

Janeiro-Março 1994



ACTA

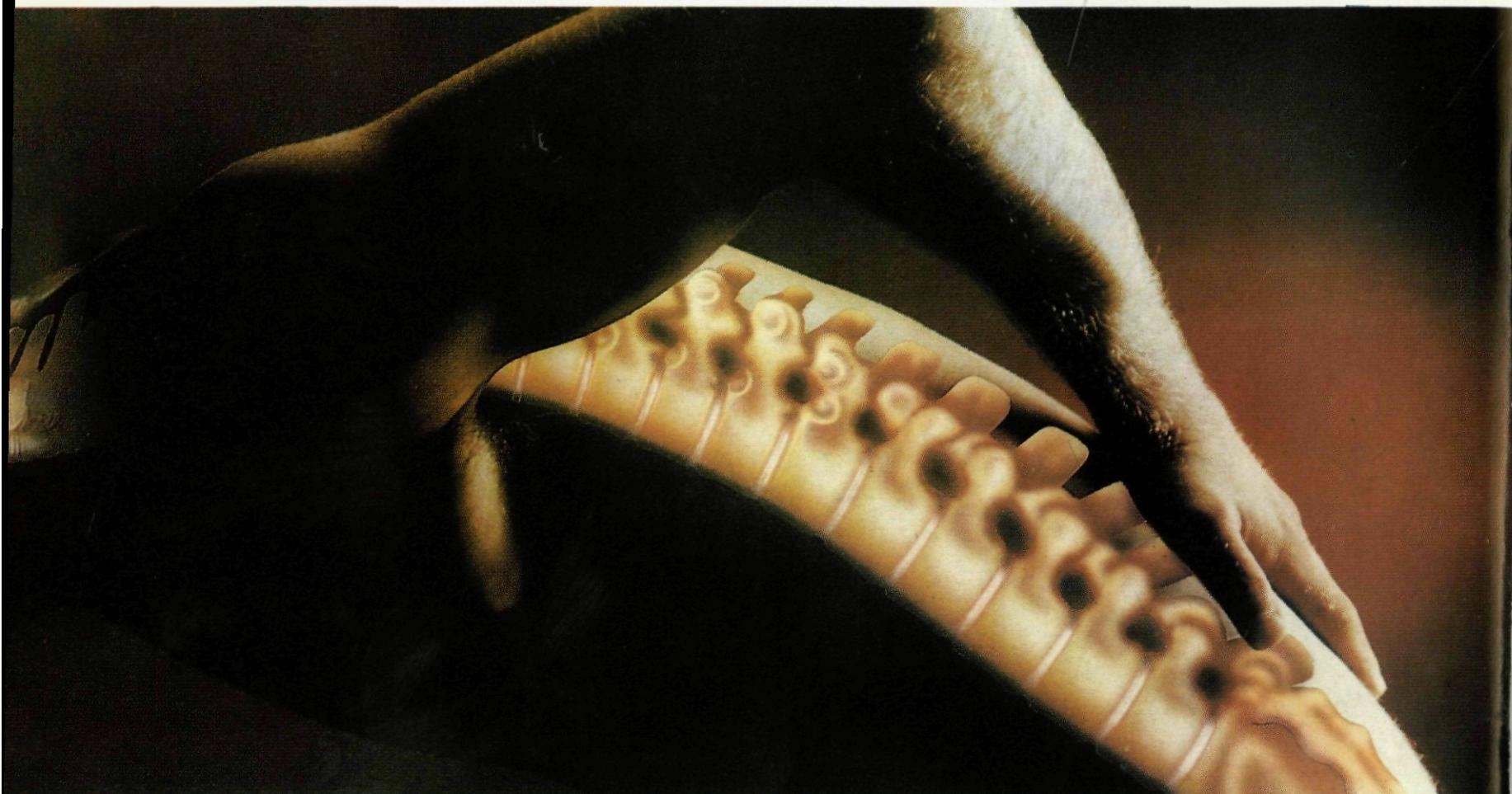
REUMATOLÓGICA
PORTUGUESA

Vol. XIX

1

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

Patologia Da Coluna



Feldene[®] PIROXICAM[®]

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA
PARA UMA
SITUAÇÃO DOLOROSA



Feldene[®] IM

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
838\$00	587\$/713\$00	251\$/125\$00

(5 ampolas x 1 ml)

RÁPIDO A DISPERSAR
RÁPIDO A ACTUAR



Feldene[®] 20 *Comprimidos Dispersíveis*

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
2938\$00	2057\$/2498\$00	881\$/440\$00

(30 comp. disp. x 20 mg)

A ALTERNATIVA
À VIA ORAL



Feldene[®] Supositórios

P.V.P. (IVA incluído)	ESTADO	UTENTE
1485\$00	1040\$/1263\$00	445\$/222\$00

(12 supositórios x 20 mg)

MODO DE EMPREGO ABREVIADO

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



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

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



ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

(TRIMESTRAL)

VOLUME XIX — TOMO 1

1994 — JANEIRO-MARÇO

N.º 70

Sumário

EDITORIAL

- Problemas Peculiares do Lupus Eritematoso
Sistémico Infantil e Juvenil 1

ARTIGOS ORIGINAIS

- Estudo Comparativo do Lupus Eritematoso
Sistémico em doentes do sexo masculino e do sexo feminino
*Maria José Santos, JA Pereira da Silva,
M Viana Queiroz* 5
- Factores Psicossociais na Artrite Reumatoide
Luis Rebelo 23



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

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

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

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

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

Sommaire

EDITORIAL

- Aspects particuliers des formes
pediatrique et juvenile du lupus
érythémateux disséminé
M. Viana Queiroz 1

ARTICLES ORIGINAUX

- Étude comparatif du lupus érythémateux
disséminé masculin et féminin
*Maria José Santos, JA Pereira da Silva
M Viana Queiroz* 5
- Les facteurs psicosociaux
dans la polyarthrite rhumatoïde
la connaissance des rhumatologues
Luis Rebelo 23

Contents

FOREWORD

- Some uncommon expression in pediatric
and childhood systemic lupus erythematosus
M. Viana Queiroz 1

ORIGINAL PAPERS

- Systemic Lupus erythematosus:
a comparatif study in men and women
*Maria José Santos, JA Pereira da Silva
M Viana Queiroz* 23
- Psychosocial Factors in Rheumatoid Arthritis
Some perceptions of Rheumatologists
Luis Rebelo 23

FICHA TÉCNICA:

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

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

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

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

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

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

Número avulso: 280\$00; US\$5.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

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

EDITORIAL

PROBLEMAS PECULIARES DO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO INFANTIL E JUVENIL

O lupus eritematoso sistêmico (LES) de início infantil e juvenil, apresenta alguns problemas peculiares a este grupo etário como sejam a aterosclerose precoce, a modificação da imagem corporal, os problemas do crescimento e desenvolvimento físico e, por último, mas não menos importante, a gravidez na adolescência e a terapêutica imunossupressora em crianças.

No que diz respeito à aterosclerose precoce há vários relatos da doença vascular degenerativa e enfarte agudos do miocárdio em adultos jovens cuja doença se iniciou na infância (1).

A causa desta aterosclerose precoce não é bem conhecida, havendo autores que a relacionam com a terapêutica corticoesteróide (2). Para além disso, alterações do metabolismo dos lípidos têm, também, sido descritas em crianças com L.E.S., mesmo antes do início da terapêutica esteróide (3).

A gravidade desta situação implica uma atenção muito especial a esta complicação potencial com implementação de medidas dietéticas apropriadas, e sempre que possível com o recurso aos esteróides administrados em dias alternados. Estudos preliminares parecem indicar que os antipalúdicos, fármacos que segundo alguns autores deveriam ser sempre utilizados no tratamento do LES (4) são susceptíveis de reduzir a hiperlipidemia (5).

A imagem corporal é um elemento importante na mulher jovem, e com relevância ainda maior nas doentes com lupus eritematoso sistémico, onde os rashes cutâneos e os efeitos adversos dos esteróides, sobretudo na face, podem levar a diminuição da auto-estima e a problemas psicológicos da gravidade variável (6).

As anormalidades do crescimento que segundo as diversas séries podem ocorrer em 35% dos doentes, traduzem-se em geral por diminuição da estatura à qual se associa frequentemente a obesidade (7). Esta diminuição da estatura é devida quer à doença, quer à terapêutica esteróide, e causa frequentemente problemas psicológicos, também com diminuição de auto-estima. Este problema implica, igualmente, medidas dietéticas, e cuidado com as doses dos esteróides, que sempre que possível devem ser, também, aqui, prescritos em ^{estados} alternados.

O número de mães adolescentes é um problema preocupante e cada vez mais frequente (Nos Estados Unidos 25% das mães têm menos de 19 anos de idade). Neste grupo etário a gravidez é um risco, que aumenta ainda mais nas adolescentes lúpicas, donde a vigilância ginecológica apertada ser fundamental.

Por último, a administração de imunossuppressores em crianças e adolescentes constitui outro problema delicado em consequência da infertilidade a que estas drogas podem dar origem, bem como assim à sua oncogenicidade. A infertilidade tem sido descrita em (17%) dos doentes sujeitos a terapêutica citotóxica prolongada (8). As crianças e os pais das crianças que vão ser submetidos a estas terapêuticas devem se informados dos riscos que correm e, no caso dos jovens do sexo masculino, devem ser aconselhados a utilizarem bancos de esperma.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — FRIEDMAN DM et al — Acute myocardial infarction in pediatric systemic lupus erythematosus. *J. Pediatr* 117:263, 1990.
- 2 — HADER YS et al — Coronary artery disease in SLE quantification of degrees of narrowing in 22 necropsy patients (21 women) aged 16 to 37 years. *Am. J. Med* 70:775, 1981.
- 3 — ILOWVITE NT et al — Dyslipoproteinemia in pediatric SLE *Arthritis Rheum* 31:859, 1988.
- 4 — A randomized study of the effect of withdrawing hydrochloroquine sulfate in systemic lupus erythematosus. The Canadian Hydroxycloquine Study Group. *Engl. J. Med.* 324:150, 1991.
- 5 — HODIS H.N. et al. The lipid, lipoprotein and apolipoprotein effects of hydroxichloroquine in patients with systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.*, 20:661-665. 1993.
- 6 — BRINDIS CD et al. in. *Textbook of Adolescent Medicine*. Philadelphia, WB Saunders, 1992, pp 12-27.
- 7 — LACKS S et al — Morbidity associated with childhood systemic lupus erythematosus. *J. Rheumatol.* 17:941, 1990.
- 8 — BOUPAS DT et al — Risk for sustained amenorrhea in patients with systemic lupus erythematosus receiving intermittent pulse cyclophosphamide therapy. *Ann Intern. Med.* 119:366, 1993.

ESTUDO COMPARATIVO DO LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM DOENTES DO SEXO MASCULINO E DO SEXO FEMININO

MARIA JOSÉ SANTOS¹, JA PEREIRA DA SILVA² E M VIANA DE QUEIROZ³
UNIDADE DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

RESUMO

Fez-se a avaliação de 25 homens com LES com o objectivo de saber se a doença apresentava diferenças clínico-laboratoriais e/ou de prognóstico em relação ao sexo feminino. Utilizou-se como controlo um grupo de 100 mulheres com o mesmo diagnóstico e com uma duração da doença e tempo de follow up sobreponíveis.

