

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

Vol. XXI

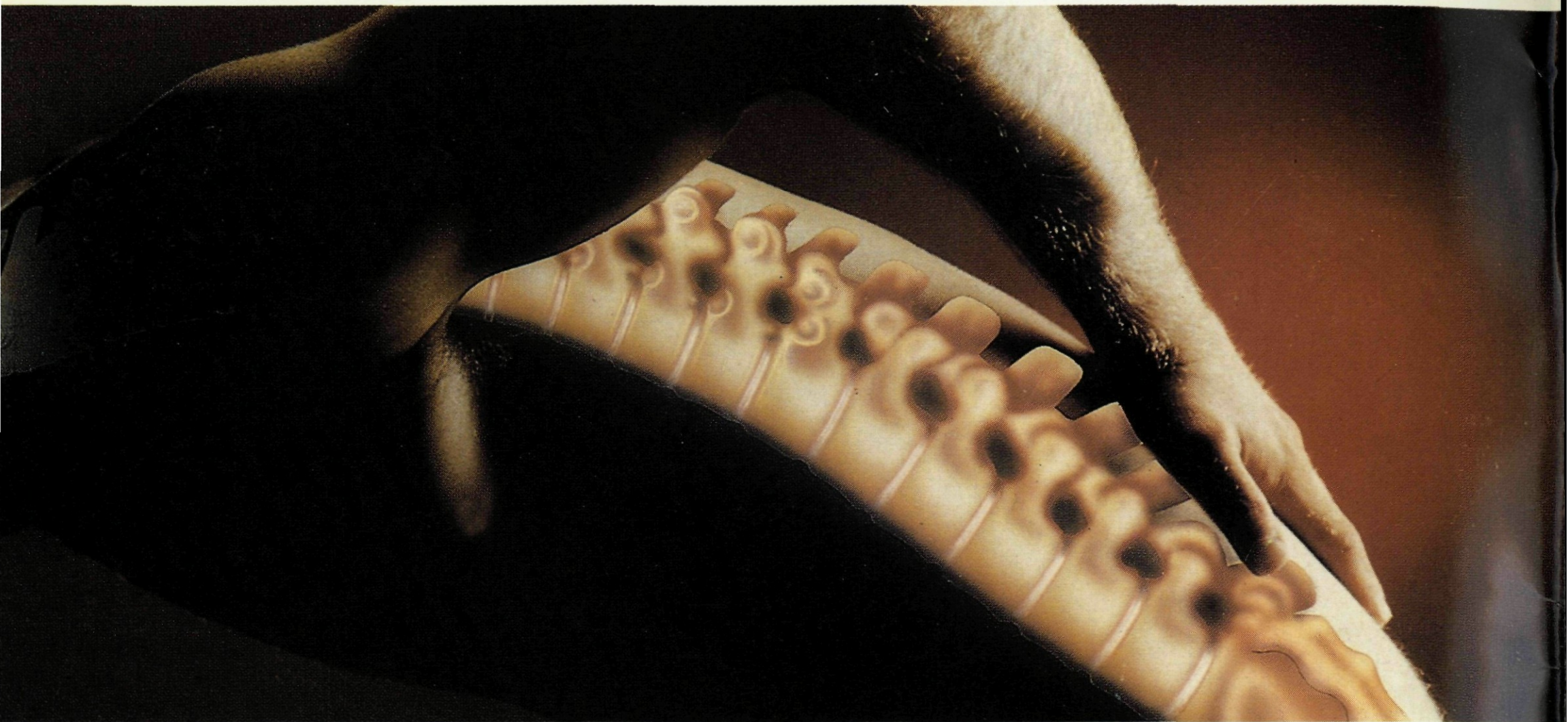
Nº 76

Janeiro-Março 1996



ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

Patologia Da Coluna



Feldene ^{PIROXICAM®}

Toma Única Diária

RESPOSTA ENÉRGICA
PARA UMA
SITUAÇÃO DOLOROSA

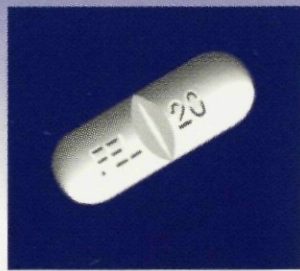


PIROXICAM®
Feldene IM

| 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

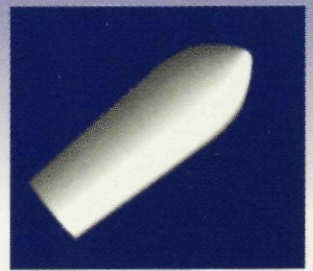


PIROXICAM®
Feldene 20 *Comprimidos Dispersíveis*

| 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



PIROXICAM®
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

Índice

Editorial

Reumatologia em Portugal: Como, quando e porquê?

J. A. Canas da Silva 5

Artigos originais

Lombalgias – caracterização populacional e estudo comparativo entre um grupo rural e um grupo urbano

Aida Estudante, Fernando Saraiva 7

"Health assessment questionnaire" (versão curta): adaptação para língua portuguesa e estudo da sua aplicabilidade

R. André Santos, Paulo Reis, Luís Rebelo, F. Costa Dias, C. Miranda Rosa,
M. Viana de Queiroz 15

Revisão do interno

Pé: ortóteses na patologia osteoarticular reumatológica

Elsa Marques 21

Noticias 28

Sociedade Portuguesa de Reumatologia: Relatório de actividades e Relatório de contas 1995

..... 30

Regulamentos de Prémios e Bolsas 34

Agenda nacional 39

Agenda internacional 39

Normas de publicação 41

Acta Reumatológica Portuguesa

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR CHEFE (Chief Editor)
EDITOR EXECUTIVO (Executive Editor)
EDITORES ASSOCIADOS (Associated Editors)

Viviana Tavares
J. Canas da Silva
A. Aroso Dias
Eugénia Simões
Jaime Branco
J. A. Melo Gomes
J. A. Pereira da Silva
J. C. Teixeira da Costa
José António Silva
Helena Santos
M^ª José Leandro
Pedro Gonçalves
Rui André Santos
Teresa Nóvoa

EDITORES ADJUNTOS (Assistant Editors)

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

DIRECÇÃO

PRESIDENTE
VICE-PRESIDENTES

Dr. J. A. Pereira da Silva
Dr. Adriano Neto
Dr^ª Sara de Freitas
Dr. A. C. Alves de Matos
Dr^ª Viviana Tavares

TESOUREIRO
VOGAL REGIÃO SUL
CENTRO
NORTE
ILHAS

Dr. Carlos Miranda Rosa
Dr^ª Cristina Catita
Dr. Jorge Silva
Dr. Simões Ventura
Dr. Guilherme Figueiredo

SEC.-GERAL
SEC.-ADJUNTO

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

PRESIDENTE
VOGAIS

Prof. Dr. Mário Viana Queiroz
Dr. Rui André Santos
Dr^ª Eugénia Simões

CONSELHO FISCAL

PRESIDENTE
RELATOR
VOGAL

Prof. José António Silva
Dr. Augusto Faustino
Dr^ª Maria do Céu Maia

PRESIDENTE ELEITO

Dr. José António Melo Gomes

CONSELHO CIENTÍFICO

ANATOMIA PATOLÓGICA
BIOQUÍMICA
CARDIOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
GASTROENTEROLOGIA
HIDROLOGIA
IMUNOLOGIA
MED. FÍSICA E DE REAB.
MEDICINA INTERNA

Dr^ª Odete Almeida
Prof. Dr. J. Martins e Silva
Prof. Dr. Mário Lopes
Prof. Dr. Galvão Teles
Prof. Dr. Guilherme Peixe
Prof. Dr. Frederico Teixeira
Prof. Dr. Rui Victorino
Dr. Martins da Cunha
Dr. Monteiro Batista

MEDICINA DO TRABALHO
NEUROCIRURGIA
OFTALMOLOGIA
ORTOPEDIA
PATOLOGIA CLÍNICA
PEDIATRIA
RADIOLOGIA
REUMATOLOGIA

Dr. A. Meyrelles do Souto
Prof. Dr. António Trindade
Prof. Dr. Castanheira Diniz
Prof. Dr. Salis Amaral
Prof. Dr. Pinto de Barros
Dr^ª Maria José Vieira
Dr. J. Covas de Lima
Prof. Dr. A. Lopes Vaz

EDIÇÃO E PROPRIEDADE: Sociedade Portuguesa de Reumatologia
REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Sociedade Portuguesa de Reumatologia – Rua D. Estefânia, 177, 1^ª-D – 1000 Lisboa
FOTOCOMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO: Seleprinter Sociedade Gráfica, Lda. – Rua Nova do Zambujal, 6 – 2735 Cacém
PREÇO: N^º AVULSO: 500\$00 (\$10 USD); ANUAL (4 números): 2000\$00 (\$30 USD)
TIRAGEM: 2000 exemplares
DEPÓSITO LEGAL: 86 955/95
REGISTO: Inscrita na Direcção-Geral da Comunicação Social com o n^º 101 897

na OSTEOPOROSE



*Mude de atitude
sem mudar de terapêutica*

Denominação da Especialidade Farmacêutica: BIONOCALCIN. **Composição Qualitativa e Quantitativa:** 1 ml de solução contém. **Princípio Activo:** Salcatonina 550 UI. **Excipientes:** Ácido cítrico 12,53 mg, Citrato trissódico di-hidratado 12,37 mg, Metilparabeno sódico 1,50 mg, Propilparabeno sódico 0,23 mg, Edetato dissódico 1,00 mg, Água para injetáveis q. 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 devida 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 do colagénio e do tecido ósseo. **Elementos de Toxicologia:** A salcatonina revelou uma toxicidade muito baixa, mesmo em administrações de longa duração; a DL50 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 óptima 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 injectável 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, hipercalemia, 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, ligeiro rubor facial), típicas das calcitoninas administradas por via injectável, são extremamente raras. Observaram-se raramente manifestações locais, como: rinite, rinorreia, crises estertutórias, 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 pgressas 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 anterior. 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 de 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 U.I.. 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 U.I. (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:** Devem administrar-se 200 U.I. (4 nebulizações) por dia, isto é, duas nebulizações de manhã e duas ao deitar. Em casos excepcionais, podem administrar-se no início do tratamento 400 U.I. (8 nebulizações), por dia, isto é, quatro nebulizações de manhã e quatro ao deitar. **Hipercalemia:** Devem administrar-se 200 a 400 U.I. (4 a 8 nebulizações) por dia, divididas por várias aplicações ao longo do dia. **Dores Ósseas Associadas a Osteólise:** Recomenda-se 200 a 400 U.I. (4 a 8 nebulizações) por dia em doses repartidas. **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, raros, 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 hipocalcemia, o que pode ser compensado mediante administração de cálcio. **Cuidados Especiais:** Sendo um polipeptídeo, a salcatonina poderá dar lugar ao aparecimento de reacções de hipersensibilidade locais ou generalizadas; logo que se observe 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.

| BIONOCALCIN | P.V.P. c/ IVA | Regime Geral | | | Regime Especial | | |
|-----------------------------|---------------|--------------|-----------|-------|-----------------|---------|-------|
| | | Estado | Utente | Comp. | Estado | Utente | Comp. |
| Neb. Nasal 50 U.I.x1 frasco | 4.930\$02 | 3.451\$00 | 1.479\$00 | 70% | 4.191\$00 | 739\$00 | 85% |
| Inj. 50 U.I.x5 ampolas | 2.420\$02 | 1.694\$00 | 726\$00 | 70% | 2.057\$00 | 363\$00 | 85% |
| Inj. 100 U.I.x5 ampolas | 4.239\$02 | 2.967\$00 | 1.272\$00 | 70% | 3.603\$00 | 636\$00 | 85% |



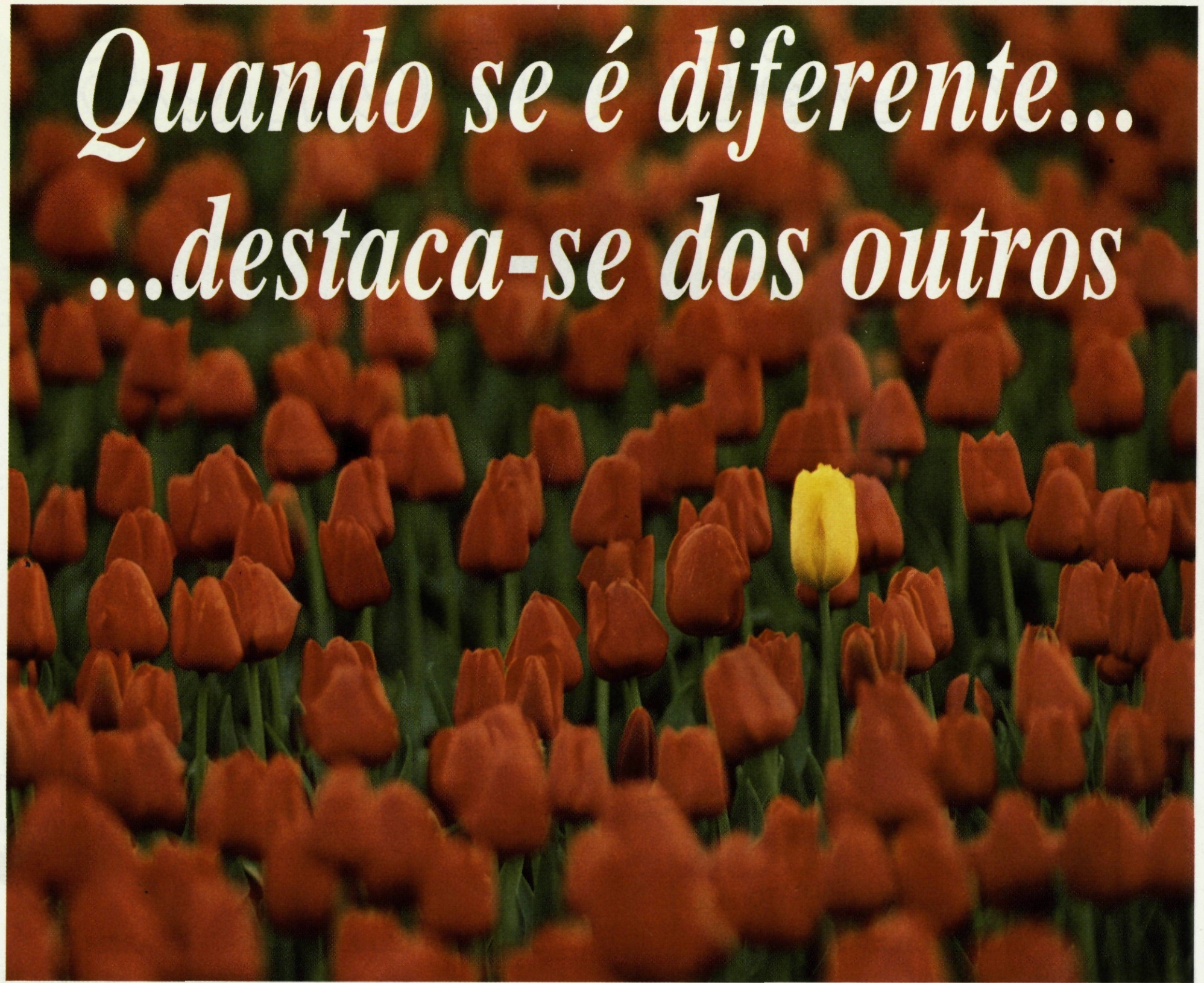
DIVISÃO ÓSTEO - ARTICULAR

SEDE SOCIAL: Apartado 4 - 2746 - QUELUZ CODEX - PORTUGAL - TELEFONE 437 20 85

Contribuinte N° 500 802 360 - Sociedade por quotas - Capital Social 100.000.000\$00 Matric. na Conserv. do Registo Comercial de Sintra sob o N° 2317, fls. 192 L.º C-6

Quando se é diferente...

...destaca-se dos outros



protaxil[®] 300

DIMALEATO DE PROGLUMETACINA

A única molécula com acção anti-inflamatória e gastroprotecção

PROTAXIL tem como princípio activo a Proglumetacina, uma molécula de síntese de acção anti-inflamatória não esteróide, de investigação Rotta Research Laboratorium. 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 ulcerígena 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 sistémicos 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 contra-indicado 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 **PROTAXIL**. **APRESENTAÇÕES:** Comprimidos divisíveis doseados a 300mg., Supositórios doseados a 200mg, e em Pomada a 5%. **INDICAÇÕES:** Reumatologia (artrite reumatóide; osteoartrose de localização diversa e perturbações consequentes - lombalgias, cialgias, hérnia discal, radiculite, etc.); reumatismo articular agudo, artropatias dismetabólicas (gota); inflamações extra-articulares - tendinites, bursites, sinovites, tenossinovites, periartrose escapulumeral, torcicolo, nevralgias e nevrites, fibromiosites, anexites, rigidez articular, etc.). Traumatologia (distensões musculares, contusões, luxações, distorções, fracturas, artropatias pós-operatório e cirurgia ortopédica; lesões traumáticas do desporto, edemas residuais, sequelas de traumatismo, etc.). **POSOLOGIAS:** Salvo prescrição médica - Comprimidos de 300mg: 1-2 comprimidos por dia. Supositórios a 200mg - 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.



Grupo Rotta Research

Divisão Ósteo-Articular

Contribuinte n.º 500 802 360 - Sociedade por Quotas - Capital Social 100 000 000\$00
Matric. na Conservatória do Registo Comercial de Sintra sob o n.º 2317, fls. 192, L.º C-6

| APRESENTAÇÃO | P. V. P. c/IVA | REGIME GERAL | | | REGIME ESPECIAL | | |
|----------------------------|-------------------|--------------|-----------|-----------|-----------------|-----------|---------|
| | | Comp. | Estado | Utente | Comp. | Estado | Utente |
| PROTAXIL 200mg x 10 sup. | 1.000\$04 | 70% | 700\$00 | 300\$00 | 85% | 850\$00 | 150\$00 |
| PROTAXIL 300mg x 60 comp. | 5.594\$07 | 70% | 3.916\$00 | 1.678\$00 | 85% | 4.755\$00 | 839\$00 |
| PROTAXIL Pomada a 5% x 30g | 548\$06 | 40% | 219\$00 | 329\$00 | 55% | 301\$00 | 247\$00 |

Contents

Editorials

Rheumatology in Portugal: How, when and why?

J. A. Canas da Silva 5

Original Articles

Low back pain: characteristics of an affected population and comparison between rural and urban settings

Aida Estudante, Fernando Saraiva 7

The objectives of the study were to characterize a population affected with low back pain and to compare patients of two different settings, rural and urban.

A total of 273 patients was evaluated; eighty patients had a rural setting, 187 (68.5%) were women, mean age of the population was 49.7 ± 16.3 years and mean age at the first episode of low back pain was 34.5 ± 11.3 years.

For the global population results showed that patients with professional dissatisfaction had more days of sick-leave; positive correlations were found between working years, force dispensed during activity and age of first complaints and negative correlations between weekly working hours and days of sick-leave. Rural patients had more days of leave, more strenuous professions, more working years and were older than urban patients. In the rural setting negative correlations were found between working years, weekly working hours and days of sick-leave. In urban patients positive correlations were found between force spended during activity, working years and age of beginning of complaints and negative correlations between working years and number of periods of sick-leave.

We conclude that if some differences between the two groups may be explained by different settings with the consequent different characteristics of work type, others may be due to social and psychological factors.

Keywords: Low back pain – Rural population – Urban population.

"Health assessment questionnaire" adaptation for the portuguese language and evaluation of its applicability

R. André Santos, Paulo Reis, Luis Rebelo, F. Costa Dias, C. Miranda Rosa,
M. Viana de Queiroz 15

The version of the "Health Assessment Questionnaire" developed by Fries in the eighties (HAQ-c) is the most used instrument for measurement of the quality of life. Reasons for this preference are: a) it was conceived specifically for the evaluation of rheumatic patients; b) besides pain, it evaluates the functional capabilities; c) its validity and reproductibility are already demonstrated; d) it is easy to fill and it is possible to use as a self-questionnaire. There are adaptations for many languages and socio-cultural contexts. In 1990, an adaptation for the portuguese spoken in Brazil was published, yet the words adopted and the different socio-cultural reality at Brazil turned impracticable its application in Portugal. That is the reason why the authors began the adaptation of the original version to the national context.

The authors describe the methodology used in the translation in order to warrant the intercultural equivalence of the portuguese version. That methodology was the same used by the majority of the validations in other languages. This version is being validated by the Portuguese Rheumatology for Society, so it became important to test its applicability and acceptability.

Eighty-one consecutive patients with rheumatoid arthritis were selected (71 women and 10 men, mean age 54.7±13.5 years-old). The mean duration of schooling was 4.6 years,; twenty-seven (33.3%) were unable to fill the questionnaire (24 because of illeteracy) and for the remainders the mean schooling was 5.6 years. Each patient filled two questionnaires (one alone as an auto-questionnaire and the other applied by the doctor). The mean time spent in filling the questionnaire during the interview was 3' 24" ± 1' 26". For the patients that were able to fill the questionnaire alone, the correlation between the results in the two forms of application was r=0.91 (p<0.001). There was no correlation between the time spent and the schooling nor the age of the patient. The authors concluded that the application of this version of the HAQ-c in the portuguese population is limited by the high proportion (33.3%) of patients who are unable to fill the questionnaire. In all other patients, and in spite of their low level of schooling, there is a good correlation between the results of these two modalities of filling the questionnaire.

Keywords: HAQ-c – Portuguese version HAQ-c – Validation – Rheumatoid arthrites.

Resident's Review

Foot orthoses in rheumatic diseases

Elsa Marques..... 21

The author presents some important principles in prescription of foot orthoses in patients with rheumatic diseases.

After some considerations about foot anatomy and biokinetics is emphasized the importance of some clinical and technological aspects in prescription of foot orthoses and the importance of Physical Medicine and Rehabilitation in the approach of those patients.

Keywords: Foot – Rehabilitation – Orthoses – Foot orthoses.

| | |
|--|----|
| News | 28 |
| Portuguese Society for Rheumatology | 30 |
| Prizes and Scholarships Regulations | 34 |
| National Agenda | 39 |
| International Agenda | 39 |
| Instructions to Authors | 43 |

REUMATOLOGIA EM PORTUGAL: COMO, QUANDO E PORQUÊ?

A Reumatologia no nosso País, com excepções objectivas e algumas muito gratificantes, tem vivido um certo clima de orfandade ou até (por parte de alguns) de uma certa comiseração mal disfarçada. E, no entanto, o peso das doenças reumáticas na nossa população e, por reflexo directo, nas despesas com a Saúde não param de aumentar e atingir somas de indesmentível peso. Acresce que nos Cuidados Primários de Saúde a *doença reumática é a 1ª doença* em números absolutos no conjunto dos motivos de consulta. E se a isto juntarmos ser a doença reumática, em muitas zonas do País, a principal causa de absentismo no trabalho e de reformas precoces há que admitir, de uma forma pragmática (como agora tanto se diz) que se exigem soluções viáveis. **Como?**

Alterando os curricula do Ensino Médico, conferindo um maior relevo ao Ensino das doenças mais "vulgares" (ou seja aquelas para as quais os médicos generalistas serão a maior parte das vezes chamados a intervir) e, sob este ponto de vista, enriquecer o tempo dedicado ao ensino pré-graduado da Reumatologia.

