



# 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.<sup>a</sup> 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 & Cº, 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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

“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

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. ■



**EXXIV**<sup>®</sup>  
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”*