Constatou-se existirem algumas diferenças significativas no comportamento do LES nos indivíduos do sexo masculino, havendo um mais frequente envolvimento pulmonar e cardíaco e sendo este último clinicamente mais grave. As adenomegalias, as alterações bioquímicas da urina e a hipocomplementémia também foram, de uma forma significativa, mais frequentes nos homens. Pelo contrário, a fotossensibilidade cutânea, o Síndrome de Sjogren e o teste de

¹ Interna do Internato Complementar de Reumatologia

² Assistente Hospitalar Graduado de Reumatologia

³ Chefe de Serviço de Reumatologia. Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

Coombs positivo foram significativamente mais frequentes nas mulheres. Finalmente, o LES revelou-se mais grave nos indivíduos do sexo masculino, o que se traduziu pela necessidade de terapêuticas mais agressivas, pela maior incidência de infecções graves e por uma mortalidade mais elevada.

Os autores concluem que, na população estudada, o LES teve um comportamento clínico mais agressivo e um pior prognóstico no sexo masculino. Estas diferenças são muito provavelmente determinadas por factores hormonais; além disso é possível que exista uma menor acuidade no diagnóstico do LES masculino, não se reconhecendo como tal casos de menor gravidade.

INTRODUÇÃO

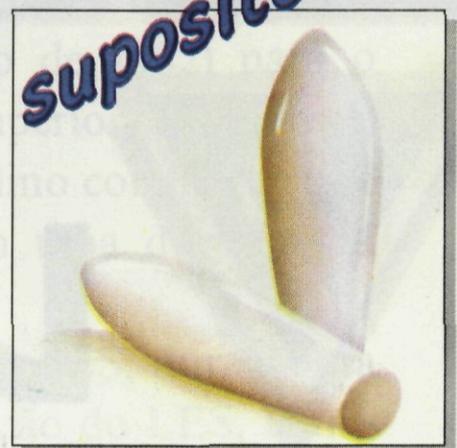
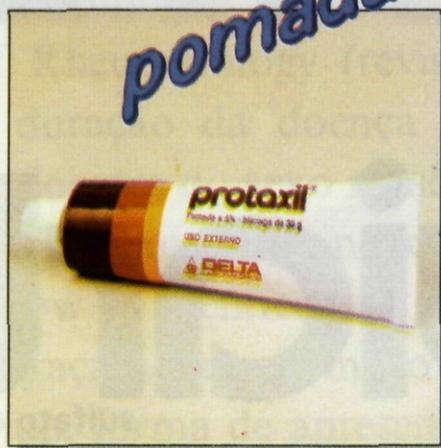
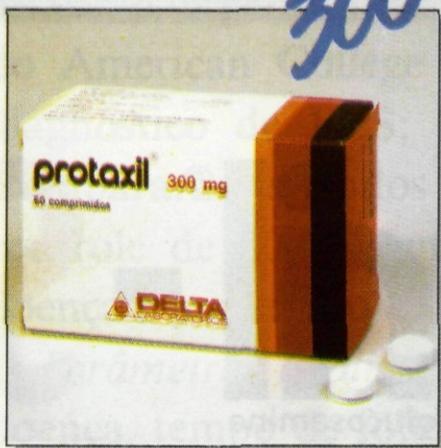
O Lupus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune, clinicamente heterogénea, de etiologia desconhecida. Uma das suas características particulares é o predomínio no sexo feminino, com uma relação mulheres/homens de 9:1 na idade fértil (1). Antes da puberdade e após a menopausa a diferença de incidência nos dois sexos está mais atenuada, sugerindo um papel das hormonas sexuais na patogenia do lupus (2). Várias alterações, particularmente no metabolismo dos estrogénios e androgénios, têm sido descritas nos doentes com lupus (3,4,5). As experiências animais apoiam a importância dos esteróides sexuais na modulação do sistema imunitário e na susceptibilidade para a doença (6,7). É possível que, para além da susceptibilidade, a influência das hormonas sexuais se exerça também na expressão clínica da doença. Este facto, a verificar-se, tem implicações óbvias para um diagnóstico precoce e para a instituição de terapêuticas mais adequadas, podendo ainda contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos etiopatogénicos do lupus. Os dados da literatura têm trazido resultados controversos sobre o

Para que não tenha que associar a um AINE um gastroprotector



protaxil®

DIMALEATO DE PROGLUMETACINA



PROTAXIL tem como princípio activo a Proglumetacina, uma molécula de síntese de acção anti-inflamatória não esteróide, de investigação Rotta Research Laboratorum. A experimentação in vitro e in vivo revelou que o PROTAXIL é dotado de uma forte acção anti-inflamatória, em situações agudas e crónicas, superior à de outros medicamentos tidos como termo de comparação (por exemplo: vinte vezes mais activo do que o ácido acetilsalicílico e a fenilbutazona); exerce uma elevada actividade antipirética e analgésica; é activo mesmo em processos degenerativos do tipo crónico (osteolatrismo); é praticamente isento de acção irritativa e ulcerógena sobre a mucosa gástrica. Várias investigações clínicas efectuadas confirmaram a eficácia terapêutica e a óptima tolerância do PROTAXIL. Nos doentes tratados durante períodos prolongados não se observaram efeitos secundários gastrointestinais ou sintómicos nem se evidenciaram diferenças nos parâmetros biotérmicos examinados antes, durante e depois do tratamento. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Os doentes medicados com anticoagulantes orais e hipoglicémicos podem apresentar interacções com o PROTAXIL, pelo que se aconselha o seu acompanhamento e o respectivo controlo. **CONTRA-INDICAÇÕES:** O PROTAXIL está contraindicado nas últimas semanas de gravidez e em doentes hipersensíveis aos derivados do ácido indolacético. **EFEITOS COLATERAIS:** Observaram-se, esporadicamente, episódios transitórios de náuseas, obstipação, dor epigástrica e cefaleias. **PRECAUÇÕES:** A administração em doentes com úlceras gastroduodenais activas ou recidivantes deve ser feita sob controlo médico. Embora isento de actividade mutagénica ou teratogénica, o PROTAXIL deve ser administrado na gravidez e durante o aleitamento apenas se for absolutamente necessário e sob controlo médico. Os doentes com insuficiência renal ou hepática, ou os que apresentam perturbações do sistema nervoso central devem ser cuidadosamente controlados quando tratados com o PROTAXIL.

APRESENTAÇÕES: Comprimidos divisíveis doseados a 300 mg., Supositórios doseados a 200 mg. e em Pomada a 5%. **INDICAÇÕES:** Reumatologia (artrite reumatóide; osteoartrite de localização diversa e perturbações consequentes - lombalgias, ciatalgias, hérnia discal, radiculite, etc.; reumatismo articular agudo, artropatias dismetabólicas (gota); inflamações extra-articulares - tendinites, bursites, sinovites, tenossinovites, periartrites escapulomer, torcicolo, nevralgias e nevrites, fibromiosites, anexitis, rigidez articular, etc.). Traumatologia (distensões musculares, contusões, luxações, distorções, fracturas, artropatias pós-operatórias e cirurgia ortopédica; lesões traumáticas do desporto, edemas residuais, sequelas de traumatismos, etc.). **POSOLOGIAS:** salvo prescrição médica - Comprimidos de 300 mg: 1-2 comprimidos por dia. Supositórios a 200 mg. 1-2 supositórios por dia. Pomada: friccionar a pele da zona afectada 2-3 vezes por dia, com 2 a 4 cm de pomada, até ao desaparecimento da sintomatologia, por um período mínimo de 5 dias.

Contribuinte n.º 500 802 360 - Sociedade por quotas - Capital Social 100 000 000\$000
Matric. na Conservatório do Registo Comercial de Sintra sob o n.º 2317, fls. 192, L.º C-6



Grupo Rotta Research DELTA Ósteo-Articular

Apresentação	P.V.P. c/IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
Protaxil 300 mg 20 Comp.	2.199\$00	70%	1.539\$00	660\$00	85%	1.869\$00	330\$00
Protaxil 300 mg 60 Comp.	5.539\$00	70%	3.877\$00	1.662\$00	85%	4.708\$00	831\$00
Protaxil Sup. (200 mg) 10	990\$00	70%	639\$00	297\$00	85%	842\$00	148\$00
Protaxil pomada 30 g	543\$00	40%	217\$00	326\$00	55%	299\$00	244\$00

O que o tempo desgasta...
...a Ciência recupera



viartril-S[®]

sulfato de glucosamina

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

APRESENTAÇÃO	P.V.P. c/IVA	Regime Geral			Regime Especial		
		Comp.	Estado	Utente	Comp.	Estado	Utente
250 mg - 20 caps.	853\$	70%	597\$	256\$	85%	725\$	128\$
250 mg - 60 caps.	2.079\$		1.455\$	624\$		1.767\$	312\$
	1.224\$		857\$	367\$		1.040\$	184\$
	2.016\$		1.411\$	605\$		1.714\$	302\$

DELTA Osteo-articular

DELTA
LABORATÓRIO
Grupo Rotta Res

do Registo Comercial de Sintra sob o N.º 2317, fls. 192, L.º C-6

assunto, havendo grupos que encontraram diferenças significativas no comportamento do LES nos indivíduos do sexo masculino (8,9) e outros que, pelo contrário, não detectaram diferenças importantes entre os dois sexos (10,11).

Assim, e para uma melhor compreensão dos aspectos da doença relacionados com o sexo na população portuguesa, realizámos este estudo onde é feita a comparação, não só dos dados demográficos, das manifestações clínicas e alterações laboratoriais, mas também da evolução da doença e sua gravidade, nos doentes com LES de ambos os sexos.

MATERIAL E MÉTODOS

População estudada: Os dados referentes aos doentes incluídos neste estudo são provenientes dos processos clínicos dos doentes seguidos na Unidade de Reumatologia (Serviço de Medicina IV) do Hospital de Santa Maria entre 1978 e 1993. Os critérios de inclusão foram os seguintes: 1. preenchimento de pelo menos 4 dos critérios do American College of Rheumatology (revisão de 1982) para o diagnóstico de LES; 2. duração da doença superior a 6 meses. Compararam-se todos os doentes do sexo masculino com um grupo controle de 100 doentes do sexo feminino com uma duração da doença e um tempo de follow up idênticos.

Parâmetros analisados: raça, idade de início do LES, duração da doença, tempo de follow up, forma de apresentação do LES, manifestações sistémicas, envolvimento osteoarticular, mucocutâneo, neuropsíquico, renal, cardíaco, pulmonar, reticulo-endotelial e presença de síndrome de Sjogren associado. Das alterações laboratoriais foram comparadas a anemia hemolítica auto-imune ($Hg < 11g/dl$), a leucopénia ($< 4000/mm^3$), a linfopénia ($< 1500/mm^3$), a trombocitopénia ($< 100000/mm^3$), a presença de um teste de Coombs positivo,

ANA positivo ($>1/80$ pelo método de imunofluorescência indirecta), anti-dsDNA, células LE, anticorpos anti SSA, SSB, Sm e RNP, teste para a sífilis falsamente positivo, anticorpos anti-cardiolipina, anticoagulante lúpico e valores baixos de CH50, C3 e C4. Estas variáveis foram consideradas presentes se ocorreram alguma vez durante o período de follow up.

Gravidade da doença e o seu prognóstico: Na avaliação da gravidade da doença e do seu prognóstico utilizou-se um conjunto de parâmetros, de acordo com Miller et al. (11), Lehman et al. (12) e Reveille et al. (13):

a) Envolvimento de órgãos major (nefropatia, neurolupus, miocardite e pneumonite)

b) Infecções graves requerendo hospitalização

c) Necessidade de terapêutica com corticóides e imunossuppressores

d) Caracterização do estado actual dos doentes:

1.º grupo — doença pouco activa ou inactiva, controlada com AINE e/ou APS e/ou corticóides em baixa dose (≤ 15 /dia de prednisona ou equivalente);

2.º grupo — indivíduos que necessitam de doses superiores a 15mg/dia de prednisona ou equivalente e/ou imunossuppressores;

3.º grupo — doentes com insuficiência renal terminal necessitando de diálise crónica ou transplantados e falecidos por uma causa relacionada com o LES;

4.º grupo — perdidos para o follow up (última consulta há mais de um ano).

d) Mortalidade global

e) Probabilidade de sobrevivência determinada pelo método de tabelas segundo Cutler e Ederer (14).

f) Causas de morte

Análise estatística: A comparação entre os grupos foi feita utilizando o teste t de Student para a análise de diferenças quantitativas e o teste de

chi-quadrado para diferenças qualitativas. Foram considerados significativos os valores de p inferiores ou iguais a 0.05.