Depois, e embora sujeito à controvérsia necessária mas que julgo salutar, discutir a reestruturação do Ensino Pós-Graduado conferindo, quer ao Internato Geral, quer aos diferentes Internatos Complementares, um carácter diferente na concepção, nos objectivos a atingir e na avaliação desses objectivos. Poder-se-á dizer que já muito se escreveu sobre este ponto mas sejamos francos: o que é que verdadeiramente mudou? E se mudar, se não houver mecanismos de aferição e de apreciação objectivos como poderemos dizer que se mudou para melhor?

Para que não restem dúvidas penso que nessa reestruturação deverá ser seriamente encarado um Internato mínimo de 36 meses *para todos os médicos* e só a partir daí produzir as modificações que levarão à subspecialização. A única nuance inicial seria a possibilidade de opção por parte de alguns ao fim dos primeiros 12 meses por uma vertente *cirúrgica* para o futuro.

Neste quadro o País garantiria a formação de uma base sólida de médicos capazes de, já com ade-

quada vivência e maturidade profissional, optarem por formações específicas na Clínica Geral/Medicina Familiar, Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirurgia Geral e Especialidades Cirúrgicas, Imagiologia, Patologia Clínica, Anatomia Patológica, Medicina Legal, Medicina de Investigação, Administração, etc., etc.

A Reumatologia tem e terá sempre a ganhar em ter médicos com sólida preparação base e, como tal, não vejo que se não pudesse enquadrar *nesta visão dos Internatos*.

Finalmente e ainda neste ponto do "Como?", destacaria a absoluta necessidade de se organizar entre os actuais Reumatologistas uma "task-force" que correspondesse *rápida e eficientemente* ao desejo que recentemente o Ministério da Saúde, por intermédio do Sr. Director-Geral da Saúde, Dr. Nunes de Abreu nos fez⁽¹⁾, de apresentarmos de forma competente, sólida e bem fundamentada, as nossas ideias para o futuro.

Quando? O mais depressa possível! É indispensável chegar o mais rapidamente possível a consensos sobre questões essenciais que envolvem aspectos como quadros hospitalares, Serviços a criar e prioridades a conceder, formação geral e reformulações dos Curricula, etc., etc. A Sociedade Portuguesa de Reumatologia e o Colégio de Especialidade de Reumatologia poderão (provavelmente com a prudente audição dos actuais Directores de Serviços já existentes) dar uma rápida resposta a esta e outras questões que julguem importantes.

Resta agora dizer **porque** considero estes aspectos tão relevantes e inadiáveis. Vivemos uma situação paradoxal de termos Reumatologistas formados em excelentes Serviços acabarem os seus Internatos, e não terem possibilidade de exercer de forma activa e constante (para já não falar de outras questões) as funções para que foram formados.

E ao lado desta situação engrossam as listas de espera das Consultas da Especialidade, deixam-se de tratar milhares de doentes de uma forma mais correcta (apesar de todas as possíveis críticas, quem melhor que o Reumatologista para tratar o doente com uma doença reumática?) e abandonam-se por completo as potencialidades de trabalho em inúmeros Hospitais ao longo do País. Não proponho obviamente que se abram Serviços ou Unidades em *todos* os Hospitais, nem sequer Distritais, mas que

se crie no terreno a *Unidade de Saúde* que, sob este ponto de vista, tão benéfica poderia ser para os doentes: destacar em regime de Consultor (como já se fez com tão bons resultados nos Açores e no Hospital de Sant'Ana) quadros dos actuais Serviços promovendo, é claro, e à medida desta maior responsabilização uma visão de conjunto, revendo Quadros e adequando-os a cada caso de per si.

E por fim iniciar a caminhada para os Centros de Saúde, conviver com os nossos Colegas de Medicina Familiar, numa posição de diálogo, de igual para igual, em prole do bem comum dos doentes e sob uma óptica de *Consultor do Médico de Família* e não talvez do doente em particular.

Assim, atingiam-se vários objectivos simultâneos: formação contínua dos Médicos de Família, triagem rigorosa dos doentes que chegariam às Consultas Hospitalares, início do diálogo inadiável

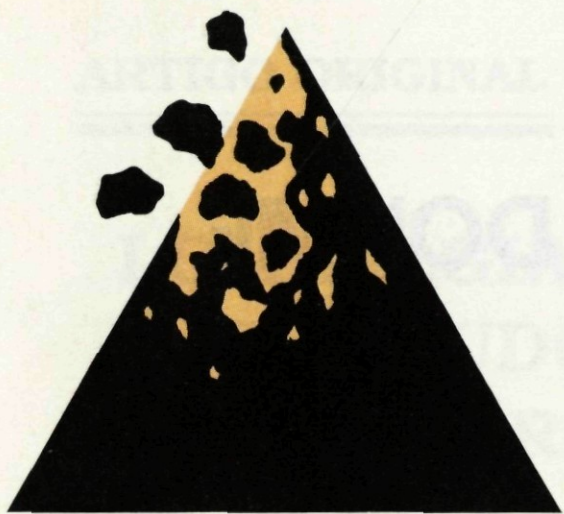
com essa peça fundamental do nosso Sistema de Saúde que são os Clínicos Gerais/Médicos de Família e sua valorização profissional e estabelecimento possível de critérios uniformes de decisão clínica.

É claro que me poderão dizer que existe algo de utópico no que aqui escrevo. Mas, se o limite do possível ainda nem sequer foi atingido, só resta começar esta tarefa e só é pena já se ter perdido tanto tempo.

J. A. Canas da Silva

Director do Serviço de Reumatologia
do Hospital Garcia de Orta

(1) Discurso de abertura proferido nas
XV Jornadas Internacionais de Reumatologia,
Lisboa, Janeiro, 1996

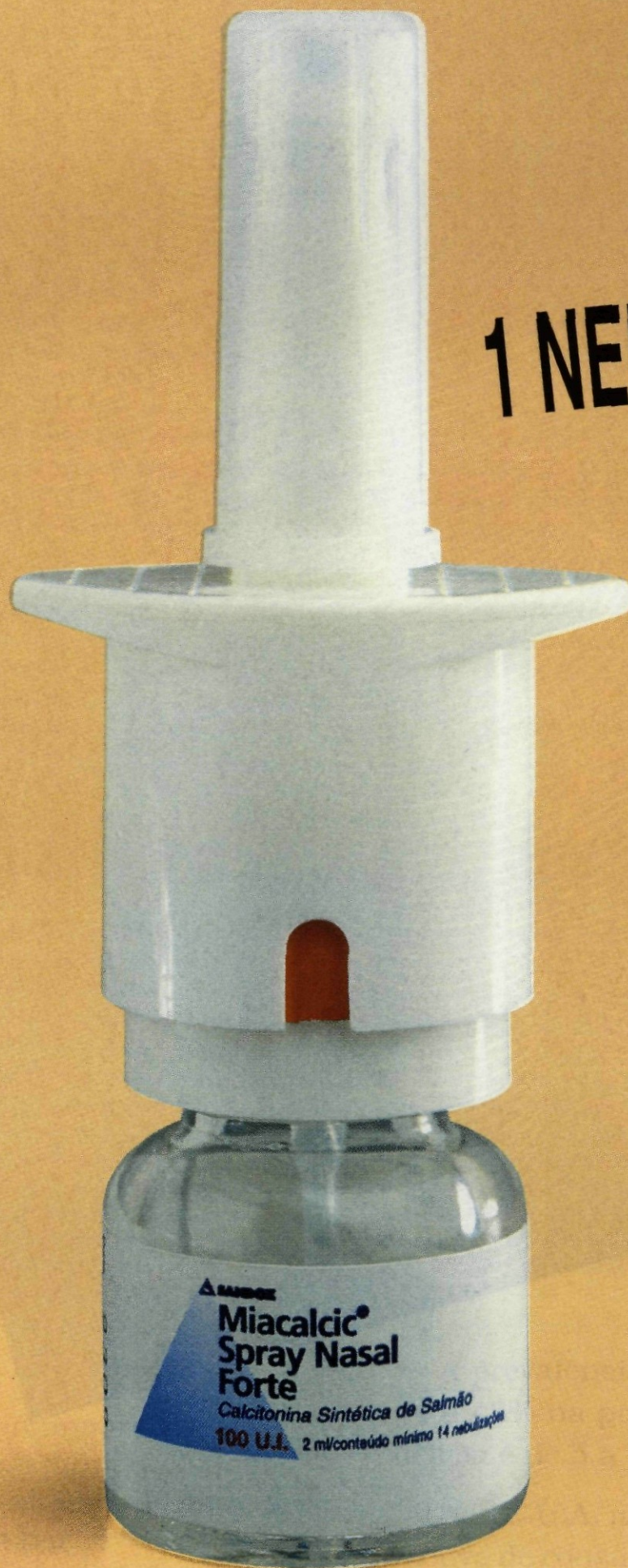


Miacalcic[®]

Spray Nasal forte

(Calcitonina sintética de salmão)

1 NEBULIZAÇÃO / DIA

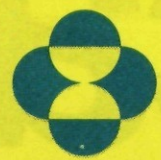


| | P.V.P. | 70% | | 85% | |
|-------------------|----------|---------|---------|---------|---------|
| | | ESTADO | ESTADO | ESTADO | UTENTE |
| Spray Nasal Forte | 11.482\$ | 8.037\$ | 3.445\$ | 9.760\$ | 1.722\$ |

SANDOZ

PRODUTOS SANDOZ LDA.

R. S. Caetano, 4 — 1296 Lisboa Codex
 cont. n.º 500223076 - Matric. na C.R.C. de Lisboa
 sob o n.º 19794 Capital Social 100000000\$00



MERCK SHARP & DOHME



**DEDICADA A ALTERAR
O CURSO DA OSTEOPOROSE**

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| ESTADO | ESTADO | ESTADO | ESTADO | ESTADO |
| ESTADO | ESTADO | ESTADO | ESTADO | ESTADO |

LOMBALGIAS - CARACTERIZAÇÃO POPULACIONAL E ESTUDO COMPARATIVO ENTRE UM GRUPO RURAL E UM GRUPO URBANO

Aida Estudante¹, Fernando Saraiva²

RESUMO

Os objectivos do presente estudo foram caracterizar uma população de doentes com lombalgias e comparar dois grupos afectados, um de 80 doentes, dum meio rural e outro de 193 doentes, dum meio urbano.

A população estudada tinha uma idade média de 49,7±16,27 anos, sendo 187 (68,5%) do sexo feminino e 86 (31,5%) do sexo masculino. A idade média de início das lombalgias foi aos 34,45±11,27 (11-68) anos. Tendo como causa a lombalgia, o número médio de dias de baixa foi de 18,75±31,87 (0-240) dias (mediana de 8 dias), e o número médio de períodos de baixa foi de 0,98±1,31 (0-16), no decurso do último ano.

Comparando o grupo rural com o grupo urbano verificou-se que o grupo rural apresentou um número superior de dias de baixa, alterações mais marcadas na radiografia do raquis lombar, profissões mais exigentes em termos de carga horária e de força dispendida, e tempo de prática da actividade laboral e média de idades superior ao grupo urbano. A distribuição profissional entre os dois grupos foi também diferente, estando os agricultores mais representados no grupo rural e os operários, os empregados da indústria hoteleira, os vendedores ambulantes, os pedreiros e as empregadas domésticas mais representados no grupo urbano.

Tomados os dois grupos em conjunto, verificou-se que o sub-grupo dos doentes que estavam muito insatisfeitos com a sua actividade profissional registou um número médio de dias de baixa superior aos restantes doentes e que os obesos responderam melhor à terapêutica instituída que os não obesos. Verificou-se também que, quer o sub-grupo que apresentava espondilose como única alteração na radiografia da coluna lombar, quer o sub-grupo em que as alterações da estática eram a única anomalia naquele exame, registaram um maior número de períodos de baixa por lombalgia que o subgrupo que associava espondilose, osteoporose e alterações da estática na mesma radiografia. No que respeita ao grau de gravidade das alterações radiológicas, o sub-grupo que apresentou alterações mais acentuadas foi o que registou o menor número de períodos de baixa por lombalgia. Considerando ainda a totalidade da população estudada, verificou-se uma correlação positiva entre o tempo de prática da actividade profissional e a idade média de início das lombalgias e entre esta e a força média dispendida no decurso da actividade laboral. Verificou-se uma correlação negativa entre a carga horária da actividade profissional e o número médio de dias de baixa e entre a primeira destas variáveis e o número médio de períodos de baixa por lombalgia. Correlação negativa estabeleceu-se também entre o tempo de prática da actividade profissional e o número de dias de baixa e entre a primeira destas variáveis e o número de períodos de baixa por lombalgia. Verificou-se ainda uma correlação negativa entre a força máxima dispendida habitualmente no decurso da actividade laboral e o número médio de dias de baixa e entre a primeira destas variáveis e o número médio de períodos de baixa por lombalgia.

Considerando o grupo urbano isoladamente, verificou-se uma correlação positiva entre a força máxima dispendida habitualmente no decurso da actividade laboral e a idade média de início das lombalgias, e entre esta última variável e o tempo médio de prática da actividade laboral. Ainda no grupo urbano, estabeleceu-se uma correlação negativa entre o tempo médio de prática da actividade laboral e o número médio de períodos de baixa devidos a lombalgia.

Considerando o grupo rural isoladamente, verificou-se uma correlação negativa entre o tempo médio de prática da actividade laboral e o número médio de dias de baixa e entre a primeira destas variáveis e o número médio de períodos de baixa por lombalgia. Correlação negativa estabeleceu-se também entre a carga horária média da actividade laboral e o número médio de períodos de baixa por lombalgia.

Se algumas das diferenças ou associações estabelecidas podem ser, sem dificuldade, atribuídas à diferença de idades ou ao meio de proveniência dos respectivos grupos, nomeadamente no que isso implica de dissimilaridades em termos de regime de trabalho, outras não são de explicação fácil ou perceptível, devendo antes reflectir influência de factores de natureza psico-social. (*Acta Reum Port 1996;76:7-14*)

Palavra-chave: Lombalgias – População rural – População urbana.

INTRODUÇÃO

As lombalgias constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 60 a 80% das pessoas, algures durante a vida, sofram dores na região lombar^(1,2,3,4).

A prevalência das lombalgias é estimada entre 14 e 45% na população geral activa e a sua incidência é de 5 a 10%⁽⁵⁾.

Nos E.U.A. as lombalgias ocupam o 2º lugar no motivo de consulta ao médico de família e o 1º lugar no motivo de consulta ao reumatologista⁽⁵⁾.

Em Inglaterra, 5% das consultas de medicina familiar são motivadas por lombalgias, provocando

1 Clínica Geral. Centro de Saúde de Benavente.

2 Reumatologista. Núcleo de Reumatologia do Hospital de Sta. Maria. Menção Honrosa do Prémio Ciba-Geigy de Reumatologia Luís Pap/1996.

estas, em média, um absentismo laboral de 33 dias^(5,6,7).

Nos E.U.A., as lombalgias constituem a primeira causa de absentismo ao trabalho nas pessoas com idade inferior a 45 anos^(8,9). Em França, cerca de 50% das "baixas" por doença reumática são por lombalgias, ocupando estas o 3º lugar no "ranking" das doenças que conduzem à invalidez⁽¹⁰⁾.

Os custos socio-económicos das lombalgias são astronómicos: 500 milhões de dólares/ano no Reino Unido e 40 biliões de dólares/ano nos E.U.A.^(10,11).

Este trabalho visou, por um lado, caracterizar globalmente uma população de doentes com lombalgias e por outro lado, identificar eventuais diferenças entre doentes de meios diferentes - rural e urbano.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo incidiu sobre dois grupos de doentes observados em consulta de medicina familiar. O primeiro grupo, de 193 doentes, foi "extraído" dum ficheiro de 1106 utentes afectos ao Centro de Saúde da Musgueira, em Lisboa. O 2º grupo, de 80 doentes, pertencia a um ficheiro de 1739 utentes do Centro de Saúde de Benavente, extensões de Samora Correia e Porto Alto.

Enquanto os doentes do primeiro grupo viviam em meio urbano, os do segundo grupo viviam em meio essencialmente rural. Caracteristicamente, no grupo rural, a grande maioria das pessoas, incluindo aquelas que tinham como profissão principal uma actividade não ligada à terra, acabavam por dedicar algum do seu tempo diário a tarefas relacionadas com a agricultura ou pecuária.

Foram seleccionados 273 doentes (193 de Lisboa e 80 do concelho de Benavente), através de inquérito pessoal e da consulta do ficheiro individual, que tinham história de lombalgia de ritmo mecânico no decurso dos últimos 12 meses.

De cada doente registou-se a idade, sexo, peso, profissão principal, postura predominante no dia de trabalho (em pé, sentado, em pé mas efectuando esforço físico e frequentes movimentos de flexão, torção, levantamento ou suporte de peso), força máxima dispendida no decurso da actividade laboral, horário semanal de trabalho, tempo de desempenho da actividade profissional, grau de satisfação em relação à actividade profissional (muito satisfeito, algo satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, algo insatisfeito, muito insatisfeito), prática desportiva regular, idade de início das lombalgias, antecedentes traumáticos do ráquis lombar, número de dias de "baixa" e número de períodos de "baixa"

devidos a lombalgias nos últimos 12 meses, doenças concomitantes, alterações radiológicas da coluna lombar, designadamente alterações de espondilose, alterações da estática e alterações atribuíveis a osteopenia/osteoporose e o grau das referidas alterações (avaliado por um dos autores em ligeiro, moderado e grave), terapêutica farmacológica instituída para as lombalgias e o resultado proporcionado (avaliado pelo doente em bom, satisfatório e insatisfatório ou nulo; registou-se ainda a ocorrência de efeitos adversos).

A população estudada tinha, no seu conjunto, uma idade média de 49,7±16,27 (17-84) anos (Quadro I). Cento e oitenta e sete (68,5%) eram do sexo feminino e 86 (31,5%) eram do sexo masculino.

Quadro I

Características Demográficas

| | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| População global | 273 |
| Grupo urbano | 193 |
| Grupo rural | 80 |
| Sexo masculino | 86 (31,5%) |
| Sexo feminino | 187 (68,5%) |
| Idade média | 49,7±16,27 (17-84) anos |
| Idade de início lombalgias | 34,45±11,27 (11-68) anos |
| Dias de baixa/ano por lombalgia | 8 (mediana) |
| Períodos de baixa/ano por lombalgia | 0,99±1,31 (0-16) |

Centos e quatro doentes (38,1%) eram obesos. Vinte e dois doentes (8,1%), tinham antecedentes traumáticos da região lombar. A idade média de início das lombalgias foi aos 34,45±11,27 (11-68) anos.

Noventa doentes (33%) eram empregadas domésticas, 48 (17,6%) eram trabalhadores rurais, 29 (10,6%) eram operários fabris, 22 (8,1%) eram pedreiros, 20 (7,3%) trabalhavam na indústria hoteleira, 16 (5,9%) eram motoristas, 13 (4,8%) eram vendedores ambulantes, 8 (2,9%) eram costureiras e 27 (9,9%) tinham outras profissões (Fig. 1).

Em média trabalhavam 48,13±13,78 (5-90) horas por semana, faziam cargas máximas de 20,7±17,52 (0-80) kg e desenvolviam actividade laboral há 27,02±15,46 (1-60) anos.

Duzentos e oito doentes (76,2%) trabalhavam em pé mas desenvolvendo esforço físico e efectuando frequentes movimentos de flexão, torção, levantamento ou suporte de peso, 37 (13,6%) trabalhavam em pé e 28 (10,3%) trabalhavam sentados.

Cinquenta e dois doentes (19,2%) estavam “muito satisfeitos” com a actividade laboral que desenvolviam, 73 (26,9%) estavam “algo satisfeitos”, 46 (17%) “não estavam satisfeitos nem insatisfeitos”, 58 (21,4%) estavam “algo insatisfeitos” e 42 (15,5%) estavam “muito insatisfeitos” (Fig. 2).

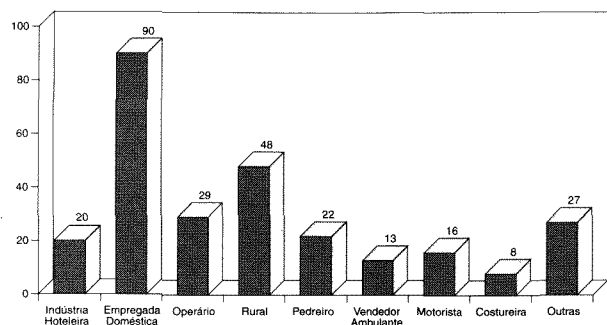


Figura 1: Distribuição das Profissões.

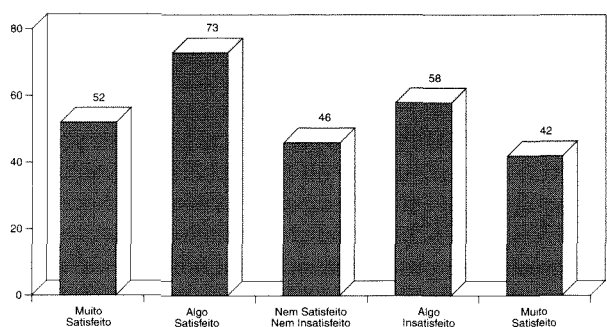


Figura 2: Satisfação Profissional.

Apenas 16 doentes (5,9%) praticava desporto regularmente.

Cento e setenta e cinco doentes (64,1%), sofriam de doenças concomitantes. Daqueles, sessenta e sete (38,3%) tinham hiperlipidémia, 44 (25,1%) eram hipertensos, 23 (13,1%) tinham síndrome angostressiva, 14 (8%) tinham osteoartrose periférica e 27 doentes (15,4%) tinham outras patologias (Fig. 3).

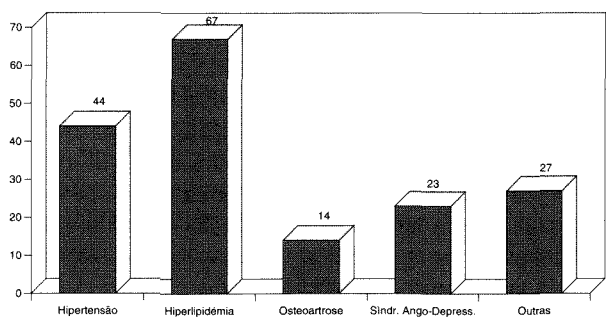


Figura 3: Doenças Concomitantes.

A radiografia da coluna lombar evidenciou espondilose em 96 doentes (37,2%), espondilose e osteoporose em 42 (16,3%), espondilose e alterações da

estática em 37 (14,3%), alterações da estática em 26 (10,1%), e espondilose, osteoporose e alterações da estática em 16 (6,2%) (Fig. 4). Quarenta e um doentes (15,9%), não tinham alterações radiológicas. Globalmente, existiam alterações de espondilose em 191 doentes (74%), alterações da estática em 79 doentes (30,6%) e osteopenia/osteoporose em 58 (22,5%). Dos doentes com alterações radiológicas 61 (28,2%) tinham alterações ligeiras, 108 (50%) tinham alterações moderadas e 47 (21,8%) tinham alterações graves.

