

Artrite Reumatóide





Artrite Reumatóide



Elaborado por

Dr. Paulo Barbosa e Dr. Carlos Vasconcelos para o Núcleo de Estudos de Doenças Auto-imunes (NEDAI), da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI).

Coordenador Nacional do NEDAI:

Dr. Luís Campos

O QUE É A ARTRITE REUMATÓIDE?

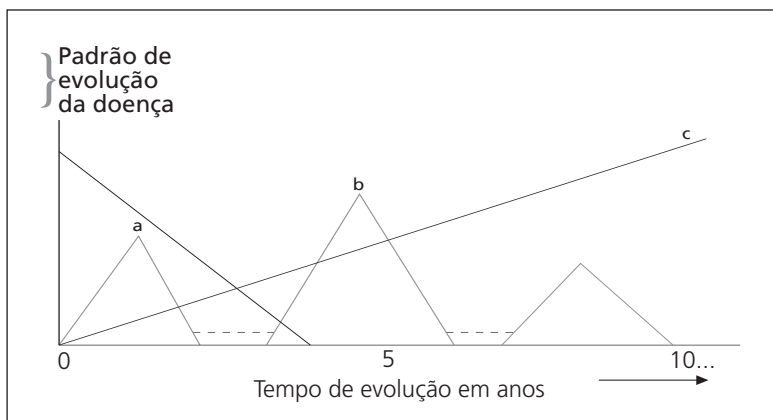
A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença crónica de natureza auto-imune, ou seja, é uma doença em que o sistema imune da pessoa por um motivo que desconhecemos, se começa a enganar e passa a atacar as células e tecidos do organismo.

A AR tem um carácter inflamatório, o que se traduz em dor, tumefacção, rigidez e perda de função (mobilidade) das articulações. Tem características próprias que a torna diferente de outros tipos de artrite. Por exemplo, a AR geralmente ocorre com um padrão simétrico, isto quer dizer que se uma mão ou um joelho estão envolvidos a articulação do outro lado também se encontra atingida. Com frequência a doença atinge os punhos e as articulações das mãos, podendo contudo envolver todas as articulações, inclusive as da coluna vertebral.

Na realidade trata-se de uma doença sistémica, não sendo em exclusivo articular, daí que muitos autores a denominem doença reumatóide. Com efeito é frequente dar fadiga, mal estar geral e, menos frequentemente, febre. Podem existir manifestações da doença para além das articulações, desde nódulos subcutâneos a envolvimento de outros órgãos em particular o pulmão, os olhos ou os vasos sanguíneos.

A AR, tal como as outras doenças auto-ímmunes, não é igual em todas as pessoas, tendo diferentes padrões, tanto de atingimento como de evolução (fig. 1). Em alguns doentes dura apenas alguns meses ou um a dois anos, desaparecendo sem qualquer nova manifestação **(a)**, outros têm o que é designado por doença moderada com períodos de agudização e períodos de "acalmia" **(b)**. Por fim, existe uma forma mais severa da doença com actividade praticamente continua **(c)**, que perdura ao longo de muitos anos e que condiciona importante disfunção e dano articular.

Apesar da AR ter um significativo impacto negativo na qualidade de vida da pessoa afectada, as actuais estratégias de tratamento – o que inclui o alívio da dor e o tratamento dirigido à doença (fármacos modificadores da doença), associado a um adequado balanço entre actividade, repouso e medidas de suporte – tem permitido nas últimas décadas, particularmente nos últimos anos melhorar de forma importante a qualidade de vida dos doentes com AR, através de um controle mais efectivo da doença.