RESULTADOS

Dados demográficos

O grupo de doentes do sexo masculino com LES era constituído por 25 indivíduos, todos de raça caucásica e que à data da última consulta tinham uma idade média de $38,8 \pm 15,2$ anos. A duração da doença era de $7,7 \pm 5,8$ anos. O LES iniciou-se em média aos $31,1 \pm 16,6$ anos de idade, mas com uma variação que oscilou entre 1 e 66. O grupo das mulheres era constituído por 100 doentes. Ambos os grupos eram sobreponíveis no que diz respeito à idade de início da doença, duração desta e tempo de follow up (Quadro I).

Enquanto que no sexo feminino houve um pico de incidência do LES na 2.^a e 3.^o décadas (55% das doentes), este padrão não foi tão

QUADRO I

Características da população estudada

	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Número	25	100
Raça Caucásica	100%	100%
Idade de início do LES (anos)	$31,1 \pm 16,6$ min 1 max 66	$30,4 \pm 13,6$ min 6 max 67
Duração da doença (anos)	$7,7 \pm 5,8$ min 0,5 max 20	$7,6 \pm 5,7$ min 1 max 32
Tempo de follow up (anos)	$3,8 \pm 3,1$ min 0,2 max 14,9	$3,8 \pm 3,5$ min 0,2 max 14,5

evidente no sexo masculino onde 23% dos doentes tiveram um início após os 50 anos (Figura 1). O atraso no diagnóstico foi significativamente maior nos homens, decorrendo em média 35 meses (intervalo de confiança de 95% 18-54 meses) desde as primeiras manifestações atribuídas ao LES e o estabelecimento do diagnóstico. Nas mulheres este intervalo foi em média de 25 meses (intervalo de confiança de 95% 15-31 meses).

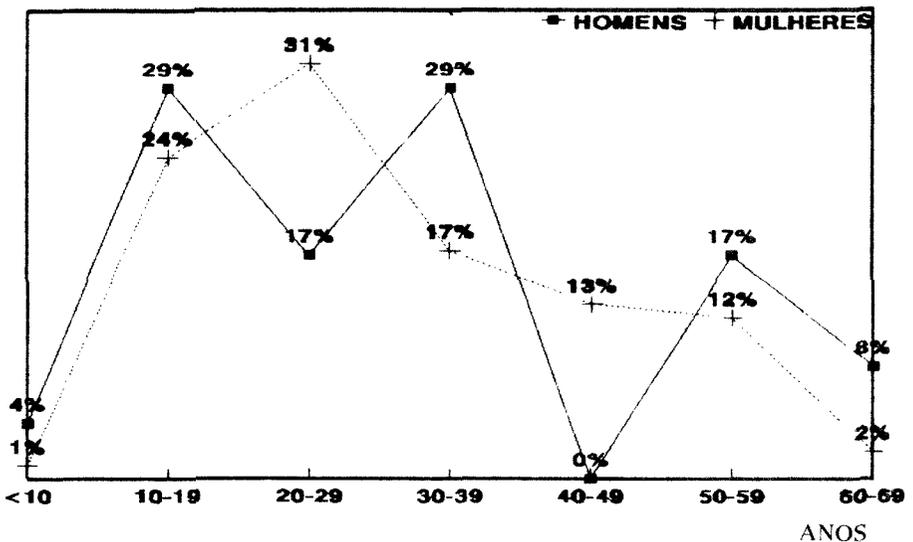


Fig. 1 — Início do LES por sexos e idades (décadas de início)

Manifestações iniciais

As manifestações iniciais da doença foram muito diversas (Quadro II), mas a febre e a artrite surgiram como primeiro sinal do LES em 56% dos homens. As manifestações cutâneas e as organomegá-

QUADRO II

Manifestações iniciais do LES nos doentes do sexo masculino e do sexo feminino expressos em percentagem. Valores absolutos entre ()

MANIFESTAÇÕES	HOMENS	MULHERES	valor de p
Artrite	56% (14)	68% (68)	NS
Organomegalias	12% (3)	1% (1)	NS
Rash malar	8% (2)	16% (16)	NS
Serosite	8% (2)	8% (8)	NS
Trombocitopénia	8% (2)	4% (4)	NS
Nefropatia	4% (1)	4% (4)	NS
Flebotrombose	4% (1)	1% (1)	NS
Miocardite	4% (1)	0 (0)	NS
Alt. neuropsíquicas	0 (0)	3% (3)	NS
Anemia hemolítica	0 (0)	3% (3)	NS

lias seguiram-se por ordem de frequência. Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao início da doença no sexo feminino

Manifestações clínicas cumulativas

As principais manifestações clínicas ocorridas durante a evolução da doença estão discriminadas no Quadro III. Encontraram-se diferenças significativas na ocorrência de envolvimento cardíaco, pulmonar, adenopatias (mais frequentes nos homens), fotossensibilidade cutânea e Síndrome de Sjogren secundário (mais frequentes nas mulheres).

Nos indivíduos do sexo masculino o envolvimento osteoarticular e cutâneo-mucoso foram as alterações mais frequentes, sendo a sua prevalência de 96%. A artrite (80%) e as artralguas (92%) constituíram as principais queixas referentes ao aparelho locomotor, seguindo-se as mialgias (28%) e as tenossinovites (12%). Não ocorreu nenhuma necrose avascular neste grupo.

QUADRO III

Comparação da incidência das principais manifestações clínicas no decurso da doença

Manifestações	HOMENS	MULHERES	valor de p
Musculo-esqueléticas	96% (24)	94% (94)	NS
Artrite	80% (20)	76% (76)	NS
Cutâneo-mucosas	96% (24)	94% (24)	NS
Rash malar	40% (10)	46% (46)	NS
Fotosensibilidade	12% (3)	48% (48)	<0.01
Úlceras orais	36% (8)	44% (44)	NS
Vasculite cutânea	8% (2)	24% (24)	NS
Febre	64% (16)	61% (61)	NS
Nefropatia	60% (15)	50% (50)	NS
Pulmonares	48% (12)	22% (22)	0.01
Pleurisia	36% (9)	19% (19)	NS
Cardíacas	48% (12)	21% (21)	0.01
Pericardite	40% (10)	18% (18)	0.03
Miocardite	8% (2)	0% (0)	NS
Neuropsíquicas	20% (5)	35% (30)	NS
Reticulo-endoteliais	48% (12)	33% (33)	NS
Adenomegalias	40% (10)	17% (17)	0.02
Hepatoesplenomeg.	12% (3)	25% (25)	NS
Sjogren ^{Atio}	0% (0)	19% (19)	0.04

As manifestações cutâneas incluíram o rash malar (40%), a alopecia (36%), os nódulos subcutâneos (16%), a fotosensibilidade (12%) e o lupus discóide (8%).

A fotosensibilidade cutânea foi significativamente menos frequente no sexo masculino ($p < 0.01$).

Em 15 homens (60%) houve envolvimento renal cuja tradução clínico-laboratorial consistiu em alterações bioquímicas da urina — proteinúria ($>500\text{mg}/\text{dia}$), eritrocitúria (>10 eritrocitos/campo) ou cilindrúria — em 9, síndrome nefrótico em 4 e insuficiência renal

(creatinina > 1,5 mg/dl ou clerance da creatinina < 60 ml/min) também em 4. À exceção das alterações bioquímicas da urina que foram significativamente mais frequentes nos homens, os restantes parâmetros avaliados não mostraram diferenças entre os grupos. No sexo feminino o envolvimento renal foi um pouco menos frequente, ocorrendo em 50 doentes (50%). Trinta e três indivíduos (11 dos 14 homens e 22 das 50 mulheres com lesão renal clínico-laboratorial) foram submetidos a biópsia renal cujo resultado histológico está resumido no Quadro IV. O espectro das alterações encontradas foi

QUADRO IV

Achados histológicos em 33 biópsias renais

Histologia	HOMENS (%)	MULHERES (%)
Lesões mínimas	0	3 (14%)
GNF Mesangial	3 (27%)	3 (14%)
GNF proliferativa focal	2 (18%)	3 (14%)
GNF proliferativa difusa	4 (36%)	8 (36%)
GNF membranosa	1 (9%)	2 (9%)
Nefrite intersticial	0	3 (14%)
Não diagnóstica	1 (9%)	0

vasto embora a glomerulonefrite (GNF) proliferativa difusa predominasse nos dois grupos. A GNF mesangial foi mais frequente nos homens e as lesões tubulo-intersticiais nas mulheres, mas estas diferenças não atingiram significado estatístico. Dois doentes do sexo masculino, que numa primeira biópsia renal apresentavam lesões de GNF focal, progrediram para GNF proliferativa difusa. Um homem e uma mulher desenvolveram insuficiência renal terminal, necessi-

tando de hemodiálise crónica. O doente do sexo masculino foi transplantado posteriormente.

As manifestações do sistema reticulo-endotelial verificaram-se em 48% dos doentes do sexo masculino, sendo as adenomegalias significativamente mais frequentes nos homens ($p=0.02$).

Tanto o envolvimento cardíaco (homens-48%; mulheres-21%) como pulmonar (homens-48%; mulheres-22%) foram significativamente mais frequentes no sexo masculino. Em 10 homens (40%) o compromisso cardíaco traduziu-se por derrame pericárdico e em dois (8%) por miocardite com insuficiência cardíaca. Dos 12 homens com envolvimento pulmonar 9 tiveram um derrame pericárdico, em 2 encontraram-se alterações das provas de função respiratória e num caso foi diagnosticada uma pneumonite.

As manifestações neuropsíquicas nos doentes do sexo masculino incluíram o Síndrome Orgânico Cerebral (8%), as convulsões (4%), a depressão (4%) e a hemiparésia (4%). Embora tivessem ocorrido com menor frequência nos homens (20%) do que nas mulheres (35%), esta diferença não atingiu significado estatístico.

Alterações laboratoriais

As alterações imunológicas mais comuns caracterizaram-se pela positividade dos Anticorpos Anti-Nucleares (ANA), anti-DNA nativo e células LE, de uma forma sobreponível nos dois grupos (Quadro V).

Ainda que pesquisados num pequeno número de doentes, os anticorpos contra antígenos extraíveis foram mais frequentes nas mulheres. Idêntico comportamento tiveram os anticorpos antifosfolípidos. O teste de Coombs positivo, embora raras vezes acompanhado de hemólise clinicamente importante, foi significativamente mais frequente no sexo feminino ($p=0.01$). Nos homens, pelo contrário,

QUADRO V

Alterações laboratoriais

Alterações	HOMENS	MULHERES	valor de P
ANA positivo	96% (24/25)	96% (96/100)	NS
anti-DNA	62% (13/21)	64% (62/97)	NS
células LE	64% (9/14)	51% (23/45)	NS
anti-S _m	25% (2/8)	27% (15/56)	NS
anti-RNP	33% (3/9)	33% (17/51)	NS
anti-SSA	0% (0/5)	14% (6/43)	NS
anti-SSB	16% (1/6)	21% (9/43)	NS
anti-fosfolípidos	0% (0/13)	21% (17/81)	NS
Hipocomplementémia	63% (12/19)	42% (37/88)	p=0.05
Coombs positivo	8% (1/13)	44% (19/43)	p=0.01

ocorreram mais episódios de hipocomplementémia (p=0.05). As alterações do hemograma (anemia, leucopénia, linfopénia, trombocitopénia) verificadas em 80% dos homens, foram igualmente frequentes nas mulheres.

