

## Entre 1 e 5 de Maio de 2012 XVI Congresso Português de Reumatologia

Destaques • Protagonistas • Celebrações

Opinião  
O Estado da Investigação  
Clínica em Reumatologia

Maria José Santos

Privado  
À conversa com...  
Georgina Terroso

Destinos  
Berlim: Barómetro  
de Cultura



QUANDO A COMBINAÇÃO NÃO É OPÇÃO

UM BIOLÓGICO  
EM MONOTERAPIA  
DISTINGUE-SE <sup>1,2</sup>

 **RoACTEMRA®**  
tocilizumab

**RoACTEMRA® 20 mg/ml concentrado para solução para perfusão.** Frasco para injetáveis com 80, 200 ou 400 mg de tocilizumab em 4, 10 ou 20 ml, respectivamente. Excipientes: sacarose, polissorbato 80, fosfato dissódico dodeca-hidratado, fosfato monossódico di-hidratado, água para preparações injetáveis. **Indicação terapêutica:** RoACTEMRA®, em associação com MTX, é indicado no tratamento da artrite reumatóide (AR) activa, moderada a grave, em adultos com resposta inadequada ou intolerantes a terapêutica prévia com um ou mais fármacos anti-reumáticos modificadores da doença ou antagonistas do factor de necrose tumoral. Pode usar-se em monoterapia em caso de intolerância a MTX ou quando o seu uso continuado é inadequado. RoACTEMRA® demonstrou reduzir a taxa de progressão de lesão articular, medida por raio-X, e melhorar a função física, quando administrado com MTX. RoACTEMRA® é indicado no tratamento da artrite idiopática juvenil sistémica (AIJs) activa em doentes com 2 ou mais anos de idade que responderam inadequadamente a terapêutica prévia com AINEs e corticosteróides sistémicos. RoACTEMRA® pode ser administrado em monoterapia (em caso de intolerância a MTX ou quando o tratamento com MTX é inadequado) ou em associação a MTX. **Posologia:** AR: 8 mg/kg de 4/4 semanas (mas não >800mg). AIJs: 8 mg/kg de 2/2 semanas em doentes com peso  $\geq 30$  kg ou 12 mg/kg de 2/2 semanas em doentes < 30 kg. A dose deve ser calculada a cada administração, com base no peso corporal do doente. Para ajustes de dose devido a alterações laboratoriais e informação sobre populações especiais consultar Resumo das Características do Medicamento (RCM). Dar aos doentes um Cartão de Alerta. **Modo de administração:** Após diluição, RoACTEMRA® deve ser administrado por perfusão intravenosa durante uma hora. Doentes com AR ou doentes  $\geq 30$  kg com AIJs: Diluir para volume final de 100 ml com solução injetável de cloreto sódico 9 mg/ml (0,9%), estéril e apirrogénica, usando técnica asséptica; Doentes < 30 kg com AIJs: Diluir para volume final de 50 ml com solução injetável de cloreto sódico 9 mg/ml (0,9%), estéril e apirrogénica, usando técnica asséptica. **Contra-indicações:** Infecções activas, graves e hipersensibilidade à substância activa ou excipientes. **Advertências e precauções:** Interromper em 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. Não se recomenda tratamento em doentes com alanina aminotransferase ou aspartato aminotransferase basal >5x LSN. Em doentes não tratados previamente não se recomenda o início se CAN <2x10<sup>9</sup>/l. Precaução ao considerar iniciar tratamento em doentes com baixa contagem de plaquetas (<100x10<sup>9</sup>/l). Não continuar tratamento em doentes com CAN <0,5x10<sup>9</sup>/l ou contagem de plaquetas <50x10<sup>9</sup>/l. Não administrar simultaneamente vacinas vivas ou vivas atenuadas nem utilizar com outros agentes biológicos. Risco aumentado de neutropenia em doentes tratados previamente com antagonistas do TNF. Precaução 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 intestinal/diverticulite. Foi notificado aumento das transaminases hepáticas (frequente) sem progressão p/ dano hepático, diminuição da contagem de neutrófilos e plaquetas, aumentos nos parâmetros lipídicos, perfuração diverticular (pouco frequente) e reacções graves de hipersensibilidade associadas à perfusão. Pode desenvolver-se síndrome de activação macrofágica nos doentes com AIJs. Este medicamento contém sódio. Consultar RCM para informação adicional acerca de advertências/precauções e recomendações. **Interações:** Medicamentos metabolizados via CYP450 3A4, 1A2, 2C9 ou 2C19. **Efeitos indesejáveis:** Infecções do tracto respiratório superior, hipercolesterolemia, celulite, pneumonia, herpes simplex oral e zoster, dor abdominal, ulceração da boca, gastrite, erupção cutânea, prurido, urticária, cefaleia, tonturas, aumento transaminases hepáticas, aumento peso, aumento bilirrubina total, hipertensão, leucopenia, neutropenia, edema periférico, reacções hipersensibilidade, conjuntivite, tosse, dispneia, diverticulite, estomatite, úlcera gástrica, hipertrigliceridemia, nefrolitíase, hipotireoidismo. O tipo de RAMs nos doentes com AIJs foi semelhante ao observado nos doentes com AR. Para informação adicional, consultar RCM. Agosto 2011. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações, contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Estr. Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810.**

## Expectativas

Neste ano em que se comemoram os 40 anos de existência da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) realiza-se a décima sexta edição da sua mais importante reunião, o Congresso Português de Reumatologia, que terá lugar na primeira semana de Maio, em Vilamoura.

Tal como já vem sendo habitual nestes editoriais, não podemos deixar de ir até ao passado e trazer aqui o I Congresso Português de Reumatologia, que se realizou de 4 a 7 de Abril de 1974, em Coimbra. As expectativas dos seus organizadores eram baixas já que anteviam “...como muito difícil a tarefa de o organizar...limitadas as ambições, condicionadas aos modestos recursos de uma Sociedade de muito recente criação e num País onde o pouco interesse pela Reumatologia se patenteava na não existência oficial da especialidade...”<sup>(1)</sup>

O Congresso contou com cerca de 150 participantes (dos quais 27 eram estrangeiros vindos de vários países da Europa e também dos EUA), teve a conferência inaugural realizada pelo Prof. Barceló, então Presidente da ILAR, 15 sessões de trabalho (com duas salas a funcionar em simultâneo) e 71 comunicações que, numa época em que o inglês não era ainda a língua “oficial” da ciência, foram apresentadas em português, inglês, francês e espanhol. Foi “uma jornada científica de elevado nível, uma reunião de confraternização a recordar e uma afirmação de fé e de força da Reumatologia Portuguesa”.<sup>(1)</sup>

Para este XVI Congresso, apesar de algumas dificuldades e constrangimentos resultantes dos tempos de recessão que vivemos, as expectativas são altas. A qualidade dos

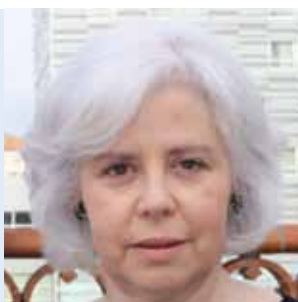
palestrantes nacionais e estrangeiros, a estreita colaboração com as sociedades congêneres de Espanha e do Brasil e algumas novidades, como o Curso de Revisão e o de Actualização em Reumatologia, fazem antever uma excelente reunião.

Mas, aquilo que mais se espera deste Congresso, é que seja uma montra da qualidade da investigação reumatológica nacional. Tal como refere a Doutora Maria José Santos no seu artigo de opinião, desde sempre os reumatologistas conjugaram a sua actividade assistencial com a investigação clínica. As 47 comunicações portuguesas apresentadas no I Congresso eram já representativas dessa característica, que sempre foi estimulada em todos os reumatologistas. As condições para manter o binómio assistência-investigação são hoje em dia, felizmente, muito melhores. Os projectos fundamentais da SPR, Reuma.Pt e EpiReuma.Pt, têm potencial para congregar os esforços de todos os Serviços e Unidades em projectos de investigação multicêntricos, mas também em projectos multinacionais.

Estamos certos de que esta capacidade estará bem reflectida em muitos dos trabalhos que serão apresentados neste Congresso. E que, à semelhança do que aconteceu há 38 anos, este venha a ser uma demonstração da vitalidade da Reumatologia Portuguesa. ■

(1) Robert Pereira Martins. Editorial. Bol Inf SPR 1974; nº8

Viviana Tavares  
Presidente-Eleita da SPR



## Tema de Capa 4 a 6

Entre 1 e 5 de Maio  
Especial XVI Congresso  
Português de Reumatologia

## Opinião 8 a 9

Maria José Santos  
O Estado da Investigação Clínica  
em Reumatologia

## Relance 10|23

Agenda cultural  
Eventos nacionais e internacionais

## Sociedade Reumatológica 13

No passado dia 5 de Abril  
SPR assinalou Dia Nacional  
do Doente com Artrite Reumatóide  
com sessão na Assembleia  
da República

## Revisão 14 a 17

Catarina Ambrósio  
Osteoporose Iatrogénica  
Não Cortisónica

## Privado 19 a 21

À conversa com...  
Georgina Terroso

## 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@sprreumatologia.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 Patto  
Relator  
Jorge Silva  
Vogal  
Margarida Cruz  
Presidente-Eleito  
Viviana Tavares

## Espaços 25 a 27

O “outro” Algarve

## Destinos 28 a 30

Berlim - Barómetro de Cultura





Especial XVI Congresso  
Português de Reumatologia

# Cinco dias de excelência científica

Representa o evento científico de maior dimensão da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e, neste ano, é também o cenário de comemoração do 40.º aniversário desta instituição. Propomos, neste dossier especial, um percurso original pelos cinco dias que traçam o trajecto deste evento, com a promessa de que todas as curiosidades serão explicadas!

São esperados cerca de 700 participantes, com uma adesão significativa da Medicina Geral e Familiar, e 26 convidados estrangeiros. Serão apresentados quase 200 trabalhos, 17 sob a forma de comunicações orais e os restantes como posters. Números, factos e efemérides, celebrações, protagonistas e oportunidades caminharão consigo pela leitura das próximas páginas, à medida que serão revistos os destaques deste evento.

## Curso de Investigação Clínica

O primeiro dia do CPR, terça-feira, dia 1 de Maio, começa às 14h30 com o “Curso de Investigação Clínica”, uma novidade na estrutura deste evento, tendo, segundo Luís Maurício, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), “ultrapassado largamente as expectativas no que à sua procura disse respeito”. O curso, coordenado por Helena Canhão e Loreto Carmona★, conta com 60 participantes e tem um objectivo essencial, em contexto de contenção de recursos: o de desenhar adequadamente um projecto de investigação que seja financiado, não vá para a gaveta e seja publicado.

★Loreto Carmona é uma das convidadas internacionais do XVI CPR. É reumatologista e epidemiologista, directora do Centro de Investigação da Sociedade Espanhola de Reuma-

tologia, coordenadora do Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Espanha (EPISER) e Presidente do Comité de Epidemiologia da EULAR. Participa activamente há vários anos em projectos da SPR e é actualmente consultora do Reuma Census 2011-2013.

