MESAS REDONDAS INTERFACE REUMATOLOGIA/ /OUTRAS ENTIDADES

MESAS REDONDAS INTERFACE REUMATOLOGIA/OUTRAS ENTIDADES

ASSOCIAÇÕES DE DOENTES

DIA 8 DE ABRIL, 2010

LIGA PORTUGUESA CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS
Maria Irene Domingues
Vice-Presidente da LPCDR

A Sociedade Civil não tem outro caminho, que não seja o de se envolver activamente na construção de planos e projectos que ajudem o País a relançar a sua economia e a participar activamente na implementação políticas assertivas e eficazes quer seja na Saúde, na Educação, na Segurança Social etc...

As Associações de Doentes já há muito que perceberam que, por experiência adquirida ao longo dos anos, estão em condições de serem um forte pilar para ajudarem a desenhar e a tornar exequível, com uma visão futurista, novas políticas de Saúde.

Urge que se defina o que é «DOENÇA CRÓNICA» e que se crie o «ESTATUTO DO DOENTE CRÓNICO», com estas duas medidas haverá mais equidade na saúde, logo vamos potenciar os ganhos em saúde, com uma clara poupança económica e com menos sofrimento do doente.

O futuro é hoje, não é um lugar para onde vamos, mas sim aquilo que estamos a construir. A melhor forma de prever o futuro é criá-lo. Quem constrói o seu próprio futuro está a construir o da Comunidade onde se insere.

Mas nada disto será exequível se cada um nós não exercer os deveres/ direitos de cidadania. As Associações de doentes estão hoje em condições, de potenciar de forma assertiva, o exercício de cidadania colectiva.

APOROS – ASSOCIAÇÃO NACIONAL CONTRA A OSTEOPOROSE
Isabel Ferreira
APOROS

A osteoporose é uma doença que tem prevenção e que deve ser diagnosticada precocemente, de modo a minimizar as suas consequências. A prevenção passa, em parte, pela modificação de estilos de vida e por atitudes que devem ser tomadas desde a infância e mantidas ao longo de toda a vida. Para isso é fundamental uma informação correcta da população que deve ser a primeira a tomar a seu cargo a prevenção da doença.

Foi com o objectivo de divulgar e informar que, em Fevereiro de 1994, foi criada a APOROS – Associação Nacional contra a Osteoporose, uma associação de doentes, independente e não lucrativa, que integra no entanto todos os indivíduos, profissionais médicos, paramédicos e leigos, interessados na doença.

Os principais objectivos da APOROS são: defender e apoiar os doentes com osteoporose; divulgar o conhecimento da doença junto do público e dos profissionais de saúde; promover a assistência e a investigação médica sobre a osteoporose; fomentar a prevenção da doença junto do público; alertar as autoridades de saúde e responsáveis governamentais de forma a serem tomadas as medidas necessárias de prevenção e diagnóstico precoce. A divulgação, junto do público, dos aspectos mais importantes da osteoporose tem passado por múltiplas acções ao longo destes 16 anos de existência. Destacam-se as campanhas de sensibilização, muitas vezes com apoio de figuras públicas, as reuniões informativas para público em geral e para doentes, a publicação de folhetos e brochuras sobre os aspectos mais importantes da doença (alimentação, exercício, tratamento, prevenção das quedas) e as acções do Dia Mundial da Osteoporose. A nível internacional a APOROS é membro efectivo do Comité das Associações Nacionais da International Osteoporosis Foundation (IOF) e integra o projecto do Parlamento Europeu «Osteoporosis – A Call to Action», composto por peritos e decisores de saúde dos vários Estados-Membros, com o objectivo de elaborar estratégias práticas e economicamente eficazes para melhorar o acesso ao diagnóstico e tratamento da osteoporose. Em 2002 teve o privilégio de organizar, em colaboração com a IOF e a Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas, o Congresso Mundial de Osteoporose, a Conferência Mundial das Associações de Doentes com Osteoporose e a 1ª Mesa Redonda sobre Os-

teoporose com Mulheres Lideres, que contou com a presença da Rainha Rania da Jordânia, entre outras individualidades.

Todas estas actividades, que pensamos terem contribuído para um crescente conhecimento da osteoporose junto da população e, esperamos, para a adopção de estilos de vida mais saudáveis para o osso, não teriam sido possíveis sem inúmeros apoios e parcerias de pessoas, entidades e instituições (públicas e privadas), que nos têm acompanhado ao longo dos anos.

Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante

Justino Romão
Presidente da ANEA

A minha apresentação tem por objectivo divulgar a ANEA, os seus objectivos e a sua actividade em prol dos doentes portadores de EA.

ANEA: o que é?

ANEA = Associação Nacional da Espondilite Anquilosante

Uma associação com cerca de 2 800 associados, portadores de espondilite anquilosante e seus amigos.

Espondilite Anquilosante?

Uma doença reumática inflamatória crónica que afecta coluna vertebral incluindo, sacro-ilíacas e por vezes articulações periféricas, entre outras manifestações.

A manifestação mais frequente é dor lombar que se agudiza com o repouso e se atenua com actividade física.

A idade habitual dos primeiros sintomas é entre a segunda e terceira década de vida.

Doença com forte impacto na vida pessoal, familiar e profissional dos portadores: períodos inflamatórios intensos, que podem limitar ou impossibilitar a mobilidade, causa dores muito intensas, impossibilidade de estar sentado, ou em pé, ou deitado... deformação da coluna e de outras articulações.

O papel de uma associação de doentes

Mobilizar os doentes para que cuidem da sua doença, com tratamentos adequados, vigilância médica assídua, para que não descurem os tratamento e sigam programas adequados definidos pelos médicos assistentes;

Criar condições para que os doentes disponham de tratamentos adequados às suas necessidades, onde quer que eles residam (como objectivo);

Disponibilizar as terapêuticas (não farmacêuticas) mais apropriadas para o tratamento da doença;

Promover o acesso a estas terapêuticas em condições financeiras de baixo custo, para promover um acesso não condicionado pela capacidade financeira do utente;

Um gabinete de apoio ao doente espondilítico, para proporcionar um «acolhimento» aos doentes, por forma a que melhor compreendam a doença e a ela respondam de forma apropriada.

Divulgação de literatura sobre a doença, para melhor esclarecimento dos doentes;

Publicação de boletins, que fomentam a integração e a comunicação com os associados.

Como a ANEA se organiza para servir pessoas portadores de EA

Tem a sede, em S. Domingos de Rana, na qual dispõe de uma unidade prestadora de cuidados de saúde, compreendendo:

- Tratamentos de Fisioterapia
- Ginásio para prática de exercícios
- Ginásio de máquinas
- Exercícios em Piscina aquecida (33º-34º)
- Consultas nas especialidades que mais afectam os doentes portadores de EA: fisiatria, reumatologia, oftalmologia, psicologia.

Além da Sede, a ANEA tem ainda 11 núcleos regionais (Lisboa, Ovar, Ponte de Lima, Porto, Vila Real, Viseu, Algarve, Braga, Coimbra, Cova da Beira e Leiria).

Estes núcleos regionais também asseguram, dependendo da disponibilidade local, a organização de classes terapêuticas (exercícios em piscina e em ginásio).

Os tratamentos proporcionados pela ANEA são sempre assegurados por fisioterapeutas especializado(a)s no tratamento da EA.

Utentes destas valências, activos, portadores de EA: 160.

O financiamento dos custos destes cuidados de saúde

Sendo certo que este tipo de terapeuticas têm um custo elevado (utilização exclusiva de profissionais qualificados, dispersão geográfica, elevado custo de manter piscina em funcionamento e com água aquecida a 33º/34º), a ANEA procura proporcionar os cuidados de saúde tão necessários aos doentes

em condições financeiras que não constituam um entrave à sua utilização, sendo os encargos para os doentes relativamente moderados (menos de 50% do custo efectivo).

Para que se atinjam estas condições de acesso, tem-se revelado essencial e imprescindível o apoio do Ministério da Saúde, através de um projecto que foi submetido e aprovado, no âmbito do qual são objecto de comparticipação muitos dos encargos com estas terapêuticas, nomeadamente os encargos com fisioterapeutas.

Concluindo

Objectivos da ANEA:

- Acolhimento e prestação de informação útil ao doente espondilítico;
- Disponibilização de cuidados de saúde adequados às necessidades específicas dos doentes, a custos moderados (equidade no acesso);
- Promoção de cuidados de saúde descentralizados;
- Contribuir para a melhoria da condição do doente espondilítico.