Gravidade da doença

O envolvimento de órgãos major foi sobreponível nos dois grupos (homens - 60%; mulheres - 58%), predominando em ambos o envolvimento renal.

As infecções graves, com necessidade de internamento, afectaram 8 homens (32%) e 14 mulheres (14%) o que representa uma diferença significativa (p=0.05). Enquanto que nos homens a infecção mais comum foi a pneumonia (16%), seguindo-se a sépsis (12%) e a tuberculose (4%), no grupo das mulheres encontrámos em primeiro lugar

a pielonefrite em 5% dos casos, seguida da pneumonia em 4%, da sépsis também em 4% e da tuberculose em 1%.

Os doentes do sexo masculino tiveram necessidade de uma terapêutica mais agressiva. Apenas um homem (4%) não recebeu corticosteróides, enquanto que 21 mulheres (21%) não necessitaram dessa terapêutica. Os imunossuppressores foram utilizados mais frequentemente nos homens (36%) do que nas mulheres (25%). Estas diferenças não atingem, no entanto, significado estatístico.

À data da última consulta a situação clínica dos homens era significativamente mais severa do que a das mulheres ($p < 0.01$) e distribuía-se da seguinte forma: 5 homens (20%) e 49 mulheres (49%) encontravam-se no grupo 1 (doença controlada com doses baixas de corticoides, APS e/ou AINE). No grupo 2, necessitando de doses de prednisona superiores a 15 mg/dia e/ou imunossuppressores estavam 7 homens (28%) e 11 (11%) mulheres e no grupo 3, com doença renal terminal ou falecidos, 6 (24%) homens e 7 (7%) mulheres. A percentagem de abandonos da consulta foi semelhante em ambos os grupos: 28% dos homens e 33% das mulheres vieram pela última vez à consulta há mais de um ano.

A mortalidade nos indivíduos do sexo masculino foi significativamente maior do que no sexo feminino ($p < 0.05$). A probabilidade de sobrevivência aos 5 anos é de 79% para os homens e de 91% para as mulheres (Figura 2).

Durante o período de follow up faleceram 6 homens (24%) e 7 mulheres (7%). A idade média dos homens falecidos era de $41,4 \pm 17,2$ anos (min - 27; max - 67) e das mulheres de $39 \pm 14,3$ anos (min - 21; max - 65). O período decorrido entre as primeiras manifestações da doença e o óbito foi de $6,6 \pm 4,1$ anos nos homens e de $5,9 \pm 4,3$ anos nas mulheres.

As causas de morte nos doentes do sexo masculino foram: neoplasias (2 casos), sépsis (1 caso), acidente cerebrovascular (AVC) (1 caso), insuficiência cardíaca (1 caso) e hemorragia retroperitoneal (1

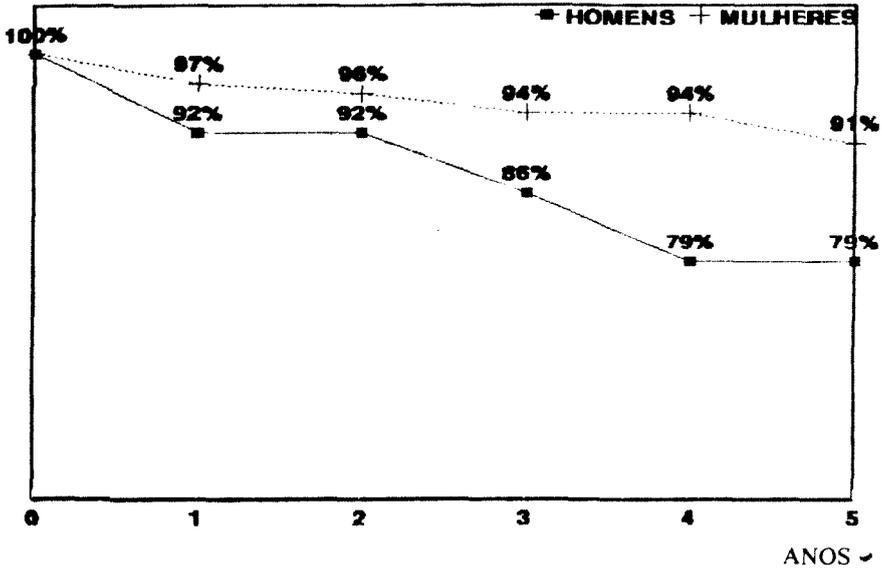


Fig. 2 — Curvas de sobrevida dos doentes do sexo feminino e masculino.

caso). A doença vascular foi causa de morte em 3 mulheres (AVC - 2 e enfarte do miocárdio - 1), a sépsis em 2 e a hemorragia digestiva alta no contexto de trombocitopénia autoimune foi a causa de morte num caso. Numa mulher não foi possível saber com exactidão a causa de morte.

DISCUSSÃO

Neste estudo analisámos as diferenças na expressão clínica e no prognóstico do LES num grupo de 25 homens portugueses, comparando-os com um grupo de 100 doentes do sexo feminino. Os trabalhos da literatura internacional que abordam este tema, na sua maioria debruçando-se sobre aspectos clínico-laboratoriais, têm reve-

lado resultados contraditórios, ainda que na generalidade apontem para diferenças no comportamento do lupus nos homens.

No nosso trabalho verificámos a existência de diferenças importantes na prevalência de algumas manifestações clínicas nos indivíduos do sexo masculino com LES. Contrariamente ao descrito por Font et al. (8), as manifestações iniciais da doença foram semelhantes nos dois sexo. Julgamos que o maior atraso diagnóstico verificado nos homens (em média mais 10 meses do que nas mulheres), se deve ao facto do LES ser considerado uma doença essencialmente do sexo feminino e, assim, esta hipótese diagnóstica só ser encarada mais tardiamente nos homens. Ainda que um número importante de indivíduos do sexo masculino tivesse o início da sua doença depois dos 50 anos (23%) e que a idade média de início fosse um pouco mais elevada do que nas mulheres, estes valores não atingiram significado estatístico, ao contrário de alguns trabalhos da literatura que demonstraram o início do lupus masculino numa idade mais avançada (10,13,15). Na avaliação das manifestações clínicas cumulativas verificámos que o envolvimento pulmonar e cardíaco foi mais frequente nos homens, na maioria destes ocorrendo sob a forma de serosite. A maior prevalência de serosite no sexo masculino já tinha sido previamente constatada por outros autores (8,9,11,16). O envolvimento renal, ainda que mais frequente nos homens, não atingiu uma diferença significativa contrariamente ao que foi observado por Jonsson et al. (16). Não foi possível demonstrar maior risco de progressão para insuficiência renal, ao contrário do que Ward et al. (10) verificaram, apesar das alterações bioquímicas da urina terem sido significativamente mais frequentes nos homens. No sexo masculino houve uma tendência para uma menor incidência de vasculite cutânea, rash malar e úlceras orais, mas só em relação à fotossensibilidade cutânea a diferença atingiu significado estatístico, facto esse também constatado por Miller et al. (11). Pelo contrário, o lupus discóide foi descrito mais frequentemente no lupus masculino (8),

mas como o número de casos diagnosticados na nossa série foi muito pequeno (apenas 2 homens), não nos é possível tirar conclusões. Curiosamente não encontramos nenhum caso de Síndrome de Sjogren secundário nos doentes do sexo masculino o que vem contrariar os poucos dados existentes sobre o assunto (10,11). Algumas manifestações neuropsíquicas têm sido descritas como ocorrendo mais frequentemente nos homens (9,10,15), mas no estudo de Miller et al. (11) verificou-se o oposto. Nos nossos doentes não encontramos diferenças significativas na incidência destas manifestações, embora tivessem sido um pouco menos comuns nos homens. Os estudos prévios não demonstraram diferenças na incidência de alterações laboratoriais relacionadas com o sexo (8,10,15), excepto a maior frequência de trombocitopenia nos homens (9,11). No nosso grupo de doentes encontramos um maior número de episódios de hipocomplementémia e uma menor frequência do teste de Coombs positivo no sexo masculino.

Na avaliação do prognóstico da doença, os dados demográficos têm-se revelado marcadores importantes na caracterização de subgrupos com evoluções diferentes (13,15,16). No entanto em relação ao sexo as opiniões não são unânimes e, enquanto que para uns o LES é mais grave nos homens (17-20), para outros o prognóstico da doença é semelhante nos dois sexos (8,9,11,13,21). Neste trabalho avaliámos não só a mortalidade global nos dois sexos, mas ainda um conjunto de parâmetros que incluíram o envolvimento de órgãos vitais, as infecções graves e a necessidade de terapêuticas agressivas, de modo a obter uma visão mais alargada da gravidade da doença. Verificámos que, embora a percentagem de órgãos vitais atingidos não fosse significativamente diferente, o LES teve um comportamento mais agressivo nos homens, obrigando mais frequentemente a terapêutica corticóide e imunossupressora. A maior incidência de infecções graves pode ser uma consequência dessas terapêuticas ou da imunodesregulação própria da doença. O prognóstico vital também foi, de uma forma significativa, mais grave no sexo masculino.

Deste modo, os nossos resultados são a favor da existência de diferenças importantes clínico-laboratoriais e de prognóstico nos indivíduos do sexo masculino com LES. Não podemos excluir em absoluto, que estas diferenças sejam, em parte, devidas ao facto do lupus ser habitualmente encarado como uma doença do sexo feminino e conseqüentemente existir um menor alerta para diagnosticar casos menos graves que ocorram em homens.

Para além de eventuais diferenças na acuidade diagnóstica nos dois sexos, as hormonas sexuais são certamente responsáveis, não só pela susceptibilidade diferente para a ocorrência de lupus, mas também pela modulação da expressão clínica da doença nos dois sexos. No modelo murino de lupus constatou-se um papel protector dos androgénios (22), havendo um agravamento da doença após a castração ou administração de estrogénios (23), o que à primeira vista parece em contradição com a maior gravidade da doença no sexo masculino. No entanto é de realçar que as tentativas de utilização terapêutica dos androgénios em humanos levaram a um agravamento do quadro clínico nos homens e à ausência de melhoria objectiva nas mulheres (24). Estes factos sugerem um papel complexo das hormonas sexuais no LES que permanece por esclarecer na sua globalidade.

