

Já foi assinado protocolo  
**Radiografia  
à BIO.DGS.PT**



Revisão  
**Figuras e Factos da Acta  
Reumatológica Portuguesa**  
Mário Viana de Queiroz

Opinião  
**Até Sempre!**

Luís Maurício

Espaços  
**Termas do Luso**  
Água com História



S I M P Ó S I O  
INFLAMAÇÃO & DOR

2 / 3 / 4  
M A I O  
2 0 1 3

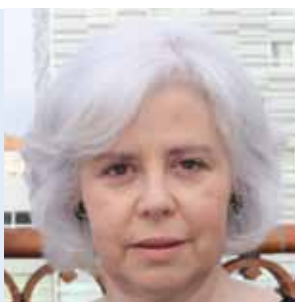
CENTRO MULTIMEIOS DE ESPINHO

[WWW.SPREUMATOLOGIA.PT](http://WWW.SPREUMATOLOGIA.PT)

[WWW.EPIREUMAPT.ORG](http://WWW.EPIREUMAPT.ORG)

[WWW.REUMA.PT](http://WWW.REUMA.PT)

## Ciclos de vida



Com a publicação deste número chega ao fim mais um ciclo de vida do BI – Boletim Informativo da SPR e terminam as minhas funções de Editora.

Desde a sua criação que o BI tem como objectivo dar a conhecer a SPR e a Reumatologia aos colegas não reumatologistas e ao público em geral.

Durante 2 anos demos notícia nestas páginas de eventos e iniciativas relevantes para a nossa especialidade e que são para nós motivo de orgulho, pelo que representam de esforço, capacidade de organização e colaboração. Projectos com a dimensão do EpiReumaPt – Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal e do Reuma.Pt – Registo Nacional de Doentes Reumáticos não seriam possíveis sem aquelas qualidades de trabalho e o grande empenho de todos os que nelas participam.

No ano em que a SPR celebra o seu quadragésimo aniversário fizemos no BI um balanço da história da Sociedade e também da Especialidade. Na Reumatologia, uma especialidade jovem e de pequena dimensão, ambas as histórias se cruzam e sobrepõem na maior parte do seu trajecto.

A todos os colegas que se prestaram a fazer os temas de revisão, aos que responderam às nossas questões e aos que se dispuseram a desvendar os seus hobbies e imagens da vida privada agradecemos a disponibilidade e a generosidade.

A qualidade da produção do BI não seria possível sem a competência da equipa da “Maria Design”. Todos merecem os nossos parabéns, mas para a jornalista Dora Santos Silva vai um agradecimento muito especial pelo trabalho de autora, na sombra, do BI. Um último obrigado para os nossos parceiros da Indústria Farmacêutica cujo apoio é crucial para a realização desta publicação.

Todos os dias sentimos, na nossa vida profissional e também na pessoal, que vivemos tempos difíceis. E neste número duplo é fácil perceber que esse tempos também chegaram ao BI. Fechamos um ciclo e outro começa. Vai ser necessário tomar opções tendo sempre em vista as prioridades da SPR que são, e continuarão a ser, promover a excelência dos cuidados aos doentes reumáticos através duma formação sólida, de uma investigação científica consistente. O BI vai começar um novo ciclo. Mas vamos continuar a dar notícias. ■

Viviana Tavares  
*Presidente-Eleita da SPR*

## Tema de Capa 4 a 10

Assinado o protocolo em Maio de 2012  
Radiografia à BIO.DGS.PT

## Opinião 13 a 14

Luís Maurício  
*Até sempre!*

## Relance 12 | 27

Agenda cultural

Eventos nacionais e internacionais

## Revisão 15 a 25

Mário Viana de Queiroz  
*Figuras e Factos da Acta  
Reumatológica Portuguesa*

## Espaços 28 a 30

Termas do Luso  
*Água com História*

## Destinos 32 a 34

Washington, DC  
*Símbolos da Cidade*

## Ficha Técnica



A SPR é membro da  
EULAR-European League Against Rheumatism

### Propriedade

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

### Periodicidade

Quadrimestral

### Tiragem

3000 exemplares

### Depósito legal

265378/07

### 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





*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 Gastreenterologia, 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 Gastreenterologia, 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 Gastreenterologia) 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 Gastreenterologia

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

A criação da BIO.DGS.PT foi importante para a Gastreenterologia 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.



**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 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 broncospasma, 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, câlbra/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/anafilatóides, incluindo choque, confusão, alucinações, crise hipertensiva, broncospasma, 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 & C<sup>ª</sup> 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! ■



# AS FRATURAS NÃO SE EVITAVAM ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DO OSSO

ATÉ QUE ALGUÉM PENSOU DIFERENTE  
E O MUNDO AVANÇOU.

**OSSEOR®**  
RANELATO DE ESTRÔNCIO

**RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO - Informações essenciais:** Nome do Medicamento: OSSEOR 2 g granulado para suspensão oral. **Composição Qualitativa e Quantitativa:** Cada saqueta contém 2 g de ranelato de estrôncio. **Forma Farmacêutica:** Granulado para suspensão oral. Granulado amarelo. **Indicações terapêuticas:** OSSEOR está indicado em adultos. No tratamento da osteoporose na mulher pós-menopáusia para redução do risco de fraturas vertebrais e do colo do fêmur. No tratamento da osteoporose no homem com risco aumentado de fratura. **Posologia e modo de administração:** A dose recomendada é uma saqueta de 2 g, uma vez por dia, por via oral. Devido à natureza da doença tratada o ranelato de estrôncio destina-se a uso prolongado. A absorção do ranelato de estrôncio é reduzida pelos alimentos, leite e produtos derivados, portanto OSSEOR deve ser administrado no intervalo das refeições. Devido à lenta absorção, OSSEOR deve ser tomado à hora de deitar, preferencialmente pelo menos duas horas após a refeição. Os doentes tratados com ranelato de estrôncio devem receber suplemento de vitamina D e de cálcio se a dieta for inadequada. **População idosa:** A eficácia e segurança do ranelato de estrôncio foram estabelecidas num vasto leque etário (até 100 anos à inclusão) de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. Não é necessário ajuste da dose relacionado com a idade. **Compromisso renal:** O ranelato de estrôncio não é recomendado em doentes com compromisso renal grave (depuração de creatinina <30 ml/min). Não é necessário ajuste da dose em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina 30-70 ml/min). **Compromisso hepático:** Como o ranelato de estrôncio não é metabolizado, não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso hepático. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de OSSEOR em crianças com menos de 18 anos de idade não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. O granulado nas saquetas tem de ser tomado como uma suspensão num copo de água. Embora os estudos de utilização tenham demonstrado que o ranelato de estrôncio é estável em suspensão durante 24 h após preparação, a suspensão deve ser tomada imediatamente após ter sido preparada. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, fenómenos tromboembólicos venosos (VTE) atuais ou anteriores incluindo trombose venosa profunda e embolismo pulmonar e imobilização temporária ou permanente devido, por exemplo, a recuperação pós-cirúrgica ou estar acamado de forma prolongada. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Recomenda-se a avaliação periódica da função renal nos doentes com compromisso renal crónico. A continuação do tratamento com OSSEOR em doentes que desenvolvam compromisso renal grave deve ser considerada numa base individual. OSSEOR está contraindicado em doentes com história de fenómenos tromboembólicos venosos e deve ser usado com precaução em doentes em risco de VTE. Deve ser reavaliada a necessidade de continuar o tratamento com OSSEOR em doentes com mais de 80 anos de idade e em risco de VTE. OSSEOR deve ser interrompido o mais cedo possível no caso de uma doença ou uma situação que leve à imobilização e tomadas as medidas preventivas adequadas. A terapêutica não deve ser retomada até que a situação inicial esteja resolvida e a doente tenha recuperado a mobilidade. Quando um VTE ocorre, OSSEOR deve ser interrompido. Têm sido notificadas com o uso de OSSEOR reações cutâneas que colocam a vida em risco (Síndrome de Stevens-Johnson (SJS), necrólise epidérmica tóxica (NET) e erupção cutânea medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS)). Os doentes devem ser alertados sobre os sinais e sintomas e monitorizados cuidadosamente para o aparecimento de reações cutâneas. O risco é mais elevado para ocorrência de SJS ou NET nas primeiras semanas de tratamento e habitualmente cerca de 3-6 semanas para o DRESS. Se houver sintomas ou sinais de SJS ou NET ou DRESS o tratamento com OSSEOR deve ser interrompido imediatamente. O resultado do DRESS é favorável na maioria dos casos após a interrupção de OSSEOR e depois de se iniciar, quando necessário, a terapêutica com corticosteroides. Se as doentes desenvolverem SJS, NET ou DRESS com OSSEOR, OSSEOR nunca mais pode ser reiniciado nestes doentes. O estrôncio interfere com os métodos colorimétricos para determinação das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. Por isso, na prática clínica, a espectrometria de massa com plasma indutivamente acoplado ou a espectrometria de absorção atômica deverão ser os métodos usados para garantir uma determinação exata das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. OSSEOR contém uma fonte de fenilalanina, que pode ser prejudicial às pessoas com fenilcetonúria. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Não é recomendável a administração simultânea de ranelato de estrôncio com tetraciclina oral e quinolonas. É preferível tomar os antiácidos pelo menos duas horas após OSSEOR. **Efeitos indesejáveis:** OSSEOR foi estudado em ensaios clínicos que envolveram aproximadamente 8000 participantes. A segurança a longo prazo foi avaliada em mulheres pós-menopáusicas com osteoporose, tratadas até 60 meses com ranelato de estrôncio 2 g/dia (n=3.352) ou com placebo (n=3.317) em estudos de fase III. A idade média foi de 75 anos na inclusão e 23% das doentes incluídas tinham entre 80 e 100 anos de idade. Não existiram diferenças na natureza das reações adversas entre os grupos de tratamento, independentemente da idade no momento da inclusão ser superior ou inferior a 80 anos. As taxas de incidência global das reações adversas com o ranelato de estrôncio não diferiu do placebo, tendo sido normalmente ligeiras e transitórias. As reações adversas mais frequentes foram a náusea e diarreia, que foram geralmente notificadas no início do tratamento, sem que se observasse mais tarde uma diferença significativa entre os grupos. A descontinuação da terapêutica foi devida principalmente a náuseas (1,3% e 2,2% no grupo placebo e no grupo ranelato de estrôncio respetivamente). Durante os estudos de fase III, a incidência anual de tromboembolismo venoso (TEV) observada ao longo de 5 anos, foi aproximadamente de 0,7%, com um risco relativo de 1,4 (95% IC = [1,0; 2,0]) nas doentes tratadas com ranelato de estrôncio comparativamente com o placebo. **Perturbações do foro psiquiátrico:** Frequência desconhecida: Estado confusional e Insónia. **Doenças do sistema nervoso:** Frequentes: cefaleia (3,3% vs. 2,7%), alterações na consciência (2,6% vs. 2,1%), perda de memória (2,5% vs. 2,0%); Pouco frequentes: convulsões (0,4% vs. 0,1%). **Vasculopatias:** Frequentes: tromboembolismo venoso (TEV) (2,7% vs. 1,9%). **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Frequência desconhecida: Hipertensão arterial sistólica. **Doenças gastrointestinais:** Frequentes: náusea (7,1% vs. 4,6%), diarreia (7,0% vs. 5,0%), fezes pastosas (1,0% vs. 0,2%); Frequência desconhecida: vômitos, dores abdominais, irritação da mucosa oral (estomatites e/ou ulceração da boca), refluxo gastroesofágico, dispepsia, obstipação, flatulência. **Afeções hepatobiliares:** Frequência desconhecida: aumento das transaminases séricas (em associação com reações de hipersensibilidade cutânea), hepatite. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Frequentes: dermatite (2,3% vs. 2,0%), eczema (1,8% vs. 1,4%); Raros: DRESS; Muito raros: Reações adversas graves cutâneas (SCARs): Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica; Frequência desconhecida: reações de hipersensibilidade cutânea (eritema, prurido, urticária, angioedema) e alopecia. **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Frequência desconhecida: dor musculoesquelética (espasmo muscular, mialgia, dor óssea, artralgia e dor nas extremidades). **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Frequência desconhecida: edema periférico, piroxia (em associação com reações de hipersensibilidade cutânea). **Doenças do sangue e do sistema linfático:** Frequência desconhecida: insuficiência da medula óssea, eosinofilia e linfadenopatia (em associação com reações de hipersensibilidade cutânea). **Exames complementares de diagnóstico:** Frequentes: aumento da creatina-fosfoquinase (CPK) no sangue (1,4% vs. 0,6%). Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). Regime de comparticipação: Escalão B (RG: 69% - RE: 84%). **Sob licença de LES LABORATOIRES SERVIER - 50, rue Carnot - 92284 Suresnes cedex- França. Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da AIM: Bial - Portela & Cª, S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado. Telefone 22 986 61 00. Capital Social €50.000.000 - Sociedade Anónima - Matrícula N.º 500 220 913 - Conservatória do Registo Comercial da Trofa NIPC 500 220 913. Telefone 22 986 61 00. DIDSAM120723**

