por isso que temos de ter um guia, como o João Garcia, que nos dê confiança.

Que outras expedições e passeios recorda com mais carinho?

Além dos passeios em Portugal, recordo tantos... Subimos sozinhos, eu e a Rita, ao Monte Perdido, o terceiro pico mais alto dos Pirenéus; aproveitámos um ano de investigação da minha mulher nos EUA,

A amizade em montanha é amizade para sempre

em Tucson, Arizona, para passear no Grand Canyon; no Alasca, escalámos um glaciador com crevasses (fendas no gelo) de 60 ou 70 metros de profundidade... Ah! Estivemos perto do pico mais alto da América do Norte, o Monte McKinley; no Rocky Mountain National Park, em Denver; em Yosemite, São Francisco. Enfim... Já estivemos ao lado de um lobo, a 10 metros de um urso e a poucos metros de um alce...

Não posso deixar de mencionar a Nova Zelândia, uma meca para as pessoas do *trekking* [caminhar na montanha]. A ilha do Sul tem os chamados alpes neozelandeses e praias onde dormem pinguins e leões marinhos, é daí que partem expedições para o pólo Sul. A ilha do Norte tem vulcões em actividade, lama a ferver, fumarolas, florestas tropicais... Todos os ambientes num só país...

Já desistiram de alguma subida por preverem perigo?

Sim, algumas vezes. Tentámos subir à montanha mais alta dos EUA Continentais, o Monte Whitney, mas não conseguimos: chegámos de carro até aos 3.000 metros, não dormimos nessa noite com o frio, porque a tenda oferecida pela organização estava rasgada em vários sítios, não tínhamos casacos de penas porque a organização tinha dito que não valia a pena... No dia seguinte, desistimos. Tentámos também subir, no Inverno, ao Monte Aneto – 3700 metros, o pico mais alto dos Pirenéus –, mas desistimos devido ao grande risco de avalanche.

O que prevalece destas expedições – a componente espiritual ou a aventura em si?

O que prevalece é a amizade e a camaradagem. O topo, lá em cima, é apenas o ponto de viragem para descer... E é na descida que ocorre a maior parte dos desastres. No fundo, não me interessam muito as altitudes – para se fazer uma expedição a sério são necessários vários dias para aclimatar e envolve muitos custos. Por exemplo, na ida à montanha Imja Tse, tomei apenas banho em dois dias dos 17, porque não há condições. Foi espectacular? Claro, por causa das pessoas! A amizade em montanha é amizade para sempre. ■



Montanhas por onde passou Miguel Sousa

1. Annapurna, Nepal – 8091 m
2. Monte Branco, França – 4810 m
3. Imja Tse, Nepal – 6189 m
4. Monte Perdido, Pirenéus, Espanha – 3355 m

3

4



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.

Telefone 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810.

 **RoACTEMRA[®]**
tocilizumab


Os doentes estão no centro
de tudo o que fazemos



Ana Ribeiro

Assistente Hospitalar
de Reumatologia,
CHTMAD - Vila Real

(...) o diagnóstico é
habitualmente baseado
na definição sugerida por
Resnick e Niwayama

Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa

Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH)

1. Definição

A Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (DISH), também conhecida como doença de Forestier, é uma doença comum, de etiologia desconhecida e caracterizada pela calcificação e ossificação dos locais de enteses axiais ou extra-axiais.^{1,2,3}

Os seus achados vertebrais foram descritos pela primeira vez, há mais de 50 anos, e designados de “Hiperostose anquilosante vertebral senil” por Forestier e Rotes-Querol, sendo o conceito de DISH alargado posteriormente por Resnick *et al*, de forma a incluir também as manifestações extra-axiais.^{1,4}

A doença é caracterizada pela produção de calcificações grosseiras envolvendo, em particular, o lado direito da coluna torácica, com preservação do espaço discal intervertebral, e pela ossificação do ligamento longitudinal anterior.^{5,4} A calcificação do ligamento longitudinal posterior parece também ser uma manifestação adicional de DISH.⁴ Outros locais de enteses nas articulações periféricas podem ser afectados, como a inserção dos ligamentos peripatelares, a inserção do tendão de Aquiles, da fásia plantar e as inserções a nível do olecraneio.^{4,6}

Actualmente esta entesopatia não é inflamatória, atingindo predominantemente a região anterolateral da coluna vertebral, sobretudo a nível torácico e em idades mais avançadas, é considerada como patognomónica da doença.^{2,7}

2. Epidemiologia, etiologia e patofisiologia

A prevalência de DISH situa-se entre 4 e 35%, variando de acordo com as diferentes populações estudadas e os critérios de diagnóstico usados.¹

A DISH é incomum antes dos 40 anos, mas a sua frequência aumenta com a idade e com o peso, e os homens são duas vezes mais afectados que as mulheres.^{5,6} A doença tem uma evolução lenta com aumento progressivo no número de lesões hiperostóticas, e aproximadamente 10% dos homens e 8% das

mulheres acima de 65 anos irão desenvolver a doença.

A causa da hiperostose é desconhecida. No entanto, alterações radiológicas muito semelhantes podem ser encontradas em 2 intoxicações crónicas: a fluorose e a intoxicação por vitamina A.⁵

A DISH tem sido associada a várias outras patologias, nomeadamente a osteoartrose, diabetes *mellitus*, dislipidemia e hiperuricemia.^{5,6,7} (Tabela 1)

| Tabela 1: Condições associadas com Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa |
|--|
| Diabetes <i>Mellitus</i> não insulino dependente |
| Obesidade |
| Aumento da circunferência abdominal |
| Dislipidemia |
| Hipertensão Arterial |
| Hiperuricemia |
| Hiperinsulinemia |
| Aumento do factor de crescimento <i>insulina like -1</i> |
| Aumento da hormona de crescimento |
| Uso de retinóides |
| Predisposição genética |

A sua associação com a osteoartrose resulta provavelmente da ocorrência, em fases tardias, de uma deterioração da cartilagem, após a fase típica de ossificação para-articular.⁵ Uma revisão recente da literatura sugeriu, no entanto, que apesar da sua semelhança com a osteoartrose, é uma entidade clínica distinta e com características particulares.⁴