DÉCADA DO OSSO E DA ARTICULAÇÃO (SPOT/SPMFR/SPR)

DIA 8 DE ABRIL, 2010

INTERFACE COM CLÍNICA GERAL

DIA 9 DE ABRIL, 2010

A IMPORTÂNCIA DA ESCOLA DE MEDICINA FAMILIAR NA FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA EM REUMATOLOGIA

Maria Manuela Costa,[1] Jaime C. Branco,[2]
Regina Sequeira Carlos[3]

1. Reumatologista do Hospital de Santa Maria
2. CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa e Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz, E.P.E.
3. Chefe de Serviço de Clínica Geral da APMCG.

A formação do especialista em Medicina Geral e Familiar é complexa incluindo múltiplas áreas, nas quais está integrado o estágio opcional de Reumatologia durante 1 ou 2 meses. As Doenças Reumáticas são comuns, causando dor e incapacidade funcional e deste modo têm repercussões socioeconómicas. Cerca de um quarto das consultas efectuadas nos Cuidados de Saúde Primários devem-se a por patologia musculoesquelética. O Médico de Família deve ter conhecimentos científicos que lhe permitam diagnosticar e tratar as doenças reumáticas mais prevalentes, detectar precocemente as artropatias inflamatórias assim como monitorizar os efeitos adversos dos fármacos modificadores das doenças reumáticas. Todavia, até ao momento, há uma insuficiente formação pré-graduada e pós-graduada dos médicos nesta área.

Em 2002 a Sociedade Portuguesa de Reumatologia desenvolveu um projecto em colaboração com a Associação Portuguesa de Médicos de Clinica Geral do qual resultou a publicação do livro «Regras de Ouro em Reumatologia» e a integração de um Curso de Reumatologia na Escola de Medicina Familiar.

A Escola de Medicina Familiar tem uma frequência bianual e integra diferentes cursos que vão ao encontro das necessidades de formação continua dos especialistas em Medicina Geral e Familiar. Cada curso inclui 25 médicos e decorre durante 3,5 dias.

O Curso de Actualização em Reumatologia tem como objectivos ensinar o método de colheita de dados da historia clínica e do exame objectivo em reumatologia, diferenciar a patologia articular da restante patologia reumática, distinguir a patologia degenerativa da inflamatória, identificar a artrite inicial, conhecer e saber abordar as principais doenças reumáticas, saber monitorizar as principais doenças reumáticas e a sua terapêutica e definir uma forma eficaz de relação com um Centro de Reumatologia. Os temas são abordados com sessões teóricas e práticas, dando ênfase à discussão dos diferentes casos clínicos.

A adesão a este projecto tem sido muito boa, com a integração em todos os cursos de especialistas ou internos de todo o país. A avaliação dos conhecimentos adquiridos através de pré-teste e teste final, assim como o grau de satisfação descrito pelos intervenientes em inquérito anónimo também tem sido favorável.

Em nossa opinião existem motivos para continuar com este programa educacional em Reumatologia nos Cuidados de Saúde Primários. Todavia reconhecemos que deveria ser mais abrangente, por exemplo realizado no âmbito de cada uma das Administrações Regionais de Saúde.

QUE NÍVEL MÍNIMO DE CONHECIMENTOS DEVE DETER O MF/CG SOBRE AS ARTROPATIAS INFLAMATÓRIAS

S. Falcão.[1,2]

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
2. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. CEDOC

As artropatias inflamatórias são um grupo heterogéneo de doenças que apresentam uma manifestação comum: a artrite. Qualquer processo inflamatório articular persistente condiciona dano estrutural que pode ser irreversível. A referenciação precoce ao reumatologista, idealmente antes das 12 semanas de evolução da doença, é crucial na orientação diagnóstica e instituição da terapêutica.

O conceito de artrite inicial (AI) engloba todas as formas de artropatias inflamatórias de início recente, ou seja com menos de 12 semanas de evolução. O facto de as manifestações articulares serem comuns a várias doenças reumáticas, adicionalmente a uma frequente resposta transitória aos anti-inflamatórios não esteróides pode condicionar um atraso na referenciação a uma consulta de reumatologia. Cerca de metade dos casos de AI cursam com parâmetros inflamatórios (velocidade de sedimentação e proteína C reactiva) normais e exames radiológicos sem alterações evidentes. Contudo, existem manifestações clínicas que nos devem alertar para a possível presença de artrite, nomeadamente: o ritmo inflamatório da dor articular, o envolvimento de mais do que uma articulação; a rigidez matinal prolongada (superior a 30 minutos) e a presença de tumefacção, identificada pelo médico, das articulações afectadas. O padrão simétrico da artrite e o envolvimento das articulações metacarpofalângicas e metatarsofalângicas são fortemente preditivas de evolução para artrite reumatóide. De facto, a relativa benignidade desta patologia numa fase inicial pode conduzir a um atraso na instituição de terapêutica adequada, condicionando lesão articular irreversível e, consequentemente, incapacidade funcional. Neste sentido, nos últimos anos têm proliferado na Europa e EUA as denominadas «Clínicas de AI», que visam facilitar a rápida e eficiente referenciação destes doentes a uma consulta de reumatologia protocolada com finalidade diagnóstica, terapêutica e prognóstica. Estas «Clínicas» visam ainda dar formação aos médicos de MF/CG, alertar a população em geral e estabelecer uma ligação com as Autoridades de Saúde competentes.

