



*Da esquerda para a direita: Luís Maurício, Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia; José Alves, presidente do NEDAI - Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna; Alexandre Diniz, Director do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral de Saúde; Francisco George, Director da Direcção-Geral de Saúde; Hermano Gouveia, Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia; Américo Figueiredo, Presidente da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia.*

# Radiografia à BIO.DGS.PT

O protocolo assinado em Maio deste ano, entre a Direcção-Geral de Saúde e quatro Sociedades Científicas, entre as quais a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), visa implementar um registo electrónico de monitorização da prescrição das terapêuticas biológicas, chamado BIO.DGS.PT. Contamos toda a história pelas palavras de Augusto Faustino, coordenador do Registo Nacional dos Doentes Reumáticos da SPR (Reuma.Pt), que originou este processo, e dos três protagonistas das restantes Sociedades envolvidas



**E**stabelecido entre a Direcção-Geral de Saúde, a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV), a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG), a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), o protocolo regula a articulação entre as partes no âmbito da “implementação de um registo electrónico obrigatório a observar por todos os médicos prescritores de agentes biotecnológicos, identificado como BIO.DGS.PT”.

Este protocolo resulta da necessidade de exercer um controlo mais efectivo sobre a prescrição e monitorização de agentes biológicos abrangidos pelos

despachos que remetem para a existência de consultas especializadas. Recorde-se que a SPR tinha vindo a alertar a DGS para a necessidade de um mecanismo de controlo, dado que aquele traduzido nos despachos era insuficiente, tendo logo disponibilizado a sua própria plataforma electrónica – Reuma.Pt – para o efeito.

O uso do BIO.DGS.PT será obrigatório para todos os médicos que prescrevam terapêuticas biotecnológicas no âmbito da Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriática, Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular, Psoríase em Placas e Doença de Crohn. ■



Augusto Faustino, Coordenador da Comissão Nacional do Registo Nacional de Doentes Reumáticos (Reuma.Pt), pedra basilar da BIO.DGS.PT

“Defendemos sempre uma certificação da prescrição e não do prescritor”

Com a operacionalização de todo o processo de monitorização da prescrição da terapêutica biológica, baptizado com o nome de BIO.DGS.PT, Augusto Faustino está convicto de que a qualidade dessa prescrição “irá melhorar substancialmente”, além de responder a dados relacionados com “Quanto”, “Onde” e “Para quê”, que há muito deveriam ser conhecidos

### O que é a BIO.DGS.PT?

A BIO.DGS.PT será uma plataforma Web que reunirá dados anonimizados provenientes de quatro sociedades científicas das especialidades de Reumatologia, Medicina Interna, Gastrenterologia e Dermatologia sobre a prescrição de terapêuticas biológicas. É actualmente apenas um conceito, porque não está ainda completamente definida a sua operacionalização, mas pensa-se que vai receber informação codificada (sem identificação dos doentes) relacionada com características clínicas, dados de prescrição e de segurança relativos às terapêuticas biológicas usadas nas patologias que foram alvo do Despacho 20510/2008, actualizado em Dezembro de 2010 (Despacho 18.419): Artrite Reumatóide, Espondilite Anquilosante, Artrite Psoriática, Artrite Idiopática Juvenil e Psoríase. A Doença Inflamatória Intestinal (Doença de Crohn e Colite Ulcerosa) não faz parte destes despachos (porque a utilização destas terapêuticas está restrita ao uso hospitalar), mas foi sujeita a normas de orientação clínica, pelo que está incluída na BIO.DGS.PT.

### Como se chegou à BIO.DGS.PT?

A história começa com a BioReportAR, em 2006, uma base de dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), na qual registávamos apenas as informações dos doentes que estavam a fazer terapêutica biológica na Artrite Reumatóide. Este é o primeiro conceito, com informação estática e referente a uma patologia específica. Entre 2006 e 2008, evoluímos para um conceito de processo clínico electrónico, recolhendo toda a informação necessária à gestão clínica desses doentes, e alargando-se este conceito a outras patologias reumáticas, com ou sem uso de terapêuticas biológicas. Estas diferentes bases de dados foram unificadas num Registo Nacional de Doentes Reumáticos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, que funcionava através de um programa instalado nos computadores dos médicos que o usavam, e cujos dados eram recolhidos caso a caso e depois centralizados.

Numa terceira fase, evoluímos para um ambiente Web e atribuímos a este Registo Nacional o nome de Reuma.Pt. Qualquer

médico com acesso à Internet e inscrito no Reuma.Pt acede à plataforma e introduz os dados dos seus doentes, ficando estes automaticamente disponíveis.