## Cursos Pré-Congresso

O segundo dia é ocupado com dois cursos pré-Congresso, cuja organização é partilhada pela SPR e as suas congéneres brasileira e espanhola. O “Curso de Revisão Avançada em Reumatologia” é orientado para reumatologistas, enquanto o de “Actualização em Reumatologia” é dirigido a Médicos de Medicina Geral e Familiar. Em ambos, são abordados oito temas: Artrite Reumatóide, Espondilartrites, LES e outras Doenças Difusas do Tecido Conjuntivo, Vasculites, Reumatologia Pediátrica, Osteoporose, Osteoartrose e Artrites Microcristalinas.

Aloysio Fellet, Percival Sampaio, Francisco Blanco e Fernando Sueiro foram os prelectores internacionais indicados pela sociedades brasileira e espanhola de Reumatologia para os dois cursos.

## Lição de Abertura

No dia 2 de Maio, quarta-feira, às 13h45 a Lição de Abertura encerra outra novidade: será feita por Marcelo Rebelo de Sousa★, conhecido comentador



## As opiniões dos protagonistas

**Eduardo Úcar Angulo e Geraldo Castelar, presidentes da Sociedade Espanhola de Reumatologia e da Sociedade Brasileira de Reumatologia, respectivamente, estão presentes no XVI CPR e colaboraram activamente na organização dos dois Cursos Pré-Congresso**



**Eduardo  
Úcar Angulo**

Presidente da Sociedade  
Espanhola de Reumatologia

A Sociedade Espanhola de Reumatologia (SER) trabalha activamente com muitas sociedades científicas da mesma especialidade, com a finalidade de desenvolver a Reumatologia, quer no contexto profissional quer no do paciente. Neste sentido, o XVI Congresso Português de Reumatologia é um exemplo que demonstra o interesse da SER em participar num evento deste porte organizado pelos nossos companheiros portugueses. É um fórum que destaca os progressos relacionados com as doenças reumáticas e é também um ponto de encontro e de partilha de experiências com profissionais de outros países.

**“ (...) os laços estreitos que temos com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia podem abrir novas vias de colaboração num futuro que poderá ser muito enriquecedor**

Assim, os laços estreitos que temos com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia podem abrir novas vias de colaboração num futuro que poderá ser muito enriquecedor. Consideramos que é muito importante andar de mãos dadas com outras sociedades científicas para esta especialidade obter a maior visibilidade e reconhecimento possíveis. A SER continuará a trabalhar para isso. ■



**Geraldo da Rocha  
Castelar Pinheiro**

Presidente da Sociedade  
Brasileira de Reumatologia

Acredito que as Sociedades Brasileira e Portuguesa de Reumatologia têm muito a ganhar com esse intercâmbio científico. Embora já faça algum tempo que professores brasileiros são convidados para eventos científicos em Portugal e vice-versa, nunca houve um envolvimento tão denso entre as duas sociedades. O mérito, devo admitir, deve-se à iniciativa da SPR, nas pessoas do seu Presidente, o Dr. Luís Maurício, e do seu Director Científico, o Prof. Doutor João Eurico da Fonseca. Esse tipo de parceria, embora extremamente válida e benéfica tanto para brasileiros quanto para portugueses, demora, habitualmente, algum tempo até se consolidar.

**“ Temos muito que aprender com a reumatologia portuguesa e, certamente, alguma coisa, também, para compartilhar convosco**

Temos muito que aprender com a reumatologia portuguesa e, certamente, alguma coisa, também, para compartilhar convosco. Certo de que o XVI Congresso Português de Reumatologia será um sucesso, espero que o maior número possível de reumatologistas brasileiros tenha a oportunidade de nele participar. ■

político português, sobre um tema da actualidade.

★*Marcelo Rebelo de Sousa é professor, jurisconsulto e político. Doutorado em Ciências Jurídico-Políticas, é professor catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa. Teve vários cargos políticos ao longo da sua carreira, chegando a ser Ministro para os Assuntos Parlamentares do VIII Governo Constitucional, embora seja mais conhecido junto dos portugueses pelos seus comentários políticos, primeiro na TSF (1993-1996), depois na TVI (2000-2004 e, novamente, desde 2010) e na RTP1, com “As Escolhas de Marcelo” (2005-2010).*

## Cerimónia de Abertura

A Cerimónia de Abertura do XVI CPR, às 11h, será um dos seus momentos altos. Serão entregues os Reuméritos★, as Bolsas de Investigação SPR/MSD (“Doenças Inflamatórias”), SPR/AstraZeneca (“Osteoartrose”) e SPR/Genzyme (“Doenças Raras”) e ainda os valores correspondentes ao “Fundo de Investigação e Formação Reumatológicas” de 2011 aos respectivos contemplados.

★*A Sociedade Portuguesa de Reumatologia instituiu em 2003 um galardão designado “Reuméritos”, destinado a reconhecer publicamente o mérito profissional, científico ou associativo de pessoas individuais ou colectivas, nacionais ou estrangeiras, por terem, de qualquer forma, beneficiado e/ou engrandecido a imagem e/ou a prática da Reumatologia e/ou da SPR, de acordo com os interesses da reumatologia portuguesa em geral e da SPR em particular. Na sua primeira edição, em 2004, foram atribuídos a Assunção Teixeira (a título póstumo), Robert Pereira Martins, Mário Viana de Queiroz e Hilton Seda; em 2006, a António Lopes Vaz, Armando Porto, Fernanda Ruaz e ao IPR – Instituto Português de Reumatologia; em 2008, os Reuméritos foram atribuídos a três personalidades, Bernard Amor, Fernando de Pádua e João Figueirinhas (a título póstumo); por último, em 2010, foram reconhecidos José António Melo Gomes, Jaime Branco, Robert Lederman e a LPCDR – Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas.*

## Convidados internacionais

Além dos convidados espanhóis e brasileiros, merecem destaque durante todos os dias do XVI CPR, segundo Luís

Maurício, Maurizio Cutolo, Presidente Eleito da EULAR, que falará sobre as novas perspectivas terapêuticas nos próximos 10 anos da Esclerodermia; Patricia Woo (Londres), que intervirá na Mesa sobre “Reumatologia Pediátrica”, com uma comunicação intitulada “From teenage to young adult”; Walter Grassi (Ancona), que dará uma visão pessoal sobre a avaliação ecográfica da sinovite e erosões precoces; Edward Keystone (Toronto), que fará uma comunicação no âmbito da Mesa “Novos olhares para a Cartilagem e Osso”, intitulada “New concepts in radiographic outcomes: things aren’t always what they seem”; Matthew Warman (Boston), que intervirá com a comunicação “Lessons from osteogenesis imperfecta”; e Dan Solomon (Boston) que falará sobre “Cardiovascular risk and the effect of TNF inhibitors”.

## EpiReuma.pt e Reuma.pt

Os projectos mais importantes do momento para a SPR serão abordados em vários momentos do CPR: Nélia Gouveia e Sofia Ramiro falarão sobre o EpiReuma.Pt★ nas mesas-redondas 1 e 9, respectivamente; o Reuma.Pt★ será explicado por Helena Canhão na mesa-redonda 10.

★*O EpiReuma.Pt – cujo nome público é “Reuma Census 2011-2013” – constitui o primeiro estudo epidemiológico nacional sobre doenças reumáticas. Tem como objectivo “fotografar” a realidade portuguesa no que respeita a estas patologias. Pode consultar toda a informação sobre o projecto em [www.epireuma.pt](http://www.epireuma.pt).*

★*O Registo Nacional de Doenças Reumáticas (Reuma.Pt) está activo desde Junho de 2008 e inclui doentes com artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante (EA), artrite psoriática (AP) e artrite idiopática juvenil (AIJ). Neste momento estão registados no Reuma.Pt mais de cinco mil doentes e mais de 30 mil consultas. O objectivo final é registar todos os pacientes em Portugal Continental, Madeira e Açores com doenças reumáticas que sejam tratados com medicamentos biológicos, assegurando a monitorização da indicação e eficácia do tratamento e da sua segurança. Pode consultar toda a informação sobre o projecto em [www.reuma.pt](http://www.reuma.pt). ■*





**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*



**Maria José Santos**

Reumatologista no Hospital Garcia de Orta,  
Almada

**“Temos hoje nichos de excelência que produzem trabalhos científicos capazes de ombrear com o que de melhor se faz noutros países da Europa**

## O Estado da Investigação Clínica em Reumatologia\*

*\*A partir de uma entrevista dada por e-mail a esta edição do B.I.*

A memória que tenho da reumatologia portuguesa dos últimos 23 anos, isto é, desde que entrei para esta especialidade, é a de uma especialidade médica que alicerçou a sua evolução na conjugação do trabalho assistencial com a investigação clínica. Desde há muitos anos (desde sempre?) que os serviços de Reumatologia apostaram no desenvolvimento de linhas de investigação próprias, em que os médicos internos desde cedo são incentivados a integrar esses projectos, ou a desenvolver projectos autónomos, como complemento da sua formação específica em Reumatologia.

Foram, contudo, os últimos 5 a 10 anos que trouxeram maior consistência e visibilidade à vertente científica da reumatologia portuguesa. Podemos estar ainda aquém da média europeia, dispor de menos recursos, de menor formação técnico-científica, de menor organização do trabalho e de menos tempo para dedicar a esta vertente do conhecimento reumatológico, mas é certo que nos anos mais recentes houve uma tendência de inversão deste padrão. As colaborações desenvolvidas entre instituições nacionais e também com instituições internacionais foram fulcrais neste processo, sendo que todos ganhámos com a troca de experiências, vivências, conhecimentos, cujo resultado é bem superior à soma do conhecimento das partes. Temos hoje nichos de excelência que produzem trabalhos científicos capazes de ombrear com o que de melhor se faz noutros países da Europa.

### O que realmente importa na investigação clínica

Há muita coisa que se faz, muito esforço e trabalho despendido de que não resulta nenhum conhecimento novo. Não importa fazer apenas para dizer que se fez, os resultados têm que ser avaliados e validados pelos pares e constituir uma mais-valia. Todo o trabalho científico necessita de ser bem planeado, a identificação do problema e a(s) hipótese(s) em estudo têm que estar claras e a metodologia deve ser a apropriada para dar resposta ao problema em questão. Essa resposta muitas vezes gera novas perguntas, mas responder de forma sistematizada, eliminando hipóteses alternativas, aumenta a probabilidade de o resultado ser real e generalizável.

Se o desenho do estudo for adequadamente preparado, a execução propriamente dita fica enormemente facilitada. Creio, no entanto, que é nesta fase preparatória que mais vezes claudicamos e que é aqui que necessitamos dar um salto qualitativo. Existem diversas iniciativas, por parte das universidades, sociedades científicas nacionais e internacionais e dos próprios serviços de Reumatologia que visam colmatar as lacunas na área da metodologia científica, com organização de acções de formação pós-graduada ou proporcionando estágios ou outras colaborações com serviços de excelência. Como resultado, os jovens reumatologistas têm actualmente uma melhor preparação científica comparativamente com o que se passava há uma ou duas décadas atrás.

A carência de recursos e a gestão sub-ótima daqueles de que dispomos são outro obstáculo a ultrapassar. Nos tempos de crise que vivemos não é de esperar facilidades no financiamento ou noutros apoios à investigação, pelo que cabe a cada um de nós gerir da melhor forma aquilo que temos.

