

LIGA PORTUGUESA CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS

XIV FÓRUM DE APOIO AO DOENTE REUMÁTICO

Distribuição Gratuita

21 e 22 de Outubro de 2011

ESPECIAL

Programa

Sexta-feira, 21 de Outubro de 2011

08h30 - 09h00 Abertura do Secretariado

DOENCA REUMÁTICA 09h00 - 10h30 AS MANIFESTAÇÕES NO TUBO DIGESTIVO

Presidente: Mário Viana de Queiroz Moderador: José Vaz Patto

☐ Doença Reumática e as DIARREIAS -Paula

Peixe ☐ Doença Reumática e o ESTÔMAGO - Jaime

Doença Reumática, os MEDICAMENTOS E O FÍGADO - Cândida Silva

10h45 - 11h00 Sessão de Abertura

J. A. Melo G<mark>omes</mark> e Membros da Comissão de

Honra presentes

11h00 - 11h30 Pausa para café

11h30 - 13h00 OLHO **TAMBÉM** PODE **TER** "REUMATISMO"?

Presidente: Maria do Carmo Vieira

Moderador: Maria do Rosário Morujão □ Olho Seco nas doenças reumáticas -

J. A. Melo Gomes

☐ Inflamação ocular nas doenças reumáticas

- Helena Santos

Perda de visão nas doenças reumáticas -

Pedro Jorge

13h00 - 14h30 Intervalo para almoço

14h30 - 16h00 ALGUNS **ORGÃOS INTERNOS** NAS

DOENÇAS REUMÁTICAS

Presidente: Arsizete Saraiva

Moderador: José Alberto Pereira da Silva

☐ As doenças reumáticas e os RINS - Filipa

Ramos

☐ RISCO CARDIOVASCULAR nas doenças reumáticas - Maria José Santos

16h00 - 16h30 Pausa para café

16h30 - 18h00 **OUTRAS ALTERAÇÕES FREQUENTES NAS DOENÇAS REUMÁTICAS**

Presidente: Rosa Gonçalves **Moderador:** Viviana Tavares

□ ALTERAÇÕES CUTÂNEAS nas doenças

reumáticas - Elsa Sousa

□ ALTERAÇÕES MUSCULARES nas doenças

reumáticas - Patricia Nero

SECURA DAS MUCOSAS nas doenças

reumáticas - Irene Domingues e Filipe

Barcelos

18h00 Final dos trabalhos

Sábado, 22 de Outubro de 2011

09h00 - 09h30Abertura do Secretariado

MANHÃ DOS 4 "Cs" - 1ª PARTE 09h30 - 11h00

> Presidente: Justino Romão **Moderador:** Dulce Almeida

☐ "CALORIC INTAKE" – Alimentação nas doenças reumáticas - Isabel Fragoso

"COACHING" - Parceria para organização de objectivos - Mafalda Pedra Soares

11h00 - 11h30 Pausa para café

MANHÃ DOS 4 "Cs" - 2ª PARTE 11h30 - 13h00

Presidente: Diamantina Rodrigues

Moderador: J. A. Melo Gomes "COPING" - Viver... apesar da dor - Fátima

☐ "COMPLIANCE" – Adesão às terapêuticas

Augusto Faustino

13h00 **Encerramento**

Realiza-se a 21 e 22 de Outubro de 2011, no Hotel Olissipo Oriente em Lisboa, o "XIV Fórum sobre Doenças Reumáticas" em organização anual da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas.

Muitas vezes identificam-se as doenças reumáticas unicamente com doença das articulações e dos ossos. Como tal não corresponde ao total da realidade das doenças reumáticas, a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas decidiu dedicar o Fórum de Apoio aos Doentes Reumáticos deste ano às manifestações das doenças reumáticas fora das articulações.

Este tema permitirá renovar e alargar os conhecimentos dos nossos associados e de todos os doentes e profissionais de saúde que connosco queiram aprender e partilhar experiências, sobre aspectos às vezes menos conhecidos e divulgados das doenças reumáticas. Temos a expectativa de, uma vez mais, poder contribuir para um

verdadeiro "fórum" de informação, discussão e convívio, como tem acontecido sempre nestas nossas reuniões anuais.

Convidamos pois todos os nossos sócios, bem como todos os doentes reumáticos que o pretendam, Médicos, Enfermeiros e outros Profissionais de saúde, a inscreverem-se gratuitamente neste nosso Fórum anual, que só poderá constituir o sucesso que todos pretendemos com a participação activa e interessada de todos os que nos quiserem dar o prazer da sua presença.

O Fórum está aí a começar e, na minha qualidade de Presidente da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, dou as boas vindas a todos os que se nos juntarem, fazendo votos de que não dêem por mal empregue o tempo que passarem connosco.

> Dr. José António de Melo Gomes Presidente da Direcção da LPCDR, Reumatologista

Painel "A Doença Reumática e as Manifestações no Tubo Digestivo"

"Doença Reumática e as Diarreias" – Dra. Paula Peixe (Gastrenterologista, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental / H. Egas Moniz – CHLO/HEM)



A diarreia é uma queixa subjectiva, que varia entre cada individuo, traduz habitualmente um aumento da frequência e/ou diminuição da consistência.

Na clínica definimos diarreia como um aumento de volume das fezes superior a 200 g/dia e mais que três dejecções no mesmo período de tempo.

O peso fecal tem pouco significado pois raramente se consegue estimar e, por outro lado, alguns doentes têm maior volume fecal por terem uma dieta rica em fibras (habitualmente com presença de fezes moldadas)

Deste modo, diarreia é um aumento de três ou mais dejecções acima da média do individuo, apresentando consistência pastosa ou liquida.

É ainda necessário fazer o diagnóstico diferencial com situações que podem ser confundentes, por exemplo, a incontinência fecal. Outro aspecto significativo prende-se com a duração permitindo separar as formas agudas das crónicas.

