

Viviana Tavares, presidente de Direção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

“Tratar pontualmente um doente reumático não dá equivalência a uma formação de cinco anos”



Embora alguns doentes reumáticos possam e devam ser acompanhados pela Medicina Geral e Familiar, há casos e técnicas que só devem ser assegurados pela formação e a experiência dos reumatologistas, afirma Viviana Tavares, presidente de Direção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**E**xistem em Portugal cerca de 150 reumatologistas e sabe-se que as doenças reumáticas são das mais prevalentes e que têm um grande impacto na vida do doente. Este número de especialistas é suficiente ou há necessidade de interligação com outras especialidades?

Há doenças reumáticas que podem e devem ser diagnosticadas, tratadas e acompanhadas pela Medicina Geral e Familiar, como a osteoartrose, as síndromes de dor crónica, os reumatismos periarticulares, a osteoporose, a gota úrica, as lombalgias, por exemplo, que são evidentemente do foro da Medicina Geral e Familiar, o que não quer dizer que ocasionalmente o doente não seja consultado pelo reumatologista quer porque o colega da Medicina Geral e Familiar tem dúvidas no diagnóstico ou na terapêutica quer porque surge uma complicação associada

àquela patologia. Deve haver, assim, uma estreita relação entre a Medicina Geral e Familiar e a Reumatologia. Tal como deve existir, e existe, uma colaboração estreita com a

**Nesta fase, não se justifica a existência de consultas de doenças auto-imunes, se estas existirem apenas para tratar doentes reumáticos**

Fisiatria e a Ortopedia, já que a reabilitação e a cirurgia ortopédica fazem parte da abordagem terapêutica de muitos doentes reumáticos. Se

me perguntar se os cardiologistas são suficientes para tratar todos os doentes hipertensos, claro que não são, como é evidente. Com as doenças reumáticas acontece exatamente o mesmo. Há doenças que são do âmbito da Medicina Geral e Familiar e outras da Reumatologia, como as doenças reumáticas sistémicas e inflamatórias, base da nossa prática hospitalar. Temos assistido a um crescente interesse da Medicina Geral e Familiar em fazer a sua formação opcional em Reumatologia e penso que, com o devido apoio aos colegas, a referenciação dos doentes, por um lado, e o acompanhamento das patologias que não necessitam de ir sempre ao reumatologista, por outro, podem melhorar muito. A sobrecarga que se verificava nas consultas de Reumatologia, devido a casos de doentes que poderiam ser acompanhados pelo médico de família, já é muito menor.

Se os reumatologistas chegam? Evidentemente que não. Somos 150 para uma população de 10 milhões de habitantes, dos quais se calcula que pelo menos 40% tenha algum tipo de queixa músculo-esquelética. Apesar de tudo, se os reumatologistas estivessem mais bem distribuídos, a cobertura seria, provavelmente, melhor. No Norte e Centro, não temos grandes problemas. A Grande Lisboa está bem coberta. Temos, sim, uma falha no Alentejo. Não existem reumatologistas em Évora, em Beja e em Portalegre. Esta lacuna tem de ser colmatada abrindo vagas da especialidade nessas localidades e encontrar quem queira ir para lá (temos de ser honestos, isso também tem sido um problema).

Neste momento, a ARS do Alentejo nem envia doentes para as consultas de Reumatologia mais próximas, preferindo mantê-los em consultas de “doenças auto-imunes”. Estas não são mais do que uma espécie de consultas de “Reumatologia”, porque só observam algumas

doenças reumáticas e excluem a patologia imunomediada não reumática. E esta é uma situação desconfortável para todos – em primeiro lugar, para os doentes, em particular os que não têm patologia auto-imune e que, tal como os outros, precisavam de um verdadeiro reumatologista, para os reumatologistas e muito provavelmente para a ARS do Alentejo, que está a fazer um trabalho de substituição de especialidade que não será positivo.