Deste modo, o médico de MF/CG assume um papel central no tratamento e referenciação dos doentes com artropatias inflamatórias.

ARTRITE INICIAL

Rui Almeida
Assistente de Medicina Geral e Familiar. Centro de Saúde de Câmara de Lobos

O termo **ARTRITE** define um processo inflamatório articular que pode ter várias origens:

Microcristais que conduzem à desgranulação de neutrófilos – Artrites microcristalinas – processos inflamatórios da sinovial reactivos a agentes infecciosos à distância – Artrites reactivas – ou que se alojam na própria articulação – Artrites sépticas – ou causas desconhecidas nas restantes Artropatias inflamatórias.

Perante este vasto grupo de patologias que se definem como artrites, cabe ao Médico de Família, como primeiro profissional de saúde a ser confrontado com as queixas dos seus doentes, munir-se da informação necessária para a correcta abordagem ao doente com suspeita de artrite, abreviando assim o tempo que medeia entre os sintomas iniciais e o diagnóstico.

Se a dor tem origem articular e o exame objectivo assim o demonstra, o grau de suspeição é elevado. Associando estes dados ao estudo complementar que inclui o doseamento dos reagentes de fase aguda e exames de imagem, o Médico de Família obtém um manancial de informação que lhe permite referenciar criteriosamente o doente com suspeita de artrite à consulta de Reumatologia.

Dois pontos fundamentais no correcto desempenho do Médico de Família no que diz respeito à abordagem de artrite inicial – rápida caracterização diagnóstica e referenciação precoce – cumprindo estes dois pressupostos, a qualidade de vida dos doentes pode ser salvaguardada e/ou melhorada.

LOMBALGIA – INTERFACE COM A CLÍNICA GERAL

Ana Rita Cravo
Unidade de Reumatologia – Hospital de Faro, EPE

A lombalgia é uma causa frequente de morbilidade e incapacidade, mas apenas uma pequena percentagem das lombalgias têm uma causa específica. Sessenta e cinco por cento a 80% da população mundial tem dor lombar em alguma altura da vida. É motivo frequente de consultas médicas, hospitalizações, cirurgias e incapacidade para o trabalho, com elevados custos. É mais comum nas mulheres, a sua frequência aumenta com a idade, mais de 50% dos doentes melhoram após 1 sema-

na e mais de 90% ao fim de 8 semanas. A caracterização etiológica da dor lombar é essencialmente clínica e os exames complementares devem ser solicitados para confirmação diagnóstica. A dor lombar pode ser aguda, subaguda e crónica e/ou classificada como mecânica (90%) ou sistémica (10%). Para o diagnóstico atempado das causas sistémicas, os sinais de alerta são essenciais (sintomas constitucionais, rigidez matinal prolongada, dor lombosagrada aguda localizada, dor visceral associada a alterações funcionais gastrointestinais ou genitourinárias, corticoterapia, traumatismo, história de neoplasia, história de toxicodependência por via endovenosa e imunossupressão).

O clínico deve informar o doente acerca do prognóstico favorável da maioria das lombalgias, aconselhar o doente a manter-se activo e fornecer informação acerca de medidas não farmacológicas adjuvantes.

O paracetamol ou os anti-inflamatórios não esteróides são a primeira opção terapêutica e o tratamento cirúrgico está indicado numa pequena proporção de doentes, apresentando melhores resultados na ciática ou pseudoclaudicação que persiste após terapêutica farmacológica. A referenciação dos doentes com lombagia deve ser feita nos casos de suspeita de etiologia não comum, de passagem à cronicidade, na presença de queixas neurológicas ou suspeita de instabilidade vertebral.