Principais características da Artrite Reumatóide

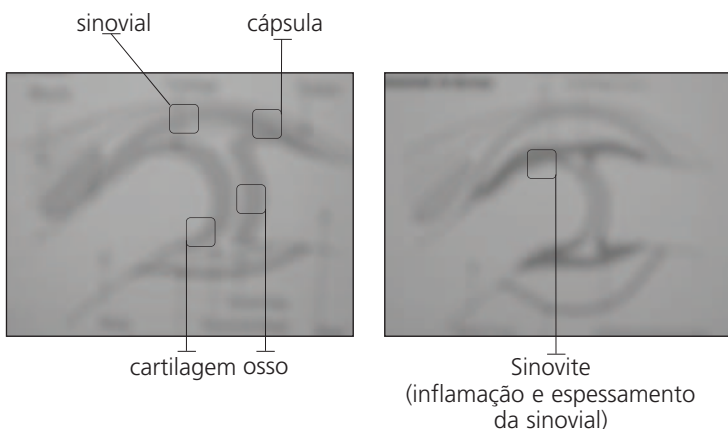
- Articulações dolorosas, inchadas e quentes.
- Atingimento simétrico das articulações.
- A inflamação das articulações com frequência envolve os punhos e as pequenas articulações das mãos, mas pode atingir outras articulações como os joelhos, tornozelos ou a coluna cervical.
- Fadiga.
- Dor e dificuldade na mobilização das articulações de manhã ou após um período prolongado de repouso, durando mais de 30 minutos.
- Sintomas que podem durar anos.
- Sintomas noutras partes do corpo fora das articulações.
- Variabilidade dos sintomas de pessoa para pessoa.

COMO SE DESENVOLVE A ARTRITE REUMATÓIDE?

NAS ARTICULAÇÕES

Uma articulação (local onde dois ossos se encontram) normal encontra-se rodeada de uma cápsula que a protege e suporta, sendo as extremidades dos ossos recobertas pela cartilagem. A cápsula articular é forrada por um tecido chamado sinovial, que produz um líquido que lubrifica e “alimenta” a cartilagem e o osso dentro da cápsula.

Fig.1



O sistema imunológico, por razões ainda não completamente conhecidas, ataca as células do próprio indivíduo dentro da cápsula da articulação. Os glóbulos brancos, que fazem parte integrante do sistema imune, são chamados por causa dessa agressão da sinovial, desencadeando uma reação inflamatória, a que se chama sinovite, e que é a causadora dos sintomas dos doentes, como a dor, a tumefação e calor na articulação.

Com a continuação da inflamação as células da sinovial crescem de forma anormal, resultando no espessamento da mesma, o que se traduz na tumefação de consistência elástica que se observa em articulações cronicamente atingidas pela doença. A progressão da doença e a proliferação da sinovial vai destruir a cartilagem e o osso adjacente à articulação, provocando a sua deformação (fig. 3).

Os investigadores acreditam que a destruição da articulação se inicia muito cedo, logo no primeiro ano da doença, razão pelo que o diagnóstico e início de tratamento precoce são tão importantes.

Fig.1



RX normal de um joelho de doente com AR



RX de joelho reumatóide em fase avançada, onde se verifica que os dois ossos estão encostados

FORA DAS ARTICULAÇÕES

Alguns doentes desenvolvem doença reumatóide noutros locais, para além das articulações. Cerca de um quarto dos doentes tem nódulos reumatóides: são tumefacções duras localizadas debaixo da pele, em geral próximo das articulações. Um outro efeito frequente nas pessoas com AR é a anemia. Menos frequentemente pode haver atingimento dos olhos (epiesclerite), do pulmão ou dos vasos sanguíneos (vasculite), esta última manifestação pode manifestar-se por úlceras na pele.

QUAL A FREQUÊNCIA E IMPACTE DA ARTRITE REUMATÓIDE?

Estima-se que nos países do Ocidente cerca de 1% da população possa ter AR, mas é provável que no nosso país essa percentagem seja inferior, entre os 0.35 e os 0.4% da população, ou seja existiriam em Portugal cerca de 35 a 40 mil doentes com AR.

A AR atinge todas as raças de igual modo, tendo uma maior incidência entre os trinta e os quarenta anos e é muito mais frequente na mulher (3:1).

O impacte desta doença é enorme, não só em termos individuais como na economia do país, isto porque a dor e a dificuldade de mobilização das articulações condiciona as mais elementares actividades do dia à dia do doente, bem como a sua assiduidade no emprego, pois inevitavelmente haverá dias em que a sua condição física não lhes permite trabalhar. Estes factos motivam com frequência, perda de emprego ou dificuldade em arranjar um novo trabalho. Em certas profissões pode haver necessidade da pessoa ser transferida de posto de trabalho, em particular nas que requerem aptidões motoras finas.

Como é evidente este enorme impacto individual vai ser repercutido no colectivo, daí o intenso investimento em novos fármacos e em medidas de suporte no sentido de uma melhor integração na vida activa destes doentes.