## Livros

### Vade-Mécum de Lugares Comuns

Licínio Poças

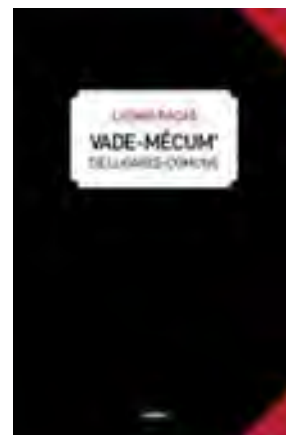
Editora Arcádia, 2012

Ano de publicação: 2011

“Lugar-comum” é a designação que se dá a determinadas expressões de natureza banal, repetidamente usadas no quotidiano e que derivam da cultura e tradição populares. Clichés, aforismos, adágios, chavões e “frases feitas” são outros sinónimos desta expressão.

Há muito que Licínio Poças, reumatologista residente no Porto, vinha anotando e

arquivando estes lugares-comuns, actualmente ultrapassando as sete centenas, um número que o autor considera “um património” e que o levou a divulgá-lo “como acto de cidadania”. A compilação que resultou neste “Vade-Mécum de Lugares Comuns” já está nas livrarias desde Setembro de 2012. ■



### Sociedade Portuguesa de Reumatologia – Uma História com 40 Anos (1972-2012)

*“Que esta obra possa ser uma memória de admiração e respeito aos que iniciaram este caminho, uma homenagem e agradecimento a todos os que colaboraram na construção deste edifício comum, mas sobretudo um testemunho de enorme orgulho e paixão que possa servir de estímulo e motivação para que as fantásticas novas gerações da Reumatologia prossigam e engrandecem esta história de 40 anos que vos vamos contar...”*

Augusto Faustino, in Nota Prévia

Lançado no passado dia 27 de Setembro de 2012, na sede da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), o livro retrata os primeiros 40 anos desta instituição científica, período que se confunde também com a história da própria especialidade.

Esta história, coordenada por Augusto Faustino e contada ao longo de 216 páginas, está dividida em duas partes: a primeira relata os factos mais importantes do passado

e do presente da SPR, enquanto a segunda contém os testemunhos vivos dos mais antigos presidentes da SPR: Robert Martins, António Lopes Vaz, Licínio Poças e Mário Viana de Queiroz.

A obra é, aliás, dedicada a Robert Martins, membro n.º 1 da SPR, que marcou de forma indelével o percurso da Reumatologia e da sua Sociedade. ■



### Manual do Interno

Coordenação: Sofia Ramiro, Pedro Machado, J. Canas da Silva e Luís Maurício

Edição: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Agosto de 2012 (1.ª edição)

O I Manual do Interno de Reumatologia, uma iniciativa da Provedoria do Interno, sob a égide da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), pretende contribuir para o acolhimento e adaptação dos novos internos à

especialidade, dando uma perspectiva geral da Reumatologia: quem são os reumatologistas, quais as actividades principais do dia-a-dia deste especialista, apresentar a SPR e projectos importantes, entre outros temas importantes. ■



## Até sempre!

**C**hega ao fim mais um mandato dos Corpos Sociais da nossa Sociedade.

Um mandato de longo e árduo trabalho que nos deixa, no entanto, satisfeitos com os resultados.

Ao longo destes dois últimos anos – 2010/2012 – foi feito um enorme esforço na área da formação, tendo-se desenvolvido múltiplos cursos para os nossos Internos, na procura de respostas às necessidades por eles identificadas e numa coordenação perfeita com a sua Provedoria.

Foi criado um Fundo destinado a promover a Formação e Investigação em Reumatologia e criaram-se, em colaboração com a Indústria Farmacêutica – sempre parceira ao longo deste percurso – várias Bolsas. Quer um, quer outro, com projectos concorrentes consistentes do ponto de vista científico.

A parceria estabelecida com a Católica Lisbon – School of Business and Economics permitiu a formação pós-graduada em áreas de especial interesse para o reumatologista e não contempladas no ensino pré-graduado, nomeadamente nas áreas da Gestão e dos Recursos Humanos.

O Registo Nacional de Doentes Reumáticos sofreu um incremento considerável, com mais de seis mil doentes introduzidos e com os primeiros trabalhos publicados.

Constitui também para nós um orgulho o termos assumido a liderança no processo conducente à criação de um Registo Nacional de Doentes sob terapêutica biotecnológica, a funcionar junto da Direcção-Geral de Saúde (DGS), na perspectiva, sempre por nós defendida, de assegurar a qualidade da prescrição, garantindo o acesso daquelas terapêuticas aos doentes que dela necessitam. Liderámos científica e politicamente, numa aproximação a outras Sociedades Científicas, que culminou com a assinatura de um protocolo, em sede da DGS, em Maio de 2012.

Lançámos em Setembro de 2011 o maior estudo epidemiológico nacional sobre Doenças

Reumáticas, denominado publicamente ReumaCensus 2011-2013. Os seus resultados constituirão um instrumento poderoso no estabelecimento de políticas orientadas para o tratamento das doenças reumáticas e a distribuição nacional dos reumatologistas.

A Escola de Ecografia da nossa Sociedade (ESPER) cresceu. Promovemos a formação na área da Ecografia e estabelecemos um protocolo de financiamento para a aquisição de seis ecógrafos, que irão ser colocados em vários hospitais, possibilitando não só uma melhor assistência ao doente portador de doença reumática, mas possibilitando igualmente o desenvolvimento de trabalhos multicêntricos de investigação clínica.

Consolidámos a Acta Reumatológica Portuguesa e promovemos o estabelecimento do seu próprio “site”.

Mantivemos uma comunicação estreita com todos os Sócios da Sociedade, quer através do nosso “Site”, quer através da “Ligações”, mantendo a regularidade da sua publicação. Projectámos a Reumatologia e a nossa Sociedade para o exterior através do Boletim Informativo.

As nossas Jornadas de Outono foram dois momentos altos do mandato, reunindo a Família da Reumatologia à volta dos nossos Grupos de Trabalho e estabelecendo uma relação estreita entre os recém-chegados à Especialidade e os “menos novos”.

Mas em mandato de comemoração dos quarenta anos, sem dúvida que o nosso Simpósio “Artrite e Osso”, mas sobretudo o nosso XVI Congresso Português de Reumatologia (CPR), constituíram momentos de referência. Permitiram-nos, em ambos os eventos, a aproximação à Medicina Geral e Familiar e, no caso do CPR, um reforço substancial na aproximação à Reumatologia Brasileira e Espanhola.

A organização conjunta do Pré-Curso por parte das três Sociedades e o enriquecimento científico proporcionado pela presença de vários prelectores Brasileiros e Espanhóis no



**Luís Maurício**

*Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*

**Um mandato de longo e árduo trabalho que nos deixa, no entanto, satisfeitos com os resultados**



**“Todo este trabalho não é obra de ninguém, mas de uma equipa - a que constituiu esta Direcção**

nosso Congresso, foi significativa, assim como foi marcante a Lição de Abertura do Professor Marcelo Rebelo de Sousa.

No ano em que perfazíamos o nosso quadragésimo aniversário, estabelecemos um plano de comunicação que nos permitiu estar presentes em múltiplos órgãos de comunicação social, desde logo nos canais televisivos, marcando os momentos mais significativos da nossa Sociedade.

Estivemos junto do poder político, nomeadamente na Assembleia da República, com a Comissão Parlamentar de Saúde, com o Secretário de Estado Adjunto da Saúde, com a Direcção-Geral de Saúde, na defesa dos doentes reumáticos e na divulgação das iniciativas da Sociedade, “marcando” a nossa presença e projectando a nossa Especialidade.

Estivemos junto dos doentes e das suas associações, participando de forma activa nas suas iniciativas e chamando-os àquelas por nós promovidas.

Concluimos esta nossa tarefa com a submissão do pedido de concessão do Estatuto de Utilidade Pública à nossa Sociedade e cuja resposta se aguarda, conscientes de que seria absolutamente justa a sua concessão, tradutora do reconhecimento da actividade da nossa Sociedade a bem da população e dos doentes

reumáticos, em particular, ao longo de uma História de quarenta anos, que foi traduzida em Livro, também ele, alvo de um momento especial.

Todo este trabalho não é obra de ninguém, em particular, mas de uma equipa – a que constituiu esta Direcção – a que tive orgulho de presidir e o grato prazer de trabalhar. A todos eles o meu agradecimento.

Aos Colegas: o meu obrigado pela participação e apoio que sempre sentimos.

Até sempre! ■

**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**

# Figuras e Factos da Acta Reumatológica Portuguesa\* 1973 - 2012

## UMA VISÃO PESSOAL

*\*Este texto resulta da conferência dada por Mário Viana de Queiroz no âmbito da celebração dos 40 anos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a 6 de Janeiro de 2012, a convite do presidente da Direcção desta Sociedade, Luís Maurício.*

A 6 de Janeiro de 1972, ano em que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) foi fundada, já eu trabalhava com Assunção Teixeira, Robert Martins e João Figueirinhas, no Instituto Português de Reumatologia.