#### **Porque é que isso acontece?**

Na prática, a Rede de Referenciação Hospitalar nunca foi verdadeiramente implementada, porque os hospitais podem decidir se querem ou não ter uma consulta ou Unidade de Reumatologia e não há ninguém que

**Enquanto especialistas,  
os reumatologistas  
oferecem uma qualidade  
técnica e científica  
diferenciada, para a qual  
foram formados**

lhes diga que precisam (porque não há ninguém a implementar a Rede). É este, em parte, o problema. Vai abrir em breve um concurso para Évora destinado a pessoas que terminaram a sua formação na especialidade de Reumatologia apenas em determinados anos, o que também dificulta tudo, porque podem existir reumatologistas interessados, mas que não podem concorrer.

#### **Deu o exemplo de a ARS do Alentejo estar a manter doentes reumáticos em consultas de doenças auto-imunes. Essa situação é específica do Alentejo ou há outras práticas semelhantes no país?**

Há consultas de doenças auto-imunes asseguradas por internistas em várias regiões do país, inclusivamente em hospitais onde existem reumatologistas, o que não parece que faça muito sentido, pois estão a fazer um trabalho que não têm necessidade de fazer, dado que há especialistas – os reumatologistas –, que fizeram cinco anos da sua formação na área e cujo papel é dar resposta precisamente a esses doentes. E dão resposta, a tempo e a horas. Não me parece, por isso, que seja argumento que as consultas de doenças auto-imunes melhorem a acessibilidade dos doentes às consultas que deveriam ser de Reumatologia por estas serem lentas, porque não são.

#### **Mas os próprios especialistas de Medicina Interna sentem-se confortáveis a receber doentes de outra especialidade?**

Não estou na pele deles, mas admito que sim, porque, caso contrário, não criariam essas consultas. Evidentemente que se não houver mesmo hipótese de referenciar um doente com artrite reumatoide ou outra doença reumática inflamatória ou sistémica, o internista não vai deixar de o tratar, mas o facto de poder tratar pontualmente um doente reumático não dá equivalência a uma formação de cinco anos. A formação em Medicina Interna nem sequer tem no seu estágio obrigatório as doenças reumáticas e tratar delas não é só dar o medicamento A, B ou C, como é evidente. É essencial formação e experiência em muitas técnicas que utilizamos e protocolos que seguimos. Portanto, nesta fase, não se justifica a existência de consultas de

#### **Quais são os grandes objetivos do presente mandato da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, ao qual preside?**

Queremos manter prioritariamente o funcionamento dos grandes projetos da SPR – o Reuma.Pt e o EpiReuma.Pt –, fundamentais para a comunidade científica e para a sociedade civil, além das nossas reuniões anuais, como o fórum das espondilartrites, o congresso e o simpósio intercalar.

A formação dos internos constitui outra prioridade, embora o contexto atual em que vivemos dificulte o apoio dos nossos patrocinadores habituais. O Boletim Informativo viu ser reduzida a sua periodicidade e a Ligações provavelmente terá uma faceta digital.

Na área dos registos, estamos a apostar fortemente no aumento dos registos do Lúpus Eritematoso Sistémico com o Reuma.Les e continuamos com o Fundo de Apoio à Investigação e Formação Reumatológicas da SPR.

Será também sempre prioritário promover a Reumatologia através da especialidade que, como o nome indica, está virada para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das doenças reumáticas, junto da população e da Medicina Geral e Familiar. ■



doenças auto-imunes, se estas existirem apenas para tratar doentes reumáticos.

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia sempre divulgou esta posição, de uma maneira ou de outra. As relações entre a Reumatologia e a Medicina Interna, não é segredo para ninguém, estiveram tensas. Depois passaram por um período mais calmo, mas, neste momento, começa a ser novamente preocupante e desconfortável assistir a esta situação, porque investimos na formação, temos trabalho pioneiro, como os registos de doentes [Reuma.pt], as recomendações para tratamento das várias patologias reumáticas sistémicas, como a artrite reumatoide, a espondilite anquilosante ou a artrite psoriásica. Lutámos muito para

## Tentamos fazer “mais” com o mesmo ou o “mesmo” com menos

ter um registo a funcionar em condições: ajudámos a própria Direção-Geral de Saúde e outras especialidades, como a Dermatologia, a Gastrenterologia e mesmo a Medicina Interna a aprimorarem os seus registos e a colaborarem na sua implementação. Temos feito um excelente trabalho nesse campo, sem o devido reconhecimento. Provavelmente falhámos porque, como referiu um internista num artigo de opinião, publicado no nosso BI [n.º 12, p. 23, 2011], não fomentamos “a pró-atividade nos papéis políticos e sociais nas dinâmicas da Saúde”. Ora, se apesar de tudo o que fazemos, não conseguimos que os responsáveis pela Saúde percebam que, voltando a citar o mesmo artigo, “nós especialidade, dentro do SNS, estamos a oferecer isto ao doente” e que estamos empenhados numa prática de qualidade custo-efetiva, só posso concluir que falhámos redondamente nos corredores do Poder.