INTERFACE COM MEDICINA INTERNA

DIA 9 DE ABRIL, 2010

INTERFACE MEDICINA INTERNA E REUMATOLOGIA

Carlos Vasconcelos
Responsável pela Unidade de Imunologia Clinica.
Hospital Santo Antonio. Centro Hospitalar do Porto.
Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar

No princípio era a *Inere Medizin*, as grandes enfermarias, os médicos separados nas grandes áreas médica e cirúrgica. Depois veio o aprofundamento do conhecimento e a necessária diferenciação dos médicos. De seguida «as paredes entre as especialidades» e as questiúnculas geradoras de perda de tempo, em vez das questões estimuladoras do avanço da ciência…E aqui estamos hoje, a olhar a realidade e a perguntar para onde vamos?...E se perguntamos, é porque pretendemos agir! Assim seja!

A interface entre a Medicina Interna e a Reumatologia tem vários aspectos e não os iremos abordar todos. A primeira noção que devemos ter é que as realidades são bastante diferentes entre os vários países e mesmo entre os vários hospitais Portugueses. De facto, há países em que a especialidade está mais formalmente reconhecida que noutros; países em que não faz sentido falar em internistas versus reumatologistas a observar doentes com doenças reumáticas , porque estes são aqueles com diferenciação nesta área; países com tempos diferentes de *background* de medicina interna. O assumir do doente também varia de país para país, desde os reumatologistas que se dedicam apenas à doença osteo-articular, até ao reumatologista dos EUA que, a meu saber, pode prestar todos os cuidados primários.

Nos diversos hospitais portugueses as realidades também são diferentes: nos hospitais sem serviços de reumatologia os internistas foram naturalmente estimulados a desenvolver essa área do conhecimento. Nada de específico em relação à reumatologia já que, se olharmos para a cardiologia, a prestação dos internistas, por exemplo, do meu hospital é bastante diferente da dos internistas do hospital de Matosinhos, que fazem muito mais cardiologia de intervenção. Curioso, é que alguns dos internistas deste hospital fizeram o internato no meu! Quer dizer que, também neste aspecto, para além da «genética» as circunstancias são importantes!

Portanto há diferentes abordagens internacionais na formação dos internistas e reumatologistas e as circunstancias nos diversos hospitais portugueses podem condicionar realidades diferentes na dedicação dos internistas a esta área da medicina.

Tudo isto tem gerado frequentes disputas e «guerra de palavras» que não levam a lado nenhum. Portanto há que pensar, falar, planear para construir um futuro mais saudável. Claro que existem muitos aspectos a discutir, desde os políticos, aos educacionais, organizativos, etc. E eu não vou, nem o saberia, abordar todos. Mas posso, e podemos todos, fazer perguntas, para respostas «sãs». Por exemplo.

- a especialidade de reumatologia não tem sentido? Claro que tem, corresponde a uma diferenciação do conhecimento numa área em crescimento epidemiológico.
- a prática de reumatologia é uniforme entre todos os especialistas? Pelo menos em França, há muitos anos me diziam existir reumatologistas

que não se dedicavam às doenças sistémicas.

- a medicina interna pode ser proibida de observar estes doentes? Claro que não, primeiro porque o conhecimento não se pode lidar desta forma, segundo porque muitos internistas são o único acesso para muitos destes doentes.
- todos os internistas podem lidar à vontade com estas doenças e com os novos fármacos emergentes (terapêutica biológica)? Claro que não, os internistas têm o privilégio de ter uma formação com várias potencialidades mas, para ter à vontade em determinada área, é preciso muita prática e dedicação. Não se pode saber tudo, de tudo, a todo o momento!
- pode um reumatologista ou internista, que se dedica a esta área, trabalhando isolados num hospital, acompanhar estes doentes, nomeadamente com prescrição das novas terapêuticas? Pode, na minha opinião, se estiver articulado a um centro credível, onde os doentes poderão ser apresentados em consulta de grupo.

Não há formação que substitua a prática clínica e o bom senso. Um especialista com bom senso não prescreve fármacos que não domina.

O tempo das diferenciações em medicina não acabou, nem acabará nunca. Agora o que, na minha opinião, deve acabar, ou pelo menos não aumentar, é a especialização clássica, traduzida na prática no espartilhar do conhecimento. Este é um espectro contínuo, devendo admitir-se sobreposições de conhecimento entre as diversas especialidades clássicas. Assim eu vejo como possível o que pratico há anos, trabalhar na área da SIDA com os infecciologistas e trabalhar nas doenças autoimunes com os reumatologistas. Quer isto dizer que eu sei o mesmo que os infecciologistas e os reumatologistas? Não, eu sei alguma coisa que aqueles especialistas também sabem, sei algumas coisas que eles não sabem, e não sei outras que eles sabem!