Porque era muito difícil e subjectivo historiar a Acta Reumatológica Portuguesa (ARP), optei por analisar algumas figuras e factos que se distinguiram ao longo dos últimos quase 40 anos de publicação desta revista.

A metodologia seguida neste trabalho incluiu as seguintes opções:

1. citar, pelo menos, um artigo por cada ano civil (escutinámos milhares de trabalhos e seleccionámos, por condicionalismos relacionados com o tempo de exposição, apenas 52);
2. privilegiámos os estudos epidemiológicos, as adaptações para a língua portuguesa de diversos questionários, as grandes séries de diversas doenças reumáticas e os trabalhos de investigação premiados;
3. a selecção dos trabalhos obedeceu a uma visão pessoal, seleccionando-se aqueles que mais despertaram a nossa atenção e interesse, podendo assim terem sido excluídos outros trabalhos de valor científico idêntico ou superior aos trabalhos seleccionados.

### O início

O primeiro número da ARP surgiu no terceiro trimestre de 1973, na primeira Direcção da SPR, sendo Manuel Assunção Teixeira o presidente e o editor da ARP Robert Pereira Martins.

A primeira Direcção da SPR, no biénio de 1972 - 1973, era constituída por Assunção Teixeira, presidente como já referimos, José Mendonça da Cruz, vice-presidente; Robert Martins, secretário-geral; Yolanda Guerra, secretária-geral adjunta; João Aires Figueirinhas,

tesoureiro; Neiva Vieira, delegado à EULAR (European League Against Rheumatism); e Luís de Pap, delegado à ILAR (International League Against Rheumatism). O presidente da Assembleia Geral era Fernando da Fonseca.

Assunção Teixeira foi o pioneiro da reumatologia portuguesa. Conjuntamente com Olímpio Dias (cirurgião) e com uma Bolsa de Estudo do governo português, efectuou diversos estágios em serviços europeus de Reumatologia de grande qualidade, tendo depois regressado a Portugal e fundado o Instituto Português de Reumatologia, berço da reumatologia nacional.

Assunção Teixeira viria a ser líder a nível mundial da Reumatologia Preventiva, o que lhe valeu, entre outras distinções, a honra de encerrar em Lisboa, em Dezembro de 1977, o Ano Mundial do Reumatismo, uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde e da ILAR. No nosso entendimento, o Instituto Português de Reumatologia deveria denominar-se Instituto Português de Reumatologia Dr. Assunção Teixeira, preservando, assim, a sua memória.

Mendonça da Cruz fez a sua formação reumatológica em Nova Iorque, no Hospital for Special Joint Surgery. No seu regresso a Portugal, trabalhou no Hospital de Santa Marta, no Serviço do Dr. Carlos George, e depois foi consultor do Serviço do Prof. Eduardo Coelho, no Hospital de Santa Maria.

Robert Martins foi a alma da fundação da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, em 6 de Janeiro de 1972. Mais tarde desempenhou um papel fundamental na criação da especialidade de Reumatologia em 1977 e do internato médico desta especialidade em 1980. Robert Martins foi, também, o fundador da Liga Portuguesa contra o Reumatismo. Como já dissemos e escrevemos em ocasiões anteriores, por tudo o que fez pela reumatologia portuguesa, foi o maior presidente da SPR.

Yolanda Guerra distinguiu-se pela sua grande dedicação aos doentes.



Mário Viana de Queiroz

Reumatologista



Primeiro número da Acta Reumatológica Portuguesa (Terceiro Trimestre de 1973)

## 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-químicos 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>





Reumatologistas e internos da especialidade de Reumatologia da Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Sta. Maria, em Outubro de 1983. Da direita para a esquerda: Melo Gomes, José Pimentão, Espírito Santo, Canas da Silva, Jaime Branco, José Alberto Pereira da Silva, Viana de Queiroz, Guilherme Figueiredo, Viviana Tavares, Teixeira da Costa, Alves de Matos, Estêvão Pape (interno do internato Geral) e Miranda Rosa

João Figueirinhas foi o braço direito de Robert Martins nas diversas iniciativas deste. Efectuou o primeiro estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal, em 1976, a que nos referiremos oportunamente.

Neiva Vieira fez a sua formação reumatológica em Londres, com o Prof. Copeman, e em Aix-les-Bains, com o Prof. Jacques Forestier. Neiva Vieira era, também, hidrologista e foi directora clínica nas Termas dos Cucos.

Luís de Pap foi professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Budapeste, tendo sido, mais tarde, refugiado em Portugal, fugindo ao comunismo que assolava então os países da Europa de Leste e Central.

Fernando da Fonseca foi um dos médicos mais distintos da Medicina portuguesa de todos os tempos.

### O primeiro trabalho publicado na ARP

O primeiro trabalho publicado na ARP foi “Radiofotografia Osteoarticular e a Prevenção das Artroses”, da autoria de Assunção Teixeira, Moura Relvas e João Milheiro<sup>1</sup>. A radiofotografia usada com êxito no rastreio da tuberculose pulmonar foi adaptada por Assunção Teixeira e colaboradores, em 1970, para o estudo dos defeitos de posição, forma, estrutura e constituição osteoarticulares das crianças, com vista à prevenção de algumas artropatias crónicas do adulto.

Nesse mesmo número da ARP, Assunção Teixeira, Luís Faleiro, J. Palminha e M. Viana de Queiroz publicaram o estudo “Reumatismos da Infância e Juventude em Algumas Escolas Portuguesas”<sup>2</sup>. Nesse trabalho foram observadas 8082 crianças de 14 cidades do continente e ilhas, detectando-se doença reumática em 145 crianças (1,7%),

tendo 59 (0,9%) apresentado sintomas e sinais de cardiopatia valvular reumática; 7 (0,08%) artrite crónica juvenil e 79 (0,9%) afecções reumáticas diversas. A febre reumática, grande flagelo em Portugal nos anos 40, 50 e 60 do século XX, estava em vias de extinção, tendo Assunção Teixeira e colaboradores verificado uma significativa diminuição das cardiopatias valvulares reumáticas. Este trabalho, ou estudo idêntico a este, não voltou a ser efectuado, o que representa uma lacuna importante no que concerne à epidemiologia das doenças reumáticas da infância e da juventude em Portugal.

No biénio 1973-1975, a editora da ARP foi Yolanda Guerra e o presidente da SPR Mendonça da Cruz.

Em 1974, os estudos apresentados no I Congresso Português de Reumatologia, efectuado em Coimbra e dedicado à gota úrica, foram publicados nos números da ARP referentes ao 2º, 3º e 4º trimestres. Destacaram-se as conferências e os trabalhos de Pedro Barceló, então presidente da ILAR, Florian Delbarre, secretário-geral da ILAR, Calabro, Klinenberg, Dixon, Bacon, Schiavetti, Pipitone e outros grandes nomes da Reumatologia do tempo<sup>3</sup>.

Entre 1975 e 1977, a editora da ARP foi Georgette Banet e o presidente da SPR Loução Martins.

Em 1975, ano do PREC (Processo Revolucionário em Curso), Carlos Oliveira, ao tempo secretário de estado da Saúde, escreveu em editorial da ARP “Reumatologia, Democracia, Paz e MFA” o que agora e, já então, era no mínimo, curioso.<sup>4</sup>

Nesse mesmo ano, a lendária Nana Swartz e colaboradores escreveram sobre factores reumatóides num editorial da revista.<sup>5</sup>

O primeiro trabalho publicado na ARP foi “Radiofotografia Osteoarticular e a Prevenção das Artroses”

1. Teixeira MA, Moura Relvas P, Milheiro J - A Radiofotografia Osteo-Articular e a Prevenção das Artroses. Acta Reuma. Port. 1 (1):7-20, 1973
2. Teixeira MA, Faleiro L, Palminha J, Viana Queiroz M - Reumatismos da Infância e Juventude em Algumas Escolas Portuguesas. Acta Reuma Port. 1 (2):7-24, 1973
3. 1º Congresso Português de Reumatologia. Acta Reuma. Port. II (2) nos 4,5,6, 1974
4. Carlos Oliveira - Reumatologia, Democracia, Paz e Movimento das Forças Armadas. Acta Reuma. Port. III(3):117-119, 1975
5. Svartz N, Hedman S, Lundmark K, Söderberg D - Acta Reuma. Port. III(3):79-83, 1975

Em 1976, João Figueirinhas apresentou o primeiro estudo epidemiológico dos reumatismos em Portugal, incidindo sobre 24.803 utentes do Serviço Nacional de Saúde, observados por 432 clínicos gerais de todo o país. Sofriam de reumatismo 22,8% dos utentes.

As doenças reumáticas mais prevalentes foram a osteoartrose, a gota úrica e as sequelas da febre reumática.<sup>6</sup> Tratou-se de um trabalho notável e ainda não reproduzido na literatura médica portuguesa.

No período 1977-1979, o editor da ARP foi Galvão de Figueiredo e o presidente da SPR Robert Martins.

Em 1977, Loução Martins publicou o trabalho “Afeções Reumáticas, Invalidez e Absentismo da Segurança Social Portuguesa”, com três milhões de beneficiários, tendo concluído que as doenças reumáticas foram responsáveis por 17,8% de baixas, 9,26% do total das incapacidades permanentes e 41,2% das reformas antecipadas por invalidez.<sup>7</sup>

Em 1978, em editorial da ARP, Robert Martins escreveu “Um Plano de Educação Médica em Reumatologia”.<sup>8</sup> Este plano, a ser implementado, assentaria em cinco pontos fundamentais: 1) ensino da Reumatologia (pré-graduado, pós-graduado e permanente); 2) o exercício da especialidade (exame à Ordem dos Médicos para obtenção do título de especialista); 3) prática clínica da reumatologia, visando assegurar a cobertura reumatológica do país; 4) planificação científica fundamentalmente a cargo da SPR e 5) educação sanitária (prevenção das doenças reumáticas e diagnóstico precoce das mesmas). Como se constata este plano é flagrantemente actual e, felizmente, vem-se concretizando.

No biénio 1979-1981, o editor da ARP foi Luís Araújo Rego e o presidente da SPR Lopes Vaz.

Em 1979, Assunção Teixeira e colaboradores publicaram o trabalho “Defeitos Osteoarticulares Encontrados em 12.341 Crianças e Jovens Escolares e a Prevenção das Artroses” usando como instrumento de trabalho a radiografia do aparelho locomotor, a que já nos referimos. Os autores verificaram que os pequenos e médios defeitos de posição, forma e estrutura osteoarticulares, eram frequentes e semelhantes aos que os mesmos autores encontraram nos adultos já a sofrer de artroses secundárias.<sup>9</sup>

De 1980 a 1982, durante 3 anos, a ARP deixou de ser publicada por falta de material científico. Foi posta a circular de novo no 1º trimestre de 1983 por Robert Martins, que, a propósito, escreveu um editorial denominado “*Ressurrecta Est*”.<sup>10</sup>

Se Robert Martins ressuscitou a ARP, a sua continuidade nos anos seguintes esteve quase

inteiramente nas mãos dos reumatologistas e dos internos da especialidade de reumatologia do Hospital de S. Maria que chegaram a preencher números completos com os seus trabalhos (fig. 5)<sup>11-21</sup> e outros quase completos.<sup>21-29</sup>

No biénio 1981-1983, o editor da ARP foi Araújo Rego e o presidente da SPR João Figueirinhas.