Não se sabe ao certo porque é que tal sucede mas existem diversos eventos que poderão estar na génese destas doenças que têm vindo a ser descobertos nos últimos anos.

FACTORES GENÉTICOS

A investigação permitiu identificar alguns genes que poderão ter um papel no desenvolvimento da AR, no entanto existem pessoas com esses genes que nunca desenvolvem doença e outras, com a doença, sem nenhum desses genes. Isto sugere que o bilhete de identidade genético poderá ter importância no aparecimento da doença mas, só por si, não explica tudo.

É hoje claro que mais do que um gene se encontram envolvidos no desenvolvimento da doença (genes de susceptibilidade,) bem como da sua importância na gravidade da doença.

FACTORES AMBIENTAIS

Muitos investigadores acreditam na necessidade de haver um detonador para que a doença se desenvolva nos indivíduos em que os tais genes de susceptibilidade da doença se encontram presentes. Poderá ser um agente infeccioso que tem esse papel de detonador, podendo tratar-se de bactéria ou vírus, mas tal é ainda desconhecido. Note-se que a Artrite Reumatoide não é uma doença contagiosa, ou seja não se transmite de uma pessoa para outra.

OUTROS FACTORES

Alguns cientistas pensam que uma variedade de hormonas possam estar envolvidas no desencadear da doença. A conjugação da variação nos níveis destas hormonas ou a sua deficiência em indivíduos com os tais genes de susceptibilidade e que foram sujeitos a determinadas infecções pode ser uma eventual explicação para o desencadear da doença.

COMO SE DIAGNOSTICA A ARTRITE REUMATÓIDE?

Diagnosticar, tal como tratar uma Artrite Reumatoide é um esforço de equipa que envolve o doente e diversos profissionais de saúde.

Vários estudos demonstram que os doentes que se encontram melhor informados e que participam activamente no seu próprio tratamento têm menos dores e menor necessidade de visitas ao médico. Para que tal possa suceder são muito importantes os programas de auto apoio bem como as associações de doentes.

Este tipo de programas são úteis por múltiplos factores:

- Ajudam as pessoas a compreender a sua doença.
- Ajudam na redução da dor e a manterem-se activas.
- São importantes para a manutenção de um adequado equilíbrio emocional e físico
- Ajudam na auto confiança e melhor funcionalidade, permitindo a manutenção de uma vida independente.

A CLÍNICA

Nas fases iniciais da doença a AR pode ser de difícil diagnóstico. Em primeiro lugar não existe nenhum teste que só por si faça o diagnóstico, por outro lado os sintomas variam muito de pessoa para pessoa e assumem diferente gravidade. A adicionar a estes factores os sintomas que surgem na AR podem ser semelhantes aos que ocorrem noutras doenças do foro osteoarticular, o que implica tempo para que essas outras doenças sejam excluídas. Por fim os sintomas vão-se adicionando ao longo do tempo pelo que, nas fases iniciais da doença a sintomatologia pode ser escassa dificultando ou até tornando impossível o diagnóstico de certeza.

OS TESTES DE LABORATÓRIO

O teste mais frequentemente requisitado é o factor reumatóide (FR), mas nem todos os doentes com AR apresentam o FR positivo. Na fase inicial da doença muitas vezes o FR é negativo. Além disso o FR pode ser positivo em pessoas saudáveis, particularmente em pessoas mais idosas, ou em pessoas com outras doenças.

Outros testes habitualmente requisitados pelo médico são os que permitem avaliar o grau de inflamação no organismo, como a velocidade de sedimentação e a Proteína C Reactiva (PCR).

AS RADIOGRAFIAS

As radiografias podem ajudar no diagnóstico, mas servem principalmente para vigiar a evolução da doença. Na fase inicial são muitas vezes normais.

O QUE SE PRETENDE COM O TRATAMENTO DA AR?

Nós sabemos que a inflamação nas articulações vai levar a lesões na cartilagem e no osso, que mais tarde geram incapacidades funcionais e destruição das articulações envolvidas. Assim, o que se pretende com o tratamento é aliviar a dor e tornar a doença o menos agressiva possível, de forma a preservar ao máximo a função de todas as articulações e dar ao doente a melhor qualidade de vida possível. Em alguns casos pode mesmo conseguir-se que a doença entre em remissão, ou fique praticamente assintomática.

