

Outubro-Dezembro 1993



**ACTA**

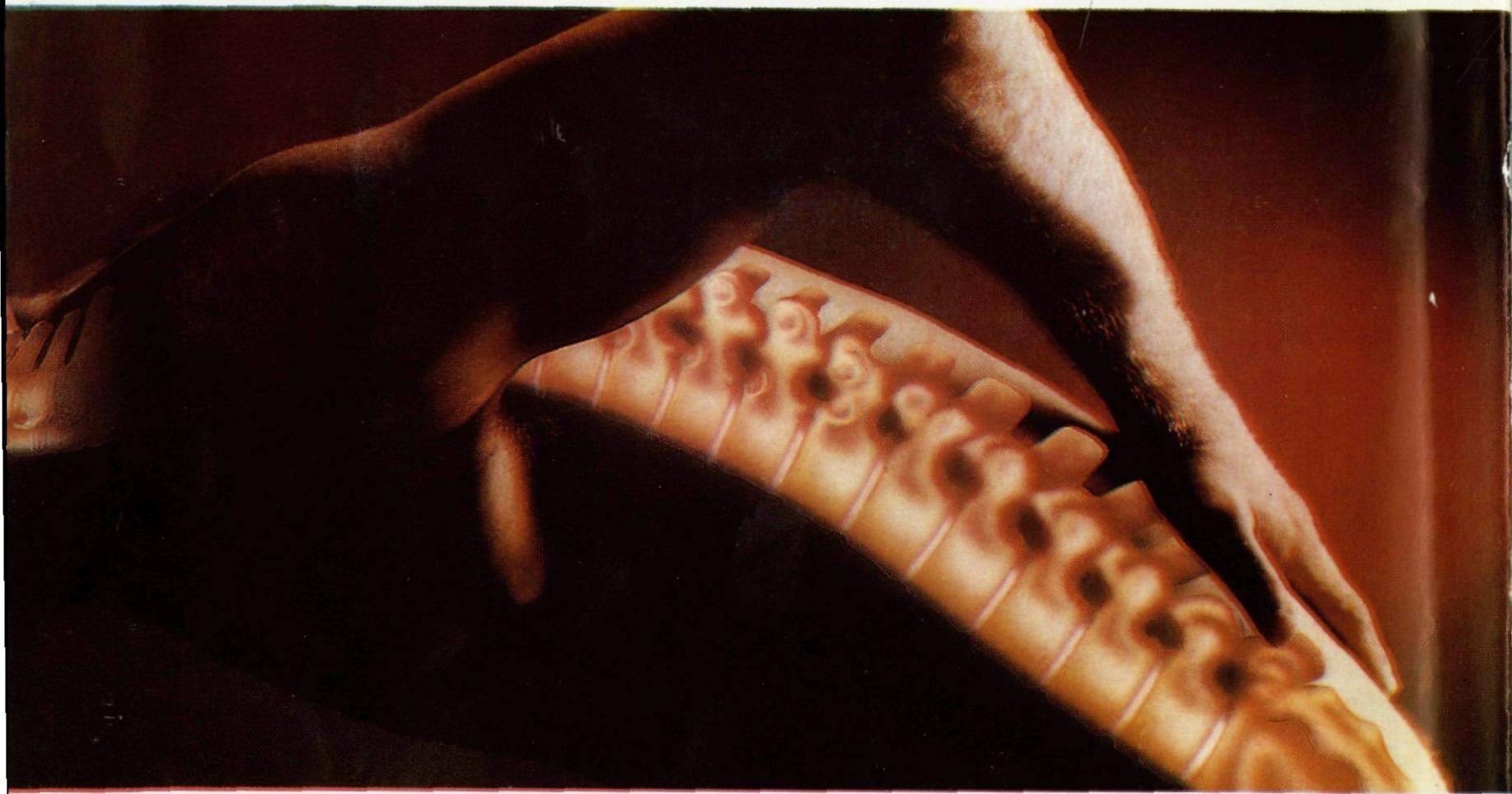
**REUMATOLÓGICA**  
**PORTUGUESA**

**Vol. XVIII**

**4**

**ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA**

# Patologia Da Coluna



## Feldene<sup>®</sup> PIROXICAM<sup>®</sup>

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA  
PARA UMA  
SITUAÇÃO DOLOROSA



Feldene<sup>®</sup> IM

	P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
(5 ampolas x 1 ml)	838\$00	587\$/713\$00	251\$/125\$00

RÁPIDO A DISPERSAR  
RÁPIDO A ACTUAR



Feldene<sup>®</sup> 20 *Comprimidos Dispersíveis*

	P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
(30 comp. disp. x 20 mg)	2938\$00	2057\$/2498\$00	881\$/440\$00

A ALTERNATIVA  
À VIA ORAL



Feldene<sup>®</sup> Supositórios

	P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
(12 supositórios x 20 mg)	1485\$00	1040\$/1263\$00	445\$/222\$00

#### MODO DE EMPREGO ABBREVIADO

**Indicações:** Artrite reumatóide, osteoartrite, espondilite anquilosante, gota aguda, situações músculo-esqueléticas agudas, e crianças com diagnóstico confirmado de artrite crónica juvenil (Doença de Still). **Posologia:** Artrite reumatóide, osteoartrite e espondilite anquilosante - dose habitual de 20 mg uma vez ao dia no início e na terapêutica de manutenção. A utilização prolongada de doses iguais ou superiores a 30 mg por dia acarretam um risco de reacções adversas gastrointestinais. Gota aguda - 40 mg por dia em toma única ou em tomas divididas até ao máximo de 7 dias. Situações músculo-esqueléticas agudas - 40 mg por dia, em toma única ou em tomas divididas, durante os dois primeiros dias, 20 mg por dia nos restantes dias até perfazer 7 a 14 dias de tratamento. Artrite crónica juvenil em crianças com 6 ou mais anos de idade - Feldene comprimidos dispersíveis utilizando a seguinte posologia: peso inferior a 15 kg - 5 mg, 16 a 25 kg - 10 mg, 26 a 45 Kg - 15 mg, peso superior a 46 kg - 20 mg. **Contra-indicações:** Úlcera péptica activa ou história de ulceração recorrente. Hipersensibilidade ao Feldene, ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. Supositórios - doentes com história de lesões inflamatórias ou hemorragias do recto ou ânus. **Advertências:** Gravidez, lactação. Como acontece com outros AINEs, os doentes idosos devem ser sujeitos a vigilância apertada. **Precauções:** Disfunção renal significativa. Monitorizar doentes com terapêutica anticoagulante concomitante. Não se recomenda o uso concomitante de ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. **Reacções Adversas:** Sintomas gastrointestinais: se ocorrer úlcera péptica ou hemorragia gastrointestinal, suspender a terapêutica com Feldene. Edema, principalmente do tornozelo e "Rash" cutâneo.



Laboratórios Pfizer, S.A.  
Apartado 1402 - 1012 LISBOA CODEX

Para mais informações sobre o produto, é favor consultar o Modo de Emprego que será enviado a pedido.  
Sede: Porto Zemouto, Coíña Seixal • Capital Social: Escudos 850 000 000 • Conserv. Reg. Seixal - Matrícula NR 775



# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

VOLUME XVIII — TOMO 4

1993 — OUTUBRO-DEZEMBRO

N.º 69

## Sumário

### EDITORIAL

- A Construção do Curriculum Reumatológico  
*Jaime da Cunha Branco* ..... 131

### ARTIGOS ORIGINAIS

- Instrumentos Multidimensionais  
para Avaliação da Saúde em Reumatologia  
Estudo da sua Aplicabilidade à População Portuguesa  
*Viviana Tavares, A.C. Alves de Matos,  
Jaime C. Branco, J. Canas da Silva* ..... 135

### CASO CLÍNICO

- Síndrome de Sobreposição  
Casuística da Unidade de Reumatologia do H.S.M.  
*Manuela Lélis, Paulo Coelho, J. Carlos Romeu,  
J. Canas da Silva, M. Viana de Queiroz* ..... 165

### INFORMAÇÕES

- Relatório de Contas da  
Sociedade Portuguesa de Reumatologia  
Referente ao ano de 1992/1993 ..... 177

Registo: Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n.º 101897.

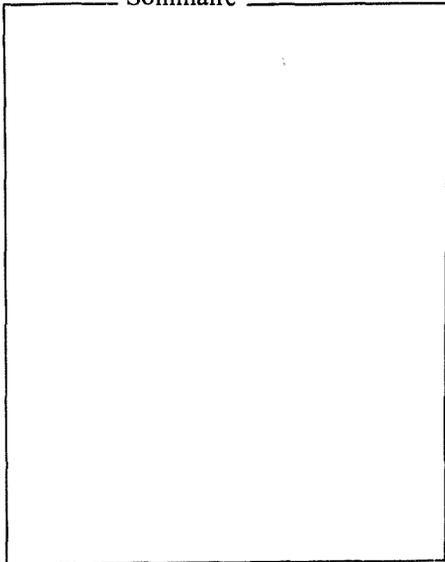
EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Liga Portuguesa contra o Reumatismo).

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Sociedade Portuguesa de Reumatologia — Rua de D. Estefânia, 187-189 — 1000 Lisboa —  
Telefs. 57 23 26 - 4 07 64.

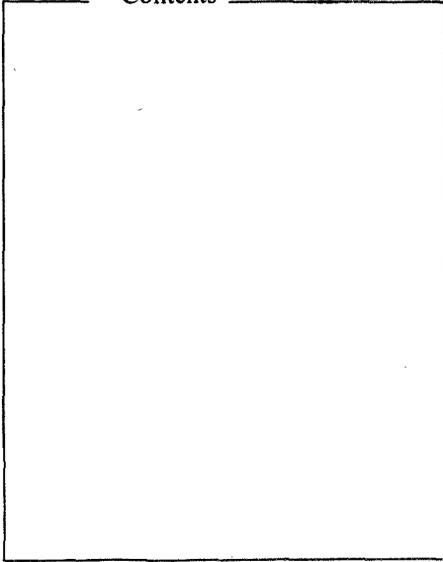
COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Publicações Ciência e Vida, Lda. — Rua Victor Cordon, n.º 24 - 1.º Dt.º — 1200 Lisboa —  
Telefs. 342 05 65 - 342 79 89.

Esta publicação é subsidiada por:  
Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica  
Instituto Nacional de Investigação Científica

## Sommaire



## Contents

**FICHA TÉCNICA:**

DIRECTOR: Aurora Marques. REDACTOR-CHEFE: Prof. M. Viana Queiroz.

REDACTORES: Drs. Adriano Neto, A. C. Alves Matos, António Vilár, Aurora Marques, C. Miranda Rosa, Jaime C. Branco, João Ramos, J. F. Ribeiro da Silva, J. Espírito Santo, J. Canas da Silva, J.A. Melo Gomes, J. Teixeira da Costa, M.ª Cristina Catita e Mário Bexiga.

CONSELHO CIENTÍFICO: O Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

DISTRIBUIÇÃO: Aos membros da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e, sempre que possível, a Instituições Médicas, de Reumatologia ou não, nacionais e estrangeiras (Ligas, Faculdades, Centros Científicos, Sociedades Médicas, Hospitais e Serviços, Revistas e Jornais Médicos e a outras Instituições Culturais).

PUBLICAÇÃO: Trimestral (Março, Junho, Setembro e Dezembro), faz e solicita a permuta. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: *Acta Reuma. Port.*, volume (tomo): pág.-pág., ano.

Assinatura anual (1 volume, 4 tomos): Portugal 800\$00; Espanha 1.200 Pst; Resto do Mundo, US\$20.

Numero avulso: 280\$00; US\$5.

**NORMAS DE PUBLICAÇÃO:**

- 1 — A Redacção aceita trabalhos clinicos ou de investigação da especialidade ou a ela ligados. reserva-se o direito de só aceitar artigos ainda inéditos.
- 2 — Os artigos publicados e os textos das comunicações apresentadas em sessões científicas da Sociedade, ou por ela organizadas, são propriedade da «Acta», reservando-se a Redacção o direito de autorizar a sua inserção total ou parcial, noutras publicações.
- 3 — A doutrina dos artigos publicados é da exclusiva responsabilidade dos autores.
- 4 — Os artigos podem ser redigidos em português, francês, inglês ou espanhol, dactilografados a dois espaços, numa só face do papel, com margens largas e em duplicado.
- 5 — Referenciados com o título em português, francês e inglês (e facultativamente em espanhol ou alemão), nome do(s) autor(es) e seus títulos académicos e profissionais; instituições onde foi executado ou a que pertence o autor e respectivo director; localidade e país.
- 6 — O texto deve ser precedido de um resumo sucinto, curto mas suficientemente esclarecedor, em português, francês e inglês (facultativamente, em espanhol e/ou alemão).
- 7 — Cada artigo tem direito até cinco gravuras; além deste número a Redacção reserva-se o direito de as debitar pelo custo. As fotografias devem ter nitidez suficiente para dar reprodução e os gráficos e desenhos a tinta preta e em papel branco ou vegetal; em folhas separadas, anotadas no verso, a respectiva legenda, dactilografada, e a ordem numérica.
- 8 — As referências bibliográficas, conforme o index medicus: apelido (maiúsculas), nome e pronome do(s) autor(es); título, nome da publicação ou editor; localidade; volume; página; ano. Deve observar-se a ordem alfabética do último nome do autor (ou do 1.º autor).
- 9 — Cada autor tem direito a 25 separatas. Para além deste número, serão debitadas pelo preço de custo, se forem requisitadas com a devida antecedência.
- 10 — É da competência e responsabilidade da Redacção, a revisão das provas.

## EDITORIAL

# A CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO REUMATOLÓGICO

**“Construa o seu Currículo”**  
Fernando de Pádua

A definição escrita de um Currículo médico, de qualquer especialidade, encerra habitualmente apenas os requisitos mínimos que um Interno necessita cumprir para se habilitar à obtenção do respectivo título.

São assim esquecidos, a maioria das vezes, os programas de formação, os Centros e os tutores.

Em Reumatologia os objectivos a alcançar são além da aquisição de aptidões clínicas teóricas (ciências básicas, mecanismos de lesão e reparação de tecidos; fisiopatologia; clínica; diagnóstico diferencial; utilização de fármacos e tratamentos físicos; indicações para cirurgia; repercussão individual e sócio-familiar da doença; etc.) e práticas (experiência o mais lata possível na abordagem, diagnóstico e tratamento de doentes reumáticos; domínio da realização do maior número possível de técnicas de diagnóstico e terapêutica, etc.) o desenvolvimento de outras atitudes e capacidades (transmissão de conhecimentos; interesse de colaboração; hábitos de investigação e gosto pela pesquisa e sua comunicação; etc.).

Estão definidos pelo European Board in Rheumatology da UEMS (União Europeia das Monoespecialidades) as características estruturais, materiais e humanas dos Centros de formação idóneos, a necessidade da sua inserção hospitalar e a obrigatoriedade das reavaliações quinquenais daquela idoneidade por parte das autoridades nacionais competentes, no nosso caso o Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos.

Cada Unidade ou Serviço possui personalidade, identidade, curriculum, áreas de interesse, doutrina, influências, linhas de investigação, características físicas, implantação, objectivos, profissionais e doentes que lhe são específicos. Portanto a experiência, os ensinamentos, as atitudes, o relacionamento e a prática adquiridas e desenvolvidas pelos Internos são necessariamente diversas de Centro para Centro.

Parece por isso fácil perceber e aderir à ideia da utilidade que os Internos têm em cumprir os seus três anos de internato reumatológico em pelo menos dois Centros diferentes. De resto esta prática vem já sendo utilizada entre nós nomeadamente pelo Instituto Português de Reumatologia.

Pelos mesmos motivos a realização de um período de estágio, mais ou menos longo, num Centro de reconhecido crédito em país estrangeiro com a finalidade de adquirir novas técnicas, conhecer outras abordagens (diagnósticas: terapêuticas; etc.), aprender diferentes organizações e gestões, participar em projectos de investigação orgânicamente estruturados e oficialmente apoiados (infelizmente são raros no nosso País) e abrir mentalidades para perspectivas intelectualmente diferentes, tem meritos de valorização indiscutíveis.

As normas para reconhecimento dos Tutores de internato estão também definidas pela UEMS. Exemplificativamente duas delas postulam: “O Tutor deve ser um especialista em reumatologia pelos menos há 5 anos”; “O Tutor deve possuir uma atitude éticamente correcta, possuir capacidades didáticas e ser cientificamente activo a julgar pelas suas publicações, apresentação de trabalhos e intervenção em Congressos”.

De facto só assim o Tutor pode possuir a capacidade e a postura necessárias ao desenvolvimento de instrumentos de formação, teórica e prática, para os seus Internos.

Entre outras e mais evidentes tarefas incumbe ao Tutor orientar o interno, precocemente na sua formação, para o desenvolvimento (metas, locais, etapas temporizadas, etc.) do seu programa de treino.

Durante o período de treino além da aquisição do conjunto necessário de conhecimentos sólidos e versáteis e do suficiente grupo de aptidões e atitudes apropriado à boa prática clínica o Interno deve definir, com o auxílio do respectivo Tutor, quer os seus objectivos futuros (subespecializações; progressão na carreira hospitalar; adesão à carreira docente; linhas de investigação;

actividade associativa; ec.) quer os melhores e mais fáceis trajectos para os atingir.

Tanto quanto possível as oportunidades criadas e os meios disponíveis para as cumprir, embora necessariamente diferentes, devem ser equitativos.

O papel fundamental do Tutor é dar as luzes e apontar os caminhos, o Interno optará pelos que melhor se lhe adaptarem tendo em vista a construção do seu (melhor) Curriculum (possível).

Isto é tanto mais importante quanto com a futura titulação única (Hospital/ /Ordem dos Médicos) e a actual regulamentação dos concursos de provimento de vagas de Assistente da Carreira Hospitalar o Curriculum Vitae (CV) se transforma no mais importante (único?) instrumento de avaliação dos candidatos.