Múltiplos factores têm sido apontados como responsáveis pela osteogénese local, nomeadamente factores mecânicos.⁸ Sarzi-Puttini e Atzeni propuseram recentemente uma hipótese para a etiopatogénese da DISH, sugerindo que esta resultará provavelmente de um crescimento anómalo de osso, reflectindo factores metabólicos, ambientais, genéticos e endócrinos, em que uma hipervascularização local pode ser o principal factor que contribui para o início, progressão e/ou localização da doença.⁵

1. Diagnóstico

1.1. Critérios de Diagnóstico

Na ausência de critérios de diagnóstico validados, o diagnóstico é habitualmente

baseado na definição sugerida por Resnick e Niwayama.^{2,4,6,9} (Tabela 2)

| Tabela 2: Critérios de diagnóstico de DISH |
|--|
| Calcificação e ossificação grosseiras ao longo da face anterolateral de pelo menos 4 vértebras contíguas |
| Preservação dos espaços intervertebrais nos segmentos vertebrais envolvidos e ausência de alterações radiológicas extensas de doença discal degenerativa |
| Ausência de anquilose óssea de articulações apofisárias e de alterações inflamatórias (erosões, esclerose ou fusão) das sacroilíacas |

Os achados radiográficos vertebrais constituem pré-requisitos para o diagnóstico de DISH.³ Nesta abordagem radiológica os primeiros critérios auxiliam na diferenciação das condições degenerativas vertebrais comuns, enquanto o último permite o diagnóstico diferencial com as espondiloartropatias seronegativas.

Outro conjunto de critérios, incluindo também as entesopatias periféricas, foi proposto por Utsinger.⁶

1.2. Manifestações vertebrais

Em relação à apresentação clínica há que considerar que: a) a maioria das pessoas com DISH são assintomáticas, b) o diagnóstico é radiológico e c) o diagnóstico é importante para detectar potenciais complicações clínicas.⁵

A DISH é na maioria dos casos uma condição assintomática; no entanto, vários sintomas clínicos têm sido descritos.³ Apesar de habitualmente ligeiros, podem incluir rigidez vertebral e dor toraco-lombar ligeira e intermitente que se tornam mais evidentes com a idade avançada.³ (Figuras 1 e 2)



Figuras 1 e 2 - Hiperostose vertebral envolvendo a coluna torácica

Geralmente, nenhuma alteração significativa ocorre na mecânica vertebral, e os achados

clínicos são habitualmente ligeiros comparativamente com as anomalias radiológicas extensas.³ Com a progressão da doença, a dor e a rigidez podem envolver os segmentos lombar e cervical.^{3,5} Ocasionalmente, os doentes com DISH podem também ter limitação severa da mobilidade axial e anomalias posturais associadas.^{3, 10}

1.3. Manifestações extra-vertebrais

As articulações periféricas podem participar desta tendência hiperostótica, com calcificação de ligamentos e enteses e, secundariamente, artrose mais precoce, com osteofitose exuberante.⁹

Lesões radiológicas de hiperostose têm sido descritas na anca, joelhos, pés, ombros, cotovelos e mãos, sendo a anca o local mais atingido. (Figura 3)



Figura 3 - Entesopatia calcaneana (ossificação da inserção do tendão de Aquiles)

Podem ser causa de dor, incapacidade e rigidez e eventualmente conduzir a destruição articular. As ossificações ocorrem frequentemente nos locais de entese; no entanto, também podem surgir após realização de artroplastia, sendo a prescrição de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) imediatamente após a cirurgia proposta para prevenir essa ossificação periarticular.⁵

2. Complicações

As manifestações axiais da DISH baseiam-se na presença de ossificações, que podem ser exuberantes e conduzir a estenoses esofágicas e distúrbios neurológicos.⁴

As complicações neurológicas podem ocorrer como consequência de hiperostose

Os achados radiográficos vertebrais constituem pré-requisitos para o diagnóstico de DISH

a nível cervical, dorsal e lombar e conduzir a apresentações clínicas severas: mielopatia cervical, cervicobraquialgia, mielopatia dorsal, dor radicular torácica, estenose do canal lombar adquirida, síndrome da cauda equina e cruralgia.⁵ Apesar de incomum, a compressão de nervos periféricos, como o cubital e o mediano também foi descrita.

De acordo com Grandville et al, 10,6% das pessoas que apresentam disfagia têm osteófitos cervicais, e a disfagia ocorre em 28% dos casos dos doentes com atingimento cervical. (Figura 4)^{5,8}



Figura 4 - Ossificação do ligamento longitudinal anterior e formação de pontes ósseas envolvendo a face anterior das vértebras cervicais

A presença de osteofitose cervical anterior é, no entanto, na maioria das vezes assintomática. Manifestações dolorosas não específicas como a cervicalgia podem ocorrer e os sinais neurológicos são excepcionais.⁸

Em quadros mais avançados, disfonia, tosse não produtiva, sensação de corpo estranho, dispneia, estridor, roncopatia e insuficiência respiratória estão descritos.

Por fim, o trauma vertebral, mesmo de menor intensidade, pode conduzir a fracturas vertebrais resultando em lesão do cordão medular.^{5,11}

Apesar de vários estudos demonstrarem de forma consistente um aumento da densidade mineral óssea em doentes com hiperostose², um estudo recente demonstrou que homens com DISH podem ter ossos mais densos, mas mais frágeis, conduzindo a um risco acrescido de fracturas.^{1,11}

3. Diagnóstico Diferencial

Diversas condições podem produzir excrescências ósseas (Tabela 3) da coluna

| Tabela 3: Doenças que podem cursar com proliferação óssea |
|---|
| Hiperostose esquelética idiopática difusa |
| Osteoartropatia hipertrófica |
| Distúrbios tiroideus |
| Acromegalia |
| Hipoparatiroidismo |
| Espondiloartropatias Seronegativas |
| Osteoartrose |

semelhantes às observadas na DISH. Dentro destas, as mais comumente encontradas são a espondilite anquilosante e a espondiloartrose, que podem ser confundidas quer do ponto de vista clínico quer radiológico.^{3, 6, 9}

A espondilartrose é uma condição comum que resulta em osteofitose vertebral. Embora estas alterações na coluna cervical e lombar possam assemelhar-se a DISH, o envolvimento do ligamento longitudinal anterior não é observado.