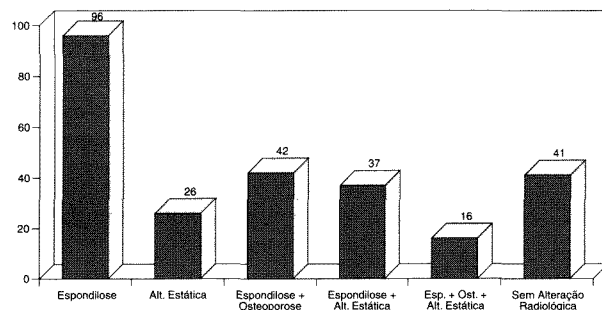


Figura 4: Alterações Radiológicas.

Cem doentes (36,8%) foram medicados com anti-inflamatórios não esteróides e condroprotectores, 66 (24,3%) com analgésicos, 49 (18%) com anti-inflamatórios não esteróides, condroprotectores e calcitonina, 28 (10,3%) com anti-inflamatórios, analgésicos e condroprotectores, 19 (7%) com anti-inflamatórios não esteróides, 5 (1,8%) com condroprotectores e 5 (1,8%) com condroprotectores e calcitonina (Fig. 5).

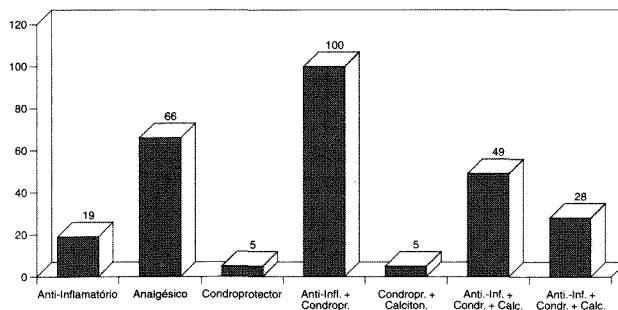


Figura 5: Terapêutica Efectuada.

Cento e sessenta doentes (59%) consideraram como “bom” o resultado do tratamento, 103 (38%) consideraram-no “satisfatório” e 5 (1,8%) consideraram o resultado do tratamento como “nulo” ou “insatisfatório”. Três doentes (1,2%) relataram efeitos adversos com o tratamento instituído para as lombalgias.

No que respeita aos dias de “baixa” por lombalgias, a média foi de 18,75±31,87 (0-240) dias e a mediana foi de 8 dias. O número médio de períodos de “baixa” por lombalgias no último ano foi de 0,99±1,31 (0-16).

No tratamento estatístico dos dados em computador utilizámos “software” comercializado sob o nome de “Statpac”. Aplicámos o teste do X^2 na comparação de proporções (variáveis nominais), o teste t na comparação de médias duas a duas (variáveis numéricas e ordinais), o coeficiente de correlação na procura de associações entre variáveis numéricas ou ordinais e a correlação não paramétrica de “Spearman’s rho” quando aquelas variáveis apresentavam observações extremas. Utilizámos ainda o “one-way anova” quando necessitámos de comparar três ou mais médias em simultâneo.

Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados sucessivamente: comparação entre o grupo rural e urbano, população global estudada (273 doentes), grupo rural (80 doentes) e grupo urbano (193 doentes).

Comparações entre o Grupo Rural e o Grupo Urbano

Detectaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que respeita: ao número médio de dias de “baixa”, maior no grupo rural ($t = 2,108$; $p = 0,034$); ao número médio de períodos de “baixa”, maior no grupo urbano ($t = 2,148$; $p = 0,031$); ao grau de alterações radiológicas, maior no grupo rural ($X^2 = 18,627$; $p = 0,0009$) (Fig. 6); às profissões desempenhadas, estando os empregados da indústria hoteleira, os operários fabris, os vendedores ambulantes, os pedreiros e as empregadas domésticas mais representados no grupo urbano e os trabalhadores rurais mais representados no grupo rural ($X^2 = 24,75$; $p = 0,002$) (Fig. 7); ao tempo de desempenho da actividade profissional, maior no grupo rural ($t = 7,401$; $p < 0,001$); à carga horária da actividade laboral, maior no grupo rural ($t = 5,757$; $p < 0,001$); à média de idades, maior no grupo rural (média de idades no grupo rural: $56,06 \pm 13,64$ anos; média de idades no grupo urbano: $47,06 \pm 16,54$ anos; $t = 4,283$; $p < 0,001$); à força dispendida na actividade laboral, maior no grupo rural ($t = 6,134$; $p < 0,001$).

Não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que respeita às restantes variáveis estudadas, designadamente: sexo, peso, postura predominante no dia de trabalho, grau de satisfação em relação à actividade profissional, prática desportiva regular, idade de início das lombalgias, antecedentes traumáticos do raquis lombar, doenças concomitantes, alterações radiológicas da coluna lombar, terapêutica instituída para as lombalgias e o resultado que proporcionou.

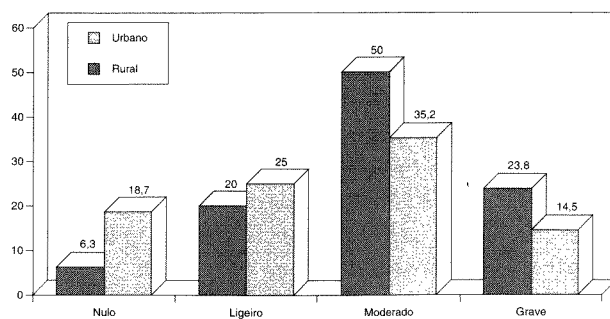


Figura 6: Grau de Alterações Radiológicas (%).

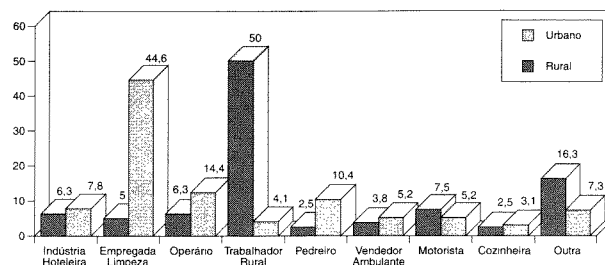


Figura 7: Profissões (%).

População Global

Detectou-se uma diferença estatisticamente significativa no número médio de dias de “baixa” por lombalgia, entre os sub-grupos das doenças concomitantes ($F = 5,990$; nível de significância $< 0,001$). A referida diferença estabeleceu-se entre o sub-grupo das “outras doenças” e todos os outros sub-grupos, sendo sempre mais elevado no primeiro. Ocorreu ainda uma diferença estatisticamente significativa entre o sub-grupo da hipertensão e o sub-grupo da hiperlipidémia, sendo o número de dias de “baixa” mais elevado no primeiro.

Detectou-se uma diferença estatisticamente significativa no número médio de períodos de “baixa” consoante os tipos de alteração radiológica da coluna lombar ($F = 2,875$; nível de significância $= 0,024$). A referida diferença estabeleceu-se entre o sub-grupo da espondilose e o sub-grupo da espondilose/osteoporose, e entre o primeiro destes e o sub-grupo da espondilose/osteoporose/alterações da estática, sendo sempre o número médio de períodos de “baixa” mais elevado no sub-grupo da espondilose. Também entre o sub-grupo das alterações da estática e o sub-grupo da espondilose/osteoporose, e entre o primeiro destes sub-grupos e o sub-grupo da espondilose/alterações da estática/osteoporose, se estabeleceram diferenças estatisticamente significativas, tendo sempre o sub-grupo das alterações da estática os valores mais elevados.

Detectou-se uma diferença estatisticamente significativa no número médio de períodos de "baixa", consoante o grau de gravidade das alterações radiológicas da coluna lombar ($F = 4,354$; nível de significância = 0,006). A referida diferença estabeleceu-se entre o sub-grupo das alterações graves e todos os outros sub-grupos, tendo sido menor no primeiro.

Detectou-se uma diferença estatisticamente significativa na resposta à terapêutica, entre os obesos e os não obesos ($t = 2,104$; $p = 0,034$), respondendo melhor os obesos.

Detectou-se uma diferença estatisticamente significativa no que respeita ao número médio de dias de "baixa" em relação com os vários graus de satisfação profissional ($F = 3,301$; nível de significância = 0,012). A referida diferença estabeleceu-se entre o sub-grupo "muito insatisfeito", que teve um número superior de dias de "baixa", e todos os outros sub-grupos.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre: o horário e o número de dias de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,151; t do coeficiente de correlação = 2,51; nível de significância = 0,012); o horário e o número de períodos de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,176; t do coeficiente de correlação = 2,95; nível de significância = 0,004); o tempo de desempenho da actividade profissional e a idade de início das lombalgias (positiva neste caso: $r = 0,361$; t do coeficiente de correlação = 6,380; nível de significância <0,001); o tempo de desempenho da actividade profissional e o número de dias de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,288; t do coeficiente de correlação = 4,949; nível de significância <0,001); o tempo de desempenho da actividade profissional e o número de períodos de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de Spearman's rho = -0,321; t do coeficiente de correlação = 5,585; nível de significância <0,001); a força dispendida na actividade laboral e a idade de início das lombalgias (positiva neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = 0,231; t do coeficiente de correlação = 3,901; nível de significância <0,001); a força dispendida na actividade laboral e o número de dias de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,155; t do coeficiente de correlação = 2,755; nível de significância = 0,01); a força dispendida na actividade laboral e o número de períodos de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação de Spearman's rho = -0,179; t do coeficiente de correlação = 2,991; nível de significância = 0,003).

Não se detectaram diferenças ou correlações estatisticamente significativas entre as restantes variáveis estudadas.

Grupo Rural

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre: o tempo de desempenho da actividade laboral e o número de dias de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,339; t do coeficiente de correlação = 3,178; nível de significância = 0,002); o tempo de desempenho da actividade laboral e o número de períodos de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,319; t do coeficiente de correlação = 2,976; nível de significância = 0,004); a carga horária da actividade laboral e o número de períodos de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,227; t do coeficiente de correlação = 2,059; nível de significância = 0,04);

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as restantes variáveis estudadas.

Grupo Urbano

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre: o tempo de desempenho da actividade laboral e o número de períodos de "baixa" (negativa neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = -0,278; t do coeficiente de correlação = 4,002; nível de significância <0,001); a força dispendida na actividade laboral e a idade de início das lombalgias (positiva neste caso: coeficiente de correlação do Spearman's rho = 0,247; t do coeficiente de correlação = 3,525; nível de significância = 0,001); o tempo de desempenho da actividade laboral e a idade de início das lombalgias (positiva neste caso: $r = 0,479$; t do coeficiente de correlação = 7,549; nível de significância <0,001).

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as restantes variáveis estudadas.

DISCUSSÃO

Tratando-se duma amostra formada ao acaso, não se pode deduzir que, nas populações de onde os nossos doentes foram extraídos, a prevalência das lombalgias seja maior no sexo feminino que no sexo masculino, como aconteceu no nosso universo de doentes. Se bem que alguns autores atribuam ao sexo feminino uma maior prevalência de lombalgias^(12,13), a maioria dos estudos epidemiológicos considera que a prevalência das lombalgias é idêntica nos dois sexos, pelo menos até aos 65 anos de idade e durante os anos de actividade laboral^(1,14,15). Após os 65 anos diminui nos homens e aumenta ligeiramente nas mulheres, o que tem sido atribuído à osteoporose, que afecta predominantemente

o sexo feminino nesse grupo etário⁽¹⁶⁾. No nosso estudo, a variável sexo não se correlacionou com nenhuma outra nem apresentou diferença de distribuição entre o grupo rural e urbano.

A idade média de início das lombalgias foi aos 34 anos, o que não diverge do apontado por outros autores, que situam os primeiros episódios entre os 20 e os 40 anos de idade^(1,17,18,19,20). No nosso estudo esta variável correlacionou-se apenas com a força dispendida na actividade laboral, quer na população global quer no grupo urbano, mas não no grupo rural. Por outro lado, distribuiu-se de forma idêntica entre os grupos rural e urbano.

De acordo com o que tem sido referido por outros autores^(1,16,21,22,23), que consideram não ser a obesidade um factor de risco para as lombalgias, só uma minoria dos nossos doentes era obesa. No nosso estudo, esta variável associou-se apenas a bons resultados na terapêutica instituída.

No nosso estudo, só uma pequena parte dos doentes referia traumatismo lombar major prévio. Os antecedentes traumáticos da região lombar, podem ser, nalguns tipos particulares de personalidades, indutores dum "comportamento de doença" e, por esta via, serem importantes no "perpetuar" das lombalgias⁽²⁴⁾. No entanto, não são determinantes na sua instalação ou curso geral, como aconteceu nos nossos doentes.

O facto de quase 40 % dos doentes não apresentarem alterações, ou só apresentarem alterações ligeiras, na radiografia da coluna lombar, não nos causou estranheza atendendo ao que é referido por outros autores. Nalguns estudos, inclusivé, a proporção de lombálgicos sem alterações radiológicas ou com alterações que não puderam ser responsabilizadas pelas lombalgias, tem sido consideravelmente superior^(25,26). A ausência de relação entre as alterações radiológicas e a presença de lombalgias, é atestada pelo facto de, no nosso estudo, ter sido o sub-grupo com alterações mais marcadas na radiografia o que menor número de períodos de "baixa" registou.

Pensamos ser interessante a associação que se verificou entre o sub-grupo com o grau de alterações radiológicas mais marcadas e o grupo rural, o que poderá sugerir que o tipo de trabalho que este grupo realiza poderá desempenhar, de algum modo, uma acção facilitadora da progressão das referidas alterações, nomeadamente da espondilose, presente em grande maioria de doentes. Contudo, a diferença registada entre os dois grupos no que respeita a este parâmetro, poderá reflectir unicamente a diferença de idades entre eles.

Quer a profissão desempenhada, quer a postura dominante durante a mesma, não se associaram a nenhuma outra variável, o que parece sublinhar a importância decisiva que factores não determinados, intrínsecos à pessoa, exercem em relação à presença da lombalgia.

No que respeita à força dispendida na actividade laboral, os resultados do nosso estudo revelam que, como grupo, o rural apresenta valores mais elevados, mas, curiosamente, esta variável correlacionou-se positivamente com a idade de início das lombalgias e inversamente com o número de dias de "baixa" e com o número de períodos de "baixa". Ou seja, parece que quanto mais força o trabalhador fizer (pelo menos dentro de certos limites, não determinados), mais estará protegido, quer da instalação das lombalgias quer das suas consequências. Este efeito poderá eventualmente dever-se à acção protectora, exercida sobre o aparelho osteo-articular, de uma musculatura para-vertebral e abdominal bem desenvolvidas.

Comportamento exactamente sobreponível à variável força teve a variável tempo de prática profissional, ou seja, foi maior no grupo rural, correlacionou-se positivamente com a idade de início e negativamente com o número de dias de "baixa" e com o número de períodos de "baixa". Não temos explicação para este resultado. É possível que alguns dos factores intervenientes sejam comuns ao ítem anterior.

A carga horária da actividade laboral foi significativamente maior no grupo rural e, surpreendentemente, surge como aparente factor de protecção em relação às "baixas". É possível que, para este resultado, contribuam razões de natureza psico-social não avaliadas pelo presente estudo, designadamente uma maior motivação para a actividade profissional decorrente do trabalho em "coisa própria", como é frequente no meio rural.

No nosso estudo apenas uma pequena parte dos doentes praticava desporto regularmente. De entre os benefícios da actividade desportiva contam-se os de proporcionar um bom condicionamento muscular e cardiovascular. Ambos podem ser arrolados como factores de protecção contra o stress físico inerente a uma actividade laboral manual árdua. Por outro lado, particularmente quando praticada em regime intensivo ou de alta competição, a actividade desportiva poderá ela própria predispor, nomeadamente através de microtraumatismos crónicos ou de traumatismos major, para lesões ao nível da região lombar, com as consequentes lombalgias. Seja como for, neste estudo, a variável desporto não se associou a nenhuma outra.

Tanto a terapêutica instituída, como os benefícios que proporcionou, foram idênticos nos dois grupos, rural e urbano, mas os obesos responderam melhor à terapêutica. No entanto, atendendo a que os critérios de apreciação desta variável foram, necessariamente subjectivos, este resultado poderá eventualmente reflectir traços favoráveis de carácter, comuns ao sub-grupo dos obesos.

No que respeita às doenças concomitantes, não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos rural e urbano. O maior número de dias de "baixa" no sub-grupo com "outras doenças", deverá provavelmente reflectir a gravidade inerente às patologias que o compõem.

De grande significado parece-nos ser o facto do sub-grupo "muito insatisfeito" com a actividade profissional, ter registado um número médio de dias de "baixa" significativamente superior ao dos outros sub-grupos. Este resultado indicia factores psico-sociais latentes, geralmente não expressos na entrevista clínica, que influenciam de forma determinante a vivência da dor, no seu significado mais amplo⁽²⁷⁾.

O grupo rural registou um número médio de dias de "baixa" significativamente maior que o grupo urbano. Esta diferença poderá reflectir a maior dificuldade do grupo rural em, perante a ocorrência da lombalgia, responder às solicitações duma actividade laboral fisicamente mais exigente. Mais uma vez, factores psico-sociais poderão explicar o número médio mais alto de períodos de "baixa" verificado no grupo urbano.

Estudos futuros, deverão clarificar qual a importância que factores menos superficiais, designadamente de natureza afectiva e/ou socioeconómica, exercem no desencadear e no perpetuar das lombalgias, embora se preveja que, pelo menos em certos níveis, seja difícil avaliar em que sentido se exerce a influência dominante.

BIBLIOGRAFIA

1. Biering-Sorensen F. Low-back trouble in a general population of 30-, 40-, 50- and 60-years old men and women. Study design, representativeness and basic results. Danish Medical Bulletin, 1982; 29: 289-299.
2. Frymoyer JW et al. Risk factors in low-back pain: an epidemiological survey. J Bone and Joint Surg. 1983; 65A: 213-218.
3. Hult L. Cervical, dorsal and lumbar spinal syndromes. Acta Orthop Scand, Suppl 1954; 17: 1-102.
4. Svensson HO, Andersson GB. Low-back pain in forty to forty-seven year old men. I. Frequency of occurrence and impact on medical services. Scand J of Rehab Med, 1982; 14:47-53.
5. Coste J, Paolaggi JB. Epidemiologie des lombalgies. Connaissances actuelles et perspectives. Rev Rhumatisme, 1989, 52 (12): 861-7.
6. Lopes Vaz A. Lombalgias e trabalho. Arq Reumatologia, 1989, 11: 335-341.
7. Kelsey JL, Golden AL, Mundt DJ. Low-back pain/prolapsed lumbar intervertebral disc. Rheum Dis Clin of N Am, 1990, 16 (3): 699-716.
8. National Center for Health Statistics. Limitation of activity due to chronic conditions, United States, 1969-1979. Vital and Health Statistics Series, 1973, 10, No 80.
9. Quintal A. Aspectos socio-económicos das lombalgias. Rev Port de Reumatol, 1993, Vol. 4, Nº 31: 709-713, Jan.
10. Jacquot F. Les lombalgies: incidences socioprofessionnelles et économiques, stratégie et prévention. Journal d'Enseignement et Information en Rhumatologie, 1987, 3: 100-105.
11. Teixeira ML, Silva J, Reis AP, Costa T, Queiroz MV. Aspectos parcelares da epidemiologia das lombalgias numa consulta hospitalar de reumatologia. Acta Reuma Port, 1990, XV (4): 239-243, Out. - Dez.
12. Simon L, Brm V. Les consequences sócio-económiques des maladies rhumatismales. Ed. Chaouat. Ciba-Geigy, 1987, 121-7.
13. Simon L, Roubardin JP. Lombalgies et médecine de reeducation. Ed 1ª Paris. Masson, 1983.
14. Reisbord LS, Greenland S. Factors associated with self-reports backpain prevalence: a population-based study. J of Chron Dis, 1985, 38:691-702.
15. Riihimaki H. Back pain and heavy physical work: a comparative study of concrete reinforcement workers and maintenance house painters. Brit J Indust Med, 1985, 42: 226-232.
16. Kelsey JL, Mundt DF, Golden AL. Epidemiology of low back pain. In "The Lumbar Spine and Back Pain", pg. 537-549. Jayson M. I. V. (ed.). Churchill Livingstone, London, 1992.
17. Sairanen E, Brushaber L, Kaskinen M. Felling work low-back pain and osteoarthritis. Scand J Work, Environment and Health, 1981, 7: 18-30.
18. Nachemson AL. The natural course of low-back pain. In: White AA III, Gordon SL (eds.). American Academy of Orthopaedic Surgeons. Symposium on Idiopathic Low-Back Pain. C. V. Mosby Co., St. Louis, 1982, p. 4651.
19. Videman T et al. Low-back pain in nurses and some loading factors of work. Spine, 1984, 9: 400-404.
20. Mundt DJ. A matched case-control study of non-occupational risk factors for herniated lumbar disc. Ph D. Dissertation, University of Massachusetts, Amherst, Massachusetts, 1990.
21. Hirsch C, Jonsson B, Lewin T. Low-back symptoms in a swedish female population. Clin OrthopRel Res, 1969, 63: 171-176.

22. Gyntelberg F. - One year incidence of low-back pain among male residents of Copenhagen aged 40-59. Danish Medical Bulletin, 21: 30-36, 1974.
23. Kelsey JL et al. Acute prolapsed lumbar intervertebral disc. An epidemiological study with special reference to driving automobiles and cigarette smoking. Spine, 9: 608-613, 1984.
24. Teixeira JAC. Factores psicológicos e psicopatológicos nas lombalgias: da avaliação à intervenção: Rev Port de Reumatol, 1994, vol. 5, n° 45: 1079-1086.
25. Dillane JB, Fly J, Kalton G. Acute back syndrome. A study from the general practice. BMJ, 1966, 2: 82-84.
26. Vallfors B. Acute, subacute and chronic low-back pain: clinical symptoms, absenteeism and working environment. Scand J Rehab Med, 1985, Supplem., 11: 1-98.
27. Coucelo T. Lombalgias - perspectiva do clínico geral. Cadernos de Reumatologia, 1990, Vol. 1, N° 4: 113-125.

"HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE" (versão curta): ADAPTAÇÃO PARA LÍNGUA PORTUGUESA E ESTUDO DA SUA APLICABILIDADE

R. André Santos¹, Paulo Reis², Luís Rebelo³, F. Costa Dias², C. Miranda Rosa¹, M. Viana de Queiroz⁴

RESUMO

Dos vários instrumentos de medição de qualidade de vida, a versão curta do "Health Assessment Questionnaire" (HAQ-c) desenvolvida por Fries na década de 80 é o mais utilizado internacionalmente. As razões que justificam esta preferência são: a) foi concebido especificamente para avaliar doentes reumáticos; b) além da dor, avalia a capacidade funcional; c) as suas validade e fiabilidade já estão demonstradas; d) é de preenchimento rápido e foi concebido para ser aplicado como auto-questionário. Existem adaptações para várias línguas e contextos socio-culturais. Em 1990 foi publicada a adaptação para português do Brasil, contudo a realidade socio-cultural brasileira e a terminologia adoptada tornam impraticável a sua aplicação em Portugal, pelo que os autores iniciaram o trabalho de adaptação da versão original para o contexto nacional.