Assim a forma como se constroi e como se escreve o CV tem crucial importância no sucesso ou insucesso profissional do seu autor.

Deve ter-se em conta que o CV reumatológico se inicia no primeiro dia do internato (por vezes até antes) e não apenas nos meses que antecedem cada exame ou concurso.

Quando se escreve um CV passa-se ao papel os factos vividos, os actos realizados e as obras produzidas o que o torna uma publicação única e original porque desde a sua essência (pessoal, diária, constante e laboriosamente construída e colecionada) ao seu relato (estilo individual e específico) depende fundamentalmente o seu autor.

Em sentido figurado o relatório que constitui CV é como que uma fotografia do seu autor.

Uma fotografia pode ter a melhor qualidade técnica mas se o seu objecto for desadequado não serve o fim em vista. Se pelo contrário, o objecto for o esperado mas estiver pouco cuidado e/ou a fotografia for realizada em condições técnicas deficientes o resultado final é pouco estimável.

O ideal será conseguir o objecto pretendido com as condições desejadas (CV que se foi construindo) e dele realizar a melhor das fotografias (relatório que se escreve).

Jaime da Cunha Branco  
Reumatologista  
Assistente de Reumatologia do Hospital Egas Moniz

# **INSTRUMENTOS MULTIDIMENSIONAIS PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE EM REUMATOLOGIA ESTUDO DA SUA APLICABILIDADE À POPULAÇÃO PORTUGUESA**

VIVIANA TAVARES\*, A.C. ALVES DE MATOS\*\*,  
JAIME C. BRANCO\*\*, J. CANAS DA SILVA\*

## **RESUMO**

**Introdução:** A evolução do conceito de saúde verificada nos últimos cinquenta anos foi responsável pela criação de novos instrumentos de medida capazes de avaliar as várias dimensões (física, psíquica e social) que podem ser afectadas pela doença. A sua utilização nas doenças reumáticas, em particular na artrite reumatóide, tem demonstrado que estes instrumentos possuem uma excelente correlação com as medidas físicas e laboratoriais de actividade clínica e que são bons indicadores prognósticos de morbilidade e mortalidade, sendo a sua aplicação, geralmente sob a forma de auto-questionários, advogada não só na avaliação de ensaios terapêuticos como na prática diária.

**Objectivo:** A inexistência de instrumentos multidimensionais para avaliação da saúde (IMAS) aplicados aos doentes reumáticos no nosso País associado ao reduzido nível de alfabetismo da população portuguesa motivaram-nos a testar a aplicabilidade de um IMAS nas Consultas Externas de Reumatologia dos Hospitais de Egas Moniz e Garcia de Orta.

---

\* Assistente de Reumatologia. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

\*\* Assistente de Reumatologia. Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, Lisboa

**Doentes e Métodos:** Em cada um dos Hospitais foram inquiridos 52 doentes. Dos 104 doentes, cuja idade média era de  $49,8 \pm 14,9$  anos, 78,8% eram mulheres e 21,2% eram homens. Os doentes apresentavam uma escolaridade média de  $5,7 \pm 4,2$  anos e foram divididos em 5 grupos — 30 com artrite reumatóide (AR), 11 com fibromialgia (FM), 18 com lombalgia (LB), 39 com osteoartrose (OA) e 6 com outras patologias (Outras). Cada um dos doentes preencheu um auto-questionário composto por sete secções — avaliação da capacidade funcional para as actividades da vida diária (AVD), percepção da evolução da doença, percepção da capacidade global, grau de insatisfação com a capacidade, dor, perfil psicológico e existência de dificuldade no preenchimento do questionário. Os doentes eram acompanhados por um colaborador que os ajudava em caso de necessidade e anotava a sua participação.

**Resultados:** Apesar de 31,7% dos doentes ter necessitado de auxílio para preencher o questionário e 19,2% ter referido dificuldade em responder às questões as taxas de resposta a cada uma das secções foram boas, variando entre os 100% na secção que avaliava a percepção da capacidade global e os 72,2% naquela que analisava o perfil psicológico. Na população global os índices médios registados foram de  $0,754 \pm 0,517$  para a incapacidade funcional nas AVD,  $2,545 \pm 0,866$  para a percepção da capacidade global,  $1,971 \pm 0,782$  para o grau de insatisfação,  $5,8 \pm 2,8$  para a dor e de  $3,181 \pm 0,709$  para o índice de desamparo avaliado no perfil psicológico. As diferenças registadas entre os diversos grupos nosológicos não foram significativas tendo os doentes com FM registado os piores índices na percepção da capacidade global, no grau de insatisfação, na dor e no índice de desamparo. O grupo com LB revelou o índice de incapacidade funcional mais elevado e os doentes com AR referiram o nível de dor mais baixo e o menor grau de insatisfação. Registaram-se correlações positivas e significativas entre a capacidade funcional, quer nas AVD quer global, e a insatisfação, a dor e a sensação de desamparo. Existiu também uma correlação significativa entre a dor, a insatisfação e a sensação de desamparo e, por último, entre a insatisfação e a sensação de desamparo.

**Conclusões:** Os doentes reumáticos a quem foi aplicado este questionário compreenderam-no correctamente e responderam-lhe de forma fiável e credível. O IMAS ideal, a validar, deve ser curto, possuir uma estrutura e linguagem simples, incluir, no mínimo, os capítulos representados pelas secções do nosso questionário e assentar na tradução de um instrumento já aceite noutros países.

## INTRODUÇÃO

No fim dos anos quarenta a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs que se adaptasse como conceito de saúde “o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (1,2,3).

A saúde passou assim a ser encarada como uma estrutura multifactorial com dimensões físicas (mobilidade, actividades diárias, etc), psíquicas ou mentais (ansiedade, depressão, etc), sociais (relações profissionais, interpessoais, familiares, etc) e cognitivas e não só como um conjunto de sinais, sintomas ou dados laboratoriais (3). A compreensão deste conceito mais lato é fundamental para a avaliação das afecções crónicas das quais a maioria das doenças reumáticas são um bom exemplo, pela repercussão que têm nos mais diversos aspectos da vida dos indivíduos.

A avaliação do estado de saúde ou de doença e da sua evolução era na prática clínica habitualmente realizada segundo um modelo biomédico, isto é, através da identificação e/ou quantificação dos dados semiológicos e laboratoriais, e da avaliação final que se balanceava apenas entre a cura e a morte (3).

A evolução do conceito de saúde trouxe a necessidade de criar instrumentos que medissem as várias dimensões das perturbações que a doença produzia na vida do doente e que a nova definição englobava.

A análise da capacidade funcional, componente física particularmente afectada nas doenças reumáticas, foi desde sempre uma preocupação dos reumatologistas e, logo em 1949, uma comissão da American Rheumatology Association (actual American College of Rheumatology — ACR) liderada por Steinbrocker cria o primeiro índice de capacidade funcional, que foi rapidamente adoptado em quase todos os países (2,4).

Nas décadas de sessenta e setenta vários autores (Barthel, Katz, Convery, Lee, etc.) desenvolveram os seus próprios índices tentando caracterizar e avaliar, de uma forma mais detalhada e mais sensível às mudanças, as limitações funcionais dos doentes reumáticos (2,4,5).

A partir de 1980 começaram a aparecer os primeiros instrumentos multidimensionais de avaliação da saúde, tomada em sentido lato, com aplicação às doenças reumáticas, nomeadamente à artrite reumatóide (6,7,8).

A investigação e aplicação crescentes destes instrumentos, inicialmente utilizados apenas para ensaios terapêuticos, tem demonstrado que eles possuem uma excelente correlação com as medidas físicas e laboratoriais de actividade clínica e são bons indicadores prognósticos de morbilidade e mortalidade (9). São também índices da efectividade da acção médica e garantia para controle de qualidade (9).

A sua aplicação, mesmo quando se utilizam formatos reduzidos desses instrumentos, começa a ser assim advogada e justificada na prática clínica diária.

A maioria destes instrumentos tem a forma de questionários de auto-avaliação de modo a permitir uma utilização pouco dispendiosa, nomeadamente em recursos humanos.

A auto-avaliação implica no entanto um nível educacional e cultural mínimos. Este nível educacional mínimo é aliás também necessário, mesmo nos questionários que são executados por entrevistador, para a compreensão de conceitos abstractos (por exemplo identificação da dor ou da fadiga em escalas visuais analógicas).

No nosso País, onde não existe relato sobre a experiência de utilização de instrumentos multidimensionais para avaliação da saúde (IMAS), a sua realização parecia-nos de aplicação problemática e eficácia duvidosa. O elevado número de analfabetos, particularmente nas faixas etárias mais avançadas, em que se situam a generalidade dos doentes reumáticos (10), tornaria difícil a execução de auto-questionários e, em alguns casos mesmo de questionários aplicados por entrevistador.

Com o objectivo de testar numa população de doentes reumáticos portugueses a capacidade de compreensão de um instrumento de medida multidimensional criámos um questionário-tipo de avaliação da saúde e procedemos à sua aplicação em doentes das Consultas Externas de Reumatologia dos Hospitais de Egas Moniz, em Lisboa e Garcia de Orta, em Almada.

## DOENTES E MÉTODOS

### Doentes

Durante o mês de Fevereiro de 1993 foram distribuídos questionários multidimensionais de avaliação da saúde a 104 doentes observados consecutivamente nas Consultas Externas de Reumatologia dos Hospitais de Egas Moniz (HEM) e Garcia de Orta (HGO).

Foram inquiridos 52 doentes em cada um dos hospitais. Os doentes do HEM eram quase exclusivamente doentes de 1.<sup>a</sup> consulta enquanto a população do HGO era composta maioritariamente por doentes já frequentadores da consulta.

A população global era composta por 82 (78,8%) doentes do sexo feminino e 22 (21,2%) doentes do sexo masculino sendo idêntica a distribuição em ambos os hospitais (Quadro I). A idade média dos doentes era de  $49,8 \pm 14,9$  anos (limites 11-81 anos) não existindo também diferenças significativas entre ambos os hospitais (Quadro I).

**QUADRO I**

Características demográficas da população

	Global	HEM	HGO
Idade (M±DP) (Limites)	49,8±14,9 (11-81)	51,5±14,4 (11-78)	48,1±15,5 (14-81)
Mulheres (%)	82 (78,8%)	44 (84,6%)	38 (73,1%)
Homens (%)	22 (21,2%)	8 (15,4%)	14 (26,9%)
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>52</b>	<b>52</b>
Idade em anos	M±DP: Média ± Desvio padrão		

Os doentes foram divididos em 5 grupos consoante as patologias apresentadas: artrite reumatóide (AR); fibromialgia (FM); lombalgia (LB); osteoartrose (OA) e outras. No grupo denominado AR foram incluídos 15 doentes com poliartrite de outra etiologia e no grupo OA foram ainda incluídos 11 doentes com reumatismos abarticulares. Seis doentes que apresentavam patologias várias que não se englobavam em nenhum dos 4 grupos anteriores constituíram o quinto grupo denominado Outras, tendo estes doentes sido considerados apenas na análise da população global. A distribuição dos 104 doentes por cada um dos grupos e por hospital encontra-se discriminada no Quadro II.

**QUADRO II**

Distribuição dos doentes por grupos nosológicos

Grupo	Global	HEM	HGO
AR	30	12	18
FM	11	4	7
LB	18	12	6
OA	39	21	18
Outros	6	3	3
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>52</b>	<b>52</b>

AR: Artrite reumatóide  
LB: Lombalgias

FM: Fibromialgia  
OA: Osteoartrose

O nível médio de escolaridade da população global era de  $5,7 \pm 4,2$  anos (limites 0-17 anos) sendo ligeiramente mais elevado na população do HEM ( $6,2 \pm 4,3$  anos) do que na do HGO ( $5 \pm 4$  anos), devido ao número superior de analfabetos nesta última população (Quadro III). Esta diferença de escolaridade não era no entanto significativa. A população de referência do HEM é essencialmente de extracção urbana enquanto que a do HGO é de natureza suburbana.

**QUADRO III**  
NÍVEL DE ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO  
Distribuição dos doentes e níveis médios

Nível	Global	HEM	HGO
0	11	3	8
>0<4	48	27	21
>4<9	21	11	10
>9	12	8	4
(Licenciados)	(5)	(3)	(2)
Média $\pm$ DP	$5,7 \pm 4,2$	$6,2 \pm 4,3$	$5,0 \pm 4,0$
Total	92	49	43

Escolaridade em anos

DP: Desvio padrão

Em 12 doentes não foi possível determinar o nível

## Métodos

O questionário entregue a cada um dos doentes era composto por sete secções distintas. A primeira secção englobava 8 perguntas para avaliação da capacidade funcional para as actividades da vida diária (AVD). As perguntas escolhidas para esta avaliação foram as do Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ) (8) que foram traduzidas duas vezes pelos autores. As respostas eram classificadas de 0 (sem dificuldade) a 3 (incapacidade). A avaliação da função global foi depois analisada através dum índice de incapacidade funcional (IIF) obtido pelo somatório dos valores a cada resposta dividido por oito. O valor obtido poderia variar entre 0 (o doente podia

executar todas as tarefas sem qualquer dificuldade) e 3 (o doente era incapaz de realizar qualquer tarefa).

Com as três secções seguintes pretendeu-se analisar a percepção da evolução da doença no último mês, a percepção da capacidade global e o grau de insatisfação com a capacidade. As alternativas de resposta a todas as perguntas tinham o formato de escalas de Likert. No caso da percepção da evolução a escala tinha 5 graus variando entre o muito melhor e o muito pior. As escalas da percepção da capacidade global e do grau de insatisfação tinham 4 graus, a que correspondiam valores numéricos de 1 a 4, no caso da capacidade global e de 0 a 3 no caso da insatisfação. Nestas duas escalas os valores mais altos correspondiam à menor capacidade global e à maior insatisfação, respectivamente.

A quinta secção avaliava a dor através de uma escala visual analógica horizontal de 10 cm em que, da esquerda para a direita, o 0 correspondia à ausência de dor e o 10 a dor insuportável.

Na sexta secção pretendeu-se obter um breve perfil psicológico do doente. Esta secção era composta por cinco frases expressando vários conceitos relacionados com a doença (*auto-comiseração, dependência, fatalidade, capacidade de adaptação (coping), predestinação*) sendo pedido ao doente que dissesse o que pensava sobre cada uma delas numa escala de 5 graus entre a discordância completa (=1) e a concordância absoluta (=5). As cinco frases adaptadas correspondem à subescala de *desamparo* (helplessness) do Rheumatology Attitudes Index. Com o somatório das respostas dividido por cinco obtivemos um índice de desamparo (ID), onde os valores mais elevados correspondem a maior sensação de desamparo.

Por último questionou-se o doente sobre a dificuldade em responder às perguntas colocadas.

As questões das secções 2 a 6 foram adaptadas após dupla tradução do Activities and Lifestyle Index da Division of Rheumatology and Immunology da Vanderbilt University School of Medicine, Nashville, Tennessee, EUA.

A escolha destas secções obedeceu ao nosso propósito de testar perguntas que avaliassem o grau de funcionalidade para as AVD, o grau de insatisfação no presente, a evolução no tempo e por fim o significado e a importância da doença na vida do doente.

Pretendeu-se que as perguntas tivessem graus de dificuldade diferentes e crescentes para testarmos a compreensão e colaboração dos doentes para conceitos cada vez mais complexos.

Por último desejou-se manter o questionário curto (2 páginas dactilografadas) para assegurar uma maior aderência dos doentes e um tempo de preenchimento curto.

O formato dos questionários era de auto-avaliação. No entanto, eram

respondidos sob a assistência de um colaborador não médico da Consulta Externa (assistente social no HGO e voluntária hospitalar no HEM) que, eventualmente, poderia auxiliar o doente que tivesse dificuldades em compreender as perguntas e/ou preencher o questionário, ou que fosse analfabeto. Foi também permitida a ajuda de familiares acompanhantes do doente.

O assistente deveria anotar no fim do questionário se o mesmo tinha sido preenchido exclusivamente pelo doente ou se tinha sido necessária a ajuda do colaborador ou da família.

### **Análise Estatística**

Para análise das características demográficas da população foram utilizados os métodos de estatística descritiva.

Para todas as questões foi analisada a frequência de distribuição.

Utilizaram-se os métodos de regressão linear, de análise de variância (oneway ANOVA) e o teste t de Student para valores não emparelhados para a avaliação das diferenças existentes entre as variáveis numéricas e o teste de qui quadrado para as variáveis não paramétricas. A significância foi considerada para valores de  $p < 0,05$ .

O programa utilizado para análise dos dados foi o StatView 4.0 da Abacus Concepts, Inc.

## **RESULTADOS**

### **Capacidade Funcional**

O índice de resposta às questões para avaliação da capacidade funcional para as AVD foi muito bom: 91,3% dos doentes respondeu a todas as questões. Dos 9 doentes que não responderam completamente às 8 questões 5 eram do HGO e 4 do HEM.

Destes 9 doentes, 7 deixaram sem resposta apenas uma das perguntas, um doente não respondeu a duas delas e outro não respondeu a 3 das questões. Este último era um doente do sexo feminino, com 40 anos de idade e nove anos de escolaridade, que referiu ter tido dificuldade em responder ao inquérito.

O índice médio para a primeira questão (capacidade para se vestir) foi de 0,731, com 58,4% da totalidade dos doentes a referirem dificuldade ou muita dificuldade na execução desta tarefa. Considerando os vários grupos de patologias os índices mais elevados, correspondendo a maior incapacidade, registaram-se na LB (0,833) seguindo-se por ordem decrescente a AR (0,767), a

OA (0,718) e a FM (0,636). Apenas um doente com OA referiu ser incapaz de executar esta actividade.