### Investigação clínica e investigação básica

Não consigo dissociar completamente a investigação básica da investigação clínica em Medicina. Bem pelo contrário, considero que devem existir pontes entre ambas de modo que os conhecimentos obtidos de um lado possam ser transpostos para o outro, potenciando o conhecimento. A investigação em Medicina começa e acaba no doente. Quero com isto dizer que a dúvida, a questão científica, emerge da prática clínica, da observação do(s) doente(s) e da necessidade de responder a problemas concretos. Depois, o processo como se obtêm as respostas para essas questões - a investigação científica propriamente dita - pode revestir-se de diversas formas que vão desde a observação de grupos de doentes, à intervenção em doentes ou em modelos animais ou pode-se descer a um nível mais elementar e ter um modelo mais simples, com muito menos variáveis. À medida que o objecto da investigação deixa de ser o doente e passa a ser um modelo elementar (celular ou molecular), falamos de investigação básica ou básica aplicada, mas são ambas faces da mesma moeda.



Quer a investigação clínica, quer a básica têm as suas especificidade e podem envolver disciplinas científicas diferentes, mas a interligação entre ambas gera conhecimento que se poderá traduzir em melhores cuidados de Saúde e significar mudanças reais na qualidade de vida do doente. Os resultados da investigação (básica e clínica) irão em última análise reverter em prol do indivíduo e da sociedade.

### **Projectos de investigação clínica em Reumatologia**

Começaria por destacar esse projecto de grande dimensão que é o estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal, o EpiReumaPt. É essencial conhecermos o panorama destas doenças no nosso país, a sua prevalência, distribuição, o impacto sobre a qualidade de vida, a capacidade funcional, a capacidade laboral dos doentes e a utilização de cuidados de saúde relacionada com estas patologias. Este projecto pode contribuir de forma decisiva para uma boa gestão dos recursos na área das doenças reumáticas.

Um outro projecto fundamental para a afirmação da qualidade da Reumatologia são os registos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. A Reuma.pt, que começou por ser “apenas” o registo de doentes com artrite reumatóide sob terapêuticas biológicas (BioRePortAR), é hoje uma plataforma que permite registar de forma sistematizada e uniforme a evolução de diversas doenças reumáticas, para além da monitorização da eficácia e da segurança dos agentes biológicos. Desde a sua implementação em 2008, este registo conta hoje com mais de 4800 doentes e mais de 30 mil consultas. Trata-se de um instrumento que, associado ao banco de amostras biológicas do Instituto de Medicina Molecular (IMM) da Faculdade de Medicina de Lisboa, representa um enorme potencial para a investigação clínica. Estão em curso diversos trabalhos na área da artrite reumatóide e das espondilartrites, que têm por base a análise de informação da Reuma.pt e cujos resultados já foram divulgados ou encontram-se em fase de publicação.

A participação em registos internacionais tais como a Meteor, CERERRA ou RESPONDIA tem resultado em diversos trabalhos de investigação que permitiram confrontar a realidade nacional com a de outros países.

O estudo da vertente genética das doenças reumáticas inflamatórias (artrite reumatóide, lúpus, espondilartrites) foi uma área que teve forte desenvolvimento nos últimos anos, fruto de colaborações nacionais e internacionais.

O estudo do osso e da inflamação é outra das áreas promissoras em que os reumatologistas têm apostado. Felizmente são muitos os projectos de investigação clínica em curso,

sendo impossível nomeá-los todos. Não queria contudo deixar de mencionar o papel dinamizador da Unidade de Investigação em Reumatologia do IMM na interacção entre médicos e investigadores de outras áreas e o contributo que tem desempenhado para a investigação translacional e para a internacionalização da reumatologia nacional.

### **Benefícios a médio e longo prazo da investigação clínica**

O benefício último da investigação clínica traduzir-se-á em novas estratégias e atitudes terapêuticas em prol do doente e em benefícios não apenas individuais, mas para a sociedade em geral. Embora isto signifique um objectivo eventualmente distante, é hoje largamente reconhecido que a integração da investigação clínica na prática médica resulta numa melhor *performance* assistencial. Resolver problemas clínicos é o essencial da Medicina. Resolver problemas de forma sistematizada e controlada é o essencial da ciência. Adoptar e integrar a metodologia científica na prática clínica significa melhorar a qualidade e rigor dessa mesma prática. Por outro lado, a investigação exige uma actualização constante que necessariamente se reflecte num maior conhecimento específico e geral.

Embora o SNS não encare de forma universal a investigação clínica como uma componente inerente ao trabalho médico, houve nos últimos anos alguns indícios de mudança de que são exemplo a criação do estatuto do interno doutorando, que veio compatibilizar a frequência do internato médico com programas que conduzem à obtenção de graus académicos e visa preparar uma nova geração de médicos altamente qualificados cientificamente.

### **O futuro**

Estão em curso projectos muito relevantes para a reumatologia portuguesa. A sua implementação e conclusão conduzirá a maiores conhecimentos na área da epidemiologia, da clínica, do prognóstico e tratamento das doenças reumáticas.

Atravessamos actualmente uma época de grandes dificuldades económicas que poderá dificultar o bom termo de alguns projectos, mas se conseguirmos manter a dinâmica e unidade que caracterizaram a Reumatologia nos últimos anos, iremos continuar neste caminho de progresso e de aproximação ao nível científico de outros países europeus. O grande número de jovens reumatologistas que abraçaram a investigação clínica é o melhor garante de um futuro com qualidade e também uma segurança de que o desenvolvimento científico da Reumatologia ficará assegurado nos anos que se seguem. ■

(...) a dúvida, a questão científica, emerge da prática clínica, da observação do(s) doente(s) e da necessidade de responder a problemas concretos



## Teatro

### Onde estavas quando criei o Mundo?

Teatro Nacional D. Maria II, Lisboa | Em cena até 13 de Maio

O monólogo de Artur Ribeiro, com encenação de João Mota e interpretação de Manuela Couto, aborda temáticas como a eutanásia, a religião e a maternidade, através de uma profundidade estranhamente acessível.

Uma mulher de meia-idade encontra-se em tribunal, tentando explicar o hediondo acto de filicídio. Com o decorrer da peça percebe-se que o crime terá sido um gesto de compaixão, devido ao sofrimento do filho numa sociedade onde a eutanásia não é aceite pela lei nem pelo povo. O público tem um papel fundamental na peça, porque é colocado quer no desígnio de juiz quer no de confessor. ■



## Exposições

### Locus Solus. Impressões de Raymond Roussel

Museu de Arte Contemporânea de Serralves, Porto | Até 01 de Julho

Em parceria com o Museu Nacional Centro de Arte Reina Sofia (Madrid), o Museu de Serralves apresenta em Portugal a primeira exposição sobre o poeta, dramaturgo e romancista francês Raymond Roussel (Paris, 1877 – Palermo, 1933) e a sua influência nas vanguardas artísticas europeias. São mais de trezentas peças, entre pinturas,

esculturas, fotografias e instalações de artistas emblemáticos, como Marcel Duchamp, Max Ernst, Salvador Dalí, Man Ray, Joseph Cornell ou Francisco Tropa.

A exposição é comissariada por Manuel Borja-Villel, João Fernandes e François Piron, contando com a participação especial do curador Guy Schranen. ■

## Livros

### Medicina, Literatura e Arte

Mário Viana de Queiroz e Hilton Seda

Edições Lidel

Ano de publicação: 2011

Depois da obra “Reumatologia, Literatura e Arte”, Mário Viana de Queiroz decidiu explorar a relação entre a Medicina em geral e várias expressões artísticas, lançando com o reumatologista brasileiro Hilton Seda (seu parceiro em outras caminhadas escritas) um livro que relata as diversas patobiografias de escritores, pintores, músicos e escultores famosos.

A obra divide-se em cinco partes e nelas estão incluídas dezenas de personalidades que conviveram com a doença, entre as quais de destacam Balzac, Hemingway, Miguel Torga, Voltaire, Salvador Dalí, Goya, Chopin, Mozart, Nostradamus, entre outros, num total de 130 artistas. ■



## Música

### Deolinda e Orquestra Metropolitana de Lisboa

Grande Auditório do CCB, Lisboa | 23 de Junho, às 21h

Será, sem dúvida, um concerto inédito o que juntará o grupo Deolinda e a Orquestra Metropolitana de Lisboa no mesmo palco, para lá de estilos, géneros e chavões. O ponto de partida para esta viagem “incerta” é a revisitação de “bairros imaginários, ambientes de lugares com alma, ecos que nos são familiares, impressões e tradições, ideias, algazarras”...

A única promessa é a de que será tocado e cantado, do princípio ao fim, na “primeira pessoa”. ■





Formação de anticorpos  
neutralizantes<sup>7</sup>

Perda de eficácia devido  
à formação de anticorpos  
neutralizantes<sup>8,9</sup>

Aumento de dose<sup>10</sup>



## SIGA ESTE CAMINHO:

- PARA NÍVEIS SÉRICOS CONSISTENTEMENTE DETETÁVEIS E RESPOSTAS CLÍNICAS SUSTENTADAS<sup>1-4</sup>
- PARA UM SUCESSO DURADOURO DO TRATAMENTO<sup>1-3</sup>
- PARA EFICÁCIA E SEGURANÇA A LONGO PRAZO<sup>4-6</sup>

Artrite Reumatóide  
Espondilite Anquilosante  
Artrite Psoriática



**Referências Bibliográficas:** 1. Virkki LM, Sumathikutty BC, Aarnio M, et al. Biological therapy for psoriatic arthritis in clinical practice: outcomes up to 2 years. *J Rheumatol.* 2010;37:2362-2368. 2. Saad AA, Ashcroft DM, Watson KD, et al, for the British Society of Rheumatology Biologics Register. Persistence with anti-tumour necrosis factor therapies in patients with psoriatic arthritis: observational study from the British Society of Rheumatology Biologics Register. *Arthritis Res Ther.* 2009;11:R52. 3. Saougou I, Markatsell TE, Papagoras C, et al. Sustained clinical response in psoriatic arthritis patients treated with anti-TNF agents: A 5-year open-label observational cohort study. *Semin Arthritis Rheum.* 2011;40:398-406. 4. Mease PJ, Kvitz AJ, Burch FX, et al. Continued inhibition of radiographic progression in patients with psoriatic arthritis following 2 years of treatment with etanercept. *J Rheumatol.* 2006;33:712-721. 5. Gladman DD, Bombardier C, Thorne C, et al. Effectiveness and safety of etanercept in patients with psoriatic arthritis in a Canadian clinical practice setting: The REPARÉ trial. *J Rheumatol.* 2011;38:1355-1362. 6. Sterry W, Ortonne J-P, Kirkham B, et al. Comparison of two etanercept regimens for treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: PRESTA randomised double blind multicentre trial. *BMJ.* 2010;340:c147. 7. de Bartelds GM, Krieckaert CLM, Nurmohamed MT, et al. *JAMA.* 2011;305:1460-1468. 8. de Vries MK, Wolbink GJ, Stapel SD, et al. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1252-1254. 9. de Vries MK, Brouwer E, van der Horst-Bruinsma IE, et al. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1787-1788. 10. Dora Pascual-Salcedo et al. Influence of immunogenicity on the efficacy of long-term treatment with infliximab in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2011;50:1445-1452 doi:10.1093/rheumatology/ker124 Advance Access publication 22 March 2011.