Pela ocorrência de ossificação de enteses e ligamentos⁵, a espondilite anquilosante (EA) compartilha algumas características com a DISH, diferindo desta por atingir adultos jovens, ser mais sintomática e associar-se ao HLA B27 e a manifestações extra-articulares. A presença de sindesmófitos, sinal de *Romanus*, vértebras quadradas e coluna de bambú são também achados radiológicos característicos da EA. Na DISH a ossificação ocorre predominantemente no lado direito e na coluna torácica, e a ossificação e anquilose óssea das sacroilíacas e articulações interapofisárias não são observadas.^{3, 5, 6, 9}

4. Tratamento

Não há *guidelines* clínicas desenvolvidas para o tratamento de DISH. O tratamento é essencialmente sintomático, visando o alívio da dor e da rigidez.⁹ No entanto, entre os objectivos do tratamento constam também a prevenção, atraso ou paragem da progressão, o tratamento das patologias metabólicas associadas e a prevenção de eventuais complicações.

Analgésicos e AINEs são usados para diminuir a dor. A prescrição de AINEs deverá também ser proposta imediatamente após artroplastia total da anca ou joelho hiperostótico, para prevenir a ossificação periarticular. Os bifosfonatos foram também propostos, mas estudos randomizados mostraram apenas uma eficácia fraca, assim como o tratamento com radioterapia.⁵

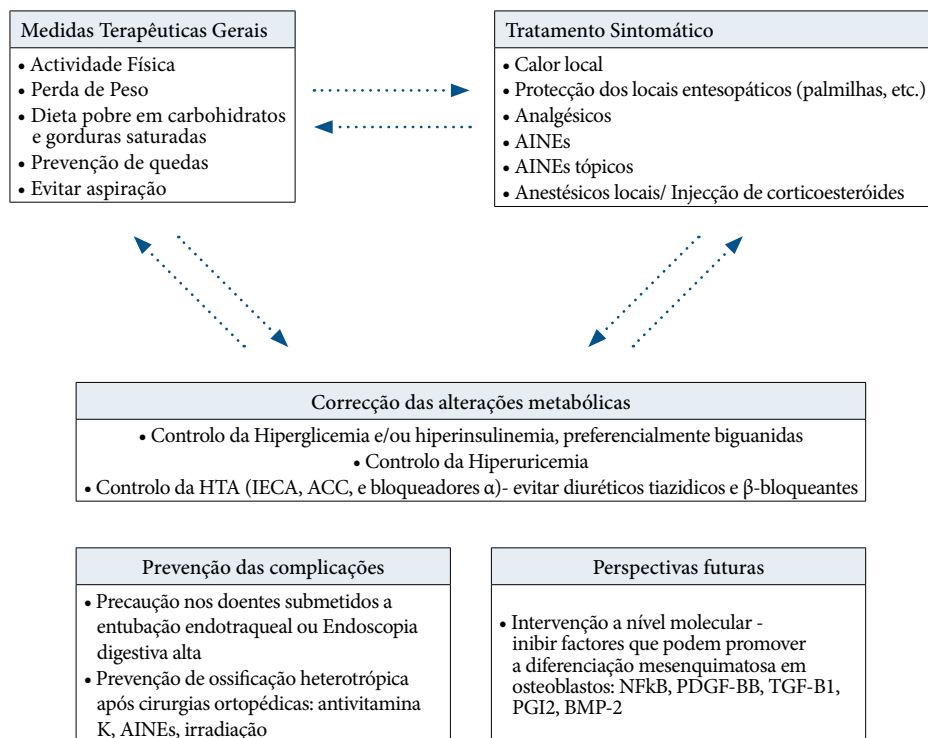
A fisioterapia poderá ser usada de forma a diminuir a rigidez e incapacidade do ráquis.⁵

Em doentes sob tratamento prolongado com retinóides, uma vigilância por Reumatologia deve ser proposta.⁵

A existência de um distúrbio metabólico subjacente associado, deverá ser controlado de forma a reduzir as complicações da

O tratamento é essencialmente sintomático, visando o alívio da dor e da rigidez

Figura 5



HTA- Hipertensão arterial; IECA- inibidores da enzima de conversão da angiotensina; ACC- antagonistas canais cálcio; AINEs- anti-inflamatórios não-esteróides; NFkB- nuclear factor-kB, PDGF-BB-platelet-derived growth factor, TGF- β 1-Transforming growth factor, PGI₂ - Prostaglandina I₂, BMP-2- Bone Morphogenetic Protein 2

hiperglicemia, hiperlipidemia e hiperuricemia.⁵ (Figura 5)

Na disfagia, o tratamento conservador é habitualmente suficiente, associando analgesia e uso de colar cervical. Em casos raros, a excisão cirúrgica dos osteófitos poderá ser necessária.⁵ A intervenção de neurocirurgia pode também ser necessária em casos de mielopatia cervical ou torácica ou síndrome da cauda equina resultante da estenose do canal lombar.⁵

Por fim, os avanços recentes no entendimento do processo de hiperostose poderão conduzir no futuro a tratamentos farmacológicos visando a inibição do processo de neoformação óssea.⁵

5. Conclusão

A DISH é uma condição caracterizada pela calcificação e ossificação de tecidos moles, sobretudo ligamentos e enteses. Apesar de uma clara predilecção pelo esqueleto axial, particularmente a coluna torácica, é actualmente reconhecido que a doença não se limita à coluna vertebral podendo haver também envolvimento de articulações periféricas.⁶

Apesar de cursar na maioria dos casos com sintomatologia escassa, o seu reconhecimento torna-se de suma importância, atendendo não

só à elevada prevalência da doença, sobretudo em idades mais avançadas, mas também à sua crescente associação com doenças metabólicas prevalentes (HTA, hiperuricemia, dislipidemia) e, ainda, pelos diagnósticos diferenciais que o seu diagnóstico implica. ■

Referências Bibliográficas

1. Diederichs G, Engelken F, Marshall L.M. et al; Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): relation to vertebral fractures and bone density; Osteoporosis Int (2011); 22:1789-1797.
2. Mader R, Sarzi-Puttini P, Atzeni F. et al. Extraspinal manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Rheumatology 2009; 48:1478-1481.
3. Taljanovic M, Hunter T, Wisneki et al. Imaging Characteristics of Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis with an emphasis on acute spinal fractures: review. AJR 2009; 193: S10-S19.
4. Mader R. Current therapeutic options in the management of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Expert Opin. Pharmacother 2005; 6 (8):1313-1318.
5. Bijlsma J, Burmester G, da Silva JA, Faarvang K, Hachulla E, Mariette X. Eular Compendium on Rheumatic Disease. 2009: 477-492.
6. Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IB, Ruddy S, Sargent JS; Kelley's textbook of Rheumatology- 8ª edition; Vol II; 1601-1606.
7. Kiss C, Szilágyi M., Paksy A., Poór G. Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. Rheumatology 2002; 41: 27-30.
8. Lecerf P, Malarid O. How to diagnose and treat symptomatic anterior cervical osteophytes? European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases (2010) 127; 111-116.
9. J. A. P. Silva. Reumatologia prática. 2004; 11:26-11.27.
10. Tsuang Fon-Yih, Xiao Fu-Ren. Dysphagia caused by diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. The Spine Journal 11 (2011); 916.
11. Westerveld L.A., Verlaan J.J., Oner F.F.C. Spinal fractures in patients with ankylosing spinal disorders: a systematic review of the literature on treatment, neurological status and complications. Eur Spine J (2009); 18: 145-156.