Os autores descrevem a metodologia utilizada na tradução de forma a garantir a equivalência intercultural da versão portuguesa e que foi a utilizada na maioria das validações para outras línguas. Estando em fase de conclusão a validação desta versão no âmbito das actividades do Grupo de Metrologia da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, impôs-se testar a sua aplicabilidade e aceitabilidade. Para tal seleccionaram 81 doentes [71 mulheres (87,7%) e 10 homens (12,3%), idade média 54,7±13,5 anos] consecutivos com o diagnóstico de artrite reumatóide seguidos numa consulta externa de Reumatologia. O número médio de anos de escolaridade era de 4,0; 27 doentes (33,3%) não conseguiram preencher o questionário (24 por analfabetismo) e os restantes tinham uma escolaridade média de 5,6 anos. De cada doente foram obtidos dois questionários (auto-aplicado e em entrevista por médico). O tempo médio de preenchimento em entrevista foi de 3' 24" ± 1' 26" segundos. Nos doentes que preencheram o questionário, a correlação entre os resultados nas duas modalidades de aplicação foi de $r = 0,91$ ($p < 0,001$). Não houve correlação entre o tempo gasto no preenchimento e o número de anos de escolaridade ou a idade.

Os autores concluem que a aplicação desta versão do HAQ-c na população portuguesa é limitada pela elevada percentagem (33,3%) de doentes que não consegue preencher o questionário. Nos outros doentes, existe uma boa correlação entre os resultados obtidos nas duas modalidades de preenchimento, apesar do baixo nível de escolaridade nesta população. (*Acta Reum Port 1996;76:15-20*)

Palavra-chave: HAQ-c - Versão portuguesa HAQ-c - Validação - Artrite reumatóide.

INTRODUÇÃO

A maioria das doenças reumáticas têm uma evolução crónica, com variações da intensidade do processo mórbido ao longo do tempo e conduz, habitualmente, ao aparecimento de alterações morfológicas do aparelho locomotor com repercussões funcionais. Desde sempre, a actividade médica procurou métodos para qualificar as alterações encontradas na clinica, mas só neste século o desenvolvimento tecnológico permitiu criar utensílios adequados para a medicação precisa de múltiplas variáveis biológicas e para a quantificação das alterações morfológicas. No entanto, só recente-

mente tem surgido a preocupação de quantificar as perturbações funcionais e a sua implicação na qualidade de vida dos doentes reumáticos, levando à criação e desenvolvimento de instrumentos adequados a esse fim⁽¹⁾. Essa necessidade encontra também justificação a nível de cada doente pela obrigatoriedade de avaliar a eficácia das medidas terapêuticas e, num nível mais geral, pela necessidade de comparar doentes de diferentes contextos socio-culturais^(2,3).

O número destes instrumentos não cessa de aumentar e ultrapassou já as três centenas, obrigando a seleccionar alguns e adaptá-los a diferentes países e às suas populações. A metodologia de adaptação e validação de um utensílio de medida para um determinado país é muito importante para garantir a qualidade final de cada versão do instrumento originalmente criado e aperfeiçoado para uma única conjuntura^(4,5).

¹Reumatologista

²Interno de Reumatologia

³Clínico Geral, Centro de Saúde de Sete Rios

⁴Reumatologista, Professor de Reumatologia da F.M.L.

Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina IV Hospital de Santa Maria, Lisboa

Dos vários instrumentos de medição que se têm vindo a desenvolver, o "Health Assessment Questionnaire" (HAQ) ou, mais precisamente, a sua versão curta (HAQ-c), é aquele que maior utilização tem tido a nível internacional - mais de 100 artigos publicados até 1992 e mais de 100 000 aplicações em doentes⁽⁶⁾ - razão pela qual tem sido seleccionado para adaptação e validação para muitas línguas. Foi criado e desenvolvido por J. F. Fries e colaboradores da Universidade de Stanford (E.U.A.)^(7,8) e inclui um questionário de avaliação funcional baseado em oito categorias de actividades (vestir-se, levantar-se, comer, deambular, higiene pessoal, alcançar, agarrar e outras actividades) constituído por vinte perguntas e uma escala visual analógica de dor. Existem já adaptações para francês⁽⁹⁾, castelhano⁽¹⁰⁾, holandês⁽¹¹⁾, sueco⁽¹²⁾, inglês (Grã-Bretanha)⁽¹³⁾ e português (contexto cultural brasileiro)⁽⁴⁾. A versão brasileira do HAQ-c, fruto de uma adaptação muito marcada pela realidade socio-cultural do Brasil, contém terminologia que, embora compreensível, não corresponde à forma de falar português em Portugal. Daqui resultou a necessidade de traduzir, adaptar e validar o HAQ-c para o contexto português.

Para validar inter-culturalmente um instrumento de medição deve ser seguida uma metodologia que garanta tanto quanto possível os vários tipos de equivalência^(13,14,15): a) equivalência de conteúdo, isto é, o conteúdo de cada item deve ser relevante para o conceito estudado; b) equivalência semântica, isto é, os itens do instrumento devem manter o mesmo significado; c) equivalência técnica, ou seja, o método usado para medição (auto-preenchimento versus entrevista, por exemplo) é comparável nas várias culturas; d) equivalência de critério, isto é, os resultados do instrumento correlacionam-se com os obtidos por uma escala de referência que explora o mesmo domínio; e) equivalência de conceito, isto é, deve medir o mesmo conceito nas várias versões. Além disso, deve ser garantida a reprodutibilidade (o mesmo resultado deve ser obtido testando os mesmos indivíduos em situação estável), a sensibilidade à mudança e a aceitabilidade (a sua utilização deve ser compatível com a prática clínica habitual).

Este trabalho descreve a metodologia usada na tradução e adaptação a partir da versão original do HAQ-c e o estudo da sua aceitabilidade e aplicabilidade num grupo de doentes com o diagnóstico de artrite reumatóide.

MATERIAL E MÉTODOS

Tradução e Adaptação

A partir do HAQ-c original^(7,8) foi realizada uma tradução por um tradutor bilingue não médico. Essa

versão (versão 1) foi depois apreciada e modificada por três médicos - os primeiros autores - de forma a tornar a tradução menos literal, obtendo-se assim uma versão consenso (versão 2) mais próxima da terminologia habitualmente empregue pela população. Esta versão foi retrovertida por outro tradutor não médico bilingue e depois enviada para J. Fries. Paralelamente, procedeu-se à aplicação (em auto-questionário e em entrevista por médico) da versão 2 numa população de 30 doentes com diagnóstico de artrite reumatóide, sendo registadas as dificuldades de compreensão e/ou comentários dos doentes. A partir das sugestões do grupo de Fries e do resultado do estudo dos comentários dos doentes foi elaborada uma última versão (versão 3) (Quadro I) que foi novamente retrovertida e aprovada por Fries. (Figura 1).

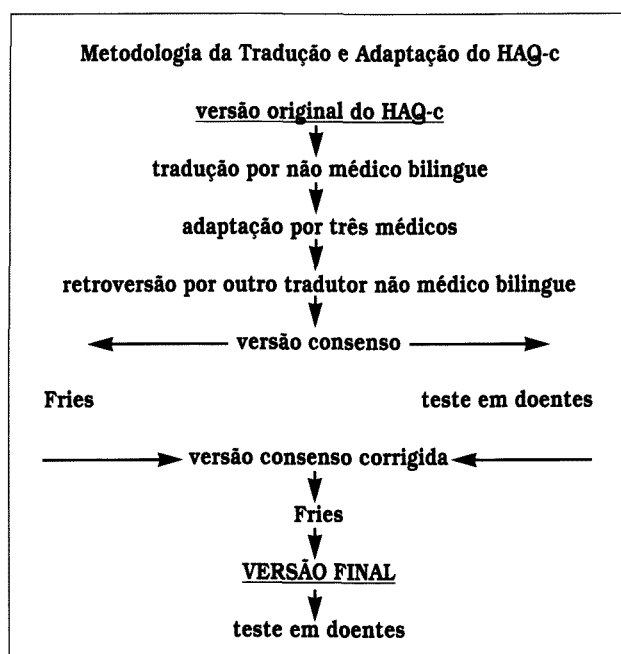


Figura 1: Metodologia da tradução e adaptação do HAQ-c

Condições de administração

Os questionários foram preenchidos na modalidade de auto-questionário pelo doente não acompanhado, sem ajuda de terceiros, numa sala reservada para esse fim. A aplicação em entrevista foi realizada por dois médicos no mesmo dia, no decurso da consulta.

Estudo da Aplicabilidade e Aceitabilidade

A versão final foi aplicada em 81 doentes com o diagnóstico de artrite reumatóide (em auto-questionário e entrevista) tendo sido registados os seguintes parâmetros: a) capacidade de compre-

Quadro I

Versão Portuguesa do HAQ-c

Nome _____ Data ____/____/____

HAQ - Versão Portuguesa

Estamos interessados em saber como e que a sua doença o afecta no seu dia a dia

Para cada questão numerada assinale uma e só uma resposta, aquela que no seu entender melhor descreva as suas capacidades médias na SEMANA QUE PASSOU.

- | | Sem
Qualquer
dificuldade | Com
alguma
dificuldade | Com
muita
dificuldade | Incapaz |
|--|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Vestir-se e arranjar-se Consegue | | | | |
| Vestir-se incluindo abotoar a roupa e atar os sapatos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lavar o cabelo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Levantar-se Consegue | | | | |
| Erguer-se de uma cadeira? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Deitar e levantar-se da cama? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Comer Consegue | | | | |
| Cortar a carne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Levar a boca em copo ou uma chávena cheios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abrir pela primeira vez um pacote de leite de cartão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Caminhar Consegue | | | | |
| Caminhar fora de casa em terreno plano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Subor cinco degraus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assinale qual destes UTENSÍLIOS usa habitualmente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bengala | <input type="checkbox"/> Auxiliares para se vestir (calçadeira comprida fecho éclair especial, enfiador de botões, etc). |
| <input type="checkbox"/> Andarilho | <input type="checkbox"/> Adaptações na casa ou nos seus utensílios |
| <input type="checkbox"/> Muleta ou canadiana | <input type="checkbox"/> Cadeiras especiais |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____ |

Assinale as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de OUTRA PESSOA:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestir-se e arranjar-se | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Levantar-se | <input type="checkbox"/> Caminhar |

Para cada questão numerada assinale uma e só uma resposta, aquela que no seu entender melhor descreva as suas capacidades médias na SEMANA QUE PASSOU.

- | | Sem
Qualquer
dificuldade | Com
alguma
dificuldade | Com
muita
dificuldade | Incapaz |
|--|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 5. Higiene Consegue | | | | |
| Lavar e limpar todo o corpo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomar banho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentar e levantar-se da sanita? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Alcançar Consegue | | | | |
| Alcançar e trazer até si um objecto de cerca de 2.5 Kg colocado acima da sua cabeça? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Curvar-se e apanhar roupas caídas no chão? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Preensão Consegue | | | | |
| Abrir as portas do carro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abrir as tampas de frascos que já tenham sido abertos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abrir e fechar torneiras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Actividades Consegue | | | | |
| Fazer compras e recados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entrar e sair de um carro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fazer a lida da casa (por ex. aspirar o pó, varrer ou fazer jardinagem)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Assinale qual destes UTENSÍLIOS usa habitualmente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sanita mais alta | <input type="checkbox"/> Pegas na banheira |
| <input type="checkbox"/> Banco para tomar banho | <input type="checkbox"/> Pinças de preensão |
| <input type="checkbox"/> Abre-botões (para botões tenham sido já abertos) | <input type="checkbox"/> Adaptações com pegas longas para a higiene pessoal |
| | <input type="checkbox"/> Outro (descrever) _____ |

Assinale as actividades para cujo desempenho necessita habitualmente de OUTRA PESSOA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene Pessoal | <input type="checkbox"/> Agarrar e abrir objectos |
| <input type="checkbox"/> Alcançar objectos | <input type="checkbox"/> Lida doméstica e compras |

AVALIAÇÃO DA DOR PELO DOENTE

Sem dor _____ pior dor possível

Por favor peça ao doente para assinalar na linha a gravidade da dor

ender e preencher o questionário; b) nível de instrução (número de anos de escolaridade e nível académico atingido); c) tempo de preenchimento em entrevista.

Foi realizada uma análise comparando os índices finais obtidos nas duas modalidades de administração do questionário para avaliar se, nesta população, as condições de aplicação interferiam com o resultado final.

Doentes

Os doentes avaliados no decorrer das várias fases do processo de tradução e adaptação do HAQ-c foram seleccionados aleatoriamente da população de doentes da consulta externa de Reumatologia do Hospital de Santa Maria com o diagnóstico de artrite reumatóide segundo os critérios de classificação do American College of Rheumatology (1987), sem deficiência cognitiva identificada e que concordaram

em colaborar neste estudo. Para o estudo de aceitabilidade e aplicabilidade o grupo seleccionado era constituído por 81 doentes, 71 do sexo feminino (87,7%) e 10 de sexo masculino (12,3%), com uma idade média de $54,7 \pm 13,5$ anos (19-82).

Análise Estatística

Foi utilizado um programa informático de estatística para a realização de testes de correlação entre as variáveis analisadas. Foram considerados com significado estatístico os resultados com um valor de probabilidade inferior ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Dos 81 doentes a quem foi administrado o questionário, 27 (33,3%) não o conseguiram preencher: 24 por analfabetismo, 2 por não terem compreendido o modo de preenchimento e 1 por tremor. Os 54 restantes concordaram em preencher o questionário e todos aceitaram a administração em entrevista.

Considerada a população na sua totalidade, o número médio de anos de escolaridade foi de 4,0 anos sendo de 5,6 anos para os não analfabetos e de 9 meses para os analfabetos. Estratificou-se a população em seis classe

s de instrução: a) não saber ler nem escrever; b) só saber ler e/ou escrever; c) ter frequentado o ensino básico; d) ter frequentado o ensino secundário; e) ter frequentado o ensino médio; f) frequência de ensino superior. Sessenta e quatro dos doentes avaliados (79,1%) tinham um nível de escolaridade igual ou inferior ao ensino básico, e apenas um (1,2%) tinha frequentado o ensino superior (Figura 2).

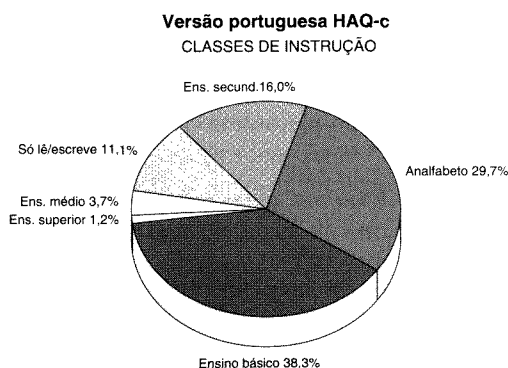


Figura 2: Distribuição dos doentes por classes de instrução

O tempo médio de preenchimento do HAQ-c quando administrado em entrevista foi de 3 min. e 24 seg. \pm 1 min. e 26 seg., variando entre 1 min. e

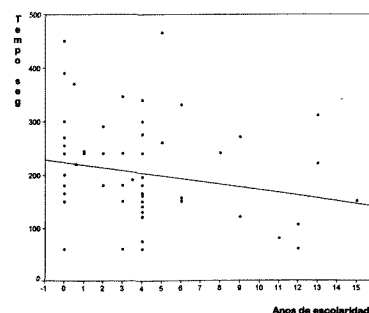


Figura 3: Correlação entre o tempo dispendido na aplicação do questionário e o número de anos de escolaridade.

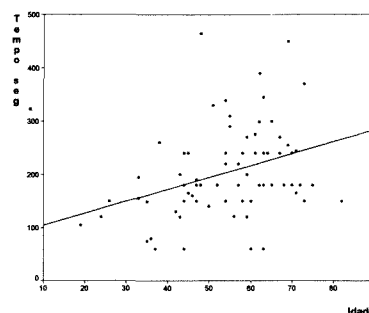


Figura 4: Correlação entre o tempo dispendido na aplicação do questionário e a idade do doente.

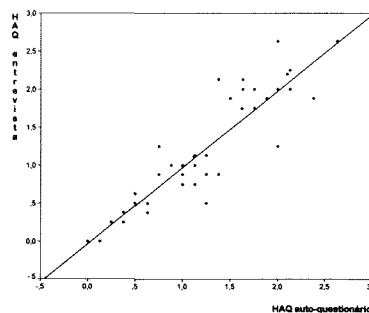


Figura 5: Correlação entre os resultados do HAQ-c preenchido em auto-questionário e aplicado em entrevista pelo médico.

7 min. e 45 seg. Não encontramos correlação entre o tempo dispendido no preenchimento e o número de anos de escolaridade ($r = - 0,22$; $p = 0,068$) (Figura 3) mas foi possível identificar uma correlação entre o tempo de preenchimento e a idade do doente ($r = 0,34$; $p = 0,003$) (Figura 4).

Os resultados do índice final obtidos para cada doente nas duas modalidades de administração do questionário correlacionavam-se de forma muito significativa ($r = 0,91$; $p < 0,0001$) (Figura 5).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Em cada momento, o estado de um doente com uma doença crónica progressiva traduz o efeito cumulativo das lesões estabelecidas ao longo do tempo e da actividade da doença neste momento^(1,16). A utilização de índices de função na avaliação de doentes com artrite reumatóide deve ser interpretada considerando essa limitação mas, não sendo possível obter de outro modo informação equivalente, justifica-se o emprego sistemático e regular deste tipo de utensílios na boa prática clínica em Reumatologia.

Par que o "Health Assessment Questionnaire" possa ser aplicado em diferentes culturas é necessário garantir uma equivalência transcultural: é preciso que a terminologia empregue em cada versão traduza o conceito inicial e seja amplamente compreendida pela população em que vai ser utilizado. Essa equivalência é tão mais difícil de alcançar quanto maior for a "distância" entre a cultura norte-americana (para a qual foi originalmente desenvolvido) e aquela a que se pretende adaptar⁽¹⁷⁾. Por esta razão, os passos iniciais da tradução para português visaram garantir uma boa equivalência de conceito mais do que a estrita equivalência semântica. O recurso a dois tradutores independentes, não médicos, e a discussão em grupo das dúvidas identificadas na primeira versão permitiram atingir, na versão final, um questionário que praticamente não suscitou dúvidas nos doentes em que foi utilizada. Esta metodologia, embora por vezes com ligeiras modificações, tem vindo a ser utilizada na adaptação para diferentes contextos^(4,9-13).

Além das condições de operacionalidade do índice, as características da própria população podem interferir com a sua aplicabilidade. Factores como a percentagem de alfabetização e o nível médio de instrução poderão interferir com a compreensão do questionário e, portanto, com o seu resultado final. De facto, admitindo que a amostra de doentes utilizada (seleccionada aleatoriamente) pode reflectir o que se passa na população geral, resulta evidente que num terço dos doentes a aplicação não pode ser realizada em auto-questionário. No entanto, o tempo dispendido na aplicação deste questionário em entrevista (três minutos e trinta segundos na nossa experiência) é compatível com o normal funcionamento de uma consulta. Além disso, o tempo necessário ao preenchimento em entrevista não é influenciado significativamente pela escolaridade do doente.

Apesar de idealmente se destinar à aplicação em auto-questionário, a excelente correlação obtida entre as duas modalidades de preenchimento ($r = 0,91$; $p < 0,001$) garante uma equivalência dos resultados.

Em conclusão, esta tradução do HAQ-c parece ter uma boa aceitabilidade, para os doentes como para os médicos e a sua aplicação é perfeitamente viável. Mesmo quando administrado em entrevista, o preenchimento rápido, a não influência do nível de instrução e a boa correlação entre as duas formas de aplicação deste índice, parecem garantir o requisito básico para a sua utilização generalizada em consultas de Reumatologia.

O elevado número de doentes incapaz de preencher o HAQ-c como auto-questionário constitui mais um importante argumento a favor da necessidade de implementar rapidamente a criação de um grupo de técnicos de saúde especialmente diferenciados em metrologia reumatológica.

BIBLIOGRAFIA

1. Fries JF. Toward an understanding of patient outcome measurement. *Arthritis Rheum* 1993; 26 (6): 697-704.
2. Esteve-Vives J, Batlle E et al. Adaptación del Health Assessment Questionnaire (HAQ) a la Población Española. *Rev Esp Reumatol* 1991; 18: 258-262.
3. Esteve-Vives J, Batlle E, Reig A, Alonso-Caballero J. Adaptación transcultural de un cuestionario de salud. *Rev Esp Reumatol* 1991; 18: 254-257.
4. Ferraz MB, Oliveira LM, Araújo PMP, Atra E, Tugwell O. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 1990; 17: 813-817.
5. Marty M. Méthodologie de la validation d'une échelle de qualité de vie. In: Avouac B, ed. *La qualité de vie, application en rhumatologie*. Paris: Communication-Partenaires-Santé, 1992: 34-37.
6. Ramey DR, Raynauld JP, Fries JF. The Health Assessment Questionnaire 1992: Status and Review. *Arthritis Care Res* 1992; 5 (3): 119-129.
7. Fries JF, Spitz P, Traines G et al: Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1990; 23: 137-145.
8. Fries JF, Spitz PW, Young DY: The dimensions of health outcomes: The Health Assessment Questionnaire Disability and Pain Scales *J Rheumatol* 1982; 9, 5: 789-793.
9. Guillemin F, Briançon S, Pourel J. Mesures de la capacité fonctionnelle dans la polyarthrite rhumatoïde: adaptation française du Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Rev Rhum* 1991; 58: 459-465.
10. Siegert CEH, Vileming LJ, Vandenbroucke JP, Cats A. Measurement of disability in Dutch rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol* 1984; 3: 305-309.
11. Ekdahl C, Eberhardt K, Andersson SI, Svensson B. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. Use of a Swedish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire *J Rheumatol* 1990; 17: 813-817.
12. Kirwan JR, Reeback JS. Stanford Health Assessment Questionnaire modified to assess disability

in british patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 1480-1488.

13. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-cultural Psychology* 1970; 1: 185-216.

14. Ferreira PL. Abordagem europeia de harmonização da medição do estado de saúde. *Notas Económicas* 1993; 1: 105.

15. Hunt SJ. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 1991; 19: 33-44.

16. Fries JF. Education for outcome. *J Rheumatol* 1978; 5: 1-2.

17. Secherst L, Fay TL, Zaidi SMH. Problems of translation in cross-cultural research. *J Cross-cultural Psychol.* 1972; 3: 41-56.

PÉ: ORTÓTESES NA PATOLOGIA OSTEOARTICULAR REUMATOLÓGICA

Elsa Marques¹

RESUMO

Neste trabalho, procura-se de uma forma sucinta, abordar alguns aspectos considerados importantes, na prescrição de ortóteses do pé em doentes com patologia reumatológica.

Após algumas considerações sobre a anatomia e biomecânica do pé, salienta-se a importância do estudo de vários parâmetros, clínicos e tecnológicos, na prescrição do plantar e calçado ortopédico.

Sendo a patologia reumatológica, degenerativa ou inflamatória, causa frequente de dor, deformação e incapacidade funcional do pé, apresentam-se os princípios biomecânicos e as indicações das ortóteses nesta patologia, salientando-se a importância da Medicina Física e de Reabilitação na abordagem destes doentes, ao lado da Reumatologia e da Ortopedia. (*Acta Reuma Port 1996;76:21-27*)

Palavras-chave: Pé - Reabilitação - Ortóteses - Plantares ortopédicos.

INTRODUÇÃO

O pé humano é uma estrutura complexa que apesar dos seus três graus de liberdade articular, consegue fornecer uma base de suporte estável ao peso do corpo, permitir a absorção do impacto durante a marcha e originar a propulsão necessária à locomoção normal.

No entanto, o pé humano está sujeito a esforços e tensões diárias: comprimido dentro de sapatos mal adaptados, obrigado a pisar superfícies duras, sujeito a traumatismos repetidos ⁽¹⁾.