Para que tal seja possível é importante fazer o diagnóstico o mais precocemente possível, informar o doente, definir uma estratégia terapêutica, sendo muito importante a colaboração do doente e a sua aderência ao tratamento.

O tratamento do doente com AR implica, de facto, o envolvimento do doente e do médico e de outros profissionais da saúde. O doente deve estar informado sobre a sua doença, a evolução, o que deve e não deve fazer – de forma a contribuir para o seu melhor tratamento.

Existem, no entanto, factores que são importantes para o prognóstico e que não conseguimos controlar, como os factores genéticos, herdados dos nossos antepassados, e que podem condicionar uma doença mais ou menos agressiva e diferentes respostas às medicações.

QUAIS AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS PARA O TRATAMENTO?

O tratamento da AR pode ser muito confuso para o doente, por isso é muito importante que tenha as bases mínimas que lhe possibilitem compreender o que lhe é oferecido pelo médico, para que possa participar activamente na decisão terapêutica.

Depois de diagnosticada uma AR é importante avaliar todos os factores que possam indicar a maior ou menor agressividade da doença em cada doente. Este é um passo muito importante para se definir quais os medicamentos mais indicados.

A terapêutica deve ajustar-se o mais possível a cada doente: os que têm doença mais agressiva devem ter uma terapêutica igualmente mais agressiva, o que acarreta por vezes mais efeitos colaterais dos medicamentos, os que têm doença de evolução mais lenta, relativamente benigna, fazem uma terapêutica menos potente e, usualmente, mais segura em termos de toxicidade.

Objectivos do Tratamento

- Alívio da dor
- Redução da inflamação
- Reduzir ou parar a destruição da cartilagem
- Melhorar a sensação de bem estar e a impedir a disfunção articular

Tipos de Intervenções Terapêuticas

- No tipo de vida
- Medicação
- Cirurgia
- Fisioterapia

ALTERAÇÕES DO TIPO DE VIDA

A AR é uma doença crónica devendo cada pessoa avaliar o impacto que poderá ter na sua vida e proceder às alterações possíveis, nomeadamente na vida profissional. Para algumas actividades comuns do dia-a-dia, como pegar em pesos, levantar objectos e outros, é particularmente útil seguir alguns conselhos, que poderá consultar adiante, para evitar forçar as articulações. Igualmente poderá ser importante a reorganização do espaço na casa de cada um, evitando, por exemplo, o uso de escadas ou mudando a localização dos móveis.

MEDICAÇÃO PARA ALIVIAR OS SINTOMAS

Para aliviar a dor, mas sem actuação na inflamação, são usados medicamentos chamados de **Analgésicos**. Estes fármacos podem actuar a nível central, ou seja no cérebro, ou a nível periférico. Como exemplo dos primeiros temos, – utilizaremos sempre apenas o nome químico e não o(s) comercial (ais) - o *Tramadol*, e dos segundos o bem conhecido *Paracetamol*.

Estes medicamentos são geralmente bem tolerados mas podem ter alguma toxicidade, principalmente se tomados em grandes quantidades. Não se deve esquecer que estes fármacos apenas tratam a dor, não intervêm na inflamação, por isso o dano articular continua. Ou seja, este tratamento não é suficiente. Aliás, a dor é um sintoma útil já que leva o doente a poupar a articulação atingida. É claro que se o descanso é útil em determinadas fases, imobilidade a mais também não é bom, já que gera rigidez e fraqueza muscular.

Os **Anti-inflamatórios** são um vasto grupo de medicamentos que deriva da Aspirina actuando no alívio da dor, mas também combatendo a inflamação. Estes fármacos têm toxicidade gástrica, ou seja, podem ser responsáveis por úlceras gástricas e hemorragias digestivas. Estão, por isso, contra-indicados em pessoas com doença gastroduodenal activa. Devem ser sempre tomados depois das refeições. Muitos doentes tomam um protector gástrico como o *Omeprazol* ou *Ranitidina* para diminuir este risco.

Os Anti-inflamatórios são em grande número *Indometacina*, *Diclofenac*, *Naproxeno*, *Ibuprofeno*, *Nimesulide*, etc. – e diferenciam-se pela sua potência, duração de efeito e toxicidade. Um doente pode sentir-se melhor com determinado anti-inflamatório e ser muito intolerante a outro, valendo a pena testar mais do que um.