### No contexto específico das fronteiras da Reumatologia, que doenças devem ser vistas e que técnicas devem ser feitas apenas por reumatologistas?

As doenças reumáticas inflamatórias, as doenças reumáticas sistémicas, todas as técnicas específicas de terapêutica e de diagnóstico devem ser feitas indiscutivelmente por reumatologistas. Refiro-me, por exemplo,



à artrite reumatoide, à espondilite anquilosante e outras espondilartropatias, ao lúpus eritematoso sistémico, à síndrome de Sjögren ou às vasculites. Outras podem ser tratadas por reumatologistas, no papel de consultor e apoio à Medicina Geral e Familiar.

A avaliação do líquido sinovial, a capilaroscopia, a ecografia articular, as infiltrações articulares são exemplos de técnicas que devem ser feitas por reumatologistas porque são muito específicas e exigem formação e experiência.

### Quais são as eventuais consequências de isso não acontecer?

Pode eventualmente haver uma utilização inadequada de recursos diagnósticos e terapêuticos e que têm consequências quer para o doente quer para os pagadores.

Nos casos das terapêuticas biotecnológicas, a experiência clínica e a formação adequada

são particularmente relevantes para um diagnóstico correto e a decisão de as prescrever ou não. Não são terapêuticas inócuas. Embora existam norma bem definidas, estas constituem apenas orientações.

Enquanto especialistas, os reumatologistas oferecem uma qualidade técnica e científica diferenciada, para a qual foram formados. Tentamos fazer “mais” com o mesmo ou o “mesmo” com menos. Quer melhor exemplo do que as normas de recomendação para a utilização das terapêuticas biotecnológicas e a nossa preocupação em registar os doentes e ver se, de facto, são eficazes e seguras? Penso que poucas terapêuticas serão tão controladas, assim como a sua prescrição, em ambiente hospitalar, como aquelas pelas quais os reumatologistas são responsáveis. Não as negamos ao doente quando precisa delas, claro, mas somos muito cuidadosos na sua prescrição. Acho que o Reuma.Pt irá demonstrar isso. ■

A arte dela é representar.



A arte dela é tocar.



A arte dele é esculpir.



A sua é aliviar a dor que os faz parar.

**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 esteróides (AINEs) incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e aleitamento. Disfunção hepática grave (albumina sérica <25 g/l ou pontuação ≥10 na escala de Child-Pugh). Depuração da creatinina estimada em <30 ml/min. Crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA I-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: osteíte 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, acufenos, vertigens, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, alterações inespecíficas do ECG, enfarte do miocárdio\*, rubor facial, acidente vascular cerebral\*, acidente isquémico transitório, tosse, dispneia, epistaxe, distensão abdominal, refluxo ácido, alteração do peristaltismo intestinal normal, obstipação, xerostomia, úlcera gastroduodenal, síndrome do cólon irritável, esofagite, úlcera oral, vômitos, gastrite, edema facial, prurido, erupção cutânea, câibra/espasmo muscular, dor/rigidez musculoesqueléticas, proteinúria, dor torácica, aumento do azoto ureico (BUN), aumento da creatina fosfoquinase, diminuição do hematócrito, diminuição da hemoglobina, hipercalemia, diminuição dos leucócitos, diminuição das plaquetas, aumento da creatinina sérica, aumento do ácido úrico; Raros: diminuição de sódio no sangue; Muito raros: 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 & Cº 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.