Por definição a diarreia aguda dura menos que duas semanas, falando-se de diarreia crónica quando persiste além das quatro semanas

A diarreia pode ser uma situação grave e potencialmente letal.

Condiciona alterações do volume de água levando a desidratação e outras queixas de depleção do volume e de alterações electrolíticas.

É importante compreender a diarreia como uma doença sistémica. As diarreias agudas são no doente reumático, tal como na população em geral, maioritariamente de causa infecciosa.

São geralmente auto-limitadas mas em algumas situações requerem terapêutica específica e por vezes internamento.

A diarreia crónica apresenta mecanismos diversos consoante o seu tipo (ex: secretórias em que há secreção de água e electrólitos pela mucosa ou inflamatória quando existe inflamação da mucosa)

O primeiro ponto a considerar é que a diarreia num doente reumático pode ser decorrente da terapêutica que lhe foi / está instituída

A diarreia é um efeito secundário comum de muitos fármacos, não sendo os mecanismos bem conhecidos; pensando-se para muitos medicamentos há uma interacção destes com os receptores intestinais ou mesmo toxicidade directa para a mucosa.

Outra hipótese é ser decorrente da própria doença reumática que pode, também, ter envolvimento intestinal e condicionar diarreia.

E ainda, não nos devemos esquecer que os doentes com doença reumática podem apresentar patologias comuns com a população em geral e que têm maior probabilidade de sofrerem de doenças imune mediadas, como as doenças inflamatórias do intestino, particularmente, numa das suas variantes as colites microscópicas.

"Doença Reumática e o Estômago" – Prof. Jaime C. Branco



(Ex Presidente da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas - LPCDR, Presidente da Mesa da Assembleia Geral da LPCDR, Director do Serviço de Reumatologia do CHLO/HEM, Professor Associado com Agregação de Medicina/Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Coordenador do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas)

Existem doenças reumáticas (DR), como a Síndrome de Sjögren que se podem acompanhar de manifestações gástricas (pex. gastrite atrófica). A gastrectomia ao causar uma deficiente absorção intestinal de cálcio e vitamina D pode levar ao aparecimento de osteopenia e/ou osteomalácia. Se a gastrectomia foi realizada com a técnica Billroth II pode relacionar-se com a ocorrência de artrite enteropática e originar osteoporose devido à síndrome de má absorção causada pelas alterações da dinâmica e do pH intestinais. Contudo quando se aborda o tema do estômago associado a estas doenças, ressalta imediatamente a relação da utilização dos anti-inflamatórios não esteróides (AINE) com a patologia gastroduo-denal.

Com efeito, os AINE apresentam um conjunto de efeitos acessórios indesejáveis que podem afectar vários órgãos e sistemas (pex. rim, fígado, sangue, sistema nervoso central, sistema cardiovascular), mas é sobre o aparelho gastro-intestinal que estas acções são mais frequentes e mais graves.

Os AINE apresentam efeitos terapêuticos benéficos (pex. analgé-

sicos, antipiréticos, anti-inflamatórios, anti-agregantes plaquetários) que os tornaram fármacos imprescindíveis no tratamento de inúmeras situações clínicas.

Muito devido à enorme quantidade de prescrições, os efeitos acessórios graves, embora com muita baixa incidência, atingem números consideráveis.

Por isso se desenvolveram novos AINE, os coxibes, com a intenção de reduzir os efeitos acessórios gástricos, sobretudo os mais graves

A este nível os AINE clássicos podem causar dispepsia, gastrite, úlceras pépticas e as suas complicações, hemorragia, perfuração e obstrução. Os coxibes representam, de facto, menor incidência destes efeitos deletérios, sobretudo das úlceras pépticas e das suas complicações.

Estão identificados os factores de risco para a ocorrência de efeitos acessórios gástricos associados à utilização de AINE, que são: 1) idade igual ou superior a 65 anos; 2) historia de doença ulcerosa péptica ou suas complicações; 3) dose elevada ou uso de associações de AINE (incluindo baixas doses de aspirina, 4) uso concomitante de anticoagulantes; 5) uso concomitante de corticosteroides e , 6) doença sistémica grave. São ainda factores de risco possíveis o tabagismo, o consumo de álcool e a infecção por Helicobacter pylori.

Para minimizar a incidência destes efeitos protegendo o doente da ocorrência da doença ulcerosa péptica e das suas complicações induzidas pelos AINE existem as seguintes estratégias: 1) utilizar a dose mínima eficaz de AINE; 2) evitar associar mais do que 1 AINE (incluindo baixas doses de aspirina); 3) usar AINE coxibes; 4) adicionar misoprostol e, 5) adicionar inibidores da bomba de protões.

Assim é essencial a informação e educação dos doentes acerca dos riscos e dos benefícios das opções terapêuticas.

"Doença Reumática, os medicamentos e o Fígado" – Dra. Cândida Silva (Reumatologista, Instituto Português de Reumatologia - IPR)

O fígado, não fazendo parte do sistema musculo-esquelético, é um dos órgãos avaliados em Reumatologia, por várias razões:

- Precisamos de ter a certeza que "funciona bem", para podermos receitar certos medicamentos, que têm efeitos potenciais de toxicidade (como o metotrexato)
- Temos de excluir tenha alguma doença que tem manifestações reumáticas (como por exemplo, a hepatite B e C) ou que interfira

nos medicamentos que podemos escolher

- Pode também ser atingido pelas doenças reumáticas (como a artrite reumatóide ou o lupus) ou por uma doença imune, que se pode associar a sintomas reumáticos ou a doenças reumáticas (como a cirrose biliar primária).