**COMPOSIÇÃO** 25 mg pó e solvente para solução injetável e 25 mg solução injetável em seringa pré cheia contêm 25 mg de etanercept. 25 mg/ml pó e solvente para solução injetável para uso pediátrico contêm 25 mg de etanercept, após reconstituição, a solução contém 25 mg/ml de etanercept e álcool benzílico 9 mg/ml como conservante. 50 mg solução injetável em seringa pré cheia e 50 mg solução injetável em caneta pré-chaia contêm 50 mg de etanercept. A actividade específica do etanercept é de 1,7 x 10<sup>6</sup> unidades/mg. **INDICAÇÕES** 25 mg pó e solvente para solução injetável, 25 mg solução injetável em seringa pré cheia, 50 mg solução injetável em seringa pré cheia e 50 mg solução injetável em caneta pré-chaia: Artrite Reumatóide Em associação com o metotrexato está indicado no tratamento da artrite reumatóide activa moderada a grave, em adultos, quando



a resposta a fármacos antirreumáticos modificadores da doença, incluindo o metotrexato (excepto se for contra-indicado), foi inadequada. Pode ser administrado em monoterapia em caso de intolerância ao metotrexato ou quando o tratamento continuado com metotrexato for inadequado. Está também indicado no tratamento da artrite reumatóide grave, activa e progressiva em adultos não tratados previamente com metotrexato. Isolado ou em associação com o metotrexato demonstrou atrasar a taxa de progressão das lesões das articulações, avaliadas por raio-X e melhorar a função física. **Artrite psoriática** Tratamento da artrite psoriática activa e progressiva em adultos quando a resposta ao tratamento prévio com fármacos antirreumáticos modificadores da doença foi inadequada. Demonstrou melhorar a função física em doentes com artrite psoriática e atrasar a taxa de progressão das lesões das articulações periféricas, avaliadas por raio-X, em doentes com sub tipos poliarticulares simétricos da doença. **Espondilite anquilosante** anquilosante Tratamento de adultos com espondilite anquilosante activa grave que tenham tido uma resposta inadequada à terapêutica convencional. **Psoríase em placas** Tratamento de adultos com psoríase em placas moderada a grave refractária ou com contra indicação ou intolerância a outras terapêuticas sistémicas incluindo a ciclosporina, o metotrexato ou psoraleno e raios ultravioleta-A (PUVA). **25 mg pó e solvente para solução injectável, 25 mg solução injectável em seringa pré cheia, 25 mg/ml pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico, 50 mg solução injectável em seringa pré cheia e 50 mg solução injectável em caneta pré-cheia: Psoríase em placas em pediatria** Tratamento da psoríase em placas grave crónica em crianças e adolescentes a partir dos 6 anos de idade que estão inadequadamente controladas, ou que são intolerantes, a outras terapêuticas sistémicas ou fototerapias. **25 mg pó e solvente para solução injectável, 25 mg/ml pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico e 25 mg solução injectável em seringa pré cheia: Artrite idiopática juvenil poliarticular** Tratamento da artrite idiopática juvenil poliarticular activa em crianças e adolescentes a partir dos 2 anos de idade que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância ao metotrexato. O Enbrel não foi estudado em crianças com menos de 2 anos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** O tratamento deve ser iniciado e acompanhado por médicos especialistas com experiência no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil, artrite psoriática, espondilite anquilosante, psoríase em placas ou psoríase em placas em pediatria. Os doentes tratados com Enbrel devem receber o Cartão de Alerta do Doente. Está disponível nas dosagens de 25 e 50 mg. **Artrite reumatóide** 25 mg duas vezes por semana, em alternativa, a administração de 50 mg uma vez por semana demonstrou ser segura e eficaz. **Artrite psoriática e espondilite anquilosante** 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana. **Psoríase em placas** 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana, em alternativa pode utilizar-se uma dose de 50 mg duas vezes por semana até 12 semanas, seguida de uma dose de 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana, se necessário. O tratamento deverá manter-se até ser alcançada a remissão, até 24 semanas. Para alguns doentes adultos poderá ser apropriada a continuação da terapêutica para além das 24 semanas. O tratamento deve ser interrompido nos doentes que não apresentem resposta após 12 semanas. Se estiver indicado reiniciar o tratamento, devem ser seguidas as mesmas recomendações relativamente à duração do tratamento. A dose deverá ser de 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana. **Populações especiais Compromisso renal e hepático e idosos (≥ 65 anos)** Não é necessário ajuste posológico. **População pediátrica População pediátrica Artrite idiopática juvenil poliarticular (idade ≥ 2 anos)** 0,4 mg/kg (até 25 mg por dose, no máximo) após reconstituição de Enbrel em 1 ml de solvente, administrados 2 vezes por semana, por injeção por via subcutânea, com um intervalo de 3-4 dias entre as doses. Deve ser considerada a descontinuação do tratamento nos doentes que não mostram resposta após 4 meses. Não foram realizados ensaios clínicos formais em crianças com 2 a 3 anos de idade. No entanto, dados de segurança limitados de registo de doentes, sugerem que o perfil de segurança em crianças de 2 a 3 anos de idade, com a dose semanal de 0,8 mg/kg por via subcutânea, é semelhante ao observado nos adultos e crianças com idade igual ou superior a 4 anos. Geralmente não é aplicável a sua utilização em crianças com idades inferior a 2 anos na indicação artrite idiopática juvenil poliarticular. **Psoríase em placas em pediatria (idade ≥ 6 anos)** 0,8 mg/kg (até 50 mg por dose, no máximo) uma vez por semana até 24 semanas. O tratamento deve ser interrompido nos doentes que não apresentem resposta após 12 semanas. Se estiver indicado reiniciar o tratamento, devem ser seguidas as recomendações anteriores relativamente à duração do tratamento. A dose deverá ser de 0,8 mg/kg (até 50 mg por dose, no máximo) uma vez por semana. Geralmente não é aplicável a utilização em crianças com idades inferior a 6 anos na indicação psoríase em placas. É administrado por injeção subcutânea. **CONTRA-INDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. Septicemia ou risco de septicemia. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com infeções activas, incluindo infeções crónicas ou localizadas. **25 mg/ml para uso pediátrico:** não deve ser administrado a bebés prematuros ou recém-nascidos uma vez que o solvente contém álcool benzílico. **EFECTOS INDESEJÁVEIS** Infeções (incluindo infeções do tracto respiratório superior, bronquite, cistite e infeções cutâneas), infeções graves (incluindo pneumonia, celulite, artrite séptica e septicemia), tuberculose, infeções oportunistas (incluindo infeções invasivas por fungos, protozoários, bactérias e micobactérias atípicas), cancro da pele não-melanoma, linfoma, melanoma, leucemia, carcinoma de células de Merkel, trombocitopenia, anemia, leucopenia, neutropenia, pancitopenia, anemia aplástica, reacções alérgicas, formação de auto-anticorpos, vasculite sistémica (incluindo vasculite positiva para anticorpos citoplásmicos anti-neutrofílicos), reacções alérgicas/anafiláticas graves (incluindo angioedema e broncospasmo), sarcoidose, síndrome de activação dos macrófagos, vasculite positiva para anticorpos citoplásmicos anti-neutrofílicos, convulsões, casos de desmielinização do SNC que sugerem esclerose múltipla ou desmielinização localizada tal como nevrite óptica e mielite transversal, acontecimentos desmielinizantes periféricos, incluindo síndrome de Guillain-Barré, polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica, polineuropatia desmielinizante, e neuropatia motora multifocal, uveíte, agravamento da insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar intersticial (incluindo pneumonite e fibrose pulmonar), enzimas hepáticas elevadas, hepatite auto-imune, prurido, angioedema, urticária, erupção cutânea, erupção de tipo psoriático, psoríase (incluindo novo aparecimento ou agravamento e pustular, principalmente palmar e plantar), vasculite cutânea

(incluindo vasculite leucocitoclástica), síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica, lúpus eritematoso cutâneo subagudo, lúpus eritematoso discóide, síndrome tipo lúpus, reacções no local de injeção (incluindo hemorragia, equimose, eritema, prurido, dor e edema), febre. **Em doentes pediátricos com psoríase em placas** Os acontecimentos adversos notificados foram semelhantes aos observados em estudos anteriores realizados em adultos com psoríase em placas e com artrite idiopática juvenil. Foram notificados casos, pós-comercialização de doença inflamatória do intestino em doentes com AIJ em tratamento com Enbrel, incluindo um número muito reduzido de casos indicativos do reaparecimento da reacção adversa após o recomeço da terapêutica.

## DATA DA REVISÃO 11/2011

Medicamento sujeito a receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.

Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da autorização de introdução no mercado.

Laboratórios Pfizer Lda.

Lagoas Park - Edifício 10 - 2740-271 Porto Salvo

NIPC 500 162 166 - CRC Cascais nº16.685

Capital Social: € 78.645.850,00



# SPR assinalou Dia Nacional do Doente com Artrite Reumatóide com sessão na Assembleia da República

**Sociedade Portuguesa de Reumatologia promoveu, a 5 de Abril, uma sessão informativa, na qual apresentou os seus dois projectos mais importantes no cenário actual: Reuma.Pt e Reuma Census 2011-2013**

Aproveitando a comemoração, a 5 de Abril, do Dia Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia promoveu no auditório novo da Assembleia da República uma sessão de 45 minutos dirigida à classe política, com o objectivo de a sensibilizar para o impacto e a prevalência das doenças reumáticas.

Logo no início da sessão, a presidente da Comissão Parlamentar de Saúde, Maria Antónia Almeida Santos, salientou a importância das novas alternativas terapêuticas para o tratamento de doenças incapacitantes, nas quais se integra a artrite reumatóide, frisando que os deputados e os decisores têm a responsabilidade de “colaborar para a felicidade das pessoas”.

**(...) não é frequente uma organização da sociedade civil (...) tomar a iniciativa de configurar um registo desta natureza, mostrando a sua total disponibilidade para a ofertar ao Estado**

A SPR apresentou, nesse âmbito, os seus dois projectos mais importantes actualmente: o Reuma.Pt e o Reuma Census 2011-2013. Em relação ao primeiro, Luís Maurício, presidente desta instituição, deixou claro que “não é frequente uma organização da sociedade civil, nomeadamente uma instituição de natureza científica como a SPR, tomar a iniciativa de configurar um registo desta natureza, mostrando a sua total disponibilidade para a ofertar ao Estado”, uma ideia consolidada por Augusto Faustino, coordenador da Comissão dos Registos Nacionais dos Doentes Reumáticos da SPR, que voltou a sublinhar o facto de as consultas certificadas não serem a forma mais correcta de monitorizar a prescrição das

terapêuticas biológicas e a importância, nesse contexto, do Reuma.pt como instrumento de verificação e regulação.

Na segunda parte da sessão, Jaime Branco, coordenador do Reuma Census 2011-2013, apresentou os resultados preliminares deste projecto na Grande Lisboa, tratados a partir de um estudo efectuado em indivíduos desta região, que representam pouco mais de mil inquiridos dos 10 mil envolvidos.

A iniciativa decorreu em paralelo com a exposição da unidade móvel do Reuma Census no jardim interior da Assembleia, onde os deputados puderam, durante dois dias, fazer um rastreio gratuito às doenças reumáticas. Esta unidade acompanha e apoia o projecto, permitindo que seja possível ao reumatologista requisitar e realizar, de acordo com a indicação clínica, exames complementares de diagnóstico.