BIBLIOGRAFIA

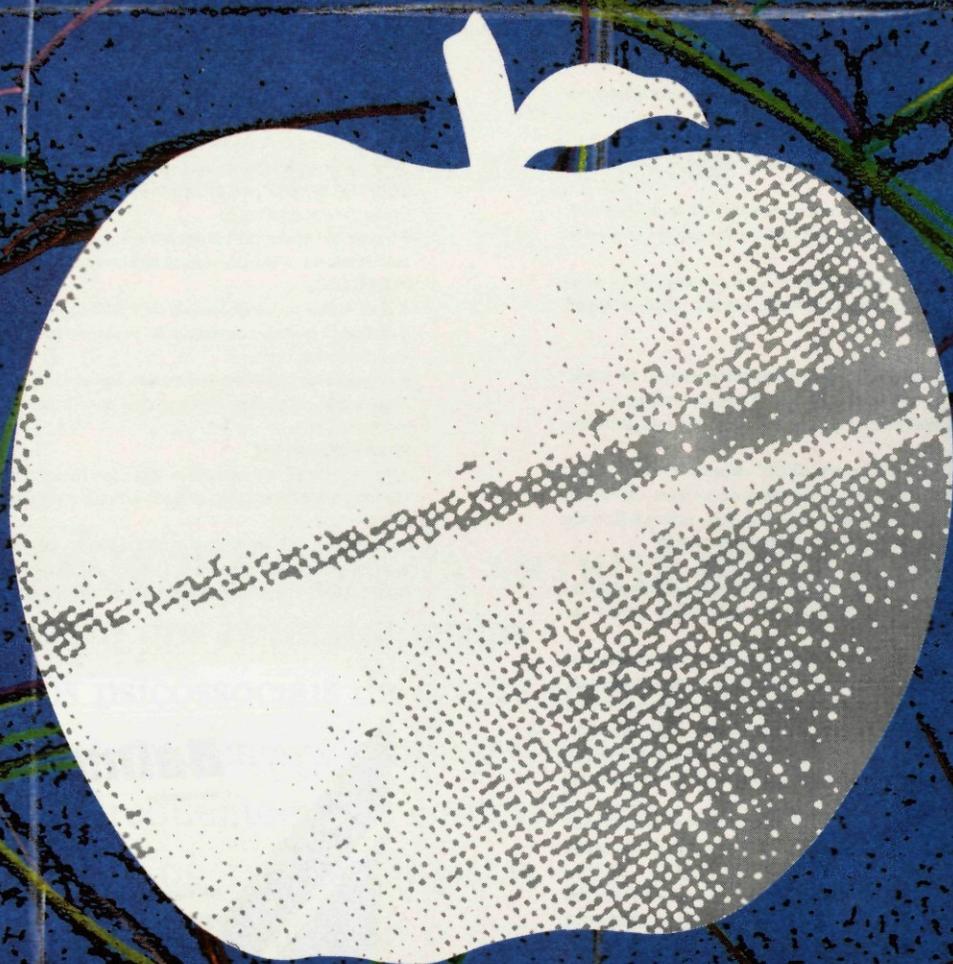
1. RCHochberg M. The epidemiology of systemic lupus erythematosus. In: Daniel Wallace and Bebra Hahn eds. *Dubois's Lupus Erythematosus* 4th ed. Lea and Febiger, Philadelphia 1993:49-57.
2. Masi AT, Kaslow RA. Sex effects in systemic lupus erythematosus: A clue to pathogenesis. *Arthritis Rheum* 1978; 21:480-486.
3. Inman RD, Janovic L, Markenson JA, Longcope C, Dawood MY, Lockshin MD. Systemic lupus erythematosus in men. Genetic and endocrine features. *Arch Intern Med* 1982; 142:1813-1815.
4. Lahita RG, Kunkel HG, Bradlow HL: Increased oxidation of testosterone in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1983; 26:1517-1521.
5. Lahita RG, Bradlow L, Ginzler E, Pang S, Nem M. Low plasma androgens in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1987; 30:241-247.
6. Cooke A, Hutchings P. Sex differences in the regulation of experimentally induced autoantibodies in (NZB×NZW) F1 mice. *Immunology* 1980; 41:819-822.
7. Grossman C: Regulation of the immune system by sex steroids. *Endocr Rev* 1984; 5:435-455.
8. Font J, Cerverra R, Navarro M, Pallarés L, López-Soto A, Vivancos, Ingelmo M. Systemic lupus erythematosus in men: clinical and immunological characteristics. *Ann Rheum Dis* 1992; 51:1050-1052.
9. Sthoeger ZM, Geltner D, Rider A, Bentwich Z. Systemic lupus erythematosus in 49 Israeli males: a retrospective study. *Clin Exp Rheumatol* 1987; 5:233-240.
10. Ward M, Studenski S. Systemic lupus erythematosus in men: a multivariate analysis of gender differences in clinical manifestations. *J Rheumatol* 1990; 17 (2):220-224.
11. Miller MH, Urowitz MB, Gladman DD, Killinger DW. Systemic lupus erythematosus in males. *Medicine* 1983; 62 (5):327-334.
12. Lehman TJA, McCurdy DK, Bernstein BH, King KK, Hanson V. Systemic lupus erythematosus in the first decade of life. *Pediatrics* 1989; 83:235-239.
13. Reveille JD, Bartolucci A, Alarcón G. Prognosis in systemic lupus erythematosus. Negative impact of increasing age at onset, black race and thrombocytopenia as well as cases of death. *Arthritis Rheum* 1990; 33:37-48.
14. Cutler SJ, Ederer F. Maximum utilisation of the life table method in analyzing survival. *J Chron Dis* 1958; 8:699-712.
15. Hochberg MC, Boyd RE, Ahearn JM, Arnett FC, Bias WB, Provost TT, Stevens MB. Systemic lupus erythematosus: a review of clinico-laboratory features and immunogenetic markers in 150 patients with emphasis on demographic subsets. *Medicine* 1985; 64 285-295.

16. Jonsson H, Nived O, Sturfelt G. Outcome in systemic lupus erythematosus: a prospective study from a defined population. *Medicine* 1989; 68:141-150.
17. Pistiner M, Wallace DJ, Nessim S, Metzger AL, Klimenberg JR. Lupus erythematosus in the 1980s: a survey of 570 patients. *Semin Arthritis Rheum* 1991; 21:55-64.
18. Swaak AJ, Nossent JC, Bronsveld W, Van Rooyen A, Nieuwenhuys EJ, Theuns L, Smeenk RJT. Systemic lupus erythematosus. I. Outcome and survival: Dutch experience with 110 patients studied prospectively. *Ann Rheum Dis* 1989; 48:447-454.
19. Swaak AJ, Nossent JC, Bronsveld W, Van Rooyen A, Nieuwenhuys EJ, Theuns L, Smeenk RJT. Systemic lupus erythematosus. II. Observations on the occurrence of exacerbations in the disease course: Dutch experience with 110 patients studied prospectively. *Ann Rheum Dis* 1989; 48:455-460.
20. Folomeev M, Alekberova Z. Survival pattern of 120 males with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1990; 17:856-858.
21. Seleznick M, Freis J. Variables associated with decreased survival in systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 1991; 21:73-80.
22. Roubinani J, Papoian R, Talal N. Androgenic hormones modulate autoantibody responses and improve survival in murine lupus. *J Clin Invest.* 1977; 59:1066-1070.
23. Ansar Ahmed S, Penhale WJ, Talal N. Sex hormones, immune response and autoimmune disease: mechanisms of sex hormone action. *Am J Pathol* 1985; 121:531-539.
24. Lahita RG, Cheng CY, Monder C, Bardin W. Experience with 19-notestosterone in the therapy of systemic lupus erythematosus: worsened disease after treatment with 19-nortestosterone in men and lack of improvement in women. *J Rheumatol* 1992; 19 (4):547-555.

Novo

Balmox[®]

nabumetona



*Para que
um Anti-Inflamatório
não seja
um Fruto Proibido*

Balmox®

nabumetona

O PRIMEIRO AINE NÃO ACÍDICO



EM TOMA ÚNICA DIÁRIA
à noite

SUMÁRIO TÉCNICO

APRESENTAÇÃO

Comprimidos Revestidos
Embalagens de 10 e de 60 comprimidos revestidos, doseados a 500mg de nabumetona.
Comprimidos Dispersíveis
Embalagens de 60 comprimidos dispersíveis doseados a 500mg de nabumetona.
Embalagens de 30 comprimidos dispersíveis doseados a 1gr de nabumetona.
Suspensão oral
Embalagens de 200ml, cada 5ml contém 500mg de nabumetona.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

BALMOX® está indicado para tratamento agudo e crónico dos sintomas e sinais de osteoartrite e de artrite reumatóide.

BALMOX® está igualmente indicado numa série de situações que requerem terapêutica anti-inflamatória, incluindo afecções agudas peri-articulares e músculo-esqueléticas: bursites, tendinites, sinovites, espondilites, tenossinovites, periartrose do ombro, distensões articulares e musculares, lesões desportivas.

CONTRA-INDICAÇÕES

BALMOX® não deve ser administrado a doentes que previamente tenham tido manifestações de hipersensibilidade ao fármaco.

BALMOX® também não deve ser administrado a doentes que tiveram asma, urticária ou outras manifestações alérgicas, na sequência da administração de salicilatos ou de outros anti-inflamatórios não esteróides.

Tal como acontece com todos os outros AINES, antes de prescrever nabumetona a doentes com insuficiência hepática grave (p. e. cirrose) devem avaliar-se os possíveis benefícios contra os potenciais riscos.

Os doentes com sintomas e/ou sinais de insuficiência hepática devem ser monitorizados para despiste de eventual agravamento no decurso da terapêutica com nabumetona. Nesta situação deve suspender-se a terapêutica com nabumetona.

EFEITOS ADVERSOS

BALMOX® é, em regra, bem tolerado. Os efeitos adversos são geralmente ligeiros e incluem: dispêpsia, náuseas, obstipação, dor abdominal, flatulência, cefaleias, tonturas e sedação.

Nos ensaios clínicos em que se utilizaram doses superiores a 1gr, não se verificou um aumento da incidência de efeitos adversos.

A nefrotoxicidade é um efeito adverso que tem sido atribuído aos AINES, estando descritos casos de nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal associados à sua administração. Contudo, quer nos ensaios clínicos, quer nos estudos de farmacovigilância pós-comercialização efectuados com BALMOX®, só muito raramente foram referidas alterações renais.

INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS

A administração concomitante de Balmox® e de alimentos ou de leite acelera a absorção do fármaco, mantendo-se, contudo, inalterada a quantidade total do metabolito activo da nabumetona no plasma.

Devido à sua grande afinidade para as proteínas plasmáticas, a nabumetona pode eventualmente deslocar outros fármacos que também se liguem àquelas proteínas, o que implica a monitorização de manifestações de sobredosagem desses fármacos, sempre que administrados concomitantemente com nabumetona. Assim, doentes recebendo simultaneamente anticoagulantes, sulfonilureias, ou outras drogas com taxa elevada de ligação às proteínas, como por exemplo, sulfonamidas e hidantoínas, devem ser cuidadosamente vigiados, para detecção de quaisquer sinais de possível sobredosagem com estas drogas.

A administração concomitante de nabumetona e de antiácidos contendo alumínio, cimetidina, paracetamol ou ácido acetilsalicílico, não afectou a biodisponibilidade do principal metabolito activo da nabumetona.

É do conhecimento geral que os anti-inflamatórios não esteróides aumentam as concentrações dos digitálicos, lítio e metotrexato, podem reduzir a eficácia terapêutica dos diuréticos e fármacos anti-hipertensores e podem induzir hipercalémia quando administrados em simultâneo com diuréticos poupadores de potássio.

Não foram efectuados estudos de interacção da nabumetona com esses fármacos pelo que se recomenda precaução aquando da sua administração concomitante.

PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO

No decurso dos ensaios clínicos com nabumetona, cuja duração oscilou entre vários meses e oito anos, ocorreram úlceras sintomáticas do tracto digestivo superior, hemorragia digestiva macroscópica e perfuração em cerca de 0,3% dos doentes tratados durante 3 a 6 meses, em cerca de 0,5% dos doentes tratados durante 1 ano e em 0,8% dos doentes tratados durante 2 anos. Embora estes números sejam inferiores aos atribuídos a outros AINES, os médicos devem estar alertados para a possibilidade da ocorrência de úlcera péptica, hemorragia digestiva ou perfuração, mesmo em doentes sem história prévia de doença ulcerosa.

Em doentes com úlcera péptica em actividade, ao iniciar terapêutica com nabumetona, devem ponderar-se os benefícios contra os potenciais riscos, instituir terapêutica anti-ulcerosa adequada e monitorizar cuidadosamente a evolução dos doentes.
Nos doentes com insuficiência renal não é, em regra, necessário ajustar a posologia. Contudo, tal como acontece com todos os AINES, a monitorização dos doentes com insuficiência renal grave deve ser mais rigorosa do que a de doentes com função renal normal.
Alguns doentes medicados com nabumetona têm referido o aparecimento de edema periférico, pelo que o fármaco deve ser prescrito com precaução em doentes com retenção hídrica, hipertensão ou insuficiência cardíaca.
Devem ser submetidos a exame oftalmológico os doentes que medicados com nabumetona (tal como com todos os AINES) surjam com visão embaçada ou diminuição da acuidade visual.