Na segunda questão (capacidade para se deitar/levantar da cama) o score médio da população global foi de 0,699. 58,2% dos doentes referiam dificuldade ou muita dificuldade na execução desta tarefa. O score mais elevado registou-se na FM (1,0) seguindo-se por ordem decrescente a LB (0,889), a OA (0,641) e a AR (0,6).

No que respeita à terceira questão (capacidade para se alimentar) o valor médio da população global foi de 0,346. Das 8 tarefas avaliadas esta foi aquela que maior número de doentes executava sem qualquer dificuldade (76%). O valor mais elevado registou-se na AR (0,533) e o mais baixo na OA. Apenas um doente (com OA) referiu ser incapaz de executar tal tarefa.

O score médio da população global no que respeita à quarta questão (capacidade para a marcha em terreno plano) foi de 0,614. Cerca de metade da população (51,5%) referia dificuldade ou muita dificuldade na execução desta actividade. O valor mais elevado (0,724) registava-se no grupo de doentes com AR e o mais baixo (0,455) nos doentes com FM.

A quinta questão avaliava a capacidade para a higiene diária (lavar/secar todo o corpo) e o índice médio obtido na população global foi de 0,830 correspondente a um grau de dificuldade 1 ou 2 em 59% dos doentes. Os valores foram muito idênticos nos vários grupos oscilando entre 0,900 na FM (o mais elevado) e 0,811 na OA (o mais baixo). Dois doentes (1 com AR e 1 com OA) referiram ser incapazes de executar esta tarefa.

A sexta questão avaliava a capacidade para se inclinar e apanhar coisas do chão e foi das 8 questões a que registou índices mais elevados quer globalmente (1,15) quer nas várias patologias, com valores de 1,36 na FM até 0,900 na AR. Cerca de 75% dos doentes referia graus de dificuldade 1 e 2 na execução desta actividade e três doentes (1 com FM e 2 com OA) referiam incapacidade para a executar.

Na sétima questão avaliava-se a capacidade de apreensão (abrir e fechar torneiras) e o score obtido pela população total foi de 0,709 (cerca de metade da população estudada registou dificuldade ou muita dificuldade) com valores máximos na AR (0,900) e mínimos na LB (0,556).

Na última questão desta secção (entrar/sair de um carro) a numeração registada foi a segunda mais elevada (0,961) com valores de 1,09 na FM até 0,919 na OA.

Como se pode verificar as diferenças na capacidade funcional entre as várias doenças para cada uma das actividades inquiridas foi muito pequena e a análise de variância não revelou qualquer significado estatístico.

Também não se verificaram diferenças significativas nos resultados quando comparados os scores obtidos pelos vários grupos nos dois hospitais.

Como foi anteriormente referido determinou-se um IIF que tornasse possível uma avaliação da incapacidade global de cada doente e permitisse a comparação entre as várias patologias. O valor médio do IIF na totalidade dos doentes foi de  $0,754 \pm 0,557$  (Quadro IV).

Nas várias patologias o IIF médio mais elevado, representando portanto maior incapacidade, registou-se nos doentes do grupo LB ( $0,816 \pm 0,650$ ) seguindo-se a FM ( $0,812 \pm 0,319$ ), a AR ( $0,795 \pm 0,650$ ) e por último a OA ( $0,721 \pm 0,528$ ). As diferenças registadas entre os vários grupos não eram estatisticamente significativas (Quadro IV).

**QUADRO IV**  
RESULTADOS DOS PARÂMETROS AVALIADOS  
(Global e por grupos nosológicos)

	Global	AR	FM	LB	OA
IIF	$0,754 \pm 0,517$	$0,795 \pm 0,593$	$0,812 \pm 0,319$	$0,816 \pm 0,650$	$0,721 \pm 0,528$
Cap. Gl.	$2,545 \pm 0,866$	$2,567 \pm 0,971$	$2,700 \pm 0,823$	$2,611 \pm 0,850$	$2,568 \pm 0,861$
Insatisf.	$1,971 \pm 0,782$	$1,767 \pm 0,898$	$2,364 \pm 0,505$	$2,056 \pm 0,639$	$2,026 \pm 0,778$
Dor	$5,8 \pm 2,8$	$4,9 \pm 3,2$	$6,0 \pm 2,8$	$5,3 \pm 2,5$	$5,9 \pm 2,2$
ID	$3,181 \pm 0,709$	$3,182 \pm 0,800$	$3,467 \pm 0,656$	$2,909 \pm 0,701$	$3,238 \pm 0,695$

IIF: Índice de incapacidade funcional (0-3)

Cap. Gl.: Capacidade global (1-4)

AR: Artrite reumatóide

LB: Lombalgias

ID: Índice de desamparo (1-5)

Insatisf.: Insatisfação (0-3)

FM: Fibromialgia

OA: Osteoartrose

Os doentes do HGO apresentaram um IIF ligeiramente superior ( $0,766 \pm 0,666$ ) ao dos doentes do HEM ( $0,688 \pm 0,689$ ) mas também sem significado estatístico.

### Percepção da Evolução da Doença

O índice de resposta a esta pergunta foi muito elevado (99%) e apenas um doente a deixou sem resposta.

Quando considerada totalidade dos doentes a distribuição das respostas pelos vários graus seguiu uma curva de distribuição normal com o pico dos doentes (38,3% - 40 doentes) referindo estar na mesma, 25,2% referindo estar melhor e 19,4% referindo estar pior. Sensivelmente a mesma percentagem da população encontrava-se nos extremos das respostas (7,8% muito melhor e

8,7% muito pior).

Quando comparadas as várias patologias a distribuição era no entanto muito diferente. Dos doentes com AR 53,4% referia estar melhor ou muito melhor enquanto que no grupo das FM apenas 9,1% referia estar melhor e 36,4 referia estar pior ou muito pior. Nos outros dois grupos a percepção de melhoria era mais marcada na OA (32%) do que na LB (22,2%). Estas diferenças entre os vários grupos não eram, no entanto, estatisticamente significativas.

Quando comparada a distribuição pelos dois hospitais notava-se um desvio para a esquerda (pior/muito pior) no HGO relativamente ao HEM (36,5% contra 19,6%). Esta diferença, embora marcada, não tinha significado estatístico.

### **Percepção da Capacidade Global**

A taxa de resposta à pergunta da 3.<sup>a</sup> secção foi também elevada dado que 97,1% dos doentes conseguiram responder-lhe correctamente. Apenas um doente não respondeu e 2 doentes responderam incorrectamente assinalando mais de uma possibilidade.

Analisada a população total 42,7% dos doentes referia ser capaz de realizar todas as tarefas com alguma dificuldade, 31,1% faziam-no com muita dificuldade e 15,5% eram quase incapazes de as realizar enquanto 8,7% dos doentes referia ausência de qualquer dificuldade. O score médio correspondente era de  $2,545 \pm 0,866$ , num máximo possível de 4 (Quadro IV).

No estudo de cada um dos grupos nosológicos o índice médio mais elevado, correspondendo à menor capacidade global, verificou-se nos doentes com FM ( $2,7 \pm 0,823$ ), a que se seguiram por ordem decrescente os doentes com LB ( $2,611 \pm 0,85$ ), com OA ( $2,568 \pm 0,801$ ) e com AR ( $2,567 \pm 0,971$ ). A análise de variância destes resultados não foi estatisticamente significativa (Quadro IV).

Existia uma correlação significativa ( $r=0,671$ ;  $p<0,0001$ ) entre o IIF e a avaliação do doente para a sua capacidade global (Quadro V).

Os doentes do HGO apresentaram um índice médio ( $2,706 \pm 0,901$ ) ligeira mas não significativamente superior aos do HEM ( $2,380 \pm 0,805$ ).

### **Insatisfação com a Capacidade**

A questão que compunha a 5.<sup>a</sup> secção e que avaliava o grau de insatisfação do doente com as suas capacidades foi respondida por todos os doentes.

45,2% referia não estar satisfeito com as suas capacidades e 26,9% referia não estar nada satisfeito. Apenas 1,9% dos doentes referia estar muito

**QUADRO V**  
CORRELAÇÕES ENTRE OS PARÂMETROS AVALIADOS  
(População global)

	IIF	Cap.Gl.	Insatisf.	Dor	ID
IIF	1,000	-	-	-	-
Cap.Gl.	0,671*	1,000	-	-	-
Insatisf.	0,466**	0,427*	1,000	-	-
Dor	0,352§	0,476*	0,323§§	1,000	-
ID	0,658*	0,539*	0,309+	0,422**	1,000

\* p<0,0001      \*\* p=0,0001      § p=0,0009      §§ p=0,002      + p=0,007  
IIF: Índice de incapacidade funcional      ID: Índice de desamparo  
Cap. Gl.: Capacidade global      Insatisf.: Insatisfação

satisfeito e 26% referia estar satisfeito. Estes valores correspondiam a um score médio de  $1,971 \pm 0,782$  (num máximo possível de 3) (Quadro IV).

O maior índice de insatisfação registou-se nos doentes com FM ( $2,364 \pm 0,505$ ), não tendo nenhum destes doentes referido que estava satisfeito ou muito satisfeito com as suas capacidades. Por ordem decrescente seguiram-se os doentes com LB ( $2,056 \pm 0,639$ ), com OA ( $2,026 \pm 0,778$ ) e, por último, com AR ( $1,767 \pm 0,898$ ). Estas diferenças não tinham no entanto significado estatístico (Quadro IV).

Os resultados em cada um dos dois hospitais apresentavam uma distribuição e índices semelhantes à da população global.

Existia uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $r=0,466$ ;  $p=0,0001$ ) entre o IIF e o grau de insatisfação dos doentes e entre a percepção da capacidade global e o grau de insatisfação ( $r=0,427$ ;  $p<0,0001$ ) (Quadro V).

## Dor

A escala visual analógica não foi preenchida por 11 doentes (10,6%).

O valor médio obtido na totalidade da população foi  $5,8 \pm 2,8$ . Os doentes com AR apresentaram o valor médio mais baixo ( $4,9 \pm 3,2$ ) seguindo-se, por ordem crescente, a LB ( $5,3 \pm 2,5$ ), a OA ( $5,9 \pm 2,2$ ) e a FM ( $6 \pm 2,8$ ). A análise de variância das diferenças entre as várias patologias não foi significativa (Quadro IV).

Comparado o IIF e a dor através de regressão linear verificou-se existir uma correlação positiva e significativa, embora não muito forte, entre as duas variáveis ( $r=0,352$ ;  $p<0,0009$ ) (Quadro V).

Verificou-se existir também uma correlação positiva e significativa entre a dor e a percepção da capacidade global ( $r=0,476$ ;  $p<0,0001$ ) e entre a dor e o grau de insatisfação com a capacidade ( $r=0,323$ ;  $p<0,002$ ) (Quadro V).

### **Perfil Psicológico e Índice de Desamparo (ID)**

Nas questões que compunham a sexta secção e que tentavam avaliar o perfil psicológico através da opinião do doente perante 5 conceitos diferentes relacionados com a sua doença verificou-se o mais baixo índice de resposta por parte da população global, com 27,8% dos doentes a não responder a pelo menos uma das questões. Este baixo índice de resposta foi principalmente notado nos doentes do HEM (22 doentes) e significativamente diferente ( $p=0,001$ ) do HGO, onde apenas 7 doentes não responderam completamente às perguntas. As frases que registaram maior ausência de resposta foram as que expressavam conceitos de fatalidade e predestinação (20 doentes cada uma).

Globalmente 50,4% dos doentes concordava com a expressão de auto-comiseração, sendo esta concordância mais marcada na AR (62,9%) e menos marcada na LB (40%) em que 46% dos doentes não expressava esses conceitos.

No respeitante à dependência 70,6% expressava concordância com o conceito. Tal como para o conceito anterior eram os doentes com AR que sentiam maior dependência (76,8%) e os que sofriam de LB (56,2%) referiam menor dependência.

A terceira questão tentava avaliar a fatalidade presente nos doentes e esta manifestava-se em 51,7% da população global. Ao contrário do que sucedia com os dois conceitos anteriores era nos doentes com AR que esta era menor (41,6%) sendo particularmente elevada nos doentes com OA (61,2%) e com FM (60%).

A quarta frase avaliava a capacidade de adaptação do doente (coping). 56,6% da população global achava estar bem adaptado à doença. Esta capacidade de adaptação à doença era mais elevada nos doentes com AR (61,4%) e mais baixa nos doentes com AR (61,4%) e mais baixa nos doentes com LB (50%) sendo idêntica nos doentes com OA e FM (54,7% e 54,5% respectivamente).

A última questão avaliava o sentido de predestinação e foi a que registou níveis mais baixos de concordância (34,4%). A predestinação era principalmente referida pelos doentes com OA (39,9%) sendo os doentes com FM os que menos concordavam com este conceito (22,2%) mas também os mais indiferentes (66,6% não concordava nem discordava).

O ID, obtido através do somatório dos valores dos cinco conceitos, dividido por cinco, podia variar entre 1 e 5, correspondendo os valores mais elevados a

maior sensação de desamparo. O ID obtido na população global foi de  $3,181 \pm 0,709$  (Quadro IV).

O ID mais elevado registou-se nos doentes com FM ( $3,467 \pm 0,656$ ), seguindo-se por ordem decrescente a OA ( $3,238 \pm 0,695$ ), a AR ( $3,182 \pm 0,8$ ) e a LB ( $2,909 \pm 0,701$ ) (Quadro IV). A análise de variância não revelou diferenças estatisticamente significativas.

Na população global existia uma correlação positiva e significativa entre o ID e o IIF ( $r=0,658$ ;  $p<0,0001$ ), o ID e a percepção da capacidade global ( $r=0,539$ ;  $p<0,0001$ ), o ID e o grau de insatisfação ( $r=0,309$ ;  $p=0,007$ ) e entre o ID e a dor ( $r=0,442$ ;  $p=0,0001$ ) (Quadro V).

Existia ainda uma diferença significativa ( $p=0,002$ ) entre o ID registado nos dois hospitais, dado que os doentes do HGO apresentaram maior sensação de desamparo ( $3,386 \pm 0,453$ ) que os do HEM ( $2,880 \pm 0,438$ ).

### **Dificuldade de Resposta ao Questionário**

Quatro doentes (3,8%) não responderam à questão que tentava avaliar a dificuldade em responder ao inquérito. Destes 4 doentes, três eram do HGO e um do HEM.

Apenas 19,2% dos doentes referiu dificuldade em responder ao inquérito e não houve diferenças significativas entre os dois hospitais.

Não se verificou qualquer relação entre a dificuldade em responder ao inquérito e o grau de escolaridade.

### **Necessidade de Ajuda na Resposta ao Questionário**

O preenchimento do item sobre a autonomia do doente para responder ao inquérito cabia ao colaborador da Consulta quando da recolha do mesmo.

Este item ficou sem resposta em 17 casos (16,3%), tendo sido 11 do HEM e 6 do HGO.

Necessitaram de auxílio para responder ao inquérito 33 doentes (31,7%) não se tendo registado diferenças significativas entre os dois hospitais (15 e 18 doentes no HEM e no HGO, respectivamente).

## **DISCUSSÃO**

As doenças reumáticas são habitualmente doenças crónicas que comprometem as várias dimensões da saúde, tal como foi definida pela OMS, alterando

em consequência a qualidade de vida dos doentes.

Na última década assistiu-se ao desenvolvimento de vários instrumentos de avaliação multidimensional da saúde para utilização em doentes reumáticos. Estes instrumentos têm sido denominados na literatura, de forma um pouco imprecisa e por vezes indiscriminadamente, como medidas de qualidade de vida, de estado de saúde e de capacidade funcional (9).

Estes conceitos, que não são exactamente idênticos, podem ser considerados como correspondendo a uma hierarquia na avaliação do doente.

O conceito de qualidade de vida é o mais global e envolve não só o estado de saúde como aspectos económicos, profissionais, educacionais e outros, que geralmente não podem ser alterados pela assistência médica tradicional. Por este motivo os instrumentos que medem verdadeiramente a qualidade de vida são raramente utilizados na prática clínica corrente (1).

O conceito de estado de saúde, menos lato que o anterior, é o mais relevante para a assistência médica e todos os instrumentos que o analisam, e que passaremos a denominar como instrumento multidimensionais para avaliação da saúde (IMAS), possuem pelo menos uma escala para avaliação de cada uma das três dimensões da saúde (1).

A capacidade funcional refere-se especificamente à dimensão física do estado de saúde, sendo portanto o menos lato dos três conceitos. É no entanto o mais relevante do ponto de vista reumatológico porque a dimensão física é a mais afectada pelas doenças músculo-esqueléticas (1).

Alguns dos IMAS utilizados nas doenças reumáticas, como o Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), o Health Assessment Questionnaire (HAQ) e o McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ), foram inicialmente criados para a avaliação da artrite reumatóide (AR) (6,7,11) e posteriormente usados em outras patologias reumáticas (12-19). Estes IMAS são denominados específicos de doença.

Os IMAS denominados gerais ou genéricos, como o Sickness Impact Profile (SIP), o Nottingham Health Profile (NHP) e o Index of Well Being (IWB) foram criados para utilização na globalidade das doenças e têm também sido aplicados às doenças reumáticas (3,20-24).

As primeiras utilizações práticas dos IMAS em reumatologia realizaram-se em ensaios clínicos para avaliar a eficácia de fármacos de fundo na AR (9,25-27).

Esta continua a ser uma das principais indicações para o uso dos IMAS e recentemente o ACR recomendou que, nos ensaios clínicos na AR, a avaliação da eficácia devia incluir, entre as medidas de actividade da doença, um IMAS como o HAQ o AIMS ou outro cuja sensibilidade às variações tenha já sido testada (28). Recomendação idêntica tinha sido também adoptada na última conferência OMERACT (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis

Clinical Trials (28).

Em reumatologia os IMAS têm ainda sido utilizados para avaliação das prestações de serviços de saúde, das necessidades sentidas pelas populações no domínio das doenças reumáticas e para estudos de análise de custo-benefício de fármacos ou de outras intervenções terapêuticas (9,29).