Em 1983, Mendes de Magalhães publicou “A Posição da Medicina Nuclear na Patologia Osteoarticular, designadamente em Reumatologia” e contribuiu para a difusão desta técnica na especialidade.<sup>30</sup>

Nos anos 1983-1985, o editor da ARP foi Viana de Queiroz e o presidente da SPR Galvão de Figueiredo.

Em 1984, Melo Gomes e colaboradores publicaram “Uma Casuística de 85 Doentes com Artrite Crónica Juvenil”<sup>31</sup>, e venceram o prémio Ciba Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1983. Nesse estudo, dos 85 doentes observados, 9 (11%) tinham a forma de início poliarticular seropositiva; 21 (25%) a forma poliarticular seronegativa; 13 (15%) a forma sistémica e 42 (49%) a forma oligoarticular.

Em 1985, Teixeira da Costa e colaboradores publicaram uma casuística exaustiva de doentes com Síndrome de Sjögren Primário<sup>32</sup>, e venceram o prémio Ciba Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1985. Foram objecto de estudo 22 doentes surgindo as manifestações articulares em 18 casos (82%). O envolvimento foi sempre poliarticular e geralmente simétrico, intermitente e bem controlado pelos anti-inflamatórios não esteróides. A biópsia das glândulas salivares menor do lábio, realizada em 21 doentes e a da parótida em 1, revelou um infiltrado linfo-plasmocitário sendo em 18 doentes das classes 2, 3 ou 4 de Tarpley.

No biénio 1983-1985, o editor da ARP foi Robert Martins e o presidente da SPR foi Luís Araújo Rego.

Robert Martins havia voltado à Direcção da SPR em 1983.

Em 1986, Miranda Rosa e colaboradores publicaram “Estudo da Articulação Atlóido-Odontoideia em 160 doentes com Artrite Reumatóide”, revelando que a lesão desta articulação surgiu em 20% dos doentes.<sup>33</sup>

O número de Junho de 1987 da ARP foi inteiramente dedicado à reumatologia pediátrica, e nele publicaram Barbara Ansell, pioneira da reumatologia pediátrica a nível mundial, Anne Marie Prieur, Malcolm Swann, Maria de Lurdes Levy, Evaristo Ferreira, Viana de Queiroz, José Alberto Pereira da Silva e Melo Gomes.<sup>34</sup>

Entre 1987 e 1989 o editor da ARP foi José Alberto Pereira da Silva e o presidente da SPR Georgette Banet.



Número 72 da Acta Reumatológica Portuguesa (Janeiro-Março de 1995)

6. Figueirinhas J – Estudo Epidemiológico dos Reumatismos em Portugal. Acta Reuma. Port. IV(1-2):23-56,1976
7. Martins ML – Afeções Reumáticas, Absentismo e Invalidez. Acta Reuma. Port. 5(3)1977
8. Martins R – Editorial. Acta Reuma. Port. 14(4):163-168, 1978
9. Teixeira MA – Defeitos Osteo-Articulares Encontrados em 12.341 Crianças e Jovens Escolares e a Prevenção das Artroses. Acta Reuma. Port. VII(3):117-136,1979
10. Martins R – Editorial. Resurrecta Est. Acta Reuma. Port. VIII(1):1-2, 1983
11. Acta Reuma. Port. XI(4),nº41,1986
12. Acta Reuma. Port. XI(4),nº42,1987
13. Acta Reuma. Port. XIII(4),nº49,1988
14. Acta Reuma. Port. XIV(1),nº50,1989
15. Acta Reuma. Port. XIV(2),nº51,1989
16. Acta Reuma. Port. XV(2),nº55,1990
17. Acta Reuma. Port. XV(4),nº57,1990
18. Acta Reuma. Port. XVI(2),nº59,1991
19. Acta Reuma. Port. XVII(1),nº62,1992
20. Acta Reuma. Port. XVII(2),nº63,1992
21. Acta Reuma. Port. XVII,nº64,1993
22. Acta reuma. Port. X(4),nº37,1985
23. Acta Reuma. Port. XIII(1),nº46,1988
24. Acta Reuma. Port. XIV(3),nº52,1989
25. Acta Reuma. Port. XV(1),nº54,1990
26. Acta Reuma. Port. XV(3),nº56,1990
27. Acta Reuma. Port. XVI(5),nº58,1991
28. Acta Reuma. Port. XVI(3),nº 6,1991
29. Acta Reuma. Port. XIX(1),nº70,1994
30. Mendes Magalhães E – A Posição da Medicina Nuclear na Patologia Osteo-Articular, Designadamente em Reumatologia. Acta Reuma. Port. VIII(4):196-206,1983
31. Melo Gomes J, Viana Queiroz M – Artrite Crónica Juvenil. Análise de uma Casuística de 85 Doentes. Acta Reuma. Port. IX(2):65-108,1984
32. Teixeira da Costa J, Sousa MC, Costa e Silva M, Gomes da Costa J, Odete Almeida M, Prudêncio AM, Couto A, Lopes MG, Sousa Ramalho P, Viana Queiroz M – Síndrome de Sjögren Primário. Acta Reuma. Port. X(4):185-232,1985
33. Miranda Rosa C, Rodrigues M, Viana Queiroz M – Estudo a Articulação Atlóido-Odontoideia em 160 Doentes com Artrite Reumatóide do Adulto. Acta Reuma. Port. XI(4):197-203,1986
34. Número Alusivo à Reumatologia Pediátrica. Acta Reuma. Port. XII(2),nº43,1987



Direção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia no biénio 1987-1989. Da esquerda para a direita: Gouveia de Almeida, José Alberto Pereira da Silva, Viana de Queiroz, Georgette Banet (presidente), Licínio Poças, Manuel Raposo e Ribeiro da Silva.

Em 1987, Alves de Matos e colaboradores publicaram “As Manifestações Reumáticas em Doentes com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise Iterativa”<sup>35</sup>, e venceram o prémio Ciba-Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1987.

Foram estudados sob o ponto de vista reumatológico 60 doentes em hemodiálise iterativa, tendo-se verificado que as queixas músculo-esqueléticas mais frequentes foram as raquialgias (63%), as artralguas periféricas (55%), a fraqueza muscular (37%), a dor muscular (33%), a síndrome do túnel de tarso (23%), a dor óssea (22%) e a síndrome do túnel do carpo (18%). As artrites atingiram 5 doentes (8%), as tenosinovites 3 (5%) e as bursites 2 (3%). Verificou-se que os doentes que apresentavam maiores níveis de paratormona referiam mais artralguas, e que dos 5 doentes com artrites 4 tinham critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos de hiperparatiroidismo.

Em 1988, Jaime Branco e colaboradores publicaram “Estudo da Função Testicular em 26 Doentes com Artrite Reumatóide”<sup>36</sup> e ganharam um dos prémios das Jornadas de Atualização e Avanços em Reumatologia, 1988. O trabalho abrangeu 26 doentes do sexo masculino com artrite reumatóide, sendo as alterações sexuais mais frequentes nos doentes com a doença mais activa, nos indivíduos mais idosos e nos que estavam a tomar corticosteróides. A artrite reumatóide não inibiu a função testicular e o estudo dos valores das gonadotropinas pareceu indicar a existência de uma disfunção hipotalâmica.

Em 1989, foi criado o prémio Acta Reumatológica Portuguesa, de periodicidade bianual, para distinguir o melhor trabalho científico publicado na revista nos últimos 2 anos. O prémio foi atribuído pela primeira vez em 1988 a Miranda Rosa e colaboradores,

com o trabalho “Uma Casuística sobre Doença de Behcet”<sup>37</sup>. Os autores estudaram 22 doentes com doença de Behcet, verificando que as úlceras orais e as artrites foram as manifestações clínicas mais frequentes estando presentes em 21 doentes (96%).

As lesões oculares e as lesões cutâneas polimórficas ocorreram respectivamente em 13 (59%) e em 11 doentes (50%) e o sinal da picada foi registado em 8 (36%). O envolvimento do sistema nervoso central afectou 4 doentes (23%). O antígeno HLA-B5 surgiu em 8 doentes (47%) e o HLA-B27 em 4 (23%).

No biénio 1989-1991, o editor foi novamente José Alberto Pereira da Silva, sendo presidente da SPR Licínio Poças.

Em 1989, Jaime Branco e colaboradores publicaram o trabalho “Arterite Temporal de Células Gigantes e Polimialgia Reumática”<sup>38</sup> e venceram o prémio Acta Reumatológica Portuguesa 1990. O estudo envolveu 15 doentes com arterite temporal de células gigantes e 19 com polimialgia reumática. Em ambas as doenças foram colocados diagnósticos prévios incorrectos ou incompletos em cerca de metade dos casos. A amaurose surgiu em 40% dos doentes com arterite temporal de células gigantes. A biopsia da artéria temporal realizada em todos os doentes com arterite temporal foi contributiva em 80% dos casos.

Em 1990, Viviana Tavares e colaboradores publicaram “Artrite Reumatóide no Sexo Masculino”<sup>39</sup>, verificando que ao contrário do que habitualmente está escrito, a artrite reumatóide nos homens não apresenta maior gravidade. Com este estudo venceram o prémio Ciba-Geigy de Reumatologia Luís de Pap, 1989.

Em 1991, Henriqueta Martins e colaboradores adaptaram e validaram para a língua

Em 1989, foi criado o  
prémio Acta Reumatológica  
Portuguesa, de carácter  
bianual para distinguir o  
melhor trabalho científico

35. Alves Matos A, Branco JC, Neves FC, Sousa FT, Santos JP, Canas da Silva J, Mil-Homens C, Barbas JV, Viana Queiroz M – Manifestações Reumáticas em Doentes com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise Iterativa. Acta Reuma. Port. XII(4):203-225,1987

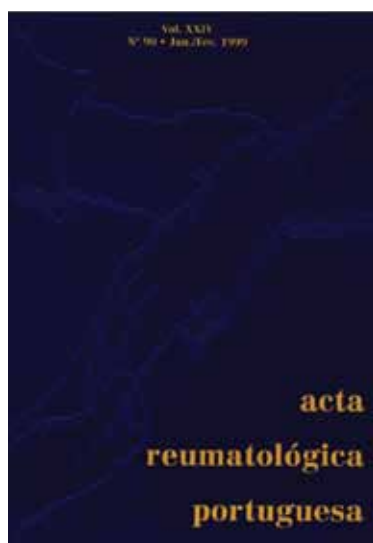
36. Branco JC, Tavares V, Alvóiro L, Rodrigues A, Mascarenhas MR, Galvão Teles A, Viana Queiroz M – Estudo da Função Testicular em Doentes com Artrite Reumatóide. Acta Reuma. Port. XIII(3):135-148,1988

37. Miranda Rosa C, Viana Queiroz M – Doença de Behcet. Revisão da Consulta de Reumatologia do Hospital de Sta. Maria. Acta Reuma. Port. XIII,(1):15-27,1988

38. Branco JC, Tavares V, Canas da Silva J, Viana Queiroz M – Arterite de Células Gigantes e Polimialgia Reumática. Acta Reuma. Port. XIV(3):125-151,1989

39. Tavares V, Branco JC, Viana Queiroz M – Artrite Reumatóide no Sexo Masculino. Acta Reuma. Port. XV(2):69-115,1990





Número 90 da Acta Reumatológica Portuguesa  
(Janeiro-Fevereiro de 1999)

portuguesa o Questionário de Mc Gill /Melzak para a Dor.<sup>40</sup>

No triénio 1991-1994, a editora da ARP foi Aurora Marques e o presidente da SPR Viana de Queiroz.