A definição estática de uma especialidade tem riscos: ninguém pode manter-se especialista se não acompanhar doentes com as doenças específicas e manter-se actualizado. Por isso defendo a revalidação dos títulos. E claramente sou contra novas especialidades – seria aumentar e perpetuar «o erro original». Defendo as competências transversais e transitórias, com certificação regular. Penso que isto é o que melhor defende os interesses dos doentes, porque é disso que devemos falar e não dos «direitos» dos médicos.

Veja-se a autoimunologia: nunca deverá ser uma especialidade, mas uma competência. Conheço obstetras autoimunologistas e sei de muitos internistas que não gostam e sabem pouco desta área, só para dar dois exemplos. Mas, se aquele deixar de acompanhar mulheres grávidas com doenças autoimunes e este passar a interessar-se por estas doenças, a competência inverte-se!

Dirão, está bem vamos planear o futuro e como resolvemos o presente? Responderei que o presente já está a passar, concentremo-nos no futuro, que o presente naturalmente tenderá «a acertar o passo». Claro que, com bom senso, com sentido de responsabilidade e sem demissão de todas as estruturas que devem opinar na matéria.

Meus caros Colegas, tenho a certeza de que não tenho resposta para todas estas questões e igualmente seguro estou de que não terei sempre a razão do meu lado, mas posso garantir-lhes de que não me demito de pensar sobre estes problemas. E se pensarmos todos, o mundo andará para a frente…mais depressa!

ATEROSCLEROSE PREMATURA NAS DOENÇAS REUMÁTICAS SISTÉMICAS

Maria José Santos
Assistente Graduada de Reumatologia
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

A doença cardiovascular (CV) contribui de forma indiscutível para o acréscimo de morbilidade e mortalidade das doenças reumáticas sistémicas. Patologias tais como o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), a Artrite Reumatóide (AR), a Artrite Psoriática (AP) ou a Espondilite Anquilosante (EA) acompanham-se de um risco acrescido de aterosclerose subclínica, de eventos CVs e de morte CV. As doenças reumáticas em que este risco está melhor documentado são o LES e a AR. Existe abundante evidência de que nas mulheres com LES o risco de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é cerca de 8 a 10 vezes mais elevado em comparação com mulheres do mesmo grupo etário, mas sem LES e que este aumento de risco é ainda mais notório nas mulheres lúpicas entre os 35 e os 44 anos. Nos doentes com AR os eventos CV são 2 a 3 vezes mais comuns do que na população em geral, ocorrem em idades mais jovens e são mais frequentemente fatais. Em Portugal, a incidência de eventos CV em doentes com AR é de 6,6/1000 doentes-ano, sendo a ocorrência de EAM mais comum do que de AVC, o que contrasta com a população portuguesa em geral.

Se olharmos às causas de morte, a doença CV é responsável por 40% a 55% das mortes na AR e surge como segunda ou terceira causa de morte dos doentes com LES.

A aterosclerose prematura associada às doenças reumáticas sistémicas é actualmente reconhecida como uma doença multifactorial. Para além do papel fulcral do processo inflamatório inerente à própria doença e dos factores de risco cardiovasculares tradicionais, alterações metabólicas, situações pró-trombóticas e a própria terapêutica têm sido identificados como possíveis factores que concorrem para o desenvolvimento da doença vascular aterosclerótica. No entanto, o contributo relativo de cada um destes elementos, bem como as suas interacções, não está cabalmente esclarecido.

As estratégias preventivas para reduzir o impacto negativo da doença CV associada às doenças reumáticas não estão inteiramente definidas, mas passam necessariamente pelo controlo de todos os potenciais factores de risco relevantes.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO MÉDICOS

DIA 10 DE ABRIL, 2010

A ENFERMAGEM EM REUMATOLOGIA – QUE REALIDADE?

Iolanda Barbosa
Enfermeira graduada, com Especialidade em saúde Mental e Psiquiatria
ULSAM, EPE Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima, Serviço Hospital de Dia

As doenças reumáticas constituem a primeira causa de consulta médica no nosso país, a primeira causa de invalidez, o primeiro motivo de absentismo ao trabalho e a primeira causa de reforma antecipada por doença. Atingem indivíduos de todas as idades, quando não diagnosticadas ou tratadas atempadamente podem ocasionar graves repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas.