As alterações do pé podem ter origem em outras articulações do membro inferior, nomeadamente anca e joelho, reflectindo a unidade funcional do membro inferior de que o pé é parte integrante ⁽²⁾. Por outro lado, variadas entidades nosológicas afectam directa ou indirectamente o pé, pelo que este é sede frequente de dor, deformação e incapacidade funcional. A terapêutica a instituir terá, então, como objectivos principais, o alívio da dor, a prevenção ou correcção das deformidades e da incapacidade funcional, sendo a Medicina Física e de Reabilitação uma das especialidades fundamentais na abordagem destes doentes, ao lado da Reumatologia e da Ortopedia.

Para uma abordagem correcta deste segmento anatómico, é importante a consideração de algumas noções de anatomia e biomecânica do pé, assim como a realização de uma história clínica e de um

exame podológico completo, elementos que irão orientar o tratamento a instituir: cirúrgico/conservador. No tratamento conservador, os plantares e o calçado ortopédico, são de especial relevo.

CONCEITOS ANATÓMICOS E BIOMECÂNICOS ⁽²⁻⁷⁾

O pé é uma unidade complexa, composto de 26 ossos (14 falanges, 5 metatársicos e 7 ossos társicos) e um número variável de sesamóides e de ossículos acessórios.

Cada um dos cinco raios do pé contém um metatársico e respectivas falanges, duas no primeiro dedo e três nos restantes.

Os três primeiros raios têm um cuneiforme na sua base, encontrando-se na do quarto e quinto raios o cubóide. O escafóide situa-se entre a cabeça do astrágalo e os cuneiformes, dispondo-se o astrágalo "em sela" no calcâneo. Deste modo, o astrágalo localiza-se aproximadamente no eixo do primeiro raio e o calcâneo no eixo do quarto.

O pé pode dividir-se em três segmentos funcionais: segmento anterior (antepé ou metatarso) compreende os 5 metatársicos e as 14 falanges, estando separado do segmento médio pela articulação tarsometatársica ou de Lisfranc. O segmento médio (mesatarso ou mediopé) é constituído pelos cuneiformes, escafóide e cubóide, estando separado do segmento posterior pela articulação mesotársica ou de Chopart. O segmento posterior compreende dois ossos, o astrágalo e o calcâneo.

A abóboda plantar é constituída por uma série de arcos longitudinais que unem o calcâneo ao antepé e suportam as forças de compressão. Estes

¹Interna do Complementar de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Curry Cabral.
Trabalho apresentado em sessão clínica no Instituto Português de Reumatologia.

arcos são formados por tecido ósseo, sendo tanto mais altos quanto mais internos forem. Em conjunto, são semelhantes a uma concha aberta para dentro. Na manutenção da abóboda plantar intervêm: a forma dos ossos, a elasticidade dos ligamentos e o equilíbrio dos músculos.

Os principais arcos do pé são representados por dois arcos longitudinais e dois arcos transversais. Os arcos longitudinais compreendem o arco longitudinal interno (o mais elevado do pé, é formado pelo calcâneo, astrágalo, escafóide, 1º cuneiforme e 1º metatársico), também denominado arco dinâmico ou de marcha, pois fornece mobilidade, e o arco longitudinal externo (menos elevado que o anterior, é formado pelo calcâneo, cuboide e 5º metatársico), também denominado arco estático ou de apoio pois confere estabilidade.

Os arcos transversais são formados pelo arco metatársico anterior (arco formado pelas cabeças dos 5 metatársicos, fornece elasticidade) e o arco metatársico posterior (arco formado pelos dois pés quando colocados lado a lado).

Os dois arcos longitudinais e o arco metatársico anterior possuem pontos comuns, são os chamados *pilares dos arcos*. Estes pilares formam o *triângulo de apoio* do pé normal, através do qual este assenta no solo, correspondendo a: apoio posterior, formado pela tuberosidade do calcâneo; apoio anterior interno, formado pela cabeça do 1º metatársico e ossos sesamóides; apoio anterior externo, formado pela cabeça do 5º metatársico.

A *base de sustentação* corresponde, assim, ao polígono limitado pelo bordo externo de ambos os pés e as linhas que unem a porção mais posterior do calcanhar e a mais anterior do antepé. Em posição bipodal, o corpo encontra-se em equilíbrio estável quando o eixo de gravidade cai dentro da base de sustentação, a nível da linha de Chopart.

Do ponto de vista biomecânico, em posição bipodal, o pé visto de perfil forma um triângulo que partindo do astrágalo dirige-se para o retropé e para o antepé. Neste triângulo de forças o retropé suporta aproximadamente 2/3 da força e o antepé os restantes 1/3 (Fig. 1).

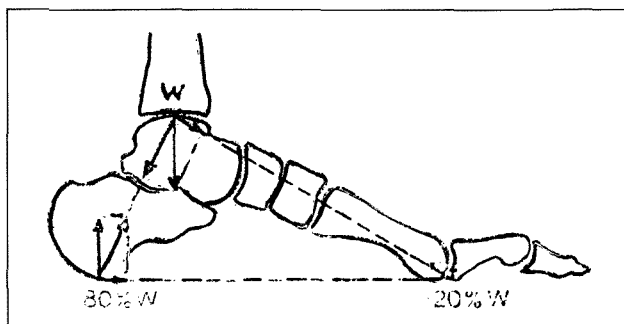


Figura 1: Triângulo de forças no pé em perfil.

Esta distribuição de forças obtida por cálculo vectorial, refere-se ao apoio do pé em plano horizontal. Quando o plano é inclinado para cima, o pé apoia-se com sobrecarga do retropé, pelo contrário, quando o plano de apoio é inclinado para baixo, ocorre sobrecarga do antepé, que é máxima na posição de "pontas de pé".

Por outro lado, no pé normal tanto em bipedestação como durante a marcha, todos os metatársicos suportam carga, sendo esta igual para os 4 raios externos e dupla para o 1º raio.

Do ponto de vista cinemático, as articulações do pé classificam-se em dois grupos:

- articulações de movimento, formadas pela tibio-társica e dedos, são dotadas de um amplo grau de mobilidade e adaptadas fundamentalmente para a marcha;

- articulações de adaptação, que correspondem às restantes articulações do pé, tendo como função amortecer e suavizar a carga do pé, adaptando-o às irregularidades do solo e às solicitações mecânicas de cada momento.

EXAME PODOLÓGICO (8)

Como referido inicialmente, a realização de uma correcta prescrição de ortóteses pressupõe a prévia elaboração de um exame clínico do pé, que deverá englobar, no mínimo, os seguintes exames (In: Ribeiro, M. E. Ortóteses nas doenças reumáticas: pé. Trabalho não publicado).

- a) Exame directo do pé
 - Tipo de pé: grego, egípcio, quadrado
 - Exame das deformações
 - Palpação das zonas dolorosas
- b) Exame podoscópico
 - Tipo de apoio
 - Zonas de sobrecarga
 - Desvios do eixo do antepé ou do calcâneo em varo ou valgo
- c) Exame radiológico
 - 1 - De frente e em carga (plano horizontal)
 - Desvios do metatarso e ângulo de abertura do pé
 - 2 - De perfil e em carga (plano sagital)
 - Medição do equinismo e do cavo ou plano: Ângulo de Costa-Bertani e Moriau
 - 3 - De face (segundo um plano frontal) em carga com técnica especial, utilizando um fio de chumbo para apreciar o valgo ou varo do calcâneo.

É em função do estudo de vários parâmetros, clínicos e tecnológicos, que o plantar ortopédico terá

uma função otimizada, não podendo, portanto, conceber-se numa forma standardizada ⁽⁷⁾.

O motivo mais frequente de consulta em patologia do pé, é na criança o pé plano e as alterações da marcha e no adulto as metatarsalgias. A patologia reumatológica, degenerativa ou inflamatória, atinge com frequência o pé, geralmente com tradução clínica nas metatarsalgias e talalgias.

A abordagem terapêutica desta patologia visa, sempre que possível, corrigir a causa subjacente, pelo que a colaboração de várias especialidades é frequentemente necessária. O tratamento fisiátrico, associado ou não a cirurgia (correção da deformação dos dedos, alinhamento metatarsico para reequilibrar o antepé, ...), baseia-se essencialmente no ensino de medidas de higiene e hábitos de vida, associada à prescrição de ortóteses e calçado adaptado, além do recurso a técnicas de cinesioterapia, electroterapia, laserterapia, entre outras.

ORTÓTESES NAS METATARSALGIAS E TALALGIAS

Metatarsalgias

A metatarsalgia constitui uma entidade sindrómica de diversas etiologias. Inclui todas as alterações funcionais que se produzem no antepé (metatarsicos e dedos), constituindo este uma unidade funcional de apoio e propulsão ⁽⁸⁾.

A metatarsalgia constitui a causa mais frequente de dor no pé, com grande predominio no sexo feminino, o que parece reflectir uma predisposição genética e a influência do calçado de salto alto na sobrecarga do pé ⁽²⁾.

As principais etiologias de metatarsalgia agrupam-se em ⁽⁹⁾:

1. Causa mecânica

- Sobrecarga global do antepé (ex: pé equino, pé cavo, ...)
- Repartição irregular da carga entre os 5 metatarsicos
 - sobrecarga ou insuficiência do primeiro raio
 - sobrecarga ou insuficiência dos raios médios
- Malformação dos dedos

2. Doenças localizadas ao antepé

- Ósseas
 - Articulares
 - Neurovasculares
- Partes moles

3. Doenças sistémicas

- Neurológicas (centrais e periféricas)
- Vasculares (insuficiências arteriais ou venosas)
- Reumáticas (artrite reumatóide, gota, ...)
- Metabólicas (diabetes, ...)

4. Pós-traumáticas

O objectivo das ortóteses, nas metatarsalgias, é o alívio da dor a nível do apoio anterior do pé, estando indicadas nas metatarsalgias de origem mecânica ou inflamatória e no pós-operatório da cirurgia do antepé (alinhamento metatarsico, osteotomia dos metatarsicos, ...) ⁽⁹⁾.

Os princípios biomecânicos dos plantares em Reumatologia consistem na correcta distribuição da carga a nível do antepé, aliviando as zonas de hiperpressão. A confecção de uma ortótese, realizada a partir da prescrição médica, deverá ser um trabalho minucioso e adaptado caso a caso, sendo a qualidade dos materiais um dos aspectos mais importantes nesta área ⁽⁹⁾.

Os materiais que se podem utilizar são vários e a sua indicação depende do tipo de lesão e, portanto, do efeito desejado ⁽⁷⁾. Assim, segundo o tipo de material com que são confeccionados, os plantares classificam-se em ⁽⁹⁾:

- Rígidos (duralumínio);
- Semi-rígidos (látex);
- Moles, podem ser de 3 tipos:
 - Plantares tipo Lelièvre, com base de polietileno, forrada com pele flexível para descarregar as zonas dolorosas do antepé.
 - Plantares viscoelásticos, têm por objectivo a absorção do impacto do pé no solo, existindo em módulos prefabricados.
 - Plantares tipo Denis, construídas em poliuretano, permitem uma redistribuição da carga.

Quando se pretende uma imobilização do antepé, como por ex. na doença de Morton, os plantares devem ser rígidos. Pelo contrário, nas metatarsalgias por reumatismos inflamatórios, estão indicados os plantares semi-rígidos ou moles ⁽⁹⁾. Podemos, então, concluir que quando o objectivo é a correcção ou o suporte de apoio, deve utilizar-se um material resistente; quando se pretende uma absorção da carga opta-se por um material elástico ⁽¹⁰⁾.

Dependendo do tipo de descarga a realizar, os plantares podem incorporar:

1 - Barra retrocapital (Fig. 2)

Os apoios retrocapitais permitem uma repartição da carga no antepé, desviando parte da que incide na cabeça e diáfise dos metatarsos, para uma zona mais ampla, reduzindo a pressão nas cabeças metatársicas.

Esta barra está indicada quando existe uma sobrecarga de todo o antepé, de causa mecânica ou inflamatória (artrite reumatóide, ...) e no pé cavo, por artroses metatarsofalângicas e desvio do calcâneo. Neste último caso, o plantar em borracha ou plastazote forrado, deve incorporar além da barra metatársica retrocapital, um suporte da arcada plantar e uma cunha supinadora ou pronadora do calcâneo, de acordo com o desvio. O suporte da arcada deve medir 5-7 mm se for em material não depressível e 10-15 mm se o material for elástico. A barra metatársica deve possuir 4 mm de altura e se houver grande abaixamento do arco anterior do pé, pode colocar-se uma almofada retrocapital, na direcção dos três metatársicos médios. (In: Ribeiro, M. E. Ortóteses nas doenças reumáticas: pé. Trabalho não publicado).

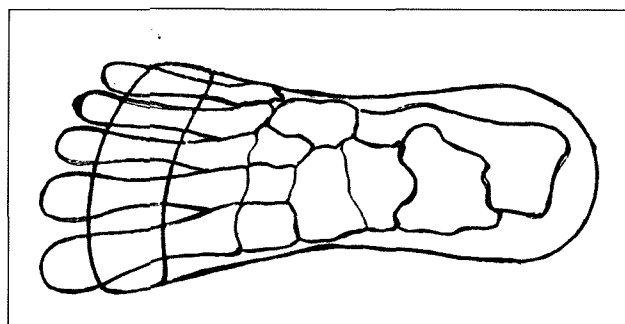


Figura 2: Barra retrocapital

2 - Prolongamento para o primeiro metatársico (Fig. 3)

Está indicado quando existe insuficiência deste, congénita ou adquirida, correspondendo à falta de apoio do bordo interno do pé, por incurtamento real ou funcional do 1º metatársico. Consiste numa

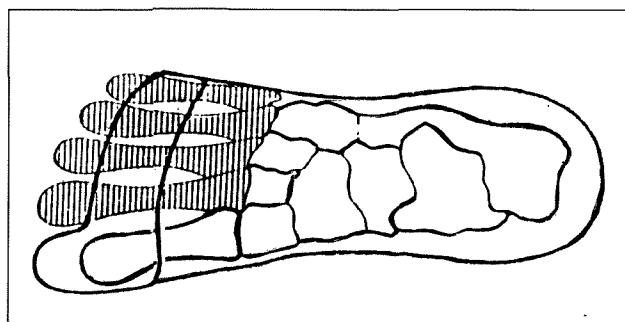


Figura 3: Prolongamento para o 1º metatársico

barra retrocapital que possui um prolongamento por baixo do 1º metatarso, o que permite a sua sustentação.

Na insuficiência do 1º raio os metatársicos afastam-se em leque, enquanto os dedos tendem a agrupar-se terminando de forma pontiaguda: o 1º dedo forma o hallux valgus e o 5º desvia-se em varo. Neste caso está indicado o uso de:

3 - Cintas Metatársicas (Fig. 4), que consistem numas faixas elásticas de 3 a 5 cm que se colocam no antepé, por trás das cabeças metatársicas. Têm por objectivo corrigir a disposição dos raios em leque, especialmente a nível do 1º e 5º, permitindo indirectamente a elevação dos metatársicos centrais.

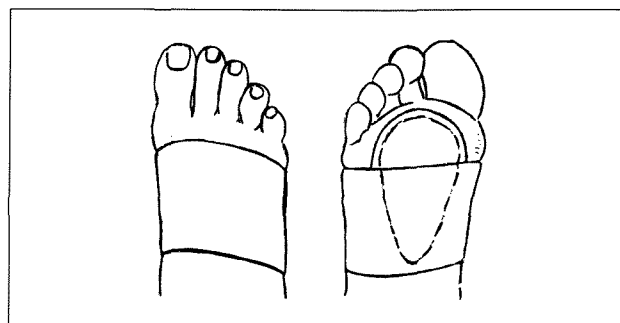


Figura 4: Cinta metatársica com almofada central

4 - Prolongamentos a nível dos raios médios (Fig. 5)

Utiliza-se quando existe uma insuficiência dos raios médios, com sobrecarga do 1º e 5º raios. Neste caso a barra retrocapital prolonga-se por debaixo dos metatársicos centrais, para redistribuir o normal apoio do antepé.

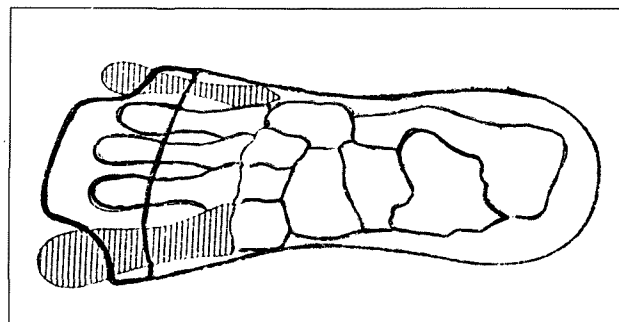


Figura 5: Prolongamento a nível dos raios médios

5 - Concavidade a nível do 1º metatársico (Fig. 6)

Utiliza-se em caso de sesamoidite, frequente em situações de sobrecarga do primeiro raio, principalmente em mulheres que usam sapatos de salto

alto. O plantar possui uma barra retrocapital, que a nível da cabeça do 1º metatarso possui um rebordo para descarga. No caso dos saltos altos é importante baixar o salto para 3 cm.

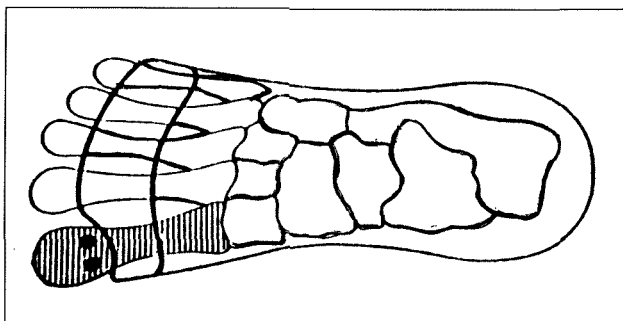


Figura 6: Concavidade a nível do 1º metatársico

6 - Almofada central (Fig. 4)

Tem indicação quando existe uma sobrecarga dos metatársicos centrais. Consiste numa peça em goma elástica que se aplica na região ântero-central do plantar, imediatamente por trás das cabeças metatársicas centrais.

Em certos casos as ortóteses podem ser completadas ou substituídas por modificações no calçado, nomeadamente:

- Sola com curvatura (*balancín*) (Fig. 7)

Usa-se quando existe limitação na mobilidade do 1º dedo (*hallux rigidus*) ou da tibiotalársica (*artrodese*). O *hallux rigidus* pode ser secundário à sobrecarga do 1º metatársico, frequente no pé egípcio, em que o 1º metatársico ultrapassa o comprimento dos outros. Outras causas de *hallux rigidus* incluem: *hallux valgus*, gota, traumatismos repetidos. Os sapatos devem possuir uma extremidade larga, de modo a que o dedo se possa mover amplamente. Na sola coloca-se uma barra de cabedal duro, na direcção das cabeças metatársicas, para que o doente possa realizar o movimento de balanço que compensa a falta de extensão do 1º dedo.

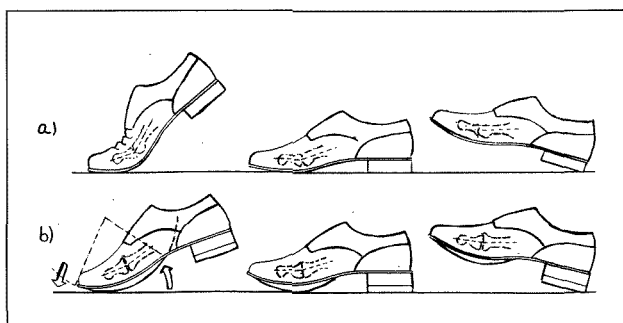


Figura 7: a) Marcha com calçado normal; b) A sola em balancim compensa a ausência de mobilidade por *hallux rigidus*

- Barra metatársica na sola ou tacão anterior (Fig. 8)

Indicado nas metatarsalgias que atingem globalmente o apoio anterior do pé ou a região central. Nas metatarsalgias centrais, a barra possui dois prolongamentos laterais para descarregar a região média.

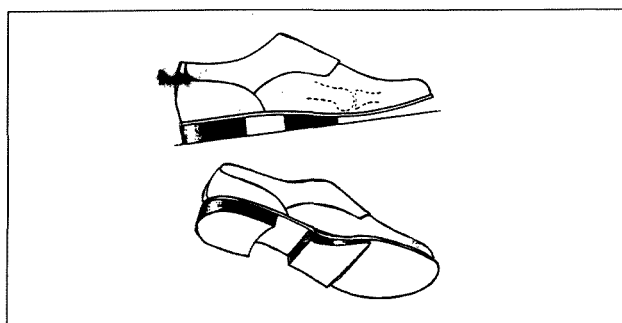


Figura 8: Barra metatársica na sola ou tacão anterior

Talalgias ^(11,12)

A talalgia corresponde à dor localizada ao apoio posterior do pé. É um sintoma muito frequente em patologias diversas, nomeadamente nas espondiloartropatias, Doença de Forrester, artrite reumatóide, etc. O atingimento de várias estruturas anatómicas (bolsas serosas, fascia plantar, pele e tecido subcutâneo, tendões, ossos, articulações e nervos) pode ser responsável por talalgia.

As ortóteses mais utilizadas são os plantares e as talonetes, em ferradura e em cunha. Estas ortóteses permitem, através do segmento posterior mole e do apoio dos arcos longitudinais, uma distribuição da carga por uma região plantar mais ampla, com descarga do calcanhar. A espessura do segmento posterior do plantar, eleva o calcanhar, diminuindo a distensão do tendão de Aquiles e da musculatura curta plantar.

Podem utilizar-se vários tipos de ortóteses, nomeadamente:

- Plantar com segmento posterior mole

Indicadas em crianças com Doença de Sever (epifisite posterior do calcâneo). Na região posterior, onde se apoia o calcanhar, coloca-se uma peça em plastazote com 7 mm de altura, para amortecer o impacto do calcanhar no solo.

- Plantares com descarga selectiva do calcanhar

Geralmente utilizado em doentes com esporão do calcâneo doloroso. No local do ponto doloroso, o plantar apresenta um orifício preenchido com espuma de borracha, para descarga.

– *Talonetes em ferradura*

Esta talonete existe em módulos prefabricados de borracha natural. Possui um apoio para o arco longitudinal e uma cunha para o calcanhar.

– *Talonetes em cunha*

São utilizadas nas lesões inflamatórias do calcanhar, sendo úteis na tendinite de Aquiles, ao provocarem uma elevação do calcanhar. Encontram-se prefabricadas em borracha e num material viscoelástico, que permite absorver o impacto do calcanhar no solo.

Mesmo que a sintomatologia seja unilateral, as talonetes devem usar-se sempre bilateralmente.

ORTOPLASTIA ^(8,10,13-15)

A pele plantar do pé é frágil em muitas doenças reumatológicas, nomeadamente na artrite reumatóide, sendo frequente em zonas de hiperpressão metatarsica, o aparecimento de calosidades complicadas de higroma infectado e, por vezes, fistulizado. São também frequentes as alterações das faneras: unhas secas, espessas e quebradiças. Estas alterações cutâneas devem ser consideradas na confecção eficaz de uma ortótese plantar.

