

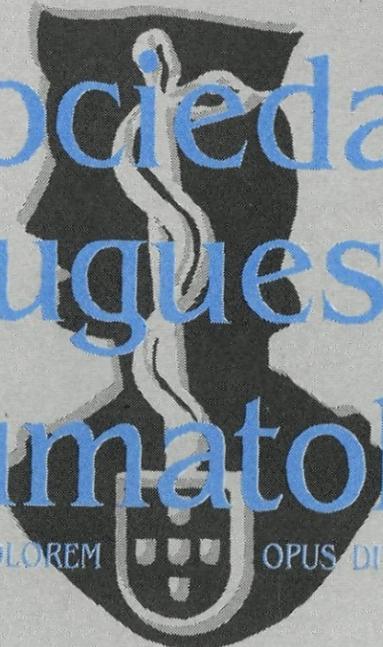
# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XXII

N.º 83

Out.-Nov.-Dez./1997

Sociedade  
Portuguesa de  
Reumatologia



SEDARE DOLOREM OPUS DIVINUM EST

ELEANORA REGINA

# ARTHROTEC®

(diclofenac Na 50 mg/misoprostol 200 µg)

**Luz verde na terapêutica anti-inflamatória  
o melhor binómio eficácia/segurança**



Composição: Núcleo de diclofenac de sódio 50 mg com revestimento entérico e misoprostol 200 µg. Propriedades: O ARTHROTEC® é uma combinação de um fármaco anti-inflamatório não esteróide (diclofenac de sódio) com actividade anti-reumática, analgésica e anti-péptica e um agente protector da mucosa gastroduodenal (misoprostol), um análogo sintético da prostaglandina E<sub>1</sub>. Nas doenças reumáticas, as propriedades anti-inflamatórias e analgésicas do ARTHROTEC® proporcionam uma rápida resposta clínica que se traduz num alívio dos sinais e sintomas tais como a dor em repouso, dor em movimento, rigidez matinal, edema articular, conferindo uma melhoria funcional. Devido à acção protectora da mucosa gastroduodenal do misoprostol, o ARTHROTEC® está associado a uma menor incidência de lesões clinicamente significativas da mucosa gastroduodenal quando comparado com o uso isolado do diclofenac. O misoprostol estimula múltiplos factores implicados na manutenção da integridade da mucosa gastroduodenal, tais como o aumento do fluxo sanguíneo para a mucosa gástrica, o aumento da secreção do bicarbonato duodenal e a secreção de muco gástrico, bem como a inibição da secreção gástrica de ácido basal e estimulado. A capacidade do misoprostol em proteger a mucosa gastroduodenal foi demonstrado em estudos com voluntários saudáveis e doentes com patologia reumática. O exame endoscópico e a medição das perdas hemáticas fecais mostraram que o co-administração de misoprostol previne a lesão da mucosa induzida pelos AINEs. Os perfis farmacocinéticos do diclofenac e misoprostol administrados isoladamente são semelhantes aos perfis dos mesmos quando co-administrados ou administrados em comprimidos de combinação fixa, o ARTHROTEC®. Precauções: A presença de misoprostol em combinação demonstrou minimizar os efeitos lesivos da mucosa gastroduodenal pelos AINEs. Apesar disso, a úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal podem ocorrer durante a terapêutica com ARTHROTEC®. Em presença destas situações, a terapêutica com ARTHROTEC® deve ser interrompida e as medidas adequadas devem ser instituídas. O médico deve estar de sobreaviso em relação aos doentes com história de divertículos e doenças inflamatórias intestinais. O diclofenac e os seus metabolitos são eliminados pelo rim e pelo fígado. Assim, o ARTHROTEC® deve ser usado cuidadosamente em doentes com insuficiência renal e ou insuficiência hepática, podendo nalgumas situações ser necessário um ajuste de dosagem, devendo, pois, o doente ser devidamente vigiado. Estão descritas alterações das provas de função hepática, e alguns casos raros de icterícia e mesmo hepatites graves com o uso continuado de anti-inflamatórios não esteróides, donde se aconselha a realização periódica de provas de função hepática quando em tratamentos prolongados. Foram descritos casos de cefaleias, tonturas (sensação de vazio), confusão mental e diminuição da acuidade visual durante o tratamento com AINEs. Doentes que apresentem estes sintomas devem ser advertidos para tomarem precauções quando utilizarem máquinas ou conduzirem veículos com motor. Devido à retenção de fluidos provocada pelos anti-inflamatórios, o ARTHROTEC® deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca, hipertensão ou patologias que provoquem retenção de líquidos. Embora raros, estão descritas discrasias hemorrágicas associadas ao uso de anti-inflamatórios não esteróides. Apesar do misoprostol não incrementar o efeito do diclofenac na função plaquetária, o ARTHROTEC® deve ser usado com precaução nos doentes com coagulopatias. Tal como os outros anti-inflamatórios não esteróides, pode mascarar os sinais de infecção. Indicações: O ARTHROTEC® está indicado na artrite reumatóide e osteoartrite em fase aguda ou crónica, particularmente em doentes com suspeita de intolerância gástrica ou hemorragia digestiva devido ao uso de anti-inflamatórios. Contra-indicações: O ARTHROTEC® está contra-indicado em doentes com hipersensibilidade ao misoprostol ou ao diclofenac. O ARTHROTEC® não deve ser administrado a doentes com asma, urticária, rinite ou outras manifestações alérgicas precipitadas pelo ácido acetilsalicílico ou outros AINEs. O ARTHROTEC® está contra-indicado em doentes com úlcera péptica activa e/ou história recente de hemorragia digestiva ou perfuração. O ARTHROTEC® está contra-indicado na mulher grávida (ver gravidez e lactação). Reacções adversas: As reacções adversas são geralmente de natureza gastrointestinal, sendo as mais referidas: Dispepsia, dores abdominais e alguns casos de diarreia ligeira e transitória, que podem surgir no início do tratamento. Só ocasionalmente esses casos resultaram em diarreia mais persistente, o que levou à interrupção do tratamento. Embora a presença de misoprostol em combinação possa minimizar os efeitos lesivos na mucosa causados pelos AINEs, é previsível a ocorrência esporádica de úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal. Apesar de nenhuma alteração ginecológica ter sido referenciada em mulheres que recebem ARTHROTEC®, estão descritos em ensaios com misoprostol raros casos de alterações menstruais e "spotting" (inferior a 1%). Estão descritas elevações dos níveis de transaminases, as quais são geralmente reversíveis quando se suspende a administração do fármaco. Gravidez e lactação: O ARTHROTEC® está contra-indicado na gravidez quer durante o primeiro período quer na fase final da gravidez devido aos efeitos no sistema cardiovascular fetal. O misoprostol pode complicar a gravidez e como tal lesar o feto. O misoprostol pode estimular contrações uterinas, provocar hemorragias e expulsão do conteúdo uterino. O ARTHROTEC® não está recomendado às mulheres que amamentam. Uso pediátrico: A segurança e eficácia do ARTHROTEC® não foi avaliada em pediatria. Interações: Embora nos estudos com ARTHROTEC® não estejam descritas interações com outros fármacos, os componentes presentes podem evidenciar as seguintes interações: - Os antiácidos podem retardar a absorção do diclofenac, podendo o hidróxido de magnésio aumentar a tendência para a diarreia; - O diclofenac pode aumentar a concentração plasmática de digoxina, pelo que os níveis séricos deste fármaco devem ser monitorizados e ajustados; - A terapêutica concomitante de ARTHROTEC® com diuréticos poupadores de potássio pode estar associada com um aumento dos níveis séricos deste electrólito, tomando, pois, necessária a sua monitorização; - O efeito anti-hipertensivo do hidroclorotiazida pode ser reduzido pelo diclofenac em doentes com hipertensão arterial; - Doentes medicados com anticoagulantes devem utilizar ARTHROTEC® com precaução; - O uso concomitante de glucocorticóides pode agravar os efeitos gastrointestinais colaterais; - Devem ser tomadas precauções especiais quando da utilização concomitante de metotrexato; - Pode ser necessária a redução da dose do lítio com ARTHROTEC®. Sobre-dosagem: Não existem antídoto para o diclofenac, pelo que se deve evitar a absorção, o mais precocemente possível, pela indução do vômito, lavagem gástrica ou terapêutica com carvão activo. O tratamento de suporte e sintomático para minorar as complicações deve incluir medidas gerais contra a hipotensão, insuficiência renal, convulsões, irritação gastrointestinal e depressão respiratória. Podem ser necessárias medidas para acelerar a eliminação (forçar a diurese, hemoperfusão, diálise). Posologia: A dose recomendada de ARTHROTEC® é de 1 comprimido duas a três vezes por dia. O ARTHROTEC® deve ser tomado inteiro e com alimentos (preferência após as refeições). Aviso: Contém lactose.

**SEARLE**

Monsanto Portugal - Produtos Químicos e Farmacêuticos, Lda. R. Sanches Coelho, 3 9º - 1600 Lisboa  
Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob nº 57 495 - Capital Social 79.095.000\$00.

ARTHROTEC®	P.V.P. <sup>IVA</sup> (incl.)	Regime Normal(40%)		Regime Especial(55%)	
		Estado	Utente	Estado	Utente
20 comp.	1.827\$00	731\$00	1.096\$00	1.005\$00	822\$00
60 comp.	4.651\$00	1.860\$00	2.791\$00	2.558\$00	2.093\$00

**Editorial**

- **Reumatologia Portuguesa: Afinal nem tudo está mal?!**  
J. A. Melo Gomes ..... 5

**Artigo Original**

- **Esclerodermia Infanto-Juvenil: Análise Retrospectiva de 21 Casos**  
Breno Álvares de Faria Pereira, Rafael Navarrete Fernandez, Antônio Carlos Ximenes, Cecília R. de F. Attux, Renata de V. F. Pitaluga, Márcia L. S. Oliveira, Nílzio Antônio da Silva ..... 9

**Artigo de Opinião**

- **O Médico de Família na Orientação do Doente para o Especialista**  
Licínio Poças ..... 15

**Participação Especial**

- **A Serpente, Símbolo Curativo**  
Agustina Bessa-Luís ..... 19

**Sociedade Portuguesa de Reumatologia**

- Relatório de Actividade do Secretário Geral de 1995/1996 ..... 23
- Relatório e Contas de 1996 e orçamento para 1997 ..... 26
- Programa de Acção da Direcção Biénio de 1996/1999 ..... 32
- Agenda Nacional** ..... 35
- Agenda Internacional** ..... 35
- Normas de Publicação** ..... 36

# Acta Reumatológica Portuguesa

## Conselho Editorial

Editor Chefe (Chief Editor)	Viviana Tavares
Editor Executivo (Executive Editor)	J. Canas da Silva
	A. Aroso Dias
Editor Associados (Associated Editors)	Eugénia Simões
	Jaime Branco
	J.A. Melo Gomes
	J. A. Pereira da Silva
	J. C. Teixeira da Costa
	José António Silva
Editor Adjuntos (Assistant Editors)	Helena Santos
	M <sup>a</sup> José Leandro
	Pedro Gonçalves
	Rui André Santos
	Teresa Nóvoa

## Sociedade Portuguesa de Reumatologia Direcção

Presidente	Dr. J. A. Melo Gomes	Tesoureiro	Dr. Carlos Miranda Rosa
Vice-Presidente	Dr <sup>a</sup> Cristina Catita	Vogal Região Sul	Dr. Augusto Faustino
Vice-Presidente	Dr <sup>a</sup> Sara de Freitas	Centro	Prof. Dr. José António Silva
Sec. Geral	Dr. A. C. Alves de Matos	Norte	Dr. Maria do Carmo Afonso
Sec. Adjunto	Dr <sup>a</sup> Viviana Tavares	Ilhas	Dr. Guilherme Figueiredo

### Mesa da Assembleia Geral

Presidente	Dr. J. A. Pereira da Silva
Vogal	Dr. Rui Leitão
Vogal	Dr. Paulo Coelho

### Conselho Fiscal

Presidente	Dr. Rui André Santos
Vogal	Dr <sup>a</sup> Maria José Santos
Vogal	Dr <sup>a</sup> Maria do Céu Maia

### Presidente Eleito

Dr. Mário Rodrigues

### Conselho Científico

ANATOMIA PATOLÓGICA	Dr <sup>a</sup> Odete Almeida	MEDICINA DO TRABALHO	Dr. A. Meyrelles do Souto
BIOQUÍMICA	Prof. Dr. J. Martins e Silva	NEUROCIRURGIA	Prof. Dr. António Trindade
CARDIOLOGIA	Prof. Dr. Mário Lopes	OFTALMOLOGIA	Prof. Dr. Castanheira Diniz
ENDOCRINOLOGIA	Prof. Dr. Galvão Teles	ORTOPEDIA	Prof. Dr. Salis Amaral
GASTROENTEROLOGIA	Prof. Dr. Guilherme Peixe	PATOLOGIA CLÍNICA	Prof. Dr. Pinto de Barros
HIDROLOGIA	Prof. Dr. Frederico Teixeira	PEDIATRIA	Dr <sup>a</sup> Maria José Vieira
IMUNOLOGIA	Prof. Dr. Rui Victorino	RADIOLOGIA	Dr. J. Covas de Lima
MED. FÍSICA E REAB.	Dr. Martins da Cunha	REUMATOLOGIA	Prof. Dr. A. Lopes Vaz
MEDICINA INTERNA	Dr. Monteiro Batista		

**Edição e Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**Redacção:** Sociedade Portuguesa de Reumatologia - R. D. Estefânia, 177, 1<sup>o</sup> D - 1000 LISBOA

**Registo:** Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n<sup>o</sup> 101 897

**Depósito Legal:** 86 955/95

**Publicidade:** Celina Fernandes

**Impressão e acabamento:** SIG - Sociedade Industrial Gráfica, Lda. - Camarate

**Tiragem:** 6 000 Exemplares

**Preço de n<sup>o</sup> Avulso:** 500\$00 (\$10 USD); Anual (6 números): 2000\$00 (\$30 USD)

Editado por:



FARMAPRESS  
EDIÇÕES, LDA.

## Contents

### Editorial

- **Portuguese Rheumatology: After all not everything is wrong?!**  
J. A. Melo Gomes ..... 5

### Original Article

- **Infantile Scleroderma - Retrospective analyses of 21 Cases**  
Breno Álvares de Faria Pereira, Rafael Navarrete Fernandez, Antônio Carlos Ximenes, Cecília R. de F. Attux, Renata de V. F. Pitaluga, Márcia L. S. Oliveira, Nílzio Antônio da Silva ..... 9

Less than 10% of all cases of scleroderma occur in the pediatric age group. Accordingly, few reports about the subject have been published in the world literature, specially those related to its childhood systemic presentations. This report describes 21 cases of scleroderma with onset prior to 16 years of age, 8 of them of the systemic type (either CREST or progressive systemic sclerosis - SSc). The authors analyse clinical and laboratorial aspects, comparing them with the few previously published reports. Along the follow-up period (12,1 years; SD  $\pm$  9,7), good outcome and absence of any important visceral involvement were noted; previous works yielded similar results. (*Acta Reuma Port* 1997;83:09:12)

### Opinion Article

- **The General Practitioner and the Referred to the Specialist**  
Licínio Poças ..... 15

The increasing importance of the General Practitioner in the Health Systems, in detriment to the Specialist, is a trend observable at present, supported by reasons such as an easier access to medical care and the economy of costs.  
The benefit of the best health care being a major right of the patient, we raise the question as to who is better prepared to provide it.  
The intercommunication of action between the General Practitioner and the Specialist is indispensable and it should be pursued regarding the efficacy of the medical act, the respect for the distinctive features of each one and, above all, the best protection against the patient's suffering.  
(*Acta Reuma Port* 1997;83:15:17)

## Especial Participation

• The Serpent - Hecling Symbol	
Agustina Bessa-Luís .....	19
Reports from the Portuguese Society for Reumathology 1995/1996 .....	26
National Agenda .....	35
Internacional Agenda .....	35
Instructions to authors.....	36

# Reumatologia Portuguesa: Afinal nem tudo está mal?!

Quem conhece bem os problemas com que se debate a Reumatologia portuguesa pode por vezes ser assaltado por uma onda de desânimo e pessimismo, gerados por expectativas não concretizadas e esperas que, em muitos casos, levam a desesperar...