Durante a passagem da segunda para a terceira fase, e na sequência da necessidade por parte da DGS de operacionalizar o Despacho de 2008 que previa a criação de uma base de dados referentes à prescrição dos fármacos biológicos, a SPR criou e operacionalizou uma plataforma Web para o efeito, a qual garantia a propriedade da prescrição exigida pelo Ministério da Saúde: critérios clínicos, dispensa dos fármacos e manutenção, seguimento e segurança das terapêuticas.

#### Como é então garantida actualmente essa propriedade da prescrição?

É feita apenas com base num registo mínimo passado à mão pelos médicos e que é introduzido nas farmácias hospitalares. A tutela entendeu que se deveria privilegiar a certificação do prescritor ou dos centros de

prescrição, mediante uma forma de auto-avaliação dos próprios médicos. Porém, estas consultas não foram realmente certificadas nem auditadas nem vigiadas. O que existiu foi uma auto-certificação que nunca foi regulamentada. Nós, pelo contrário, defendemos sempre uma certificação da prescrição e não do prescritor.

**(...) estas consultas  
não foram realmente  
certificadas nem  
auditadas ou vigiadas**

**Mas essa versão Web proposta pela SPR nunca foi operacionalizada...**

Não foi operacionalizada porque se criou a ideia de que não estaria autorizada pela Comissão Nacional de Protecção de Dados – uma falsa questão, porque tínhamos essa autorização e garantíamos a confidencialidade

e a anonimização dos doentes. Se essa versão tivesse sido operacionalizada logo em 2008, provavelmente teríamos evitado muitos custos indevidos na utilização dos fármacos biológicos e problemas que posteriormente se vieram a colocar.

#### A que problemas se refere?

A prescrição continuou baseada num pressuposto de certificação e aumentou de uma forma descontrolada e não monitorizada, atingindo custos preocupantes para a tutela. Como, então, a prescrição dos fármacos biológicos estava a atingir valores incomportáveis, aliada a alguma evidência de não propriedade ou não adequação dessa prescrição em alguns locais e na sequência da publicação das NOCs - Normas de Orientação Clínica relativas à utilização dos fármacos biológicos em Reumatologia, Gastrenterologia e Dermatologia, é relançada a ideia, em 2011, de se poder utilizar o Reuma.Pt na monitorização da utilização dos fármacos biológicos.



#### Américo Figueiredo

Presidente da Sociedade Portuguesa  
de Dermatologia e Venereologia

#### Quais são os benefícios da BIO.DGS.PT no âmbito da Dermatologia?

Apesar de não ter qualquer dúvida da qualidade da prescrição em Dermatologia e de forma particular no que respeita ao tratamento da Psoríase, a existência de um ponto comum de encontro entre as quatro especialidades e um *site* próprio de registo das diversas afecções que são tratadas com biológicos é uma mais-valia importante.

Por outro lado, mostra claramente às autoridades de Saúde, nomeadamente às mais interessadas na qualidade de prescrição, que os dermatologistas portugueses estão empenhados na elaboração de regras e no seu cumprimento a bem do doente dermatológico.

#### A SPDV já tinha recomendações para a prescrição e monitorização das terapêuticas biológicas? De que forma a BIO.DGS.PT vai simplificar ou tornar mais rigoroso o processo de monitorização que a SPDV possuía?

A SPDV já tinha recomendações para a prescrição e monitorização das terapêuticas biológicas publicadas na Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e emanadas através da própria Direcção-Geral de Saúde que tiveram a colaboração de uma Comissão de especialistas experientes que foram encarregados desse trabalho de forma partilhada pela SPDV e pelo Colégio da Especialidade e posteriormente aprovadas por um painel de peritos. Naturalmente que a existência da BIO.DGS.PT vem simplificar, clarificar, tornar mais rigoroso e auditável todo este trabalho.

#### A artrite psoriática e a psoríase em placas afectam particularmente a qualidade de vida dos doentes. De que forma a terapêutica biológica melhora o dia-a-dia daqueles que destas doenças padecem?

De forma importante e decisiva. A terapêutica biológica mudou o tempo da Artrite Psoriática, mas também foi uma revolução no tratamento das formas graves de psoríase resistentes ao PUVA, metotrexato, ciclosporina e acitretina. A qualidade de vida destes doentes nada tem a ver com aquilo que lhe podia ser concedido anteriormente.