No seguimento dos doentes reumáticos, mantém-se a vigilância sobre o fígado e fazem-se recomendações sobre os cuidados a ter (ex: o alcóol), para que possamos diminuir eventuais efeitos secundários dos medicamentos e monitorizar o estado da doença. Faremos uma revisão destes assuntos e qual o papel que o doente,

Faremos uma revisão destes assuntos e qual o papel que o doente pode e deve ter, no melhor seguimento da sua doença.

Painel "O Olho também pode ter "Reumatismo"?"

"Olho seco nas Doenças Reumáticas" – Dr. J. A. Melo Gomes (Presidente da LPCDR, Presidente da Associação Nacional dos Doentes com Artrites e Reumatismos de Infância - ANDAI, Assistente Graduado de Reumatologia, IPR)



Quando se fala de doenças reumáticas, pensamos imediatamente em "ossos e articulações", ficando muitas vezes esquecidos os envolvimentos possíveis de muitos outros órgãos e sistemas do nosso organismo.

Um desses órgãos é precisamente o olho, que pode ser atingido de várias formas nas doenças reumáticas, umas vezes com inflamação do globo ocular propriamente dito, outras vezes através do envolvimen-

to de glândulas anexas ao olho, as glândulas lacrimais.

Quando isto acontece, a produção de lágrimas sofre marcadas alterações, qualitativas (as lágrimas ficam diferentes e não cobrem tão bem a face anterior do olho no intervalo entre duas piscadelas das pálpebras) e quantitativas (o volume de lágrimas diminui, agravando também esse defeito de cobertura da córnea, que precisa de estar coberta por uma fina camada lacrimal para se manter saudável: quando tal não acontece resulta uma queratite, dita seca por ser essa a sua causa).

A principal causa de secura ocular nas doenças reumáticas é a Síndrome de Sjögren (SS). A Síndrome de Sjögren é constituída por uma grupo de doenças reumáticas que têm como característica comum o facto de provocarem uma alteração ao nível das glândulas exócrinas (isto é, que segregam "para fora" – "exo" significa para fora, em Grego - , como é o caso das glândulas salivares, lacrimais, sudoríparas da pele, mucosas vaginais, etc.) que diminui as secreções destas glândulas. Fácil será compreender que a diminuição da secreção das várias glândulas acima indicadas poderão provocar sintomas variados, que vão da boca seca, dificuldade em falar por períodos prolongados e aumento da frequência das cáries dentárias, à secura ocular, com "sensação de areias nos olhos", ardor ocular, queratite (inflamação e/ou ulceração da córnea, que é a camada transparente do olho que está localizada à frente da íris), secura da pele e mucosas, secura da mucosa nasal, secura da mucosa vaginal (que pode provocar dores ou ardor durante as relações sexuais. Também o fígado pode ser atingido em alguns casos de síndrome de Sjögren (SS), quer primário (nestes casos fazendo parte da doença associada), quer secundário.

A SS pode ser classificada como primária ou secundária

A SS é chamada de primária quando não existe nenhuma outra doença (reumática ou hepática) associada. Nestes casos habitualmente a secura é mais grave e o envolvimento de maior número de glândulas exócrinas mais frequente, justificando-se cuidados oculares e orais mais frequentes e a utilização de tratamentos mais intensos e eficazes.

A maioria dos casos de SS é classificado como secundário. Nestes

casos, a secura das mucosas associa-se a uma doença reumática ou hepática bem conhecida.

A doença que causa maior número de casos de SS secundária é a Artrite Reumatóide. Outras doenças reumáticas que se podem associar à SS são o Lúpus eritematoso sistémico, a Esclerodermia, a Artrite psoriásica e as Espondiloartropatias, e, mais raramente, as miosites.

Dentre as doenças hepáticas que se podem associar à SS secundária salientam-se a Cirrose biliar primária e a Hepatite crónica activa

Como se diagnostica a SS?

A SS é muito mais frequente no sexo feminino que no masculino. As diferenças são da ordem dos 9F/1M para a SS primária e de 5F/1M, na SS secundária.

A doença é devida a uma invasão das glândulas exócrinas (glândulas salivares, glândulas lacrimais e outras) por células inflamatórias que alteração a sua estrutura e função.

Como é fácil compreender, as manifestações clínicas da secura das mucosas são o principal sinal de alerta para este diagnóstico. Enquanto é frequente as pessoas atingidas queixarem-se de boca seca e dificuldades em comer alimentos mais secos e farinhentos, de inchaço intermitente, e por vezes doloroso, das glândulas salivares parótidas (as mesmas que incham quando as crianças têm papeira, embora na papeira o inchaço tenha outra causa – é devido à infecção destas glândulas pelo vírus que causa a parotidite ou papeira), ao nível dos olhos predomina a sensação de se ter algo na vista (dita sensação de corpo estranho ocular, ou sensação de "ter areias nos olhos").

As outras mucosas também podem causar alterações de vária ordem, nomeadamente as já referidas acima, de dor ou desconforto nas relações sexuais no sexo feminino, devido à secura vaginal. Por vezes os doentes sofrem também de artralgias, isto é, de dores articulares, mais frequentes ao nível das mãos, punhos e pés, e outras vezes mesmo de artrites (artrite = inflamação das articulações; vem do Grego: "arthros" = articulação + "ite" = inflamação), geralmente de grau moderado e não deformantes.

Alguns doentes podem ter também alterações da circulação dos dedos das mãos e/ou pés, que reagem em excesso ao frio, ficando muito brancos e depois roxos – a estas alterações dá-se o nome de fenómeno de Raynaud, que é o nome do médico francês do século XIX que primeiro descreveu esta situação de alteração circulatória.

O diagnóstico é pois suspeitado devido a estas queixas das/dos doentes, podendo ser confirmado pela observação oftalmológica, pelo estudo quantitativo das lágrimas (utilizando um método simples – o teste de Schirmmer – para determinar se a produção de lágrimas está diminuída), pela observação da cavidade bucal e da quantidade de saliva presente na boca e pela cintigrafia das glândulas salivares, que permite ver se estas têm dimensões e captação normal do produto que é injectado no sangue e também se despejam a saliva na boca em quantidade normal, quando estimuladas.