Nos últimos anos os IMAS têm vindo a assumir um papel cada vez mais importante na prática clínica diária e na avaliação individual dos doentes.

Alguns trabalhos demonstraram já que os índices obtidos nos IMAS como o HAQ ou o AIMS têm uma correlação significativa com medidas tradicionais de avaliação da actividade da AR como por exemplo a contagem articular (Índice de Ritchie), a força de preensão ou a velocidade de sedimentação (9,30,31).

Existem também trabalhos demonstrando que os scores obtidos nas escalas de capacidade funcional do HAQ ou do AIMS são úteis para a monitorização a longo prazo dos doentes com AR possuindo um valor preditivo quer da incapacidade funcional futura quer da morbilidade (1,31-36).

A utilização destes mesmos questionários, em estudos longitudinais a cinco anos, em doentes com AR demonstrou também que, de todas as variáveis analisadas, os resultados obtidos nos IMAS eram o melhor predictor da mortalidade (37,38).

Alguns autores advogam mesmo que os scores obtidos nos questionários de auto-avaliação são a medida mais representativa do estado clínico dos doentes com AR e que, se só fosse possível utilizar um único instrumento quantitativo para monitorização clínica, o mais útil e o mais simples de aplicar seria um destes questionários (30).

Embora as vantagens e as indicações da utilização dos IMAS estejam melhor documentadas nos doentes com AR existem também trabalhos que demonstram a sua utilidade na avaliação funcional e psicológica de doentes com Lupus Eritematoso Sistémico (LES), com Osteoartrose (OA), com Esclerose Sistémica (ES), com Espondilite Anquilosante (EA), com Fibromialgia (FM) e com Osteoporose (OP) (14,15,17,18,19,39).

A criação e construção dos IMAS obedece a determinados critérios que são comuns a todos os instrumentos de medida. Para além de permitirem a quantificação devem ser exactos, fiáveis, sensíveis, específicos, reprodutíveis e aplicáveis (40).

A quantificação nos IMAS usados em reumatologia é feita utilizando escalas de Likert ou escalas visuais analógicas. As escalas de Likert são escalas ordinais que apenas indicam uma ordem de escalonamento sendo portanto pouco precisas, já que as diferenças entre duas posições consecutivas pode não ser sempre idêntica; por exemplo a diferença entre “sem dificuldade” e “com alguma dificuldade” pode não ser idêntica à que existe entre “com muita

dificuldade” e “incapaz”. No entanto para efeitos de medida ela é assumida como igual e na maioria dos IMAS a análise dos resultados é feita atribuindo a cada uma das posições um valor inteiro, por exemplo de 0 a 3, que permita depois a execução de funções aritméticas (3,41).

A precisão ou reproducibilidade, isto é, a capacidade que um instrumento tem de obter os mesmos resultados em medições repetidas nas mesmas condições, é um requisito essencial para qualquer instrumento de medida (4,29,42).

A precisão é avaliada pelos métodos de teste-reteste (através de duas medições à mesma população, nas mesmas condições) e de reproducibilidade interna (em cada instrumento os itens que avaliam o mesmo conceito devem produzir o mesmo resultado) (4,29,42).

Todos os IMAS habitualmente utilizados em reumatologia têm a sua precisão comprovada em vários trabalhos (9,20,30).

A validade, isto é, a propriedade de um instrumento medir bem aquilo que se propõe, é difícil de analisar nos IMAS já que estes instrumentos avaliam fenómenos inerentemente subjectivos, para os quais não existe um padrão de referência, não sendo portanto possível uma validação de critérios (29,42,43).

Em alternativa a análise da validade de um IMAS é feita através da validação do seu conteúdo global e da sua estrutura (29,42,43).

A validade do conteúdo, ou adequação da escala de medida ao domínio a explorar, garante que esta vai avaliar os componentes apropriados ao objectivo de utilização. A validade do conteúdo pressupõe que se definiram previamente quais os conceitos a explorar. É portanto realizada no momento de criação da escala através da selecção e redução dos critérios, da sua ponderação e da criação do questionário (3,4,29,42,43).

A validade da estrutura é mais formal e rigorosa. Requer por um lado que se examinem as correlações entre os resultados da escala de medida, neste caso o IMAS, e critérios de medida habitualmente utilizados na prática clínica (como por exemplo exames laboratoriais) e por outro lado que se analise a capacidade do instrumento para distinguir entre grupos de doentes que se consideram ter estados de saúde diferentes (3,4,29,42,43).

Todos os IMAS mais utilizados em reumatologia têm a sua validade confirmada através de vários trabalhos (9,20,30).

A validade das escalas de dimensão física dos IMAS é relativamente fácil de avaliar através da observação directa, por um examinador, da execução das tarefas referidas nas alíneas das escalas. Este método foi já utilizado para avaliação, por exemplo, do HAQ do HAQ modificado (MHAQ), do AIMS e do SIP, tendo-se verificado uma excelente concordância entre os valores (21,41,44-47).

Também a avaliação da dimensão psicológica, através de instrumentos

como, por exemplo, o Beck Depression Inventory e o Hospital Anxiety and Depression Scale, mostrou uma boa correlação com as escalas emocionais do AIMS e do NHP (9,29,48).

A dor é o sintoma mais importante em reumatologia e todos os IMAS (à excepção do SIP) habitualmente usados avaliam a dor, embora através de métodos diferentes que vão desde as escalas visuais analógicas até à indicação da frequência e gravidade da dor. Embora tenha sido sugerido que na AR a dor avaliada por estes métodos pode não ter relação com a dor experimentada em movimento (49) tem-se verificado uma excelente correlação entre as variáveis de dor dos instrumentos com outros parâmetros clínicos diversos (9,23,48).

A tradução de um questionário ou a sua utilização numa população que, embora com a mesma língua possua culturas e hábitos diferentes (por exemplo os Estados Unidos e a Grã-Bretanha), obriga à sua validação no país onde vai ser utilizado. Quer o AIMS quer o HAQ possuem já versões validadas em várias línguas e em vários países da Europa (46,47,48,50-53).

Para além da validade os IMAS devem ainda possuir sensibilidade às mudanças, isto é, detectar mudanças clinicamente significativas mesmo que estas sejam muito pequenas (4,9,23,42,48).

Factores como a extensão ou o carácter genérico dos IMAS (incluindo factores não relevantes para determinada avaliação) por um lado e a inclusão de parâmetros relativamente estáticos (não susceptíveis de mudança) por outro podem concorrer para que um instrumento seja pouco sensível (29,43,54).

A inexistência de um padrão de referência torna particularmente difícil a avaliação da sensibilidade de um IMAS. A alternativa é verificar se existe correlação entre as mudanças nas quantificações dos IMAS e as variações de outras medidas de avaliação clínica ou laboratorial que possam ser utilizadas (29,42,43,54).

A sensibilidade de instrumentos como por exemplo o AIMS, o HAQ e o SIP está demonstrada quer através da avaliação da modificação dos scores após utilização de fármacos de fundo com eficácia comprovada (22,25,26) quer através da comparação com as mudanças verificadas nas variáveis clínicas e laboratoriais de actividade da doença (9,21,23,41,55).

Têm sido feitas algumas tentativas para aumentar a sensibilidade destes questionários. Uma destas envolve a utilização de perguntas de transição em que se pede ao doente para fazer a auto-avaliação da modificação das suas capacidades. Este método esteve na base da criação do Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ), que avalia a função através de uma escala adaptada do HAQ com o qual tem comprovadamente uma boa correlação, e acrescenta duas perguntas de transição para avaliação de cada um dos itens (8).

O outro método de aumentar a sensibilidade é a criação de IMAS personalizados, em que o doente nomeia as actividades onde considera ter maior dificuldade e que gostaria de ver melhoradas. Este processo esteve na criação do MACTAR Patient Preference Disability Questionnaire (MACTAR) (11). A utilização deste instrumento em ensaios clínicos tem demonstrado que possui uma sensibilidade superior aos IMAS convencionais (27).

Por último interessa analisar se um IMAS é aceitável pelos doentes e logo passível de ser utilizado na prática. O tempo requerido para completar um IMAS pode variar entre 5 a 30 minutos e estes valores são geralmente bem aceites pelos doentes. Alguns dos IMAS mais longos, como por exemplo o AIMS, possuem versões mais curtas com boa precisão e validade (20,56).

A maioria dos IMAS já referidos foram concebidos sob a forma de questionários de auto-avaliação podendo no entanto ser aplicados por um entrevistador.

A utilização de questionários de auto-avaliação tem a vantagem de ser económica e tem sido a preferida em quase todos os trabalhos referidos na literatura. Apresenta no entanto algumas desvantagens como sejam a exclusão de grupos de doentes (os analfabetos, por exemplo), a possibilidade de um baixo índice de respostas ou de má compreensão das questões (43,54,57).

A aplicação por um entrevistador tem as vantagens de incluir todos os doentes, de assegurar um preenchimento completo bem como uma correcta compreensão das questões. Por outro lado é mais dispendiosa, requer um entrevistador treinado e as respostas podem ser influenciadas pelo próprio entrevistador (43,54,57).

Na última década assistiu-se portanto ao aparecimento e desenvolvimento de vários IMAS para utilização nas doenças reumáticas com precisão, validade, sensibilidade e aceitabilidade comprovadas. Estes IMAS, que têm demonstrado ser bons indicadores da actividade clínica, da capacidade funcional, da previsão da morbilidade e da mortalidade na AR, são também úteis em muitas outras doenças reumáticas. A utilização destes instrumentos tem vindo a ser progressivamente adoptada em vários países, sendo recomendada a sua utilização em todos os ensaios clínicos.

Em Portugal não existe qualquer relato de experiência da utilização de IMAS em reumatologia, nem consta que tenha sido feita qualquer tradução e consequente validação de um IMAS no nosso País.

Como já referimos atrás a maioria dos IMAS utilizados em reumatologia apresenta-se sob a forma de questionários de auto-avaliação. Este formato implica que os doentes que lhe vão responder possuam um nível educacional mínimo que permita não só a leitura e correcto preenchimento do questionário como a compreensão dos conceitos abstractos que eles colocam, particularmente nas dimensões psicológicas e na avaliação da dor.

No nosso País é elevado o número de analfabetos, principalmente nos grupos etários mais avançados, e, mesmo entre aqueles que possuem a escolaridade mínima que era obrigatória há vinte anos (4 anos de escolaridade) o nível de alfabetismo é baixo.

O formato de questionário de auto-avaliação afigurava-se-nos assim de aplicação problemática e eficácia duvidosa.

O objectivo do nosso trabalho foi testar a colaboração e compreensão dos doentes para um questionário de auto-avaliação. A análise dos resultados iria permitir-nos tirar algumas conclusões sobre o tipo de questionário mais adequado e modo de aplicação do mesmo, que seriam possíveis na nossa população de doentes.

Não foi nosso objectivo fazer a tradução e validação de um instrumento já existente nem criar um instrumento novo.

A adopção de um IMAS estrangeiro com reproducibilidade, validade e sensibilidade reconhecidas tem a vantagem de evitar a criação, geralmente demorada, de um novo instrumento mas coloca em causa a validade do conteúdo desse instrumento. Para além da língua existem diferenças de contexto cultural que alteram profundamente, podendo mesmo pôr em causa a pertinência de algumas questões. A tradução deve permitir avaliar a mesma dimensão da mesma maneira: actividades da vida diária, bem-estar psicológico e desempenho social (3).

O processo de adaptação de um IMAS é complexo e moroso. Deve incluir a tradução múltipla (pelo menos dois tradutores independentes) com discussão das nuances conceptuais e semânticas das questões. Em seguida deverá ser feita uma contratradução para a língua original por tradutores independentes dos iniciais com comparação das versões obtidas. A escolha da versão mais adequada na língua final pode ter de omitir ou modificar questões que sejam julgadas inapropriadas. Por último as questões seleccionadas e traduzidas são apresentadas a um painel de especialistas que julgam a sua aceitabilidade e pertinência (3).

Entre a tradução e a contratradução e após a apresentação ao painel de especialistas os questionários devem ser testados através da aplicação a grupos de doentes (3).

O único IMAS que possui uma versão em português é o HAQ cuja dimensão física foi traduzida, adaptada e validada no Brasil por Bosi Ferraz e col em 1989 (50). Esta tradução, a ser adoptada no nosso país, necessitaria, como referimos anteriormente, de ser adaptada à nossa cultura e validada antes de se poder utilizar.

A escolha das perguntas a incluir no questionário que elaborámos obedeceu a alguns critérios que considerámos necessários para o nosso objectivo.

Incluimos uma escala de avaliação das actividades de vida diária para

analisar a função física, componente particularmente afectado nas doenças reumáticas. Optámos pela escala do MHAQ (8) por esta ser mais curta (8 questões) do que a do HAQ (20 questões (7) e a do AIMS (18 questões) (6). Esta escala tem precisão, validade, sensibilidade e valor prognóstico confirmados e superiores aos do HAQ (8,20,58,59). A análise global dos resultados foi feita através de um IIF que permitisse a comparação da capacidade global com os outros índices a avaliar.

Incluimos duas perguntas de transição para avaliar de um modo global a evolução da doença e a insatisfação do doente com as suas capacidades. Ao contrário do que sucede no MHAQ onde a pergunta é feita para cada uma das 8 questões da escala funcional (8), fizémos a pergunta só uma vez porque queríamos testar apenas a compreensão do conceito.

A inclusão de uma pergunta para avaliação da capacidade global foi necessária para testar a fiabilidade das respostas à escala funcional.

A dor é o principal sintoma em reumatologia e a sua avaliação é feita habitualmente por escalas visuais analógicas (EVA), que obrigam à compreensão de conceitos abstractos. Para analisar a capacidade de percepção destes conceitos considerou-se necessário a inclusão de uma EVA para a dor.

Por último considerámos útil a inclusão de questões que avaliassem a dimensão psicológica. Estas perguntas habitualmente têm uma estrutura ligeiramente mais complexa que as das escalas funcionais. Além disso e porque exprimem sentimentos e emoções requerem uma maior colaboração do doente nas respostas do que as avaliações funcionais, que lidam com aspectos práticos que ele sente directamente afectados.

As questões que escolhemos como exemplo para avaliação da dimensão psicológica constituem a subescala de desamparo do Rheumatology Attitudes Index (RAI), que com apenas cinco questões (em vez das 15 que compõem o RAI) mostrou ter uma boa correlação com o RAI e avaliar correctamente os aspectos psicológicos mais afectados e importantes nas doenças reumáticas (60-63). A sensação de desamparo (helplessness) é um estado psicológico em que o doente assume que os seus esforços para lidar com as situações adversas vão ser ineficazes. Este estado resulta de experiências anteriores desfavoráveis e tem como consequência uma atitude passiva e uma tendência para a depressão (60).

As alternativas de resposta a todas as perguntas (à excepção da EVA) eram feitas segundo uma escala de Likert de 4 ou 5 hipóteses sendo a fraseologia utilizada em cada uma delas sempre diferente.

Todas as escalas e questões que incluimos fazem parte do Activities and Lifestyle Index, da Division of Rheumatology and Immunology da Vanderbilt University School of Medicine, Nashville. Este questionário além das escala funcional do MHAQ e psicológica do RAI, das perguntas de transição e

avaliação global e da EVA de dor, apresenta ainda escalas para a fadiga e os problemas gastrointestinais e perguntas sobre a rigidez, os sintomas, as doenças associadas e a terapêutica, num total de 4 páginas.

Com as questões que incluímos pensamos ter feito uma amostragem adequada dos diferentes tipos de perguntas e de linguagem utilizados habitualmente nos IMAS.

O questionário não excedeu duas páginas, dimensão que nos parecia capaz de garantir a aderência da maioria dos doentes.

O nível médio de escolaridade da população estudada foi, como seria esperado, muito baixo ( $5,7 \pm 4,2$  anos) e a percentagem de analfabetos elevada (10%). Todos os trabalhos que consultámos e que apresentam referência ao nível de escolaridade das populações estudadas apresentam níveis médios de escolaridade muito superiores, entre os 10,8 e os 14,7 anos (31,34-36,38,64-66). Este dado não deixa de ser preocupante se considerarmos que o baixo nível de escolaridade é um factor de mau prognóstico na evolução de algumas doenças reumáticas (38,64,65).

A aceitação do questionário e os índices de resposta foram bons, embora não tivéssemos encontrado um termo de comparação na literatura revista.

Apesar dos índices de resposta terem sido bons, 19,2% dos doentes referiram ter tido dificuldade em responder ao questionário e 31,7% necessitaram de auxílio do colaborador ou de familiar para o preenchimento, não se tendo verificado relação entre a dificuldade em responder e o grau de escolaridade.

As questões sobre percepção da evolução, percepção da capacidade e insatisfação, que apresentavam estruturas simples, tiveram os índices de resposta mais elevados (99%, 97,1% e 100% respectivamente).

A escala de avaliação das actividades da vida diária obteve também um bom índice de resposta (91,3%).

As questões que parecem ter levantado mais problemas foram as que envolviam abstracção de conceitos e sentimentos, tal como tinha sido por nós antecipado.

A EVA foi preenchida apenas por 89,4% dos doentes e apenas 72,2% dos doentes completaram as cinco questões da escala psicológica. Os índices de resposta a esta escala foram aliás os únicos significativamente diferentes quando comparados os dois hospitais (dos 29 doentes que não responderam completamente, 22 eram do HEM). Esta diferença pode ser explicada pelo nível de preparação dos colaboradores que auxiliavam os doentes: no HEM um voluntário e no HGO um assistente social.

Tendo em conta estes resultados, a aceitabilidade e a compreensão deste tipo de questionários por parte da nossa população pode ser considerada boa.

Um IMAS que venha a ser adoptado para a nossa população de doentes reumáticos deverá ter uma estrutura e linguagem simples, particularmente no

que diz respeito à avaliação da dimensão psicológica.