Uma vez conhecido o diagnóstico, a pessoa atravessa uma fase de confusão e revolta contra a patologia que invade a sua vida. A imagem corporal, a auto-estima e o auto-conceito são todos eles ameaçados de alguma forma pela doença e pela incapacidade que esta provoca. A reacção de cada pessoa à confirmação de um diagnóstico é sempre única. Estes doentes têm necessidade de expressar os seus sentimentos, as suas angústias, de comunicar e de se fazerem ouvir.

O Enfermeiro assume um papel privilegiado na coordenação do trabalho em equipa visando, principalmente, a prestação de uma assistência eficaz, no desenvolvimento de competências sociais e emocionais e na manutenção de um ambiente harmonioso, humano e produtivo para todos. Os doentes encontram nestes profissionais, alguém com quem podem contar e que estão ali para os ouvir e para os ajudar.

O Enfermeiro poderá garantir intervenções diferenciadas. Não é possível melhorar a saúde das pessoas, sem educação preventiva, ajuda social, tratamento e reabilitação. Os enfermeiros enquanto profissionais qualificados de acção vitalizante junto dos doentes são indispensáveis nesta promoção.

O Enfermeiro deve utilizar a comunicação como instrumento de suporte em todas as suas intervenções. Deve acolher as reacções verbais e não verbais do doente, explorar junto deste, os seus medos, incertezas, expectativas e esperanças. Identificar as novas necessidades e as mudanças ligadas à nova condição somática. Ouvir e ajudar o doente a elaborar e resolver os problemas ligados ao emprego, auxílio para a realização das actividades quotidianas, problemas financeiros e à relação com os outros.

É este profissional, o grande elo de ligação com os outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar.

O foco de intervenção não é só a doença em si, mas o doente e família, sendo necessário considerar a sua natureza subjectiva, as suas experiências, crenças e expectativas. Só partindo deste princípio é possível iniciar um envolvimento assistencial efectivo, e contribuir para uma melhor **qualidade de vida** dos nossos doentes.

FISIOTERAPIA EM REUMATOLOGIA

Ana Sofia Rodrigues Gomes
Fisioterapeuta da Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante

«O aumento da prevalência das doenças crónicas cria uma situação na qual a saúde precisa encontrar na prevenção e minimização das doenças, mas também na maximização da capacidade para uma vida independente».

(David e LLoyd, 2001)

Pelo extremo impacto das doenças reumáticas so-

bre a saúde física, mental e social das populações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou a década de 2000 a 2010, como a década do osso e da articulação.

As doenças reumáticas (DR) constituem um grupo complexo de doenças e síndromas, traduzindo-se pela inflamação ou degenerescência do tecido conjuntivo e atingindo preferencialmente o aparelho locomotor.

São patologias prevalentes na humanidade, originam um grau de sofrimento considerável, traduzindo-se sob a forma de dor e impotência funcional. As consequências em termos de restrição de actividade, nomeadamente profissional, revelam um impacto a nível social e económico deste grupo de doenças.

Estas patologias contribuem para a maior parte das reformas antecipadas por doença e para a principal causa de absentismo laboral, com os custos económicos e sociais que daí advêm.

As DR podem ser agudas, recorrentes ou crónicas, atingem indivíduos de todas as idades, são causa frequente de incapacidade e quando não diagnosticadas ou tratadas atempadamente e correctamente podem ocasionar graves e desnecessárias repercussões físicas, psicológicas, familiares, sociais e económicas. Desta forma, o desejável é que o tratamento se inicie pelo diagnóstico precoce passando pela reabilitação física, psíquica, vocacional, familiar e social.

O tratamento destas doenças requer uma abordagem multidisciplinar sendo essencial a colaboração entre vários profissionais que desta forma contribuem para o diagnóstico precoce e possibilitam o tratamento atempado, o que permitirá melhorar o prognóstico destas patologias, pois um tratamento adequado poderá alterar o curso da doença.

A terapêutica utilizada poderá passar pelo tratamento medicamentoso, fisioterapia e quando necessário, o tratamento cirúrgico.

Por serem doenças que atingem preferencialmente o sistema músculo-esquelético, determinando dor, limitação articular e incapacidade funcional torna-se fundamental o papel da Fisioterapia através da intervenção do Fisioterapeuta, promovendo o alívio das características clínicas e obtenção da capacidade funcional máxima para o utente.