E às vezes não é para menos:

- O **Plano Reumatológico Hospitalar Nacional** (ou antes os Planos Reumatológicos Hospitalares Nacionais pois, a pedido de vários Ministérios da Saúde, já foram elaborados três!) continua por concretizar. Pior ainda, quem pediu aos Reumatologistas portugueses que, no seu tempo livre e sem qualquer subsídio sequer para transportes, o elaborasse nem sequer teve a cortesia de dizer em que aspecto ou aspectos o Plano elaborado não servia os objectivos do Ministério.

Em consequência deste (des)governo, com várias cores e sensibilidades partidárias, a Reumatologia portuguesa é gerida no dia-a-dia, sem planos para o futuro e sem que ninguém pareça saber muito bem o que quer ou, pior ainda, se quer alguma coisa...

- Os **Jovens Reumatologistas**, que se vão formando em escasso número, ao concluírem a sua especialidade vêm-se desvinculados da Função Pública. Como *"um mal nunca vem só"*, ao acontecer isso ficam impossibilitados de concorrer a alguma das escassíssimas vagas que vão abrindo nos Hospitais de Estado, criando-se assim uma situação de desemprego inexorável, altamente desestimulador da entrada de novos Internos para esta bela especialidade médica, que me atrevo a considerar, ape-

sar de todas as vicissitudes actuais, de futuro atraente. Saibamos nós mudar as regras do jogo (mas depressa...).

Nascido em 1952 e ligado à Reumatologia desde 1996, ano em que concluí o meu Curso de Medicina, recordo-me bem dos anos iniciais da especialidade hospitalar, durante os quais as vagas de Reumatologia eram disputadas entre os primeiros classificados de cada ano. Se tal não acontece agora, a alteração é seguramente devida a este estado de coisas, que nos é imposto.

- A **Crise de quantidade** da Reumatologia portuguesa só poderá ser ultrapassada se entrarem mais Internos para a especialidade e se forem criadas as vagas hospitalares previstas nos Planos Hospitalares Nacionais que nos foram pedidos e de que os **DOENTES REUMÁTICOS**, muito mais que os médicos, de tanto carecem. Só com perspectivas de futuro é possível ultrapassar esta crise quase impensável pois:

1. Há falta de Reumatologistas em Portugal.
2. O Estado não permite a formação dos Reumatologistas necessários.
3. Além disso o mesmo Estado dá-se ao luxo de dispensar os serviços dos profissionais que, por iniciativa sua e às custas do erário público, acabou de formar.

Esta poderia parecer uma tragédia Kafkiana, mas infelizmente é a realidade portuguesa.

Valerá a pena desanimar face a este panorama?

Nem pensar! Isso seria cumprir a vontade daqueles que nada fazem e cujo imobilismo é, por vezes, a única garantia de estabilidade em vidas com pobreza de perspectivas futuras.

Acho mesmo estranho algum alheamento e fatalismo dos mais jovens, e permito-me a dar-lhes um conselho de amigo: Lutem, mas lutem com força e com a certeza de que a razão está do vosso lado, e lembrem-se que a razão pode perder batalhas, mas seguramente ganhará a guerra!

Mas será que tudo é negro na Reumatologia Portuguesa?

A. Tivemos a grande satisfação de, em finais de Outubro de 1997, assistir ao Doutoramento de mais um Reumatologista, neste caso o meu colega, amigo e companheiro de tantas "batalhas" (umas ganhas, outras... não se pode ganhar sempre) **Professor Jaime da Cunha Branco**, agora *Doutor pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa* onde, estou certo, irá solidificar o Ensino Pré-Graduado de Reumatologia, com a competência e entusiasmo que todos lhe reconhecem. Da sua acção beneficiará certamente a Reumatologia portuguesa (no futuro, seguramente ainda mais do que muito já beneficiou no passado).

Parabéns institucionais (os pessoais já foram dados) ao Doutor Jaime da Cunha Branco e à Reumatologia Portuguesa.

B. Também no mês de Outubro de 1997, mas no Rio de Janeiro - Brasil, um Reumatologista

português esteve em particular destaque:

Refiro-me à merecida eleição do **Prof. Mário Viana Queiroz** para **Presidente do Comité Ibero-Americano de Reumatologia**, com efeitos a partir de 1998 e por um período de 4 anos. De salientar que estes são os quatro anos com maior significado histórico para Portugal, durante os quais se comemorará o 5º Centenário da Descoberta do Brasil, facto este que tanto contribuiu para a realidade Ibero-Americana actual.

Ao Prof. Viana Queiroz as minhas felicitações institucionais (as pessoais já foram dadas) por mais este cargo que o honra pessoalmente e honra também a Reumatologia Portuguesa.

Mas, voltando aos problemas dos Internos e dos Reumatologistas mais jovens, não posso deixar de chamar a atenção para o facto de estas duas vitórias, pessoais com repercussão institucional evidente, não terem surgido por benesse ou acaso. Efectivamente elas são o resultado de muito trabalho e dedicação dos dois Reumatologistas felicitados.

É que sem trabalho e dedicação o difícil torna-se impossível.

Presidente da Sociedade  
Portuguesa de Reumatologia

*J. A. Melo Gomes*

*A Farmapress*

*Deseja-lhe*

*Boas Festas*



NA OSTEOPOROSE  
pós-menopáusia

1 vez dia

**adronat<sup>®</sup>**

alendronato de sódio

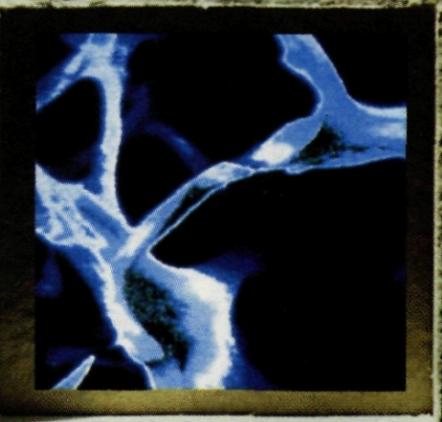
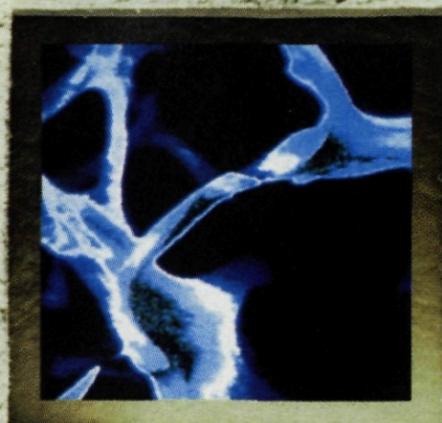
Repõe a Massa  
ÓSSEA

Medicamento sujeito a prescrição médica obrigatória

Apresentação	P.V.P. c/IVA	R. Geral			R. Especial		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
14 comp. 10 mg	4.496\$00	70%	3.147\$00	1.349\$00	85%	3.822\$00	674\$00
28 comp. 10 mg	8.092\$00	70%	5.664\$00	2.428\$00	85%	6.878\$00	1.214\$00

Antes de prescrever por favor consulte o Resumo das Características do Medicamento  
Sob licença Merck Sharp & Dohme, Lda

5-98-FSM-97-P-(TC)-003-JA



# Esclerodermia Infanto-Juvenil: Análise Retrospectiva de 21 Casos

Breno Álvares de Faria Pereira, Rafael Navarrete Fernandez, Antônio Carlos Ximenes, Cecília R. de F. Attux, Renata de V. F. Pitaluga, Márcia L. S. Oliveira, Nílzio Antônio da Silva

## RESUMO

A esclerodermia acomete crianças em menos de 10% do total de casos, sendo poucos os relatos publicados sobre o tema, principalmente os relacionados às formas sistêmicas da doença. Vinte e um (21) casos de esclerodermia com início em menores de 16 anos são descritos neste trabalho - 8 deles com apresentação sistêmica (CREST ou esclerose sistêmica progressiva - SSc). Os autores analisam aspectos clínico-laboratoriais, comparando-os com os poucos estudos já publicados. Durante o período de seguimento (12,1 anos; SD  $\pm$  9,7), a boa evolução dos casos e a ausência de envolvimento visceral importante são semelhantes aos resultados de trabalhos previamente realizados. (*Acta Reuma Port* 1997;83:09:12)

## INTRODUÇÃO

A esclerodermia (Scl) é uma doença inflamatória, auto-imune apresentando-se em formas que, apesar de possuírem um mesmo substrato anátomo-patológico cutâneo, possuem características clínicas distintas. A população

infantil é responsável por menos de 10% dos casos, sendo a forma localizada, sobretudo a linear, a mais frequente neste grupo etário<sup>(1,2)</sup>. São escassas as publicações sobre Scl infanto-juvenil na literatura mundial, principalmente as que se referem às formas sistêmicas - esclerose sistêmica progressiva (SSc) e CREST.

Serviço de Reumatologia/Depto. de Clínica Médica Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Goiás

ENDEREÇO P/ CORRESPONDÊNCIA e PEDIDOS DE CÓPIAS:

Dr. Breno Álvares de Faria Pereira

Rua 125, n. 88, Setor Sul - Goiânia - GO 74093-070 - BRAZIL



**Figura 1** - Aspecto dorsal das mãos de uma criança com SSc: nota-se a inelasticidade e o brilho em excesso da pele, a re-absorção das extremidades dos dedos e a redução da mobilidade (dedos em constante semi-flexão).



**Figura 2** - Aspecto palmar da mão direita de uma criança com SSc exatamente no momento em que ocorre fenômeno de Raynaud - fase cianótica (aspecto violáceo na metade distal dos dedos).

## OBJETIVOS

Analisar retrospectivamente 21 casos de esclerodermia nas suas formas sistêmica (SSc e CREST) e localizada (morféia e linear), identificar aspectos clínico-laboratoriais e compará-los com os já relatados nos poucos estudos semelhantes previamente publicados.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisados, retrospectivamente, 21 casos com diagnóstico de esclerodermia (SSc, CREST, linear e morféia), de instalação em menores de 16 anos de idade, que foram atendidos pelo Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), no período de Janeiro de 1994 a Junho de 1996. Todos os casos preenchem os critérios preliminares elaborados pelo ACR (1980)<sup>(3)</sup>. O gerenciamento dos dados, cálculos estatísticos e formulação de gráficos e tabelas ilustro-comparativas foram realizadas por *software* comercial (MS-Office 4.3 - 1994). A pesquisa do fator anti-nuclear (FAN) foi realizada no Laboratório de Imunologia do HC-UFG, por técnica de imunofluorescência indireta em *imprint* de fígado de camundongo - títulos acima de 1:40 foram considerados positivos. Os aspec-

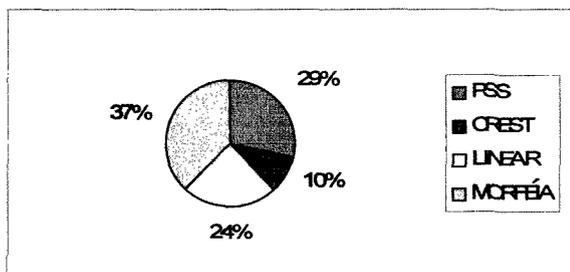
tos epidemiológicos, clínicos, laboratoriais, histopatológicos, terapêuticos e prognósticos de maior relevância foram analisados e comparados a estudos previamente publicados.

## RESULTADOS

Dos 21 casos, 6 eram SSc (Figs. 1 e 2), 2 foram considerados CREST, 8 eram da forma linear e os 5 restantes morféia (Quadro I). A maioria dos pacientes (18/21) era do sexo feminino. A média do tempo de seguimento dos pacientes foi de 9,2 anos (SD =  $\pm 7,8$ ). A idade de início da doença variou de 4 a 15,6 anos (M = 10,2; SD =  $\pm 4,2$ ), sendo que a média de idade à instalação das formas sistêmicas (SSc e CREST) foi de 13,2 anos (SD =  $\pm 3,1$ ) e das formas localizadas (linear e morféia) 8,4 anos (SD =  $\pm 3,9$ ) (Quadro II). Houve apenas 1 caso de familiar com doença auto-imune (irmãs, ambas com SSc).

As manifestações clínico-laboratoriais na SSc foram, por ordem decrescente de frequência, esclerose cutânea difusa (n=6), fenômeno de Raynaud (n=5), esclerodactilia (n=2), reabsorção de extremidades (n=4), úlceras de extremidades (n=4), artrite (n=3), contraturas de partes moles (n=2), disfagia (n=2) e telangiectasia, calcinose, *sicca*, dispnéia, proteinúria - >500 mg/24 hs. (n=1, cada) (Quadro III).

QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE APRESENTAÇÃO



\*PSS = Progressive systemic sclerosis (SSc).

Foram realizadas biópsias de pele em 16 pacientes, 15 delas com histopatológico compatível com esclerodermia. Em soro de 14 pacientes foi pesquisado FAN (3 com SSc, 5 com f. linear, 2 com CREST, 4 com morféia); apenas dois foram considerados positivos, ambos com forma linear.

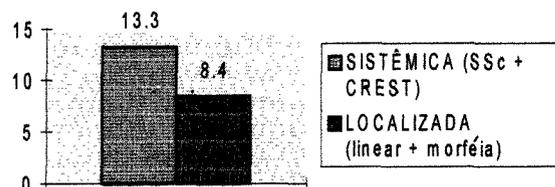
A média do tempo de seguimento dos pacientes com forma sistêmica da doença (SSc e CREST - n=8) foi de 12,1 anos (SD= ± 9,6); durante todo este tempo, não houve nenhum caso de envolvimento pulmonar sintomático. Apenas uma paciente apresentou envolvimento renal, caracterizado por proteinúria maciça; esta mesma paciente teve a pior evolução de todo o grupo, com envolvimento extremamente severo e sequelante, em que pese ter abandonado o tratamento por algumas vezes.

Seis pacientes usaram somente colchicina, 7 pacientes exclusivamente d-penicilamina, e 4 pacientes as duas drogas (simultaneamente ou não). Das f. sistêmicas (n=8), 4 apresentaram melhora, 3 piora e 1 paciente manteve seu quadro clínico inalterado; para as f. localizadas, estes valores foram respectivamente, 7, 0 (zero) e 5 (Quadro IV). Não foi possível avaliar a resposta de 1 paciente ao tratamento.

## DISCUSSÃO

A maior incidência/prevalência de casos de esclerodermia no sexo feminino é semelhante

QUADRO II - IDADE POR TIPO DE APRESENTAÇÃO (em anos)



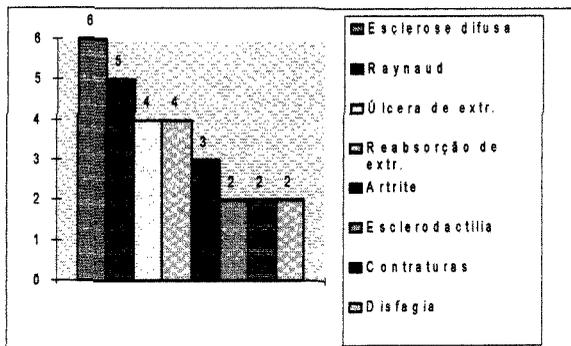
aos relatos publicados anteriormente na literatura mundial<sup>(1-5)</sup>. Chama a atenção o percentual significativo de casos de apresentação sistêmica (Quadro I), maior que os valores observados por outros autores<sup>(6)</sup>. Vale ressaltar, entretanto, que o estudo foi realizado em hospital de referência e por Serviço especializado de Reumatologia - as formas lineares, evoluindo com pouco/nenhum envolvimento sistêmico e/ou articular podem ter sido conduzidas em hospitais de nível primário/secundário e até mesmo por outras especialidades do HC-UFG (dermatologia, pediatria, etc), não tendo sido, então, arroladas para o estudo.