Embora não tivesse sido contemplada a avaliação do tempo de preenchimento dos questionários a informação transmitida pelos colaboradores foi de que a maioria dos doentes completava o questionário em aproximadamente 10-15 minutos. Este tempo parece ser o ideal para garantir uma boa aceitação por parte dos doentes pelo que o IMAS a adoptar não deverá, em nossa opinião, ter uma extensão superior a 2-3 páginas.

Apesar do formato de auto-questionário poder ser utilizado, será sempre necessária a presença de um colaborador, devidamente treinado, para auxiliar a importante parcela (cerca de um terço dos doentes no nosso trabalho) de doentes que poderão apresentar dificuldades.

Não era objectivo do nosso estudo utilizar o questionário para avaliar as diferenças do estado de saúde existentes entre várias patologias. A divisão da população global em grupos destinou-se essencialmente a obter conjuntos homogéneos de doentes que permitissem verificar se existia fiabilidade nas respostas dadas, o que nos daria uma garantia de que estes tinham, de facto, compreendido o questionário e respondido de forma correcta. A análise desta fiabilidade seria baseada no esperado pela experiência clínica e, sempre que possível, na comparação com dados da literatura.

O IIF médio da população global foi relativamente baixo ( $0,754 \pm 0,557$ ), o que corresponde à maioria da população a desempenhar as AVD com ligeira dificuldade. Este resultado é semelhante ao encontrado por Pincus e col., na única referência encontrada que permitia uma comparação dos IIF (8).

O escalonamento da dificuldade em executar as várias tarefas era relativamente concordante nos dois trabalhos, já que, por ordem crescente de dificuldade, as quatro primeiras tarefas escalonadas (alimentar, deitar/levantar da cama, andar na rua em terreno plano, abrir e fechar torneiras) eram as mesmas (8).

No que diz respeito às diferenças encontradas entre as várias patologias o IIF foi mais elevado no grupo das LB, seguindo-se a FM, a AR e por último a OA. Quando avaliada a percepção da capacidade global as pontuações mais elevadas foram encontradas na FM seguindo-se a LB e, com valores iguais a OA e a AR. Apesar destas pequenas diferenças os resultados da avaliação da capacidade para as AVD e a percepção da capacidade global eram concordantes entre si.

A insatisfação com a capacidade funcional era maior nos doentes com FM, seguindo-se a LB, a OA e a AR.

No que respeita à percepção da dor através da EVA os valores mais elevados foram encontrados na FM, seguindo-se a OA, a LB e a AR.

Relativamente à dimensão psicológica os ID mais elevados foram encontrados na FM, seguindo-se a OA, a AR e a LB.

Globalmente podemos concluir que os doentes com FM apresentavam o

pior estado de saúde (menor percepção da capacidade global, maior insatisfação, dor mais acentuada e maior índice de desamparo) o que está em consonância com a nossa experiência clínica.

Num trabalho realizado por Callahan e col., com utilização de um questionário idêntico ao do nosso estudo (66), para avaliar as diferenças existentes no estado de saúde de cinco grupos nosológicos diferentes (AR, FM, LES, OA e ES) os resultados foram ligeiramente diferentes dos nossos. Neste trabalho os doentes com AR apresentavam os índices mais elevados de incapacidade para as AVD, bem como a maior insatisfação e a dor mais intensa na execução dessas actividades, ocupando o grupo da FM o lugar seguinte em todos estes índices. No entanto, tal como no nosso estudo, quando a dor era avaliada por EVA os doentes com FM apresentavam os valores mais elevados, o mesmo sucedendo com a percepção da capacidade global e com a sensação de desamparo.

Num estudo que envolveu 1522 doentes distribuídos por 7 grupos nosológicos diferentes, que incluíam a FM, a AR, a LB e a OA, e utilizou as escalas de capacidade funcional do HAQ e do MHAQ e uma EVA para a dor, Hawley e col encontraram também os maiores índices de dor nos doentes com FM que apresentavam uma incapacidade para as AVDD idêntica à dos doentes com AR (67).

Também Burckardt e col, num trabalho em que foram utilizados vários IMAS, e em que foram comparados grupos de doentes com FM, AR e OA, referem que o grupo com FM apresentava o pior estado de saúde física, a dor mais intensa, a pior mobilidade e o pior desempenho social, relativamente aos outros grupos (12).

Por último Leavitt e col, comparando 30 doentes com FM e 30 com AR através duma escala psicológica encontrou maior sensação de desamparo e insatisfação nos doentes com FM (68).

Os resultados que obtivemos, no que repete às diferenças entre as várias entidades, e apesar do pequeno número de doentes que compunha cada grupo, estão portanto globalmente consonantes com os dados da literatura.

Teoricamente seria de esperar a existência de correlações entre a capacidade funcional, a dor, a insatisfação e a sensação de desamparo.

No nosso trabalho encontrámos correlações significativas entre a capacidade funcional e a insatisfação, a dor e a sensação de desamparo. Existia também uma correlação significativa entre a dor, a insatisfação e a sensação de desamparo e, por último, entre a insatisfação e a sensação de desamparo.

Estes resultados estão também de acordo com o referido na literatura, embora os trabalhos que encontrámos sejam respeitantes apenas a doentes com AR e não a um grupo heterógeno como a nossa população.

Em doentes com AR Pincus e col referiram uma correlação positiva entre a

insatisfação e a capacidade funcional (8).

Por sua vez, DeVellis e col, Nicassio e col e Callaham e col, assinalam, também em doentes com AR, a correlação positiva existente entre a sensação de desamparo e a capacidade funcional, a insatisfação e a dor (60,61,62).

## CONCLUSÕES

Os dados acima referidos permitem-nos concluir que existiu, por parte dos doentes, uma correcta compreensão do questionário aplicado e que as suas respostas apresentaram fiabilidade e credibilidade.

O IMAS a adoptar deverá ter uma estrutura e linguagem simples, não ser demasiado extenso e permitir, no mínimo, avaliar a capacidade funcional para as AVD, o grau de insatisfação do doente, a evolução da sua capacidade, a dor e o seu perfil psicológico.

A aplicação do IMAS deverá ser sempre feita sob a supervisão de um técnico devidamente treinado.

A utilização de IMAS na nossa população de doentes reumáticos é praticável e absolutamente necessária para uma correcta e completa avaliação do seu estado de saúde.

A criação, ou preferencialmente a tradução e validação de um IMAS com precisão, validade, sensibilidade e aceitabilidade já comprovadas, é indispensável e urgente.

Dadas a dimensão do nosso País e o número de reumatologistas e unidades de reumatologia existentes pensamos que será de todo o interesse a utilização de um IMAS comum, pelo que a escolha deste deverá ser objecto de um amplo debate que englobe todos os interessados.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Dr.<sup>a</sup> Luísa Soares, assistente social do HGO, e à Sr.<sup>a</sup> D. Isabel Seixas, voluntária hospitalar do HEM, a preciosa colaboração prestada na aplicação dos questionários.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — Meenan RF, Pincus T: The status os patient status measures (Editorial). *J Rheumatol* 1987; 14: 411-414.
- 2 — Guccione AA, Jette AM: Assessing limitations in physical function in patients with arthritis. *Arthritis Care Res* 1988; 1: 170-176.

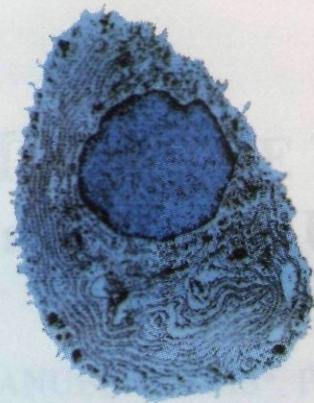
- 3 — Guillemin F: Quantifier la qualité de la vie. In, *La Qualité de Vie. Application en Rhumatologie*. Ed Avouac B. Communication-Partenaires-Santé, 1992:6-10.
4. Liang MH, Jette AM: Measuring functional ability in chronic arthritis. *Arthritis Rheum* 1981; 24: 80-86.
- 5 — Bregeon Ch, Colin D: Qualité de vie et rééducation fonctionnelle. In, *La Qualité de Vie. Application en Rhumatologie*. Ed Avouac B. Communication-Partenaires-Santé, 1992: 15-24.
6. Meenan RF, Gertman PM, Mason JH: Measuring health status in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 146-152.
- 7 — Fries JF, Spitz P, Kraines G, Holman H: Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 137-145.
- 8 — Pincus T, Summey JA, Soraci SA, Wallston KA, Hummon NP: Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment questionnaire. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 1346-1353.
- 9 — Fitzpatrick R: The measurement of health and quality of life in rheumatological disorders. *Clin Rheumatol* 1993; 7: 297-317.
- 10 — Figueirinhas J: Epidemiological aspects of rheumatology in Portugal. *Acta Reuma Port* 1979; VII: 7-24.
- 11 — Tugwell P, Bombardier C, Buchanan WW, Goldsmith CH, Grace E, Hanna B: The MACTAR Patient Preference Disability Questionnaire — An individualized functional priority approach for assessing improvement in physical disability in clinical trials in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1987; 14: 446-451.
- 12 — Burckhardt CS, Clarck SR, Bennett RM: Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *J Rheumatol* 1993; 20:475-479.
- 13 — Burckhardt CS, Archenholtz B, Anders Bjelle: Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: a comparison with women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 977-981.
- 14 — Mason JH, Anderson JJ, Meenan RF: Applicability of a health status model to osteoarthritis. *Arthritis Care Res* 1989; 2:89-93.
- 15 — Joyce K, Berkebile C, Hastings C, Yarboro C, Yocum D: Health status and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res* 1989; 2:65-69.
- 16 — Milligan SE, Hom DL, Ballou SP et al: An assessment of the Health Assessment Questionnaire Functional Ability Index among women with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1993; 20: 972-976.
- 17 — Poole JL, Steen VD: The use of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) to determine physical disability in systemic sclerosis. *Arthritis Care Res* 1991; 4: 27-31.
- 18 — Brooks RH, Callahan LF, Pincus T: Use of self-report Activities of daily living questionnaires in osteoarthritis. *Arthritis Care Res* 1988; 1: 23-32.
- 19 — Daltroy LH, Larson MG, Roberts WN, Liang MH: A modification of the Health Assessment Questionnaire for the spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 1990; 17: 946-950.
- 20 — Liang MH, Katz JN: Measurement of outcome in rheumatoid arthritis. *Baillière's Clin Rheum* 1992, 6: 23-37.

- 21 — Sullivan M, Ahlmen M, Bjelle A: Health status assessment in rheumatoid arthritis. I. Further work on the validity of the Sickness Impact Profile. *J Rheumatol* 1990; 17: 439-447.
- 22 — Liang MH, Larson MG, Cullen KE, Schwartz JA: Comparative measurement efficiency and sensitivity of five health status instruments for arthritis research. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 542-547.
- 23 — Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A: A comparison of the sensitivity to change of several health status instruments in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1993; 20: 429-436.
- 24 — Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A: A generic health status instrument in the assessment of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1992; 31: 87-90.
- 25 — Meenan R, Anderson J, Kazis L, Egger M, Altz-Smith M: Outcome assessment in clinical trials: evidence for the sensitivity of a health status measure. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 1344-1352.
- 26 — Bombardier C, Ware J, Russel IJ, Larson M, Chalmers A, Leighton-Read J: Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Result of a multicenter trial. *Am J Med* 1986; 81:565-578.
- 27 — Tugwell P, Bombardier C, Buchanan WW, Goldsmith C, Grace E, Bennett K et al: Methotrexate in rheumatoid arthritis. Impact on quality of life by traditional standard-item and individualized patient preference health status questionnaires. *Arch Intern Med* 1990; 150: 59-62.
- 28 — Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C, Chernoff M, Fried B et al: The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis Rheum* 1993; 36: 729-740.
- 29 — Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D: Quality of life in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992; 305: 1074-1077.
- 30 — Pincus T, Callahan LF: Quantitative measures to assess, monitor and predict morbidity and mortality in rheumatoid arthritis. *Baillière's Clin Rheum* 1992, 6: 161-191.
- 31 — Pincus T, Callahan LF, Brooks RH, Fuchs HA, Olsen NJ, Kaye JJ: Self-report questionnaires scores in rheumatoid arthritis compared with traditional physical, radiographic and laboratory measures. *Ann Int Med* 1989; 110: 259-266.
- 32 — Wolfe F, Pincus T: Standard self-report questionnaires in routine clinical practice — an opportunity for patients and rheumatologists. *J Rheumatol* 1991; 18: 643-646.
- 33 — Leigh JP, Fries JF: Predictors of disability in a longitudinal sample of patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 581-587.
- 34 — Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA: Clinical and health status measures over time: prognosis and outcome assessment in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991; 18: 1290-1297.
- 35 — Wolfe F, Cathey MA: The assessment and prediction of functional disability in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991; 18: 1298-1306.
- 36 — Wolfe F, Kleinheksel SM, Cathey MA, Hawley DJ, Spitz PW, Fries JF: The clinical value of the Stanford Health Assessment Functional Disability Index in patients with rheuma-

- toid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 1480-1488.
- 37 — Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF: Health status as a predictor of mortality in rheumatoid arthritis: a five-year study. *J Rheumatol* 1990; 17:609-613.
  - 38 — Leigh JP, Fries JF: Mortality predictors among 263 patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991; 18: 1307-1312.
  - 39 — Guyat GH: Measuring quality of life in osteoporosis. In, *Osteoporosis, Proceedings 1993*. Eds. C. Christiansen, B. Riis. Handelstrykkeriet Aalborg Aps, Aalborg, Denmark, 1993.
  - 40 — Dreiser RL: Les diferentes echelles de qualité de vie utilisables en rhumatologie. In, *La Qualité de Vie. Application en Rhumatologie*. Ed Avouac B. Communication-Partenaires-Santé, 1992: 38-43.
  - 41 — Ferraz MB, Atra E: Rheumatoid arthritis and the measurement properties of the physical ability dimension of the Stanford Health Assessment Questionnaire (Editorial). *Clin Exp Rheumatol* 1989; 7:341-344.
  - 42 — Marty M: Methodologie de la validation d'une echelle de qualité de vie. In, *La Qualité de Vie. Application en Rhumatologie*. Ed Avouac B. Communication-Partenaires-Santé, 1992: 34-37.
  - 43 — Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL: Measuring health related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-629.
  - 44 — Sullivan F, Eagers R, Lynch K, Barber J: Assessment of disability caused by rheumatic diseases in general practice. *Ann Rheum Dis* 1987; 46: 598-600.
  - 45 — Peck J, Smith T, Ward J, Milano R: Disability and depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 1100-1106.
  - 46 — Kirwan JR, Reeback JS: Stanford Health Assessment Questionnaire modified to assess disability in British patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1986; 25: 206-209.
  - 47 — Jacobs JWG, Oosterveld FGJ, Deuxbouts JJ, Taal E, Dequeker J et al: Opinions of patients with rheumatoid arthritis about their functional capacity: how valid is it? *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 765-768.
  - 48 — Hill J, Bird A, Lawton CW, Wright V: The Arthritis Impact Measurement Scales: an anglicized version to assess the outcome of British patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1990; 29: 193-196.
  - 49 — Dudley EM, Papageorgiou AC: Visual analogue scales as a measure of pain in arthritis: a study of overall pain in individual joints at rest and on movement. *J Rheumatol* 1989; 16: 102-105.
  - 50 — Ferraz MB, Oliveira LM, Araújo PMP, Atra E, Tugwell P: Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 1990; 17: 813-817.
  - 51 — Siegert CEH, Vieming LJ, Vanderbroucke JP, Cats A: Measurement of disability in Dutch rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol* 1984; 3: 305-309.
  - 52 — Ekdahl C, Eberhardt K, Anderson St, Svensson B: Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1988; 17: 263-271.
  - 53 — Taal E, Jacobs JWG, Rasker JJ, Seydel E, Wiegman O: Evaluation of the DUTCH

- Arthritis Impact Measurement Scales (DUTCH-AIMS) in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1989; 28: 487-491.
- 54 — Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D: Quality of life in health care. II: Design, analysis and interpretation. *BMJ* 1992; 305: 1145-1148.
- 55 — Fitzpatrick R, Newman S, Lamb R, Shipley M: A comparison of health status in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1989; 28: 201-206.
- 56 — Lorish CD, Abraham N, Austin JS, Bradley LA, Alarcón GS: A comparison of the full and short versions of the Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis Care Res* 1991; 4: 168-173.
- 57 — Avouac B: Prise en compte de la qualité de vie dans l'évaluation des médicaments en rhumatologie. In, *La Qualité de Vie. Application en Rhumatologie*. Ed Avouac B. Communication-Partenaires-Santé, 1992: 29-33.
- 58 — Ziebland S, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A: Comparison of two approaches to measuring change in health status in rheumatoid arthritis: the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and modified HAQ. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 1202-1205.
- 59 — Blalock SJ, Sauter SVH, DeVellis RF: The Modified Health assessment Questionnaire difficulty scale. A health status measures revisited. *Arthritis Care Res* 1990; 3: 182-188.
- 60 — DeVellis RF, Callahan LF: A brief measure of helplessness in rheumatic disease: the helplessness subscale of the Rheumatology Attitudes Index. *J Rheumatol* 1993; 20: 866-869.
- 61 — Nicassio PM, Wallston KA, Callahan LF, Herbert M, Pincus T: The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis. The development of the arthritis helplessness index. *J Rheumatol* 1985; 12: 462-467.
- 62 — Callahan LF, Brooks RH, Pincus T: Further analysis of learned helplessness in rheumatoid arthritis using a "Rheumatology Attitudes Index". *J Rheumatol* 1988; 15: 418-426.
- 63 — Stein MJ, Wallston KA, Nicassio PM: Factor structure of the arthritis helplessness index. *J Rheumatol* 1988; 15: 427-432.
- 64 — Pincus T: Formal education level — a marker for the importance of behavioral variables in the pathogenesis, morbidity and mortality of most diseases? (Editorial). *J Rheumatol* 1988; 15: 1457-1460.
- 65 — Callahan LF, Pincus T: Formal education level as a significant marker of clinical status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 1346-1357.
- 66 — Callahan LF, Smith WJ, Pincus T: Self-report questionnaires in five rheumatic diseases. Comparison of health status constructs and associations with formal education level. *Arthritis Care Res* 1989; 2: 122-131.
- 67 — Hawley DJ, Wolfe F: Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1,522 patients. *J Rheumatol* 1991; 18: 1552-1557.
- 68 — Leavitt F, Katz RS: Is the MMPI invalid for assessing psychological disturbance in pain related organic conditions? *J Rheumatol* 1989; 16: 521-526.