Mais raramente pode ser necessário efectuar uma biopsia das glândulas salivares labiais, para confirmar o diagnóstico.

Como se trata a Síndrome de Sjögren?

Existem normas gerais do tratamento da SS, que se aplicam quer à SS primária, quer à secundária, e outras que dependem da doença associada, e se aplicam por isso apenas à SS secundária.

Dentre as normas gerais está a protecção das mucosas que ficam secas devido à diminuição das secreções. A Pilocarpina oral, em comprimidos, é um medicamento que aumenta a secreção de todas as glândulas atingidas pelo SS e deve ser utilizado, por provocar aumentos significativos da secreção salivar e lacrimal, na maior parte dos doentes.

Assim, em relação aos olhos, devem ser colocados colírios (gotas ou gel, nos olhos, de forma a preservar a hidratação da córnea e da superfície anterior do globo ocular e evitar as complicações da secura, que podem causar queratoconjuntivite seca e úlceras da córnea graves e interferir bastante com a visão, nos casos graves e/ou negligenciados. O Oftalmologista deve pois fazer sempre parte da equipe terapêutica dos doentes com SS.

No que diz respeito à boca, a utilização de goles frequentes de

"Inflamação ocular nas Doenças Reumáticas"

- Dra. Helena Santos (Reumatologista, IPR)



O olho pode estar atingido de diferentes formas nas doenças reumáticas sistémicas.

A inflamação ocular pode atingir várias zonas do olho, com apresentações clínicas diferentes.

A sintomatologia ocular pode também ser a apresentação inicial de uma doença reumática sistémica, pelo que o conhecimento dos diferentes tipos de

envolvimento ocular pode ser de grande utilidade para o diagnóstico diferencial das doenças reumáticas. Deverá ser sempre feita uma boa caracterização do processo inflamatório ocular pois isso permite uma melhor orientação e marcha diagnóstica e evitar exames desnecessários.

As principais manifestações oculares associadas a doenças reu-

"Perda de visão nas Doenças Reumáticas" - Dr. Pedro Jorge (Oftalmologista, Hospital Militar Principal – HMP)



Com origem embrionária comum, mesoblastica, o conjunto osteo-mio-articular apresenta uma patologia que pode acompanhar um compromisso ocular com repercussões funcionais. No conjunto das patologias reumáticas pode haver compromisso de todas as estruturas visuais desde os anexos uma bebida feita de sumo de limão diluído em água a 10% (isto é, uma parte de sumo de limão para 9 partes de água), que os doentes devem trazer consigo e ingerir, bochechando, com frequência. Os cuidados com a higiene dentária devem ser sempre relembrados, e uma visita anual ao dentista é importante. A Pilocarpina pode também constituir uma importante ajuda para o aumento da secreção salivar destes doentes.

A mucosa vaginal pode e deve ser protegida com cremes lubrificantes vaginais.

As artrites e o fenómeno de Raynaud devem ser tratados com medicamentos dirigidos a cada um desses problemas concretos. Os imunossupressores podem ser necessários para tratar as manifestações mais graves do SS.

Na SS secundária é fundamental o tratamento enérgico e eficaz da doença associada, através do qual se conseguem induzir melhoras significativas das queixas devidas ao SS.

Como podem apreciar ao ler este texto, o olho seco associado às doenças reumáticas é algo que não só ultrapassa os limites das articulações, mas também ultrapassa largamente a mera secura ocular!

máticas, para além do síndrome seco ocular, são as uveítes e as esclerites.

As uveites anteriores (UA) são a manifestação ocular mais frequente. As formas agudas (UAA) são geralmente recorrentes, unilaterais e associam-se às Espondilartropatias. Cursam com dor, olho vermelho e fotofobia.

As formas crónicas (UAC) são frequentemente bilaterais e associam-se geralmente à artrite crónica juvenil. São geralmente assintomáticas mas levam a uma perda progressiva de visão. Muitas vezes o envolvimento do olho não é imediatamente aparente e deve ser activamente procurado.

A esclerite/episclerite é uma manifestação bastante mais rara que a uveíte mas pode ocorrer na Artrite Reumatóide e noutras doenças reumáticas sistémicas, sobretudo com componente de vasculite.

A inflamação ocular pode ser assim uma manifestação importante em algumas doenças reumáticas e, por vezes, ser mesmo o que conduz ao diagnóstico.

palpebrais até ao córtex visual occipital. A patologia do foro inflamatório e degenerativo que afecta o sistema visual pode ser aumentada com os efeitos iatrogénicos das terapêuticas reumatológicas imprescindíveis, mas com efeitos sobre a função visual podendo originar deficites visuais profundos e irreversíveis. As alterações da superfície ocular, alterações da transparência dos meios ópticos e patologia vascular são os principais responsáveis pela perda de visão no decurso de doenças reumáticas, com causa iatrogenica as cataratas, glaucoma e retinopatia podem induzir um compromisso visual.

Painel "Alguns órgãos internos nas Doenças Reumáticas"

"As Doenças Reumáticas e os Rins" - Dra. Filipa Ramos (Reumatologista, Hospital de Santa Maria - HSM)



O envolvimento renal é uma co-morbilidade comum nas doenças reumáticas e pode ser detectado nas análises regulares ao sangue e à urina. As «dores nos rins», salvo excepções como infecções ou cólica renal, normalmente não correspondem a qualquer doença renal mas sim a lombalgia de origem muscu-

lar. Quando os doentes têm simultaneamente uma doença reumática e alterações renais têm que ser consideradas as seguintes questões: é a doença renal uma complicação da doença reumática ou do seu tratamento? Poderá a doença reumática ser uma consequência da doença renal? Como é que a doença reumática e renal se podem afetar mutuamente mesmo que não estejam directamente relacionadas? Todas estas perguntas e outras relacionadas especificamente com o tratamento, têm que ser respondidas na prática clínica diária para um correcto acompanhamento destes doentes.