## Artrite reumatóide: dados preliminares

O Dia Nacional do Doente com Artrite Reumatóide foi instituído, em 1999, pelo Ministério da Saúde, tendo em conta o elevado número de pessoas que, em Portugal, padecem da doença. Trata-se de uma patologia inflamatória crónica que atinge cerca de 50 mil portugueses, de acordo com dados preliminares do Reuma Census. Os resultados parciais serão apresentados no XVI Congresso Português de Reumatologia. Luís Maurício adiantou que esta prevalência da doença na população já era esperada - “julgaríamos estar à volta dos 0,4% e os estudos preliminares apontam para valores de 0,5%” -, sublinhando a necessidade de combater a incapacidade que a patologia provoca, através de um diagnóstico precoce, de um tratamento adequado e da cobertura nacional da Reumatologia.

Neste momento estão registados no Registo Nacional de Doentes Reumáticos (Reuma.Pt) mais de cinco mil doentes e mais de 30 mil consultas. Destes cinco mil doentes registados, mais de três mil estão diagnosticados com artrite reumatóide sendo que cerca de 800 se encontram a fazer tratamento com terapêuticas biológicas. ■







**Catarina Ambrósio**

Reumatologista do Centro  
Hospitalar do Baixo Vouga,  
Aveiro

O seu uso [dos Análogos da GnRH] deve, pois, ser considerado um factor de risco major para a ocorrência de osteoporose

## Osteoporose Iatrogénica Não Cortisónica

São vários os fármacos que podem interferir com o metabolismo ósseo condicionando uma diminuição da densidade mineral óssea (DMO), com ou sem repercussão sobre o risco de fractura.

Se o uso de corticosteróides é reconhecidamente associado a uma diminuição da DMO e aumento do risco de fracturas, outros medicamentos podem estar também envolvidos neste processo. No presente artigo apresenta-se uma revisão da literatura disponível sobre a evidência do efeito nefasto destes fármacos sobre o osso.

O GEODOM (Grupo de Estudo da Osteoporose e Doenças Ósseas Metabólicas da Sociedade Portuguesa de Reumatologia) encontra-se neste momento a preparar novas *guidelines* sobre osteoporose, onde este tema será igualmente focado.

### Análogos da GnRH

Estes fármacos são usados frequentemente no tratamento de neoplasias hormono-dependentes (próstata e mama) e em situações graves de endometriose, condicionando um estado de hipogonadismo iatrogénico. Vários estudos comprovam que o seu uso em homens com neoplasia prostática se relaciona com uma diminuição significativa dos valores de DMO, elevação dos marcadores de reabsorção óssea e elevação do risco de fractura aos cinco anos, sobreponível ao dos indivíduos sujeitos a orquidectomia. Também em mulheres com neoplasia da mama e/ou endometriose a sua utilização prolongada condiciona diminuição significativa dos valores de DMO.

O seu uso deve, pois, ser considerado um factor de risco *major* para a ocorrência de osteoporose.

### Inibidores da aromatase (IA)

Os inibidores da aromatase (exemestano, anastrozole e letrozole), usados como terapia coadjuvante nas neoplasias da mama em mulheres com receptores de estrogénio positivos, impedem a acção desta enzima na

conversão de androgénios em estrogéneos reduzindo os níveis circulantes destes últimos e, consequentemente, causando um efeito deletério sobre a massa óssea.

Estudos comparativos destes fármacos com o tamoxifeno revelaram uma incidência superior de fracturas, com significância estatística, não havendo no entanto dados sobre a possível recuperação da massa óssea após o final do tratamento.

Um estudo demonstrou eficácia do ácido zoledrónico na prevenção da perda de massa óssea induzida pelos IA.

O uso dos IA deve, pois, ser considerado com um factor de risco *minor* para a presença de osteoporose.

### Heparina

A heparina é um co-factor de estimulação osteoclástica, acreditando-se que se possa associar a um aumento do risco de osteoporose. Vários *case reports* e pequenas séries em grávidas sob heparina mostraram diminuição significativa da DMO com recuperação de valores no pós-parto. Um estudo observacional comparativo entre a heparina de baixo peso molecular *versus* heparina clássica não mostrou diferenças entre os dois grupos de heparinas. O seu uso crónico deve ser considerado um factor de risco *minor* para a presença de osteoporose.

Suplementos de cálcio, vitamina D e fármacos anti-reabsortivos podem ser usados, embora sem evidência clínica robusta, nos casos de terapêutica crónica.

### Tiazolidinedionas

As tiazolidinedionas, usadas como antidiabéticos orais, são responsáveis por um aumento da adiposidade da medula óssea, com redução da actividade osteoblástica e, paralelamente, redução da actividade da aromatase, alterando a produção de estrogénio e aumentando a reabsorção óssea. A nível laboratorial, verifica-se ainda uma redução dos marcadores de formação óssea (fosfatase



alcalina e paratormona - PTH). O seu uso prolongado (superior a 12 meses) provou estar associado a um aumento do risco de fracturas em mulheres com *diabetes mellitus* tipo 2, especialmente nos membros inferiores e em localizações pouco habituais, mas não em homens.

Recomenda-se, pois, que não se inicie uma terapêutica com tiazolidinediona em mulheres com outros factores de risco fracturário.

### Terapêutica crónica com inibidores da bomba de protões

O uso de inibidores da bomba de protões tem sido apontado como uma das causas de osteoporose iatrogénica, devido à diminuição de absorção do cálcio da dieta, pela redução da acidez gástrica induzida por estes fármacos. Uma meta-análise recente revelou um aumento discreto do risco de fractura nos usuários de inibidores da bomba de protões, mas só na presença de um outro factor de risco para osteoporose. Sugere-se, pois, precaução no uso destes fármacos, devendo ser usados quando estritamente necessários, na menor dose possível e com vigilância clínica de outros factores de risco. Perante a necessidade da sua utilização, e na presença de outros factores de risco, sugere-se suplementação com cálcio e vitamina D.

### Levotiroxina

A nível terapêutico, a levotiroxina é usada para conduzir à supressão, parcial ou total, da hormona tireoideestimulante (TSH). Em doses parciais, como forma de reposição, não mostrou influência no metabolismo ósseo; no entanto, em doses supressoras, como as usadas nas neoplasias papilares e foliculares da tiróide, em mulheres pós-menopáusicas, verificou-se uma associação com a perda de massa óssea de 0,91%/ano. Não estão disponíveis dados em relação à incidência de fracturas.

### Antiretrovirais

A prevalência de osteoporose é superior em doentes com vírus da imunodeficiência

humana (VIH) comparativamente aos grupos controlo VIH negativos. A etiopatogenia desta situação parece ser multifactorial, relacionada com factores de risco tradicionais [tabaco, álcool, baixo índice de massa corporal (IMC)], frequentemente presentes nestes doentes, elevação de citocinas inflamatórias como o TNF $\alpha$  e IL-6 nos casos crónicos de doença e mesmo, segundo indicam estudos recentes, com a terapêutica antiretroviral.

Estudos experimentais demonstraram que os inibidores análogos nucleosídeos da transcriptase reversa e os inibidores das proteases interferem com o ambiente ósseo. No caso particular dos inibidores das proteases, eles bloqueiam a sinalização do RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand), reduzindo a actividade do calcitriol e inibindo a diferenciação osteoblástica. Apesar da escassez de estudos de qualidade disponíveis na literatura, salienta-se um artigo de revisão onde se demonstrou haver uma diferença superior a 3% na DMO no colo do fémur de mulheres HIV-positivas sob anti-retrovirais (ART) sem diferenças na DMO da coluna lombar, sendo que outros estudos mostraram que o tipo de terapêutica não parece determinar a diferença na prevalência de osteoporose.

Assim, sugere-se rastreio com DEXA das mulheres HIV positivas e pós-menopáusicas e nos homens HIV positivos com > 50 anos. Todos eles devem realizar doseamento da vitamina D e DEXA antes de tratamento com ART e vigilância do fósforo e função renal nos primeiros dois anos de tenofovir. O tratamento deve ser instituído se  $T\text{-score} < -2,5$ .

### Anticonvulsivantes

O risco de fractura em doentes com epilepsia é 2-6 vezes superior que na população geral sendo que 35% das fracturas surgem durante uma crise convulsiva.

A fenitoina, o fenobarbital e a carbamazepina têm um efeito directo no osso, através da sua acção sobre o CYT P450 condicionando aumento do catabolismo da vitamina D,

---

O uso de inibidores da bomba de protões tem sido apontado como uma das causas de osteoporose iatrogénica, devido à diminuição de absorção do cálcio da dieta

---

---

## O risco de fractura em doentes com epilepsia é 2-6 vezes superior que na população geral sendo que 35% das fracturas surgem durante uma crise convulsiva

---

com diminuição da absorção de cálcio e hiperparatiroidismo secundário. Por outro lado, eles inibem a secreção de calcitonina e conduzem a uma resistência à PTH.

Na literatura encontramos vários estudos mostrando que o uso de terapêutica anticonvulsivante em politerapia aumenta o risco de fractura quando comparada com monoterapia, sendo o risco mais elevado com fenitoina e especialmente em doentes com mais de 12 anos de terapêutica. No entanto, os estudos não mostram diferenças entre fármacos indutores e não indutores do CYT P450. Uma metanálise recente revelou decréscimo na DMO da coluna lombar de -0,38% e -0,56% na anca, redução aparentemente baixa para justificar a elevada diferença no risco de fracturas.

Perante esta situação, e embora não haja consenso na prevenção da perda de massa óssea nos doentes sob anticonvulsivantes, sugere-se suplementação com cálcio e vitamina D bem como controlo das crises convulsivas.

### Diuréticos da ansa

Os diuréticos da ansa podem afectar os valores de massa óssea pela acção a nível renal, com o aumento da excreção de cálcio e alterando o ritmo diurno de secreção da PTH. Um estudo em mulheres pós-menopáusicas revelou que o seu uso, por mais de cinco anos consecutivos, aumenta o risco de qualquer fractura e também da anca isoladamente. No entanto, os resultados contraditórios da Women's Health Initiative Observational Study levam-nos a afirmar que são necessários mais estudos para avaliar o efeito nocivo destes fármacos sobre o metabolismo ósseo.

### Metotrexato

O metotrexato é um antimetabolito que actua por inibição competitiva da dihidrofolato reductase, uma enzima que reduz o ciclo dihidrofólico a tetrahidrofólico no processo de síntese do DNA e replicação celular, bem como inibindo a síntese de anticorpos. É frequentemente usado no âmbito da reumatologia, como fármaco modificador da actividade da doença, em doses baixas de 5-25 mg/semana e no tratamento de neoplasias, como agente quimioterápico em doses mais elevadas (100-1000mg/m<sup>2</sup>).

O seu efeito sobre o osso parece ser dose-dependente sendo que, em doses baixas, não mostrou alteração nos valores de DMO,

mas, em doses elevadas, como as usadas no tratamento de neoplasias, provou um aumento de risco fracturário e dores ósseas.

### Inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS)

O efeito dos ISRS sobre a densidade mineral óssea não está ainda comprovado. Em relação ao risco de fracturas, um estudo *case-control* revelou efectivamente um aumento deste nos primeiros seis meses de tratamento com antidepressivos tricíclicos e inibidores selectivos da recaptação da serotonina, sendo mais acentuada nestes últimos (HR 2,1 95% CI 1,3-3,4), dose-dependente. No entanto, verificou-se uma preferência da prescrição pelos ISRS em doentes idosos, pelos acentuados efeitos anticolinérgicos dos tricíclicos. Assim, o efeito real dos ISRS está ainda por documentar, especialmente pelo facto de, neste grupo particular de doentes idosos, coexistirem outros factores de risco fracturário.