# A cartilagem articular protagonista da artrose



# VIARTRIL-S<sup>®</sup>

sulfato de glucosamina



A glucosamina é o componente principal do VIARTRIL-S. Esta substância tem actividade metabólica artrotrófica, estimulando o metabolismo anabólico dos tecidos osteocartilagueos e melhora as propriedades lubrificante do líquido sinovial. O VIARTRIL-S possui uma eficácia particular em todas as formas de doenças osteoarticulares degenerativas, como a artrose a osteoartrite, tanto subaguda como crónica. O VIARTRIL-S proporciona um tratamento causal (e não sintomático) e os seus efeitos terapêuticos só se podem apreciar depois de uma semana após o seu início; assim, em casos de dor intensa, aconselha-se a associação de um medicamento anti-inflamatório, durante os primeiros dias da administração. **INDICAÇÕES:** Todas as formas de doença osteoarticular degenerativa. **POSOLOGIA MÉDIA:** A) quando a sintomatologia artrosica é leve ou moderada: 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante um mínimo de seis semanas. B) quando a sintomatologia artrosica é grave: **Terapêutica inicial:** recomenda-se um tratamento inicial de 8 semanas, segundo o esquema seguinte: 1. Uma ampola diária de VIARTRIL-S injectável por via intramuscular + 2 cápsulas de VIARTRIL-S duas vezes por dia, durante as primeiras duas semanas; seguir com uma terapêutica de manutenção com 2 cápsulas duas vezes por dia durante seis semanas 2. Em caso de contraindicação da via parentérica, efectuar o tratamento com 2 cápsulas três vezes por dia, durante um período de mais de oito semanas. **Terapêutica de manutenção:** continuar durante 3-4 meses administrando 2 cápsulas duas vezes por dia, quinze minutos antes das refeições. O VIARTRIL-S oral pode ser utilizado em tratamentos de longa duração, visto não provocar quaisquer perturbações gástricas. O tratamento pode repetir-se de 6 em 6 meses. Este esquema posológico pode ser modificado segundo prescrição médica. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Não se conhecem contra-indicações para a glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, deve ser utilizada com prudência nos doentes com perturbações cardíacas de condução e na descompensação cardíaca aguda e está contra-indicada nos doentes com hipersensibilidade a lidocaína. **EFEITOS COLATERAIS:** Não se conhecem efeitos colaterais provocados pela glucosamina. A forma injectável, devido ao seu teor de lidocaína, pode por vezes provocar náuseas e muito raramente também vômitos. **PRECAUÇÕES:** Deve evitar-se o emprego de ampolas nos primeiros meses de gravidez. **MODO DE APLICAÇÃO:** Antes do uso injectável, aspirar na mesma seringa o conteúdo da ampola A (amarela) que contém Sulfato de Glucosamina e Lidocaína, e o da ampola B (incolores) que contém a solução tampão diluente. Este medicamento contém lactose.

Apresentação	P.V.P. c/ IVA	C.M.T.D.						
		Total	Regime Geral			Regime Especial		
			Estado	Utente	Comp	Estado	Utente	Comp
VIARTRIL-S								
250mg - 20 cápsulas	857\$00	171\$00	120\$00	51\$00		146\$00	26\$00	
250mg - 60 cápsulas	2.088\$00	139\$00	97\$00	42\$00		118\$00	21\$00	
5 ampolas	1.229\$00	123\$00	86\$00	37\$00	70%	104\$00	18\$00	85%
Duo-5amp. + 20 cáps.	2.024\$00	202\$00	142\$00	61\$00		172\$00	30\$00	

## SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO

### Casuística da Unidade de Reumatologia do H.S.M.

MANUELA LÉLIS\*, PAULO COELHO\*\*, J. CARLOS ROMEU\*\*\*,  
J. CANAS DA SILVA\*\*\*, VIANA DE QUEIROZ\*\*\*\*

#### RESUMO

Doença Mista do Tecido Conjuntivo (D.M.T.C.) como entidade clínica distinta é posta em causa, actualmente, por vários autores de renome. Assim, efectuámos um estudo retrospectivo incidindo sobre doentes com o diagnóstico de Síndrome de Sobreposição, dos quais seleccionámos um sub-grupo preenchendo os critério de Sharp para D.M.T.C., e estabeleceu-se a comparação entre as suas manifestações clínica e laboratoriais. Constatámos a ausência de diferenças estatisticamente significativas.

**Palavras-chave:** Síndrome de Sobreposição, Doenças Mista do Tecido Conjuntivo (DMTC), Doença Difusa do Tecido Conjuntivo (DDTC), Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Esclerose Sistémica Progressiva (ESP), Polimiosite/Dermatomiosite (PM/DM), Artrite Reumatóide (AR)

#### SUMMARY

Connective Tissue Disease (MCTD) as a separate clinical entity is actually

---

\* Interna de Medicina Interna do C.H.F.

\*\* Interno de Reumatologia do H.S.M.

\*\*\* Assistente Hospitalar de Reumatologia do H.S.M.

\*\*\* Assistente Hospitalar de Reumatologia do H.S.M.

\*\*\*\* Director da Unidade de Reumatologia do H.S.M.

questioned by several authors. We performed a retrospective study of patients with Overlap Syndrome diagnosis, among whom we selected a subgroup with the Sharp criteria for MCTD.

Both groups were studied, according to clinical and laboratorial manifestations. We could not find a statistical difference among these groups.

## RESUMÉ

La Maladie Miste du Tissue Conjuntif (MMTC) comme entité clinique individualisé est actuellement mise en doute par un certain nombre d'études.

Nous avons étudié rétrospectivement des malades ayant un diagnostic de Overlap Syndrome desquels on a sélectionné un sous-groupe correspondant aux critères de Sharp pour MMTC.

La comparaison entre les manifestations cliniques et radiologiques des deux groupes n'a pas montré des différences statistiquement significatives.

## INTRODUÇÃO

Em estudos realizados, verificou-se que cerca de 25% dos doentes portadores de D.D.T.C. viriam a sofrer fenómenos de "overlapping" (1), no decurso da evolução da sua doença. É criado então o conceito de Síndrome de Sobreposição ou Overlap Syndrome para os autores anglo-saxónicos, que representa a coexistência de duas ou mais D.D.T.C., perfeitamente definidas (1,7).

Em 1972, Sharp descreve a D.M.T.C. como forma diferenciada de Síndrome de Sobreposição (1,4,7,10-13), imediatamente secundado por Alarcón-Segóvia e Kasukawa que, embora reconhecendo esta entidade clínica, estabelecem os seus próprios critérios de diagnóstico (5).

Mais tarde, credenciados reumatologistas questionam a individualidade da D.M.T.C., considerando que se trata de uma forma de transição de uma D.D.T.C. que ainda não atingiu a sua expressão final ou definitiva (1,6,8,9).

Nesta conformidade, analisámos as características clínicas e laboratoriais de doentes rotulados como portadores de D.M.T.C., na tentativa de avaliar o seu grau de diferenciação e especificidade.

## MATERIAL E MÉTODOS

O nosso estudo incidiu sobre doentes seguidos na Unidade de Reumatologia do H.S.M., portadores de critérios de diagnóstico para duas ou mais D.D.T.C.,

segundo a American Rheumatism Association (A.R.A.) e, como tal, englobados no conceito de Síndrome de Sobreposição.

Seleccionámos 13 doentes, dos quais 12 do sexo feminino, com uma média de idades de 40 (13-63) e 4 anos de tempo médio de evolução da doença.

Do total de doentes, individualizou-se um sub-grupo de 6 preenchendo os critérios de Sharp para D.M.T.C. e efectuou-se uma análise comparativa entre as diversas manifestações clínicas e laboratoriais.

## RESULTADOS

Dos doentes, setenta e sete por cento tinham critérios *definitivos* para duas ou mais D.D.T.C., o que é prova da consistência do diagnóstico de Síndrome de Sobreposição no nosso grupo de trabalho (Quadro I).

### QUADRO I

Critérios de classificação das DDTC

DDTC	TOTAL	S/DMTC	C/DMTC	
PM/DM	Definida	5	3	2
	Provável	2	1	1
	Possível	3	0	3
AR	5	2	3	
ESP	Critérios major	1	1	0
	Critérios minor	7	2	5
LES	4 critérios	2	1	1
	> de 4 critérios	6	4	2

Dez doentes foram rotulados como portadores de PM/DM (Cohen, a. - 1977), 8 de ESP (Masi, A.T. - 1981), 8 de LES (Tan, E.M. - 1982) e 5 de AR (Arnet, F.C. - 1988) (Fig. 1).

Oito por cento apresentavam critérios para 4 conectivopatias, 15% para 3 e 77% para 2, simultaneamente.

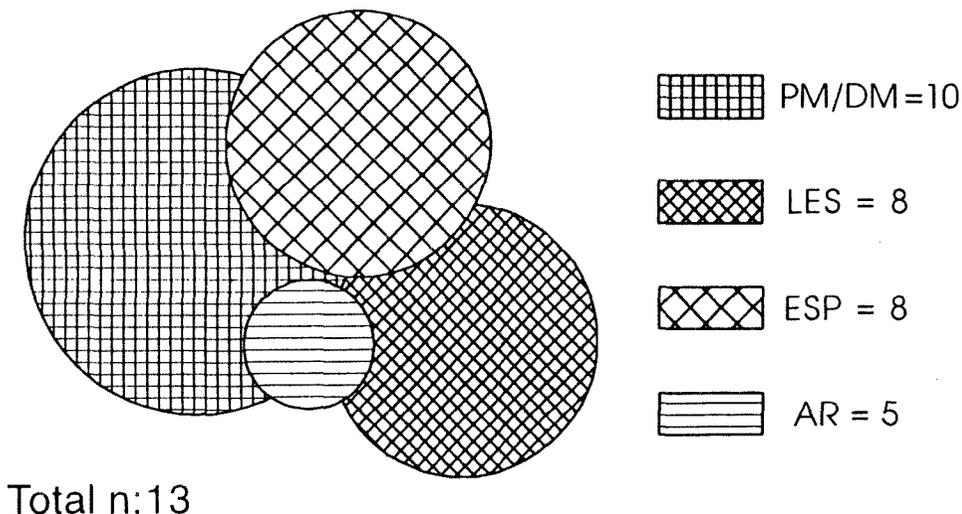


Fig. 1 — “Overlay” das D.D.T.C.

A associação mais frequente foi a de ESP+PM/DM (31%) (Fig. 2).

## ACHADOS CLÍNICOS

O quadro II corresponde às manifestações clínicas detectadas.

Na globalidade, as queixas gerais e o compromisso esofágico (92%), a artrite (85%), a miosite e o envolvimento neurológico (77%), foram e por esta ordem, as alterações mais frequentes.

### Envolvimento muco-cutâneo

O fenómeno de Raynaud encontrava-se presente em 10 doentes, sendo a forma de manifestações inicial em 50% dos portadores de D.M.T.C..

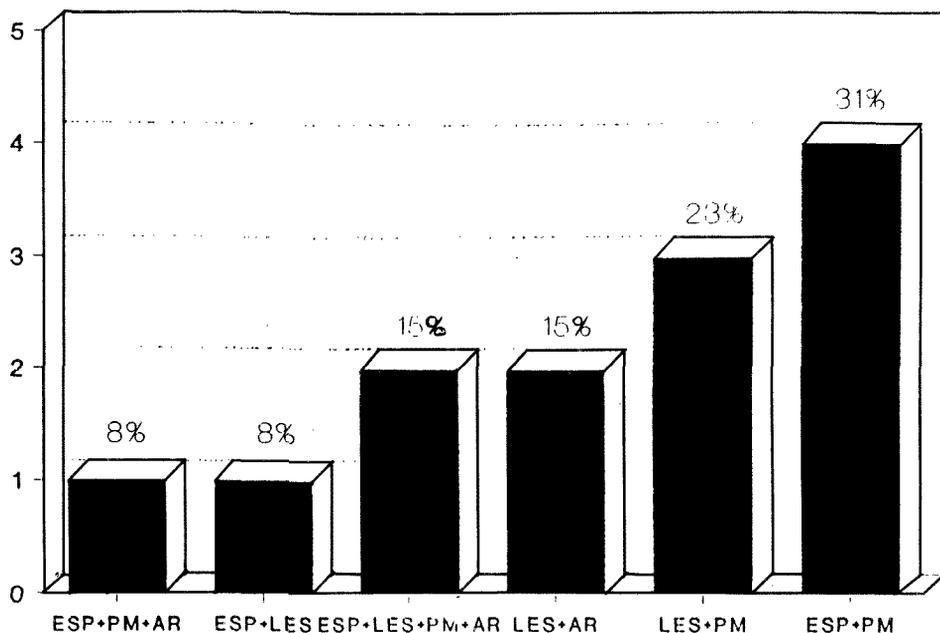
Nove apresentavam edema das extremidades e referiam aftose oral recorrente.

A esclerodactilia e alopecia difusa foram detectadas em 8 doentes (62%).

Cinco evidenciavam rash cutâneo, três do tipo LES-like e dois PM-Like.

Três doentes referiam fotossensibilidade, todos eles com critérios para LES.

Três apresentavam microstomia e esclerodermia da face e pescoço e 1 esclerodermia proximal, todos portadores de ESP.



TOTAL N:13

Fig. 2 — Associação das D.D.T.C.

### Envolvimento articular

Doze doentes referiam artralguas, dos quais 11 desenvolveram artrite, em 64% dos casos de carácter aditivo e simétrico.

As articulações IFPs e MCFs foram as mais frequentemente atingidas (82%). Pelo contrário, o compromisso da coluna cervical, ombros e cotovelos verificou-se em apenas 18% dos casos.

Um doente apresentava deformação em colo de cisne dos 3.º, 4.º e 5.º dedos das mãos e outro, valgismo dos joelhos.

A radiografia das articulações implicadas revelava osteopenia em 4 casos, tumefacção das partes moles em 3 e diminuição da interlinha articular em 2; apenas um doente evidenciava alterações radiológicas sugestivas de AR.

## QUADRO II

Achados clínicos detectados na totalidade dos doentes

MANIF. CLÍNICAS	TOTAL		S/DMTC		C/DMTC	
	n=13	%	n=7	%	n=6	%
QUEIXAS GERAIS	12	92	6	86	6	100
ARTRITE	11	85	6	86	5	83
MIOSITE	10	77	4	57	6	100
EDEMA EXT.	9	69	4	57	5	83
ESCLERODACTILIA	8	62	3	43	5	83
F. RAYNAUD	10	77	4	57	6	100
AFTOSE ORAL	9	69	5	71	4	67
ALOPÉCIA	8	62	6	86	2	33
S. SJÖGREN	5	38	3	43	2	33
C. ESOFÁGICO	12	92	7	100	5	83
C. NEUROLÓGICO	10	77	6	86	4	67
C. PULMONAR	7	54	2	43	5	83
C. CARDÍACO	5	38	3	43	2	33
C. RENAL	1	8	1	14	--	--

**Envolvimento muscular**

Segundo os critérios estabelecidos por Bohan e Peter para PM/DM, 5 eram portadores de doença definida, 3 possível e 2 provável (Quadro I).

Dez doentes referiram mialgias durante determinado período de evolução da sua doença, com elevação paralela da creatinafosfoquinase sérica.

O compromisso da força muscular, de carácter proximal e envolvimento electivo da cintura escapular foi detectado em nove doentes, dos quais 3 apresentavam atingimento dos músculos flexores do pescoço.

Nove efectuaram EMG que, em 6 casos evidenciava um padrão sugestivo de Polimiosite, confirmada histologicamente em 4 doentes. Destes, apenas 2 apresentavam manifestações cutâneas sugestivas de PM/DM.

**Envolvimento esofágico**

Nove doentes queixavam-se de disfagia, dos quais 5 com critérios para ESP

e 3 para PM/DM definida. Destes, quatro referiam azia e 2 apresentavam regurgitação e episódios de diarreia.

Doze efectuaram manometria esofágica, evidenciando 8 um padrão ESP-like (67%), com hipomotilidade nos dois terços distais e diminuição da pressão do esfíncter inferior.

O trânsito esófago-gastro-duodenal exibia uma dilatação a nível esofágico em 4 doentes.

### **Envolvimento cárdio-pulmonar**

Apenas 3 doentes tinham manifestações clínicas de compromisso pulmonar (tosse/dispneia/infecções respiratórias de repetição). À auscultação, dois evidenciavam ferveores crepitantes em ambas as bases, um dos quais com tradução radiológica de fibrose. Num doente detectava-se a presença de desdobramento do segundo tom no foco pulmonar, tradutor de hipertensão pulmonar, confirmada por ecocardiograma.

Cinco apresentavam fibrose pulmonar bibasilar no radiograma de tórax P-A, todos estes portadores de ESP. Três evidenciaram derrame pleural numa determinada fase de evolução da sua doença, na ausência de sintomatologia, sendo este apenas um achado radiológico.

A capacidade de difusão do monóxido de carbono apresentava-se diminuída em 2 doentes (inferior a 70%).

As provas de função respiratória, realizadas em apenas 4 doentes, evidenciaram um padrão ventilatório exclusivamente restrictivo.