CATEGORIA FÁRMACO-TERAPÊUTICA

Medicamento anti-reumático — anti-inflamatório não esteróide.

UTILIZAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Embora não se tenham observado efeitos adversos nos estudos de teratogenicidade, fertilidade e reprodução, a nabumetona não deve ser prescrita durante a gravidez e aleitamento, a não ser que os possíveis benefícios superem os potenciais riscos para o feto ou lactente.

A nabumetona não deve ser administrada no decurso do 3º trimestre da gravidez pelos efeitos atribuídos aos inibidores da síntese das prostaglandinas, quer no encerramento do canal arterial (humanos), quer na distócia e atraso no parto (animais).

UTILIZAÇÃO NO IDOSO

Para a mesma dosagem, o perfil de eficácia e de efeitos adversos da nabumetona no idoso é sobreponível ao da população geral.

UTILIZAÇÃO EM PEDIATRIA

Os dados existentes relativamente à utilização de BALMOX® em pediatria são insuficientes para permitir a sua administração a crianças.

EFEITOS SOBRE A CAPACIDADE DE CONDUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE MÁQUINAS

(sedação e sonolência)

No caso de ocorrerem tonturas ou outras perturbações do SNC durante a administração da nabumetona, o doente não deve conduzir veículos automóveis nem operar com máquinas.

POSOLOGIA

A dose usual recomendada é de 1.000mg/dia numa toma única, com ou sem alimentos.

A dosagem pode ser aumentada, se necessário, para 1.500 ou 2.000 mg/dia, em toma única ou fraccionados.

A duração do tratamento deve ser estabelecida pelo médico assistente. No caso de omitir uma ou mais administrações, deve prosseguir o tratamento de acordo com a posologia previamente estabelecida.

SOBREDOSAGEM

Não existe antídoto específico. Em caso de sobredosagem, deve proceder-se a lavagem gástrica e instituir terapêutica com carvão activado (60gr por via oral em doses fraccionadas) e de suporte.

AVISOS

No caso de ocorrerem efeitos indesejáveis não mencionados neste folheto informativo, deve referi-los de imediato ao seu médico assistente.

BALMOX® não deve ser administrado sem verificar previamente o prazo de validade.



**MANTER FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS
PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE CONSERVAÇÃO**

Manter em lugar seco e fresco.
Fabricado por:
Smithkline Beecham Pharmaceuticals
Crawley - Inglaterra

Para
© BEECHAM PORTUGUESA
Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda.
Rua Sebastião e Silva, n.º 56
Massamá, 2745 Queluz

© BEECHAM PORTUGUESA
Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda.
Capital Social 65 000 000\$00 - C.R.C. Sintra - Matrícula n.º 4428 Fis 12 - V5 livro C12 - Cont. n.º 500 322 708

BALMOX®	PVP*	COMPARTICIPAÇÃO							
		REGIME GERAL (70%)				REGIME ESPECIAL (85%)			
		ESTADO	UTENTE	CMTD		ESTADO	UTENTE	CMTD	
ESTADO	UTENTE			ESTADO	UTENTE				
500 mg									
10 comp.	729\$00	510\$00	219\$00	102\$00	43\$80	620\$00	109\$00	124\$00	21\$80
60 comp.	4255\$00	2979\$00	1276\$00	99\$30	42\$50	3617\$00	638\$00	120\$60	21\$20

*IVA incluído à taxa de 5%

EFICÁCIA com elevado índice de SEGURANÇA

FACTORES PSICOSSOCIAIS NA ARTRITE REUMATÓIDE

O Conhecimento dos Reumatologistas

LUÍS REBELO*

RESUMO

FACTORES PSICOSSOCIAIS NA ARTRITE REUMATOIDE

O conhecimento dos reumatologistas

Os aspectos psicossociais da artrite reumatóide (A.R.) são relevantes, contudo as referências bibliográficas são excepcionais e os seus conteúdos são frequentemente contraditórios. Contudo, seguramente que existe entre os reumatologistas um conhecimento sobre este assunto. Com a finalidade de o caracterizar o autor realizou doze entrevistas semi-estruturadas a médicos representativos da reumatologia portuguesa. Foi realizada uma análise de conteúdo das entrevistas segundo nove categorias significativas: 1.^a a etiologia da AR, 2.^a características sócio-demográficas dos pacientes com A.R., 3.^a estado civil e AR, 4.^a AR, doença feminina, 5.^a história familiar e AR, 6.^a acontecimentos de vida e AR, 7.^a famílias disfuncionais e AR, 8.^a equipa de saúde e AR, 9.^a o médico de família e a AR.

Foi possível caracterizar alguns dos conhecimentos empíricos dos reumatologistas sobre os factores psicossociais na artrite reumatóide

* Generalista. Assistente de Clínica Geral e Medicina Comunitária da F.M.L.

e identificar o modelo médico de prática clínica predominante entre eles.

SUMMARY

PSYCHOSOCIAL FACTORS IN RHEUMATOID ARTHRITIS Some perceptions of rheumatologists

The existing references of psychosocial factors in rheumatoid arthritis (R.A.) are exceptional and controversial.

In this area knowledge of experts in rheumatology is substantial. The author recorded twelve "structured interviews" with people representative of the portuguese rheumatology concerning their knowledge about the psychosocial factors in R.A. The doctor's selection was made by sex, age and school of medicine representation.

Each interview was study around nine categories: 1.º R.A. aetiology, 2.º Sociodemographic aspects of the R.A. patients, 3.º Marital status and A.R., 4.º Gender and R.A., 5.º Family history and A.R., 6.ª Life events and A.R., 7.º Disfuncional families and A.R., also 8.º Team work and R.A., 9.º The family doctor and the A.R.

The author presents a "content analysis" of the nine itens in a categorial and evaluation basis.

INTRODUÇÃO

A etiologia da artrite reumatóide mantém-se desconhecida ao fim de muitos anos de intensa investigação. Têm sido estudados factores endócrinos, psicossociais, genéticos e infecciosos mas até ao momento não existem conclusões definitivas (1).

O médico de família tem uma perspectiva dos pacientes com

artrite reumatóide distinta da do reumatologista. Ao longo do tempo, vai acumulando conhecimentos sobre a sua história biomédica e psicossocial, enquanto o paciente se mantém integrado nos seus contextos familiar, laboral e comunitário. Através de uma prática clínica integradora e transdisciplinar e em continuidade o médico de família, sendo o médico do primeiro contacto, pode contribuir para a (re)descoberta da história natural das doenças crónicas (2).

Por outro lado, é sabido que o médico de família só em cerca de 20% das suas consultas aplica estritamente o modelo biomédico. E que em cerca de 35% delas estão em causa sobretudo problemas psicossociais, em outros 35% encontra situações auto-limitadas, de curta duração e em que a acção terapêutica não é relevante. Por fim, nos restantes 10% de consultas é a acção de tipo preventivo que prevalece (3).

O reumatologista tem uma prática de conteúdo diferente, contudo não deve ser desprezível a percentagem de consultas cujo motivo real são factores de tipo psicossocial.

Rolland (4,5) descreve um modelo que conceptualmente dá resposta à necessidade que temos de compreender as relações existentes entre a doença crónica, o paciente portador de uma doença crónica e a sua família. É um modelo tridimensional. Assim, seria possível conceptualizar um tipo psicossocial de doença fruto da correlação de quatro itens — o seu início, a evolução, o final e a incapacidade. A segunda dimensão diria respeito ao desenvolvimento da doença com o decorrer dos anos e assim ocorreriam as fases de crise, a fase crónica e a terminal. A última dimensão incluiria uma série de componentes da funcionalidade familiar em face da doença.

O contexto clínico em que este modelo se pode desenvolver é descrito pelo autor como um quadrilátero em que os vértices seriam o paciente, a sua família, o médico (equipa de saúde) e a doença crónica, doença que seria possível tipificar sob o seu tipo psicossocial e que estaria em certa fase de desenvolvimento no tempo.

A relevância dos factores psicossociais na artrite reumatóide não merece contestação. Mas, a literatura sobre o assunto é limitada e está dispersa e as suas conclusões são com frequência contraditórias (6).

Os reumatologistas são os peritos do manejo da artrite reumatóide. É seguro que eles, de resto como todos os médicos, tomam decisões de acordo com um conjunto vasto de conhecimentos que adquiriram e que aplicam segundo certo modelo médico. Conhecimentos de tipo científico adquiridos nos tratados de medicina e de tipo experiencial via consulta de todos os dias.

Assim, como complemento a um projecto de investigação mais vasto, cujo enquadramento foi sumariamente descrito, o autor decide estudar os conhecimentos dos reumatologistas a propósito dos factores psicossociais na artrite reumatóide.

Será apresentada uma “análise de conteúdo” (7,8) de doze entrevistas semi-estruturadas realizadas a reumatologistas portugueses.

OBJECTIVOS

São objectivos deste trabalho caracterizar alguns dos conhecimentos dos reumatologistas sobre os factores psicossociais na artrite reumatóide e identificar o modelo médico de prática clínica predominante entre eles.

MÉTODO

Foram seleccionados doze reumatologistas de acordo com um conjunto de características — sexo, idade, anos de prática e de especialização, região e local de trabalho (Quadro 1).

Os dados recolhidos foram organizados em nove categorias significativas: 1 — a etiologia da A.R., 2 — as características sócio-demográficas dos pacientes com A.R., 3 — o estado civil e a A.R., 4 — A.R. doença feminina, 5 — história familiar e A.R., 6 — acontecimentos de vida e A.R., 7 — disfunção familiar e A.R., 8 — equipa de saúde e A.R. e 9 — o médico de família e a A.R.

As entrevistas foram do tipo semi-estruturado com perguntas abertas, pretendendo-se que os entrevistados discorressem à vontade sobre os tópicos em análise partindo de uma série de perguntas — guia (Vidê anexo 1).

Fez-se uma “análise de conteúdo” das nove categorias significativas.

Entre as categorias estudadas, as respostas dos reumatologistas às sete primeiras foram consideradas como tendo potencialmente características psicossociais, pelo que foram operacionalizadas de tal modo que fosse possível estudar quer o tipo de conhecimentos quer o modelo médico usado.

RESULTADOS

CATEGORIA 1 — ETIOLOGIA DA A.R.

Sub-categorias 1.1 — Causalidade multifactorial

1.2 — Importância dos factores psicossociais

Médicos	1.1	1.2
Relevante	10	10
Não relevante	2	2
Não sabe	0	0

Conclusões Parciais

* Quanto à etiologia da artrite reumatóide uma larga maioria pensa que ela permanece desconhecida sendo a sua causalidade de tipo multifactorial, em que os factores psicossociais teriam um papel a desempenhar;

* Quando se aprofunda o assunto as opiniões dispersam-se.

Frases Significativas:

* “A artrite reumatóide não é uma doença, é uma síndrome”

* “A artrite reumatóide é uma doença rigorosamente crónica”

CATEGORIA 2 — CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E A.R.

Sub-categorias 1.1 — Origem geográfica

1.2 — Classe social

1.3 — Profissão específica

Médicos	1.1	1.2	1.3
Relevante	3	1	1
Não relevante	8	11	11
Não sabe	1	0	0

Conclusões Parciais

* A maioria pensa que as características sócio-demográficas não são um item relevante.

* A maioria afirma que um paciente pertencer a uma classe social

baixa é um factor em si de mau prognóstico. O diagnóstico é mais tardio, “suportam” mais tempo a doença, têm formas mais graves, aderem pior às terapêuticas, têm uma deficiente educação para a saúde e usam pior os serviços de saúde. A doença representa para eles, por vezes um ganho secundário e sempre um custo económico elevado.