Não há trabalhos anteriores que mostrem que o início de apresentação das formas localizadas se dê em idade mais precoce que das formas sistêmicas na esclerodermia juvenil. Embora nosso estudo mostre esta tendência (Quadro II), avaliações futuras com populações maiores ou em metanálise dos casos já publicados podem verificar a significância desta constatação.

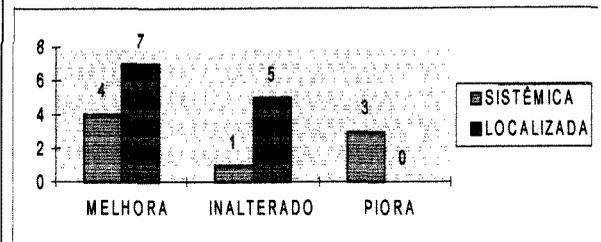
Há poucos relatos da ocorrência familiar de esclerodermia<sup>(7,8)</sup>. Observamos apenas 1 exemplo no grupo aqui analisado, composto por 2 irmãs com SSc, uma delas apresentando má evolução, com envolvimento sistêmico (acometimento renal e de partes moles extremamente severo e sequelar).

As manifestações clínicas mais frequentes observadas no grupo de pacientes com SSc (Quadro III) são condizentes com outros relatos publicados anteriormente, assim como a baixa frequência de detecção de auto-anticorpos (FAN)<sup>(2,4,9)</sup>. Nenhum paciente apresentou sin-

QUADRO III - PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NA SSC



QUADRO IV - EVOLUÇÃO POR TIPO CLÍNICO



tomas pulmonares atribuíveis a doença, apesar do longo tempo médio de acompanhamento - 12,1 anos (SD=  $\pm$  9,6); todavia, estudos previamente publicados mostram que o envolvimento pulmonar é muitas vezes insidioso e silencioso, somente detectável através de provas de função pulmonar realizadas sistematicamente<sup>(4,9,10)</sup>. A ausência de envolvimento sistêmico importante e boa evolução durante o seguimento (Quadro IV) é coerente com a maioria dos trabalhos publicados anteriormente relacionados ao tema<sup>(1,4,9)</sup>.

A inexistência de uma droga comprovadamente eficaz para todos os pacientes, conduz frequentemente a politerapia e torna difícil, como em nosso estudo, estabelecer qualquer relação significativa entre tipo de tratamento e prognóstico. Futuros estudos prospectivos que consigam contornar a questão sem óbices éticos podem iluminar o caminho da terapia na esclerodermia infanto-juvenil.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Tuffaneli DL, Winkelmann RK: Systemic sclerosis. A clinical study of 727 cases. *Arch Dermatol Syph* 1961;84:359.
- 2) Cassidy JT, Petty RE: The sclerodermas and related disorders. In Cassidy JT, Petty RE (Eds.): *Textbook of Pediatric Rheumatology*. 3rd. ed., Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1995;423-65.
- 3) Subcommittee for Scleroderma Criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee: Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). *Arthritis Rheum* 1980;23:581.
- 4) Hilário MO, Goldenberg J: Esclerodermia. In Oliveira SKF, Azevedo ECL (Eds.): *Reumatologia Pediátrica*. 1a. ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1991;228-45.
- 5) Krishnamurthy V, Porkodi R, Ramakrishnan S, et al: Progressive systemic sclerosis in south India. *J Assoc Physicians India* 1991;39:254-7.
- 6) Jacobs JC: Scleroderma. In Jacobs, JC (Ed.): *Pediatric Rheumatology for the Practitioner*. 2nd. ed., New York, Springer-Verlag, 1993;641-77.
- 7) Morse JH, Barst RJ, Whitman H III, et al: Isolated pulmonary hypertension in the grandchild of a kindred with scleroderma (systemic sclerosis): "neonatal scleroderma?". *J Rheumatol* 1989;16:1536-41.
- 8) Barst RJ, Jacobs JC, Gersony WM: Childhood primary pulmonary hypertension and maternal connective tissue disease. *Pediatr Res* 1989;25:520A.
- 9) Goldenberg J, Pinto-Pessoa A, Hilário MO, et al: Infantile scleroderma. A propos of 11 cases. *Rev Rheum Mal Osteoartic* 1993;60:131-6.
- 10) Gartv BZ, Athreya BH, Wilmott R, et al: Pulmonary functions in children with progressive systemic sclerosis. *Pediatrics* 1991;88:1161-7.

# Nimed<sup>®</sup>

nimesulide



 **RHÔNE-POULENC RORER**

CENTRO EMPRESARIAL TORRES DE LISBOA - Rua Tomás da Fonseca Torre A r/c B 1600 Lisboa

# VIARTRIL<sup>®</sup>-S

sulfato de glucosamina

## A decisão correcta no tratamento da artrose

### Resumo das Características do medicamento: VIARTRIL<sup>®</sup>-S

**Composição:** Cápsulas, Substância activa: Sulfato de Glucosamina, 250mg. Excipientes: contém lactose. Injetável AMPOLA A (amarela) Substância activa: Sulfato de Glucosamina, 400mg. Excipientes: contém lidocaína. AMPOLA B (incolor) contém o solvente. Duo-cápsulas+injetável. Forma farmacéutica e via de administração. Cápsulas para administração por via oral. Injetável para administração intramuscular. Propriedades farmacológicas: A substância activa do VIARTRIL<sup>®</sup>-S é a Glucosamina, um açúcar amino naturalmente presente no organismo humano, sendo fisiologicamente sintetizada a partir da glucose e utilizada na biossíntese do ácido hialurónico do líquido sinovial e dos proteoglicanos da substância fundamental da cartilagem articular. Na artrose verifica-se um defeito metabólico da biossíntese da Glucosamina e dos proteoglicanos. Nesta situação o aporte exógeno de Glucosamina, na forma de sulfato, contribui para suprir as carências endógenas da substância, estimula a biossíntese dos proteoglicanos, desenvolve uma acção trófica relativamente às cartilagens articulares, e promove a fixação de envoltos na síntese do ácido condroilino-sulfúrico. Todas estas acções têm efeitos favoráveis nos processos degenerativos das cartilagens que estão na base das doenças artrosicas. O fármaco não revelou possuir efeitos no sistema cardiocirculatório, no sistema respiratório, no sistema nervoso central ou vegetativo e demonstrou uma ligeira actividade anti-inflamatória. Elementos de farmacocinética: o Sulfato de Glucosamina é absorvido rapidamente após administração oral ou intramuscular, revelando uma biodisponibilidade absoluta quase total (superior a 70%). A molécula apresenta baixa afinidade para as proteínas plasmáticas e atravessa facilmente as membranas biológicas, pelo que é rapidamente distribuída pelos diferentes órgãos e tecidos, surgindo em concentrações mais elevadas a nível das cartilagens, rins e fígado. Apresenta um tropismo particular para as cartilagens articulares, onde permanece durante longos períodos, sendo aí utilizada para a síntese dos proteoglicanos. Quanto à sua excreção, cerca de 50% da substância é eliminada no ar expirado nos dias seguintes à administração e cerca de 35% é excretada na urina, sendo a excreção fecal extremamente baixa. Informações clínicas Indicações terapêuticas: Todas as formas de doença osteoarticular degenerativa. Contra-indicações: Hipersensibilidade individual à Glucosamina. O injetável, devido ao seu conteúdo em lidocaína, está contra-indicado nos doentes com perturbações cardíacas de condução, na descompensação cardíaca aguda e nos indivíduos com hipersensibilidade à lidocaína. Efeitos indesejáveis: De um modo geral, o VIARTRIL<sup>®</sup>-S é muito bem tolerado. Os fenómenos de hipersensibilidade que se observam foram extremamente raros (prurido, eritema, asma brônquica). Nestes casos é aconselhável suspender a terapêutica. Os efeitos indesejáveis esporadicamente observados com as cápsulas são ligeiros e transitórios, de natureza gastrointestinal (peso ou dor epigástrica, meteorismo, obstipação, diarreia) e, nos ensaios clínicos, não foram superiores aos obtidos com placebo. Os efeitos indesejáveis observados com o injetável são raros e todos eles devidos provavelmente, ao seu teor em lidocaína (cefaleias, náuseas e vômitos). Precauções particulares de emprego: Antes de administrar a injeção, aspirar na mesma seringa o conteúdo da ampola A (amarela) que contém o Sulfato de Glucosamina e Lidocaína, e o da ampola B (incolor) que contém o solvente. Utilização em caso de gravidez e de lactação: Estudos em animais não mostraram efeitos desfavoráveis sobre a função reprodutora (embriotoxicidade, toxicidade pré- e pós-natal, efeitos na fertilidade). Porém, tal como para a generalidade dos medicamentos, o seu uso nestas condições deve ser limitado aos casos de reconhecida necessidade e efectuado sob vigilância médica. O uso do injetável está contra-indicado nos primeiros meses de gravidez. Interações medicamentosas: O Sulfato de Glucosamina pode favorecer a absorção gastrointestinal das tetraciclínas e pode reduzir a das penicilinas ou do cloranfenicol, quando administrados simultaneamente por via oral. Não existem impedimentos para a administração concomitante de analgésicos ou de anti-inflamatórios esteróides ou não esteróides. Pelo contrário, a Glucosamina pode ser utilizada como adjuvante na terapêutica com anti-inflamatórios não esteróides, dada a sua própria actividade anti-inflamatória ciclooxigenase-independente e, sobretudo, porque previne os danos articulares provocados por estes fármacos que em virtude do seu mecanismo de acção, conduzem a um bloqueio enzimático da síntese dos proteoglicanos. Posologia e modo de administração: A posologia média aconselhada, a adaptar de acordo com a situação clínica, gravidade do caso e resposta terapêutica é: VIARTRIL<sup>®</sup>-S Cápsulas 2 cápsulas de VIARTRIL<sup>®</sup>-S duas a três vezes por dia, durante um mínimo de 6 semanas. VIARTRIL<sup>®</sup>-S Injetável Uma injeção I.M. 5 vezes por semana, durante 3 semanas. VIARTRIL<sup>®</sup>-S DUO Uma ampola diária de VIARTRIL<sup>®</sup>-S por via intramuscular+2 cápsulas de VIARTRIL<sup>®</sup>-S duas ou três vezes por dia, durante seis semanas. Sobredosagem: Não foram observados casos de sobredosagem accidental ou intencional, com base nos dados de toxicidade aguda e crónica, parece que não são de temer sintomas tóxicos, mesmo depois de sobredosagens muito elevadas, devidas ao princípio activo. Porém a sobredosagem com lidocaína pode provocar a morte por fibrilhação ventricular ou por paragem cardíaca, quando maciça. Preços:

312,5mg X 60 Cáps. PVP c/IVA - 2.100\$09. Regime geral: Estado - 1.470\$00, Uterle - 630\$00, Comp. - 70%, Regime Especial: Estado - 1.785\$00, Uterle - 315\$00, Comp. - 85%. 502,5mg X (5+5) ampolas PVP c/IVA - 1.236\$04. Regime geral: Estado - 865\$00, Uterle - 371\$00, Comp. - 70%, Regime Especial: Estado - 1.051\$00, Uterle - 185\$00, Comp. - 85%. Duo 20 Cáps.+ (5+5) ampolas PVP c/IVA - 2.036\$09. Regime geral: Estado - 1.425\$00, Uterle - 611\$00, Comp. - 70%, Regime Especial: Estado - 1.731\$00, Uterle - 305\$00, Comp. - 85%. Informação adicional ao dispor da classe médica. SEDE SOCIAL: Apartado 4 - 2746 - QUELUZ CODEX - PORTUGAL - TELEFONE 437 20 85. Contribuinte N.º 500 802 360 - Sociedade por quotas - Capital Social 100 000 000\$00, Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Sintra sob o N.º 2317, fls. 192 L.º C-6.

DIVISÃO ÓSTEO - ARTICULAR

**DELTA**  
LABORATÓRIOS  
Grupo Rotta Research

## O Médico de Família na Orientação do Doente para o Especialista

Licínio Poças\*

Ser tratado da melhor maneira possível, de modo a recuperar a saúde ou a atenuar os malefícios de uma doença que não tem cura, é um direito que assiste a todo o doente, seja este quem fôr, esteja ele onde quer que esteja. É também um direito do cidadão o acesso aos meios físicos, psíquicos e sociais que lhe permitam o usufruto de uma qualidade de vida que o dignifique como pessoa humana e o integre positivamente no meio social em que esteja inserido.

A saúde deve ser definida como a situação de bem-estar físico, psíquico e social e, para o conseguir, o paciente encontra no médico um elemento fundamental e insubstituível, pois só ele apresenta as qualificações para melhor tratar a dor ou o sofrimento, atenuar a incapacidade, aliviar o desconforto, decidir o correcto tratamento, evitar a iatrogenia e racionalizar os custos económicos, morais e sociais da doença.

Será dever do médico assumir esta missão, estando consciente da sua importância e grandeza, tendo em mente que toda a dedicação, assim como os seus méritos científicos terão como objectivo principal a saúde e o bem-estar do doente.

Actualmente, no modelo de Saúde implementado entre nós, o doente pode recorrer ao clínico geral ou ao especialista médico, e terá

toda a pertinência saber quem melhor o poderá tratar, qual deles tem papel mais importante, se os seus actos são exercidos em autonomia ou possuem carácter de complementaridade. Perante uma situação de doença, temos de admitir que será legítimo e natural o doente estar informado sobre a quem irá recorrer para melhor, mais rapidamente, com menos custos e menos riscos, resolver o problema que o aflige.

Não é, nem nunca será, fácil responder a esta questão, mas em termos gerais e na situação actual do nosso Sistema de Saúde, a acção do médico de família e do especialista médico deverá ser complementar, integrada num módulo de acção médica cooperante, muitas vezes em conjugação com outras especialidades, algumas delas paramédicas.

No entanto, é cada vez mais notória a tendência dos diferentes Sistemas de Saúde para reforçar a maior importância do médico de família, em contraposição a um acantonamento do especialista em funções de saúde mais específicas ou mais sofisticadas, assim como que à laia de juizes de última instância nas querelas judiciais. Pondo de parte os argumentos mais extremados e, por isso, mais discutíveis, é coerente e natural admitir ser o médico de família a peça chave de um Sistema de Saúde, mas não

pode actuar isolado, devendo integrar-se em funcionalidade e complementaridade com outras entidades, tais como o especialista, o paramédico, o centro de saúde, o hospital e os centros coordenadores de saúde. A verificar-se esta situação, que seria necessariamente articulada e de cariz colaborativo, ela seria correcta e desejável, mas infelizmente a progressiva maior valorização do médico de família nos sistemas sociais de saúde leva sobretudo em conta a contenção de despesas e de custos, não dando a devida importância àquilo que deverá ser a essência do acto médico, que é facultar ao doente o acesso rápido aos melhores meios conducentes ao seu tratamento. O doente deve ter acesso aos melhores cuidados de saúde, sem quaisquer discriminações, e assiste-lhe o direito de estar informado sobre quem melhor o poderá fazer.

Se me permitem expandir uma opinião, não tenho dúvidas em afirmar que o médico de família é e será a peça chave do Sistema de Saúde, em primeiro lugar porque é lógico que assim seja, e também porque o Estado tudo vai fazer para que seja assim. Poderá é questionar-se se o clínico geral tem meios profissionais, científicos, económicos e sociais para carregar o fardo que lhe querem pôr às costas. Poderá é questionar-se se ao doente são facultadas de modo eficaz as melhores condições para se tratar.

Em estudo recente, realizado pelo Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia de Coimbra, integrado em estudo europeu para conhecimento do grau de satisfação do doente nos diferentes sistemas de saúde, os doentes definiram como qualidades que mais apreciam no seu médico de família, a capacidade de dialogar, disposição para escutar e paciência para esclarecer, sendo as suas maiores aspirações a brevidade do acesso à consulta, o encurtamento do período que medeia entre as consultas e a continuidade no mesmo médico de família, previamente escolhido por eles. Curiosamente não foram realçados os custos económicos da doença...