(...) é actualmente reconhecido que a doença não se limita à coluna vertebral podendo haver também envolvimento de articulações periféricas



(pausa)

Há coisas na vida pelas
quais *vale a pena esperar*

em breve os seus doentes
vão sentir que valeu a pena



Reuma Census está a bater à porta dos portugueses

Três meses após o lançamento do projecto, já foram realizadas mais de 700 entrevistas e efectuadas cerca de 200 consultas. São números que traduzem o sucesso deste estudo pioneiro

“Responder é de bom senso” – é desta forma que está a ser promovido o EpiReumaPt, o primeiro inquérito nacional sobre doenças reumáticas em Portugal, denominado Reuma Census 2011-2013 para o público em geral. Até dia 10 de Dezembro, tinham sido efectuados 4.478 contactos pelos entrevistadores do CESOP – Centro de Estudos de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa, números que tinham resultado em 727 entrevistas e 212 consultas médicas.

Liderado por Jaime Branco, investigador principal, o Reuma Census tem como objectivo estimar a prevalência das diferentes doenças reumáticas em Portugal, identificar factores sócio-económicos e clínicos

Até 10 de Dezembro, tinham sido efectuados 4.478 contactos, 727 entrevistas e 212 consultas

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


Além de uma entrevista aplicada à população-alvo (que irá incluir as regiões autónomas da Madeira e dos Açores), o Reuma Census integra uma observação feita por reumatologistas a todos os indivíduos rastreados como tendo doenças reumáticas e

a uma percentagem das pessoas consideradas sem este tipo de patologia. Para essa consulta conta com a unidade móvel do projecto – uma carrinha equipada com raios X portátil, um densitómetro e todo o material necessário para a recolha e conservação a curto prazo de amostras de sangue. Todos os dados são inseridos numa plataforma informática desenhada especificamente para o projecto.

A importância do conhecimento

O Reuma Census foi lançado oficialmente no passado dia 9 de Setembro, na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa. Contou com mais de uma centena de convidados e intervenções de Francisco George, Director-Geral de Saúde; Luís Maurício, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Jaime Branco e Helena Canhão, coordenador científico e investigadora do projecto, respectivamente; Jorge Cerol, director do CESOP – Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa; Emília Monteiro, representante do Director da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; João Carvalho das Neves, presidente da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, que encerrou a sessão.

Mais conhecimento e a oportunidade de desenvolver uma estratégia de planeamento mais eficaz dos recursos foram as vantagens mais vezes enumeradas pelos participantes da sessão. Francisco George, director-geral da Saúde, conseguiu, aliás, resumir todos os benefícios numa única frase: “Saber quem está doente, onde está doente, como e por que está doente”. ■



Reuma Census 2010-2013
1º Inquérito Nacional Sobre Doenças Reumáticas.

Reuma Census 2011-2013
Com o alto patrocínio da Presidência da República

Entidades responsáveis
Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa | Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa | Direcção-Geral de Saúde

Patrocínios e Colaborações
Direcção-Geral de Saúde | Fundação Calouste Gulbenkian | Laboratórios Pfizer | Merck Sharp & Dohme | Abbott Laboratórios | Roche Farmacêutica Química | D3A Medical Systems | HappyBrands | Açoreana Seguros | Galp Energia | Germano de Sousa, Centro de Medicina Laboratorial | Câmara Municipal de Lisboa | Anafre | ANMP | Reumatologistas e particulares

www.epireumapt.org ou
www.reumacensus.org

“Faz sentido definir metas e estratégias individuais”

Na sequência do Health Management Course, tema de capa da última edição do B.I., Henrique Martins, médico internista doutorado em Gestão e coordenador dos programas na área da Saúde da Católica Lisbon School, respondeu a duas questões que se impõem no panorama actual

Quais os “pecados” que os líderes de uma especialidade com as características da Reumatologia não deveriam cometer na “promoção” do(s) serviço(s) que presta, quer junto do pagador desses serviços (maioritariamente o Serviço Nacional de Saúde) quer dos “utentes”?

Na minha opinião, não fazem *business cases* dos investimentos que sugerem, raramente promovem trabalhos científicos no âmbito de análises de custo-qualidade ou custo-eficiência da prestação clínica e poucos explicam, em valor económico e custo de oportunidade, o quanto o Sistema Nacional de Saúde (SNS) investiu em cada utente. Promovem, ocasionalmente, a sensação de “eu, médico” e “você, doente” juntos a exigir do SNS, em vez de uma atitude de “nós, especialidade, dentro do SNS, estamos a oferecer isto ao doente”.

Além disso, não promovem internamente projectos de optimização da qualidade, no âmbito do *cost-cut* (tentando responder, por exemplo, a questões como “podemos fazer mais com o mesmo... ou o mesmo com menos?”); não ensinam o que a especialidade é e como contribui para a promoção da saúde aos gestores e pagadores; por último, não têm ou não fomentam a formação em liderança e pro-actividade nos papéis políticos e sociais nas dinâmicas da Saúde (por exemplo, há que filtrar e incentivar internos e jovens especialistas em função do seu saber também de gestão e serviço para além do reumatológico).

Penso que é essencial incorporar de forma sistemática e regular a inovação científica via *guidelines*, *business cases* para uso de novos fármacos e opções, e a flexibilização de processos de prestação, integrando-se pró-activamente em novos modelos organizacionais.

Numa especialidade como a Reumatologia, em que, excluindo os principais centros urbanos (Lisboa, Coimbra e Porto) e a excepção de Ponte de Lima, os Serviços/ Unidades de Reumatologia integram um ou, ocasionalmente, dois reumatologistas,

que estratégia proporia para estes “novos” Serviços/ Unidades nos seus processos de contratualização interna?