Na patologia do foro reumatológico, são também frequentes, as deformações dos dedos do pé e consequentemente zonas de hiperpressão localizadas. Os desvios mais frequentemente encontrados, nos quais está indicada a ortoplastia, são:

- Desvios do 1º dedo: hallux valgus e hallux varus
- Desvios dos dedos médios:
 - Longitudinais – dedo em martelo; dedo em garra e dedo em cole de cisne
 - Laterais – clinodactilias
- Desvios do 5º dedo: quintus varus e quintus superaductus

As ortóteses que se utilizam nesta patologia visam compensar as deformações dos dedos e proteger os pontos de hiperpressão consequentes. Algumas destas ortóteses são confeccionadas em elastómeros de silicone, permitindo o alívio da dor provocada pela deformidade, a sua correcção quando a mesma é redutível, e neste caso evitar a sua progressão.

As ortóteses dos dedos (ortoplastia) classificam-se, segundo a sua acção, em:

- Protectores de zonas de hiperpressão consequentes ao desvio

- * anéis e discos protectores (feltro, espuma de borracha ou similares)

- * Almofadas metatarsicas

- * Almofada para joanete, etc.

- Protectores com acção de rectificação postural

- * Almofada cilíndrica para dedo em martelo

- * Almofadas metatarsicas com placa rígida

- * Separadores de dedos

- * Cinta diurna para hallux valgus, etc.

- Correctores posturais nocturnos

- * Corrector do dedo em martelo

- * Corrector do hallux valgus

- * Corrector do 5º varus, etc.

Permitem um alongamento postural corrector quando a causa da rigidez é devida a retracções dos elementos periarticulares. Estas ortóteses são confeccionadas em materiais termoformáveis, devendo ser usadas todas as noites durante, pelo menos, dois meses. Quando a sua utilização não pode ser nocturna, aconselha-se a sua aplicação durante 1 hora todas as tardes, sendo a duração do tratamento função da evolução clínica.

Os princípios biomecânicos destas ortóteses visam a aquisição da extensão dos dedos, nos desvios longitudinais, e o seu alinhamento nos desvios laterais. Geralmente, as deformidades dos dedos são a tradução duma alteração biomecânica. Deste modo, o seu tratamento é, muitas vezes, mais eficaz quando a acção é exercida sobre os metatarsicos que sobre os próprios dedos.

CALÇADO ADAPTADO AO DOENTE ARTRÍTICO ^(16,17,18)

Este deve ser um calçado adaptado à forma dos pés do doente, com suporte plantar mole e o mínimo de costuras. Este tipo de calçado, frequentemente, denominado por calçado tipo "Oxford" ou "Dixon", foi concebido por um reumatologista inglês A. St. J. Dixon para os doentes com artrite reumatóide. Tem por objectivo diminuir a dor e permitir uma marcha aceitável. Está indicado em:

- doentes com antepés gravemente deformados por reumatismos inflamatórios, que têm contra-indicação cirúrgica ou recusam a cirurgia;
- situações nas quais a cirurgia, resolveu parcialmente as alterações, funcionando o calçado como complemento cirúrgico.

Neste tipo de calçado, o contraforte deve manter o calcanhar em posição vertical, evitando os desvios no plano frontal (vago ou varo), com o bordo supe-

rior situado abaixo das proeminências dos maléolos interno e externo. O segmento superior do sapato deve ser confeccionado sem costuras e em pele macia e flexível para poder adaptar-se às deformações dos pés. A extremidade anterior do sapato deve ser larga para permitir uma ampla mobilidade do antepé e, se necessário, incorporar um plantar ortopédico. O plantar é confeccionado em plastozote forrado com 2 cm de espessura, com propriedades de autocompressão, o que proporciona suporte amortizador e a descarga das zonas dolorosas durante a marcha. A sola é confeccionada com um material flexível no antepé e rígido no retropé, o que facilita o normal desenrolar do passo.

Bibliografia

1. Cailliet R. Pé e tornozelo. Editora Manole; 1978:1-31.
2. Viladot A. Lição 1 – Anatomia e biomecânica. In: Vilador A. Dez lições de patologia do pé. Editora da Livraria Roca Lda; 1ª edição; 1986:1-34.
3. Hamilton WG. Clinical Symposia – Anatomia cirúrgica do pé e tornozelo. Ciba; 20-36.
4. Kapanji IA. Cuadernos de Fisiología Articular, cuaderno II. 4ª edição. Editora Masson; 1988:228-242.
5. Gaião L. Exame Objectivo Reumatológico do Membro Inferior. Cadernos de Reumatologia. Vol. 5, Nº 2, 1994;5:37-72.
6. Viladot A. Biomecânica de la extremidad inferior. In: Vilador R, Rimbau OC, Paloma SC. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Vol. 2.1 Extremidad Inferior, Masson, 1988:25-37.
7. Braun S, Cassagne P, Piéra JB. Orthèses. In: Grossiord A, Held JP. Medicine de Rééducation. Flammarion; 1981:236-249.
8. Vuillermin B, Lavigne A et Noel D. Semelle orthopédique et autres orthèses du pied; *Encycl. Méd. Chir.*; Paris; Kinésithérapie; 26161, A10; 4.7.04.
9. Cohí O, Vilador R, Clavell S. Plantillas ortopédicas y otras ortesis para las metatarsalgias. In: Vilador R, Rimbau OC, Paloma SC. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Vol. 2.1 Extremidad Inferior, Masson, 1988:213-219.
10. Abadie P. Appareillage en podologie. Orthèse podologique et éléments de semelle orthopédique; Editions techniques; *Encycl. Méd. Chir (Paris-France)*; Kinésithérapie Rééducation fonctionnelle, 26-161-A10; 1994, 5p.
11. Lience E. Talagia. In: Vilador R, Rimbau OC, Paloma SC. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Vol. 2.1 Extremidad Inferior. Masson, 1988:221-223.
12. Clavell S, Viladot R, Cohí O. Dispositivos ortopédicos para el tratamiento de las talalgias. In: Viladot R, Rimbau OC, Paloma SC. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Vol. 2.1 Extremidad Inferior. Masson, 1988:225-229.
13. Segarra J. Dispositivos ortopédicos de serie para el antepié. In: Viladot R, Rimbau OC, Paloma SC. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Vol. 2.1 Extremidad Inferior. Masson, 1988:247-250.
14. Autrusson MC. Orthoplastie. Orthonyxie; Editions techniques; *Encycl. Méd. Chir (Paris-France)*; Kinésithérapie Rééducation fonctionnelle, 26-161-A16; 1994, 2p.
15. Jourdain R. Contentions nocturnes; Editions techniques; *Encycl. Méd. Chir (Paris-France)*; Kinésithérapie Rééducation fonctionnelle, 26-161-A17; 2p.
16. Viladot R, Clavell S, Cohí O. Calzado "sin costuras" para pies poliartrosicos. In: Viladot R, Rimbau OC, Paloma SC. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Vol. 2.1 Extremidad Inferior. Masson, 1988:277-280.
17. Courtillon A, Fourastier J, Noel D et Perdriger A. Polyarthrite rhumatoide de l'adulte. Rééducation fonctionnelle et stratégie de readaptation; Editions techniques; *Encycl. Méd. Chir (Paris-France)*; Kinésithérapie Rééducation fonctionnelle, 26-290-A10; 1993, 22p.
18. Ragnarsson KT. Lower Extremity Orthotics, Shoes and Gait Aids. In: Delisa JA, MD, MS. Rehabilitation Medicine – Principles and Practice. JB Lippincott Company; Second Edition; 1993:492-506.

Iconografia

1. Viladot R, Rimbau OC, Paloma SC. Ortesis y prótesis del aparato locomotor. Vol. 2.1 Extremidad Inferior, Masson, 1988 – Figuras 1 a 8 (adaptadas).

Coordenado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia e com o apoio logístico da Smith Kline Beecham, decorreu nos dias 13 e 14 de Outubro de 1995 em Lisboa, "2º Curso de Introdução à estatística", leccionado pelo Prof. Dr. Gouveia de Oliveira.

Programa do Curso

Apresentação do software estatístico STATA

- * Estrutura geral do sistema
- * Sintaxe da linguagem estruturada
- * Sistema de auxílio: help lookup

Organização e manipulação dos dados

- * Introdução e importação de dados
- * Reorganização dos ficheiros
- * Transformação de variáveis

Análise exploratória dos dados

- * Estatística descritiva
- * tabelas
- * Gráficos

Testes estatísticos

- * Qui-quadrado e Fisher
- * *t* de Student
- * Testes não paramétricos
- * Intervalos de confiança

Correlação e regressão

- * Correlação
- * Regressão linear
- * Regressão logística

Análise de sobrevivência

- * Métodos de Kaplan-Meier
- * Teste de log rank
- * Modelo de Cox

Com os participantes que a seguir se indicam, este curso foi bastante proveitoso, devido à sua componente essencialmente prática, tendo ajudado a esclarecer alguns aspectos importantes da análise estatística de dados, bem como iniciado os presentes na utilização da sintaxe de um programa (STATA) frequentemente utilizado em estatística biológica.

Com óptimas infra-estruturas e conduzido de uma forma éticamente exemplar, este "Curso de Introdução à Estatística" foi uma iniciativa louvável e um bom exemplo para as formas variadas (mas éticas) que deve revestir o relacionamento entre a Indústria farmacêutica e as sociedades Científicas Médicas.

Dr. António Carlos Alves Matos (HEM); Dr. Augusto Faustino (IPR); Dr. Carlos Miranda Rosa (HSM); Dra. Elisabete Melo Gomes (Hosp. de Santa

Cruz); Dr. Fernando Pimentel dos Santos (HGO); Dr. Guilherme Figueiredo (Hosp. Dist. Ponta Delgada); Dr. Herberto Jesus (HSM); Dra. Helena Madeira (IPR); Dra. Helena Santos (IPR); Dr. José A. Melo Gomes (HMP); Dra. Maria José Santos (HSM); Dra. Maria José Vieira (Hosp. S. João Deus/Famalicão); Dra. Maria Manuela Costa (HSM); Dr. Paulo Jorge Coelho (HSM); Dr. Pedro Jorge Gonçalves (HGO); Dr. Rui André Santos (HMP).

Acta da 3ª Reunião do Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

A 3ª Reunião do grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia realizou-se em Lisboa, no dia 13 de Outubro de 1995, entre as 9h30 e as 13h30.

A ordem de trabalhos foi a seguinte:

- 1 - Informações;
- 2 - ANDAI - Associação Nacional de Doentes com Artrites Infantis e Juvenis;
- 3 - Estudos HLA nas Artrites Juvenis;
- 4 - Seroteca do Grupo de trabalho de Reumatologia Pediátrica/CIAR/Reumatologia Pediátrica;
- 5 - Questionários de Auto-avaliação: Ponto da situação;
- 6 - Outros assuntos ("I Simpósio Luso-Brasileiro de reumatologia Pediátrica").

Ponto 1 - Foram dadas algumas informações de ordem geral, nomeadamente em relação à próxima reunião Europeia de Reumatologia Pediátrica e aos critérios de participação dos Sócios da S.P.R. nos vários Grupos de Trabalho (formados ou a formar), tendo sido enfatizado que todos os sócios da S.P.R. são elegíveis, desde que tenham as quotas em dia e manifestem o seu interesse.

A S.P.R. é uma Sociedade Científica em que existe igualdade de direitos (estatutariamente garantida) de todos os seus membros de cada classe.

Ponto 2 - A ANDAI vai ter a sua escritura notarial de constituição no início do mês de Novembro/95, sendo de esperar que a sua activação se dê antes do fim do presente ano de 1995. Manteremos os membros da Comissão Instaladora, bem como todos os sócios fundadores, informados sobre o andamento da Associação.

Ponto 3 - Estudo HLA nas Artrites Juvenis (Histocompatibility Workshop) - O estudo concluiu-se no próximo dia 19 de Outubro (fase de colheitas), prevendo-se a conclusão da parte laboratorial e de registo de dados para a primeira semana de Novembro/95.

Foi alcançada o número mínimo anteriormente considerado como objectivo (50 doentes), tendo sido possível obter o respectivo financiamento parcial, através da Bolsa Smith Kline Beecham que foi atribuída (em parte) a este Grupo de Trabalho.

Ponto 4 - Seroteca do grupo CIAR de Reumatologia Pediátrica/Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da S.R.P.

Foi feito o ponto da situação desta seroteca, estando envolvidos vários centros da Zona de Lisboa, nomeadamente: Hospital Militar Principal, Instituto Português de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta (3 centros com doentes já protocolados e amostras congeladas) + Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital de S. João, Hospital de S. João de Deus-Vila Nova de Famalicão, Hospital Distrital de Ponta Delgada (a iniciar colheita de produtos orgânicos quando fôr assegurado: 1 - Transporte e/ou 2 - preenchimento adequado dos protocolos).

Ponto 5 - Questionários de Auto-Avaliação.

A Dra Maria José Santos apresentou uma tradução efectuada por tradutor não médico, que foi comparada com a tradução prévia e efectuadas algumas alterações de pormenor, tendo sido aprovadas traduções do cHAQ, cHAQ-C e do JAFAR-P.

Proceder-se-à posteriormente validação desta tradução, após retroversão e análise prática da utilização das mesmas.

Ponto 6 - Foram discutidos outros assuntos, nomeadamente o programa do "I Simpósio Luso-Brasileiro de Reumatologia Pediátrica", a efectuar em 30-31 de Maio de 1996, tendo sido feito um ajuste de participações entre os presentes, com redistribuição de alguns temas e de cargos na gestão das várias mesas.

Foram levadas em consideração sugestões e propostas de todos os membros do grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica presentes.

Os participantes foram os seguintes:

Dr. Adriano Moreira Neto (IPR); Dr. Fernando Pimentel dos Santos (HGO); Dra. Helena Santos (IPR); Dra. Iva Humberta Brito (HSJ); Dr. José A. Melo Gomes (HMP); Dr. J. C. Teixeira da Costa (HSM); Dr. Manuel Salgado (Hosp. Pediátrico Coimbra); Dra. Manuela Micaelo (IPR); Dra. Maria José Santos (HSM); Dra. Maria José Vieira (Hosp. S. João Deus/Famalicão); Dra. Maria Manuela Costa (HSM); Dr. Nicolau da Fonseca (Hosp. Pediátrico Coimbra); Enf^a Paula Mateus (HMP).

J. A. Melo Gomes
*Relator do Grupo de Trabalho
de Reumatologia Pediátrica da S.P.R.*

RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES DO SECRETÁRIO-GERAL DA S.P.R. PARA O PERÍODO DE 1994/1995

Exmos. Colegas,

Durante o período a que se refere este relatório, as actividades da Direcção da SPR repartiram-se por diversas áreas.

1) Reorganização interna

Procurámos dinamizar a acção da Direcção fazendo com que as suas reuniões se tornassem mensais, registando-as em actas e atribuindo tarefas aos diversos membros.

Reformulámos a lista de endereços dos Sócios da SPR para que se mantivesse actualizada e rapidamente acessível.

Nomeámos como representante da SPR na EULAR, o Presidente da Direcção, Dr. Pereira da Silva, que nessa qualidade esteve presente em Amsterdão, em Junho de 1994, a fim de tomar parte na eleição do Secretário Executivo da EULAR – Prof. Roux (de que a SPR foi uma das sociedades proponentes).

Nomeámos como representante da SPR no EULAR Standing Committee on Education, o Sr. Prof. José António Silva, que nos tem relatado pormenorizadamente as suas actividades e enviado documentação importante nesta área e que têm sido remetidas aos responsáveis pelos centros de formação e Colégio da Especialidade.

Para que a nossa actuação seja mais condizente com a vontade dos reumatologistas e para que, assim, possamos cada vez mais ser um meio de união entre os colegas, enviámos a todos os especialistas e internos um extenso inquérito sobre diversos aspectos da actividade reumatológica em Portugal. Recebemos apenas 19 respostas e vamos enviar uma segunda via apelando a uma maior colaboração para que o peso dos resultados seja significativo e real. Estes resultados serão divulgados e discutidos durante uma reunião plenária realizada para o efeito e, também, publicados na Acta.

2) Reuniões científicas e culturais

Realizámos o VIII Congresso Português de Reumatologia em Junho de 1995 que teve uma boa participação, com uma trintena de comunicações e posters e a presença de dois convidados estrangeiros. Este Congresso teve um bom resultado financeiro que foi essencial para o equilíbrio das contas da SPR.

Levaram-se a cabo, ainda durante este período, duas Sessões de Abertura do Ano Académico, contando com a colaboração dos Srs. Profs. Pedro Eurico Lisboa em 1994 e Martins e Silva em 1995.

Pensamos poder realizar, em Maio de 1996, as Jornadas da Primavera da SPR para discussões e debates vários.

3) Estudos epidemiológicos

Encomendámos a um dos membros da Direcção um levantamento dos dados referentes à epidemiologia das doenças reumáticas em Portugal, publicado no País e no Estrangeiro, desenvolvidos tanto por investigadores privados como pelas instituições oficiais. Aguardamos ainda os resultados desse levantamento.

Fizemos em 1995 um inquérito a todos os centros de formação sobre as suas actividades e capacidades educacionais tanto para internos como para especialistas, clínicos gerais, enfermeiros ou fisioterapeutas. Não obtivemos qualquer resposta ainda.

Pedimos a colaboração da Dr^a Teresa Bravo para efectuar um estudo sobre as causas de reforma no Centro Regional de Segurança Social do Porto. Aguardamos também resultados dessa colaboração.

4) Acta Reumatológica Portuguesa

Com o novo elenco de responsáveis pela Acta nomeados no início do nosso mandato, a revista da SPR foi reformulada, aparecendo com um novo formato, nova imagem, novo estatuto editorial e novas secções, numa tentativa de a tornar mais atraente e moderna e, assim, mais rentável. Foi também actualizada a base de endereçamentos, restringindo-os a públicos seleccionados mas mais atentos, reduzindo assim despesas e aumentando a rentabilidade. Pena é que continue a dar algum prejuízo apesar de todas estas acções e dos esforços dos membros da Direcção na angariação de colaboração da Indústria Farmacêutica.

5) Prémios e bolsas de estudos

Durante este período foram atribuídos os seguintes prémios e bolsas:

Prémio Acta Reumatológica Portuguesa / SmithKline Beecham 1994, no valor de trezentos e cinquenta mil escudos atribuído às Dr^{as} Severina Veiga Fernandes e Anabela Pinto;

Bolsa SPR – Luitpold de Portugal, Lda. 1995, no valor de seiscentos e trinta mil escudos atribuído ao Dr. Paulo Reis para estágio em França;

Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa/SmithKline Beecham, no valor de um milhão de escudos atribuídos ao Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica (quatrocentos mil escudos) e ao Dr. Jaime Branco (seiscentos mil escudos).

O **Prémio Luís de Pap/Ciba** não foi atribuído em 1995 por decisão do respectivo Júri; por acordo com o patrocinador, este prémio será atribuído em 1996.

6) Apoio às associações de doentes reumáticos

Apoiámos a formação da ANDAI, Associação de Doentes com Reumatismos Infantis que se fundou durante o VIII Congresso Português de Reumatologia.

Tentámos promover a colaboração das várias associações de doentes com a Liga Portuguesa Contra o Reumatismo para o que promovemos uma reunião onde estiveram presentes todos os intervenientes interessados. Mas essa acção não foi bem sucedida por causa da ausência inexplicada da Liga na segunda reunião, por ela própria convocada para o efeito.

7) Ligação ao Ministério da Saúde

A Direcção da SPR vai estar presente e ser parte actuante no diálogo que o Ministério da Saúde propôs a um grupo de reumatologistas. Esse diálogo tem como objectivo fazer implantar o Plano Reumatológico definido há já cinco anos.

Como podem perceber, as actividades foram muito diversificadas e em várias frentes, tentando por um lado dinamizar a actividade científica e melhorar a qualidade da prática reumatológica e, por outro, defender o papel dos reumatologistas como especialistas dedicados ao tratamento das doenças musculoesqueléticas.

O facto do actual Governo estar aberto ao diálogo com os Reumatologistas constitui uma esperança para que, finalmente, melhores dias venham para a Especialidade e para os doentes reumáticos.

Lisboa, 26/2/1996

O Secretário-Geral da SPR
A. Alves de Matos

RELATÓRIO DE CONTAS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA (SPR) RELATIVO AO EXERCÍCIO DA ACTIVIDADE NO ANO DE 1995

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 1995 e 31 de Dezembro de 1995.

No decurso do ano de 1995 o exercício da actividade da SPR gerou receitas líquidas no valor de Esc. 9 697 135\$00 (nove milhões, seiscentos e noventa e sete mil e cento e trinta e cinco escudos), e realizou despesas no valor de Esc. 8 857 814\$00 (oito milhões, oitocentos e cinquenta e sete mil e oitocentos e catorze escudos), de que resultou um saldo positivo no valor de Esc. 839 321\$00 (oitocentos e trinta e nove mil e trezentos e vinte e um escudos).

A publicação da ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA no ano de 1995 gerou receitas de publicidade no valor de Esc. 2 591 140\$00 (dois milhões, quinhentos e noventa e um mil e cento e quarenta escudos) respeitante à edição dos 2 (dois) primeiros números, e despesas de publicação dos 3 (três) números que saíram em 1995, no valor de Esc. 4 504 975\$00 (quatro milhões, quinhentos e quatro mil e novecentos e setenta e cinco escudos), pelo que o saldo apurado é negativo no valor de Esc. 1 913 935\$00 (um milhão, novecentos e treze mil e novecentos e trinta e cinco escudos) não estando ainda contabilizada a receita da publicidade incluída no 3º número.

A realização do VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA que decorreu em Maio de 1995 em Lisboa, proporcionou receitas no valor de Esc. 5 909 500\$00 (cinco milhões, novecentos e nove mil e quinhentos escudos) e teve despesas no valor de Esc. 1 810 474\$00 (um milhão, oitocentos e dez mil e quatrocentos e setenta e quatro escudos), obtendo-se um saldo positivo no valor de Esc. 4 099 026\$00 (quatro milhões, noventa e nove mil e vinte e seis escudos).

O balanço final das contas referentes ao exercício da actividade regular da SPR e do VIII Congresso Português de Reumatologia saldou-se pela obtenção de um saldo positivo no valor de Esc. 839 321\$00 (oitocentos e trinta e nove mil e trezentos e vinte e um escudos), que serão aplicados no exercício das actividades da SPR durante o ano de 1996.