Em estudo, igualmente recente, elaborado pela Ordem dos Médicos, 70% dos clínicos gerais revela estar descontente com a sua carreira e 35%, se fosse possível, transferir-se-ia para

outra área de Saúde Pública, sendo os motivos de maior desencanto o baixo vencimento, a burocracia, a não participação activa nas decisões dos centros de saúde, o difícil, ou não autorizado, acesso a determinados meios auxiliares de diagnóstico ou a certas decisões terapêuticas. Vemos, pelo estudo destes inquéritos, que a insatisfação que denunciam tanto os doentes como os clínicos gerais tem origem nas deficiências no próprio Sistema de Saúde e não no mau relacionamento médico - doente, no isolamento dos locais de trabalho, nem nas carências materiais das populações.

Uma questão de grande controvérsia é a de aceitar quem melhor poderá tratar o doente: o médico de família ou o especialista? A resposta é simultaneamente simples e complexa, pois deverá levar em conta a presença de várias condicionantes:

- grau de gravidade e cronicidade da doença;
- complexidade e indefinição do diagnóstico;
- acesso mais rápido aos meios auxiliares de diagnóstico;
- actualização nas melhores formas de tratamento;
- custos económicos e relação benefício - custo;
- rapidez de acesso à consulta e curta periodicidade entre as segundas consultas;
- intercomunicação médico-doente, fácil e cómoda;
- grau de eficácia do Sistema de Saúde.

Meditando sobre estas condicionantes e notando a complexidade que envolverá o seu cumprimento, compreenderemos, logo numa primeira abordagem, como é difícil decidir quem melhor poderá tratar o doente mas, mais problemas se levantarão ao tentar saber se o médico, clínico geral ou especialista, tem ao seu dispor os meios necessários, que na Saúde terão de ser os melhores, para o bem servir.

Sabemos que há doenças, como a osteoartrite ou a osteoporose, que ocupam um lugar importante nos problemas da Saúde Pública, dadas as suas repercussões sociais e económicas, muito pesadas para o doente e para o

Estado. Poderá questionar-se se a reumatologia é uma especialidade vocacionada para actuar na fase de cuidados primários da saúde. Em teoria, poderá admitir-se que sim, a reumatologia é uma especialidade com grande vocação para os cuidados primários, nomeadamente no campo da prevenção de certas doenças com grande impacto na Saúde Pública, tais como a osteoartrose e a osteoporose.

O reumatologista, atendendo à preparação que tem de fazer no campo da medicina interna, e sendo especialista em doenças do sistema locomotor, algumas das quais, que por sinal são as mais graves, se acompanham de manifestações multi-sistémicas, tem obrigação de poder desempenhar com grande capacidade funções clínicas no âmbito dos cuidados primários de saúde.

Sabe-se da apetência que algumas especialidades têm vindo a revelar para invadir os terrenos da reumatologia, mas dificilmente poderão justificar se, ao fazê-lo, estão a tratar melhor o doente.

O ginecologista, talvez, na osteoporose, mas tem uma visão limitada da medicina interna; o endocrinologista, talvez, nas doenças ósseas metabólicas, mas desconhece a articulação; o ortopedista, talvez, na artropatia, mas subavalia as patologias não cirúrgicas; o fisiatra, talvez, na função locomotora, mas limitado no diagnóstico e tratamento da doença sistémica; o médico de família, talvez, pelo conhecimento variado e prático de múltiplas patologias, mas não garantindo os melhores e mais actualizados meios de diagnóstico e tratamento.

Se efectivamente a filosofia da acção médica é servir o melhor possível o doente, no mundo complexo das doenças reumáticas quem melhor o fará será o reumatologista. Sabendo-se que o óptimo é inimigo do bom e que aquilo que possa ser teoricamente correcto nem sempre é passível de execução na prática, que

resposta poderá dar o médico de família na orientação do doente para o especialista? Deverá ter sempre presente que a essência do acto médico é tudo fazer para conseguir o melhor para o seu doente, fundamentando-se numa sólida formação humanista, no apuramento da indispensável intuição clínica e no esforço constante de actualização profissional. Deverá ser-lhe possibilitado o recurso periódico a cursos de actualização e reciclagem, sobretudo em ciências analíticas, como a epidemiologia, as análises clínicas, a economia nos cuidados de saúde e a informática médica.

É muito importante que o médico de família, trabalhando em condições que lhe permitam ter prazer e orgulho na sua actividade profissional, se sinta seguro da importância do seu papel no Sistema de Saúde e esteja em constante motivação para a defesa dos direitos e prestígio que lhe devem ser reconhecidos. Caber-lhe-à, no entanto, reconhecer que a qualidade do seu trabalho terá que ter naturais limitações de âmbito científico e clínico e admitir, sem complexos, que em algumas situações outros poderão fazer melhor.

Para terminar, não arranjo forma melhor para resumir a mensagem que tive a pretensão de aqui deixar, do que recorrer a um dos ensinamentos do *Talmud*, livro da cultura hebraica:

*Se não sou por mim, quem o será?*

*Se não sou pelos outros, quem sou eu?*

*Se não o faço agora, quando será?*

Devendo entender-se o significado original destas questões na sua transposição para a defesa pelo respeito e prestígio da nossa especialidade, a sempre presente preocupação com o bem-estar dos doentes, sem egoísmo e com a noção intuitiva e clínica de quem e quando poderá fazer melhor.

# ROSILAN<sup>®</sup> gotas

DEFLAZACORT Nova Apresentação



Asma brônquica

Dermatite atópica

Artrite crónica juvenil

Menor interferência com o crescimento\*

Menor alteração do metabolismo glucídico\*

Efeito poupador do osso\*

Menor efeito cushing\*

\* em relação à Prednisona

**RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO**

**1. DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA:** Rosilan<sup>®</sup> 2. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Comprimidos de 6 mg e de 30 mg de deflazacort (micronizado). Gotas, suspensão oral de deflazacort (micronizado) 2,275 g/100 ml. 3. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos de 6 mg e de 30 mg. Frasco com 13 ml de suspensão de deflazacort (conta-gotas fornece 1 mg de deflazacort por gota). 4. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** 4.1. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Sendo um glicocorticoide com propriedades anti-inflamatórias e imunodepressoras, o Rosilan está indicado no tratamento de: Insuficiência cortico-suprarrenal primária ou secundária, Doenças reumáticas, Colagenoses, Doenças pulmonares, Alergias, Doenças hematológicas, Doenças neoplásicas; Doenças dermatológicas, Doenças renais, Doenças gastrointestinais, Doenças oftalmológicas, Alterações do sistema nervoso periférico. Em vista dos menores efeitos deletérios e na massa óssea ("bone-saving", poupador do osso) o deflazacort pode tomar-se especialmente útil nos doentes que precisam de altas doses e/ou de tratamentos longos, e em especial nos doentes com outros factores de risco de osteoporose ou de atraso do crescimento. O efeito diabotogénico reduzido confere valor ao deflazacort no diabético (quando há necessidade imperiosa de corticoterapia) e nos doentes com risco aumentado de diabetes (pré-diabéticos, antecedentes familiares). 4.2. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** A dose diária pode ser aumentada para 90 mg, ou ainda mais. As doses diárias devem ajustar-se a cada caso individual, em função do diagnóstico, da gravidade da doença, do prognóstico, da duração provável da doença e do tratamento, da resposta terapêutica e da tolerância. Deve usar-se a dose mais baixa que produza resultado aceitável; quando for possível reduzir a dose, a implementação deverá ser gradual. Durante tratamento prolongado, pode ser necessário aumentar a dose temporariamente, durante períodos de stress ou exacerbação da doença. **Adultos:** Doença aguda: Até 90 mg/dia, em função da gravidade dos sintomas, durante alguns dias. Dependendo da resposta clínica, a dose deverá ser reduzida gradualmente até alcançar a dose mínima eficaz. Doença crónica: A dose de manutenção não ultrapassará habitualmente 18 mg/dia. Crianças: Os estudos clínicos indicam que 0,25 a 1,5 mg/kg/dia de deflazacort são doses adequadas para tratar crianças. A decisão de instaurar a corticoterapia prolongada em qualquer doente deverá basear-se na consideração dos riscos. Deverá persistir-se na avaliação continuada e repetida do estado clínico e considerar a redução da dose ou a suspensão gradual do tratamento. 4.3. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao deflazacort ou a qualquer dos ingredientes do Rosilan. 4.4. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Os glicocorticoídes podem mascarar alguns dos sinais de infecção e aumentam o risco de infecção intercorrentes. Os doentes com infecções em curso (virais, bacterianas ou micóticas) requerem vigilância estreita. O tratamento de longo curso pode aumentar a possibilidade de infecção ocular secundária, por fungos ou vírus. A utilização durante processo de tuberculose activa deverá circunscrever-se aos casos de doença disseminada ou fulminante, sempre em associação com os esquemas recomendados de quimioterapia antituberculosa. Se houver indicação em doentes com tuberculose latente ou com reacção positiva à tuberculina, torna-se necessária observação frequente, dado o risco de reactivação da tuberculose; se for necessária corticoterapia prolongada, estes doentes deverão receber um esquema de quimioprofilaxia. Depois de tratamento de longo curso, a suspensão da corticoterapia pode causar sintomas: febre, mialgias, artralgias e mal-estar. Este quadro pode acozter sem evidência de função suprarrenal insuficiente. As seguintes situações clínicas requerem precaução especial: Doença cardíaca, com insuficiência cardíaca congestiva (excepto em caso de causar retenção de sódio e de água, e excreção aumentada de potássio. Pode ser preciso restringir o sal na dieta e dar suplemento de potássio. Gastrite ou esofagite, diverticulite, colite ulcerosa se houver risco de perfuração iminente, abscesso ou infecção piogénica, anastomose intestinal recente, úlcera péptica activa ou latente, Diabetes mellitus, osteoporose, miastenia grave, insuficiência renal, instabilidade emocional ou tendência psicótica; epilepsia, Hipotroidismo e cirrose hepática (podem aumentar os efeitos dos glicocorticoídes), Herpes simples ocular (risco de perfuração da córnea), Tratamento de longo curso em crianças (pode retardar o crescimento e o desenvolvimento). Com as complicações da corticoterapia dependem das doses e da duração, deverá procurar-se a dose mínima eficaz e avaliar a relação benefício/risco antes das decisões terapêuticas, como a oportunidade de um esquema intermitente.. 4.5. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Embora os estudos clínicos com Rosilan não tenham permitido encontrar interações medicamentosas, deve observar-se precaução semelhante à habitual durante corticoterapia. Recomenda-se aumento das doses de manutenção dos corticosteróides quando se administram ao mesmo tempo os seguintes fármacos: anti-epilépticos (fenobarbital, fenitoína), certos antibióticos (rifampicina), anticoagulantes (cumarínicos) ou broncodilatadores (efedrina). Se o doente em corticoterapia for medicado ao mesmo tempo com certos antibióticos (eritromicina, troleandomicina), estrogénicos ou preparações com estrogénicos, recomende-se reduzir a dose de glicocorticoide. 4.6. **UTILIZAÇÃO EM CASO DE GRAVIDEZ E DE LACTAÇÃO:** Não se conhecem estudos de reprodução em humanos mas sabe-se que os glicocorticoídes têm efeitos teratogénicos em animais. Não se recomenda Rosilan durante períodos de gestação e de aleitamento, a não ser que o benefício esperado tenha mais peso que o risco potencial. Os recém-nascidos de mães medicadas com glicocorticoídes devem ser observados com o objectivo de procurar sinais de hipoadrenalismo. Os glicocorticoídes são excretados no leite humano e podem causar supressão do crescimento e hipoadrenalismo no lactente; por isso, as mães em corticoterapia devem ser avisadas para não aleitarem os filhos. 4.7. **EFEITOS SOBRE A CAPACIDADE DE CONDUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS:** Não estão descritos. 4.8. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os efeitos indesejáveis durante tratamentos com deflazacort são característicos dos glicocorticoídes, mas com efeitos menores no metabolismo ósseo e glucídico. Foram descritos os seguintes efeitos: susceptibilidade aumentada a infecções, alterações digestivas (dispepsia, úlcera péptica, perfuração de úlcera, hemorragia, e pancreatite aguda sobretudo em crianças), desequilíbrio hidro-electrolítico (retenção de sódio com hipertensão, edema e insuficiência cardíaca, depleção de potássio), efeitos músculo-esqueléticos (miopatia com atrofia e astenia, osteoporose, balanço azotado negativo), efeitos cutâneos (diminuição da espessura da pele, estrias, a crne) perturbações neuropsiquiátricas (cefaleias, vertigens, euforia, insónia, hiperinesia, hipomania ou depressão, pseudomotor cerebral em crianças), efeitos oftálmicos (cataratas subcapsulares posteriores, sobretudo em crianças, aumento de pressão intra-ocular), casos de reacções alérgicas, efeitos endócrinos (aumento de peso com distribuição cushingóide da penúcia adiposa e face lunar, hirsutismo, amenorreia, diabetes mellitus inibição do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, atraso do crescimento, e insuficiência cortico-suprarrenal relativa que pode subsistir 1 ano ou mais após o termo de corticoterapia prolongada). 4.9. **SOBREDOSAGEM:** São improváveis quadros clínicos por sobredosagem. Em animais que receberam deflazacort por via oral, a LD<sub>50</sub> foi superior a 4000 mg/kg. 5. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:** 5.1. **PROPRIEDADES FARMACODINÁMICAS:** O deflazacort é um glicocorticoide. As propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras são utilizadas no tratamento de larga variedade de estados patológicos e são comparáveis às exercidas por outros glicocorticoídes, com potência de 0,8 relativamente à prednisona e prednisolona (a equivalência terapêutica é de cerca de 6 mg de deflazacort para 5 mg de prednisona). Estudos clínicos comparativos mostram que o deflazacort, relativamente à prednisona em doses equivalentes: 1. Inibe menos a absorção intestinal de cálcio e aumenta em menor medida a excreção urinária de cálcio. 2. Reduz significativamente menos volume trabecular ósseo e o conteúdo mineral ósseo. 3. Tem menor efeito no crescimento de crianças pré-púberes. 4. Produz efeito diabotogénico reduzido em indivíduos normais, em indivíduos com antecedentes de diabetes e em diabéticos. 5.2. **PROPRIEDADES FARMACOCINÉTICAS:** Após administração por via oral o deflazacort é bem absorvido e, por acção das esterasas plasmáticas, converte-se rapidamente no metabolito activo (D21-OH) que alcança picos plasmáticos ao fim de 1,5 a 2 horas. A ligação às proteínas do plasma é de 40%; não mostra afinidade para a globulina transportadora de corticosteróides, a transcortina. A semivida de eliminação é de 1,1 a 1,9 horas. Predomina a eliminação renal e recupera-se na urina 70% da dose administrada; os 30% restantes são eliminados nas fezes. O D21-OH metaboliza-se extensivamente e apenas 18% da excreção urinária representa D21-OH intacto; o metabolito 6-beta-OH representa um terço da eliminação urinária. No animal, apenas uma quota reduzida de <sup>14</sup>C deflazacort consegue atravessar a barreira hemato-encefálica. 5.3. **DADOS DE SEGURANÇA PRÉ-CLÍNICA:** Os estudos em ratinhos, ratos, cães e macacos produziram resultados comparáveis aos já conhecidos com outros glicocorticoídes em doses equivalentes. Os efeitos teratogénicos observados em roedores e coelhos são característicos dos glicocorticoídes. Não se encontrou actividade carcinogénica em ratinhos mas houve efeitos carcinogénicos em ratos, semelhança do descrito para os outros glicocorticoídes. 6. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS:** 6.1. **LISTA DE EXCIPIENTES:** Comprimidos de 6 mg: Celulose microcristalina 15 mg; Lactose 153 mg; Amido de milho 10 mg e Esterato de magnésio 1,0 mg. Comprimidos de 30 mg: Celulose microcristalina 15 mg; Lactose 313 mg; Amido de milho 10 mg e Esterato de magnésio 2 mg. Suspensão oral (gotas): Silicato de alumínio e magnésio 1,000 g; Carboximetilcelulose de sódio 1,000 g; Álcool benzílico 1,000 ml; Sorbitol, solução a 70% 10,000 g; Polisorbato 80 0,200 g; Ácido acético, solução a 10% q.b.p. pH 4 e Água purificada q.b.p. 100 ml. 6.2. **INCOMPATIBILIDADES:** Não foram referidas. 6.3. **PRAZO DE VALIDADE:** Comprimidos de 6 e de 30 mg: 3 anos. Suspensão oral (gotas): 2 anos. 6.4. **PRECAUÇÕES PARTICULARES DE CONSERVAÇÃO:** O Rosilan, suspensão oral, deve ser conservado a temperatura ambiente (15 - 25°). 6.5. **NATUREZA E CONTEÚDO DO RECIPIENTE:** Alveolo de PVC e folha de alumínio (comprimidos de 6 e de 30 mg). Frasco de vidro âmbar com tampa de alumínio e conta-gotas de vidro. 6.6. **INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO E DE MANIPULAÇÃO:** Não se aplica. 7. **NOME E DOMÍLIO DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Marion Merrel, Lda. Estrada Nacional 249, Km 15 - Apartado 39 - 2726 MEM MARTINS CODEX. 8. **NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Comprimidos 6 mg: n.º 8657007. Comprimidos 30 mg: n.º 8657015. Suspensão oral (gotas): n.º 8657023. 9. **DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Comprimidos 6 mg: 08/04/87. Comprimidos 30 mg: 08/04/87. Suspensão oral (gotas): 11/05/86. 10. **DATA DE REVISÃO PARCIAL DO TEXTO:** Fevereiro 1997.