Um pequeno derrame pericárdico posterior, detectado por ecocardiograma, encontrava-se presente em 3 casos, assim como um espessamento da respectiva serosa. Um doente exibia um prolapso mitral e outro um processo de calcificação. A hipertensão pulmonar foi documentada num único doente, este com D.M.T.C. e com critérios definidos de ESP, LES e AR.

### **Envolvimento neurológico**

Dez doentes (77%) desenvolveram compromisso neurológico; 4 apresentavam quadros depressivos; 3 tinham cefaleias recorrentes; 3 foram vítimas de acidentes vasculares cerebrais, todos de tipo isquémico; 2 eram portadores de polineuropatia periférica dos membros inferiores. A nevralgia do trigémio foi detectada num único doente.

### **Envolvimento renal**

Apenas um caso de compromisso renal foi documentado: um Síndrome Nefrótico induzido pela D-penicilamina e que regrediu com a suspensão desta, em doente com o diagnóstico de ESP. A biópsia renal respectiva revelou focos de glomerulonefrite focal e mesangial.

### **Síndrome de Sjogren**

A xerofthalmia e xerostomia eram referidas, respectivamente, por 3 e 8 doentes, um dos quais apresentava hipertrofia bilateral das parótidas.

Em 5 foi documentada uma queratoconjuntivite seca (teste de Shirmmer e rosa de bengala).

A biópsia labial foi realizada num único doente, evidenciando um infiltrado linfoplasmocitário das glândulas salivares.

### **Achados laboratoriais**

O quadro III refere-se aos achados laboratoriais detectados. Tal como se pode confirmar pela sua consulta, quarenta e seis por cento apresentavam anemia, em 5 casos de carácter inflamatório e num de tipo ferripriva por úlcera duodenal induzindo hemorragia digestiva baixa. Não foi documentado nenhum caso de anemia hemolítica. Dois doentes tinham linfocitopenia.

Relativamente aos parâmetros de fase aguda, a hipergamaglobulinémia policlonal surge em 10 (77%) doentes (Fig. 3).

A positividade para os ANA encontrava-se presente em 10 (77%) doentes, com titulações superiores a 1/1000. O padrão foi determinado em apenas 7 casos, evidenciando um aspecto mosqueado em 5 e homogéneo em 2.

O anti-RNP foi detectado em 7 doentes, 6 dos quais portadores de D.M.T.C. (100%). É ainda de salientar a negatividade do anti-Sm e do Anti-DNAcd neste sub-grupo.

## **DISCUSSÃO**

Em 1972, Sharp e colaboradores, relatam a existência de um Síndrome de Sobreposição a que a presença de altos título de antiRNP conferia aparente especificidade e modificava favoravelmente a expressão da doença em termos de prognóstico e terapêutica (1). Surgia assim, o conceito de DMTC.

## QUADRO III

Achados laboratoriais detectados na totalidade dos doentes

LABORATÓRIO	TOTAL		S/DMTC		C/DMTC	
	n=13	%	n=7	%	n=6	%
ANEMIA	6	46	3	43	3	50
normo/normo	5	38	3	43	2	33
ferripriva	1	8	—	—	1	17
hemolítica	—	—	—	—	—	—
LEUCOPENIA	6	46	4	57	2	33
linfocitopenia	6	46	4	57	2	33
TROMBOCITOPENIA	1	8	—	—	1	17
ANA	10	77	4	57	6	100
P. mosqueado	5	38	2	29	3	50
P. homogéneo	2	15	2	29	—	—
Indeterminado	3	23	—	—	3	50
ANTI - RNP	7	54	1	14	6	100
ANTI - DNAcd	3	23	3	43	—	—
ANTI - Sm	3	23	3	43	—	—
VDRL +	2	15	—	—	2	33
FR	5	38	2	29	3	50

Desde então, múltiplos autores debruçar-se-iam sobre esta entidade, que permanece até hoje controversa.

Dos 13 doentes com Síndrome de Sobreposição, observados na Unidade de Reumatologia do H.S.M., setenta e sete por cento possuíam critérios *definitivos* de, pelo menos, duas doenças D.D.T.C., traduzindo a elevada representatividade do nosso grupo de trabalho.

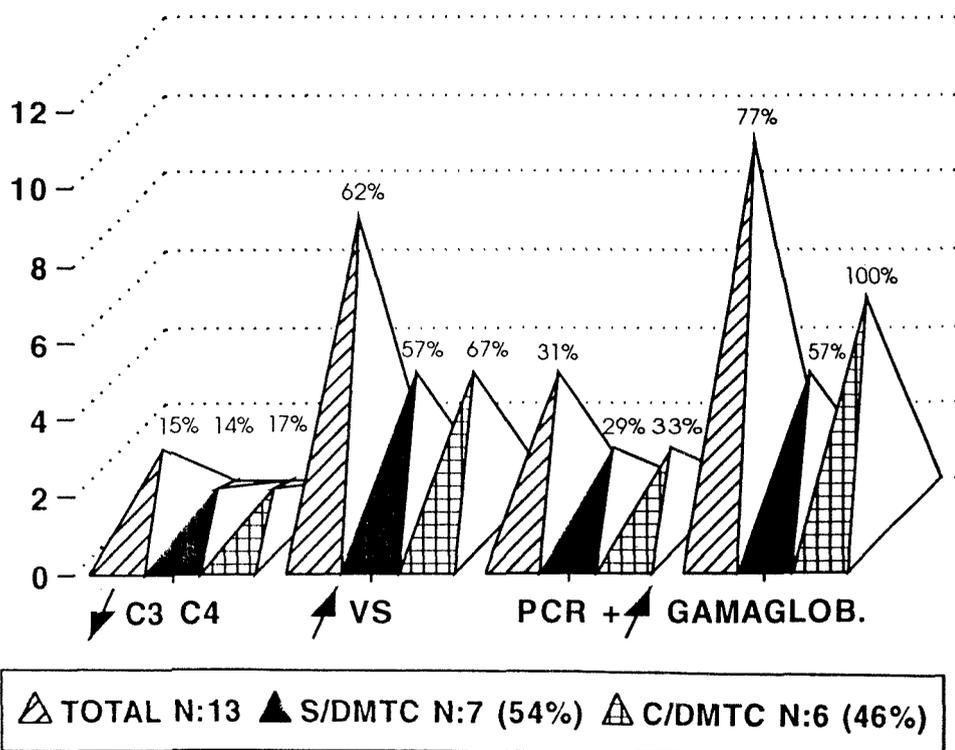


Fig. 3 — Parâmetros de actividade inflamatória

Os achados clínicos não diferiram consideravelmente dos resultados obtidos noutras séries de estudos (Quadro II) (1,15,16).

Realizámos uma análise comparativa das diversas manifestações clínicas e laboratoriais dos doentes, com e sem critérios para DMTC, segundo Sharp (5) (Quadro II e III).

A elevada incidência de compromisso neurológico (77%) detectada em ambos os sub-grupos foi atribuída à inclusão neste item de quadros depressivos e de cefalalgias que correspondiam a 60% da totalidade. Surpreendente também, o registo isolado de um único caso de hipertensão pulmonar (17%), este verificado em doente com DMTC, com critérios definidos de ESP, LES e AR, documentado por um desdobramento do segundo tom na auscultação cardíaca e por ecocardiograma.

Como se pode comprovar pela análise dos quadros 2 e 3, não foram detectadas diferenças estatisticamente significativas, o que não nos permitiu

individualizar um *sub-grupo distinto*, com características clínicas e laboratoriais próprias, dentro dos doentes com Síndrome de Sobreposição.

Fica-nos a questão: será a D.M.T.C. uma entidade clínica individualizada ou, pelo contrário, uma forma de transição de uma D.D.T.C. que ainda não atingiu a sua expressão final ou definitiva?

Sharp considerava a presença do anticorpo anti-Sm como critério de exclusão para D.M.T.C. (1,2,5). No entanto, posteriormente, vem a detectar estes auto-anticorpos em doentes por ele próprio rotulados como portadores de D.M.T.C.. (5).

Do mesmo modo, a positividade do anti-DNAcD era vista como pouco sugestiva desta entidade nosológica (3). Reconhece-se, actualmente, a ocorrência de inúmeros falsos positivos, por reacções verificadas entre cadeias simples de anti-DNA (2).

Por outro lado, a presença de altos títulos de anti-RNP era tida como critério major (1-5). Sabemos hoje que estes anticorpos podem positivar ou negativar nas diferentes fases de evolução da doença (1,13,17,18). Demonstrou-se, ainda, que a produção de auto-anticorpos pode alternar do anti-RNP para o anti-Sm ou vice-versa, associada por vezes a alterações respectivas da tradução clínica (1,19).

Por estes dados se constata a falibilidade da classificação de um doente como portador ou não de critérios para D.M.T.C., baseada numa única observação isolada.

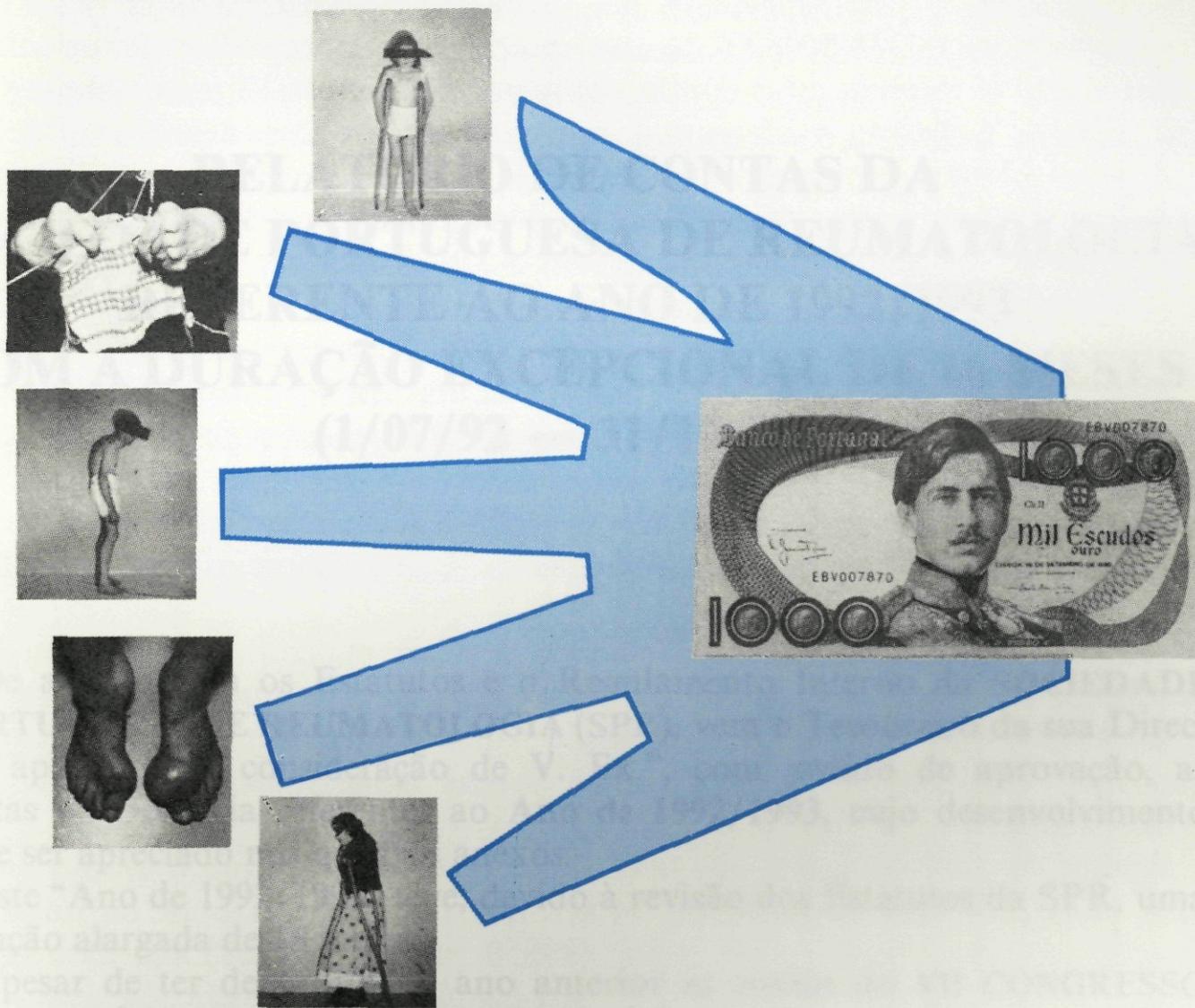
Propõe-se assim um estudo prospectivo que incida sobre doentes com Síndrome de Sobreposição, com avaliações clínicas e serológicas periódicas, na tentativa de detectar uma eventual evolução para uma D.D.T.C. mais diferenciada.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — Maria Lázaro, M.D., José A. Maldonado Cocco, M.D., Luís J. Catoggio, M.D., Silvia M. Babini, M.D., Osvaldo D. Messina, M.D., Osvaldo Garcia Morteo, M.D. — Clinical and serologic characteristics of patients with Overlap Syndrome. *Medicine*, 1989, vol 68, n.º 1: 58-64.
- 2 — Robert M. Bennet — Mixed Connective Tissue Disease and other Overlap Syndromes — *Kelley*, Cp 66: 1147-1162.
- 3 — O. Meyer, D. Kuntz, M.F. Kahn, R. Bourgeois, T. Haim — Caractérisation par immunoeempreinte des anticorps Anti-RNP au cours de 36 Connectivites dont 26 connectivites mixtes. *Revue du Rhumatisme*, 1989, 59 (1): 39-44.

- 4 — Wing-Hung Leung, Kee-Lam Wong, Chu-Pak Lau, Cheuk-Kit Wong, Chun-Ho Cheng, Yau-Ting Tai — Echocardiographic identification of mitral valvular abnormalities in patients with Mixed Connective Tissue Disease. *J. Rheumatol*, 1990, 17: 485-488.
- 5 — Donato Alarcón-Segovia, Mario H. Cardil — Comparison between 3 diagnostic criteria for Mixed Connective Tissue Disease. Study of 593 patients. *The Journal of Rheumatology*, 1989, 16 (3): 328-333.
- 6 — L.S. De Clerck, K.A.E. Meijers, A. Cats — Is MCTD a distinct entity? Comparison of clinical and laboratory findings in MCTD, SLE, PSS, and RA patients. *Clinical Rheumatology*, 1988, 8, n.º 1: 29-36.
- 7 — Bennet R., O'Connell — Mixed Connective Tissue Disease. A clinicopathological study of 20 cases. *Sem. Arthritis Rheum.*, 1980, 10: 25-52.
- 8 — Alarcón Segóvia — Mixed Connective Tissue Disease. A decade of Grwing pains. *J Rheumatol*, 1981, 8: 535-540.
- 9 — Appelboom — Mixed Connective Tissue Disease revisited. *Clin Rheumatol*, 1982, 1: 136-137.
- 10 — Grant K., Adams L., Hess E. — Mixed Connective Tissue Disease: a subset with sequential, clinical and laboratory features. *J Rheumatol*, 1981, 8:587-598.
- 11 — Moore T., Weiss T., Neucks J.H., Baldassare A.R., Zuckner J. — Extractable nuclear antigens. *Sem Arthritis Rheumat*, 1981, 10: 309-318.
- 12 — Ramos Niembro F., Alarcon Segóvia D., Hernandez Hortiz J. — Articular manifestations of Mixed Connective Tissue Disease. *Arthritis Rheum*, 1979, 22: 43-51.
- 13 — Sullivan W., Hurst D., Harmon C., Esther J., Agia G., Maltby J., Lillard S., Held C., Wolfe J., Sunderrajan E., Maricq H., Sharp G.E. — A perspective evaluation emphasizing pulmonary involvement in patients with Connective Tissue Disease. *Medicine*, 1984, 63: 92-107.
- 14 — Tan E., Cohen A., Fries J. — The 1982 revised criteria for the classification of Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum*, 1982, 25: 1271-1277.
- 15 — Bennet R. — Mixed Connective Tissue Disease and other Overlap Syndrome. In: Kelley W., Harris E.D., Ruddy S.H., Sledge G. *Textbook of Rheumatology*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1985, Cp 72:1115.
- 16 — Oetgen W., Mutter M., Davia J., Lawless O. — Cardiac abnormalities in Mixed Connective Tissue Disease. *Chest*, 1983, 83: 185-188.
- 17 — Nimelstein S.H., Brody S., McShane D., Holman H.R. — Mixed Connective Tissue Disease: A subsequent evaluation of the original 25 patients. *Medicine*, 1980, 59: 239-248.
- 18 — Petterson I., Wang G., Smith E., Wugzell H., Hadfors E., Horn J., Sharp G.E. — Analysis of sera of patients with Mixed Connective Tissue Disease and Systemic Lupus Erythematosus. A cross-sectional longitudinal study. *Arthritis Rheum*, 1986, 29: 986-996.
- 19 — Fisher D.E., Reeves W.H., Wisniewolski, Lahita R., Chiorazzi N. — Temporal switch from Sm to ribonucleoprotein reactivity in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum*, 1985, 28: 1348-1355.

**Está na sua mão, com tão pouco,  
ANUALMENTE,  
ajudar a evitar, curar ou compensar  
situações graves como estas**



**PARTICIPE CONNOSCO  
no tratamento e na recuperação possível  
DE UM SÓ QUE SEJA  
dos 800.000 Reumáticos Portugueses**

**LIGA PORTUGUESA CONTRA O REUMATISMO**

Rua D. Estefânia, 187-189 — 1000 LISBOA

Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

Todos os dias das 9 - 12 e das 14 - 18 h

## **RELATÓRIO DE CONTAS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA REFERENTE AO ANO DE 1992/1993 COM A DURAÇÃO EXCEPCIONAL DE 16 MESES (1/07/92 — 31/10/93)**

De acordo com os Estatutos e o Regulamento Interno da **SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA (SPR)**, vem o Tesoureiro da sua Direcção apresentar à consideração de V. Ex.<sup>as</sup>, com pedido de aprovação, as contas da Gerência referentes ao **Ano de 1992/1993**, cujo desenvolvimento pode ser apreciado nos quadros anexos.