Ultimamente dispomos de novos Anti-inflamatórios, conhecidos como inibidores da Cox-2 a que é atribuída menor toxicidade gástrica, embora apresentem maiores riscos cardiovasculares na sua toma continuada a longo prazo.

Existe ainda um outro grupo de fármacos que actuam na dor, na inflamação e, possivelmente, poderão actuar também na doença, que são os **Corticóides** (também conhecidos como cortisona). Os corticóides são muito usados na AR e são bastante úteis, mas têm importante toxicidade associada, podendo, mesmo em baixas doses (menos de 10mg por dia), predispor os doentes a fracturas, por descalcificação dos ossos, a infecções e a úlceras gastro-intestinais.

É muito importante lembrar que não se pode parar abruptamente esta medicação, e que, sempre que surja qualquer outra doença aguda, deverá referir ao médico a tomada crónica de corticóides. Os corticóides são hormonas naturalmente sintetizadas pelo organismo e, assim como as da tiróide, essenciais para a vida. Ora quando tomamos corticóides, em doses muito mais altas do que as produzidas diariamente no nosso organismo, este deixa de as produzir, por isso, se interrompemos a sua administração abruptamente, há o risco de podermos ter sérios problemas, porque o organismo precisa de tempo para voltar a sintetizá-las.

Os corticóides também podem ser injectados directamente nas articulações para aliviar os sintomas inflamatórios locais, infelizmente por pouco tempo, na maioria das situações. Estas injeções não devem ser repetidas frequentemente e tem de se ter o cuidado asséptico necessário para que não surja nenhuma complicação infecciosa local.

MEDICAÇÃO PARA TENTAR CONTROLAR A DOENÇA

Como se disse atrás não sabemos, ainda, como curar esta doença, aliás como muitas outras. Assim, o objectivo é tentar diminuir ao mínimo possível a agressividade da doença, de forma a que provoque o menor dano articular. Para este efeito usamos medicamentos diversos, inclusive alguns que quando apareceram se destinavam a outras doenças. Por exemplo a *Cloroquina* foi, e é ainda, utilizada na malária e o *Metotrexato* nas doenças cancerosas.

Estes fármacos conhecidos como “terapêutica de fundo” ou “terapêutica modificadora da doença”, são:

- *Cloroquina e Hidroxicloroquina*
- *Salazapirina*
- *Metotrexato*
- *Leflunomida*
- *Sais de Ouro*
- *Ciclosporina*
- *Ciclofosfamida, Azatioprina, Clorambucil, D-penicilamina*
- *Infliximab, Etanercept, Adalimumab*

Numa visão global e sucinta podemos dizer que praticamente já não se usam os medicamentos referidos na penúltima alínea, *Ciclofosfamida, Azatioprina, Clorambucil, D-penicilamina*, e que os *Sais de Ouro* tiveram o seu apogeu nas décadas de 60 a 80, mas o seu uso declinou a partir de então. O *Metotrexato* é actualmente o medicamento mais usado. A *Hidroxicloroquina* e a *Salazapirina* são ainda muito usados isoladamente em doentes com AR pouco agressiva, ou em combinação com outros medicamentos, especialmente o *Metotrexato*. A *Ciclosporina* é outro medicamento muito utilizado nos transplantes, mas que também se emprega na AR. O *Infliximab, Etanercept* e o *Adalimumab* são os fármacos mais recentes, produto da engenharia genética, e constituem uma alternativa muito eficaz.

Que medicamento(s) utilizar, com qual começar, com um ou com mais, são questões que ainda não têm uma resposta única e inequívoca. Como em tudo também nesta área tem havido alguma evolução. No princípio a estratégia era a de ir usando os fármacos ditos menos agressivos e ir substituindo-os por outros à medida que se constatava a sua ineficácia. Esta estratégia conhecida com a da “pirâmide” levava a que a inflamação, a doença, estava sempre “à frente” da terapêutica e o resultado era invariavelmente a “vitória” da doença e o consequente dano articular. Esta estratégia foi abandonada e o conceito que tem vingado estas últimos anos é o de que a AR deve ser tratada precocemente de uma forma agressiva.

Actualmente, como atrás se referiu, o *Metotrexato*, um imunossupressor, é o fármaco mais utilizado, em doses de 5 a 20 mg por semana, habitualmente por via oral, embora também possa ser administrado por via intramuscular, tomado num a dois dias por semana.