Apresentações	P.V.P	R.Geral (40%)				R.Especial (55%)	
		EST.	UTN.	EST.	UTN.		
20 comp. 6 mg	2.622\$	1.049\$	1.573\$	1.442\$	1.180\$		
10 comp. 30 mg	5.082\$	2.033\$	3.049\$	2.795\$	2.287\$		
Suspensão 13 ml							
22,75 mg/ml	3.240\$	-	-	-	-		

Para mais informações contactar a Direcção Médica  
Produto sujeito a receita médica obrigatória

IVA 5% incluído

**Marion Merrell, Lda.**

Estrada Nacional 249, Km 15 - Apartado 39  
2726 Mem Martins Codex - Soc. Com. Quotas  
C.R.C. Sintra sob. N.º 11076 - Cap. Soc. 5.000.000\$96  
Cont. N.º 500 269 274

**Hoechst Marion Roussel**  
Uma empresa do Grupo Hoechst

# A Serpente, Simbolo Curativo

Agustina Bessa-Luís\*

A primeira maldição foi proferida por Deus contra a serpente. Símbolo de transcendência, ela teve um mau papel nocivo no Jardim do Paraíso, ao dar a conhecer à mulher o princípio da vida. O princípio da vida sempre constituiu para os pensadores um mistério estimulante. Longe de ser uma realidade explicada, a vida anuncia uma série de valores criadores que são a chave que nos abre as portas à relação entre o ininteligível e os factos.

A primeira maldição dirigiu-se à serpente porque ela conhecia a arte e a virtude das coisas naturais. “Eu não sou da raça das violetas”, diz Paracelso, o primeiro homem que estabeleceu os princípios da medicina e ocupou uma boa parte da sua vida a defender-se perante os tímidos, que são quem mais usa da superstição do saber. “É a cura que consagra o médico” - diz Paracelso -, “e não as obras que nos elevem ao nível do mestre e do doutor”.

É ousado e até herético para muitos pensar que a primeira maldição, sendo dirigida à serpente, foi uma maldição injusta. Tão injusta que, mais tarde e no mesmo livro, Livro sagrado, a serpente aparece como símbolo curativo. A saída do povo hebreu do Egipto foi marcada de grandes controvérsias. Levado pela inteligência brilhante e a fantasia não menos brilhante de Moisés, o povo cedeu a romper o seu cativeiro, que era humilhante mas não penoso. É possível que o faraó pensasse, com a

sua estirpe de sacerdotes, integrar o povo hebreu na sociedade egípcia. Era o fim duma tradição tanto religiosa como dinástica, pois o povo de Deus teria que se consumir em relação com o meio espiritual do Egipto. Na sua *Instrução de Cleópatra pelo supremo sacerdote Komarios*, um famoso alquimista persa que viveu no século IV antes de Cristo, refere essa estratégia do mais alto que desce até ao mais baixo e o mais baixo sobe até ao mais alto para obterem a relação com o meio. Quer dizer que a força moral da democracia espiritual e social estava no pensamento mais culto da inteligência alexandrina.

Portanto, o povo hebreu tinha que vencer a forte tentação de se integrar definitivamente. O que era um perigo para a sua cultura e uma catástrofe para a sua originalidade. Moisés logra arrancá-lo ao chamado cativeiro, mais moral e cultural do que físico, por meio duma fantasia alucinante: a Terra Prometida.

A serpente, símbolo da alma exterior do homem (teoria ainda hoje difundida na África Ocidental, sobretudo na Nigéria e no Gabão), era considerada um animal real. Daí o costume de guardar vivas as espécies que significavam a alma dos soberanos defuntos. Nesse sentido, a serpente tinha sido assimilada pelo imaginário do povo hebreu como um símbolo a venerar. Daí a cólera de Moisés, que vê mal sucedido o seu plano de arrastar o povo para um destino

\*Palestra proferida na abertura do Ano Académico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Évora 27 de Setembro 1997

próprio. Perante a sua resistência, faz com que muitos, os cabecilhas da sedição talvez, sejam mordidos por serpentes venenosas. E, depois, ele próprio reanima o ciclo da serpente, não como símbolo real mas como símbolo curativo. Manda fazer uma serpente de cobre e expô-la aos olhos de todo o povo. E quem foi ferido fica curado.

É este símbolo que ainda hoje perdura como uma espécie de mística salvação aliada ao medicamento. Provavelmente, os antigos boticários judeus tiveram nesse uso grande responsabilidade.

A fraternidade de sangue nunca é estabelecida, desde as mais antigas civilizações, com um animal doméstico. É sempre uma fera, o leopardo ou a serpente, que se alia à arte curativa. O feiticeiro, ou o chamã, contrai uma aliança mística com o indivíduo-serpente que actua sobre o indivíduo-enfermo. Se o animal morre, o homem morre, pois o laço de simpatia, natureza-razão, é quebrado. Não se trata de respeitar uma espécie, mas de distinguir um indivíduo numa espécie. A serpente sagrada era tão ligada à casta principesca de Cartago, que a sua morte produzia a morte do mais belo elemento da dinastia. Flaubert, no seu romance *Salambô*, exprime de maneira extraordinária essa espécie de conluio entre a princesa e a serpente cuja morte pressagia a morte da filha de Aníbal. Ela morre inexplicavelmente no dia das bodas, porque a sua alma tinha morrido. A serpente mercurial dos alquimistas é designada como Virgem e detém a arte de curar as doenças, arte atribuída particularmente a Mercúrio. Mercúrio é representado como versátil e mutável, o que significa que a arte de curar não pode ser apenas doutoral, mas inspirada. A figura da serpente é um tipo universal, revelação do transcendente.

A serpente é um símbolo de transcendência. Símbolo de qualquer coisa de inquietante, e por isso foi amaldiçoada. Paracelso diz, com particular finura: “Se quereis na verdade definir todos os venenos, que coisa não contém veneno? Tudo é veneno, nada está isento de veneno. Só a dose faz com que uma coisa não seja veneno”.

Portanto, a maldição que atingiu a serpente no Paraíso referia-se à espécie, mas não à dose que dela se pode extrair e utilizar. Tudo é veneno, mas corresponde ao médico aplicar a dose justa que pode curar. A serpente Thyro, da qual se extraía na Idade Média uma poção chamada tiriaca, era muito usada, embora fosse um veneno; o seu segredo era o ponto bendito, o ponto que escapa à maldição da serpente, e que, em vez de matar, salva a vida do paciente.

A serpente é um símbolo de transcendência. Onde estiver e os olhos humanos a virem, são movidos para a imagem da salvação. Hoje, a serpente de cobre, com o seu sibilar e rapidíssimo ascender ao escuro firmamento, é-nos mostrada na forma dos foguetões espaciais. Este símbolo não escapa à cogitação dos mestres, como Carl Jung. Ele foi um discípulo do espírito de Paracelso e soube encontrar nele o impulso mediador da doença que chamou “a grande compaixão”. *A misericórdia é a preceptora do médico*. Não será que este luminoso preceito se desvaneceu para dar lugar ao testemunho da serpente - a impassibilidade como ordem do conhecimento?

Meus senhores, minhas senhoras: o símbolo da serpente como arte curativa explica como ela foi aliada à medicina. Assim como a doença não pode ser confrontada com a violência, mas precisa duma acção suave e sempre renovada, a serpente pode explicá-la porque a serpente é deslizante e muda de pele. É feita de venenos e contudo o seu processo indica a virtude do veneno. “Como conhecer a virtude se se ignora o processo?” Aqui temos um pensamento dum grande médico que pode ser aplicado à filosofia duma vida. Nós estamos, hoje como nunca, confrontados com diversos venenos. Conhecê-los não basta, é preciso ministrá-los na sociedade na dose justa. Ou, se a mão nos falha, o que obtemos é a morte, a destruição e a horrível miséria da doença e do medo.

Cada coisa submetida à acção do tempo é submetida à acção da sua transcendência. Assim as coisas alternam com outras, sem que signifiquem a queda das suas virtudes. Tudo na terra tem virtudes próprias, ainda que tenha três caminhos à escolha: o caminho do desleixo,

o caminho da curiosidade e o caminho do conhecimento. O desleixo e a curiosidade têm nuances infinitas e, por isso, parecem-nos agradáveis e úteis. Mas só o conhecimento, a virtude oculta nas coisas naturais, contém a dose justa do veneno da serpente.

Há uma filosofia da medicina, assim como há uma alquimia da medicina. Uma completa-se com a outra. Ambas impedem que o homem seja um médico-lobo, aquele que pratica a ciência contra a inspiração da obra divina. Parecem hoje palavras que são quase um ultraje à ciência que se quer todo-poderosa. O impudor da ciência consiste em mostrar-se como se fosse uma

coisa divisível. Como o amor, a ciência não é divisível. Não se pode fragmentar sem correr o risco de ser obscuro. Só na sua unidade é perfeita; dedicação e compaixão fazem a flor cultivada do amor humano. E fazem também a prova da ciência, que é uma arte suprema e não uma permuta de fórmulas unicamente.

Senhoras e senhores, muito obrigada.

*Agustina Bessa-Luís*

*Guéthary, 5 de Setembro de 1997*

**Denominação da Especialidade Farmacêutica:** BIONOCALCIN. **Composição Qualitativa e Quantitativa:** 1 ml de solução contém. **Princípio ativo:** Salcatonina 550 UI. **Excipientes:** Ácido Clítico 12,53 mg, Citrato Trissódico dihidratado 12,37 mg, Metilparabeno sódico 1,50 mg, Propilparabeno sódico 0,23 mg, Edotato dissódico 1,00 mg, Água para injetáveis d.b.p. 1,00 ml. **Forma Farmacêutica e Via de Administração:** Nebulizador para administração endonasal. Uma embalagem contém 2 ml de solução para administração endonasal de salcatonina (equivalente a um mínimo de 14 aplicações, de 50 UI/aplicação). **Propriedades Farmacológicas e Toxicológicas e Elementos de Farmacocinética:** A Salcatonina é uma calcitonina sintética de salmão, desprovida de proteínas animais estranhas. As experiências com animais e os estudos clínicos realizados revelaram que a calcitonina de salmão é a mais activa das diferentes variedades até agora isoladas. A calcitonina é uma hormona peptídica que regula o metabolismo do cálcio e que actua inibindo a reabsorção óssea devido a processos fisiológicos ou patológicos. A calcitonina diminui sensivelmente a mobilização do cálcio ósseo, nos estados de elevado "turnover" mineral, o que se reflecte numa redução da hipercalemia. A inibição da reabsorção óssea leva a uma menor excreção urinária da hidroxiprolina, o que, juntamente com a diminuição das elevadas taxas séricas e patológicas da fosfatase alcalina e a normalização do equilíbrio do cálcio permite uma acção favorável à reconstrução da colagem e do tecido ósseo. **Elementos de Toxicologia:** A salcatonina revelou uma toxicidade muito baixa, mesmo em administrações de longa duração; a DE50 determinada por via sistémica (i.v., i.p., i.m.), e em várias espécies de animais (rato, coelho e ratinho), foi sempre superior a 400 UI/kg. O BIONOCALCIN em nebulizador revelou uma ótima tolerância, após administrações repetidas por via endonasal no cão. **Elementos de Farmacocinética:** A salcatonina é metabolizada pelo rim e eliminada por via urinária. Em experiências de farmacocinética, efectuadas por comparação com a forma injetável de 50 UI, administrada por via intramuscular, o BIONOCALCIN em nebulizador apresentou, no ser humano, uma biodisponibilidade relativa, para as doses correspondentes, superior a 50%. **Informações Clínicas: Indicações Terapêuticas:** Tratamento da osteoporose pós-menopausa, doença de Paget (hipercalcemia), tratamento da dor óssea por osteólise associada a doenças neoplásicas. **Contra-Indicações:** Hipersensibilidade confirmada à calcitonina de salmão. **Efeitos Indesejáveis:** As manifestações de carácter geral (náuseas, vômitos, ligeira rubor facial), típicas das calcitoninas administradas por via injetável, são extremamente raras. Observaram-se raramente manifestações locais, como: rinite, rinorreia, crises estereotípicas, secura ou hiperemia da mucosa nasal. De um modo geral, estas manifestações não requerem a interrupção do tratamento, já que tendem a desaparecer espontaneamente. **Precauções Particulares de Emprego:** Os doentes com rinite crónica ou intervenções cirúrgicas progressivas às fossas nasais, e em tratamento com BIONOCALCIN em nebulizador nasal, devem ser mantidos sob controlo médico, devido a um possível aumento da absorção do fármaco. É aconselhável um teste de sensibilização por escarificação (ou reacção intradérmica) antes da administração, especialmente em doentes com alergia atópica. A calcitonina só deve, em princípio, ser administrada a crianças por períodos relativamente curtos, devido ao risco teórico de aparecimento de perturbações do crescimento ósseo. **Utilização em Caso de Gravidez e Lactação:** O BIONOCALCIN não deve ser administrado em caso de gravidez confirmada ou suspeita, nem durante o aleitamento. **Interações Medicamentosas e Outras:** Não se conhecem. **Posologia e Modo de Administração:** 2 nebulizações correspondem a 100 UI. Neste caso, deve aplicar-se uma nebulização em cada narina. Em geral, a posologia média para o adulto, relacionada com as diferentes indicações, é a seguinte: **Osteoporose Pós-Menopausa:** Recomenda-se 100 ou 200 UI (2 ou 4 nebulizações por dia conforme a gravidade da doença. Este medicamento deve ser administrado com uma adequada ingestão de cálcio. **Doença de Paget:** Havem administrarse 200 UI (4 nebulizações) por dia, isto é, 2 nebulizações de manhã e 2 ao deitar. Em casos excepcionais, podem administrar-se no início do tratamento 400 UI (8 nebulizações) por dia, isto é, 4 nebulizações de manhã e 4 ao deitar. **Hipercalcémia:** Devem administrar-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. **Dores Ósseas Associadas a Osteólise:** Recomenda-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações) por dia, em doses repetidas. **Duração do Tratamento:** na doença de Paget e noutras afecções crónicas, deve prosseguir-se a terapêutica durante vários meses. O tratamento diminui acentuadamente a taxa plasmática da fosfatase alcalina e a excreção urinária da hidroxiprolina, muitas vezes até níveis normais. A dor diminui parcial ou totalmente. Nalguns casos, raras, as taxas da fosfatase alcalina e da excreção da hidroxiprolina podem subir, após uma descida inicial; em tais casos, o médico deve decidir, com base no quadro clínico, se a terapêutica deverá prosseguir. Decorridos um ou vários meses após a interrupção do tratamento, podem verificar-se, de novo, perturbações do metabolismo ósseo, exigindo um novo ciclo terapêutico. Nos tratamentos a longo prazo com BIONOCALCIN em nebulizador nasal não se verificou qualquer alteração patológica da mucosa. **Sobredosagem:** As doses elevadas de salcatonina podem provocar uma acentuada hipercalemia, o que pode ser compensado mediante administração de cálcio. **Cuidados Especiais:** Sendo um polipéptido, a salcatonina poderá dar lugar ao aparecimento de reacções de hipersensibilidade locais ou generalizadas, logo que se observa esta sintomatologia, imputável ao fármaco, o tratamento deve ser interrompido e se necessário, deve ser instituída uma terapêutica adequada. **Efeitos sobre a Capacidade de Condução e a Utilização de Máquinas:** A calcitonina não interfere na capacidade de condução nem de utilização de máquinas. **Informação adicional ao dispor da Classe Médica.**

Na prevenção  
e terapêutica  
da osteoporose...