José A. Melo Gomes, Presidente de Direção do Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos

## “Técnica e eticamente não pode dizer que é especialista quem não o é”

Atual Presidente de Direção do Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos, José A. Melo Gomes defende que é essencial, na atualidade, perceber quais são as fronteiras da Reumatologia e quem pode e deve exercê-la enquanto especialista



### Como encara a evolução da Reumatologia nos últimos anos?

A evolução tem sido muito positiva. Temos excelentes internos (sempre entre os melhores classificados dos respetivos concursos de acesso ao Internato de Especialidade) e jovens especialistas, uma cobertura reumatológica que permite cada vez mais assegurar aos doentes reumáticos mais graves a existência de um reumatologista na maior parte dos hospitais quer no litoral quer no interior. É claro que nunca vamos estar satisfeitos com o que temos (isso só acontece com as pessoas medíocres) e há ainda muito a melhorar, por exemplo, em Setúbal e em parte do interior ainda fazem falta reumatologistas. Muitos hospitais não precisam de grandes Serviços de Reumatologia, mas apenas de unidades ou serviços com dois ou três reumatologistas.

A Reumatologia tem, logicamente, uma vertente hospitalar, mas diria que 90% dos doentes podem e devem ser tratados fora dos hospitais. É necessária uma conjugação adequada entre a oferta hospitalar e a da clínica privada, que é suportada pelos doentes (em todos os momentos, e particularmente em períodos de crise económica, este aspeto é importante e os nossos governantes parecem não se aperceber dele).

### A maior parte das doenças reumáticas não tem de ser necessariamente vista em contexto hospitalar?

De facto, tal não é necessário. Em primeiro lugar, porque a grande maioria dos doentes

reumáticos não necessita de internamento. É a exceção que precisa de internamento. Aliás, essa necessidade é cada vez menor e os custos diretos e indiretos são muito altos. É óbvio que isto não significa que um reumatologista hospitalar só possa ver os doentes internados – também tem necessariamente que observar os doentes de ambulatório, quer para manter a prática e o conhecimento dos vários níveis de gravidade das doenças, quer para permitir um treino adequado a todos os internos em treino nos serviços.

## Os doentes têm direito a saber que há uma oferta melhor – a dos especialistas

**Existem cerca de 150 reumatologistas para doenças muito prevalentes na sociedade, como a osteoporose ou a osteoartrite. Como é que os reumatologistas conseguem responder a tantos casos?**

Há várias patologias reumáticas que não justificam que seja o reumatologista a seguir os respetivos doentes no dia-a-dia. Um doente com uma osteoartrite pode pontualmente ter o nosso apoio para resolver um problema concreto, mas existe Medicina Geral e Familiar neste país, que pode tratar a maior parte dos doentes com osteoartrite e osteoporose. Obviamente que o reumatologista também os

trata, mas não tem a necessidade de observar e tratar todos estes doentes.

O reumatologista tem de ver e resolver principalmente os problemas em relação aos quais faz a diferença: contudo, nenhum doente tem o diagnóstico escrito na testa; às vezes, o doente pode ter uma osteoporose e uma artrite reumatoide em início ou tem osteoporose e um mieloma múltiplo, que é a causa das suas queixas do aparelho locomotor. A função do reumatologista é identificar o problema, ter a certeza de que é só aquele problema (e não a manifestação de algo mais) e chegar a um diagnóstico completo desse doente. Depois de estar resolvida essa equação, então pode optar por uma de várias opções, tais como continuar a tratar o doente, ou referenciá-lo ao médico de família ou a outra especialidade. Nestes casos, o reumatologista faz a diferença, quer no tratamento do doente, quer no diagnóstico diferencial.

Quanto às patologias inflamatórias articulares, como a artrite reumatoide, a artrite idiopática juvenil, a artrite psoriásica, a espondilite anquilosante, a esclerodermia, o lúpus eritematoso sistémico, as dermatomiosites e as restantes doenças do tecido conjuntivo, o número de reumatologistas que existe é suficiente para tratá-las porque afetam cerca de um por cento da população, da qual menos de um décimo poderá precisar, durante o curso da sua doença, de um internamento hospitalar. Os reumatologistas têm possibilidade e vontade, no contexto do Sistema Nacional de Saúde, que inclui os hospitais e as clínicas privadas, de

tratar todos estes doentes. Infelizmente, nem sempre podem ajudá-los convenientemente, porque lhes chegam tarde demais, quando a doença já tem repercussões definitivas e graves sobre as articulações ou outros órgãos.