No contexto do Programa CINDI/OMS, Alves de Matos e colaboradores relataram a prevalência das doenças reumáticas observada numa população de 1381 indivíduos supostamente saudáveis do distrito de Setúbal.<sup>41</sup> Neste trabalho, a prevalência das doenças reumáticas foi de 15,7%. A doença reumática mais prevalente foi a osteoartrite (10,3%), seguindo-se-lhe o ombro doloroso e limitado (3%), a gota úrica (1,5%), a artrite reumatóide (0,4%), as espondilartroses seronegativas (0,45%) e a artrite idiopática juvenil (0,07%). Este trabalho foi o primeiro e, até agora único, a estudar a prevalência das doenças reumáticas numa população de indivíduos supostamente saudáveis.

Nesse mesmo ano, José Carlos Romeu e colaboradores publicaram “As Manifestações Reumáticas da Cirrose Biliar Primária”<sup>42</sup>, e venceram o prémio Ciba-Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1991. Os autores estudaram prospectivamente as manifestações reumáticas em 17 doentes com cirrose biliar primária, verificando que as artralguas e/ou artrites periféricas surgiram em 7 doentes (41%) e o síndrome de Sjögren em 10 (59%), sendo comuns as manifestações clínicas extra-hepáticas e as alterações imunológicas que surgem frequentemente associadas às conectivites.

Em 1992, Fernando Saraiva e colaboradores efectuaram o trabalho “O Envolvimento Renal na Artrite Reumatóide. Estudo Retrospectivo de 530 casos e Revisão da Literatura”.<sup>43</sup> Os autores verificaram envolvimento renal em 96 dos 530 doentes estudados (18,1%), sendo as manifestações mais frequentes a proteinúria detetada em 60 doentes (62,5%) e a leucocitúria em 41 doentes (42,7%). Todos os 96 doentes estudados haviam feito tratamento com anti-inflamatórios não esteróides e/ou fármacos imunomoduladores potencialmente nefrotóxicos (saís de ouro e d-penicilamina).

No mesmo ano, Luís Gaião e colaboradores estudaram uma casuística de 135 doentes com espondilite anquilosante, tendo 28 doentes (20,7%) início juvenil da doença (<16 anos) e 107 (79,3%) início na idade adulta. O início precoce da doença pareceu predispor a maior gravidade.<sup>44</sup>

Em 1993, Viviana Tavares e colaboradores estudaram a “Aplicabilidade à População Portuguesa de Instrumentos Multidimensionais para a Avaliação da Saúde em Reumatologia”.<sup>45</sup>

No biénio 1994-1996, a editora foi Viviana Tavares e o presidente da SPR José Alberto Pereira da Silva.

Em 1994, Maria José Santos e colaboradores publicaram “Estudo Comparativo do LES em Doentes do Sexo Masculino e do Sexo Feminino”.<sup>46</sup> Foram estudados 125 doentes, sendo 100 do sexo feminino e 25 do sexo masculino. Os autores verificaram que nos doentes com lúpus do sexo masculino os envolvimento pulmonar e cardíaco eram mais frequentes do que nos doentes do sexo feminino. Verificaram, também, que o LES entre os homens teve um comportamento mais agressivo e pior prognóstico.

Ainda em 1994, Luís Rebelo publicou “Factores Psicossociais da Artrite Reumatóide”<sup>47</sup>, tema que serviu de base à sua tese de doutoramento.

Em 1995 Jaime Branco e Alves de Matos efectuaram o trabalho “Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur”, bem assim os custos hospitalares do enfarte agudo do miocárdio, da doença hepática alcoólica crónica e da doença pulmonar crónica obstrutiva. Os autores verificaram que os custos das fracturas osteoporóticas eram 42% do total dos custos das 4 doenças, e eram muito superiores aos custos do enfarte agudo do miocárdio, da doença hepática alcoólica crónica e da doença pulmonar crónica obstrutiva, quando consideradas isoladamente.<sup>48</sup>

Em 1996, Rui André Santos e colaboradores adaptaram e validaram para a língua portuguesa a versão curta do “Health Assessment Questionnaire”<sup>49</sup> vencendo o prémio Acta Reumatológica Portuguesa, 1993. Os autores seleccionaram 81 doentes com artrite reumatóide, sendo 71 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, concluindo que a aplicação desta versão do HAQ-c na população portuguesa é limitada pela elevada percentagem de doentes que não conseguiu preencher o questionário (33,3%).

Nos anos 1996-1998, a editora da ARP foi Viviana Tavares e o presidente da SPR Melo Gomes.

Ainda em 1996, Maria Odete Hilário e colaboradores publicaram “Febre Reumática. Manifestações Articulares Atípicas” em 93 crianças (117 surtos) observadas no Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina. Os autores verificaram um predomínio das grandes articulações dos membros inferiores e da coluna cervical. Em 36% dos doentes o envolvimento articular teve características atípicas.<sup>50</sup>

Em 1997, Cláudia Sousa e colaboradores, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, publicaram “Doença de Kawasaki: Relato de 52 Casos”.<sup>51</sup> Comparando a sua série de 52 casos com os dados da literatura, os autores constataram uma incidência menor de alterações coronárias na sua casuística.

Ainda nesse ano, Breno Pereira e colaboradores, da Universidade Federal de Goiás, efectuaram

40. Martins H, Teixeira J, Canas da Silva J, Teixeira da Costa J, Viana Queiroz M. - Questionário de Mc Gill/Melzak para a Dor. Acta Reuma. Port. XVI(6):83-91,1991
41. Alves de Matos A, Branco J, Canas da Silva J, Viana Queiroz M, Pádua F - Inquérito Epidemiológico de Doenças Reumáticas. Uma Amostra da População Portuguesa. Acta Reuma. Port. XVI(1):98,1991
42. Romeu JC, Freitas J, Teixeira da Costa J, Rodrigues M, Vieira RM, Novais M, Cravo I, Freitas JR, Campos P, Gama Afonso, Viana Queiroz M, Monteiro E.- Manifestações Reumáticas da Cirrose Biliar Primária. Acta reuma. Port. XVI(4):169-186,1991
43. Saraiva F, Canas da Silva J, Nogueira A, Branco J, Viana Queiroz M - O Envolvimento Renal na Artrite Reumatóide - Estudo Retrospectivo de 530 Casos e Revisão da Literatura. Acta Reuma. Port. XVII(3):95-113,1992
44. Gaião L, Rosa CM, Silva J, Teixeira da Costa J, Viana Queiroz M - Espondilartrose Anquilosante - Início Juvenil e Início Adulto. Acta Reuma. Port. XVII(2):69-81,1992
45. Tavares V, Matos AC, Branco JC, Canas da Silva J - Instrumentos Multidimensionais para Avaliação da Saúde em Reumatologia. Estudo da sua Aplicabilidade à População Portuguesa. Acta Reuma. Port. XVIII(4):135-163,1993
46. Santos MJ, Silva JP, Viana Queiroz M - Estudo Comparativo do Lúpus Eritematoso Sistémico em Doentes do Sexo Masculino e Feminino - Acta Reuma. Port. XIX(1):5-22,1994
47. Rebelo L - Factores Psicossociais na Artrite Reumatóide. Os Conhecimentos dos Reumatologistas - Acta Reuma. Port. XIX(1):23-42,1994
48. Branco JC, Alves de Matos A - Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur. Acta Reuma. Port. 72:7-22,1995
49. Santos RA, Reis P, Rebelo L, Costa Dias F, Miranda Rosa C, Viana Queiroz M - Health Assessment Questionnaire (versão curta). Adaptação para a Língua Portuguesa e Estudo da sua Aplicabilidade. Acta Reuma. Port. 76:15-20,1996
50. Hilário MO, Len C, Nasipitz C - Febre Reumática. Manifestações Articulares Atípicas. Acta Reuma. Port. 77:51-54,1996
51. Sousa C, Goldenzon A, Dinis C, Sztajnbock F, Bica B, Oliveira F - Doença de Kawasaki: Relato de 52 Casos. Acta Reuma. Port. 80:29-32,1997

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

Perda de eficácia devido  
à formação de anticorpos  
neutralizantes<sup>7</sup>

Aumento de dose<sup>7</sup>



## SIGA ESTE CAMINHO:

- PARA NÍVEIS SÉRICOS CONSISTENTEMENTE DETETÁVEIS E RESPOSTAS CLÍNICAS SUSTENTADAS<sup>1-4, 7-10</sup>
- PARA UM SUCESSO DURADOURO DO TRATAMENTO<sup>1-3, 11-15</sup>
- PARA EFICÁCIA E SEGURANÇA A LONGO PRAZO<sup>1-6, 16</sup>

Artrite Reumatóide  
Espondilite Anquilosante  
Artrite Psoriática



**Referências Bibliográficas:** 1. Vekki LM, Sumathiurty 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. Saoujou I, Markatseli 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 REPAIR trial. *J Rheumatol.* 2011;38:1355-1362. 6. Sierry 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. RCM Etanercept. 8. Dore RK, Matthews S, Schedman J, et al. The immunogenicity, safety, and efficacy of etanercept liquid administered once weekly in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2007;25:40-46. 9. Klareskog L, Gaubitz M, Rodriguez-Valverde V, et al for The Etanercept Study 301 Investigators. Assessment of long-term safety and efficacy of etanercept in a 5-year extension study in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;29:238-247. 10. Arends S, Lebbink HF, Sporenberg A, et al. The formation of autoantibodies and antibodies to TNF $\alpha$  blocking agents in relation to clinical response in patients with ankylosing spondylitis. 11. Marchesoni A, Zaccara E, Gorla R, et al. TNF $\alpha$  antagonist survival rate in a cohort of rheumatoid arthritis patients observed under conditions of standard clinical practice. *Ann NY Acad Sci.* 2009;1173:837-846. 12. Strangfeld A, Hiesse F, Kekov J, et al. Comparative effectiveness of TNF $\alpha$  inhibitors in combination with either methotrexate or leflunomide. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1856-1862. 13. Kristensen LE, Sævi T, Geborek P, The LUNDEX, a new index of drug efficacy in clinical practice: results of a five-year observational study of treatment with infliximab and etanercept among rheumatoid arthritis patients in southern Sweden. *Arthritis Rheum.* 2006;54:600-606. 14. Hetland ML, Christensen U, Tarp U, et al. Direct comparison of treatment responses, remission rates, and drug adherence in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab, etanercept, or infliximab: results from eight years of surveillance of clinical practice in the nationwide Danish DANBIO registry. *Arthritis Rheum.* 2010;62:22-32. 15. Martin-Mola E, Sieper J, Leirisalo-Repo M, et al. Sustained efficacy and safety, including patient-reported outcomes, with etanercept treatment over 5 years in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2010;28:238-245. 16. Weinblatt ME, Bathon JM, Kremer JM, et al. Safety and efficacy of etanercept beyond 10 years of therapy in North American patients with early and longstanding rheumatoid arthritis. *Arth Care Res.* 2011;63:373-382.