Dum modo geral, a Fisioterapia procura aliviar a dor, combater o processo inflamatório, preservar a amplitude articular e a actividade muscular, prevenir deformidades, promover o bem-estar físico, psíquico e social, assim como melhorar a qualidade de vida dos utentes. Para tal o Fisioterapeuta pode utilizar diversas modalidades terapêuticas no tratamento das DR.

SIMPÓSIO PROF. DOUTOR MÁRIO VIANA DE QUEIROZ

DIA 10 DE ABRIL, 2010

REGISTRO BRASILEIRO DE MONITORIZAÇÃO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EM DOENÇAS REUMÁTICAS – BIOBADABRASIL. IMPLEMENTAÇÃO E PRIMEIROS RESULTADOS

Ieda Laurindo
Presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia

A diversidade genética da população brasileira, a existências de situações sócio-economicas particulares a diferentes regiões do país e doenças endêmicas foram alguns dos fatores que determinaram a criação de um registro nacional de monitorização de terapias biológicas para as doenças reumáticas no Brasil.

Iniciar um registro em 2007 significava considerar as experiências de registros anteriores, analisar as eventuais falhas e dificuldades procurando novos métodos para implementação e continuidade do programa, que também fosse adequado às particularidades do sistema de saúde do país. O registro brasileiro (BiobadaBrasil) segue o protocolo espanhol (BIOBADASER) disponível para a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) através de uma iniciativa da PANLAR (BIOBADAMERICA). Para a implementação deste registro foi definido que o BiobadaBrasil incluísse um grupo de controle interno, uma coorte de pacientes (artrite reumatóide e espondilite anquilosante) que recebem medicações tradicionais (DMARDS); também abrangeria as clínicas públicas (centros e hospitais universitários) e privadas (centros e consultórios particulares) uma vez que ambas fazem parte do sistema de saúde brasileiro. Especial atenção foi dirigida à motivação da participação contínua voluntária de centros universitários e médicos atuantes apenas no setor privado, através do desenvolvimento de um programa detalhado envolvendo bolsas de estudo, certificados de excelência, sistemas de prontuário eletrônico, atenção diferenciada (VIP) em eventos de reumatologia e reuniões ex-

clusivas com especialistas em Reumatologia. O projeto é patrocinado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia com apoio institucional das cinco companhias farmacêuticas que comercializam produtos biológicos no Brasil. Atualmente estamos procurando estabelecer parcerias com o Ministério da Saúde.

Cinco centros foram escolhidos inicialmente (primeira fase) para iniciar o registro, quatro deles em hospitais públicos universitários, e um centro em uma clínica particular, localizados 400-3.000 quilômetros à parte. Assumiram a tarefa de tradução, adaptação cultural e padronização de procedimentos e relatórios. Durante esta fase 150 pacientes foram incluídos e monitorizados. A segunda fase teve início em abril de 2009 com a apresentação do projeto e o convite a todos os membros da SBR para participar do registro. Aprovação do Comitê de Ética e o consentimento informado considerada obrigatória e exigida para os centros públicos (Comitê de Ética institucional) e particulares (comitê de ética independente).

Até fevereiro de 2010 temos 23 centros incluídos, situados a 80-4.000 km de distância, incluindo duas clínicas privadas que contribuem com 15% dos 1037 pacientes incluídos: 723 Artrite Reumatóide, Espondiloartrites 230. Foram observados 457 eventos adversos em 203 pacientes. Infecção das vias urinárias foi o evento adverso mais freqüente. Houve 3 casos de tuberculose. Um paciente que contraiu a gripe H1N1 veio a falecer.

Além dos efeitos adversos relacionados ao uso de biológicos, outros aspectos práticos já despontaram como, por exemplo, em relação à pesquisa e tratamento da tuberculose latente. Todos os pacientes que receberam tratamento para tuberculose latente apresentaram PPD positivo ou alterações nas radiografias de Tórax. Nenhum paciente foi tratado (quimioprofilaxia) baseado na história de contato prévio, ao contrário das recomendações locais que enfatizam a importância da epidemiologia, da história de contacto com portadores de tuberculose, particularmente neste país onde a TB é endêmica.

Em menos de um ano o BtiobadaBrasil já acumulou um significativo número de pacientes das diferentes regiões do país. Além de que um perfil dos efeitos adversos dos agentes biológicos no Brasil começa a ser desenhado, aspectos práticos, alvos de futuras campanhas educacionais, já despontaram.