Por tudo isto, neste momento, é uma falácia dizer que os reumatologistas são poucos e não conseguem chegar a todos os doentes. Para os casos mais graves, são atualmente suficientes, desde que a referência seja atempada e adequada. O problema é que somos, muitas vezes, asoberbados com casos que não necessitariam de especialistas, inclusivamente em consultas hospitalares. E, noutros casos, são clínicos menos preparados, por não estarem credenciados por ninguém para o tratamento dos nossos doentes, que se arrogam o direito de os tratar, assumindo mesmo diferenciações que ninguém objetivamente lhes atribuiu.

### Como se poderia ultrapassar esse problema?

Aumentando a capacidade de referência adequada dos médicos de família. A Medicina Geral e Familiar é a estrutura básica do Serviço Nacional de Saúde. Há excelentes médicos de família em Portugal e alguns ainda não assumiram que são a estrutura-base para gerir a população com doença e mantê-la saudável. Se funcionarem bem, quando suspeitam de uma artrite reumatoide ou espondilite anquilosante (por exemplo), devem referi-los imediatamente a um reumatologista. Nenhum médico fica diminuído por referir um doente a outro colega mais competente no assunto, pelo contrário.

### Que doenças devem ser tratadas e que técnicas devem ser feitas apenas por reumatologistas?

A estruturação das especialidades médicas leva a que um especialista numa área seja mais conhecedor e mais bem treinado do que um não especialista. O reumatologista tem um treino inicial de 5 anos, iniciado por um ano em serviço de Medicina Interna durante o qual faz todas as tarefas e tipo de trabalho de um interno dessa especialidade; posteriormente, faz um período de três anos de Reumatologia, em que é exposto a todas as situações da sua especialidade. No último ano do internato, a formação é concluída com um ano de estágios complementares em Ortopedia, Neurologia e Medicina Física e Reabilitação, fazendo frequentemente estágios de 3 e 6 meses em serviços de Reumatologia de outros países da Comunidade Europeia. Após isso, tem provas finais para ultrapassar... Acumula, desta forma, experiência e formação na sua área específica (a Reumatologia). Mas, apesar disso, nunca poderá passar pela cabeça de nenhum reumatologista que, pelo facto de na sua formação ESPECÍFICA da especialidade de Reumatologia ter efetuado treino em Ortopedia, em Neurologia e em Medicina Física e Reabilitação poderá exercer algumas destas especialidades! O seu treino como interno foi destinado a exercer e desenvolver competências na área da sua especialidade, que é a Reumatologia.

Convém, contudo, salientar que não há nenhuma doença cujo tratamento seja proibido a outros médicos! Porém, os doentes têm direito a saber que há uma oferta melhor – a dos especialistas. Quando qualquer doente reumático é visto por um médico de família, ele sabe que vai ao médico de família e isso é perfeitamente aceitável e desejável, se a doença estiver a evoluir favoravelmente e se o doente se sentir bem e ajudado. O que um médico de qualquer especialidade não pode dizer é que às terças-feiras é reumatologista, às quartas-feiras intensivista, às quintas-feiras diabetologista, etc. Técnica e eticamente não pode dizer que é especialista quem não o é. Há um treino a fazer para se poder ter o título de especialista de qualquer especialidade. Resulta assim para nós muito estranho e desapropriado que alguns, pelo facto de no treino específico da sua especialidade terem passado pela área da Reumatologia se arroguem o direito (auto-proclamado) de serem competentes numa especialidade médica que não é a sua... Não gostaria deixar de esclarecer que tenho o maior respeito e consideração pela especialidade de Medicina Interna e que esta especialidade foi a primeira que, ainda como estudante de Medicina, coloquei em equação para a minha atividade futura como Médico.

## o que é perverso e grave é que um médico se assuma como tendo uma diferenciação que não tem

Posteriormente vim a optar pela Reumatologia, uma das especialidades do âmbito da Medicina Interna, como a Nefrologia, a Cardiologia, a Gastroenterologia, a Pneumologia, a Neurologia, entre outras. Nada me move contra os muitos e bons Internistas deste país!