"Risco cardiovascular nas Doenças Reumáticas" – Dra. Maria José Santos (Assistente Graduada de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, EPE – HGO)



O conhecido aforismo "o reumático não mata mas mói" é completamente desadequado à realidade de muitas doenças reumáticas. Infelizmente, a redução da esperança de vida nas doenças reumáticas sistémicas é uma realidade sobejamente confirmada ao longo de décadas. As causas de morte são diversas e têm evoluído em paralelo com a evolução do conhecimento e com os desenvolvimen-

tos na área da terapêutica. Hoje em dia as doenças cardiovasculares surgem em primeiro plano entre as causas de morte no lúpus e na artrite reumatóide, onde são responsáveis por uma redução de 5 anos, em média, na esperança de vida. A aterosclerose é a principal causa de morbilidade e de mortalidade cardiovascular. Nas doenças reumáticas inflamatórias a aterosclerose ocorre não só mais precocemente, mas evolui também de forma mais acelera-

da. No entanto, a presença de factores de risco que classicamente contribuem para o desenvolvimento de aterosclerose, como seja a hipertensão arterial, a diabetes, alterações do colesterol ou o tabagismo, por si só não explica este excesso. Outros factores, entre os quais se destaca a actividade inflamatória da própria doença, são relevantes para o risco cardiovascular excessivo. Apesar da intensa investigação nesta área, muitos aspectos ainda permanecem por esclarecer no que respeita às causas da aterosclerose prematura e à melhor forma de a evitar nas doenças reumáticas sistémicas. O reconhecimento da importância que este assunto reveste, levou à necessidade de delinear estratégias preventivas, sendo disso exemplo as recomendações emanadas pela EULAR destinadas à redução do risco cardiovascular nas artropatias inflamatórias. Urge disseminar e implementar estas medidas, pois enquanto na que na população em geral se tem verificado uma redução das mortes por doença cardiovascular ao longo das últimas décadas, tal tendência não ocorreu nas doenças reumáticas, resultando no aumento do fosso entre os doentes reumáticos e o resto da população no que concerne à incidência e prevalência de doenças cardiovasculares.

Painel "Outras alterações frequentes nas Doenças Reumáticas"

"Alterações Cutâneas nas Doenças Reumáticas" - *Dra. Elsa Sousa (Reumatologista, HSM)*



A pele é um órgão frequentemente afectado em diversas doenças reumáticas. As lesões na pele podem ser a primeira manifestação de uma doença reumática bem como um indicador da actividade inflamatória sistémica. Enquanto al-

gumas destas manifestações são específicas, outras ocorrem em várias doenças sistémicas incluindo não reumáticas. A sua morbilidade e repercussão na qualidade de vida no doente tornam o seu diagnóstico e tratamento de primordial importância. Durante esta palestra iremos abordar as alterações cutâneas que surgem mais comummente associadas às doenças reumáticas, como por exemplo, no Lúpus Eritematoso Sistémico, na Dermatomiosite, na Esclerose Sistémica, no Síndrome de Sjögren, na Artrite Reumatóide e nas Vasculites.

"Alterações Musculares nas Doenças Reumáticas" – Dra. Patrícia Nero (Reumatologista, CHLO/HEM)



As queixas musculares, nomeadamente a dor (mialgia) e a fraqueza, são muito frequentes na população em geral. Podem surgir no contexto de múltiplas doenças ou simplesmente na sequência de um pequeno traumatismo ou de exercício físico num indivíduo com pouco treino.

A maioria das doenças reumáticas con-

dicionam dor e/ou fraqueza muscular, localizada ou generalizada. Estruturei esta revisão em três partes: na primeira irei abordar doenças reumáticas sistémicas caracterizadas por inflamação predominantemente muscular, a dermatomiosite/polimiosite e a polimialgia reumática; na segunda irei focar-me na doença muscular provocada por dois grupos de fármacos habitualmente usados no tratamento de várias doenças reumáticas sistémicas, os corticóides e os antipalúdicos de síntese; na terceira abordarei a fibromialgia, patologia em que predominam queixas musculares, sem doença do músculo propriamente dito.

As doenças inflamatórias do músculo, polimiosite/dermatomiosite caracterizam-se por inflamação do mesmo. Clinicamente manifestam-se com fraqueza muscular nos grupos musculares afectados, habitualmente de modo simétrico. Laboratorialmente para além da elevação dos parâmetros de inflamação há uma elevação

importante dos enzimas musculares, nomeadamente da creatina cinase. A ressonância magnética dos músculos envolvidos mostram imagens características de necrose muscular. A polimialgia reumática é uma doença caracterizada por dor intensa e fraqueza musculares nas cinturas escapular e pélvica, condicionando grande limitação funcional. Laboratorialmente há importantes alterações dos parâmetros inflamatórios e habitualmente também anemia. Os enzimas musculares permanecem inalterados e a resposta ao tratamento com corticóides é muito boa, com rápida recuperação dos sintomas.

Em doentes com doenças reumáticas sistémicas tratados com corticóides e/ou antipalúdicos de síntese, é necessário um elevado índice de suspeição para o diagnóstico da doença muscular provocada por estes fármacos. Por vezes pode ser interpretada como uma agudização da doença de base. Habitualmente são caracterizadas por fraqueza muscular de instalação insidiosa, primeiro nos membros inferiores podendo progredir para os superiores, sem alterações analíticas ou imagiológicas do músculo.