De todo o modo, o esforço financeiro que é pedido a toda a sociedade para o tratamento destes doentes requer instrumentos como estes que afirmam ao momento a qualidade de prescrição de todos e cada um de nós. ■



Assim, em Janeiro de 2012, elementos da Comissão Coordenadora do Registo Nacional de Doentes Reumáticos da SPR iniciaram um processo de reuniões com a DGS para as duas partes perceberem de que forma se poderia utilizar o Reuma.Pt, chegando a um modelo consensual.

### Quais são as características desse modelo?

Existirá dentro do Reuma.Pt um conjunto de elementos de preenchimento obrigatório por parte do prescritor para gerar a autorização de utilização de um fármaco biológico, isto é, se o

médico não cumprir todos os itens obrigatórios, há duas hipóteses: ou não prescreve o biológico ou configura uma situação de excepção. Esta situação excepcional está prevista e implica uma série de procedimentos, como a análise do doente num centro especializado para o efeito. Estão previstos três níveis de prescrição e dispensa: em primeiro lugar, os centros de prescrição (consultórios privados e centros hospitalares), os centros de dispensa ou administração de terapêutica endovenosa (como um hospital de dia) e um centro de elevada diferenciação que avalia as situações excepcionais, através de uma comissão que inclui o médico prescritor

(que defende a prescrição extraordinária) e médicos desse centro.

Entretanto, foi decidido alargar este modelo às prescrições no âmbito da Pediatria (que já faz parte do Reuma.Pt, numa base específica para a Artrite Idiopática Juvenil), da Gastrenterologia, da Medicina Interna e da Dermatologia. Inicialmente, houve a hipótese de criar dentro do Reuma.Pt entradas específicas para cada uma destas patologias, com as devidas especificações; neste momento, cada especialidade está a decidir a forma de operacionalizar o respectivo processo: a Medicina Interna já tinha uma

versão electrónica (o RIDAI) que irá converter numa plataforma Web; a Gastrenterologia, que também já tinha uma base de dados, está a decidir de que forma vai operacionalizar essa base de dados; por fim, a Dermatologia ainda está a decidir se constrói uma plataforma Web ou se entra através do Reuma.Pt numa base específica da Psoríase e Artrite Psoriática.

Em suma, a BIO.DGS.PT seria uma plataforma Web para onde drenariam os dados do Reuma.Pt, mas, neste momento, irá assimilar os dados das diversas plataformas. É, por isso, um conceito abstracto, que mais não é do que uma centralização de informações sobre prescrição de biológicos. Ao assinar o protocolo no passado

**(...) neste momento, cada especialidade está a decidir a forma de operacionalizar o respectivo processo**

mês de Maio, a DGS e as quatro Sociedades Portuguesas envolvidas (Reumatologia, Dermatologia e Venereologia, Medicina Interna e Gastrenterologia) comprometeram-se a: entender a necessidade de controlo e regulamentação da prescrição; que esta se faz através de uma plataforma Web; que a DGS recebe de cada uma das sociedades científicas os dados necessários para uma gestão técnica; que cada sociedade científica é responsável pela sua própria plataforma em termos da qualidade da manutenção e monitorização; por fim,



### Hermano Gouveia

Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia

## “Os fármacos biológicos mudaram completamente a abordagem terapêutica”

A criação da BIO.DGS.PT foi importante para a Gastrenterologia porque vai permitir uniformizar numa plataforma informática todos os dados clínicos necessários à correcta utilização e monitorização da terapêutica biológica na doença inflamatória intestinal (Doença de Crohn e Colite Ulcerosa).

Já tínhamos recomendações neste âmbito, mas a BIO.DGS.PT vai permitir a sua utilização de modo mais ágil, uniforme e escrutinado, além de reunir dados objectivos e estatisticamente

correctos da Doença Inflamatória Intestinal, eficácia do tratamento e seus efeitos colaterais.

Não podemos esquecer que os fármacos biológicos mudaram completamente a abordagem terapêutica, qualidade de vida e mesmo a própria vida dos doentes com Doença de Crohn e Colite Ulcerosa. O número de cirurgias diminuiu significativamente, diminuindo também o tempo de internamentos e consequentemente o absentismo. ■

ARTE É A MANIFESTAÇÃO  
PURA DA VIDA  
DO PRÓPRIO ARTISTA.  
E CRIA PUREZA  
EM OUTRAS VIDAS.