Este “Ano de 1992/1993” teve, devido à revisão dos Estatutos da SPR, uma duração alargada de 16 meses.

Apesar de ter decorrido no ano anterior as contas do VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA (apresentadas em adenda) são incluídas neste Relatório, visto que já foram concluídas durante este ano.

Da mesma forma as contas do SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO CIAR, que decorreu este ano no Porto, só serão apresentadas no próximo Relatório visto que ainda não estão concluídas.

O **Saldo** deste ano é positivo e totaliza 1.868.604\$70 (um milhão oitocentos e sessenta e oito mil seiscentos e quatro escudos e setenta centavos) dos quais 1.000.000\$00 (um milhão de escudos) serviram para a abertura da Conta da Comissão Organizadora do SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO CIAR/93 e ainda lá se encontram.

O VII CONGRESSO teve um saldo positivo de 3.417.140\$00 (três milhões quatrocentos e dezassete mil cento e quarenta escudos), resultado excelente, se considerarmos o número de participantes estrangeiros e o nível do Programa Social, só possível devido ao apoio da Indústria Farmacêutica e à inestimável colaboração de Produtos Sandoz, Lda.

A receita com a **Publicidade** inserida nas publicações da SPR foi de 3.976.713\$20 (três milhões novecentos e setenta e seis mil setecentos e treze escudos e vinte centavos) o que representa um decréscimo de 36,25% em relação às mesmas receitas (6.238.500\$00) do ano anterior. Considerando o período de 16 meses a que se referem estas contas comparando com os 12 meses abrangidos pelo anterior Relatório a diferença será ainda mais preocupante.

A supressão da publicação do BOLETIM da SPR compensou parcialmente esta redução das receitas de publicidade. No entanto consideradas as despesas de impressão e expedição as publicações da SPR importaram em 5.219.555\$00 (cinco milhões duzentos e dezanove mil quinhentos e cinquenta e cinco escudos) o que representa 31,25% mais do que aquelas receitas.

Esta situação de que já venho dando conta em Relatório e Orçamento anteriores não é desejável nem razoável pelo que deverá a próxima Direcção desenvolver todos os esforços para a modificar.

As receitas com a **Quotização** permanecem irrelevantes (107.500\$00) continuando a não ser sequer suficientes para cobrir o encargo com a EULAR (146.359\$00).

Durante o período a que este Relatório se refere realizaram-se beneficiações fundamentais para a abertura da **SEDE DA SPR** e que importaram em 1.524.414\$00 (um milhão quinhentos e vinte e quatro mil quatrocentos e quatorze escudos) repartidos entre obras (546.360\$00) e mobiliário (978.054\$00).

Apesar da enorme queda nas taxas oficiais de juro durante o último ano, a SPR conseguiu um aumento de 54,8% nos rendimentos com os júros em relação ao ano transacto (de 1.160.488\$50 para 1.796.520\$50). Este muito significativo aumento foi possível devido à aplicação diversificada que vimos fazendo do saldo disponível e que a seguir se descremina:

A) CONTA À ORDEM	2.151.621\$28
B) BILHETES DO TESOURO	2.500.000\$00
C) CONTA MASTER	10.137.122\$00
D) CONTA A PRAZO	1.667.035\$60
E) CONTA A PRAZO	1.500.000\$00
	17.955.779\$78

Se considerarmos os 1.000.000\$00 (um milhão de escudos) que se encontram na conta do Simpósio CIAR/93 e dois créditos (39.200\$00 na Agência Abreu e 75.400\$00 nos Laboratórios Pfizer.SA) os 19.000.000\$00 dezanove milhões de escudos).

Apesar dos investimentos materiais realizados por necessários, é o sexto ano consecutivo de crescimento consecutivo dos resultados da Tesouraria da SPR.

Estes resultados tiveram o rigôr e disciplina orçamentais aliados à iniciativa nas decisões e imaginação nas acções.

Pensamos que a futura Direcção da SPR tem um árduo trabalho a realizar, devido, quer aos pontos negativos já apontados quer ao momento económico menos favorável que o nosso País atravessa.

Mencionamos e agradecemos de novo o imprescindível apoio e colaboração dispensados por várias Empresas da Indústria Farmacêutica, de que destacamos os Laboratórios, Luitpold, Delta, Pfizer, Ciba e Sandoz.

Renovamos os nossos mais sinceros agradecimentos à nova Direcção do INSTITUTO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA que continuando prática das Direcções anteriores mantém a cedência gratuita e, agora em novo local, do espaço para a Sede da SPR.

A todos os membros da SPR desejamos o maior sucesso profissional e as melhores venturas pessoais.

Lisboa, 31 de Outubro de 1993

O Tesoureiro

Dr. Jaime da Cunha Branco

## RECEITA

DISCRIMINAÇÃO		VALOR
Saldo que transitou da Gerência 1991/1992		17.087.175\$08
<b>A. RECEITA ORDINÁRIA</b>		
1 — <i>Contribuição dos Membros</i>		
a) Quotização	107.500\$00	
2 — <i>Publicações</i>		
a) Publicidade	3.976.713\$20	4.084.213\$20
<b>B. RECEITA EXTRAORDINÁRIA</b>		
1 — <i>VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA*</i>		
a) Saldo	3.417.140\$00	
b) Reposição abertura de conta	1.000.000\$00	
2 — <i>JUROS</i>		
a) Juros creditados nas várias contas BPA	1.796.520\$50	
3 — <i>PRÊMIO ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA (1992)</i>	300.000\$00	6.513.660\$00
		27.685.048\$00

\* Ver Relatório de contas referente ao VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA e SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO CIAR (Lisboa, 23-26/06/1992) em adenda.

**DESPESA**

DISCRIMINAÇÃO	VALOR	
<b>A. DESPESA ORDINÁRIA</b>		
1 — <i>Gratificação Ordinária</i>		
a) Serviços eventuais	1.212.500\$00	
2 — <i>Aquisição de Utilização Permanente</i>		
a) Mobiliário da Sede	978.054\$00	
b) Novo desenho do Símbolo da SPR	100.000\$00	
3 — <i>Material de Consumo Corrente</i>		
a) Selos de correio, agendas, envelopes, papel, livros, etc	97.930\$00	
4 — <i>Publicações</i>		
a) Tipografia	3.873.811\$00	
b) Expedição	1.345.744\$00	
5 — <i>Actividades Associativas</i>		
a) Transportes, alojamentos, refeições	96.911\$00	
6 — <i>Outros Encargos</i>		
a) Quotização da EULAR	146.359\$00	
b) Almoço SPR — Caldas da Felgueira	31.600\$00	
c) Obras na SEDE	546.360\$00	8.429.269\$00
<b>B. DESPESA EXTRAORDINÁRIA</b>		
1 — <i>PRÉMIO ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA</i>	300.000\$00	
2 — <i>SIMPÓSIO CIAR/93</i>		
a) Abertura de Conta	1.000.000\$00	1.300.000\$00
TOTAL DA DESPESA .....		9.729.269\$00
SALDO QUE TRANSITA PARA A GERÊNCIA DE 1993/1994 .....		17.955.779\$78
SOMA .....		27.685.048\$78

Lisboa, 31 de Outubro de 1993

O Tesoureiro

Dr. Jaime da Cunha Branco

**ADENDA AO RELATÓRIO DE CONTAS  
DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA  
DE 1992/1993**

Relatório de Contas referentes ao VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA E SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO CIAR (Lisboa 23-26/06/1992)

**R E C E I T A**

DISCRIMINAÇÃO	VALOR
1 — <i>EXPOSIÇÃO COMERCIAL</i> (12 Stands × 360.000\$00)	4.320.000\$00
2 — <i>INSCRIÇÕES DOS PARTICIPANTES</i>	2.935.000\$00
TOTAL DA RECEITA .....	7.255.000\$00

**D E S P E S A**

DISCRIMINAÇÃO	VALOR
1 — <i>CONVIDADOS</i>	
a) Viagens	360.400\$00
b) Alojamento	257.600\$00
c) Outros	38.500\$00
2 — <i>PROGRAMA SOCIAL</i>	
a) Transportes	128.000\$00
b) Almoços de Trabalho (Ticket Restaurant)	1.074.360\$00
c) Jantares	1.059.000\$00
3 — <i>LIVRO DE RESUMOS</i>	920.000\$00
TOTAL DA RECEITA .....	3.837.860\$00
SALDO TRANSITADO PARA A CONTA DA SPR .....	3.417.140\$00
TOTAL .....	7.225.000\$00

Lisboa, 11 de Junho de 1993

O Tesoureiro

Dr. Jaime da Cunha Branco

## RÈGLES DE PUBLICATION

1. La Rédaction reçoit des travaux cliniques ou de recherche de cette spécialité ou d'autres qui en soient liés. Elle se réserve le droit d'accepter seulement des articles encore inédits.
2. Les articles publiés et les textes des communications présentées aux séances scientifiques de la Société, ou organisées sous son patronage, demeure propriété de la l'«Acta». La Rédaction se réserve le droit d'autoriser son insertion, total ou partielle, dans d'autres publications.
3. Les opinions émises dans les articles signés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
4. Les articles peuvent être rédigés en portugais, français, anglais ou espagnol, en trois exemplaires, dactylographiés double interligne, sur une seule face du papier, avec des marges larges.
5. Les titres seront présentés en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand); le(s) nom(s) de l'auteur (ou des auteurs) et leur(s) titre(s) académique(s) et professionnel(s); l'organisme d'où le travail est issu ou celui auquel l'auteur appartient et le nom de son directeur; localité et pays.
6. Le texte doit être précédé d'un résumé, bref mais précis en portugais, français et anglais (ou espagnol, ou allemand).
7. Chaque article donne droit à cinq figures au maximum; au delà ce nombre la Rédaction se réserve le droit de les faire payer par son prix. Les photographies doivent être si nettes pour permettre la reproduction; les graphiques et les dessins, exécutés avec de l'encre noire sur du papier blanc, sur des feuilles séparées, notés à l'envers, la légende dactylographiée et l'ordre numérique.
8. Les références bibliographiques, selon l'index medicus: surnom (en majuscules), nom et prénom de l'auteur (ou des auteurs); titre, nom de la publication ou de l'auteur; localité; volume; numéro; page; année. On doit respecter l'ordre alphabétique du dernier nom de l'auteur (ou du premier auteur).
9. Chaque auteur a le droit de 25 tirés à part gratuits. Au delà ce nombre, elles seront débitées par son prix, si en sont demandées en avance.
10. La Rédaction se charge de la correction des épreuves.
11. Pour la citation bibliographique; *Acta Reuma. Port.*, volume, tome, page et année.
12. On demande l'échange. Exchange solicited. Se solicite el cambio. Man bitted um Austausch.

## NORMS OF PUBLICATION

1. The Editing Committee accepts scientific articles on clinical aspects or on research of this speciality or allied ones. It reserves the right to accept only inedit works.
2. Published articles and texts of the papers presented during the scientific sessions of the Society or in those it organizes, are a property of the «Acta». The Editing Committee reserves the right of authorising their insertion, either partial or total in other publications.
3. The doctrine explained in published articles os of the exclusive responsibility of their authors.
4. The articles can be written in Portuguese, French, English or Spanish. Typewriter in three copies with double spacing, on one side of the paper and with wide margins.
5. They should be refered with the title in Portuguese, French or English (or Spanish, or German); the author(s) name(s) and this (their) academic and professional titles; the institution where the work has been done or where the author works and of the director's name; place and country.
6. A brief and precise abstract should preeced the article in Portuguese, French and English (or Spanish or German).
7. Each article confers a right to five pictures, maximum; the further pictures will be paid by the author. Photographs must be neat enough to permit reproduction. Graphs and drawings should be neade with black ink, on white paper; each picture on a separate sheet, marked on the black its clear typewriter legend and numbered.
8. Bibliographic reference, according the index medicus: name capital letters, author(s) noun and pronoun; title, name of publication or editor; place; volume; number; page; year. Alphabetic order of author's list name (or that of the first author) should be observed.
9. 25 copies will be provided free to the author of each paper. Additional copies will be charged at cost price, if required soon enough.
10. The Editing Committee is responsible for correcting prools.
11. For a bibliographic reference: *Acta Reuma. Port.*, volume, number, page and year.
12. Exchange solicited. On demande l'échange. Se solicite el cambio. Man bitted um Austausch.

D

Exmo.(s) Colega(s) / Senhor(es):

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia tem o prazer de vos enviar as suas publicações: «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (revista de documentação médica reumatológica) e «BOLETIM INFORMATIVO» (noticiário de informação reumatológica, do País e do Estrangeiro).

São ambas publicadas trimestralmente (Março, Junho, Setembro e Dezembro) e distribuídas aos Membros da Sociedade e, tanto quanto possível, a Instituições médicas e científicas, nacionais e estrangeiras (Ligas e Centros de Reumatologia e afins; Faculdades de Medicina; Universidades e Centros de Investigação; Sociedades Médicas e Científicas; Hospitais e Serviços Clínicos; Revistas e Jornais Médicos), com permuta de publicações e de planos de investigação e de actividade científica, clínica e social.

A Sociedade agradece os nomes e endereços de Instituições deste tipo existentes no País.

Cônsua de que os problemas criados pelas doenças reumáticas transcendem o âmbito médico e devem também interessar toda a comunidade, a Sociedade distribui o seu «Boletim Informativo» também a Entidades oficiais e particulares, a Meios de Informação (Imprensa TV e Rádio) e a Laboratórios de produtos químicos farmacêuticos, em Portugal.

Gratos pela vossa cooperação, subscrevemo-nos com as mais cordiais saudações.

\*

Cher(s). Collègue(s) / Monsieur (Messieurs).

La Société Portugaise de Rhumatologie est très heureuse de vous remettre ses publications ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (revue de documentation médicale rhumatologique) et le «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin d'information rhumatologique du Pays et de l'Étranger).

Ces deux publications trimestrielles (mars, juin, septembre, décembre) sont distribuées aux Membres de la Société et, tant que possible, à quelques Institutions médicales et scientifiques du Pays et l'Étranger (Liges et Centres de Rhumatologie ou alliés; École de Médecine; Universités et Centres de Recherche Scientifique; Sociétés Médicales et Scientifiques; Hôpitaux et Services Cliniques; Revues et Journaux Médicaux), avec l'échange de publications et de plans de recherche et d'activité scientifique, médicale et sociale.

Nous serions très reconnaissants de nous faire parvenir les noms et les adresses de ces Institutions chez vous.

En vous remerciant d'avance votre coopération, nous vous prions d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

\*

Dear Colleague(s) / Sir(s)

The Portuguese Society of Rheumatology is very good to send you the publications: The «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (review of medical documentation) and the «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin on rheumatological information).

Both publications, appearing every three months (March, June, September and December) are distributed to the Members of the Society and, as much as possible, to the medical and scientific institutions from our own country or foreign ones — Leagues and Centres of Rheumatology or allied ones; Medical Schools; Universities and Centres of Scientific Research; Medical and Scientific Societies; Hospitals and Clinical Units; Medical Reviews and Newspapers.

We intend to exchange publications and information about the plans of research and of scientific, medical and social activity or connected subjects. We will thank you very much for giving us the names and addresses of those institutions in your Country.

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

ÁCIDO FLUFENÂMICO  
+ MPS

# Mobilisin<sup>®</sup>

creme

## Terapêutica anti-reumática directa

- ANTI-INFLAMATÓRIO

Estabiliza a membrana dos lisossomas impedindo a libertação de enzimas.

(Inibe os enzimas lisossómicos e a hialuronidase)

- REGENERADOR DO TECIDO  
CONJUNTIVO

Intensifica a circulação sanguínea.

Normaliza a viscosidade, permeabilidade e propriedades higroscópicas, activando o metabolismo tecidular.

- ANTÁLGICO

Pela combinação dos seus princípios activos.

APRESENTAÇÃO:	PVP	ESTADO	UTENTE	CMTD
100G	935\$00	468\$00	467\$00	13\$30

LUITPOLD-WERK  
MÜNCHEN

Alemanha Federal



LUITPOLD  
DE PORTUGAL

LISBOA

Nas situações reumatismais  
e inflamatórias agudas ou crónicas

# Rantudil 90



**ACÇÃO RÁPIDA**



**EFICÁCIA ASSEGURADA**



**TOLERABILIDADE  
COMPROVADA**

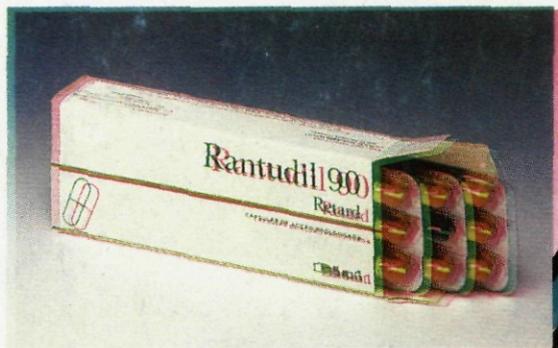
PVP 4.010\$00                      cx. 30 cápsulas

Comparticipação	70%	85%
ESTADO	2.807\$00	3.409\$00
UTENTE	1.203\$00	601\$00

Venda mediante receita médica

Contém lactose

Informação adicional disponível sempre que solicitada



*medi* **Bial**

RUA VISCONDE DE SETÚBAL, 16 4.º ESQ. E - 4200 PORTO-PORTUGAL  
Capital Social 5.000.000\$00 - Sociedade por Quotas - Matrícula N.º 49495  
Conservatória do Registo Comercial do Porto - Contribuinte N.º 502 661 046