A fibromialgia é uma doença em que predomina a dor muscular generalizada, persistente, resultante de um sono não reparador, resistente aos anti-inflamatórios. Pode surgir ou ser agravada por um trauma ou stress, e habitualmente a dor é acompanhada por um vasto leque de sintomas funcionais. Não há alteração nos parâmetros laboratoriais avaliados por rotina, nem nos exames de imagem. Os fármacos com maior sucesso no alívio dos sintomas são os antidepressivos, os indutores do sono, os relaxantes musculares e por vezes os analgésicos.

"Secura das mucosas nas Doenças Reumáticas" – Irene Domingues (Vice Presidente da LPCDR) / Dr. Filipe Barcelos (Reumatologista, IPR)



A maioria dos doentes reumáticos necessita de fazer toma diária e/ou semanal de vários medicamentos. Ora, está comprovado cientificamente, que todos os medicamentos têm efeitos secundários, com maior ou menor impacto no ser humano. Numa grande parte dos doentes reumáticos um desses efeitos é a "A Secura das Mucosas".

É também muito comum que doentes

com algumas patologias reumáticas como Artrite Reumatóide, Lúpus Eritematoso Sistémico, Doença de Behçet, terem uma Síndrome de Sjögren tipo dois (secundária).

Esta Síndrome tem, na maioria dos casos, como primeiro efeito a secura das mucosas.

Há ainda doentes que lhe calha em sorte uma Síndrome de Sjögren tipo 1 (primária), nestes casos a secura das mucosas pode ser mais grave.

Então no aqui e agora estamos a falar do quê?

- Olhos Secos, com visão turva, com sensação "areias dentro dos olhos", ou sensação de um corpo estranho dentro, ausência de Lágrimas ou um caudal diminuído bem como a deficiente qualidade das mesmas, vasculites e queratites secundárias à secura ocular;
- Boca Seca por ausência ou insuficiência de produção de saliva, saliva de fraca qualidade (com PH muito abaixo dos parâmetros normais), dificuldade em mastigar e deglutir os alimentos;
- Mau hálito, dentes frágeis e amarelos, cáries dentárias frequentes;



A secura das mucosas é uma queixa frequente na prática clínica do Reumatologista.

Para o médico, é um elemento muitas vezes fundamental para o estabelecimento do diagnóstico, e ao mesmo tempo um desafio terapêutico.

Para o doente, é frequentemente a queixa principal, e aquela cujo tratamento se revela mais difícil e insuficiente.

A redução do fluxo salivar é comum com o envelhecimento, estimando-se que após os 65 anos cerca de 30% das pessoas apresentem queixas de secura oral. As principais causas de diminuição da saliva são doenças crónicas, medicamentos e redução da reserva funcional.

O Síndroma de Sjögren é uma doença reumática sistémica que afecta cerca de 1% da população, tendo como principais manifestações a secura das mucosas, embora um números apreciável de doentes possa também apresentar envolvimento sistémico, na forma de artrite, envolvimento cutâneo, neurológico, pulmonar e vasculite. Pode ocorrer isolada, dizendo-se Primária, ou associada a outras doenças reumáticas, como a Artrite Reumatóide ou o Lúpus Eritematoso Sistémico, designando-se Secundária. No entanto, a ocorrência de queixas secas num doente reumático não significa necessariamente que se trata de Síndroma de Sjögren.

Os medicamentos são a principal causa de redução do fluxo salivar, e entre estes encontram-se diversos fármacos frequentemen-

- Laringe e faringe Sensação de ardor (queimadura);
- Nariz Seco o que dificulta a respiração por esta via;
- Intestino Com mau funcionamento, muitas vezes com obstipação grave, o que obriga à toma de fármacos para resolução do problema;
- Órgãos Genitais ardor, sensação de queimadura e dispareunia (dores durante as relações sexuais).

O que pode o doente fazer para melhorar qualidade de vida perante este Verão constante e tórrido?

- Beber muitos líquidos, especialmente água;
- Usar colírios, lágrimas artificiais, soro fisiológico;
- Mastigar bem os alimentos, ajudando com água, quer na mastigação quer na deglutição;
- Usar uma pasta de dentes e um elixir sem álcool;
- Beber com frequência pequenos golos de sumo de limão diluído a 10% (1 parte de sumo de limão para 10 partes de água) durante o dia;
- Usar lubrificantes genitais isentos de álcool;
- Evitar comer pão, massa folhada, arroz branco, bolos secos (queque, bolo de arroz e outros semelhantes) e comidas picantes ou salgadas;
- Ter uma relação empática, confiante e verdadeira com os médicos que os acompanham – Reumatologista, Oftalmologista, Gastrenterologista, Ginecologista, Dentista e outros;
- Fazer exercício físico com regularidade, mas de forma moderada, não obrigar o corpo a ir para além das suas capacidades;

Face ao que atrás ficou dito pode perguntar-se se a secura das mucosas é o fim do Mundo para estes doentes?

Não! Não É. Mas muda-lhes a forma de VER com precisão a sua imensa beleza, de sentir os seus infindos ODORES, de SABOREAR todos os manjares que a Mãe Natureza nos oferece e de o Amar na plenitude que a palavra AMAR abarca.

te utilizados numa base diária: antidepressivos, benzodiazepinas, analgésicos opióides, alguns anti-hipertensores, diuréticos, anti-histamínicos e anti-ulcerosos.

Outras condições são também associadas à secura oral, como diabetes, desidratação, depressão e ansiedade

Os sintomas de boca seca podem incluir dificuldade em mastigar ou engolir a comida sem a ajuda de líquidos (sobretudo alimentos secos), alterações do paladar, dor ou sensação de ardor na boca e dificuldade em falar.

A saliva é um fluido corporal essencial para a protecção da cavidade oral e do seu funcionamento. Se a redução da saliva se mantiver por muito tempo, irão surgir problemas, como dificuldade na mastigação e deglutição, rápida degradação dos dentes e infecções da boca (sobretudo por fungos).