Haverá que começar a pensar e executar, em sede de contratualização interna, programas e definições de metas e *targets* de produção individual de médicos. Isto é, para além de pensar na produção de cada serviço, no caso de serviços com menos de 3 ou 4 médicos,

faz sentido, logo numa primeira linha, definir metas e estratégias individuais.

Isto permitiria “nivelar” em preocupação e definições um serviço grande com um ou dois reumatologistas... Vale também a pena pensar se deverá haver um número mínimo de especialistas para constituir um “serviço”... ■

(...) é essencial
incorporar de
forma sistemática
e regular a
inovação
científica



Henrique Martins

- Coordenador dos programas na área da Saúde da CATÓLICA-LISBON School of Business & Economics
- Doutoramento em Gestão, pela Universidade de Cambridge
- Mestre em HIV/Sida pela Universidade de Barcelona
- Licenciado em Medicina pela Universidade Nova de Lisboa com especialização em Medicina Interna
- Professor auxiliar convidado da Universidade da Beira Interior e da Católica-Lisbon
- Médico Internista no Hospital Fernando da Fonseca

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



Redução da taxa de progressão da lesão articular avaliada por raio-X²

Tudo em



SIM/046/11

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 anacrina. Administração concomitante de antagonistas do TNF e abatacept. Mudança entre DMARDs biológicos. Vacinações. Reacções alérgicas. Sensibilidade ao látex. Populações Especiais (Doentes idosos > 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 anacrina 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** 09/2011 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Caneta pré-cheia: Medicamento participado a 100% ao abrigo do Despacho nº18419/2010. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o seu representante, Schering-Plough Farma Lda.**

1. Beck A et al. Nature Reviews 2010; 10:245-52. Resumo das Características do Medicamento Simponi. Fev 2011

1 x mês
Simponi[®]
golimumab

Comparticipado a 100%
Despacho 18419/2010

Eventos nacionais

2.º Curso Básico de Ecografia Músculo-Esquelética da ESPER

Organização: ESPER – Escola de Ecografia da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Local: Hotel M'Ar de Ar Muralhas, Évora

Data: 27 a 29 de Janeiro de 2012

Mais informações: www.spreumatologia.pt



V Fórum das Espondilartrites

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Local: Hotel Bessa Porto

Data: 10 e 11 de Fevereiro de 2012

Mais informações: www.spreumatologia.pt



XIII Congresso da SPMFR

Organização: SPMFR – Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação

Local: Hotel Cascais Miragem

Data: 8, 9 e 10 de Março de 2012

Mais informações: www.congressospmfr.org



Curso “Health Management Challenges” – 2.ª edição

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia e Católica Lisbon School of Business & Economics

Local: a definir

Data: 25 e 26 de Maio de 2012

Mais informações: www.spreumatologia.pt



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 2012

Inscrições: até 23 de Abril de 2012

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

Eventos internacionais

World Congress on Debates and Consensus on Bone, Muscle & Joint Diseases

Organização: vários

Local: Barcelona, Espanha

Data: 19 e 21 de Janeiro de 2012

Mais informações: www.congressmed.com/bmjcd



2nd Systemic Sclerosis World Congress

Organização: World Scleroderma Foundation

Local: Madrid, Espanha

Data: 02 a 04 de Fevereiro de 2012

Mais informações: www.sscworldcongress.org



XVII Congreso Panamericano de Reumatología

Organização: PANLAR – Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología

Local: Punta Cana, República Dominicana

Data: 18 a 21 de Abril de 2012

Mais informações: www.panlar.org



XXXVIII Congreso Nacional de la SER

Organização: Sociedade Espanhola de Reumatologia

Local: Saragoça, Espanha

Data: 16 a 18 de Maio de 2012

Mais informações: www.ser.es



39th European Symposium on Calcified Tissues

Organização: ECTS – European Calcified Tissue Society

Local: Estocolmo, Suécia

Data: 19 a 23 de Maio de 2012

Mais informações: www.ectsoc.org



EULAR Annual European Congress of Rheumatology 2012

Organização: ECTS – European Calcified Tissue Society

Local: Berlim, Alemanha

Data: 06 a 09 de Junho de 2012

Mais informações: www.eular.org





Casa-Museu da Fundação Medeiros e Almeida

Uma casa que se tornou museu

É pouco conhecida do grande público, mas acolhe um espólio artístico de vários séculos. A antiga residência de António Medeiros e Almeida, em Lisboa, foi o cenário escolhido para celebrar o 40.º aniversário da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

São 25 salas com milhares de obras de pintura, mobiliário, tapeçaria, escultura, arte sacra, vidro e joalharia, abrangendo um período que começa no século XVII e termina nos nossos dias. Outrora residência privada de António Medeiros e Almeida (1895-1986), é hoje uma casa-museu, fruto do desejo deste empreendedor que, em 1973, constituiu a Fundação com o seu nome para permitir o usufruto público do seu vasto património.

A Casa-Museu da Fundação Medeiros e Almeida conta com duas áreas de exposição: a primeira, que foi habitada pelo próprio empresário entre 1940 e 1970, mantém o ambiente original. Na outra, que ocupa a área do antigo jardim da residência, foram reconstituídos vários ambientes adaptados às peças: uma capela para a arte sacra, uma sala Luís XV (Sala do Piano), um espaço Luís XIV e um jardim de Inverno para acomodar painéis de azulejos e estatuária (Sala do Lago).

Incluem-se neste acervo cerca de duas mil obras tão díspares como as terracotas

**Incluem-se nesta acervo
cerca de duas mil obras
tão díspares como as
terracotas chinesas do
período Han (a. c.) ou as
primeiras encomendas
de porcelana vindas da
China para a Europa**

chinesas do período Han (a.c.) ou as primeiras encomendas de porcelana vindas da China para a Europa com as Armas Reais de Portugal e de D. Manuel I. Uma ampulheta, de Augsburg, datada de 1660, em âmbar e marfim, um relógio de aparato em cristal de rocha, prata e lápis-lazuli que pertenceu à imperatriz Sissi de Áustria, e um relógio inglês que pertenceu à rainha Catarina de Bragança são algumas peças de valor incalculável. Os três pisos são forrados com pinturas holandesas e flamengas dos séculos XVI e XVII, tapeçarias flamengas e francesas dos séculos XVI, XVII e XVIII, ourivesaria sacra, adereços de joalharia e várias peças de mobiliário português e francês.