### Tamoxifeno

O tamoxifeno, frequentemente usado como terapêutica coadjuvante no tratamento de neoplasias da mama, exerce sobre o osso um efeito paradoxal e dependente dos níveis de estrogénio da população-alvo. Assim, e apesar da sua actuação como agonista parcial do estrogénio, ele condiciona nas mulheres pré-menopáusicas um efeito deletério sobre a DMO, presumivelmente devido ao efeito mais fraco sobre o osso do que o observado com os estrogénios endógenos. Num estudo controlado *versus* placebo, a perda média aos três anos da DMO da coluna lombar em mulheres pré-menopáusicas sob tamoxifeno foi de 1.4% comparativamente a um ganho de 0.2% /ano das mulheres sob placebo ( $p < 0.001$ ).

Nas mulheres pós-menopáusicas o tamoxifeno apresenta um efeito contrário, com um aumento de DMO de 1.2% na coluna lombar ( $p < 0.005$ ) e 1.7% na anca ( $p < 0.001$ ) comparativamente ao grupo placebo.

Em face destes dados, torna-se cada vez mais importante uma recolha cuidada da história medicamentosa dos doentes já que, embora muitos destes fármacos não estejam ainda considerados como factores de risco nas *guidelines* disponíveis, nem integrados na avaliação de risco fracturário com a ferramenta FRAX, eles podem ser causa de osteoporose iatrogénica e de aumento do

Tabela 1

	Diminuição da DMO	Aumento do risco de fractura
Análogos da GnRH	+	+
Inibidores da aromatase	+	+
Heparina	+	nd
Tiazolidinedionas	nd	+ *
Inibidores da bomba de protões	nd	+/- #
Levotiroxina	+ §	nd
Antiretrovirais	+/-	nd
Anticonvulsivantes	+/-	+
Diuréticos da ansa	nd	+
Metotrexato	nd	+ <sup>u</sup>
Inibidores selectivos da recaptação da serotonina	nd	+/-
Tamoxifeno	+ ♦	nd

nd – dados não disponíveis

\* Especialmente nos membros inferiores e em localizações pouco habituais

# Só na presença de um outro factor de risco para osteoporose

§ Em doses supressoras em mulheres pós-menopáusicas

□ Em doses elevadas

♦ Em mulheres pré-menopáusicas

risco fracturário. Nalguns casos, como já foi referido, são necessários mais estudos para que se estabeleça uma efectiva correlação entre o aumento do risco de fractura e uma perda de massa óssea. ■

#### Referências Bibliográficas

- Kanis JA et al European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women ESCEO 2008
- Van Staa, TP, Leufkens HG, Cooper C: The epidemiology of corticosteroid-induced osteoporosis: a meta-analysis. Osteoporosis Int 2002; 13:777-787.
- Geddes DM: Inhaled corticosteroids: benefits and risks. Thorax 1992; 47:404-407.
- Shahinian et al, Bone loss following hypogonadism in men with prostate cancer treated with GnRH analogs. / Clin Endocrinol Metab 2002; 87:3656-3661.
- Mittan et al Shahinian VB, Kuo YE, Ereman JL, Goodwin JS: Risk of fracture after androgen deprivation for prostate cancer. N Engl J Med 2005; 152:154-164.
- Eernandez H et al.: One year comparison between two add-back therapies in patients treated with a GnRH agonist for symptomatic endometriosis: a randomized double blind trial. Human Reprod 2004; 19:1465-1471.
- Howell A, Cuzick J, Baum M, et al.; the ATAC Trialists Group: Results of the ATAC (Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination) trial after completion of 5 years' adjuvant treatment for breast cancer. Lancet 2005; 365:60-62
- Brufsky A, Harker WG, Beck JT, et al.: Zoledronic acid inhibits adjuvant letrozole-induced bone loss in postmenopausal women with early breast cancer. / Clin Oncol 2007; 25:829-836.
- Rajgopal R, Bear M, Butcher MK, Shaughnessy SG: The effects of heparin and low molecular weight heparins on bone. Thromb Res 2007
- Yoon K, Loke MBBS MD, Sonal Singh MD MPH, Curt D, Furberg MD PhD. Long term use of thiazolidinediones and fractures in type 2 diabetes: a meta-analysis; 2009 180(1): 32-39
- National Institute for health and Clinical Excellence. GC66 diabetes – type 2 up-date: NICE guidelines. London (UK): The Institute; 2008. Available: www.nice.org.uk/Guidance/CG66/NiceGuidance/pdf/English (accessed 2008 Jul 13)
- Corley et al. Gastroenterology. 2010 Jul;139(1):93-101. Epub 2010 Mar 27. Proton pump inhibitors and histamine-2 receptor antagonists are associated with hip fractures among at-risk patients.
- Yu Elaine W, Bauer S. R., Bain P, Bauer DC. Proton pump inhibitors and risk of fractures: a Meta-analysis of 11 international studies. 2011; The Am J Med, vol 124(6): 519-526
- Greenspan SL, Greenspan FS: The effect of thyroid hormone on skeletal integrity. Ann Intern Med 1999;130:750-758.
- Bauer DC, Nevitt MC, Ettinger B, Stone K: Low thyrotropin levels are not associated with bone loss in older women: a prospective study. / Clin Endocrinol Metab 1997;82:2931-2936.
- Bone mineral density in HIV-infected women taking antiretroviral therapy: a systematic review. Arq Bras Endocrinol Metab. 2010;54/2 133-142
- McComsey GA, Tebas P, Shane E, Yin MT, Overton ET, Huang JS, Aldrovandi GM, Cardoso SW, Santana JL, Brown TT. Bone disease in HIV infection: a practical review and recommendations for HIV care providers. Clin Infect Dis. 2010 Oct 15;51(8):937-46.
- Javier RM, Rey D. Os, infection par le VIH et antirétroviraux. Revue du rhumatisme monographies, 2011; 78:101-106
- Vestergaard P: Epilepsy, osteoporosis and fracture risk—a meta-analysis. Acta Neurol Scand 2005;112:277-286.
- Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L: Fracture risk associated with use of antiepileptic drugs. Epilepsia 2004;45:1330-1337.
- Rejnmark L, Vestergaard P, Mosekilde L: Fracture risk in patients treated with loop diuretics. / Inter Med 2006; 259:117-124.
- Carbone LD, Johnson KC, Bush AJ, et al Loop diuretic use and fracture in postmenopausal women: findings from the Women's Health Initiative. Arch Intern Med 2009; 169:132
- Minaur NJ, Kounali D, Veda S, et al.: Methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. II. In vivo effects on bone mineral density. Rheumatology 2002; 41:741-749.
- Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD, et al.: Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. Arch Intern Med 2007; 167:188-194.
- Powles TJ, Hickish T, Kanis JA et al.: Effect of tamoxifen on bone mineral density measured by dual-energy x-ray absorptiometry in healthy premenopausal and postmenopausal women. J Clin Oncol 1996;14:78-84

(...) torna-se cada vez mais importante uma recolha cuidada da história medicamentosa dos doentes já que muitos destes fármacos (...) podem ser causa de osteoporose iatrogénica e de aumento do risco fracturário



# RESULTADOS POSITIVOS



# RESULTADOS POSITIVOS



**MabThera®: mais eficaz que um 2º anti-TNF\*\*  
após resposta inadequada ao 1º anti-TNF<sup>3,4</sup>  
e mais eficaz na AR seropositiva<sup>1,2</sup>**

**MabThera 100 mg ou 500 mg concentrado para solução para perfusão.** Frasco para injectáveis para administração única com 10mg/ml de rituximab. Excipientes: citrato de sódio, polissorbato 80, cloreto de sódio, hidróxido de sódio, ácido clorídrico, água para preparações injectáveis. **Indicação terapêutica:** MabThera em associação com o metotrexato é indicado no tratamento dos doentes adultos com artrite reumatóide activa, grave, que tiveram resposta inadequada ou foram intolerantes a outros fármacos anti-reumáticos modificadores da doença, incluindo uma ou mais terapêuticas inibidoras do factor de necrose tumoral. MabThera demonstrou reduzir a taxa de progressão das lesões articulares medida por raios x e melhorar a função física, quando administrado em associação com o metotrexato. **Posologia:** 1000 mg por perfusão intravenosa (IV), seguida de uma 2ª de 1000 mg, 2 semanas depois (um ciclo). A necessidade de ciclos adicionais deve ser avaliada 24 semanas após o ciclo anterior. O re-tratamento deve ser realizado nessa altura se a actividade residual da doença permanecer. De outro modo, o re-tratamento deve ser adiado até que a actividade da doença regresse. Deve ser dado aos doentes tratados com MabThera o cartão de alerta do doente em cada perfusão. A segurança e eficácia de MabThera em crianças ainda não foram estabelecidas. Para informação sobre a velocidade de perfusão e outras populações especiais, consultar o RCM. **Administração:** A solução preparada de MabThera 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 de MabThera, administrar um antipirético, um anti-histamínico e 100 mg de metilprednisolona por via IV (30 minutos antes da perfusão de MabThera), 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, broncospasmos 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. MabThera está associado a reacções relacionadas com a perfusão (RRP), que poderão estar relacionadas com a libertação de citocinas e/ou outros mediadores químicos. Foram notificadas RRP graves com desenlace fatal. Devem estar disponíveis, para utilização imediata, os medicamentos necessários ao tratamento destas reacções. A presença de anticorpos anti-químéricos humanos pode estar associada ao agravamento das reacções alérgicas ou à perfusão, após a 2ª perfusão em ciclos de tratamento subsequentes. Monitorizar os doentes com cardiopatias e os que desenvolveram anteriormente reacções adversas cardiopulmonares. 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. Deve ser sempre realizado o rastreio do VHB nos doentes em risco de infecção pelo VHB antes do tratamento com MabThera. Monitorizar cuidadosamente os doentes portadores de hepatite B e com história de hepatite B durante e por vários meses após a terapêutica com MabThera. 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, afrontamentos, hipotensão, rinite, arrepios, taquicardia, fadiga, dor orofaríngea, edema periférico, eritema, edema generalizado, broncoespasmo, sibilos, edema da laringe, edema angioneurótico, prurido generalizado, anafilaxia, reacção anafilactóide) incluindo casos graves com desenlace fatal, cefaleia, bronquite, sinusite, gastroenterite, tinea do pé, hipercolesterolemia, parestesia, enxaqueca, tonturas, ciática, alopecia, depressão, ansiedade, dispepsia, diarreia, refluxo gastroesofágico, ulceração da boca, dor abdominal superior, artralgia, dor musculoesquelética, osteoartrite, bursite, LMP, reactivação da hepatite B e reacção tipo doença do soro, angina de peito, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio e flutter auricular. **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. Dezembro 2011**

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 Citrilinado positivo; RI: Resposta Inadequada; MTX = Metotrexato.

Roche Farmacêutica Química, Lda.,  
Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora  
Tel.: +351 21 425 70 00 Fax: +351 21 418 66 77  
Cons. Reg. Com. Amadora nº 6444, Cap. Social 1.090.000,00 €, Cont. nº 500 233 810



**MABTHERA®**  
RITUXIMAB

RESULTADOS POSITIVOS NA AR\* SEROPOSITIVA<sup>1,2</sup>



## À conversa com... Georgina Terroso

É interna do 4.º ano de Reumatologia no Hospital de São João no Porto, mas está, actualmente, a fazer um estágio em Paris, no Hospital Lariboisière. Como para tantos outros “médicos escritores”, a prática clínica é para Georgina Terroso uma inspiração para escrever...