Deste modo, é fundamental identificar os primeiros sinais ou sintomas de secura oral. O Médico Dentista tem um papel fundamental na detecção precoce da xerostomia, avaliando o volume de saliva ou a presença de cáries na base dos dentes junto às gengivas ou na superfície de mastigação dos dentes.

Para combater a secura oral, é importante manter uma boa hidratação, bebendo água frequentemente e evitando bebidas ácidas ou açucaradas. A secreção de saliva pode ser aumentada com pastilhas ou rebuçados sem açúcar ou à base de xilitol, e podem ser utilizados substitutos salivares de venda livre.

A higiene dentária é fundamental, com escovagem dos dentes com pasta apropriada e utilização de anti-sépticos orais.

A estimulação da saliva com recurso a fármacos ou a utilização

de imuno-supressores é feita no âmbito da consulta de reumatologia, numa base individual de acordo com as características do doente.

A secura dos olhos, denominada "xeroftalmia", é frequente na população, podendo ser causada por redução da produção de lágrima e por perda de lágrima por evaporação excessiva. Ambas levam a desconforto ocular, que pode ser descrito como secura, ardor, sensação de areia ou prurido. Vista cansada, sensibilidade à luz ou visão turva são também características do olho seco.

As lágrimas são constituídas por uma mistura complexa de proteínas e outros componentes que são essenciais para a saúde e conforto oculares, lubrificando a superfície ocular e protegendo-a de infecções. A visão nítida também depende da distribuição regular das lágrimas sobre a superfície do olho.

Nos doentes com Síndroma de Sjögren, a inflamação das glândulas lacrimais reduz a produção de lágrimas e altera a sua constituição, originando secura dos olhos.

Tal como sucede com a secura oral, medicamentos e outros problemas de saúde podem também contribuir para a secura ocular, estando os doentes reumáticos particularmente vulneráveis. No entanto, é frequente encontrar-se sinais e sintomas de secura ocular em pessoas jovens e saudáveis, dada a sua frequente relação com actividades profissionais que obrigam à exposição a ambientes secos ou poeirentos e à utilização prolongada de computadores.

Para combater as queixas de olho seco, é importante alterar hábitos, medicações ou factores ambientais que possam prejudicar os olhos. Os lubrificantes oculares devem ser usados ao deitar e as lágrimas artificiais aplicadas periodicamente durante o dia, mesmo quando os sintomas são ligeiros. Em casos mais acentuados podem ser realizada oclusão do canal lacrimal ou recorrer-se a estimulantes que actuam nas glândulas.

É fundamental a vigilância periódica por Oftalmologia, para detectar e tratar precocemente eventuais lesões da córnea secundárias à secura ocular prolongada.

Além dos olhos e da boca, no Síndroma de Sjögren é frequente surgirem queixas de secura em outros órgãos, sobretudo a pele, vagina e vias respiratórias (nariz, garganta). Estas queixas são habitualmente mais intensas em pessoas mais velhas, recorrendo-se a medidas gerais e de higiene e a produtos hidratantes e lubrificantes para o seu tratamento

Painel "Manhã dos 4 "Cs" – 1ª parte"



"Caloric intake" - Alimentação nas Doenças Reumáticas - Prof^a Isabel Fragoso (Professora na Faculdade de Motricidade Humana, Departamento de Desporto e Saúde – Área de Morfologia e Actividade Física)

Integrado no Painel "Manhã dos 4 "Cs"" e complementando as outras três palestras do mesmo painel, serão abordados os aspectos relativos à Alimentação nas Doenças Reumáticas.

"Coaching" - Parceria para organização de objectivos Dra. Mafalda Pedra Soares (Coach de Vida e Desenvolvimento Pessoal)



Apaixonamo-nos por um objectivo pessoal porque na essência ele é uma excelente ideia para nós próprios e para o Mundo. A sua visão envolve-nos com sentimentos de bem-estar. Todos partilhamos o objectivo último de sermos pessoas boas, felizes e equilibradas, na nossa forma pessoalíssima de sermos, cada um de nós, uma pessoa Boa, Feliz e Equilibrada.

Qual é o meu bom objectivo?

Formulo-o de forma positiva e na primeira pessoa do singular, porque sou dele o actor principal. Atribuo-lhe uma imagem, a qual completo com outros sentidos e emoções. O que quero estar a ver, ouvir e sentir quando atingir este objectivo? Que pessoa quero eu ser?

Para quê este meu objectivo?

Para servir o conjunto de valores que são a sua razão de ser. Quero fazer fisioterapia com o propósito último da agilização dos movimentos e auto-responsabilização pela minha saúde. A faísca da motivação para o percurso começa aqui, na atribuição de valores e significado ao objectivo. Eles estarão sempre presentes nos percalços e nos êxitos, mais ainda se as circunstâncias pedirem uma reformulação do objectivo inicial. Um rapaz que não pode jogar futebol como Ronaldo devido a limitações físicas, usará a sua vontade de vencer e espírito de equipa noutras excelentes concretizações.

Numa fase prática e organizativa, há que edificar circunstâncias contributivas do sucesso, a destacar:

Pequenos passos!

Somos mais eficientes ao repartir um objectivo em etapas pequenas e específicas, que abraçamos numa perspectiva de evolução. Começo pelo princípio e celebro as minhas pequenas vitórias.

Recursos internos!

De situações passadas identifico os meus estados de espírito e as minhas capacidades, que me ajudaram a ser corajoso, concentrado e eficaz. Vou reutilizá-los.

Parceiros inspiradores!

O Desenvolvimento Pessoal aprende-se na relação interpessoal; nela vejo-me, explico-me e entendo-me, ou seja, manifesto-me como pessoa.

Pedir ou aceitar companhia revela bondade connosco próprios. Rodeiam-nos pessoas com capacidade técnica e riqueza humana. Nas minhas circunstâncias de vida, quem são as pessoas valiosas para mim?