Lisboa, 29 de Fevereiro de 1996

P'la Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Carlos Miranda Rosa
(Tesoureiro)

RELATÓRIO 1995

RECEITAS
Saldo que transitou da gestão de 1994 **18 802 279\$08**

| Discriminação | Valor |
|---|----------------------|
| A - RECEITAS ORDINÁRIAS | |
| 1 - Contribuição dos membros associados | |
| 1.1 Quotas | 569 478\$00 |
| 2 - Acta Reumatológica | |
| 2.1 Publicidade | |
| a) Número de Março | 1 035 040\$00 |
| b) Número de Junho | 1 556 100\$00 |
| c) Número de Setembro | |
| d) Número de Dezembro | |
| RECEITA / ACTA | 2 591 140\$00 |
| 3 - Juros de Depósitos a Prazo | |
| 3.1 Conta 1194874 (1500 contos) | 93 048\$00 |
| 3.2 Conta 62194 (1667 contos) | 103 333\$00 |
| 3.3 Conta 1676368 (2500 contos) | 147 944\$00 |
| 3.4 Conta 2165242 (11 360 contos) Dez 94 a Jun 95 | 463 166\$00 |
| (13 000 contos) Out 95 a Abr 96 | |
| SUBTOTAL (1) | 3 968 109\$00 |
| B - RECEITAS EXTRAORDINÁRIAS | |
| 1 - Acções de Formação | |
| 1.1 Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia | |
| SPR/SKB | 1 000 000\$00 |
| 1.2 Bolsa SPR/Luitpold Portugal | 630 000\$00 |
| 2 - VIII Congresso Português de Reumatologia | 4 099 026\$00 |
| TOTAL DAS RECEITAS | 9 697 135\$00 |

| Discriminação | Valor |
|--|----------------------|
| A - DESPESAS ORDINÁRIAS | |
| 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) | 564 497\$00 |
| 2.2 Telefone (sede) / Telemóvel | 196 772\$00 |
| 3 - Acta Reumatológica (três números) | |
| 3.1 Tipografia | 3 201 975\$00 |
| 3.2 Expedição | 1 303 000\$00 |
| DESPESA/ACTA | 4 504 975\$00 |
| SALDO NEGATIVO | 1 913 835\$00 |
| 4 - Quota EULAR | 173 865\$00 |
| 5 - Acção de esclarecimento sobre D. Reumáticas | |
| junto da população | |
| 5.1 Honorários da agência | 500 000\$00 |
| 6 - Apoio a acções de formação | |
| 6.1 Fundo SPR/SKB | 1 000 000\$00 |
| 6.2 Bolsa SPR/Luitpold Portugal | 630 000\$00 |
| SUBTOTAL | 8 746 109\$00 |
| B - DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS | |
| 1 - Advogado (pagamento de serviços) | 111 705\$00 |
| TOTAL DAS DESPESAS | 8 857 814\$00 |

SALDO POSITIVO **839 321\$00**

Lisboa, 29 de Fevereiro de 1996

O Tesoureiro
Carlos Miranda Rosa

**ORÇAMENTO DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA (SPR)
1995/1996**

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 29/02/96 na sede da SPR em Lisboa, o Orçamento da SPR para o ano de 1996.

O tesoureiro da SPR prevê para o exercício da actividade ordinária da SPR durante o ano de 1996, receitas no valor de Esc. 8 700 000\$00 (oito milhões e setecentos mil escudos), sendo a maior fatia desta verba proveniente da publicidade inserida nos 4 (quatro) números da ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA, a publicar no ano de 1996. Prevê-se para o mesmo período de exercício, um montante de despesas no valor de Esc. 11 576 000\$00 (onze milhões e quinhentos e setenta e seis mil escudos) resultante dos encargos inerentes ao funcionamento regular da SPR (secretariado e apoio ao secretariado) no valor de Esc. 2 000 000\$00 (dois milhões de escudos), dos encargos com a publicação da ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA (produção e expedição) no valor de Esc. 6 000 000\$00 (seis milhões de escudos), e de gastos extraordinários com a "Campanha de esclarecimento e divulgação das doenças reumáticas junto da população" no valor de Esc. 1 000 000\$00 (um milhão de escudos).

A manterem-se os actuais custos de produção e de expedição da ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA, e o mesmo volume das receitas provenientes da publicidade, prevê-se um saldo negativo com a edição da revista no ano de 1996 que poderá situar-se num montante próximo de Esc. 1 000 000\$00 (um milhão de escudos).

Com base neste Orçamento, o balanço da actividade da SPR será deficitário durante o ano de 1996, prevendo-se um saldo negativo no valor de 2 876 000\$00 (dois milhões e oitocentos e setenta e seis mil escudos). O equilíbrio orçamental para o ano de 1996 contará com os lucros obtidos durante o exercício da actividade durante o ano de 1995, para o que muito contribuiu o sucesso financeiro do VIII CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA, e com o recurso a fundos próprios da SPR.

Lisboa, 29 de Fevereiro de 1996

P'la Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Carlos Miranda Rosa
(Tesoureiro)

ORÇAMENTO 1996**RECEITAS**

| A - Receitas | Valor |
|--|----------------------|
| 1 - Contribuição dos membros associados | |
| 1.1 Quotas | 600 000\$00 |
| 2 - Acta Reumatologia | |
| 2.1 Publicidade (4 números) | 4 800 000\$00 |
| 3 - Apoio à formação dos reumatologistas | |
| 3.1 - Fundo SPR/SKB | 1 000 000\$00 |
| 4 - Actividade científica | |
| 4.1 - Prémio Acta Reumatológica/SKB | 400 000\$00 |
| 4.2 - Prémio Luis de Pape/Ciba | 1 000 000\$00 |
| 5 - Juros das aplicações financeiras | 900 000\$00 |
| TOTAL DAS RECEITAS | 8 700 000\$00 |

DESPESAS

| B - Despesas | Valor |
|---|-----------------------|
| 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 | 200 000\$00 |
| 3 - Acta Reumatológica | |
| 3.1 Tipografia | 4 000 000\$00 |
| 3.2 Expedição | 2 000 000\$00 |
| 4 - Quotização EULAR | 200 000\$00 |
| 5 - Acção de esclarecimento sobre D. Reumáticas junto da população | |
| 5.1 - Honorários da agência | 1 000 000\$00 |
| 6 - Acção de formação | |
| 6.1 Fundo SPR/SKB | 1 000 000\$00 |
| 7 - Actividade científica | |
| 7.1 Prémio Acta Reumatológica | 400 000\$00 |
| 7.2 Prémio Luis de Pape | 1 000 000\$00 |
| TOTAL DAS DESPESAS | 11 576 000\$00 |
| SALDO NEGATIVO | 2 876 000\$00 |

Lisboa, 29 de Fevereiro de 1996

O Tesoureiro
*Carlos Miranda Rosa***RELATÓRIO DO VIII CONGRESSO
PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA**

| A - RECEITAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|--|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|---------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| 1 - Inscrições | 434 500\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 - Aluguer de stands | 5 125 000\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - Subsídio JNICT | 350 000\$00 | TOTAL DAS RECEITAS | 5 909 500\$00 | B - DESPESAS | | 1 - Prelectores convidados | | 1.1 Deslocação | 586 459\$00 | 1.2 Estadia | 239 685\$00 | 1.3 Almoços de trabalho | 126 380\$00 | 1.4 Ofertas | 107 950\$00 | 2 - Aluguer de instalações | 250 000\$00 | 3 - Publicações dos resumos | 500 000\$00 | TOTAL DAS DESPESAS | 1 810 474\$00 | SALDO POSITIVO | 4 099 026\$00 |
| TOTAL DAS RECEITAS | 5 909 500\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B - DESPESAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - Prelectores convidados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 Deslocação | 586 459\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 Estadia | 239 685\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3 Almoços de trabalho | 126 380\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 Ofertas | 107 950\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 - Aluguer de instalações | 250 000\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - Publicações dos resumos | 500 000\$00 | TOTAL DAS DESPESAS | 1 810 474\$00 | SALDO POSITIVO | 4 099 026\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DAS DESPESAS | 1 810 474\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALDO POSITIVO | 4 099 026\$00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SALDO EM 31/12/95

| Conta/Tipo | Nº | Balcão | Saldo |
|-------------------|-----------|---------------|-----------------------|
| 1. Ordem | 3291278 | BPA/Saldanha | 1 103 146\$00 |
| 2. Prazo | 62194 | BPA/Saldanha | 1 667 035\$00 |
| 3. Prazo | 1194874 | BPA/Saldanha | 1 500 000\$00 |
| 4. Prazo | 1676368 | BPA/Saldanha | 2 500 000\$00 |
| 5. Prazo | 2165242 | BPA/Saldanha | 13 000 000\$00 |
| TOTAL | | | 19 770 181\$00 |

Lisboa, 29 de Fevereiro de 1996

O Tesoureiro
Carlos Miranda Rosa

REGULAMENTO DE PRÉMIOS

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (S.P.R.), em colaboração com várias empresas da Indústria Farmacêutica, tem para atribuição anual vários Prémios e Bolsas cujos regulamentos se publicam a seguir para conhecimento de todos os interessados.

Em 1996 serão atribuídos o Prémio Ciba-Geigy de Reumatologia-Luis de Pap/96 e o Prémio "Acta Reumatológica" e serão atribuídos fundos a projectos que se candidatem ao Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa Sociedade Portuguesa de Rematologia SmithKline Beecham.

Chamamos a atenção dos eventuais concorrentes para os prazos de entrega das candidaturas referidos nos respectivos regulamentos.

Quaisquer esclarecimentos podem ser pedidos à Direcção da S.P.R.

FUNDO PARA O DESENVOLVIMENTO DA REUMATOLOGIA PORTUGUESA - SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA / SMITHKLINE BEECHAM

Artº 1

1 - A Direcção da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* (S.P.R) e a *SmithKline Beecham* (SB) procurando promover o desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa, deliberaram atribuir um Fundo para o Desenvolvimento da Reumatologia Portuguesa, Sociedade Portuguesa de Reumatologia / *SmithKline Beecham* (Fundo).

2 - Este Fundo tem como finalidade prática, subsidiar acções de investigação, formação e aperfeiçoamento técnico e científico dos membros da S.P.R, concedendo apoios à sua execução.

Artº 2

1 - O Fundo tem o valor anual de um milhão de escudos, a serem atribuídos nos anos de 1995 e 1996 e poderá ser estendido a anos posteriores, conforme vontade e acordo entre a S.P.R e a SB.

2 - O Fundo subsidiará acções que comprovadamente tragam novos benefícios reais aos doentes reumáticos e à Reumatologia Portuguesa.

3 - De entre outras, mas sempre no espírito dos nºs anteriores, serão contempladas acções da seguinte natureza:

a) Projectos de Investigação em Portugal, em diversas áreas e modalidades;

b) Projectos de Investigação em Portugal e no estrangeiro, com vista a tese de dissertação para Graus Académicos (Mestre e Doutor);

c) Estágios e Cursos práticos em Portugal e no Estrangeiro, de curta e longa duração.

Artº 3

1 - As candidaturas far-se-ão por carta dirigida ao Secretario-Geral da S.P.R e, para serem aceites, deverão mencionar o seguinte:

- a) Objectivo do projecto ou estágio;
- b) Condições de aplicabilidade prática a curto prazo;
- c) Orçamento e sua fundamentação;
- d) Quantitativo que solicita e para que parte do projecto se destina;
- e) Informação de outras formas de financiamento;
- f) Outras informações que considere úteis para decisão do Júri;

2 - O prazo de entrega das candidaturas é 31 de Maio de 1996.

3 - As candidaturas serão classificadas pelo Júri, tendo em conta os seguintes itens:

- a) Interesse científico e técnico do projecto/estágio.
- b) Sua utilidade prática.
- c) Condições de aplicabilidade do proponente.
- d) Inovação que traz.

4 - Os subsídios serão atribuídos, pela ordem de classificação, às candidaturas que sejam disso consideradas merecedoras.

5 - O montante a atribuir será decidido pelo Júri, considerando os itens mencionados em 3 e a adequação do quantitativo solicitado, a custos previsíveis do fim a que se destina.

6 - No caso do fundo não ser utilizado na sua totalidade, o seu remanescente será acumulado ao ano seguinte.

Artº 4

O subsídio, uma vez atribuído, deverá ser utilizado nos 6 meses seguintes, sob pena de ser atribuído a outro projecto ou transferido para o ano seguinte.

Artº 5

1 - O Júri será composto pelos seguintes membros:

Da Direcção da S.P.R:

- Presidente
- Presidente Eleito
- Vice-Presidentes (2)
- Secretário-Geral
- Vogal conselheiro para a Reumatologia da S.P.R
- Médico representante da *SmithKline Beecham*

2 - O Júri será presidido pelo Presidente da Direcção da S.P.R.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa mais de uma das funções a que se refere o nº 1 deste Artigo, ela será substituída por Reumatologista designado pela Direcção da S.P.R.

4 - Se algum dos membros do Júri for concorrente ao Fundo, terá que pedir escusa e será subs-

tituído por Reumatologista designado pela Direcção da S.P.R.

5 - Não haverá recurso das decisões do Júri que poderá decidir não atribuir quaisquer subsídios, se os projectos não justificarem a sua atribuição, revertendo neste caso o montante para o ano seguinte.

6 - O Júri reunirá para apreciação das propostas na 1ª semana de Junho de 1996.

7 - A S.P.R. dará conhecimento do resultado das decisões do Júri até final do mês de Junho de 1996.

Artº 6

1 - Os candidatos deverão preencher os seguintes requisitos básicos:

- a) Terem nacionalidade Portuguesa
- b) Pertencerem aos quadros de Instituições Portuguesas ou terem local de trabalho habitual em Portugal.
- c) Serem membros da S.P.R.

PRÉMIO CIBA-GEIGY DE REUMATOLOGIA LUÍS DE PAP/96

Artº 1

1 - A *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* a fim de contribuir para progresso das Ciências Médicas em Portugal, no campo da Reumatologia confere, de dois em dois anos, nos anos ímpares a partir de 1995, inclusivé, um Prémio instituído em seu favor por Ciba-Geigy Portuguesa, Lda.

2 - Este prémio denomina-se "Prémio Ciba-Geigy de Reumatologia - Luis de Pap" (adiante designado por Prémio) em homenagem à acção desse reumatologista no desenvolvimento da Reumatologia em Portugal.

3 - O fim do prémio é manter e estimular os estudos reumatológicos nos campos da epidemiologia, da etiopatogenia, da clínica, da terapêutica, da prevenção, da investigação experimental (ou/em quaisquer outros).

Artº 2

1 - O Prémio num valor global a fixar será atribuído ao melhor, de entre os trabalhos, de autor ou autores médicos Portugueses, apresentados em Sessões Científicas da Sociedade Portuguesa de Reumatologia ou enviadas à Direcção da mesma, com a indicação, em qualquer dos casos, de que a ele concorrem.

2 - É admissível a atribuição de Menções Honrosas quando o Júri considere existirem trabalhos apresentados que o justifiquem.

3 - O Prémio é atribuído de dois em dois anos na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

4 - Ao premiado será conferido diploma assinado pelo Presidente e Secretário Geral da Sociedade ou quem os represente.

Artº 3

1 - Os originais concorrentes que não tiverem sido apresentados nas Sessões Científicas com essa indicação, serão entregues na Secretaria da Sociedade Portuguesa de Reumatologia até ao dia 30 de Setembro de 1996, em cinco exemplares (original e quatro fotocópias), dactilografados a dois espaços, de um só lado, e em folhas de formato A4 numeradas e rubricadas, acompanhando o texto, eventualmente, de desenhos, gráficos, fotografias e diapositivos, que o completem.

2 - Os trabalhos tem de ser inéditos e não podem ser publicados até à data da sua apreciação pelo Júri.

3 - Na Secretaria da Sociedade será organizado o processo referente a cada um dos trabalhos concorrentes e anotada a data de entrega, identificação profissional do candidato e da Instituição Médica de origem e título completo do trabalho, dados que serão publicados na "Acta Reumatológica Portuguesa".

4 - Antes de serem distribuídos ao Júri os originais concorrentes, a Direcção verificará do cumprimento das normas regulamentares e disso notificará os candidatos, quando não o tiver havido.

Artº 4

1 - O Júri será constituído por cinco membros:

- a) Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- b) Secretário Geral da Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- c) Director da "Acta Reumatológica Portuguesa";
- d) Vogal Conselheiro para Reumatologia do Conselho Científico da Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
- e) Um médico representante da Ciba - Geigy Portuguesa, Lda.

2 - O Júri é presidido pelo Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa, mais de uma das funções a que se refere o número 1 deste artigo, será substituído na(s) restante(s) pelos seus substitutos estatutários e regulamentares ou, na inexistência destes, por um dos antigos presidentes da S.P.R. proposto pela Direcção em exercício ou por uma individualidade acordada entre a Direcção da S.P.R. e a Ciba - Geigy.

4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor, tem de pedir escusa.

5 - As decisões do Júri são tomadas por maioria absoluta de votos e delas não há recurso.

6 - O Júri pode agregar, sem direito a voto, um ou mais elementos de reconhecida competência sempre que a apreciação dos trabalhos especializados o justifique.

7 - O Júri pode, se assim o entender, não atribuir o Prémio, no todo ou em parte. Em qualquer dos casos ao montante respectivo por acordo entre a S.P.R. e o doador, será dado o destino que entenderem.

8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da S.P.R. até 31 de Outubro (ou até 2 semanas antes da Sessão Solene de Abertura do Ano Académico).

9 - De cada reunião do Júri será lavrada, no livro respectivo, uma acta assinada por todos os membros.

Artº 5

1 - A proclamação dos trabalhos premiados, a entrega do valor do prémio e respectivo diploma aos candidatos premiados, é feita na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

Artº 6

1 - Os trabalhos concorrentes premiados ou distinguidos com Menção Honrosa são pertença da *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*, pelo que não são devolvidos aos candidatos.

2 - A Sociedade obriga-se a publicá-los num período não superior a um ano na "Acta Reumatológica Portuguesa".

3 - A Sociedade procurará publicar nos órgãos oficiais da EULAR e ILAR extractos dos trabalhos premiados pelo que os respectivos autores devem redigir resumos, até um máximo de duzentas palavras, em português, inglês e francês, e facultativamente em espanhol e alemão, quando lho for solicitado pela Direcção da S.P.R.

4 - De todos os trabalhos concorrentes ao Prémio, cinco exemplares destinam-se, obrigatoriamente, um à Biblioteca da S.P.R., dois ao Centro de Documentação da Ciba - Geigy, Lda, e dois à Biblioteca da Ordem dos Médicos.

Artº 7

1 - Aos membros do Júri é expressamente proibido participar na reunião do júri em que sejam apreciados os trabalhos com que concorrem ao Prémio, o que constará da acta respectiva.

PRÉMIO "ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA"

Artº 1º

1 - A *Sociedade Portuguesa de Reumatologia* confere, de dois em dois anos, um Prémio denominado "Acta Reumatológica Portuguesa".

2 - O fim do Prémio é manter e estimular o progresso dos estudos reumatológicos com vista à sua publicação no órgão oficial da S.P.R., a Acta Reumatológica Portuguesa.

3 - Sempre que possível será solicitado o apoio financeiro de uma entidade externa à S.P.R., num valor pecuniário a fixar.

Artº 2º

1 - O Prémio será atribuído ao melhor trabalho publicado na Acta Reumatológica Portuguesa no período entre Setembro de 1994 e Junho de 1996, inclusive, e assim sucessivamente.

Artº 3º

2 - É admissível a atribuição de Menções Honrosas quando o Júri considere existirem trabalhos que o justifiquem.

3 - O Prémio é atribuído de 2 em 2 anos, na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

4 - Ao premiado será conferido diploma assinado pelo Presidente e Secretário-Geral da S.P.R. ou quem os represente.

Artº 4º

1 - Os trabalhos publicados na Acta Reumatológica Portuguesa, orientam-se pelas Normas de Publicação da Revista.

2 - Serão excluídos de apreciação para atribuição do Prémio aqueles trabalhos que tenham sido já contemplados em concurso público a outros prémios instituídos e os trabalhos de autores estrangeiros.

Artº 5º

1 - O Júri será constituído por cinco membros:

- a) Presidente da Direcção da S.P.R.;
- b) Secretário-Geral da S.P.R.;
- c) Director da Acta Reumatológica Portuguesa;
- d) Dois Vogais do Conselho Científico da S.P.R., sendo um deles o Vogal Conselheiro para a Reumatologia e o outro nomeado pela Direcção da S.P.R.

2 - O Júri é presidido pelo Presidente da S.P.R.

3 - Se ocorrer na mesma pessoa, mais de uma das funções a que se refere o número 1 deste artigo, será substituído na(s) restante(s) pelos seus substitutos estatutários e regulamentares ou na não existência destes, por um dos membros do Conselho Científico proposto pela Direcção da S.P.R.

4 - Qualquer dos membros do Júri que concorra ao Prémio como Autor ou co-Autor tem de pedir escusa.

5 - A decisão do Júri é tomada por maioria absoluta de votos e dela não há recurso.

6 - O Júri pode agregar, sem direito a voto, um ou mais elementos de reconhecida competência

sempre que a apreciação de trabalhos especializados o justifique.

7 - O Júri pode, se assim o entender, não atribuir o Prémio.

8 - A resolução do Júri deve ser dada a conhecer à Direcção da S.P.R. até 30 de Setembro do ano da sua atribuição.

9 - De cada reunião do Júri será lavrada uma acta assinada por todos os seus membros.

Artº 6º

A proclamação do trabalho premiado, a entrega do valor do Prémio e respectivo diploma ao candidato premiado é feita na Sessão Solene de Abertura do Ano Académico.

Rules for the "CIBA-GEIGY ILAR - Rheumatology Prize"

Purpose of the Prize

§ 1 The aim of CIBA-GEIGY in endowing the Prize, valued at SFr. 60,000.-, is to encourage research in rheumatology within the widest meaning of the term.

The Prize shall be awarded in recognition of an outstanding achievement in the field of rheumatology and with a view to supporting the continuation of research underlying this achievement.

The Prize may be divided if the jury decides that there are two particularly outstanding submissions.

Name of the prize

§ 2 To emphasise the close interest taken by CIBA-GEIGY in the work of the International League Against Rheumatism (ILAR), the original name of the Prize, "International Geigy Rheumatism Prize", has been changed to "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize".

Awarding of the Prize

§ 3 The "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" will be awarded once every four years during the opening ceremony of the International Congress of Rheumatology organised by ILAR.

Application of the Prize

§ 4 Any persons who consider they have made a significant contribution in the field of rheumatology may apply for the Prize, provided the conditions stipulated below have been met. ILAR may invite individuals to apply if they are considered worthy based on expert advice from an independent source.

Conditions of entry

§ 5 Since the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" is to be awarded for current research, the documents submitted in support of an entry may take the form of published papers or papers which have been accepted for publication.

Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" may be submitted in English, French, German, and/or Spanish. Submissions in the first instance should comprise a two-page summary in English of the significance of the work and six key publications from the past five years with a list of all other publications (*see Adjudicatory procedure*).

Candidates should be recommended, in writing, on the official application form by a proposer and a seconder.

Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" must be submitted in duplicate to the Prize Secretariat, c/o CIBA-GEIGY, CH-4002 Basle, Switzerland, not later than one year before the date on which the next Prize is to be awarded (date of the opening ceremony of the next ILAR Congress). They should be accompanied by a brief curriculum vitae.

Announcement of the Prize

§ 6 Acting in agreement with the leagues (ILAR, EULAR, PANLAR, APLAR, AFLAR) CIBA-GEIGY will advertise the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" two years before each ILAR Congress of Rheumatology and will supply interested persons with a copy of the present Rules, together with application forms, etc. ILAR and the regional Leagues EULAR, PANLAR, APLAR, and AFLAR will also inform their members about the forthcoming Prize in their League Bulletins and other League Communications.

Prize Adjudicatory Panel

§ 7 Entries for the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" will be judged by a Prize Adjudicatory Panel. This Panel will be composed as follows:

- the President of ILAR (Chairman)
- the President-Elect of ILAR
- the Secretary-General of ILAR
- the Treasurer of ILAR
- the Presidents of EULAR, PANLAR, APLAR, and AFLAR
- one delegate from CIBA-GEIGY.

The Panel has the right, when confronted with complex entries, to consult outside experts in the field in question in order to form a well-founded opinion of the work.

Adjudicatory procedure

§ 8 Each member of the Panel will assess the entries individually and rank them in accordance with his personal judgment. Panel members who have professional affiliations with a candidate will abstain from evaluation and voting.