Bionocalcin  
Spray Nasal.

Um par de nebulizações  
para uma terapêutica ímpar.



Código	N.º de Registo	Região Norte			Região Centro		
		Região	Região	Região	Região	Região	Região
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000

**DELTA**  
LABORATÓRIOS

DIVISÃO OSTEO-ARTICULAR

**BIONOCALCIN®**  
Salcatonina  
**SPRAY NASAL**

# Relatório de Actividade do Secretário Geral da Sociedade Portuguesa de Reumatologia 1995/1996

Durante o período a que se refere este relatório, desenvolveram-se as actividades descritas de seguida, divididas por áreas:

## 1. ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Manteve-se a edição do Órgão Oficial da SPR, apesar do prejuízo relativamente significativo que (cerca de dois mil contos/ano) estava previsto no Orçamento.

No final de 1996, já com a actual Direcção, recebemos uma proposta da Farmapress no sentido de uma colaboração na angariação de publicidade, edição e distribuição da Acta Reumatológica Portuguesa, em que essa Empresa se responsabilizaria pelos custos da revista, e entregaria 25% dos proventos à SPR, no caso de estes existirem. A Revista passaria a ser bimensal e teria uma distribuição mais alargada. A Direcção manifestou-se unanimemente de acordo com a proposta, com a condição de que o conteúdo e a orientação editorial se mantivessem da exclusiva responsabilidade da SPR, o que também foi aceite. Com esta acção conseguimos aliviar as contas da SPR de eventuais prejuízos com a ACTA, pelo menos durante 2 anos, que é a vigência deste 1º contrato.

## 2. REUNIÕES CIENTÍFICAS E CULTURAIS

Realizaram-se, em 1996, duas Jornadas da SPR, a da Primavera e a de Outono, respectivamente na Curia e no Funchal, dedicadas, a 1ª, a assuntos da SPR (Grupos de Trabalho e o Inquérito aos Reumatologistas) e a de Outono ao tema "*Osteoartrose*" com a colaboração de Reumatologistas italianos.

Conjuntamente com a Jornada de Outono, realizou-se a Abertura do Ano Académico de 1996, com a colaboração do Dr. Alberto Vieira, que dissertou sobre "*O Papel da Madeira nos descobrimentos portugueses*".

Na reunião do Funchal realizou-se uma Assembleia Geral Eleitoral, na qual foi eleita a actual Direcção.

Estamos neste momento empenhados na organização do IX CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA a realizar em Lisboa, no Hotel Ritz, em 21, 22, 23 e 24 de Maio de 1997.

Este evento conta com a colaboração de cerca de uma dezena de palestrantes estrangeiros, e nele se integrarão 3 Simpósios Terapêuticos satélites, para além das Palestras e Mesas Redondas. Esperamos uma boa colaboração

dos Reumatologistas para as sessões de comunicações livres e posters.

### 3. PRÉMIOS CIENTÍFICOS

Foram distribuídos, durante o ano de 1996 três Prémios ou Bolsas Científicas:

- a) Prémio Acta Reumatológica Portuguesa, aos Drs. Rui André Santos e colaboradores, com a colaboração da Boehringer Ingelheim, no valor de 350.000\$00.
- b) Bolsa SPR/SB, aos Drs. Jaime da Cunha Branco e J.A. Pereira da Silva ex-equos, com a colaboração da SmithKline Beecham, no valor de 1.000.000\$00.
- c) Prémio Luís de Pap / Ciba Geigy Portuguesa, ao Dr. Paulo Coelho, no valor de 1.000.000\$00.

### 4. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Promoveram-se 2 inquéritos epidemiológicos sobre doenças reumáticas, formulados a Clínicos Gerais com a colaboração da Searle Monsanto e da Associação Portuguesa de Clínicos Gerais. Os resultados destes inquéritos serão apresentados durante o IX Congresso Português de Reumatologia.

Foram, por outro lado, durante as Jornadas de Primavera e Outono, apresentados os resultados dos inquéritos efectuados aos Reumatologistas Portugueses, que geraram pequenos, mas interessantes debates entre os Reumatologistas presentes. Na senda destes comentários, pensa a Direcção actual promover Sessões de discussão informal de temas inseridos no inquérito, para se poderem propôr e discutir soluções para alguns problemas diagnosticados com o inquérito.

Tem a Direcção pena que não se tenha feito muito mais pela Reumatologia e pelos doentes reumáticos em Portugal, que tanto necessitam e merecem; em especial quanto à decisão política sempre adiada, de publicar um Programa Nacional Reumatológico que oriente e obrigue as Autoridades na cobertura do País no que concerne com cuidados reumatológicos dignos prestados aos doentes.

Esperamos que em 1997 com a nova equipa da Direcção Geral de Saúde, se avance significativamente nesse sentido.

Com os meus cumprimentos,

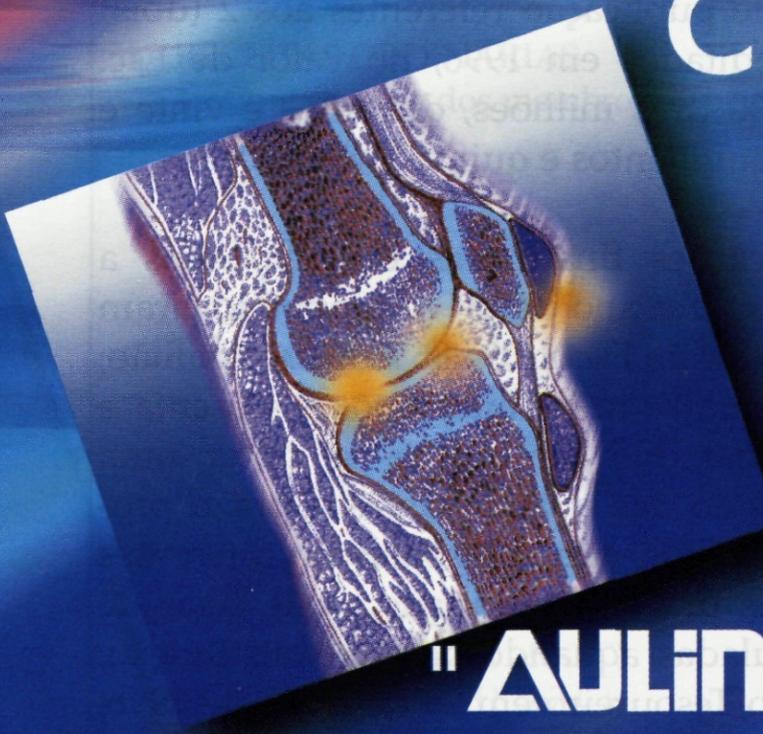
*Dr. Alves de Matos*



# AULIN®

nimesulide

## PATOLOGIA INFLAMATÓRIA CRÓNICA



**Osteoartrose e outras artropatias**

"AULIN® inibe a formação e libertação dos RLO e actua selectivamente, inibindo a COX-2"

Rabasseda, X.: Nimesulide: A selective cyclooxygenase 2 inhibitor anti-inflammatory drug; *Drugs of Today*, Vol 32, Suppl. D, 1996



**DE NOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA:** AULIN **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém: Princípio activo: Nimesulide 100 mg. Excipientes: Dicalcyl Sulfato de Sódio 1,50 mg; Hidroxipropilcelulose 0,80 mg; Lactose 153,70 mg; Amido glicolado de sódio 35,00mg; Celulose microcristalina 100,00 mg; Oleo vegetal hidrogenado 8,00 mg; Estearato de magnésio 1,00 mg. **FORMA FARMACÉUTICA E VIA DE ADMINISTRAÇÃO:** Comprimidos doseados a 100 mg de Nimesulide, para administração oral. **Propriedades farmacológicas:** O AULIN é uma nova molécula não esteroide com uma acção anti-inflamatória, analgésica e antipirética. O seu princípio activo (Nimesulide) integra um grupo funcional sulfonamídico que o diferencia da maior parte dos fármacos anti-inflamatórios actuais dotados de grupos carboxílico ou enólico. O AULIN actua sobre os mecanismos-chave do processo inflamatório ao inibir parcialmente a ciclooxigenase (sem efeito sobre a síntese das prostaglandinas gástricas PGI<sub>2</sub> e PGE<sub>2</sub>, com significado citoprotector). A estrutura química de AULIN indica um mecanismo de tipo "scavenger", através do qual o fármaco neutraliza a formação de radicais livres de Oxigénio produzidos ao nível da cascata do ácido araquidónico e libertados em grande quantidade na origem do processo inflamatório por numerosos tipos de células (granulócitos, neutrófilos, macrófagos). O mecanismo de acção de AULIN confere à molécula um melhor perfil terapêutico em comparação com fármacos anti-inflamatórios conhecidos unicamente como inibidores da síntese das prostaglandinas. O princípio activo de AULIN é absorvido quase completamente através do tracto gastrointestinal em curto espaço de tempo. Após a administração oral de AULIN as concentrações plasmáticas máximas são atingidas ao fim de 1/2 hora e a sua acção mantida durante cerca de 6 a 8 horas. Depois de uma dose oral única de 100, 200 e 300 mg, as concentrações plasmáticas máximas oscilam por 1,7 a 2,3 mcg/ml, 3 a 9 mcg/ml e 5 a 10 mcg/ml respectivamente. O volume médio aparente de distribuição é de 312,2 a 328,2 ml/kg. A semi-vida plasmática de eliminação oscila entre 3,41 e 3,61 horas. A percentagem de ligação às proteínas plasmáticas é elevada (> 96%) e directamente proporcional à concentração plasmática. AULIN é metabolizado no fígado sendo o 4-hidroxi-nimesulide o principal e único metabolito. AULIN é eliminado em maiores quantidades pela urina como fármaco biotransformado e o restante pelas fezes: 58% da dosagem administrada é eliminada nas 24 horas sem dar lugar a fenómenos de acumulação, mesmo em tratamento prolongado. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS:** Indicações terapêuticas: ORL: Rinite, Sinusite, Otite, Faringite, Laringite, Amigdalite. Urologia: Cistite, Uretrite, Prostatite, Orquite, Epididimite. Ginecologia: Endometrite, Anexite, Salpingite, Inflamação pélvica. Febreologia: Febre, Tromboflebite, Úlcera varicosa, Síndrome varicosa, Síndrome hemorrágica. Cirurgia/Traumatologia: Feridas cirúrgicas e contusas, sub-luxação, loção.

**Estomatologia:** Extração dentária, Estomatite, Feimão, Abscesso dentário. **Contra Indicações:** Não deve ser utilizado em situações de hipersensibilidade individual ao produto AULIN, e não deve ser administrado a indivíduos com hemorragia gastrointestinal em actividade ou úlcera gastroduodenal em fase activa. **Efeitos indesejáveis:** Normalmente nas doses recomendadas o AULIN é bem tolerado. Ocasionalmente podem observar-se efeitos secundários de carácter transitório como pirose, náusea e gastralgia, embora de fraca intensidade, sendo rara a necessidade de suspender o tratamento. A semelhança de outros anti-inflamatórios não esteroídeos, AULIN raramente pode provocar reacções cutâneas de tipo alérgico, vertigens, sonolência, ulceração péptica e/ou hemorragia gastrointestinal. **Precauções Particulares de Emprego:** Como todos os medicamentos muito activos, AULIN deve ser utilizado com precaução em doentes com anamnése de doença hemorrágica, em doentes com afecções do tracto gastrointestinal superior e em indivíduos sujeitos a tratamentos com anticoagulantes ou inibidores de agregação plaquetária. Devem igualmente permanecer sob controlo doentes a quem estejam a ser administradas substâncias de baixa tolerabilidade gástrica. Nos doentes com insuficiência renal é necessário reduzir a posologia em relação aos valores do filtrado glomerular pois o fármaco é eliminado em maior quantidade pela via renal. Após sinais de alteração ocular com outros anti-inflamatórios não esteroídeos e ao verificarem-se distúrbios da visão deverá ser interrompido o tratamento e praticar um exame oftalmológico. **Utilização em caso de gravidez e de aleitamento:** Embora AULIN não tenha evidenciado toxicidade embrionária como para todos os fármacos não se aconselha o seu uso durante a gravidez. De momento, não se poderá afirmar se o fármaco é excretado no leite materno, pelo que não é recomendado o seu uso durante a lactação. **Interações Medicamentosas:** Não descritas. **Posologia e modo de administração:** Posologia: A posologia recomendada é de 50-100 mg de AULIN 2 vezes ao dia, podendo esta dosagem ser aumentada para 200 mg 2 vezes ao dia, consoante a gravidade dos sintomas e a resposta do doente. **Sobredosagem:** Não descritas. **Cuidados especiais:** Não descritos. Efeitos na capacidade de conduzir: Não descritos. **INFORMAÇÕES FARMACÉUTICAS:** Incompatibilidades: Não descritas. Estabilidade: 5 anos se for conservado à temperatura normal, e ao abrigo da luz e da humidade. Acondicionamento: Deve ser acondicionado em blisters de PVC250 + PVC48 Ambré, ALU20 Duro Blin + PVC20, Titular da autorização de lançamento no mercado: **Helsinn Produtos Farmacéuticos, SA - Quinta dos Palheiros - Rua João Chagas, 53 Piso 3 - 1495 ALGÉS.**

AULIN	PVP:	REGIME GERAL		REGIME ESPECIAL		C.M.T.D.:
		P. Estado:	P. Utente:	P. Estado:	P. Utente:	
20 comp. x 100 mg:	2 456\$00	1 719\$00	737\$00	2 088\$00	368\$00	246\$00
60 comp. x 100 mg:	6 166\$00	4 316\$00	1 850\$00	5 241\$00	925\$00	205\$00
20 cart. x 100 mg:	2 084\$00	1 459\$00	625\$00	1 771\$00	313\$00	208\$00
10 sup. x 200 mg:	1 601\$00	1 121\$00	480\$00	1 361\$00	240\$00	320\$00

**HELSINN**

---

# Relatório e Contas 1996

## Relatório de Contas da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) Exercício da Actividade no Ano de 1996

O Tesoureiro da Sociedade Portuguesa de Reumatologia apresenta o relatório das contas da SPR correspondente ao período de 12 (doze) meses compreendido entre 1 de Janeiro de 1996 e 31 de Dezembro de 1996.

No decurso do ano de 1996 o exercício da actividade da SPR gerou receitas líquidas no valor de Esc. 7.576.243\$00 (sete milhões, quinhentos e setenta e seis mil e duzentos e quarenta e três escudos), e realizou despesas no valor de Esc. 7.797.595\$00 (sete milhões, setecentos e noventa e sete mil e quinhentos e noventa e cinco escudos), de que resultou um balanço negativo no valor de Esc. 221.352\$00 (duzentos e vinte e um mil e trezentos e cinquenta e dois escudos).

As receitas provenientes das cotizações apresentaram um valor de 184.300\$00 (cento e oitenta e quatro mil e trezentos escudos), claramente abaixo do valor orçamentado para o ano de 1996, reflectindo a inércia da maioria dos associados da SPR em relação à regularização da sua situação como membros de pleno direito.

A publicação dos números de Dezembro de 1995 e de Março de 1996 e de Junho de 1996 da ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA gerou receitas de publicidade no valor de Esc. 4.286.880\$00 (quatro milhões, duzentos e oiten-

ta e seis mil e oitocentos e oitenta escudos), e despesas de publicação referentes aos 2 (dois) números editados em 1996, no valor de Esc. 3.223.515\$00 (três milhões, duzentos e vinte e três mil e quinhentos e quinze escudos).