Um Coach (= um treinador, um parceiro e formador) zela por que o seu cliente se responsabilize cada vez mais e melhor pelas suas escolhas e decisões. Por que se conheça bem, se organize e se torne efectivamente dono da sua vida.

A quem permito eu ser tão curioso por mim e interessado nos meus objectivos, que me consiga fazer ultrapassar as dificuldades e se alegre com o meu sucesso? A lista pode ser bem maior do que pensamos.

E já pensou: está garantida a reciprocidade desta parceria!

mafalda.pedrasoares@gmail.com / Telemóvel 913140302

Painel "Manhã dos 4 "Cs" – 2ª parte"

"Coping" - Viver... apesar da dor – Dra. Fátima Reis (Psicóloga Clínica, Professora na Escola Superior de Saúde Egas Moniz)



Na actualidade poucas são as pessoas que não se confrontam com uma doença crónica ao longo da vida, nomeadamente uma doença reumática. A dor é uma entidade presente na maioria destas doencas.

Para melhor lidar com esta realidade, há que compreender a muldimensionalidade da dor. O conhecimento científico evidencia que a abordagem terapêutica ultrapassa a componente farmacológica. Podemos perspectivar a dor de diferentes ângulos: físico, cognitivo, emocional, e comportamental. A abordagem terapêutica deve contemplar todas estas dimensões. Para o efeito, há que promover uma aliança entre o saber do clínico e o saber experienciado / vivido pela pessoa com dor. Cada Ser Humano percepciona a sua dor de forma única! Há que olhar e escutar a dor. O objectivo do clínico e do doente é comum. Pretende-se uma melhor gestão da doença, em geral, e consequentemente da dor, em particular. O doente é o protagonista da sua dor, e há que ajudá-lo na sua auto-monitorização, e na implementação de estratégias facilitadoras da promoção da qualidade de vida... apesar da dor.

"Compliance" – Adesão às terapêuticas - Dr. Augusto Faustino (Vice Presidente da LPCDR, Reumatologista IPR)



Quando um doente é medicado com um fármaco para uma determinada situação clínica, vários são os factores que condicionam o êxito dessa intervenção terapêutica:

Bom diagnóstico da situação clínica efectuado pelo médico prescritor; Adequação da medicação à situação identificada; Boa integração daquela terapêutica na realidade clínica única

que representa aquele doente, com as suas características particulares, nomeadamente em termos de comorbilidades e comedicação, implicando probabilidades de eficácia e riscos de eventos adversos e intolerabilidades distintos de todos os outros doentes em que o mesmo fármaco é administrado; Adesão pelo doente à medicação.

"Compliance" é um termo que tem origem no verbo em inglês "to comply", que significa agir de acordo com uma regra, uma instrução interna, um comando ou um pedido. Em termos latos, este conceito engloba duas vertentes:

O conjunto de instrumentos existentes para fazer cumprir as normas legais e regulamentares, as políticas e as directrizes estabelecidas para um negócio ou para as actividades de uma instituição ou empresa, bem como evitar, detectar e tratar qualquer desvio ou inconformidade que possa ocorrer;

A realidade de se manter de acordo com as linhas de orientação, as instruções, especificações, legislação ou procedimentos definidos

Quando falamos em "Compliance" em terapêutica médica, falamos sobretudo nesta segunda vertente, da capacidade do doente cumprir e agir de acordo com as instruções e indicações que recebeu por parte do médico prescritor.

"Compliance" é assim um termo que em regra se identifica como sinónimo de adesão à terapêutica. De facto, adesão é uma expressão que resulta da soma de dois componentes:

Cumprimento (verdadeira "Compliance")

Persistência

Cumprimento do tratamento refere-se à forma como a medicação é tomada e/ou à qualidade dessa toma.

Persistência é definida como o tempo entre o início do tratamento e a conclusão ou interrupção do tratamento.

Para se atingirem resultados terapêuticos óptimos é assim necessário que se somem um conjunto de vectores (eficácia do medicamento, cumprimento, persistência e tolerabilidade), sobre os quais o médico terá de estar atento.

A baixa adesão ao tratamento ou ao regime terapêutico é um problema muito frequente na prática clínica, sendo um elemento chave na eficácia do tratamento das doenças crónicas. A maior parte dos indicadores aponta para que menos de metade dos doentes cumprem a terapêutica a longo prazo e em média um em cada cinco doentes nem sequer adquire a prescrição. A adesão é especialmente problemática nas doenças crónicas assintomáticas, em que o grau de ameaça à saúde percepcionado não motiva os doentes a cumprir a terapêutica.

A má adesão é uma causa frequente de não resposta (ou por más respostas) ao medicamento, tendo consequências graves tanto para os doentes como para os sistemas de cuidados de saúde. A má adesão leva a que os medicamentos não exerçam o seu efeito de modo eficaz, possibilitando a ocorrência de complicações da doença clínica subjacente, e impõe custos adicionais importantes aos sistemas de saúde.

Existem várias causas que se podem apontar para uma má adesão à terapêutica:

1.Falta de motivação do doente (sobretudo se assintomático), em regra devida ao facto de não acreditar na necessidade da medicação ou de não compreender a gravidade decorrente do seu não cumprimento;

- 2. Razões médicas (efeitos secundários, outras);
- 3. Custo da medicação;
- 4. Complexidade posológica (sobretudo no contexto de doentes crónicos, efectuando múltiplas medicações);
- 5. Necessidade de medicação a longo-prazo (exigindo persistência por parte do doente, mas também obrigando o médico assistente a garantir prescrições em número suficiente para o período de tratamento definido...).

Qualquer intervenção que vise então melhorar a adesão do doente à medicação deverá incidir sobre vários aspectos:

- *educação do doente;
- * prevenir e vigiar tolerabilidades;
- * escolha de regimes posológicos simples;
- * ... garantir receitas aos doentes!