**COMPOSIÇÃO** 225 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 10 mg pó e solvente para solução injetável para uso pediátrico contêm 10 mg de etanercept, após reconstituição, a solução contém 10 mg/ml 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 caneta pré-chaia 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** Tratamento de adultos com espondilite anquilosante activa grave que tenham tido uma resposta inadequada a 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, 10 mg pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico: 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, 10 mg pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico: Artrite idiopática juvenil** Tratamento da poliartrite (fator reumatóide positivo ou negativo) e oligoartrite alargada em crianças e adolescentes a partir dos 2 anos de idade que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância ao metotrexato. Tratamento da artrite psoriática em adolescentes a partir dos 12 anos de idade que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância ao metotrexato. Tratamento da artrite relacionada com entesite em adolescentes a partir dos 12 anos de idade que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância à terapêutica convencional. 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 10, 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 ( $\geq 65$  anos) Não é necessário ajuste posológico. **População pediátrica** A apresentação de 10 mg é para doentes pediátricos a quem foi prescrita uma dose de 10 mg ou inferior. Cada frasco para injectáveis de Enbrel 10 mg deve ser utilizado apenas para uma dose num doente, e qualquer solução remanescente deve ser descartada. **Artrite idiopática juvenil** 0,4 mg/kg (até 25 mg por dose, no máximo) administrados 2 vezes por semana, por injeção por via subcutânea, com um intervalo de 3-4 dias entre as doses ou 0,8 mg/kg (até um máximo de 50 mg por dose) administrados uma vez por semana. 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. **Psoríase em placas em pediatria (idade  $\geq 6$  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. Enbrel pó para solução deve ser reconstituído em 1 ml de solvente antes da administração. **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 infecções activas, incluindo infecções 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. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Infecções (incluindo infecções do tracto respiratório superior, bronquite, cistite e infecções cutâneas), infecções graves (incluindo pneumonia, celulite, artrite séptica, septicemia e infecção parasitária), tuberculose, infecções oportunistas (incluindo infecções invasivas por fungos, protozoários, bactérias e micobactérias atípicas e legionella), listeria, câncros 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 citoplasmáticos anti-neutrofílicos), reacções alérgicas/anafiláticas graves (incluindo angioedema e broncospasmo), sarcoidose, síndrome de activação dos macrófagos, vasculite positiva para anticorpos citoplasmáticos 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 de 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 e uveíte em doentes com AJJ 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** 08/2012

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



uma “Análise Retrospectiva de 21 Casos de Esclerodermia Infanto-juvenil”.<sup>52</sup> A análise desta casuística em crianças e jovens com menos de 16 anos demonstrou a boa evolução desta patologia e a ausência de envolvimento visceral importante.

Luís Inês e colaboradores, em 1998, publicaram “Epidemiologia e Custos Hospitalares das Fraturas Osteoporóticas do Colo do Fémur nos Hospitais da Universidade de Coimbra” (HUC). O trabalho de Luís Inês incidiu sobre 1573 casos de fraturas do colo do fémur observados durante 5 anos (1991-1995) nos H.U.C. Usando valores dos G.D.H., o custo da totalidade das fraturas foi de 1,1 milhões de contos (5.500.000 euros).<sup>53</sup>

Entre 1998 e 2000, o editor da ARP foi José António Pereira da Silva e o presidente da SPR Mário Rodrigues.

Em 1999, João Eurico Fonseca e colaboradores publicaram “Estudo Histopatológico da Sinóvia: Determinação dos Factores de Prognóstico de Tendência Erosiva na Artrite Reumatóide”<sup>54</sup>, e venceram o prémio Novartis de Reumatologia Luís de Pap, 1999. Este tema serviu de base à tese de doutoramento de João Eurico Fonseca.

Ainda em 1999, Fernando Saraiva e colaboradores publicaram o trabalho “Ultrasonografia do Aparelho Locomotor, uma Casuística de 342 Doentes e 429 Ecografias”.<sup>55</sup> Os autores verificaram uma grande dissociação entre os diagnósticos clínico e ecográfico e, mesmo quando coincidentes, a ecografia frequentemente adicionou outros dados diagnósticos relevantes. Este estudo veio abrir as portas da reumatologia portuguesa a esta técnica imagiológica.

José António Pereira da Silva e colaboradores, neste mesmo ano, efectuaram o estudo “Diagnóstico Densitométrico da Osteoporose: Critérios de Referência na População Portuguesa”, divulgando um padrão nacional que pode ser testado em diversas regiões do país.<sup>56</sup>

Em 2000-2002, o editor foi José António Pereira da Silva e o presidente da SPR Aroso Dias.

Neste mandato, a ARP surgiu com um novo visual, comemorando simbolicamente a sua centésima edição. O editor, José António Pereira da Silva, muito contribuiu para a melhoria qualitativa da revista, que se reforçou nos anos seguintes.

Em 2000, Daniel McCarty, num artigo de opinião, escreveu “Joint Infections With Adrenal Corticosteroid Ester Crystals – When and Why?”<sup>57</sup>

Em 2001, Maria João Salvador apresentou o caso de um doente com um factor reumatóide de 36.600 u/ml, que sofria de uma

gamapatia monoclonal IgM de significado indeterminado.<sup>58</sup>

Manuela Costa e colaboradores, em 2002, publicaram “Dor Músculo-esquelética na Criança e no Adolescente” observando 767 crianças de 4 escolas públicas de Lisboa, tendo a sua prevalência sido de 28,4%.<sup>59</sup>

No biénio 2002-2004, o editor da ARP foi Paulo Coelho e o presidente da SPR Jaime Branco.

Em 2002, Herberto de Jesus e colaboradores publicaram “Manifestações Reumáticas da Infecção VIH” em 37 doentes da região autónoma da Madeira.<sup>60</sup> Neste estudo, a patologia reumática surgiu em 53% dos casos, sendo a fibromialgia o quadro clínico mais frequente com 23% dos doentes. Não se detectaram síndromas reumatológicas clássicas porque a maioria dos doentes (68%) encontravam-se na fase precoce da doença e porque as novas terapêuticas com anti-retrovirais podem ter diminuído a sua incidência.

Em 2003, no número comemorativo do Congresso EULAR 2003, Viana de Queiroz e Jaime Branco fizeram uma história breve da reumatologia portuguesa, João Rego escreveu sobre a rainha D. Leonor, patrona da reumatologia em Portugal e Telo Morais sobre a reumatologia nas artes plásticas.<sup>61</sup>

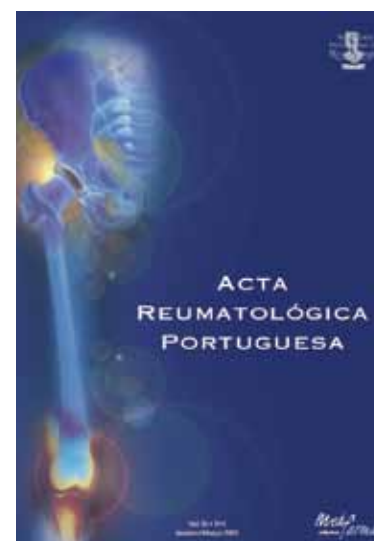
Lúcia Costa e colaboradores, em 2004, estudaram a “Prevalência Autodeclarada de Doenças Reumáticas numa População Portuguesa”. Foram inquiridos 1238 indivíduos, concluindo-se que 25% deles referiu sofrer de uma doença reumática.<sup>62</sup> Tanto quanto sabemos foi o 1º trabalho do género na literatura reumatológica portuguesa.

No período compreendido entre 2004 e 2006, o editor da ARP foi João Eurico Fonseca e o presidente da SPR Domingos Araújo.

Em 200, o GEAR (Grupo de Estudo de Artrite Reumatóide), publicou uma “Análise de 376 doentes com Artrite Reumatóide submetidos a Terapêutica Biológica”.<sup>63</sup> No mesmo ano Melo Gomes e colaboradores adaptaram e validaram o Childhood Assessment Questionnaire (CHAQ) um instrumento de saúde específico que mede a capacidade funcional nas actividades de vida diária de crianças.<sup>64</sup>

Maria do Rosado e colaboradores publicaram, em 2006, a adaptação e validação para a língua portuguesa do “Questionário de Impacto da Fibromialgia”.<sup>65</sup>

No mesmo ano, João Eurico Fonseca e colaboradores publicaram “Tuberculose em Doentes Reumáticos Tratados com Antagonistas do Factor de Necrose Tumoral: A Experiência Portuguesa” tendo contabilizado e analisado 13 doentes com tuberculose.<sup>66</sup>



Número 1 do Volume 26 da Acta Reumatológica Portuguesa (Janeiro-Março de 2001)

52. Pereira B, Fernandez R, Ximenes AC, Attux C, Pitaluga R, Oliveira M, Silva NA – Esclerodermia Infanto-Juvenil: Análise Retrospectiva de 21 Casos. Acta Reuma. Port. 83:9-12,1997
53. Inês LS, Pereira da Silva JA, Cunha N, Porto A – Epidemiologia e Custos Hospitalares das Fraturas Osteoporóticas do Colo do Fémur nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Acta Reuma. Port. 84:7-17,1998
54. Fonseca JE, Canhão H, Resende C, Saraiva F, Teixeira da Costa J, Pimentão J, Fonseca MC, Pereira da Silva J, Viana Queiroz M – Estudo da Correlação entre a Histopatologia da Sinóvia Reumatóide e a Evolução Clínica da Doença: Diagnóstico Precoce e Factores de Prognóstico. Acta Reuma. Port. 92:11-25,1999
55. Saraiva F, Rosa A, Canhão H, Pimentão J, Viana Queiroz – Ecografia do Aparelho Locomotor: Experiência de uma Unidade de Reumatologia. Acta Reuma. Port. 94:7-13,1999
56. Pereira da Silva JA, Campito H, Reis P – Diagnóstico Densitométrico: Critérios de Referência na População Portuguesa. Acta Reuma Port 93:9-18, 1999
57. Mc Carty DJ – Joint Injections with Adrenal Corticosteroid Ester Crystals – When and Why? Acta Reuma. Port 99:9-11,2000
58. Salvador MJ, Silva C, Silva JAP, Malcata A, Porto A – Factor Reumatóide de 36000 u/ml. Acta Reuma. Port. 26:279-284,2001
59. Costa MM, Nero P, Branco E, Branco JC – Dor Músculo-Esquelética na Criança e no Adolescente. Acta Reuma. Port. 27:165-174,2002
60. Jesus H, Reis AP, Quintal A, Araújo NB – Manifestações Reumatológicas na Infecção VIH. Estudo Prospectivo na Região Autónoma da Madeira. Acta Reuma Port 27:225-230,2002
61. Número Comemorativo do Congresso EULAR 2003. Edição Especial – Acta Reuma. Port. – EULAR 2003
62. Costa L, Gal D, Barros H – Prevalência Auto-Declarada de Doenças Reumáticas numa População Portuguesa. Acta Reuma. Port 29:169-174,2004
63. Grupo de Estudo de Artrite Reumatóide da Sociedade Portuguesa de Reumatologia – GEAR – Análise de 376 Doentes com Artrite Reumatóide Submetidos a Terapêutica Biológica Registrados na Base de Dados de Agentes Biológicos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Acta Reuma. Port. 30:63-71,2005
64. Melo Gomes J, Ruperto N, Canhão H, Fonseca JE, Quintal M, Salgado M, Santos MJ – Versão Portuguesa do Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ). Acta Reuma. Port. 30:145-153,2005
65. Rosado ML, Pascoalinho J, Fonseca JP, Branco JC – Adaptação Cultural e Validação do Fibromyalgia Impact. Acta Reuma. Port. 31:157-165,2006