Frases Significativas:

* “Em 15 anos de trabalho clínico numa Penitenciária só vi uma artrite reumatóide”

* “A artrite reumatóide não é uma doença dos pobres”

CATEGORIA 3 — ESTADO CIVIL E A.R.

Sub-categorias 1.1 — Importância do estado civil

1.2 — Importância do divórcio

1.3 — Dificuldade em voltar a casar

Médicos	1.1	1.2	1.3
Relevante	5	5	2
Não Relevante	3	4	3
Não sabe	4	3	7

Conclusões Parciais

* Esta questão provocou grande dispersão de opiniões, muitos admitiram não ter qualquer ideia formada sobre o assunto;

* O divórcio entre os pacientes com artrite reumatóide foi tido como importante, mas não foi possível chegar a um consenso se o divórcio deva ser encarado como uma causa ou um efeito.

Frases Significativas:

- *“Nos doentes com artrite reumatóide convoco sempre o cônjuge”
- *“Geralmente é o marido que abandona a mulher doente”

CATEGORIA 4 — A.R. DOENÇA FEMININA. Razões biológicas vs biopsicossociais

Médicos	
Razões bm	8
Razões bps	0
Não sabe	4

Conclusões Parciais

* A totalidade dos médicos inquiridos não colocaram se quer a hipótese de a alta prevalência da A.R. no sexo feminino ter a ver com algo para além de razões estritamente biológicas;

- * A razão biológica mais referida foi a hormonal.

Frases significativas:

- *“O maior factor de risco na A.R. é ser-se mulher”.

CATEGORIAS 5 — HISTÓRIA FAMILIAR E A.R.

Sub-categorias 1.1 — Padrão de transmissão genética

1.2 — Famílias com múltiplos casos de A.R.

Médicos	1.1	1.2
Relevante	9	5
Não relevante	3	7
Não sabe	0	0

Conclusões

- * Foi a questão que povocou maior dispersão de respostas;
- * Foi referido mais a existência de “famílias auto-imunes” e menos a de “famílias reumatóides”;

Frases Significativas:

*“Existem famílias com distúrbios auto-imunitários complexos, geracionais”

* “As famílias reumatóides que tenho são todas DR4”

CATEGORIA 6 — ACONTECIMENTOS DE VIDA E A.R.

Sub-categorias 1.1 — Acontecimentos de vida e A.R.

1.2 — Tipos e frequência de acontecimentos de vida

Médicos	1.1	1.2	
Relevante	9	Tipos : e frequência	1° Divórcio / Separação
Não relevante	3		2° Morte de cônjuge
Não sabe	0		3° Conflito conjugal
			4° Morte de filho
			5° Perda de emprego
			6° Acidente grave de viação
			7° Acidente grave de trabalho
			8° Problemas laborais
			9° Marido na guerra
			10° Problemas de herança
			11° Nascimento de filho

Conclusões Parciais

* Este tópico foi considerado relevante pela quase totalidade dos inquiridos e foi fácil a recordação dos acontecimentos de vida mais frequentemente relatados por estes pacientes;

* É de notar que os acontecimentos de vida mais frequentes são de natureza familiar

* Vários médicos defendem que a existência de problemas familiares é de “per si” um factor de mau prognóstico na artrite reumatóide;

Frases Significativas:

*“Encontrava sempre algum fenómeno de stress prolongado nos meus casos de artrite reumatóide”

*“Os acontecimentos de vida têm uma influência importante no desencadeamento, agravamento e até melhoria da artrite reumatóide”

CATEGORIA 7 — FAMÍLIAS DISFUNCIONAIS E A.R.

Médicos	1.1
Relevante	2
Não relevante	7
Não sabe	3

Conclusões Parciais

* Este tópico foi considerado maioritariamente como não relevante cuja informação foi assumida como insuficiente para que fosse possível uma resposta;

* Alguns lembraram a fibromialgia como uma doença onde era mais evidente a existência de famílias disfuncionais;

* A reumatologia pediátrica foi recordada por aí ser muito clara a importância da funcionalidade familiar, sendo mesmo apontada a disfunção familiar como “um dos piores factores de prognóstico”;

Frase Significativa:

* “Custa-me muito a crer que uma doença tão erosiva possa estar dependente de factores deste tipo”

CATEGORIA 8 — EQUIPA DE SAÚDE E A.R.

Sub-categorias 1.1 — Adequação dos cuidados prestados

1.2 — Existência de equipa de saúde

1.3 — Composição da equipa ideal

Médicos	1.1	1.2	1.3
Relevante	12	10	Equipa ideal por ordem de referência :
Não relevante	0	0	1º Reumatologista
Neutro	0	1	2º Fisioterapeuta
			3º Cirurgião ortopédico
			4º Psicólogo
			5º Assistente social
			6º Médico de família
			7º Terapeuta ocupacional
			8º Neurologista
			9º Internista
			10º Enfermeira
			11º Visitadora domiciliária

Conclusões Parciais

* É de sublinhar que esta questão foi a única que provocou unanimidade. Todos estão insatisfeitos com os cuidados que prestam aos pacientes;

* Quanto à necessidade de uma equipa de saúde já não se obteve um sim unânime, mas em todo o caso a resposta afirmativa é muito significativa;

* Existe vontade de alterar o “status quo” e foram avançadas propostas concretas;

* É de notar que o médico de família na generalidade das opiniões, ainda não é assumido como um elemento da equipa nuclear;

Frases Significativas:

* “Hoje, estamos em Portugal como a França estava à 50 anos“

* “A qualidade de vida é actualmente o mais importante para o doente com artrite reumatóide”

CATEGORIA 9 — O MÉDICO DE FAMÍLIA E A A.R.

Sub-categorias 1.1 — Importância do médico de família

1.2 — Satisfação com o papel do médico de família

1.3 — Propostas para melhorar a articulação

Médico	1.1	1.2	1.3
Relevante	11	8	Propostas:
Não relevante	0	2	- cartas bidireccionais
Neutro	1	2	- linha telefónica especial
			- rede informática
			- reuniões informais
			- colaboração em investigação
			- co-gestão de casos

Conclusões Parciais

* Embora na categoria 8 o médico de família não entre na equipa nuclear, existe quase unanimidade quanto à sua importância.

* A maioria está insatisfeita com o desempenho funcional e clínico do médico de família;

* São feitas algumas propostas para reverter a situação, sendo de realçar a importância dada às “cartas bidireccionais” e à necessidade de formação em reumatologia no pré e no pós graduado;

Frases Significativas:

* “Eu escrevo sempre aos médicos que me escrevem”

* “As linhas telefónicas reumatológicas pouco resultado têm tido”

“QUALIDADE” DAS RESPOSTAS E MODELO MÉDICO

Considerando as sete primeiras categorias e para os 12 reumato-

Reumatologistas por idade e sexo

Idade	Sexo Masculino	Sexo Feminino
35 - 45	8	
45 - 55	2	
+ 55	1	1

Reumatologistas por anos de prática e especialização

Anos de prática		Anos de especialização	
0 - 10	2	0 - 5	3
1 - 20	5	6 - 10	5
+ 20	5	+10	4

Reumatologistas por região e local de trabalho

Região		Local de trabalho	
Lisboa	9	Hospital St.Maria	2
		Hospital Garcia da Horta	1
		Hospital Militar Principal	1
		Instituto de Reumatologia	2
		Privada	1
Coimbra	1	Hospital Universitário	1
Porto	1	Hospital S. João	1
Ilhas	1	Hospital do Funchal	1
Portugal	60		

Quadro 1 - Características dos reumatologistas entrevistados

logistas, seria possível obter num total de 84 respostas, entre 0 e 84 quer numa "perspectiva biomédica" quer numa "perspectiva biopsicossocial".

Todas as respostas afirmativas (relevante) foram consideradas de tipo biopsicossocial e as respostas negativas e neutras (não relevante) foram consideradas de tipo biomédico. Na categoria 1 só se considerou a resposta da 2.º sub-categoria e nas categorias 2 e 3 foi considerada afirmativa quando 2 das 3 sub-categorias foram respondidas como relevantes.

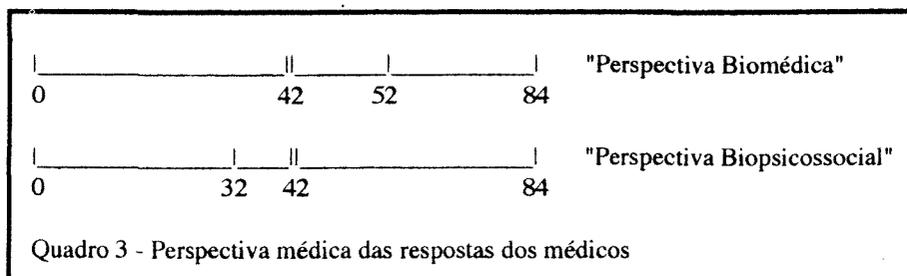
Quanto ao modelo médico de prática clínica, implícito ao seguimento de pacientes com artrite reumatóide, foi considerado como sendo biomédico quando o reumatologista pontuava nas sete categorias, com mais de quatro respostas de tipo biomédico.

Comentários

* Observado o total das respostas dos médicos (Quadro 2 e 3), 32 responderam na direcção da "perspectiva biopsicossocial" e 52 na

Categoria	bm	bps
nº 1	2	10 (etiologia da A.R.)
nº 2	11	1 (caract. sócio-demográficas e A.R.)
nº 3	8	4 (estado civil e A.R.)
nº 4	12	0 (A.R. e doença feminina)
nº 5	7	5 (história familiar e A.R.)
nº 6	2	10 (acontecimentos de vida e A.R.)
nº 7	10	2 (famílias disfuncionais e A.R.)
Total	52	32

Quadro 2 - "Qualidade" das respostas dos médicos



direcção da “perspectiva biomédica”. Esta relativa predominância da “perspectiva biomédica” não surpreende, sendo de valorizar antes o alto resultado da “perspectiva biopsicossocial” se tivermos em conta a formação médica de que são alvo os médicos em geral;

* Embora a maioria das respostas seja do tipo biomédico, constata-se que em algumas categorias — etiologia e acontecimentos de vida, o tipo de resposta que claramente predominou foi a de tipo biopsicossocial;

* As categorias respondidas mais na “perspectiva bm” foram a 4 e 2 e as categorias respondidas mais na “perspectiva bps” foram a 1 e 6, sendo de constatar que o maior grau de discrepância entre os reumatologistas foi nas categorias 3 e 5;

* Quanto ao modelo médico assumido pelos diferentes reumatologistas, ao serem confrontados com a problemática psicossocial do paciente com artrite reumatóide, constata-se que menos de metade — 4 assumiram estritamente o modelo tradicional biomédico e que entre os outros, 7 apresentam um equilíbrio entre os dois modelos e só um assume um modelo biopsicossocial puro (Quadro 4).

CONCLUSÕES FINAIS

Em termos gerais, os reumatologistas têm um significativo conhecimento empírico dos factores psicossociais na artrite reumatóide.

Médico	bps	bm	modelo médico
A	1	6	bm
B	3	4	bm=bps
C	2	5	bm
D	2	5	bm
E	3	4	bm=bps
F	3	4	bm=bps
G	3	4	bm=bps
H	3	4	bm=bps
I	2	5	bm
J	3	4	bm=bps
L	3	4	bm=bps
M	5	1	bps
Total	1 bps	7 bm=bps	4 bm

Quadro 4 - Modelo médico individual

A importância dada aos acontecimentos de vida e a valorização dos factores psicossociais na etiologia da A.R., faz suspeitar que outros factores psicossociais também poderiam ter sido mais considerados se fizessem parte há mais tempo da tradição do diagnóstico, nomeadamente a questão da predominância da artrite reumatóide no sexo feminino e a valorização da disfunção familiar na cadeia etiológica da doença.