Outros esquemas mais usados são a monoterapia com a *Hidroxicloroquina* ou a *Salazopirina*. Outros doentes poderão começar com uma combinação destes fármacos, por exemplo *Metotrexato* mais *Hidroxicloroquina* ou *Salazopirina*.

Abaixo referem-se alguns dos efeitos laterais mais frequentes, associados a estes medicamentos. Alguns princípios deverão ter-se em conta para os minimizar o mais possível:

- Todos os medicamentos podem ser responsáveis por efeitos laterais.
- Só um pequeno número de doentes vai sofrer esses efeitos, infelizmente não podemos prever quais.
- É importante que cada doente saiba qual a toxicidade que pode associar-se aos medicamentos que está a tomar, de forma a poder tomar-se precocemente as medidas adequadas.
- A avaliação laboratorial (análises) regular é fundamental e deve ser criteriosamente cumprida.
- Deve evitar tomar outros medicamentos sem discutir previamente a situação com o seu médico de família ou hospitalar.
- Deve evitar parar os medicamentos abruptamente, excepto se houver uma reacção alérgica associada, sem comunicar ao seu médico.

O último grupo terapêutico a ser introduzido, com capacidade para controlar a doença, é constituído pelos anti-TNF (*Etanercept*, *Infliximab*, *Adalimumab*), que bloqueiam um mediador inflamatório muito importante na AR. É a chamada terapêutica biológica.

Os seus benefícios estão bem demonstrados, discutindo-se qual a dimensão a longo prazo dos riscos associados. Os critérios para a sua utilização têm vindo a ser definidos por diversas associações, apontando todos para que só sejam usados após a falência, em doses adequadas, dos medicamentos clássicos deste grupo.

O último grupo terapêutico a ser introduzido, com capacidade para controlar a doença, é constituído pelos anti-TNF (Etanercept, Infliximab, Adalimumab), que bloqueiam um mediador inflamatório muito importante na AR. É a chamada terapêutica biológica. Os seus benefícios estão bem demonstrados, discutindo-se qual a dimensão a longo prazo dos riscos associados. Os critérios para a sua utilização têm vindo a ser definidos por diversas associações, apontando todos para que só sejam usados após a falência, em doses adequadas, dos medicamentos clássicos deste grupo.

Tabela



FISIOTERAPIA

A orientação por um médico Fisiatra é muito importante para um adequado aconselhamento sobre quais os exercícios mais correctos e quais as melhores medidas para protecção das articulações, nomeadamente pela utilização de instrumentos facilitadores das actividades do dia-a-dia.

No geral, deve-se lembrar que exercícios saudáveis são os relacionados com o caminhar e o nadar, evitando-se os que sobrecarregam as articulações, como pegar em pesos. Igualmente é de preferir exercícios diários do que intensas actividades ocasionais.

Assim, não é de investir somente nos programas de fisioterapia, mas também nos exercícios diários em casa, que se aprenderam e discutiram com os médicos fisiatras e técnicos de fisioterapia.

Nunca se esqueça que ninguém, inclusive os especialistas atrás referidos, podem fazer os exercícios por si: tem de ser trabalho seu!

Como em tudo as bases para o sucesso são: paciência, exercício regular e bom senso.

CIRURGIA

A cirurgia pode ter um papel importante na qualidade de vida do doente com AR: na substituição de articulações danificadas (por exemplo, anca e joelho), na fixação de articulações – artrodeses – (por exemplo, do punho), que desta forma podem ser mais eficazes e menos dolorosas, na sinovectomia – retirada da membrana que envolve a articulação -, e na prevenção ou reparação de dano dos tendões.

É importante lembrar que nem todas as intervenções efectuadas nas articulações levam a melhoria da função, ou seja que as articulações fiquem a mexer melhor, sendo o seu objectivo o alívio da dor, muitas vezes incapacitante.

QUE ESPERANÇA PARA O FUTURO?

Nas últimas décadas têm sido realizados francos progressos no entendimento da origem da Artrite Reumatoide – como e porque se desenvolve, porque é que algumas pessoas desenvolvem a doença e outras não e porque a gravidade é diferente de pessoa para pessoa.