(pausa)

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

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

Coroando um período de grande qualidade e rigor, no número de Julho a Setembro, a ARP, tendo como editor João Eurico Fonseca, foi indexada no Medline/Pub.Med.<sup>67</sup>

Depois de indexada a ARP passou a ser mais procurada por reumatologistas estrangeiros, nomeadamente brasileiros.

Seguindo a metodologia adoptada pela SPR (artigos publicados preferencialmente em inglês), nos anos seguintes foram indexadas a Revista Brasileira de Reumatologia e a Reumatologia Clínica, órgão oficial das Sociedades Espanhola e Mexicana de Reumatologia.

No biénio 2006-2008, a editora da ARP foi Maria José Santos e o presidente da SPR Augusto Faustino.

Maria José Santos e colaboradores, em 2007, publicaram “Caracterização de uma População Portuguesa de 544 doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico”.<sup>68</sup> Os Autores estudaram retrospectivamente 544 doentes com lúpus eritematoso sistémico oriundos de 5 Serviços de Reumatologia portugueses (Hospitais de S.Maria, Hospital Egas Moniz, Instituto Português de Reumatologia, Hospital Garcia de Horta e Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro) e seguidos desde 1976 até 2006. A maior parte dos doentes (505 – 93%) eram do sexo feminino, caucásicos (483 – 89%), com uma idade média à data do diagnóstico de 35 anos.

As manifestações clínicas mais frequentes foram as músculo-esqueléticas (91%); cutâneo-mucosas (90%) e hematológicas (58%). Os anticorpos antinucleares foram detectados em 99% dos doentes, o anti-DNA em 76%, o anti-Sm em 33%, o anti-SSB em 20%, o anti-RNP em 26%, o anti-Sm em 22%, o anti-cardiolipina em 31% e o anti-coagulante lúpico em 21%. Concluíram referindo que as características dos doentes com lúpus eritematoso sistémico em Portugal são semelhantes às descritas noutras populações predominantemente caucásicas.

Em 2008, Catarina Ambrósio, Jorge Garcia, Maria João Salvador e Armando Malcata, publicaram pela primeira vez em Portugal, o relato de um caso de condrocalcinose familiar ocorrida em dois irmãos.<sup>69</sup>

Helena Canhão foi a editora da ARP entre 2008 e 2010 e Rui André Santos o presidente.

Em 2009, são publicados “Primary Antiphospholipid Syndrome Pregnancy Outcome in Portuguese Population” (67 gestações em 51 doentes), por Fátima Serrano e colaboradores e “Gravidez e Anticorpos Antifosfolípidos em Doentes com Lúpus (136 gestações) por Alexandra Cordeiro e colaboradores, ambos médicos da Maternidade Alfredo da Costa.<sup>70,71</sup>

No trabalho de Fátima Serrano, a despeito da alta incidência de complicações obstétricas, o tratamento precoce com aspirina em doses baixas e heparina de baixo peso molecular, combinado com uma monitorização materno-fetal rigorosa, associou-se a um aumento da percentagem de filhos vivos.

No trabalho de Alexandra Cordeiro a avaliação da gravidez em doentes com lúpus e anticorpos antifosfolípidos apresentou maior percentagem de insucessos do que nos doentes sem estes anticorpos (8,1% vs 2,1%)

Em Junho de 2010, a ARP recebeu um factor de impacto no Science Citation Index.<sup>72</sup> A editora era Helena Canhão.

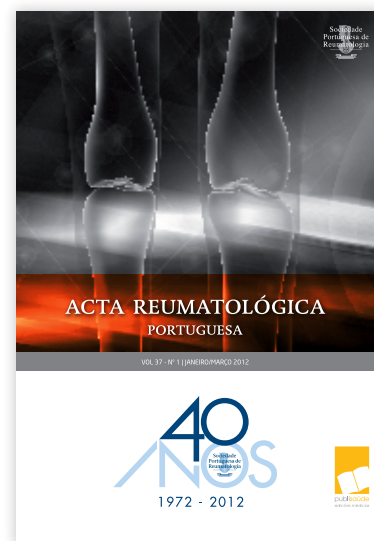
No biénio 2010-2012 a editora da ARP é Lúcia Costa e o presidente da SPR Luís Maurício dos Santos.

Maria José Santos e colaboradores, em 2010, publicou “Cardiovascular Risk Profile in Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis tendo realizado este estudo em 100 doentes com LES, 98 com Artrite Reumatoide e 102 Controlos.<sup>73</sup> Os autores verificaram que os riscos cardiovasculares são muito mais prevalentes entre os doentes com A.R. e L.E.S. do que nos controlos. Verificaram, também, que o risco cardiovascular é diferente entre as 2 populações de doentes, sendo a hipertensão mais frequente no lúpus e a hipercolesterolemia mais frequente na artrite reumatóide.

Em 2011, Helena Canhão e colaboradores publicaram “Reuma – PT – The Rheumatic Diseases Portuguese Register” que incluiu 3438 doentes, estando submetidos a terapêutica biológica 700 e a terapêutica com fármacos modificadores da doença 1462.<sup>74</sup>

Ainda em 2011, T. Santiago e colaboradores publicaram “Brucelose Osteoarticular: Um Retrato dos Últimos 10 anos”, onde se analisaram 90 doentes com esta patologia.<sup>75</sup> A manifestação mais frequente foi a espondilodiscite (57%) com envolvimento lombo-sagrado em 40%.

E nesse mesmo ano Inês Gonçalves e colaboradores efectuaram a “Caracterização de uma População de 125 doentes com Esclerose Sistémica”, tendo verificado que 20% eram formas cutâneas difusas da doença e 80% formas cutâneas localizadas. A Capilaroscopia apresentou alterações em todos os doentes.<sup>76</sup> ■



Número 1 do Volume 37 da Acta Reumatológica Portuguesa (Janeiro-Março de 2012)

66. Fonseca JE e Colaboradores – Tuberculose em Doentes Reumáticos Tratados com Antagonistas do TNF alfa: Experiência Portuguesa. Acta Reuma. Port. 31:247-53,2009
67. Indexação da Acta Reumatológica Portuguesa no Medline/Pubmed. Acta Reuma. Port. 31:197-198,2006
68. Santos MJ, Capela S, Figueira A, Nero P, Matos AC, Silva C, Miranda L, Barcelos A, Marques A, Teixeira A, Branco JC, Silva JC, Viana Queiroz M – Caracterização de uma População Portuguesa com Lúpus Eritematoso Sistémico. Acta Reuma. Port.32:153-161,2007
69. Ambrósio C, Garcia J, Salvador MJ, Malcata A – Condrocalcinose Familiar: Uma História para Dois Irmãos. Acta Reuma. Port. 33:352-356,2008
70. Serrano F, Nogueira I, Borges A, Branco J – Primary Antiphospholipid Syndrome: Frequency Outcome in a Portuguese Population. Acta Reuma. Port. 34:492-497,2009
71. Cordeiro A, Lermann R, Ambrósio P, Nogueira I, Serrano F – Gravidez e Anticorpos Antifosfolípidos em Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico: Uma Avaliação do Prognóstico. Acta Reuma. Port. 34:485-491,2009
72. Fonseca JE e Colaboradores – Acta Reumatológica Portuguesa: Atribuição do Factor de Impacto em Junho 2010. Acta Reuma. Port. 35:129-130, 2010
73. Santos MJ, Vinagre F, Silva JC, Gil V, Fonseca JE – Cardiovascular Risk Profile in Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis: A Comparative Study of Female Patients. Acta Reuma. Port. 35:325-332,2010
74. Canhão H, Faustino A, Martins F, Fonseca JE e Colaboradores – Reuma-pt-The Rheumatic Diseases Portuguese Register. Acta Reuma. Port. 36:45-56,2011
75. Santiago T, Rovisco J, Silva J, Pereira da Silva JA – Brucelose Osteo-Articular: Um Retrato dos Últimos 10 Anos. Acta Reuma. Port. 36:120-125,2011
76. Gonçalves I, Miguel C, Cortes S, Coelho PC – Caracterização de uma População de 125 Doentes com Esclerose Sistémica. Acta Reuma. Port. 36:38-39,2011 (Sup)





## Devolve às mãos a vida “normal”

O primeiro anti-TNF subcutâneo, mensal,  
com eficácia demonstrada em AR, AP e EA<sup>1</sup>

**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) ativa 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, 50 mg 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 autoimunes. 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, náuseas, 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** 09/2012 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Caneta pré-cheia: Medicamento compartilhado a 100% ao abrigo do Despacho nº18419/2010. Seringa pré-cheia: Medicamento não compartilhado. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o seu representante, Schering-Plough Farma Lda.**

1. SIMPONI® Resumo das características do produto. Setembro 2012

AR = artrite reumatóide; AP = artrite psoriática; EA = espondilite anquilosante

1 x mês  
**Simponi**®  
golimumab

## Eventos nacionais

### XXXII Curso de Reumatologia “Ciência na Prática”

Organização: Serviço de Reumatologia dos HUC

Local: Hotel Vila Galé Coimbra

Data: 11 e 12 de Outubro de 2012

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



### XX Jornadas do Instituto Português de Reumatologia

Organização: Instituto Português de Reumatologia

Local: Centro de Congressos de Lisboa

Data: 29 e 30 de Novembro de 2012

Mais informações:  
<http://www.spreumatologia.pt>



### Simpósio SPR “Inflamação e Dor”

Organização: Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Local: Centro Multimeios de Espinho

Data: 02 a 04 de Maio de 2013

Mais informações: <http://www.spreumatologia.pt>



## Eventos internacionais

### ACR / ARHP Annual Meeting 2012

Organização: American College of Rheumatology

Local: Washington, D.C.