### Mas isso acontece? Há quem “exerça” a especialidade nessas condições?

Com os médicos de família isso não acontece de todo, mas com a Medicina Interna acontece. Alguns destes especialistas no passado já se auto-intitularam de reumatologistas. Pelo menos um dos fundadores do auto-denominado NEDAI (Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes) começou por oferecer “consultas de Reumatologia” com placa exposta num hospital público. As patologias auto-imunes podem atingir praticamente todos os órgãos e sistemas, mas estes colegas internistas só se focam, curiosamente, nas doenças reumáticas. Ora, isso é ética e deontologicamente inaceitável. Repito que não estou a defender que qualquer médico não possa ver um doente de outra especialidade, mas o que é perverso e grave é que um médico se assuma como tendo uma diferenciação que não tem, enganando o doente, num hospital público. Que o Ministério da Saúde pareça permitir isso também é grave e lamentável,



particularmente porque ao fazê-lo está na prática, por um lado, a bloquear o acesso dos doentes à especialidade de que eles necessitam, e por outro lado a aumentar fortemente o consumo de medicamentos caros e que são frequentemente utilizados fora da sua indicação ou sem que outros fármacos, baratos e muito eficazes, sejam utilizados adequadamente.

### O que é que é que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia ou o Colégio de Reumatologia podem fazer?

O Colégio de Especialidade de Reumatologia é um órgão consultivo do Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos que admiramos e respeitamos. Se pedir a nossa opinião, nós dá-la-emos, obviamente. Não tenho nada, nem pessoal, nem institucionalmente, contra a Medicina Interna – alguns colegas internistas aparentemente ainda não perceberam o quão importante é a sua especialidade; se o tivessem entendido, não se dedicavam a coisas de que sabem pouco e para as quais não têm o treino, em qualidade e quantidade, e conhecimento adequados.

Para os colegas da Medicina Interna, não pode ser objetivo fundamental do seu trabalho, na minha opinião, diagnosticar e/ou tratar, por exemplo, doenças inflamatórias do intestino quando há especialistas de Gastroenterologia que o fazem muito melhor, nem diagnosticar e/ou tratar doenças reumáticas quando há especialistas de Reumatologia que o fazem também muito melhor. Muito menos deverá tratar os doentes afirmando ter uma especialidade (auto-afirmada) para a qual ninguém o titulou e evitando desta forma que o doente tenha acesso à melhor solução para o problema. Esta é a antítese do que deve ser a atuação de um médico dos pontos de vista da ética e deontologia médicas.

### Que exemplos pode dar de repercussões negativas dessa prática?

Por um lado, os doentes com doenças reumáticas mais graves (as tais doenças para as quais os Reumatologistas portugueses são em número completamente suficiente atualmente) são por vezes mal diagnosticados e insuficientemente tratados com os medicamentos clássicos,



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. Instruir os doentes a procurar aconselhamento médico se ocorrerem sinais/sintomas sugestivos de tuberculose durante ou após o tratamento. 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. Dezembro 2012. **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 n.º 6444, Cap. Social 1.090.000,00 €, Cont. n.º 500 233 810 [www.roche.pt/roactemra](http://www.roche.pt/roactemra)



muito mais baratos e com menos efeitos adversos, que são eficazes em cerca de 80% dos casos de Artrite Reumatoide e de outras doenças reumáticas inflamatórias crónicas. Por outro lado, nos últimos anos, as terapêuticas biotecnológicas têm sido muito usadas para o tratamento deste tipo de doenças reumáticas, ou seja, a artrite reumatoide, a espondilite anquilosante, as artrites idiopáticas juvenis, e a artrite psoriásica, entre outras e observamos com alguma frequência doentes que temos documentados, tratados por outros especialistas que não os reumatologistas, que sofrem apenas de frieiras nas mãos, de artralhas inespecíficas, ou de síndromes de amplificação dolorosa, sem qualquer artrite portanto, que foram objecto de prescrição inadequada de agentes biológicos. Estes fármacos são medicamentos óptimos, mas têm efeitos secundários potencialmente graves, além do seu elevado custo direto mensal, e são completamente ineficazes fora das suas indicações terapêuticas. Isto é grave e inaceitável. O maior gasto com saúde é aquele que é completamente desnecessário e que pode gerar um efeito secundário que o doente não precisava de ter. Não quero dizer com isto que um reumatologista não se possa enganar, pode,

mas a probabilidade é muito menor e nunca vi casos destes acontecerem na Reumatologia.