As aplicações financeiras em depósitos a prazo durante o ano de 1996, proporcionaram juros no valor de Esc. 1.034.863\$00 (um milhão, e trinta e quatro mil e oitocentos e sessenta e três escudos). No sentido de se obter uma melhor gestão das quatro contas a prazo propriedade da SPR, que apresentavam diferentes valores dos prazos contratuais e das taxas de juro estipuladas aquando da sua constituição, entendeu o Tesoureiro em 29 de Abril de 1996, cancelar todos os depósitos a prazo em nome da SPR, revertendo a totalidade dos capitais aplicados bem como os juros resultantes destas aplicações, para a conta à ordem da SPR com o número 3291278 do balcão 513 do BPA. Em 1 de Maio de 1996 foi constituída uma nova aplicação financeira sob a forma de conta a prazo no valor de Esc. 18.500.000\$00 (dezoito milhões e quinhentos mil escudos) que se encontra registada com o número 2226349 do balcão 513 do BPA.

O balanço final das contas referentes ao exercício da actividade regular da SPR no ano de 1996 saldou-se pela obtenção de um balanço

negativo no valor de Esc. 221.352\$00 (duzentos e vinte e um mil e trezentos e cinquenta e dois escudos), que serão debitadas das receitas próprias da SPR. O desequilíbrio orçamental durante o ano de 1996, foi menos pronunciado que o previsto dado que a SPR não suportou os

encargos da publicação dos números de Setembro e de Dezembro de 1996 da ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA, bem como a verba orçamentada para aplicação em Acções de Esclarecimento sobre as doenças Reumáticas junto da população.

<b>RELATÓRIO 1996</b>			
<b>Saldo em 31/12/95 =</b>			<b>19.770 181.00</b>
<b>A - RECEITAS ORDINÁRIAS</b>			
1 - Contribuição dos membros associados			
1.1. Quotas		184 300.00	
Esp CTT		70 200.00	254 500.00
2 - Acta Reumatológica			
2.1. Publicidade			
a) Número de Dezembro 95		1 292 850.00	
b) Número de Março 96		1 275 300.00	
c) Número de Junho 96		1 718 730.00	4 286 880.00
3 - Juros de Depósitos a Prazo			
3.1. Conta 1194874 (1.500 C)	<i>Em 29/4/96</i>	54 483.00	
3.2. Conta 62194 (1.667 C)	<i>Em 29/4/96</i>	59 818.00	
3.3. Conta 1676368 (2.572 C)	<i>Em 29/4/96</i>	49 340.00	
3.4. Conta 2165242 (13.000 C)	<i>Em 29/4/96</i>	421 698.00	
3.5. Conta 2226349 (18.500 C)	<i>1/5-30/10/96</i>	449 524.00	1 034 863.00
3.6. Conta 2226349 (18.949 C)	<i>30/10-30/4/97</i>		
	<b>Sub-Total</b>		<b>5 576 243.00</b>
<b>B - RECEITAS EXTRAORDINÁRIAS</b>			
1 - Acções de Formação			
1.1. Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia SPR		1 000 000.00	
1.2. Prémio Luís de Pape/CIBA Geigy		1 000 000.00	2 000 000.00
	<b>Total das Receitas</b>		<b>7 576 243.00</b>

<b>RELATÓRIO 1996</b>			
<b>A - DESPESAS ORDINÁRIAS</b>			
1 - Prestação de serviços secretariado			1 176 000.00
2 - Despesas de apoio ao secretariado			
2.1. Material de escritório e de consumo corrente (artigos escritório; selos; mailing; franquias)	217 345.00		
2.2. Telefone (sede)	30 044.00		
2.3. Telemóvel	457 246.00		704 635.00
3 - Acta Reumatológica (dois números)			
3.1. Tipografia	2 268 000.00		
3.2. Expedição	955 515.00		3 223 515.00
Esp. CTT			70 200.00
4 - Quota EULAR			204 800.00
5 - Acção de esclarecimento sobre D. Reumáticas junto da população			
5.1. Honorários da agência			350 000.00
6 - Apoio a acções de formação			
6.1. Fundo SPR/SKB	1 000 000.00		
6.2. Prémio Luís de Pape/CIBA Geigy	1 000 000.00		2 000 000.00
7 - Contabilista / Honorários			68 445.00
			<hr/>
<b>Total das Despesas</b>			<b>7 797 595.00</b>
			<hr/>
			<b>BALANÇO</b>
			<b>-221 352.00</b>
			<hr/> <hr/>

<b>SALDO EM 31/12/96</b>			
<i>CONTA / TIPO</i>	<i>Nº</i>	<i>BALCÃO</i>	<i>SALDO</i>
1 - Ordem	3291278	BPA/Saldanha	947 060.00
2 - Prazo	2226349	BPA/Saldanha	18 949 000.00
			<hr/>
			<b>19 896 060.00</b>
			<hr/> <hr/>

---

## Orçamento da Sociedade Portuguesa de Reumatologia 1997

O Tesoureiro da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), de acordo com os estatutos e o regulamento interno, vem apresentar aos Membros da Assembleia Geral reunidos em 14/03/97 na sede da SPR em Lisboa, o Orçamento da SPR para o ano de 1997.

O Tesoureiro da SPR prevê para o exercício da actividade ordinária da SPR durante o ano de 1997, receitas no valor de Esc. 5.362.600\$00 (cinco milhões e trezentos e sessenta e dois mil e seiscentos escudos), sendo uma parte substancial desta verba proveniente da publicidade a inserir nos 2 (dois) números da **Acta Reumatológica Portuguesa** referentes ao ano de 1996, e que serão publicadas no decorrer do ano de 1997. Prevê-se para o ano de 1997 um montante de despesas no valor de Esc. 6.426.000\$00 (seis milhões e quatrocentos e vinte e seis mil escudos), resultante dos encargos inerentes ao funcionamento regular da SPR (secretariado e apoio ao secretariado) no valor de Esc. 2.226.000\$00 (dois milhões e duzentos e vinte e

seis mil escudos), e dos encargos com a publicação dos números de Setembro de 1996 e de Dezembro de 1996, da **Acta Reumatológica Portuguesa** (produção e expedição) no valor de Esc. 3.000.000\$00 (três milhões de escudos).

Nos dias 21 a 24 de Maio de 1997, vai realizar-se em Lisboa o IX CONGRESSO PORTUGUÊS de REUMATOLOGIA, cujas receitas serão aplicadas nos gastos inerentes ao funcionamento ordinário da SPR, e na constituição de fundos próprios sob a forma de depósitos a prazo.

Com base neste Orçamento, o balanço da actividade ordinária da SPR será deficitário durante o ano de 1997, num valor próximo dos Esc. 1.000.000.00 (um milhão de escudos). O equilíbrio orçamental para o ano de 1997 será atingido com os lucros provenientes da realização do IX CONGRESSO PORTUGUÊS de REUMATOLOGIA.

## ORÇAMENTO 97

## A - RECEITAS ORDINÁRIAS

1 - Contribuição dos membros associados	
1.1. Quotas	300 000.00
2 - Acta Reumatológica	
2.1. Publicidade (2 números)	2 400 000.00
2.2. Publicidade (números em atraso)	912 600.00
3 - Actividade científica	
3.1. Prémio Luís de Pape/CIBA Geigy	1 000 000.00
4 - Juros das aplicações financeiras	750 000.00
	<hr/>
<b>Total das Receitas</b>	<b>5 362 600.00</b>

## B - DESPESAS

1 - Prestação de serviços de secretariado	1 176 000.00
2 - Despesas de apoio ao secretariado	
2.1. Material de escritório e de consumo corrente (artigos escritório; selos; mailing; franquias)	600 000.00
2.2. Telefone (sede)/Telemóvel	450 000.00
3 - Acta Reumatológica (Números de Set.96 e Dez.96)	
3.1. Tipografia	2 000 000.00
3.2. Expedição	1 000 000.00
4 - Quotização EULAR	200 000.00
5 - Actividade científica	1 000 000.00
5.1. Prémio Luís de Pape	
	<hr/>
<b>Total das Despesas</b>	<b>6 426 000.00</b>

<b>BALANÇO</b>	<b>-1 063 400.00</b>
----------------	----------------------

**ORÇAMENTO IX CONGRESSO PORT. REUMATOLOGIA**

**A - RECEITAS**

1 - Inscrições		500 000.00
2 - Aluguer de stands		6 500 000.00
3 - Subsídio JNICT		<u>350 000.00</u>
	<b>Total das Receitas</b>	<b>7 350 000.00</b>

**B - DESPESAS**

1 - Prelectores convidados			
1.1. Deslocação	600 000.00		
1.2. Estadia	500 000.00		
1.3. Almoços de trabalho	600 000.00		
1.4. Ofertas	700 000.00		<u>2 400 000.00</u>
		<b>Total das Despesas</b>	<b>2 400 000.00</b>

	<b>SALDO</b>	<b><u><u>4 950 000.00</u></u></b>
--	--------------	-----------------------------------

---

# Programa de Acção da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia Biénio de 1996/1999

Com **objectivos e filosofia** subjacentes que vêm na linha dos da Direcção do biénio anterior e que se podem sumarizar na **luta pela melhoria das condições de trabalho dos Reumatologistas, da qualidade e quantidade da produção científica Reumatológica nacional, da qualidade das publicações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, da prestação de serviço dos Reumatologistas e das condições de vida dos doentes reumáticos**, a Direcção Eleita da S.P.R. para o biénio de 1996/98 quer dar a conhecer aos seus sócios as bases do seu Programa de Acção, para seu conhecimento e discussão futura.

## 1) Identificação dos principais problemas da Reumatologia portuguesa

Na nossa opinião, os principais problemas enfrentados actualmente pela Reumatologia portuguesa são:

- a* - Deficiente cobertura Nacional pela Especialidade de Reumatologia.
- b* - Obtenção do reconhecimento devido da necessidade da especialidade junto de:
  - Doentes e população em geral;
  - Restante comunidade médica;
  - Poder político.

*c* - Necessidade de que a especialidade seja exercida apenas por médicos devidamente qualificados (Reumatologistas).

*d* - Necessidade urgente de aumento dos recursos humanos na área da Reumatologia.

## 2) Propostas de resolução dos problemas identificados no número anterior

Os problemas atrás identificados poderão ser solucionados, no todo ou em parte, através das medidas que adiante se indicam:

*a* - Implementação do **Plano Reumatológico Hospitalar Nacional**, na sua última versão (1996), que foi elaborada com a participação de todos os centros reumatológicos nacionais, do Colégio de Especialidade de Reumatologia e da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a pedido da actual Ministra da Saúde e do Director Geral da Saúde. Esta proposta, e sua fundamentação, serão publicados oportunamente na Acta Reumatológica Portuguesa, para melhor conhecimento por todos os Reumatologistas e Internos de Reumatologia portugueses.

*b* - Para obtenção fundamentada do reco-

**Reconhecimento da necessidade da Reumatologia** a Direcção anterior da S.P.R. iniciou já uma *abordagem diagnóstica* da situação através da promoção de *Inquéritos Epidemiológicos* (junto de Clínicos Gerais/Médicos de Família) e *Inquéritos de Opinião* (Clínicos Gerais/Médicos de Família e População em Geral/Doentes Reumáticos) relativos à necessidade da existência da Reumatologia.

Estes Inquéritos, patrocinados pela Indústria Farmacêutica, estarão concluídos no último trimestre de 1996 e os seus resultados serão divulgados no "IX Congresso Português de Reumatologia" e através da Acta Reumatológica Portuguesa e de outros órgãos da Comunicação Social.

Propomo-nos, ainda com os mesmos objectivos, implementar programas organizados de promoção da Reumatologia junto de:

- **Clínicos Gerais/Médicos de Família** - Criação de *Grupo de Trabalho de Reumatologia em Medicina Familiar* (em curso); Acções de formação dos Médicos de Família, promovidas pela S.P.R.; outras acções de iniciativa própria ou solicitadas pelos Médicos de Família.
- **Doentes Reumáticos** - Apoio e implementação da formação de *Grupos de Doentes* com patologia reumatismal; Criação de publicações de apoio ao doente, quer pelo sistema clássico, quer pela Internet; outras formas de apoio que eventualmente nos venham a ser solicitadas por grupos de doentes.
- **População em Geral** - Divulgação alargada da existência da especialidade e da sua incapacidade actual de responder de forma eficiente e eficaz às solicitações presentes e futuras; Divulgação de aspectos práticos de prevenção das doenças reumatismais; Divulgação dos principais aspectos clínicos que devem levar um doente a procurar o

Reumatologista; Divulgação, para a população em geral, da definição de Médico Reumatologista.

- c - É por demais evidente que a Reumatologia, como qualquer outra especialidade médica, só pode ser exercida por profissionais médicos com reconhecida competência para tal.

Para que tal aconteça, propomo-nos, em íntima cooperação com a Direcção do Colégio de Especialidade de Reumatologia/Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos e o Director Geral da Saúde/Ministério da Saúde, identificar as "*consultas de reumatologia*", hospitalares e privadas, feitas por médicos sem a necessária diferenciação técnica.

A resolução deste problema passará pelo encerramento destas consultas quando em Clínica Privada, e pela abertura de Vagas Hospitalares de Reumatologia, de acordo com o Plano Reumatológico Hospitalar Nacional, a serem preenchidas por Concurso de Provas Públicas, constituindo a existência dessas consultas hospitalares ilegais evidência mais que suficiente para a necessidade da existência da Especialidade de Reumatologia nessas instituições.

#### **d - Necessidade urgente de aumento de Recursos Humanos na área da Reumatologia.**

Várias medidas serão implementadas com esta finalidade, nomeadamente:

- **Diagnóstico / Identificação do problema** - Elaboração de *Carta de Recursos Humanos* actualizada da especialidade de Reumatologia (incluindo idade, grau da Carreira Médica Hospitalar, vínculo actual à Função Pública, situação profissional actual).
- **Previsão de necessidades imediatas e Pro-**

*moção da formação de novos Reumatologistas*, tendo como objectivo a duplicação do número actual de especialistas a um prazo de 15 anos.

- Implementação de **Grupo de Trabalho** que defina as áreas previsíveis/possíveis de expansão da especialidade, nomeadamente no que diz respeito a *Técnicas Complementares de Diagnóstico e Terapêutica e Listagem de Actos Médicos em Reumatologia*.
- Implementação de *Grupo de Trabalho para definição de áreas paramédicas afins à especialidade de Reumatologia* (Enfermagem Reumatológica, Serviço Social; Fisioterapia; Terapia Ocupacional, entre outras possíveis) cujos profissionais poderão futuramente vir a ser integrados na S.P.R. com estatuto próprio, à semelhança do que já acontece noutros países.

### 3) Estimulação/reforço da actividade científica da Reumatologia portuguesa

A produção científica melhorada da especialidade é uma actividade que, por si só, poderá ajudar a fortalecer e reforçar vários dos aspectos atrás enunciados.

Acresce que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, como Sociedade Científica representativa de todos os Reumatologistas portugueses e profissionais médicos e paramédicos que têm a seu cargo o diagnóstico e tratamento dos doentes reumáticos, tem como um dos seus objectivos o estímulo e reforço da actividade científica dos seus associados.

Propomo-nos a consegui-lo das seguintes formas:

- Reforço da actuação dos actuais Grupos de Trabalho da S.P.R. e eventual implementação de outros G.T., dependentes da iniciativa dos sócios.
- Patrocínio das actividades de investigação dos sócios da S.P.R., que possam contribuir para o desenvolvimento e notoriedade da Reumatologia, através da atribuição de Bolsas e Apoios a estudos multicêntricos nacionais e/ou internacionais com importante participação portuguesa.
- Manutenção dos actuais prémios da S.P.R.
- Estudo de outras possibilidades de apoio à investigação reumatológica em Portugal.

Estes são alguns dos aspectos principais que irão nortear a nossa actuação ao longo dos próximos dois anos de trabalho. Contudo, a acção da actual Direcção terá seguramente que contemplar muitos outros aspectos, não integráveis num documento deste tipo.