Há três coleções alojadas em salas próprias que merecem uma visita mais demorada. A Sala dos Relógios acolhe uma das maiores coleções de relógios da Europa, com 225 peças, expostas por ordem cronológica, das quais se destacam os magníficos relógios de bolso desde 1620 a 1968. A Sala das Porcelanas apresenta peças de terracota e porcelana desde 220 a. c. até ao século XIX. Por último, a Sala de Prata tem



Entrada Antiga



Sala das Porcelanas



Sala do Lago

uma mostra de peças em prata portuguesas dos séculos XVI a XVIII, uma colecção de paliteiros em prata portuguesa e duas baixelas do inglês Paul Storr (1792-1838).

Actualmente, a Casa-Museu tem uma exposição documental temporária – “O triunfo de uma vida” –, que ilustra o percurso do seu fundador e o contexto social e político no qual viveu.

Quem foi António de Medeiros e Almeida?

Um dos mais bem-sucedidos empresários portugueses ainda tentou seguir as pisadas do pai, que se formou em Medicina na Universidade de Coimbra e chegou a ser convidado para médico da corte do Rei D. Carlos, mas o apelo do mundo dos negócios acabou por ser mais forte ao espírito empreendedor e dinâmico de António de Medeiros e Almeida.

Lembra-se dos célebres carros “Minis”? A sua actividade como empresário iniciou-se, na década de 1920, precisamente com a importação dos automóveis da marca “Morris”, inédita até então, popularizando em Portugal a venda do modelo “Austin Morris”. Em 1934, adquire a maioria do capital da Aero-Portuguesa, a primeira companhia aérea

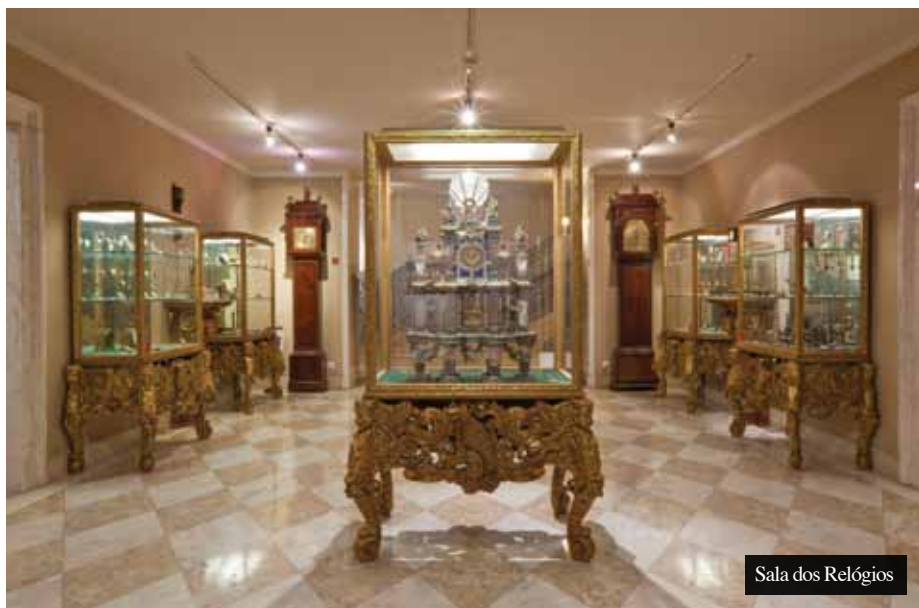
A Sala dos Relógios acolhe uma das maiores colecções de relógios da Europa

nacional. Foi também um dos fundadores da SATA e da TAP. Ao longo da sua vida, administrou várias empresas de navegação aérea e marítima, de produção de açúcar, álcool e importação de combustíveis, grande parte delas nos Açores. Perto dos 90 anos, revelou ter chegado a administrar simultaneamente 21 empresas, todas com lucros anuais.

A sua faceta de coleccionador de arte começou depois de casar com Margarida Pinto Basto, beneficiando de um mercado pós-guerra inundado de boas peças. Recebia as principais revistas de arte, desde a *Connoisseur* à *Burlington Magazine*, e os catálogos das mais conceituadas leiloeiras europeias, tomando assim contacto com as peças em mercado.

No início da década de 1970, sem descendência e consciente do grande espólio que tinha, cria a Fundação Medeiros e Almeida a quem doa a sua residência, na Rua Rosa Araújo, perpendicular à Av. da Liberdade, e toda a sua colecção, transformando-a, assim, em Casa-Museu.

Medeiros e Almeida faleceu em Fevereiro de 1986, mas orientou até ao fim as obras da futura Casa-Museu, que abriu ao público a 1 de Junho de 2001. ■



Sala dos Relógios

Casa-Museu Medeiros e Almeida

Rua Rosa Araújo, 41 (perpendicular à Av. da Liberdade), Lisboa

Horário

Segunda a Sexta-feira: 13h00 às 17h30

Sábados: 10h00 às 17h30

Preço

5 Euros (geral); 3 Euros (jovens dos 10 aos 16 anos e pessoas com idade superior a 65 anos); gratuito (crianças até 9 anos).

www.casa-museumedeirosealmeida.pt



Sala do Piano



Sala Luís XIV

Évora

Cidade do Mundo

A cidade de Diana comemorou em 2011, o ano que está a passar, 25 anos como Património Mundial da Unesco – motivo mais do que suficiente para descobrirmos por que detém este título

Évora foi adoptada pelo mundo em Novembro de 1986, quando o seu centro histórico, com 105 hectares, 400 edifícios de interesse cultural e a presença de séculos em cada esquina, seduziu os “senhores” da Unesco.

O passado de Évora, chamada *Liberalitas Judas* durante a ocupação romana, é, sem dúvida, uma verdadeira lição de História. E a aula começa com o Templo de Diana, popularmente designado assim, ainda que nunca tivesse sido consagrado a esta deusa. *Ex-libris* da cidade, foi edificado no século I, durante o Império Romano. O que poucos turistas sabem é que, durante a Idade Média, o Templo foi utilizado como açougue de carnes, isto é, um talho, e só em 1870, sob a orientação do arquitecto italiano G. Cinatti, foi decidido repor a traça original disponível, tendo sido restaurado como hoje se exhibe, sem cela, arquitrave, friso e muitas das suas colunas.