Estes factos justificam que a Reuma.pt seja uma plataforma tão importante para gerir as terapêuticas biológicas. Os reumatologistas estão maioritariamente a inserir os dados dos doentes que tratam quer façam agentes biológicos quer não. Sei que é complicado e difícil, mas se o nosso Governo diz que está preocupado com os gastos – e eu acredito que

## O maior gasto com saúde é aquele que é completamente desnecessário

sim –, primeiro tem de ver como e onde gasta, tal como fazemos na nossa casa, e depois cortar naquilo **onde não precisa de gastar**. A única maneira de ver se um médico está a prescrever adequadamente estas terapêuticas é se os seus doentes estiverem todos incluídos nesta base de dados. Se um reumatologista estiver a tratar 80% dos doentes com estas terapêuticas, algo estará muito mal; se 10 a 20% dos doentes, que

sofrem das doenças com indicação para tal, estão medicados, então temos motivos para crer que a prescrição está a ser feita de forma adequada. Cortar acriticamente não resolve nenhuma crise e só piora a qualidade de vida das pessoas.

### Está otimista em relação ao futuro da Reumatologia?

O “futuro” da Reumatologia nunca foi fácil e, para muitos de nós, ele já faz parte do nosso passado! A reumatologia portuguesa já tem 40 anos, mas as suas “dores de crescimento” estão a durar até mais do que acontece nos humanos, talvez precisamente porque está ainda a crescer e outros têm inveja do seu crescimento e da qualidade do trabalho produzido pelos nossos jovens internos e jovens especialistas, com o apoio daqueles que, sendo um pouco mais veteranos nestas lutas, lhes transmitem a convicção de que a qualidade de trabalho e os bons serviços prestados aos doentes são mais do que suficientes para nos permitir um grande otimismo relativamente ao futuro da reumatologia portuguesa. ■

## Sociedade Reumatológica

Entre 2 e 4 de maio

# Simpósio Inflamação & Dor

Três dias de atualização e partilha científicas levam a Reumatologia, desta vez, a Espinho, local da terceira edição deste simpósio intercalar da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Inflamação e Dor são os protagonistas da terceira edição do simpósio da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, pela sua repercussão clínica, social e económica. Este encontro científico marca os anos ímpares, intercalado com o Congresso Português de Reumatologia. Recorde-se que, em 2009, o simpósio foi subordinado à “Dor no Aparelho Locomotor” e, em 2011, ao tema “Artrite & Osso”.

“Sistema Imunitário e Dor” inaugura o ciclo de conferências, no dia 2 de maio, que se centram nos diversos mecanismos e manifestações da

inflamação. No segundo, são abordados temas tão pertinentes quanto os pontos de encontro entre Oncologia e Reumatologia, a terapêutica das doenças reumáticas inflamatórias e as novas abordagens das espondilártrites. O último dia é dedicado às controvérsias na abordagem da dor.

À semelhança da edição anterior, o Simpósio I&D integra a apresentação de 85 posters (as visitas são feitas nos dias 3 e 4, entre as 08h e as 09h) e oito comunicações orais. Pioneira é a iniciativa “Run & Walk” que envolverá reumatologistas e população em geral pela



Investigação e Desenvolvimento na Saúde (ver caixa).

As comissões científica e organizadora do evento são presididas, respetivamente, por Viviana Tavares e Fernando Pimentel Santos. ■

### Run & Walk

A Run & Walk é uma iniciativa integrada no Simpósio Inflamação & Dor da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, com o apoio da Câmara Municipal de Espinho, que decorrerá no dia 3 de maio, com partida às

07h00, do Edifício do Balneário Marinho. Trata-se de uma caminhada/corrida, aberta a qualquer participante, com a duração estimada de uma hora, cujo objetivo é alertar a população em geral para a necessidade de manter o investimento público na saúde e na

investigação biomédica, alertando também para os benefícios da atividade física.

A caminhada será procedida de uma palestra, de aproximadamente 30 minutos, sobre o impacto positivo da atividade física nas doenças reumáticas. ■