Queremos deixar bem claro que *qualquer sócio da SPR no pleno gozo dos seus direitos estatutários* poderá sempre dirigir-se à sua Direcção para auxiliar a completar ou corrigir algum aspecto que lhe pareça mal definido ou insuficientemente contemplado.

Estas ajudas serão sempre consideradas e analisadas, sendo nosso desejo que os Corpos Gerentes da SPR sejam encarados pelos sócios como órgãos executivos, cuja intenção primordial é a **melhoria das condições de trabalho dos Reumatologistas portugueses** e, em última análise, a **melhoria da qualidade de vida dos doentes reumáticos**.

## Agenda Nacional

### **2º CONGRESSO PORTUGUÊS DE OSTEOPOROSE E OUTRAS DOENÇAS ÓSSEAS METABÓLICAS**

Data: 15-16 de Janeiro de 1998

Local: Hotel Solverde - Espinho

Organização: SPODOM - Sociedade Portuguesa  
de Doenças Ósseas Metabólicas

Patrocínio: EFFO

Secretariado: Merck, Sharp e Dohme

### **XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DE REUMATOLOGIA**

Data: 5 e 6 de Fevereiro de 1998

Local: Hotel Alfa - Lisboa

Organização: S. Reumatologia do Hosp. Garcia  
de Orta

Unidade de Reumatologia do Hosp. Militar

Unidade de Reumatologia do Hosp. Egas Moniz

## Agenda Internacional

### **X SIMPOSIO EULAR: NOVOS ANTI-INFLAMATÓRIOS E AGENTES IMUNOMODELADORES - ASPECTOS CLÍNICOS E EXPERIMENTAIS, BENEFÍCIOS E RISCOS**

Data: 19-22 de Novembro de 1997

Local: Viena, Austria

Secretariado: EULAR Secretariat

Fax: +411 383 9810

### **RHEUMADERM'97**

Data: 3-7 de Dezembro de 1997

Local: La Valleta, Malta

Secretariado: +356 241 205

### **SOCIAL AND ECONOMIC ASPECTS OF OSTEOPOROSIS AND BONE DISEASES**

Data: 4-6 de Dezembro de 1997

Local: Liége - Belgica

Secretariado: +324 221 3334

## Normas de Publicação

A Acta Reumatológica Portuguesa publica artigos originais sobre todos os temas da reumatologia ou com ela relacionados. São também publicados artigos de revisão ou actualização, casos clínicos, cartas ao editor e outros que se incluam na estrutura editorial da revista (notícias de reuniões e das sociedades científicas, por ex.).

Os artigos podem ser redigidos em português ou inglês.

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos, no todo ou em parte, sem autorização dos editores.

A aceitação dos originais enviados para publicação é sempre condicionada a avaliação pelos consultores editoriais. Nesta avaliação os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores;
- c) recusados.

Em todos os casos os pareceres dos consultores serão integralmente comunicados aos autores.

### **Instruções aos Autores**

Todos os manuscritos que não estejam em conformidade com as instruções que se seguem podem ser enviados para modificações antes de serem revistos pelos consultores.

Todos os trabalhos devem ser enviados para:  
Editor  
Acta Reumatológica Portuguesa  
R. D. Estefânia, 177 - 1º D.  
1000 Lisboa

Os manuscritos devem ser acompanhados de declaração de originalidade e de cedência dos direitos de propriedade do artigo, assinada por

todos os autores, conforme minuta publicada em anexo.

O texto deve ser dactilografado em folhas A-4, a dois espaços com margens não inferiores a 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas. Os manuscritos devem ser enviados em triplicado, bem como os quadros e as figuras.

O manuscrito deve ser organizado da seguinte forma:

#### a) *Página título* (pág. 1)

Título; nome dos autores; categoria profissional; serviços ou organismos onde os autores exerçam a sua actividade e onde o trabalho foi executado; subsídios ou bolsas que contribuíram para a realização do trabalho; morada e telefones do autor responsável pela correspondência e contactos com os editores; título breve para rodapé.

#### b) *Resumo* (pág. 2)

Resumo em português e inglês, que para os artigos originais deve ser estruturado da seguinte forma: Objectivos, Material e Métodos, Resultados, Conclusões. O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e o dos casos clínicos as 150 palavras.

#### c) *Palavras-chave* (pág. 2)

Um máximo de 5 palavras-chave que devem ser apresentadas imediatamente a seguir ao resumo.

#### d) *Texto* (pág. 3 e seguintes)

O texto dos artigos originais deve ser apresentado com os seguintes subtítulos: Introdução, Objectivos, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos, Bibliografia.

Em se tratando de casos clínicos os subtítulos serão: Introdução, Caso clínico, Discussão, Bibliografia.

A partir da segunda página, inclusivé, todas as páginas devem ter em rodapé o título breve indicado na página título.

O manuscrito não deve ultrapassar as 20 páginas para os artigos originais e revisões e as 6 páginas para os casos clínicos.

**Referências:** As referências devem ser classificadas e numeradas por ordem de entrada no texto. As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo Index Medicus.

Nas referências com 6 ou menos autores todos devem ser nomeados. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de et al.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências:

#### *Revista*

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es). Título do artigo. Nome da revista Ano; Volume: Páginas.

Ex.: Hill J, Bird HA, Hopkins R, Lawton C, Wright V. Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 195-197.

#### *Capítulo de livro*

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: Nome(s) e iniciais do(s) editor(es) médico(s). Título do livro. Cidade: Nome da casa editora, ano de publicação: primeira e última página do capítulo.

Ex.: Stewart AF. Hypercalcemia resulting from medications. In: Favus MJ, ed. *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorder of Mineral Metabolism*. New York: Raven Press, 1993: 177-178.

#### *Livro*

Nome(s) e iniciais do(s) autor(es). Título do

livro. Cidade: Nome da casa editora, ano de publicação: página(s).

Ex.: Lorig K. *Patient Education. A practical approach*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1992: 51.

As referências a trabalhos ainda não publicados, comunicações em reuniões, não publicadas em livros de resumos, ou comunicações pessoais devem ser citadas no texto e não como referências formais.

A exactidão e o rigor das referências são da responsabilidade do autor.

**Quadros:** Os quadros a inserir devem ser assinalados no texto em numeração romana. Cada quadro deverá ser apresentado em folha separada, dactilografado a 2 espaços. Na parte superior devem apresentar um título sucinto mas informativo, de modo a poder ser compreendido sem recurso ao texto. Na parte inferior do quadro deve constar a explicação das abreviaturas utilizadas. Nos quadros devem ser evitados os traços verticais e os traços horizontais devem servir apenas como separadores de títulos e subtítulos.

**Figuras:** As figuras a inserir devem ser assinaladas no texto em numeração árabe. As legendas das figuras devem ser dactilografadas a dois espaços numa folha separada, depois da bibliografia. Devem ser enviados três originais das figuras, que deverão apresentar uma boa qualidade de desenho ou serem feitas em impressora de alta resolução. As fotografias devem ser em papel brilhante, bem contrastado, com as dimensões 10x15 cm. Todas as figuras devem apresentar no verso uma etiqueta autocolante com o número da figura, o nome do 1º autor, o título breve do artigo e a indicação da parte superior da figura.

O total de quadros e figuras não deve ultrapassar os 8 para os artigos originais e os 4 para os casos clínicos. As figuras coloridas ou os quadros e figuras em excesso dos referidos poderão ser aceites para publicação, mas a expensas dos autores.

**Modificações e revisões:** No caso da aceitação do artigo ser condicionada a modificações estas deverão ser feitas pelos autores no prazo de quinze dias.

As provas tipográficas serão enviadas aos autores contendo a indicação do prazo para revisão consoante as necessidades editoriais da revista.

**Editoriais:** A maioria dos editoriais será solicitada pelo Editor. Os editoriais serão comentários sobre tópicos actuais ou sobre artigos publicados na revista. O texto dos editoriais não deve exceder as 1200 palavras, um máximo de 15 referências e não deve conter quadros ou figuras.

**Artigos de revisão:** Estes artigos serão habitualmente encomendados pelo Editor. No entanto os autores interessados em apresentar um artigo de revisão podem contactar com o Editor para discussão dos tópicos a apresentar.

**Cartas ao Editor:** As cartas ao editor devem constituir um comentário crítico a um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 600 palavras, uma figura ou quadro, e um máximo de 10 referências bibliográficas.

**Separatas:** De cada artigo serão enviadas 20 separatas gratuitas aos autores. Caso desejem mais separatas os autores podem solicitá-las, a suas expensas, aquando da revisão tipográfica.

#### Minuta da carta a enviar ao Editor

Enviar este documento com o manuscrito para:

Editor

Acta Reumatológica Portuguesa  
R. D. Estefânia, 177 - 1º D.  
1000 Lisboa

O(s) autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado:

---

é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum copyright ou não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os autores têm o direito ao copyright.

Todos os autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os autores, ao submeterem o trabalho para publicação, transferem para a Acta Reumatológica Portuguesa todos os direitos e interesses do copyright do artigo.

#### Todos os autores devem assinar

Data \_\_\_\_\_

Nome (maiúsculas) \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

# Instructions to Authors

The *Acta Reumatológica Portuguesa* publishes original articles, reviews and case reports on all subjects related to rheumatology.

The articles can be written in portuguese or in english.

The written opinions are of the exclusive responsibility of the author. Published articles will remain property of the journal and can not be reproduced, as a whole or as a part, without the authorization of the editor.

The acceptance of the articles is subjected to the evaluation of the editorial board. Articles may be: a) accepted without changes; b) Accepted after modifications suggested by the board; c) refused.

Manuscripts not in accordance with the instructions may be sent for modification before review by the editorial board.

All manuscripts must be sent to:

Editor  
Acta Reumatológica Portuguesa  
R. D. Estefânia, 177 - 1º D  
1000 Lisboa - Portugal

Manuscripts must be accompanied by a submittal letter, signed by all authors, stating the name of the article, that it is an original work, that the authors held the copyright of the manuscript, that it does not represent any conflict of interest, and that they transfer the copyright to the journal.

Text should be typed double-spaced on only one side of A4 size paper sheets with 1-inch margins. All pages must be sequentially numbered. Manuscripts, tables and figures must be submitted in triplicate.

Manuscripts should be organized as explained below:

a) Title page (page 1)

Title; authors' names and degrees; institutions represented; source of grants support; address and telephone number of the author responsible for communications with the editor and reprints; sort title for footnote.

b) Abstract (page 2)

Abstract in portuguese and in english structured as follows for the original articles: Objectives; Patients and Methods; Results; Conclusions. The abstract should not exceed 250 words for original articles and 150 words for case reports.

c) Keywords (page 2)

A maximum of 5 keywords should be presented after the abstract.

d) Text (page 3 and following pages)

The text of the original works should be presented with the following subtitles: Introduction, Objectives, Patients and methods, Results, Conclusions, Acknowledgments, References. Subtitles for case reports should be: Introduction, Case report, Discussion, References.

From the second page on all pages should have a sort title on footnote.

Manuscripts should not exceed 20 pages for original articles and reviews and 6 pages for case reports.

*References:* References should be cited by the numerical system and listed in the order cited in the text. Journal titles are abbreviated in accordance with the style of Index Medicus.

List all authors when 6 or less; when 7 or more list only first 6 and add et al.

References of unpublished work or presentations or personal observations should be inserted in the text (in parenthesis).

Authors are responsible for the accuracy of the references.

Examples:

#### Journal article

Name(s) and initials of author(s). Article title. Journal name Year; Volume or number: Page(s).

Ex: Hill J, Bird HA, Hopkins R, Lawton C, Wright V. Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic: *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 195-197.

#### Chapter in Book

Name(s) and initials of author(s) of chapter. Chapter title. In: Name(s) and initials of editor(s). Book title. City: Name of publisher, year of publication: pages.

Ex: Stewart AF. Hypercalcemia resulting from medications. In: Favus MD, ed *Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*. New York: Raven Press, 1993: 177-178.

#### Book

Name(s) and initials of author(s). Book title. City: Name of publisher, year of publication: page(s).

Ex: Lorig K. Patient Education. A practical approach. St Louis: Mosby-Year Book, 1992: 51.

*Tables:* Tables should be cited in the text with Roman numerals. Each table should be double-typed on a separate sheet, have a title and contain no vertical rulers. Horizontal lines should be used only as separators between titles and subtitles. Explain all abbreviations at the bottom.

*Figures:* Cite each figure in the text in consecutive order using Arabic numerals. Legends should be listed on a separate sheet, double-typed. Send three copies of each figure. Figures should be professional drawn and photographed. Photographs should be 10x15 cm and on the back should be labelled with the number, article title, first author name, and have top indicated.

The total of figures should not exceed 8 for original articles and 4 for case reports. Coloured illustrations or excess figures may be published with costs charged to the author.

*Modifications and proofreading:* Articles accepted subject to modifications will be sent to authors that will have 15 days to modify them according to suggestions. Contributors will receive page proofs and are asked to proofread them for printers' errors.

*Editorials:* Editorials will be requested by the editor and will be comments on important and actual issues or comments on articles published in the journal. Editorials should not exceed 1200 words, with a maximum of 15 references and no tables or figures.

*Review articles:* Review articles will be commissioned by the editor. However, authors interested in presenting a review article are welcomed to contact the editor.

*Letters:* Letters to the editor must be a comment on a journal article or a short clinical study or case report. It can not exceed 600 words, a maximum of 10 references and a table or figure.

*Offprints:* Authors will be sent 20 offprints free of charge. Additional offprints may be charged to the authors upon request during the proofreading.

Novo

# CALCIMON<sup>®</sup>

SALCATONINA



## A CALCITONINA MAIS VANTAJOSA



**Composição:** Cada ml de solução contém 550UI de salcatonina (calcitonina de salmão).

**Indicações:** Tratamento da osteoporose pós-menopausa. Doença de Paget. Hipercalcémia. Tratamento da dor óssea por osteólise.

**Contra - indicações:** Hipersensibilidade conhecida à salcatonina.

**Efeitos secundários:** Manifestações de carácter geral (náuseas, vômitos, ligeiro rubor facial), típicas das calcitoninas administradas por via injectável, são extremamente raras.

**Posologia:** Osteoporose - Recomenda-se 50 UI ou 100 UI (1 ou 2 nebulizações) por dia, conforme a gravidade da doença. Doença de Paget - Deve administrar-se 200 UI (4 nebulizações) por dia, isto é, duas nebulizações de manhã e duas ao deitar. Em casos excepcionais, pode administrar-se no início do tratamento 400UI (8 nebulizações), duas vezes por dia, isto é, quatro de manhã e quatro ao deitar. Hipercalcémia - Deve administrar-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. Dores ósseas associadas à osteólise - Recomenda-se 200 a 400 UI (4 a 8 nebulizações), por dia em doses repartidas.

**Apresentação:** Embalagem com um frasco de 2ml de solução de salcatonina, equivalente a um mínimo de 14 aplicações de 50 UI / aplicação.

**Preços:**

CALCIMON	PVP	Regime Geral		Regime Especial	
		Estado	Utente	Estado	Utente
Spray 550 UI / ml	4.122\$	2.885\$	1.237\$	3.504\$	618\$
5 Amp. (50 UI)	2.012\$	1.408\$	604\$	1.710\$	302\$
5 Amp. (100 UI)	3.537\$	2.476\$	1.061\$	3.006\$	531\$

Byk Portugal, Lda - Av Infante Santo, 66 C - 1350 Lisboa • Contribuinte nº 502 801 204 Capital Social 50 000 000\$00 Conservatória do Registo Comercial de Lisboa nº 3059



**Byk Portugal**

# N *Nem dor Nem dano !* **oloofil**®



*E*LEVADA  
EFICÁCIA  
NO ALÍVIO  
DA DOR

*E*XCELENTE  
TOLERÂNCIA

**Boehringer  
Ingelheim**



Av. António Augusto de Aguiar nº 104, 1º • 1063 Lisboa Codex

Boehringer Ingelheim, Lda. • Capital Social: trinta milhões de escudos • Conservatória do Registo Comercial de Lisboa nº 28628