O modelo médico de prática clínica predominante entre os reumatologistas entrevistados pode ser considerado de tipo misto, e que a maioria responde segundo uma perspectiva tanto biomédica como biopsicossocial.

Será possível e desejável que os reumatologistas orientem cada vez

mais a sua práxis para uma linha integradora e contextual, mantendo em continuidade este paciente crónico, apoiados numa equipa onde nomeadamente as virtualidades do médico de família sejam potenciadas?

Será que a abordagem biomédica tradicional evoluirá, no caso desta doença crónica e noutras semelhantes, para uma abordagem biopsicossocial mais centrada no paciente e na sua família?

REFERÊNCIAS

1. Harris Jr. ED. Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. In: Kelley WN, Harriis ED Jr, Ruddy S, Sledge CB, editors. Textbook of Rheumatology. Philadelphia: Saunders, 1989: 905-942.
2. Rebelo L. A doença crónica, o doente crónico e a sua família. Repercussão psicossocial da diabetes. Acta Med Portuguesa 1992; 5: 383-387.
3. Rolland JS. The impact of illness on the family. In: Rakel RE, editor. Textbook of Family Practice: Philadelphia: Saunders, 1990; 80-100.
4. Rolland JS. A conceptual model of chronic and life-threatening illness and its impact on families. In: Chilman CS, Nunnally EW, Cox FM, editors. Chronic Illness and Disability. Families in Trouble, Volume 2. Sage Publications, 1988; 1: 17-68.
5. Liang MH. Psychosocial aspects of rheumatic diseases. In: Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, Sledge CB, editors. Textbook of Rheumatology. Philadelphia: Saunders, 1989: 611-620.
6. Carmichael LP, Carmichael L. The relational model in family practice. Marriage Fam Rev 1981; 4:123.
7. Ferreira de Almeida J, Pinto JM. A investigação nas ciências sociais. Biblioteca de textos universitários 14. Editorial Presença, 1975.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70. Persona, 1977.

AGRADECIMENTOS

Muito agradeço aos doze médicos reumatologistas que prontamente acederam a ser entrevistados. Também são devidos agradecimentos especiais à socióloga Dr.^a Maria das Dores Guerreiro, ao reumatologista Prof. Mário Viana de Queiróz e ao médico de família Dr. Vitor Ramos que com os seus comentários contribuíram para a versão final deste trabalho.

Correspondência:

Dr. Luís Rebelo

Clínica Geral e Medicina Comunitária

Faculdade de Medicina de Lisboa — 1699 Lisboa Codex

ANEXO - 1

GUIÃO DE ENTREVISTA A PERITOS EM ARTRITE REUMATÓIDE

1. ETIOLOGIA DA A. R.

- 1.1. Conhecida, Desconhecida?
- 1.2. Unifactorial, Multifactorial ?
- 1.3. Tipo de causa mais importante ? Genética, Imunológica, Infecciosa, Hormonal, Psicológica, Outra ?

2. HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA (1º SURTO)

- 2.1. Idade de início do 1º surto. Mantida ? Mais precoce, mais tardia ?
- 2.2. Período pré-clínico. Nº meses entre os 1º sintomas e o diagnóstico clínico - 6, 12, 24 ?
- 2.3. Período post-clínico. Nº de meses entre o diagnóstico e o início de tratamento e a fase da remissão - 6, 12 ?
- 2.4. Comorbilidade. A A. R. cursa isoladamente ou não ? Tipo de morbilidade associada mais frequente ?

3. CARACT. SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E A.R.

- 3.1. Origem Geográfica e A.R. Relevante, não relevante ? Litoral vs Interior ? Rural vs Urbano ?
- 3.2. Classe Social e A.R. Relevante, não relevante ? Classe Alta vs Baixa ?
- 3.3. Profissão e A.R. Relevante não relevante. Tipo predominante ?

4. GÉNERO, HISTÓRIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

- 4.1. Prevalência e A.R. Relação homem / mulher?
- 4.2. Género e A.R. Razões que justifiquem a A.R. como "doença feminina" ?
- 4.3. Gravidez e A.R. Razões que justifiquem que a A.R. melhore quando a mulher engravida ?
- 4.4. Nulíparas vs Múltiparas e A.R. Existe diferença? A A.R. estará associada à multiparidade ?
- 4.5. Menopausa e A.R. Existirá alguma relação ? Ainda pode ser considerada uma doença perimenopáusicas ?

5. CARACT. CONJUGAIS E FAMILIARES

- 5.1. Estado civil e A.R. Será importante que a maioria dos doentes com A.R. sejam casados e tenham filhos ? Pensa que os doentes com A.R. se divorciam mais, ou que nos divorciados há mais A.R. ? Os divorciados com A.R. terão mais dificuldade em se voltarem a casar ?
- 5.2. História familiar. Segundo a sua experiência acha que existe um padrão de transmissão hereditário ? Tem encontrado "famílias reumatóides" ?
- 5.3. Acontecimentos de Vida e 1º surto de A.R. Relevante, não relevante a ocorrência de AV antes do 1º surto de A.R. ? De que tipo ocorrem com maior frequência ?
- 5.4. Famílias disfuncionais e A.R. Está descrito que famílias com certas características poderiam contribuir para a ocorrência de certas doenças. Pensa que este aspecto pode ser importante na A.R. ?

6. ACTIVIDADE E INCAPACIDADE DA A.R.

- 6.1. Nem todos os doentes com A.R. apresentam o mesmo grau de actividade e de incapacidade. Que factores pensa que estão na base destas diferenças ?
- 6.2. Pensa que quanto maior é o grau de actividade da doença no 1º surto maior é o grau de incapacidade no futuro ?

7. PERSPECTIVA EVOLUTIVA DA A.R.

Comparação dos primeiros casos de A.R. que tratou no início da carreira médica com os casos actuais de A.R. que lhe surgem :

- 7.1 - diferenças no tipo de doente;
- 7.2 - diferenças nas manifestações da doença;
- 7.3 - diferenças no tipo de tratamento ministrado;
- 7.4 - diferenças nos clínicos e nas instituições.

8. CUIDADOS AO PACIENTE. PRESENTE E FUTURO

- 8.1 Adequação dos cuidados prestados ao A.R. no actual S.N.S. ?
- 8.2. Que plano de cuidados no futuro ? Equipa ideal ? Relação com o Médico de Família ?

RÈGLES DE PUBLICATION

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

NORMS OF PUBLICATION

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

D

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

*

Dear Colleague(s) / Sir(s)

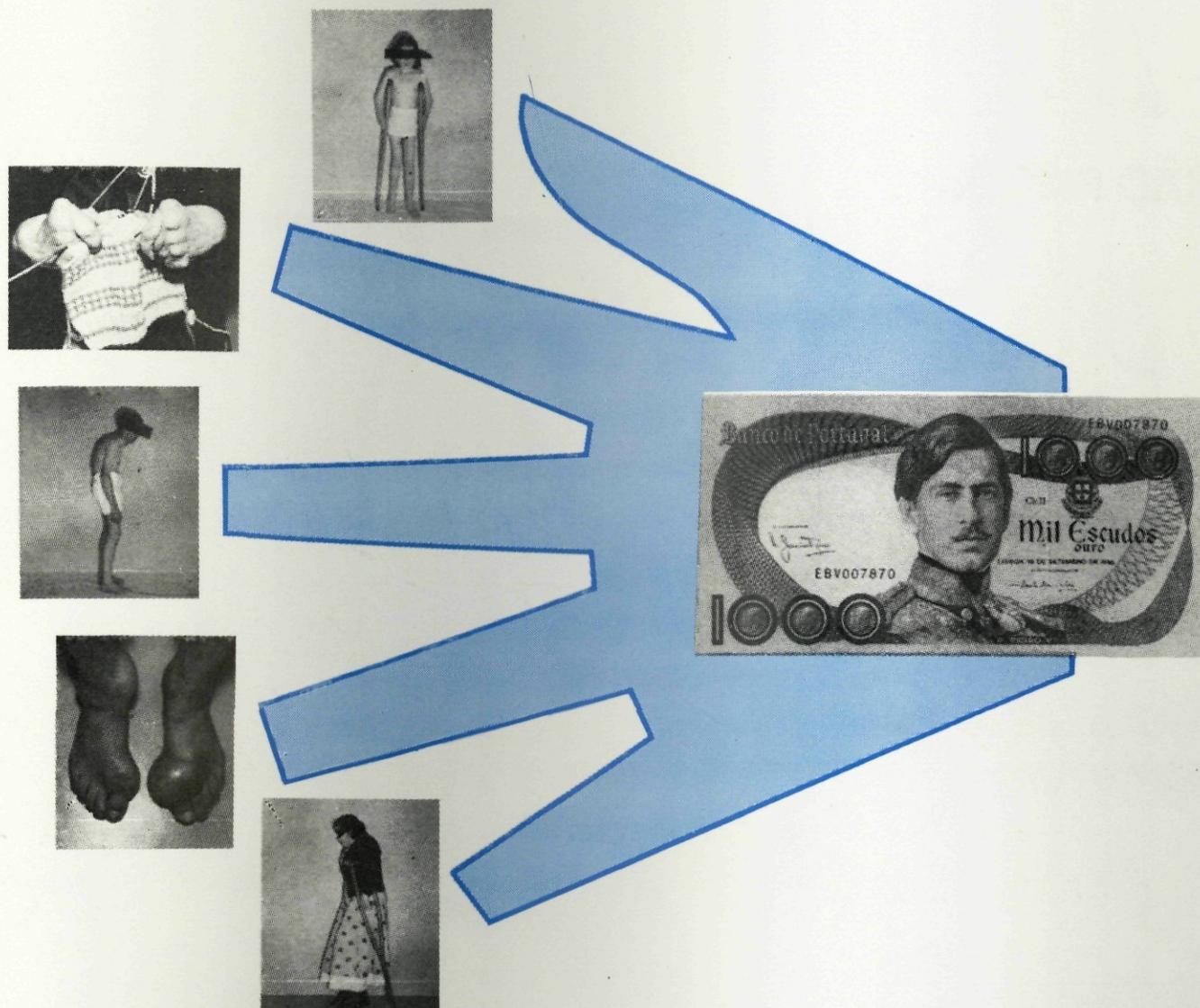
The Portuguese Society of Rheumatology is very good to send you the publications: The «ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA» (review of medical documentation) and the «BOLETIM INFORMATIVO» (bulletin on rheumatological information).

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

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

Thanking you for your cooperation, with kind regards.

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



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

LIGA PORTUGUESA CONTRA O REUMATISMO

Rua D. Estefânia, 187-189 — 1000 LISBOA

Telefs. 57 23 26 - 4 07 64

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

Nas situações reumáticas
e inflamatórias agudas ou crónicas

Rantudil 90



ACÇÃO RÁPIDA



EFICÁCIA ASSEGURADA



**TOLERABILIDADE
COMPROVADA**

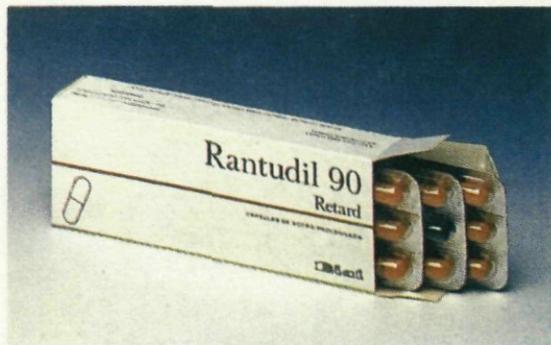
PVP 4.010\$00 cx. 30 cápsulas

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

Venda mediante receita médica

Contém lactose

Informação adicional disponível sempre que solicitada



medi **Bial**

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