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 reumatoide (AR), espondilite anquilosante e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. Tratamento de curta duração da dor moderada associada à cirurgia dentária. **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 reumatoide** – 90 mg uma vez por dia. **Espondilite anquilosante** – 90 mg uma vez por dia. Em situações de dor aguda, o etoricoxib deve ser usado apenas no período sintomático agudo. **Artrite gotosa aguda** – 120 mg uma vez por dia. Em estudos clínicos para a artrite gotosa aguda, o etoricoxib foi administrado durante 8 dias. A dose para a artrite gotosa aguda não deve exceder 120 mg por dia, limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. **Dor pós-operatória na cirurgia dentária** – 90 mg uma vez por dia, limitado a um máximo de 3 dias. Alguns doentes podem precisar de analgesia pós-operatória adicional. Doses superiores às doses recomendadas para cada indicação não demonstraram eficácia adicional ou não foram estudadas. A dose para cada indicação não deve exceder a dose máxima recomendada. 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. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Úlcera péptica ativa ou hemorragia gastrointestinal (GI) ativa. Antecedentes de broncospasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou reações do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteroides (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 reações adversas listadas por frequência (*muito frequentes*: ≥1/10, *frequentes*: ≥1/100 a <1/10, *pouco frequentes*: ≥1/1.000 a <1/100, *raros*: ≥1/1.000 a <1/10.000, *muito raros*: <1/10.000) foram as seguintes: *Frequentes*: osteite alveolar, 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, infeção das vias aéreas superiores, infeção do trato urinário, alterações do apetite, aumento de peso, ansiedade, depressão, diminuição da acuidade mental, disgeusia, insónia, parestesias/hipostesia, sonolência, visão turva, conjuntivite, acúfenos, 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 musculoesqueléticas, proteinúria, dor torácica, aumento do azoto ureico (BUN), aumento da creatinina fosfoquinase, diminuição do hematócrito, diminuição da hemoglobina, hipercalcemia, diminuição dos leucócitos, diminuição das plaquetas, aumento da creatinina sérica, aumento do ácido úrico; *Raros*: diminuição de sódio no sangue; *Muito raros*: Reações de hipersensibilidade, incluindo angiodema, reações anafiláticas/anafilatoides, 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; *Desconhecidos*: irrequietude, taquicardia, arritmia, pancreatite, icterícia, erupção medicamentosa fixa. \*Com base na análise de ensaios clínicos de longa duração, controlados com placebo ou comparador ativo, os inibidores seletivos da COX-2 foram associados a um aumento do risco de acontecimentos trombóticos arteriais graves, incluindo enfarte do miocárdio e AVC. Com base nos 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. Participação (excepto Exxiv 120 mg, 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 €50.000.000 - www.bial.com - info@bial.com. Medicamento sujeito a receita médica. DIDSAM120509

comprometem-se a trabalhar em conjunto para atingir este objectivo.

## Qual é o principal interesse da DGS nestes dados?

Estes dados, embora anonimizados, garantem uma avaliação em termos de qualidade da prescrição e identificação de potenciais desvios de qualquer natureza. O objectivo será corrigi-los, não de uma forma punitiva ou inquisitória, mas de uma forma científica, na tentativa de gerar uma melhor prática clínica. Será possível delinear tendências de prescrição por centros (privados ou hospitalares) e por grandes regiões do país, além de responder a perguntas fundamentais que se prendem com o “Quanto”, “Onde” e “Para quê” – percentagem de prescritores entre o público e o privado, diferença de prescrição por patologia, percentagem de prescrição por especialidade. Estas são informações fundamentais de que ainda não dispomos.

Estamos convictos de que a partir do momento em que houver uma obrigatoriedade do registo, a qualidade da prescrição irá melhorar exponencialmente, porque se gera uma série de exigências.

**(...) será possível delinear tendências de prescrição (...) e responder a perguntas fundamentais**

## Quando se prevê a operacionalização do BIO.DGS.PT?

Para ontem.

## Tudo isto foi uma pró-actividade da SPR... Consegue imaginar uma situação hipotética em que não houvesse o Reuma.Pt?

Estou convicto de que se não houvesse a pró-actividade da SPR, já teria havido por parte da tutela uma medida de recuo (a fim de controlar custos) eliminando a actual possibilidade de prescrição destes fármacos (resultantes da total liberalização da prescrição), dependente apenas da consciência de cada médico.