A Basílica Sé Catedral de Nossa Senhora da Assunção, ou simplesmente Sé de Évora, também conta uma história: edificada entre 1186 e 1204, esta catedral de granito marca a transição do estilo românico para o gótico,

(...) durante a Idade Média, o Templo [de Diana] foi utilizado como açougue de carnes

repercutido em três majestosas naves. Nos séculos seguintes, recebeu melhoramentos pontuais, dos quais se destaca a Capela do Esporão, raro exemplar de arquitectura híbrida plateresca (1529), estilo marcadamente espanhol, com estruturas góticas decoradas com ornamentos minuciosos renascentistas.

A igreja de São Francisco, na Praça 1.º de Maio, é um apontamento obrigatório desta “aula” pela sua célebre Capela dos Ossos, totalmente revestida de ossadas humanas. A entrada, com a gravação “Nós ossos que aqui estamos pelos vossos esperamos”, antecipa uma visita algo sinistra, que nos transporta até ao século XVI. Nessa altura, existiam 42 cemitérios monásticos na cidade, ocupando uma área excessivamente grande. A solução dos franciscanos – não se poderá dizer criativa, mas algo macabra – foi extrair da terra todos os ossos e usá-los para erguer uma capela. Assim, calcula-se que estejam dispostos nas paredes, nas colunas e no tecto os crânios, as tíbias, a vértebras e outros ossos de mais de cinco mil monges.

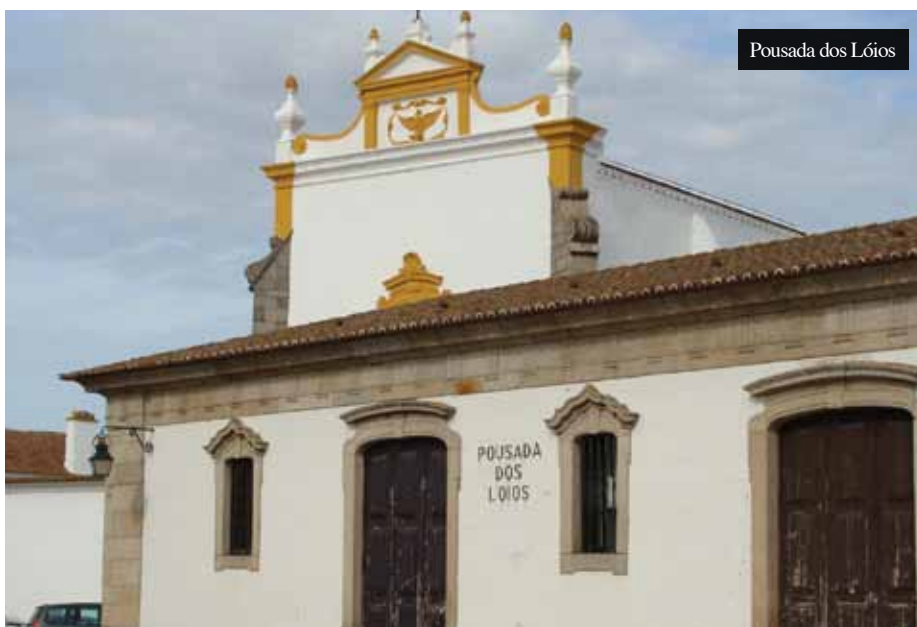
Ainda no centro histórico, há bons exemplos das influências do gótico-mudéjar, manuelino



Praça do Giraldo



Palácio de D. Manuel



Pousada dos Lóios

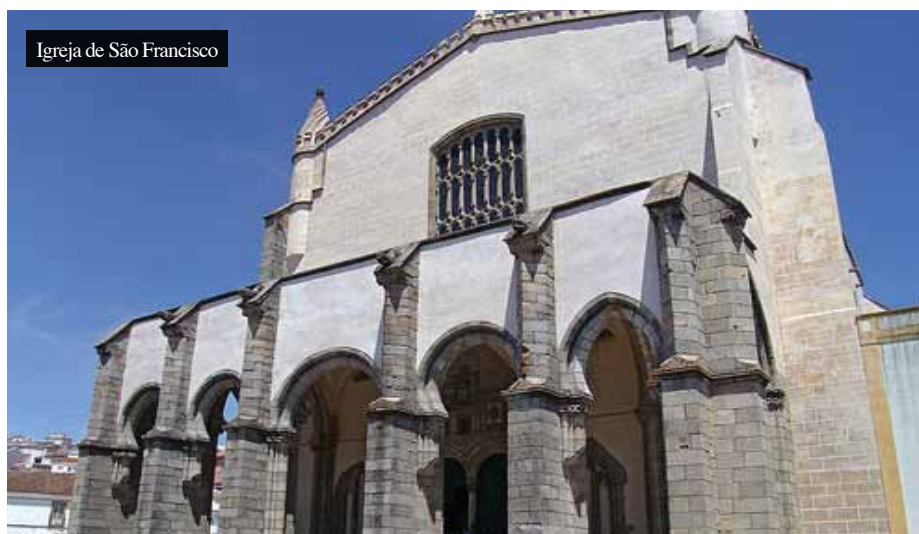
e renascentista, como o Palácio de D. Manuel, com a imperdível Galeria das Damas, e o Convento dos Lóios, que é hoje uma pousada de Portugal. A Praça do Giraldo, com arcadas em estilo árabe e uma fonte datada de 1571, termina esta aula, apenas por falta de tempo e espaço.

(...) ser Património da Humanidade há 25 anos não foi motivo para a cidade ficar agarrada ao passado

Rota dos Sabores Tradicionais

Contudo, ser Património da Humanidade há 25 anos não foi motivo para a cidade ficar agarrada ao passado. Basta andar um pouco pelas ruas para nos apercebermos da quantidade de galerias de arte, lojas de criadores portugueses, restaurantes *trendy*, lojas *gourmet* e espectáculos que marcam uma atarefada agenda cultural.

Se visitar Évora entre meados de Janeiro e Abril de 2012, tenha em conta que a cidade estará em festa gastronómica, em mais uma edição da Rota dos Sabores Tradicionais. Durante quatro meses é possível degustar em cerca de 50 restaurantes e lojas *gourmet* aderentes iguarias marcadamente regionais e confeccionadas com produtos da região, onde não faltarão o porco, o borrego pascal, as sopas e os doces conventuais. ■



Igreja de São Francisco



Capela dos Ossos

A nossa rota gastronómica



Não se esqueça de perguntar pelos pratos confeccionados no âmbito da Rota dos Sabores Tradicionais!