The Secretariat will circulate these assessments among the members of the Panel with a view to arriving at a preliminary ranking which will facilitate subsequent decision-making. Depending on the consolidated rankings the Panel may decide to award the Prize to one entry, to award it equally to two entries, or to divide it into a first and a second Prize.

There shall be no right of appeal against the Panel's decisions.

Notification of results

§ 9 Acting in agreement with the Prize Adjudicatory Panel, CIBA-GEIGY shall ensure notification of the prize winner(s) immediately following the decision of the Panel, so as to make certain that he/she/they will be present at the opening ceremony. CIBA-GEIGY shall also arrange for the sum in respect of the Prize to be made available at the ceremony, together with a diploma in Latin.

CIBA-GEIGY and, as far as possible, also ILAR shall ensure that the media, including in particular the medical press, are duly informed.

Validity and final stipulations

§ 10 The present Rules shall apply to the awarding of the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" on the occasion of the ILAR Congresses of Rheumatology to be held in 1993 and 1997. Should political or other reasons preclude the holding of one of the Congresses planned for these two years, the sum in respect of the Prize will be forfeited for the year in question.

CIBA-GEIGY and ILAR shall reach agreement by not later than end of 1995 as to whether the "CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize" should be continued or terminated.

The present Rules supersede those drawn up in July 1969 and those dating from 1979 and 1982. In the event of any discrepancies between versions in the different languages, the English version of the Rules shall be taken as the authentic original text. These Rules have been approved in the summer of 1990 by:

International League Against Rheumatism

Prof. K.D. Muirden - President

Prof. G. Mtitz - President-Elect

CIBA-GEIGY Limited

Dr. J. Gelzer

Representative of the Endowing Company

Greti Haldemann

"ILAR PRIZE" Executive Secretary

A message from the President of ILAR*

Dr. Roberto Arinoviche

CIBA-GEIGY ILAR Rheumatology Prize 1997

The CIBA-GEIGY • ILAR • Rheumatology Prize is an award of note and distinction. Over the last years it has become a tradition to present this award during the Opening Ceremony of the ILAR Congress of Rheumatology. The next such presentation will be in Singapore during the second week of June 1997, and the closing date for applications is 31 May 1996.

It is a measure of the quality of research submitted for this competition that - with one exception the prize has always been divided among two or more candidates ever since the first award was made in Prague in 1969. Winners have come from seven countries. Not surprisingly, with its resources and ability to attract top scientists, the USA has had the greatest number of prize winners. Other notable winners have come from the Netherlands, Norway, the United Kingdom, France, Mexico, and from what is now Slovakia. Plainly there are scientists and clinicians from many other parts of the world still to be honoured.

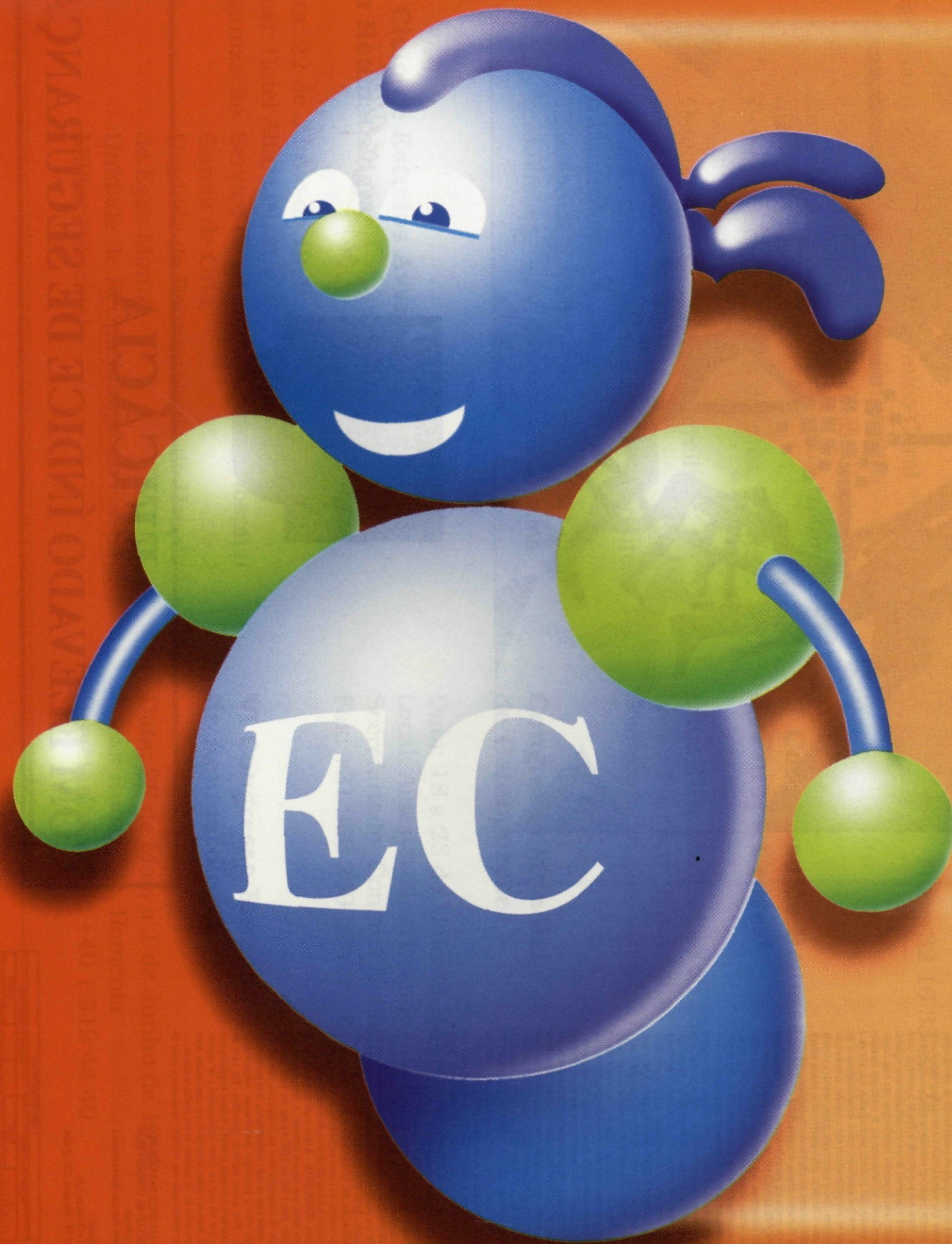
Altogether 18 entries from 13 different countries were received for the last prize, which was awarded in 1993. Ultimately the prize was shared between two contenders: Donato Alarcón-Segovia (Mexico) and a team of researchers led by Graham Hughes (UK) for their work on the pathogenesis, identification, and clinical features of antiphospholipid syndrome.

Although entries may be submitted in English, French, German and/or Spanish, submissions in the first instance should comprise a two page summary in English of the significance of the work and 6 key publications from the past 5 years with a list of all publications. It is anticipated that the jury will request the finalists to provide more details of their work at a later date.

The jury itself has a strong international flavour and comprises the President of ILAR as Chairman, the President-Elect, Secretary-General and Treasurer of ILAR and the Presidents of the Regional Leagues. There is one delegate from Ciba-Geigy.

The ultimate purpose of the prize is to encourage research in rheumatology within the widest meaning of the term. It is awarded in recognition of an outstanding achievement in the field of rheumatology and with a view to supporting the continuation of research underlying this achievement. Entry forms and further details can be obtained by writing to: Mrs Greti Haldemann, CIBA-GEIGY ILAR • Rheumatology Prize, Executive Secretary, Ciba-Geigy Limited, CH-4002 Basel.

* ILAR = International League of Associations for Rheumatology.



Naprosyn® EC

(naproxen)

O Desafio

| Apresentação e preços (IVA incluído) | P.V.P.* | Regime Geral | | | Regime Especial | | |
|---|-----------|--------------|-----------|-----------|-----------------|-----------|---------|
| | | Comp. | Estado | Utente | Comp. | Estado | Utente |
| Embalagem 20 comp. E.C. 500 mg | 1.715\$00 | 70% | 1.201\$00 | 514\$00 | 85% | 1.458\$00 | 257\$00 |
| Embalagem 60 comp. E.C. 500 mg | 4.373\$00 | 70% | 3.061\$00 | 1.312\$00 | 85% | 3.717\$00 | 656\$00 |



JANSSEN-CILAG

FARMACÊUTICA, Lda.
Campo Grande, 28, 1º D, 1700 Lisboa

Mat. na Cons. do Reg. Com. de Lisboa sob o nº 21 072 Capital Social 540 000 000\$00 - Nº de Contribuinte 500 189 412

Balmox[®]

nabumetona

Balmox[®]
nabumetona

SUMÁRIO TÉCNICO

APRESENTAÇÃO - Comprimidos Revestidos - Embalagens de 10 e de 60 comprimidos revestidos, doseados a 500 mg de nabumetona. **Comprimidos Dispersíveis** - Embalagens de 60 comprimidos dispersíveis doseados a 500 mg de nabumetona. - **Embalagens de 30 comprimidos dispersíveis** doseados a 1 g de nabumetona. - **Xarope** - Embalagens de 200 ml, cada 5 ml contém 500 mg de nabumetona. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** - 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 musculoesqueléticas: bursites, tendinites, sinovites, espondilite, tenossinovites, periartrite 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: diarreia, dispesia, náuseas, obstipação, dor abdominal, flatulência, cefaleias, tonturas e sedação. Nos ensaios clínicos em que se utilizaram doses superiores a 1g, 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. **INTERAÇÕES 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 a essas 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 hipercalemia 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 arterial 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-TERAPÉUTICA** - Medicamento anti-reumático - anti-inflamatório não esteróide. **UTILIZAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ** - 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, 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 1.000 mg/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 fraccionada. 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 à lavagem gástrica e instituir terapêutica com carvão activado (60 g 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

O 1º AINE NÃO ACÍDICO



Dois comprimidos à noite

EFICÁCIA COM ELEVADO ÍNDICE DE SEGURANÇA

| BALMOX* | PVP** | COMPARTICIPAÇÃO | | | | | | | |
|----------|---------|--------------------|---------|--------|-------|-----------------------|--------|--------|-------|
| | | Regime Geral (70%) | | | | Regime Especial (85%) | | | |
| | | ESTADO | | UTENTE | | ESTADO | | UTENTE | |
| 500 mg | | | | | | | | | |
| 10 comp. | 736500 | 515500 | 221500 | 103500 | 44820 | 626500 | 110500 | 125520 | 22500 |
| 60 comp. | 4298500 | 3009500 | 1289500 | 100530 | 43500 | 3653500 | 645500 | 121580 | 21550 |

* IVA incluído à taxa de 5%

Beecham Portuguesa
Produtos Farmacêuticos e Químicos, Lda.
Capital Social 65.000.000\$000 — C.R.C. Sintra — Matrícula nº4428 Fl. 12-V5 Livro C12 - Cont. nº 500.322.708

© Beecham Portuguesa
Uma Companhia **SmithKline Beecham**

AGENDA NACIONAL

I Simpósio Luso-Brasileiro de Reumatologia Pediátrica

Data: 30-31 de Maio de 1996

Local: Auditório do Padrão dos Descobrimentos, Lisboa

Patrocínio: Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Sociedade Brasileira de Reumatologia

Programa: Formas oligoarticulares e poliarticulares de ACJ

Forma sistémica de ACJ

Lúpus Eritematoso Sistémico Juvenil

Osteoporoses Juvenis

Tratamento dos Reumatismos Juvenis

Miscelânea

Comunicações Livres

I Jornadas Temáticas de Reumatologia

Data: 20-21 de Junho de 1996

Local: Hotel Alfa, Lisboa

Organização: Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta
Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz
Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal

Programa: A Reumatologia e o Clínico Geral
Estrogéneos e Doença Reumática
Fibromialgia ou doentes fibromiálgicos?
Novas estratégias e táticas para tratar a AR
Osteoporose: Diferentes doentes, diferentes tratamentos?
Osteoartrose: O regresso da velha senhora?
Da dor como vivência aos seus diferentes tratamentos
Técnicas diagnósticas e terapêuticas em reumatologia – Indicações e resultados

IV Ciclo de Estudos Avançados em Reumatologia

Data: 22 de Junho de 1996

Local: Hotel Alfa, Lisboa

Organização: Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta
Unidade de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz
Unidade de Reumatologia do Hospital Militar Principal

AGENDA INTERNACIONAL

XXXVIII Curso Intensivo de Especialização em Doenças Reumáticas

Data: 2 a 4 de Maio de 1996

Local: Hotel FERIA Palace, Barcelona

Secretariado: Instituto Poal de Reumatologia
Entenza, 334 (Diagonal)
08029 Barcelona

Reunião Anual da British Society for Rheumatology

Data: 8 a 10 de Maio de 1996

Local: Brighton, Grã-Bretanha

Secretariado: BSR

Fax: +44 171 242 32 77

Curso EULAR: Teaching the Teachers

Data: 10 e 11 de Maio de 1996

Local: Leuven, Bélgica

Secretariado: Prof. Dr. Jan Dequeker
Fax: +32 16 33 87 24

1º Congresso de Reumatologia da Europa Central

Data: 15 a 18 de Maio de 1996

Local: Piestany, Eslováquia

Secretariado: Fax: +0161 275 5043

Congresso Mundial de Osteoporose

Data: 18 a 23 de Maio de 1996

Local: Amesterdão, Holanda

Secretariado: Congrex Holland
Fax: +31 206 259 574

VI Congresso Romeno de Reumatologia

Data: 28 de Maio a 1 de Junho de 1996

Local: Bucareste, Roménia

Secretariado: Fax: +40 1 312 44 40

26º Congresso Escandinavo de Reumatologia

Data: 31 de Maio a 3 de Junho de 1996
Local: Reykjavik, Islândia
Secretariado: Fax: +354 562 5895

XVII Congresso Internacional da Sociedade Polaca de Reumatologia

Data: 12 a 15 de Junho de 1996
Local: Lubliana, Polónia
Secretariado: Fax: +48 81 73 1200

8º Congresso Mediterrânico de Reumatologia

Data: 24 a 26 de Junho de 1996
Local: Istambul, Turquia
Secretariado: Fax: +90 212 280 14 77

4ª Conferência Europeia de Reumatologia Pediátrica

Data: 18 a 21 de Agosto de 1996
Local: Helsínquia, Finlândia
Patrocínio: EULAR
Fax: +358 0 170 122

Curso EULAR: Bases Científicas da Reumatologia

Data: 7 a 10 de Setembro de 1996
Local: Oxford, Reino-Unido
Secretariado: EULAR
+41 1 383 98 10

3º Curso EULAR de Pós-Graduação em Reumatologia

Data: 11 a 15 de Setembro de 1996
Local: Oxford, Reino-Unido
Secretariado: EULAR
+41 1 383 98 10

IX Simpósio EULAR

Data: 7 a 10 de Outubro de 1996
Local: Palácio dos Congressos, Madrid
Secretariado: EULAR '96
Fax: +34 1 457 01 73

60ª Reunião Anual do American College of Rheumatology

Data: 18 a 22 de Outubro de 1996
Local: Orlando, Florida, EUA
Secretariado: ACR
Fax: +1 404 633 1870

I Simpósio PANLAR, II Congresso Centro-Americano, Caribiano e Andino de Reumatologia, IX Congresso Peruano de Reumatologia

Data: 20 a 24 de Novembro de 1996
Local: Lima, Peru
Secretariado: Fax: +51 1 446 1323

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* (pag. 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 res-

ponsável pela correspondência e contactos com os editores; título breve para rodapé.

- b) *Resumo* (pag. 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* (pag. 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) autores. 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) médicos. 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, dactilografada 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

Os autor(es) certificam 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.

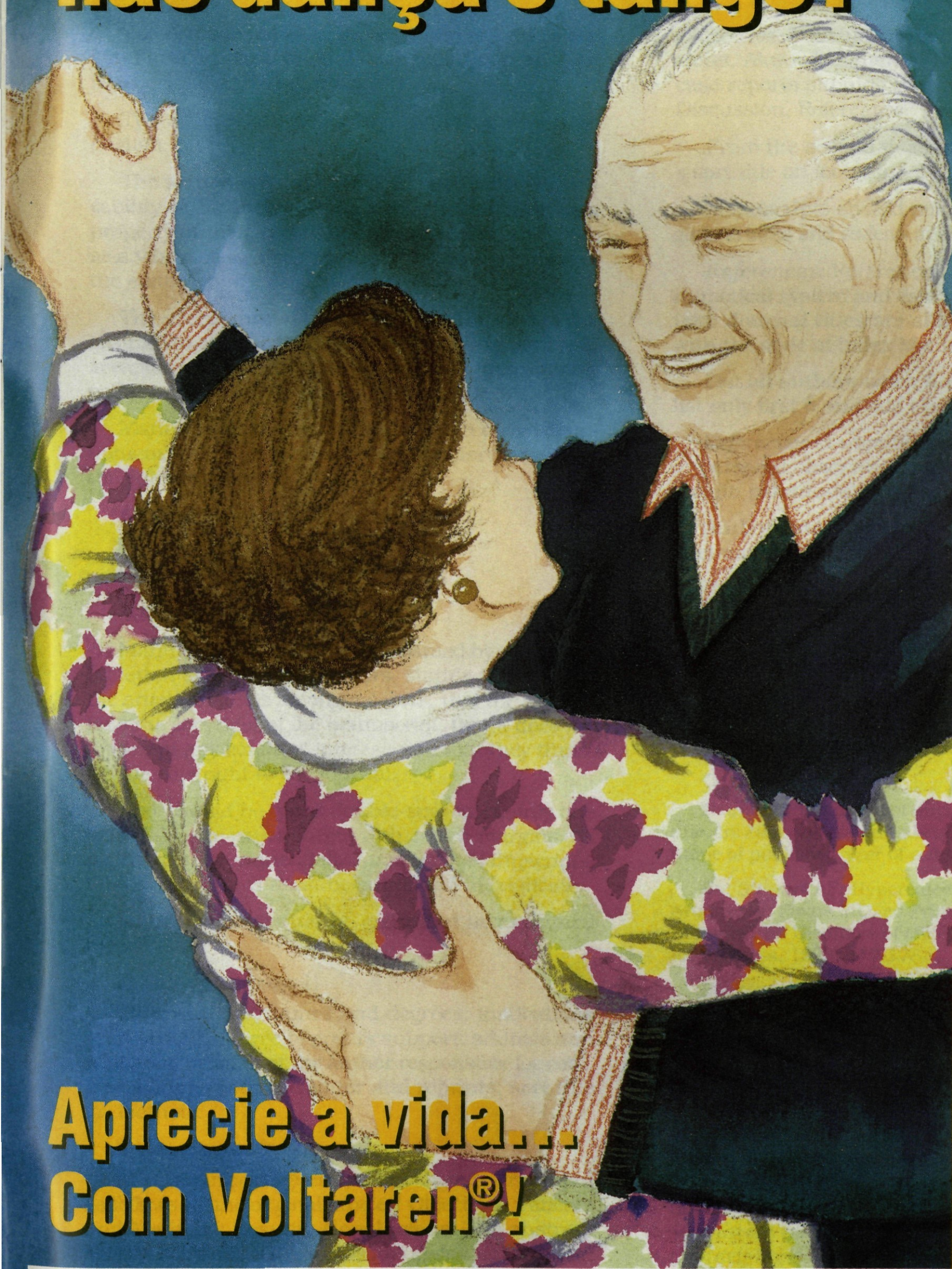
Todos os autores devem assinar

Data _____

Nome (maiúsculas) _____

Assinatura _____

Há quanto tempo não dança o tango?



Aprecie a vida... Com Voltaren®!

REUMATISMO



1ª ESCOLHA

SITUAÇÕES MAIS GRAVES

**Voltaren
Retard 100**

Geigy

Anti-reumatismal
Anti-inflamatório

30 drageias de 100 mg

Voltaren 50 Geigy

Anti-inflamatório

60 drageias resistentes
ao suco gástrico 50 mg

VOLTAREN
Apresentação: Diclofenac sódico: drageias de 50 mg, drageias de libertação prolongada de 100 mg.
Indicações: Processos inflamatórios e degenerativos de reumatismo. Alterações músculo esqueléticas agudas. Gota aguda. Inflamação e tumefacção pós-traumática e pós-operatória. Estados dolorosos e/ou inflamatórios em ginecologia, p. ex. dismenorria. Como adjuvante nas infecções inflamatórias dolorosas graves do ouvido, nariz ou garganta. (Febre isolada não é uma indicação).
Posologia: Conforme a indicação, 75-150 mg/dia (dismenorria até 200 mg).
Contra-indicações: Úlcera péptica, hipersensibilidade conhecida à substância activa, ao ácido acetilsalicílico, ou a outros produtos inibidores da prostaglandina-sintetase.
Precauções: Sintomas/história de doença gastrointestinal, insuficiência hepática, cardíaca ou renal. Gravidez. Porfíria. Uso cauteloso nos doentes idosos. Doentes com depleção do volume extracelular de qualquer causa. Doentes a tomarem diuréticos, anticoagulantes, ou anti-diabéticos. Durante tratamento prolongado, efectuar exames periódicos da função hepática e recomendar-se contagens de glóbulos.
Efeitos secundários: Ocasionais: perturbações gastrointestinais, cefaleias, tonturas ou vertigens, erupção, elevação das TGO e TOP. Raros: úlcera péptica, hemorragias gastrointestinais, hepatite, reacções de hipersensibilidade. Em casos isolados: perturbações sensitivas, eritema multiforme, púrpura, anomalias da função renal, discrasias sanguíneas.

Informação adicional a pedido da classe médica.

| | P.V.P. | EST | UTN. |
|------------------------------------|---------|-----------------|-------------|
| VOLTAREN 50 20 drag. | 932\$ | 652\$ 792\$ | 280\$ 140\$ |
| 60 drag. | 2.280\$ | 1.596\$ 1.938\$ | 684\$ 342\$ |
| VOLTAREN RETARD 100 30 drag. | 2.293\$ | 1.605\$ 1.949\$ | 688\$ 344\$ |

Os preços incluem 5% de IVA.



INSTRUCTIONS TO AUTHORS

The *Acta Reumatologica 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.

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



viartiril-S[®]

sulfato de glucosamina

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

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

| PRODUTO | P.V.P. c / IVA | REGIME GERAL | | | REGIME ESPECIAL | | |
|---|-------------------|--------------|--------------|----------------|-----------------|--------------|----------------|
| | | Preço Estado | Preço Utente | Comp. (Estado) | Preço Estado | Preço Utente | Comp. (Estado) |
| VIARTRIL - S 312,5 mg x 60 cápsulas | 2100\$09 | 1470\$00 | 630\$00 | 70% | 1785\$00 | 315\$00 | 85% |
| VIARTRIL - S 502,5 mg x (5 + 5) ampolas | 1236\$04 | 865\$00 | 371\$00 | 70% | 1051\$00 | 185\$00 | 85% |
| VIARTRIL - S DUO - 20 cáps. + (5+5) ampolas | 2036\$09 | 1425\$00 | 611\$00 | 70% | 1731\$00 | 305\$00 | 85% |

DELTA
LABORATÓRIOS

DELTA Osteo-articular

Grupo Rotta Research

ARTHROTEC[®]

(diclofenac Na 50 mg/misoprostol 200 µg)

UM NOVO
CONCEITO
TERAPÊUTICO

POTENTE
E
SUAVE

SEARLE