A existência do Reuma.Pt e a extraordinária abertura que se verificou entre as sociedades científicas envolvidas, cada uma colocando o bem comum acima dos próprios interesses, levaram a um consenso alargado sobre o modelo de controlo. Sem o Reuma.Pt e sem a enorme valorização da boa prática clínica por parte de cada Sociedade, não teríamos chegado até aqui. ■



## “Toda esta forma de colaboração é extraordinária”

**José Alves**

Presidente do NEDAI – Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

### Em que ponto está o RIDAI (Registo de Doenças Auto-Imunes) no âmbito do BIO.DGS.PT?

Neste momento, o RIDAI já está montado na Web, faltando apenas realizar alguns testes de ordem técnica. Este programa foi inicialmente concebido para um tipo de funcionamento diferente do utilizado no caso da Reuma.Pt e com a mudança constante dos *softwares* hospitalares, tivemos de repensar o projecto o que nos fez demorar mais algum tempo. Entretanto, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia disponibilizou a sua base de dados para a Direcção-Geral de Saúde (DGS), podendo assim ser partilhada por todas as especialidades. Achei notável, mas já se percebeu que, por razões técnicas e logísticas da própria DGS, não vai ser possível esta solução. Assim sendo, e na impossibilidade de ter uma base de dados única da responsabilidade da própria DGS, decidimos manter as bases de cada uma das especialidades, sendo sempre possível a adição dos dados para avaliações comuns. Do ponto de vista da Medicina Interna, o RIDAI está praticamente concluído na sua nova forma, já existindo inclusive um primeiro tratamento dos dados conforme foi apresentado na reunião do NEDAI.

### Que vantagens oferece, na sua opinião, a BIO.DGS.PT?

Na teoria, todas! É inqualificável que não unamos os nossos esforços, entre as Sociedades, quanto mais não seja para podermos ter dados concretos do nosso país. Toda esta forma de colaboração é extraordinária, deve acontecer e é recomendável. O que lamento são estes avanços e recuos por parte das instituições oficiais. O que estamos a fazer agora já poderia ter sido feito há três ou quatro anos.

No entanto, se me perguntar... Justifica-se fazer o registo da forma como está a ser feito? A minha resposta directa é não. Há duas razões para se fazerem registos: a primeira é para termos uma noção quantitativa do que se está a fazer, nomeadamente no nosso país; a segunda é para aprendermos do ponto de vista científico. Ora bem, nós temos, neste momento, inúmeros registos em toda a Europa. Todos eles apresentam resultados que são no essencial sobreponíveis (quando consideradas as mesmas variáveis) e isto é natural na medida em que não existem diferenças muito significativas nos doentes

dos vários países europeus e até mesmo em relação à América do Norte. Não espero que o nosso registo (se realizado em moldes semelhantes aos outros) vá mostrar grandes diferenças. No entanto existem inúmeros aspectos da doença que ainda não foram alvo de estudos adequados e aí sim, faria todo o sentido criar registos direccionados para esses aspectos.

Do ponto de vista prático, se a intenção destes registos é saber quantos doentes temos, quantas injeções se fazem e quanto dinheiro se gasta, admito a sua importância... Mas se é para fazer mais publicações e artigos a dizer exactamente o mesmo que os outros, entendo ser uma perda de tempo.

### Há necessidade de monitorizar a prescrição das terapêuticas biológicas?

Acho que há necessidade, claro, quanto mais não seja para sabermos quanto gastamos. A terapêutica biológica foi aquela que em número absoluto de custo mais aumentou nos últimos anos no mundo ocidental. Em alguns países, nomeadamente na Escandinávia, três dos cinco fármacos com os quais se gasta mais dinheiro são terapêutica biológica para a Artrite Reumatóide e Espondilartropatias Seronegativas. Em Portugal, nenhuma das instituições responsáveis tem uma ideia concreta sobre o que se passa!

Do ponto de vista clínico, há situações em que não se cumprem os critérios científicos para a prescrição da terapêutica biológica, o que pode ser perfeitamente razoável porque existem sempre excepções ou particularidades que são próprias da prática médica, mas ainda assim, é importante podermos identificá-las e monitorizar a sua evolução.

Uma outra razão prende-se com o facto de os médicos não terem por inerência a garantia da honestidade e da competência e admito que existam casos de prescrição inadequada por qualquer destas razões. Acredito que sejam poucos, mas ignorar esta possibilidade é irresponsável; por isso, no interesse dos doentes e da própria classe médica, deve ser feito o controlo adequado às prescrições que estão a ser feitas.

Por tudo isto, a colaboração de todas as Sociedades e o facto de trabalharmos todos juntos não só é imperiosa, como é a coisa inteligente a fazer! ■