**T**em 29 anos. A literatura é um sonho de infância ou nasceu por acaso?

Tive a sorte de crescer numa casa cheia de livros. Desde muito cedo, a leitura fez parte dos meus hábitos. Escrever surgiu naturalmente, como extensão desse prazer e como forma de expressão de alguma inquietude interior.

**Como evoluiu essa paixão até chegar à idade adulta?**

Comecei a escrever pequenos contos e outros textos ainda pequena. Na adolescência e início da idade adulta, houve outras prioridades e interferências.





**Juntamente com outros sete escritores, fui seleccionada para integrar a edição da colectânea dos Jovens Criadores 2009**

A busca da identidade é um processo longo e escrever é um acto intimista. A idade adulta aporta (assim o espero) a maturidade necessária para assumir com mais tolerância o que é nosso.

#### **Como define a sua escrita?**

Os textos que escrevo versam sobretudo sobre o quotidiano, real ou metafórico, de uma forma ligeira, espero que escapando ao simplista ou banal. Têm por vezes um traço melancólico e humorístico, que eu acho que não tenho no dia-a-dia.

#### **Por que razão decidiu candidatar-se ao prémio Jovens Criadores 2009?**

Foi a primeira vez que participei num concurso e aconteceu por acaso: encontrei um panfleto a anunciá-lo (organizado pelo Clube Português de Artes e Ideias) e resolvi enviar uma colectânea de textos que faziam parte do meu blogue recém-criado (Diário da

Montanha). Na altura, não tinha exactamente a noção da importância e relevo do concurso.

#### **Como se chama o conto com o qual venceu o prémio Jovens Criadores 2009?**

Juntamente com outros sete escritores, fui seleccionada para integrar a edição da colectânea dos Jovens Criadores 2009.

Justamente pela sua origem, o conjunto de textos chamou-se "Diário da Montanha". Sempre fui muito ligada à Natureza e, por outro lado, fui inspirada por obras como *A Montanha Mágica*, de Thomas Mann, *Contos da Montanha* e *Novos Contos da Montanha*, de Miguel Torga.

#### **Esse prémio abriu-lhe portas?**

Na altura surgiram convites para uma edição partilhada com um ilustrador, mas outros compromissos e prioridades não permitiram que acontecesse.

#### **Tem mais contos ou livros publicados?**

Por enquanto não.

#### **Tenciona fazê-lo?**

Sim, quem sabe.

**Os textos que escrevo versam sobretudo sobre o quotidiano, real ou metafórico, de uma forma ligeira**

#### **Se o seu gosto pelas letras é tão grande, por que decidiu seguir a carreira médica?**

Não acho que sejam carreiras divergentes. De Bulgakov a Tchekov, Somerset Maugham,



Lobo Antunes ou Torga, citando alguns de quem gosto particularmente, sempre houve médicos que se distinguiram na área literária.

**A Reumatologia também tem uma vertente artística?**

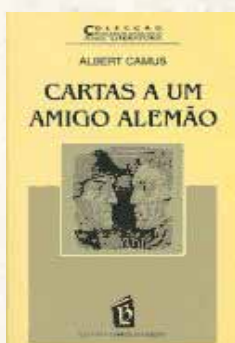
Pela relação próxima com o ser humano em sofrimento, a área médica deve estar associada

**(...) a prática clínica é um observatório rico da humanidade e suas virtudes, fraquezas e naturais imperfeições**

a uma maior sensibilidade. Essa sensibilidade pode transbordar como expressão artística e criativa: na literatura, pintura, música e outras artes.

Por outro lado, a prática clínica é um observatório rico da humanidade e suas virtudes, fraquezas e naturais imperfeições. Para mim, é uma grande fonte de inspiração. ■

## Em poucas palavras



**Que livros tem na mesa de cabeceira?**

*Cartas a um Amigo Alemão*, de Albert Camus; o manual de Reumatologia do COFER (*Collège Français des Enseignants en Rhumatologie*); *Os Detectives Selvagens*, de Roberto Bolaño, que trouxe inacabado de Portugal.

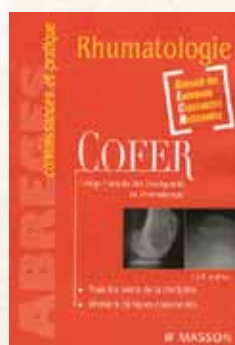


**Se pudesse ter sido autora de um clássico, qual escolheria?**

*A Montanha Mágica*.

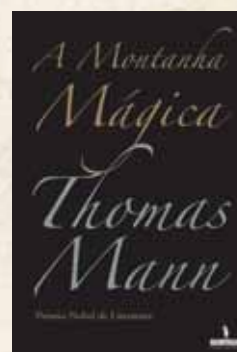
**Prefere prosa ou poesia?**

Gosto de ambos.



**Que escritores marcaram a sua obra?**

Carlos Drummond de Andrade, Adília Lopes, Ruy Belo, Clarice Lispector, Maria Gabriela Llansol, Gogol, Dostoiévsky, entre outros.



**Em que momento do dia gosta mais de ler?**

Quando há silêncio.

**E de escrever?**

À tarde ou à noite.

**Escreve por impulso ou à hora marcada?**

Mais por impulso.

**Qual é o seu género literário preferido?**

Não tenho.

**Tem alguma máxima de um escritor que utilize no seu dia-a-dia?**

"Only dull people are brilliant at breakfast", de Oscar Wilde.





(pausa)

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

em breve os seus doentes  
*vão sentir que valeu a pena*

## Eventos nacionais

### XIII Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica

Presidência: J. A. Melo Gomes e Maria Odete Hilário

Local: Hotel Olissipo Oriente, Lisboa

Data: 17 e 18 de Maio de 2012

Mais informações: [www.spreumatologia.pt](http://www.spreumatologia.pt)



## Eventos internacionais

### 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](http://www.ser.es)



### 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](http://www.spreumatologia.pt)



### 39<sup>th</sup> 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](http://www.ectsoc.org)



### Curso Intermédio de Ecografia Músculo-Esquelética

Organização: Escola de Ecografia da SPR (ESPER)

Local: Lisboa (local a anunciar)

Data: 14 a 16 de Setembro de 2012

Mais informações: [www.spreumatologia.pt](http://www.spreumatologia.pt)



### 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](http://www.eular.org)





# 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-X<sup>2</sup>

Tudo em



**INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM** Nome do medicamento e forma farmacêutica Simponi 50 mg solução injectável numa caneta pré cheia ou numa seringa pré-cheia. **Composição qualitativa e quantitativa** 1 caneta pré cheia ou seringa pré-cheia de 0,5 ml contém 50 mg de golimumab. Cada caneta pré cheia ou seringa pré-cheia contém 20,5 mg de sorbitol por dose de 50 mg. **Indicações terapêuticas** Artrite reumatoide (AR) moderada a grave em adultos com resposta inadequada a DMARDs, incluindo metotrexato (MTX) e AR ativa 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 infeção grave como sepsis e infeções oportunistas. Falência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA). **Advertências e precauções especiais de utilização** Infeções bacterianas (incluindo sepsis e pneumonia), micobacterianas (incluindo TB), fúngicas invasivas e infeções oportunistas (tuberculose, reativação do vírus da hepatite B). Tuberculose [antes de iniciar o tratamento com Simponi, todos os doentes devem efetuar um rastreio de tuberculose, tanto activa como inativa ("latente")]. Recomenda-se que a realização destes testes seja registada no Cartão de Alerta do Doente. Reativação 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. Reações hematológicas. Administração concomitante de antagonistas do TNF e anacina. Administração concomitante de antagonistas do TNF e abatacept. Mudança entre DMARDs biológicos. Vacinações. Reações 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 interação** Não foram realizados estudos de interação. Não é recomendada a associação de Simponi e anacina ou abatacept. Não devem ser administradas vacinas vivas concomitantemente com Simponi. Embora a utilização concomitante de MTX resulte no aumento da concentração sérica de Simponi no estado estacionário em doentes com AR, AP e EA, os dados não sugerem a necessidade de ajustes posológicos tanto para Simponi como para o MTX. **Efeitos indesejáveis** Muito frequentes: Infeção do trato respiratório superior (rinofaringite, faringite, laringite e rinite) frequentes Infeções bacterianas (ex: celulite), infeções virais (ex: influenza e herpes), bronquite, sinusite, infeções fúngicas superficiais, anemia, reações 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, reação 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** Janssen Biologics B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Países Baixos **Data de Revisão do texto** 02/2012 **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. Seringa pré-cheia: Medicamento não participado. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o seu representante, Schering-Plough Farma Lda.**

1. Beck et al. Nature Reviews Immunology 2010; 10:345-52. 2. Resumo das Características do Medicamento Simponi. Fev 2012.

Merck Sharp & Dohme, Lda Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos | NIPC 500 191 360

1 x mês  
**Simponi**<sup>®</sup>  
golimumab

**Participado a 100%**  
**Despacho 18419/2010**



Fonte Benémola

## O “outro” Algarve

Mesmo em pleno coração do Algarve, Vilamoura é uma referência internacional, conhecida pelas suas vilas residenciais sofisticadas, pela marina com 825 postos de amarração ou pelos campos de golfe, desde o emblemático “The Old Course” ao mais recente “Victoria”, desenhado por Arnold Palmer.

Contudo, Vilamoura e as áreas circundantes têm muito mais para oferecer. E são essas que

merecem destaque. Aproveite os cinco dias no XVI Congresso Português de Reumatologia para redescobri-las.

Sabia, por exemplo, que o Parque Natural de Vilamoura, classificado como Reserva Agrícola e Reserva Ecológica Nacional, se estende por uma área de 200 ha e garante a preservação de ecossistemas de grande valor natural e paisagístico? O “Percurso da Natureza”, proposto aos visitantes, pode ser realizado de

**A região turística  
por excelência de  
Portugal não se resume  
a empreendimentos  
luxuosos e praias  
inundadas de pessoas.  
Descubra o “outro”  
Algarve durante a sua  
estadia no XVI CPR**

Camão no Caniçal  
de Vilamoura





Cerro da Cabeça

**O Cerro da Cabeça, localizado na freguesia de Moncarapacho, é conhecido pelas grutas que servem de abrigo a diferentes espécies de morcegos**



Castelo de Paderne

duas formas: da entrada até ao observatório de aves da lagoa grande ou junto à Vala dos Marmeleiros, em que a distância a percorrer é menor.

Logo à entrada do Parque, é possível admirar os edifícios recuperados do desactivado complexo agrícola da antiga Quinta do Morgado da Quarteira. O percurso continua junto à margem da Ribeira da Quarteira, durante o qual é possível observar a densa vegetação ribeirinha e vários exemplares de árvores típicas da paisagem algarvia, como alfarrobeiras, amendoeiras e figueiras.

O percurso conduz, depois, ao observatório da lagoa pequena e termina no da lagoa grande, onde é possível observar centenas de aves, algumas delas em vias de extinção. O corvo-marinho, a garça-real, o garçote, o camão, o

galeirão, o guarda-rios, o pisco-de-peito-ruivo ou a cotovia-de-poupa são apenas alguns exemplares magníficos da diversidade de fauna que poderá encontrar.