Restaurante da Pousada dos Lóios

Largo Conde Vila-Flor (em pleno centro histórico); tel. 266 730 070
A provar: tradicional ensopado de borrego à alentejana perfumado com hortelã; lombetes de porco preto com molho de azeitonas; bolinhos de mogango com queijo de Serpa; pão de rala.
Preço médio por refeição: 30 Euros (sem bebidas)

Sabores do Alentejo (Hotel M' Ar De Ar Muralhas)

Travessa da Palmeira, 4/6; tel. 266 739 300
A provar: migas à alentejana com carne do alguidar; rabo de boi estufado com vinho da região; lagrada de bacalhau.
Preço médio por refeição: 30 Euros (sem bebidas)

A Muralha

Rua 5 de Outubro, 21; tel. 266 702 284
A provar: lombinhos à muralha; açorda alentejana com ovo e bacalhau; costeletas de borrego com hortelã; encharcada.
Preço médio por refeição: 15 Euros (sem bebidas)

Degust' Ar (Hotel M' Ar De Ar Aqueduto)

Rua Cândido dos Reis, 72; tel. 266 740 700
A provar: lombinho de pouco recheado com grelhos e alheira de caça; sopa de batata à alentejana; carré de borrego em crosta de mostarda; cericaia com ameixa de Elvas.
Preço médio por refeição: 25 Euros (sem bebidas)

Bolas

Rua Conde das Galveias, 22; tel. 266 977 338
A provar: sopa de poejos com ovos; caldeirada de borrego; migas de espargos com lombo de porco alentejano; toucinho-do-céu.
Preço médio por refeição: 20 Euros (sem bebidas)

Na vida todos
precisamos
de referências



1. Denominação de medicamento (Opasto® 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, hidróxido de celulose de baixa grau de substituição, hidróxido de celulose, hipromelose, dióxido de alumínio, talco, manitol, copolímero do ácido metacrílico-acrílico de etilo (1:1) disperso a 30%, polissorbato disperso a 30%, macrogol 8000, ácido cítrico anidro, monohidratado de glicérol, polissorbato 80, óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172), citrato de trietilo, croscarmellose, estearato de magnésio, aroma à laranja e aspartame. **3. Forma farmacêutica** Comprimido orodispersível branco a amarelo esbranquiçado, com a gravação 15 ou 30 no topo 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; eradicado 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 com AINEs; profilaxia de úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco sob terapêutica continuada; doença do refluxo gastroesofágico sintomática; síndrome de Zollinger-Ellison. **5. Posologia e modo de administração** Opasto deve ser tomado 1x/dia, manhã, excepto 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 optimo. Opasto 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 colocado inteiro com água. Os comprimidos orodispersíveis podem ser dispersos numa pequena quantidade de água e administrados através de um tubo nasogástrico ou de uma siringa oral. **Tratamento da úlcera duodenal:** A dose recomendada é de 30 mg, 1x/dia, durante 2 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica é contrastada com a mesma dose durante mais 2 semanas. **Tratamento da úlcera gástrica:** A dose recomendada é de 30 mg, 1x/dia, durante 4 semanas. As úlceras cicatrizam normalmente em 4 semanas, mas 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. **Esofagite de refluxo:** 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 selecção 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 antibióticos. A dose recomendada é de 30 mg, 2x/dia, durante 7 dias em combinação com um dos seguintes: 250-500 mg de claritramina, 2x/dia + 1 g de amoxicilina, 2x/dia, 250 mg de claritramina, 2x/dia + 400-500 mg de metronidazol, 2x/dia. Quando a claritramina e a amoxicilina ou metronidazol obtêm-se taxas de erradicação do *H. pylori* de até 96%. Também se observou a utilização de um regime incluindo 30 mg de lansoprazol, 2x/dia, 1 g de amoxicilina, 2x/dia + 400-500 mg de metronidazol, 2x/dia. Com esta combinação observaram-se taxas de erradicação inferiores às das regimes envolvendo claritramina. Quando as taxas locais de resistência ao metronidazol forem baixas, este regime pode ser adequado aos doentes que não podem tomar claritramina 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 de ocorrência de úlceras de cura, 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 apenas os doentes 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 tempo quanto o necessário. Se 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 sejam indicações clínicas evidentes. **Crianças:** A utilização não está recomendada. **6. Contra-indicações** Hipersensibilidade a substâncias activas 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, <1/100-1/110.000); muito raras (>1/10.000, <1/10.000). Doenças do sangue e do sistema linfático. Pouco frequentes: trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia. Raros: anemia. Muito raras: agranulocitose, pancitopenia. Perturbações do fígado: pouco frequentes: depressão. Raros: icterícia, alucinações, confusão. Doenças do sistema nervoso: frequentes: cefaleia, tonturas. Raros: insipiente, vertigens, paréstias, sonolência, tórax. Afecções oculares: Raros: distúrbios visuais. Doenças gastrointestinais: rubores, diarreia, dor no estômago, obstipação, vómitos, flatulência, toco no garganta seco. Raros: glosseite, candidíase oral, erupção, parafurite, perturbações do paladar. Muito raras: colite, esteatorréia. Afecções hepáticas: frequentes: aumento das enzimas hepáticas. Raros: hepatite, icterícia. Afecções das fezes: diarreias e subdiarreias. Frequentes: urticária, prurido, erupção. Raros: pelagra, prurito, queda de cabelo, eritema multiforme, fotossensibilidade. Muito raras: síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica. Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Pouco frequentes: artralgia, 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, hiperhidrose, angioedema, anorexia, impotência. Muito raras: choque anafilático. Exames complementares de diagnóstico: Muito raras: aumento dos níveis de colesterol e triglicéridos, hipotensão. **8. Titular da autorização de introdução no mercado** Lusomedicamentos - Sociedade Técnica Farmacêutica, SA Estrada Consiglieri Pedrosa, 69 B, Queluz de Baixo, 2730-055 Barcelos. **Medicamento sujeito a receita médica. Comparabilidade de acordo com o escalão C (37%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.** 04/2009

06A-0111-0072-AW



XVI Congresso

Português de Reumatologia

QUATRO DÉCADAS A PERSPECTIVAR O FUTURO DA REUMATOLOGIA

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