Os resultados da investigação têm permitido delinear novas estratégias de tratamento bem como o desenvolver novos tratamentos, com um significativo impacto na qualidade de vida dos doentes. Nos dias de hoje os doentes com AR têm mais possibilidade de manter a sua actividade profissional e desenvolver as suas tarefas diárias, melhor e por mais tempo do que era possível há vinte anos.

Mas a investigação não parou, havendo esperança para o dia de amanhã tanto no referente a tratamentos mais eficazes, bem como na eventual prevenção da doença.

O fundamental é que, com a ajuda do médico e outros profissionais de saúde, o doente nunca desista de lutar contra esta doença, porque é possível, sem nenhuma dúvida, limitar os danos que pode provocar e viver com qualidade de vida.

A QUEM DEVE RECORRER?

A Artrite Reumatóide exige a colaboração de uma equipe multidisciplinar. Deve haver uma estreita ligação entre o Médico de Medicina Geral e Familiar e os Especialistas neste tipo de doença, geralmente Médicos de Medicina Interna (que têm Consultas de Doenças Auto-imunes, dedicadas a este tipo de doentes) ou Reumatologistas. No entanto, é frequente haver necessidade da intervenção de outras Especialidades, assim como a de outros Técnicos como sejam Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Assistentes Sociais e outros.

GUIA PRÁTICO PARA ALGUMAS ACTIVIDADES DIÁRIAS



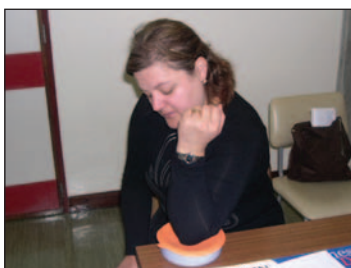
Em vez de posicionar os seus dedos em torno da pega da caneca...



...é mais adequado para as suas pegar na caneca com ambas as mãos.



Quando levar o prato da sopa de volta para a cozinha pegue nele de forma a exercer a menor força possível sobre as articulações das suas mãos.



Feche as caixas de plástico usando o cotovelo.



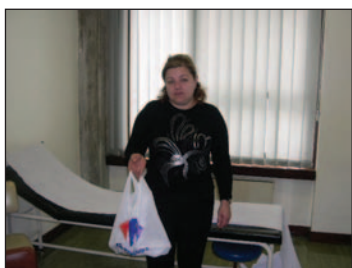
Esta é a forma mais adequada para torcer um pano.



Em vez de utilizar os seus dedos, quando tiver de utilizar "sprays" ...



...procure utilizar a palma da mão.



Em vez de transportar um saco com compras do supermercado com apenas uma mão...



...procure transportá-lo com ajuda de ambas as mãos.



O repouso é fundamental para qualquer doente com Artrite Reumatóide!



Hospitais com Consultas de Doenças Auto-imunes

(Dependentes da Medicina Interna)

Região Norte:

- Hospital de Santo António – Porto
- Hospital de São João – Porto
- Hospital de São Marcos – Braga
- Hospital de São Pedro – Vila Real
- Hospital de São Sebastião – Feira
- Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

Região Centro:

- Hospital dos Covões / C. H. de Coimbra – Covões
- Centro Hospitalar Rainha D. Leonor – Caldas da Rainha
- Hospital da Covilhã / C. H. da Cova da Beira - Covilhã
- Hospital de Santo André – Leiria
- Hospital de São Teotónio – Viseu
- Hospital Distrital da Figueira da Foz - Figueira da Foz
- Hospital Infante D. Pedro – Aveiro
- Hospital Jesus Cristo – Santarém
- Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia
- Hospital Sousa Martins – Guarda

Região de Lisboa:

- Hospital Curry Cabral
- Hospital de Santa Maria
- Hospital Egas Moniz / C.H. Lisboa Ocidental
- Hospital de São Francisco Xavier / C.H. Lisboa Ocidental
- Hospital Fernando da Fonseca
- Hospital dos Capuchos

Região Sul

- Hospital de Santa Luzia – Elvas
- Hospital Distrital de Faro – Faro
- Hospital do Espírito Santo – Évora
- Hospital Dr. Reynaldo dos Santos – Vila Franca de Xira
- Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro
- Hospital São Bernardo – Setúbal

Madeira

- Centro Hospitalar do Funchal – Funchal

Açores

- Hospital de Angra do Heroísmo – Angra do Heroísmo