## Barrocal algarvio

Se pretende visitar alguma das faces mais genuínas do Algarve, perto de Vilamoura, siga de carro até alguns quilómetros para Norte de Loulé e descubra uma zona ainda pouco explorada e publicitada: o barrocal algarvio, que se localiza entre a Serra e o Litoral. O nome deriva da presença de várias elevações calcárias de forma irregular, denominadas barrocos.

Ao longo do Barrocal, existem vários pontos de interesse paisagístico e natural. Situada perto de Tavira, a Cascata do Pego do Inferno



Cascata do Pego do Inferno

**ARCOXIA**  
(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

**FOSAVANCE**  
alendronato/colecalciferol  
**70mg/5600 UI**



é considerada uma das mais originais cascatas portuguesas, pelos tons verdes-azeitona da água. O Cerro da Cabeça, localizado na freguesia de Moncarapacho, é conhecido pelas grutas que servem de abrigo a diferentes espécies de morcegos e pelo seu património botânico, revestido pelo *maquis* típico do Barrocal algarvio.

## Ao longo do Barrocal, existem vários pontos de interesse paisagístico e natural

A Rocha da Pena é outra das grandes atracções, apresentando uma cornija calcária com cerca de 50 metros de altura, cujo planalto atinge aproximadamente dois quilómetros de comprimentos. De acordo com lendas, uma das suas grutas (Algar dos Mouros) terá sido local de refúgio dos mouros após a conquista de Salir por D. Paio Pires.

Se ainda houver tempo, não deixe de visitar a Fonte Benémola, o Castelo de Paderne, o Castelo de Salir e Alte, no concelho de Loulé, uma das aldeias mais típicas de Portugal.



Ribeira da Fonte Menalva

### Praias...

As praias são, naturalmente, o destino de milhares de portugueses e estrangeiros que visitam o Algarve. Se pertence a esta “tribo” urbana, por que não desfrutar daquelas que são,

neste momento, pré-finalistas das 7 Maravilhas de Portugal, na categoria “Praias”? Consulte a galeria no final do artigo e... vá a banhos! ■

## 7 Maravilhas de Portugal

### Praias algarvias pré-finalistas



Praia do Pego Fundo

**Categoria “Praias de Rio”**  
Praia do Pego Fundo, Alcoutim  
Praia de Ferragudo, Lagoa

**Categoria “Praias Urbanas”**  
Praia da Rocha, Portimão

**Categoria “Praias de Arribas”**  
Praia da Arrifana, Aljezur  
Praia da Marinha, Lagoa  
Praia de Odeceixe, Aljezur

**Categoria “Praias de Dunas”**  
Praia da Amoreira, Aljezur  
Praia da Bordeiro, Aljezur

**Categoria “Praias Selvagens”**  
Praia da Estaquinha, Lagoa  
Praia Cacela, Vila Real de Santo António

**Categoria “Praias de Uso Desportivo”**  
Praia da Arrifana, Aljezur  
Praia da Cordoama, Vila do Bispo  
Praia do Amado, Aljezur



Praia da Arrifana



Praia do Canavial



Praia da Marinha



Praia da Amoreira



Destinos

Berlim

# Barômetro de Cultura

**A madrugada de 13 de Agosto de 1961 marcou-lhe o destino, mas não a impediu de recuperar a sua história. Durante o Congresso da EULAR, no próximo mês de Junho, aproveite para conhecer melhor a antiga e a nova Berlim**

Portão de Brandemburgo



Berlim é uma cidade de contrastes. A “antiga” conta a história de uma nação, que começa no Portão de Brandemburgo e de estende até à sede do governo alemão. A “nova” é protagonizada por edifícios altos e modernos, apelidados pelos berlinenses de *Glasherteller* (“torres de vidro”), visíveis em vários bairros que se ergueram do nada (o “nada” era um pedaço de terra vazio e abandonado) nos últimos anos.

É também a cidade das artes, dos artistas e dos museus e, por isso, apelidada comumente de “barómetro da cultura”. São 180 museus – a Ilha dos Museus é Património Mundial – cerca de 500 igrejas, mais de cinco mil bares (com mais de seis mil marcas de cerveja alemã), 135 teatros, dos quais de destacam os de ópera e *ballet*, orquestras de peso (a Filarmónica de Berlim é mundialmente aclamada), além de parques, monumentos e galerias espalhados pela cidade.

A Potsdamer Platz é um bom exemplo da união entre o novo e o antigo. Era a praça mais importante da época pré-guerra, marcada depois pela passagem do muro mesmo na sua área nobre. Nos últimos anos, recuperou e deu lugar a um centro moderno que contrasta com alguns pedaços originais do muro que foram mantidos, intercalados com placas memoriais e explicativas. Outro exemplo actual que permanece como o maior símbolo da extinta República Democrática Alemã é, curiosamente, o “Trabi”, uma marca automóvel que só existia “desse” lado. Hoje, existem ainda cerca de 200 mil “Trabants” em circulação e são cobiçados por coleccionados em todo o mundo.

#### “Mr. Gorbachev, tear down this wall”

O muro que separou as duas Alemanhas e a própria cidade de Berlim durante 28 anos começou a ser construído pelo exército da facção oriental na madrugada de 13 de Agosto de 1961, embora a sua história comece no fim da Segunda Guerra Mundial, após a tomada de Berlim pelos soviéticos. Dele faziam parte inicialmente 66, 5 quilómetros de gradeamento metálico, 302 torres de observação, 127 redes metálicas electrificadas e 255 pistas para cães de guarda. Da noite para o dia, a cidade estava separada e o lado no qual os habitantes tinham dormido nessa noite determinava os seus futuros. Juntamente com a fronteira interna entre a Alemanha Oriental e a Alemanha Ocidental, passou a simbolizar a chamada “cortina de ferro” que separava a Europa Ocidental do Bloco de Leste.

A queda do Muro de Berlim em 1989 (“queda” é uma metáfora, porque foi derrubado e desmontado por milhares de pessoas)

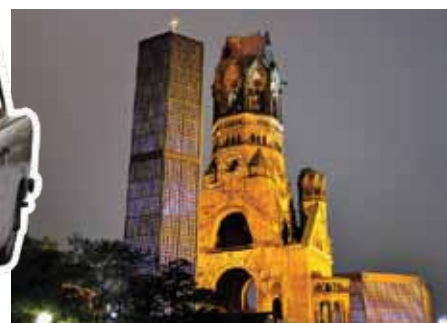


Potsdamer Platz

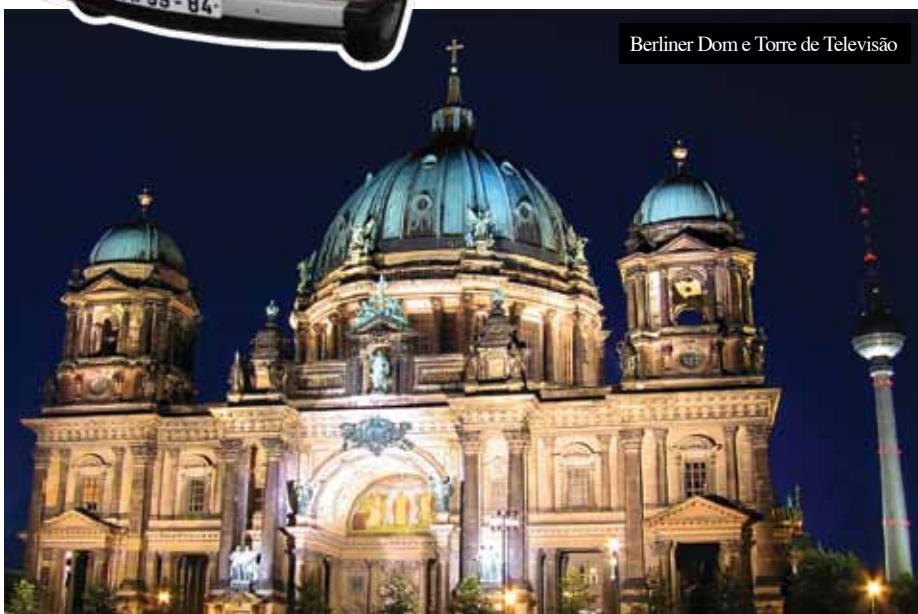
Na História ficou também a frase “Mr. Gorbachev, tear down this wall”



Um “Trabi”



Berliner Dom e Torre de Televisão





marca a reunificação do país e da cidade, formalmente celebrada a 3 de Outubro de 1990. Muitos apontam este momento também como o fim da Guerra Fria.

Na História ficou também a frase “*Mr. Gorbachev, tear down this wall*”, proferida por Ronald Reagan, no discurso de comemoração do 750º aniversário de Berlim, no Portão de Brandemburgo, a 12 de Junho de 1987, ao então Secretário-Geral do Partido Comunista da União Soviética, Mikhail Gorbachev. O presidente dos EUA desafiava-o a derrubar o muro como um símbolo da crescente liberdade no Bloco de Leste. Dois anos depois, o discurso tornava-se realidade.

A maior porção contínua do muro preservada até hoje (1,3 km) é conhecida como East Side Gallery — Galeria do Lado Oriental. Curiosamente, embora estejamos habituados



**A maior porção contínua do muro preservada até hoje (1,3 km) é conhecida como East Side Gallery**

a ver imagens do muro grafitado, esse era, naturalmente, o seu lado ocidental. Após a reunificação, artistas de todo o mundo resolveram grafitar o lado oriental, acabando por criar uma extensa galeria de arte ao ar livre.

## Checkpoint Charlie

O isolamento entre os blocos oriental e ocidental não era completo. Havia alguns pontos oficiais. O mais famoso, que permitia a passagem de estrangeiros e membros das Forças Aliadas da Alemanha Ocidental para a parte oriental, ficou conhecido por Checkpoint Charlie e foi retratado em vários filmes de espionagem e livros policiais, entre os quais os de John le Carré, como símbolo da Guerra Fria. É hoje uma das principais atrações turísticas. ■

## Outros locais a visitar

### Ilha dos Museus

É um dos complexos de museus mais importantes do mundo. Fica situado nas margens do rio Spree e integra o Pergamon Museum, a Alte Nationalgalerie, o Bodemuseum, o Altes Museum e o Neues Museum.

### Palácio do Reichstag

Este edifício do século XIX foi construído para acolher o Parlamento Alemão. Foi palco de acontecimentos tão importantes como o da subida da bandeira soviética após a II Guerra Mundial. Vale a pena subir ao seu terraço.

### Portão de Brandemburgo

É o “Arco do Triunfo” de Berlim, uma estrutura neoclássica inspirada no *Parthenon* de Atenas. Foi o símbolo da Alemanha dividida.

### Coluna da Vitória

Foi construída no ano de 1873 e inaugurada por Guilherme I na antiga praça Königsplatz, como comemoração das vitórias do exército prussiano. Actualmente, está situada em frente ao Palácio do Reichstag.

### Memorial do Holocausto

Também conhecido como Memorial aos Judeus Mortos da Europa, foi projectado pelo arquitecto Peter Eisenman, consistindo numa área de 19 mil metros quadrados coberta com 2.711 blocos de “stelae”. Visto ao longe, assemelha-se a um campo ondulado de pedras.

### Alexanderplatz

É uma das praças mais emblemáticas da cidade, fruto do terminal de transportes públicos e da extensa área ocupada por galerias, cafés e lojas.





# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA



# Sociedade Portuguesa de Reumatologia

SEDARE DOLOREM

OPUS DIVINUM EST

ELEANORA REGINA

40  
ANOS

1972 - 2012