Data: 10 a 14 de Novembro de 2012

Mais informações: <http://www.acrannualmeeting.org/>



### 25º Congrès Français de Rhumatologie

Organização: Sociedade Francesa de Reumatologia

Local: CNIT, Paris, França

Data: 09 a 12 de Dezembro de 2012

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



### Rheumatology 2013

Organização: Sociedade Britânica de Reumatologia

Local: Birmingham, Reino Unido

Data: 23 a 25 de Abril de 2013

Data-limite para envio de resumos: 21 de Novembro de 2012





Espaços

Termas do Luso

# Água com História

Cenário escolhido para as Jornadas de Outono da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, o Luso tem nas suas águas uma história secular







Grande Hotel do Luso

A primeira referência às águas termais da vila do Luso data de 1726 e consta do “Aquilégio Medicinal” (primeiro inventário das águas minerais portuguesas), da autoria de Francisco da Fonseca Henriques, que se referia à dita água como o “*olho de água quente, a que chamam o Banho*”. Em 1775, José António de Morais, um médico das proximidades, encaminha os primeiros doentes para os banhos do Luso, fazendo os primeiros ensaios das moléstias cutâneas.

No entanto, só em 1846, outro médico, Agostinho Dias da Graça, admirador das potencialidades terapêuticas desta água, proporia à Câmara Municipal da Mealhada a construção de um edifício para oferecer melhores condições de higiene e funcionalidade dos Banhos de Luso: “*há mais de vinte anos que teu tenho mandado para os banhos de Luso, no districto deste julgado, doentes com molestias de pelle, que tinham resistido a todos os remedios mais enérgicos, que a arte tem recomendado; e foram dos ditos banhos perfeitamente curados, sem que até agora tenham recaído*”, justificava.

Dez anos mais tarde era iniciada a construção das actuais instalações hidroterapêuticas: as banheiras foram forradas de azulejos e as torneiras eram porcelana da Vista Alegre; a piscina, considerada uma das mais belas da

## A primeira referência às águas termais da vila do Luso data de 1726

Europa, foi projectada nem mais nem menos por Gustave Eiffell. Ao mesmo tempo, era criada a Sociedade para o Melhoramento dos Banhos do Luso que daria lugar, em 1916, à Sociedade da Água do Luso.

Embora o nascimento da povoação do Luso remonte ao ano de 1024, foi a Sociedade da Água do Luso, o maior empregador do concelho da Mealhada, que colocou a vila no cenário turístico termal nacional e internacional.

### Nas proximidades

#### Palácio do Buçaco

O Palácio do Buçaco, onde está instalado actualmente o Palace Hotel do Bussaco, é considerado um dos mais belos e históricos



Palácio do Buçaco

hotéis do mundo. Está situado na Mata Nacional do Buçaco.

O edifício, projectado no último quarto do século XIX pelo arquitecto italiano Luigi Manini, tem um estilo neomanuelino, que se repercute nos perfis da Torre de Belém lavrados em pedra de Ançã, motivos do claustro do Mosteiro dos Jerónimos, alguns arabescos e florescências do Convento de Cristo.

O interior tem igualmente um acervo histórico surpreendente: destacam-se a colecção de azulejos do mestre Jorge Colaço, evocando os Lusíadas, os autos de Gil Vicente e a Guerra Peninsular, as esculturas de António Gonçalves e Costa Mota, as telas de João Vaz, os frescos de António Ramalho e as pinturas de Carlos Reis. A decoração inclui grandes tapeçarias e peças de mobiliário português, indo-português e chinês.



Convento de Santa Cruz do Buçaco

## A Mata Nacional do Buçaco possui espécies vegetais de todo o mundo, incluindo o mundialmente conhecido cedro-do-buçaco

### Convento de Santa Cruz do Buçaco

O convento foi construído entre 1628 e 1630 pela Ordem dos Carmelitas Descalços. Em 1834, data da extinção das ordens religiosas em Portugal, foi parcialmente demolido, dando lugar, em 1888, à construção do Palácio Real. As dependências conventuais que se mantiveram encontram-se abertas ao público.

### Mata Nacional do Buçaco

É uma área protegida localizada na Serra do Buçaco, plantada pela Ordem dos Carmelitas Descalços, caracterizada pelos votos de isolamento e pelo contributo dado ao desenvolvimento florestal. A mata possui espécies vegetais de todo o mundo, incluindo o mundialmente conhecido cedro-do-buçaco.

### Grande Hotel do Luso

Projectado pelo arquitecto modernista português Cassiano Branco, o Grande Hotel, que domina a paisagem do Luso pela sua cor forte, foi inaugurado em 1940 e acolhe a maior parte dos utentes das Termas do Luso. O seu ex-libris é a piscina olímpica, mas dispõe de diversas infra-estruturas, desde um centro de congressos a um court de squash. ■

### Características químicas da água termal do Luso

Hipossalina, mesotermal, cloretada sódica, sendo a concentração de sílica cerca de 26% do valor de mineralização total.

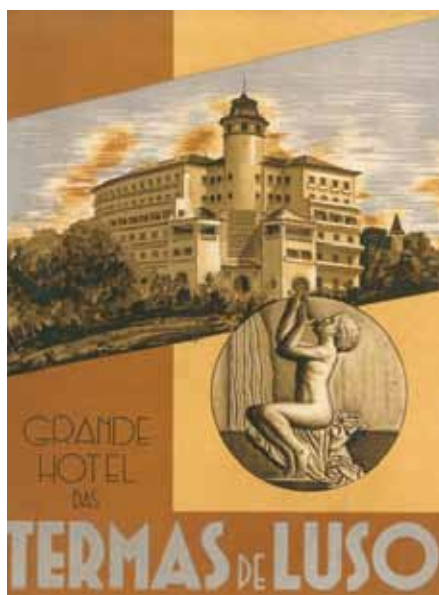
#### Tratamentos das Termas do Luso

Litíase Renal  
Insuficiência Renal  
Hipertensão Arterial  
Doenças Respiratórias (bronquite, sinusite)  
Doenças Metabólicas (hipercolesterolemia, diabetes, gota)

Reumatismos e perturbações do aparelho locomotor

Patologia dérmica

São ainda efectuados programas de reabilitação do aparelho locomotor, fisioterapia correctiva e recuperação da forma física e tratamentos de crenoterapia, electroterapia, termoterapia, ventiloterapia, mecanoterapia, cinesioterapia e hidro-cinesioterapia.







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.**

**Referências:** 1. Dougados M, *et al*. Double-blind study of tocilizumab plus methotrexate vs. tocilizumab plus placebo in patients with active rheumatoid arthritis despite prior methotrexate: progression of structural damage, quality of life, and physical function at 24 weeks. *Arthritis Rheum* 2011; 63(10) Abstract Supplement. 2. Jones G, *et al*. Comparison of tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis: the AMBITION study. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:88-96.

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 [www.roche.pt/roactemra](http://www.roche.pt/roactemra)



Os doentes estão no centro  
de tudo o que fazemos



**Destinos**

IN THIS TEMPLE  
AS IN THE HEARTS OF THE PEOPLE  
FOR WHOM HE SAVED THE UNION  
THE MEMORY OF ABRAHAM LINCOLN  
IS ENSHRINED FOREVER

**Washington, D.C.**

# **Símbolos da cidade**



**Capital dos EUA, Washington DC é muito mais do que um centro político. Se for ao Annual Meeting do American College of Rheumatology em Novembro, irá logo perceber porquê**

Quando Washington, D.C. (Washington, District of Columbia) foi escolhida pelo então presidente dos EUA, George Washington, para ser a capital do país, em 1790, a cidade ganhou uma conotação política que relegou para segundo plano as suas atracções culturais e turísticas. Apenas à primeira vista, claro.

É obrigatório visitar o Capitólio – a arquitectura clássica interior e as centenas de obras de arte fazem parte da história política norte-americana – e vislumbrar a Casa Branca, ícones de Washington, D.C., mas não fique por aqui. Sugerimos-lhe mais nove símbolos que representam o espólio arquitectónico, histórico, natural e até gastronómico da cidade.

### Monumento de Washington

É um obelisco dedicado a George Washington com 169 metros de altura, do topo do qual se pode ver toda a cidade. Está proibida a construção de quaisquer edifícios que sejam mais altos do que este símbolo da cidade.

### Lincoln Memorial

Projectado pelo arquitecto Henry Bacon e esculpido por Daniel Chester French, o imponente memorial feito em granito foi construído em 1922 como homenagem a Abraham Lincoln, baleado mortalmente no Ford's Theatre, em 1865. O Jefferson Memorial e o Roosevelt Memorial são também dedicados a ex-presidentes dos EUA.

### Biblioteca Folger Shakespeare

Localizada a leste do Capitólio, acolhe a maior colecção de obras do célebre escritor inglês William Shakespeare do mundo. Apesar de as obras mais raras não poderem ser vistas pelo público em geral, a biblioteca é uma das principais atracções da cidade.

A Biblioteca do Congresso é outra das maiores bibliotecas do mundo, possuindo mais de 144 milhões de itens em cerca de 460 idiomas.

### Complexo Watergate

Mais conhecido pelo escândalo Watergate do que pela sua beleza, este complexo de escritórios e apartamentos está situado no Bairro de Foggy Bottom, a Noroeste da cidade, e faz parte do Registo Nacional de Lugares Históricos dos EUA.

### Basílica do Santuário Nacional da Imaculada Conceição

Trata-se do maior templo católico dos EUA e da oitava maior estrutura religiosa do mundo. A construção, de arquitectura neo-bizantina,



Biblioteca Folger Shakespeare

A Biblioteca Folger Shakespeare acolhe a maior colecção de obras do célebre escritor inglês do mundo

Monumento de Washington



Capitólio



Casa Branca



foi iniciada em 1920 e terminou só depois da sua inauguração, em 1959.

## Galeria Nacional de Arte

Situada no National Mall, tem cerca de 110 mil obras em exibição que fazem parte de uma das mais importantes colecções de arte ocidental do mundo, de Rafael a El Greco, de Vélásquez a Modigliani.

## John F. Kennedy Center for Performing Arts

Acolhe os mais variados espectáculos de música e artes performativas. O complexo foi projectado pelo arquitecto Edward Stone e é administrado pela Smithsonian Institution.

Adams-Morgan é um dos bairros mais visitados pelos turistas devido à sua etnicidade

## Adams-Morgan

É um dos bairros mais visitados pelos turistas devido à sua etnicidade. A variedade é visível nas galerias de arte, nos restaurantes, nos antiquários e nas lojas originais.

## Georgetown

Se preferir uma experiência mais eclética ou burguesa, visite respectivamente o Eastern Market, um dos mais conhecidos mercados, e Georgetown, um bairro fundado em 1751, reconhecido pela sua arquitectura e inacabável lista de cafés e restaurantes. ■





# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA



# Sociedade Portuguesa de Reumatologia

SEDARE DOLOREM

OPUS DIVINUM EST

ELEANORA REGINA

40  
ANOS

1972 - 2012