



LIGA PORTUGUESA CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS

BOLETIM INFORMATIVO

Distribuição Gratuita

Nº 47 | JANEIRO-MARÇO 2013
Trimestral

EDITORIAL



Dr. Augusto Faustino
(Reumatologista, Presidente
da LPCDR)

Doenças Reumáticas: Produtividade, Empregabilidade e Saúde Social

A propósito da Campanha "Portugal Apto.PT – Portugal Apto para o Trabalho"

As Doenças Reumáticas (DR) em geral, e as Doenças Reumáticas Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) em particular, constituem as patologias crónicas mais prevalentes no adulto, motivando pelas suas características particulares (dor e incapacidade funcional articular, cronicidade, tendência evolutiva, potencial destrutivo estrutural) um tremendo impacto, evidenciável em vários domínios – individual e colectivo, económico e social –, e em distintas dimensões – dor, deformação, incapacidade (temporária e definitiva) e custos globais (directos e indirectos, pessoais e da sociedade). Este impacto, bem caracterizado e quantificado em inúmeros relatórios internacionais, e para o qual se dispõe já actualmente de imensa evidência epidemiológica sustentada em Portugal, permitem globalmente colocar as DR como as patologias crónicas mais prevalentes no adulto, que consomem mais cuidados de saúde primários, que implicam maior incapacidade temporária (expressa em episódios de baixa e em número absoluto de dias de baixa) e que são responsáveis por maior número de reformas antecipadas por invalidez.

Estes dados não constituem porém uma fatalidade, um fardo que os doentes reumáticos, as suas famílias e a sociedade em geral tenham de suportar sem qualquer possibilidade de luta ou de mudança, mas sim um desafio para que se demonstre que esta é uma realidade que se pode e deve modificar! É possível actualmente deixar uma mensagem de optimismo e esperança, realistas, baseados na fantástica evolução que se tem verificado no campo da Reumatologia nos últimos anos, a nível do diagnóstico e da terapêutica das DR – **é possível mudar esta realidade!**

Mas para isso muito se tem de alterar, globalmente, na forma como as DR são consideradas, valorizadas, entendidas, e abordadas por um conjunto largo de pessoas e instituições – doentes, famílias, médicos, empregadores, Estado, e até pela Sociedade em geral.

As alterações que se têm de verificar poder-se-ão resumir em 2 vectores primordiais:

A) identificação precoce das DR e adequada abordagem clínica terapêutica;

B) alteração no impacto que as DR têm em termos de incapacidade, para o trabalho e para a sociedade.

Sabemos hoje que um diagnóstico precoce e uma imediata instituição das mais adequadas medidas terapêuticas permite mudar radicalmente a evolução destas doenças, e conseqüentemente reduzir ou impedir os seus impactos mais determinantes – dor, incapacidade e custos económicos e sociais. Para tal muitas barreiras se terão de derrubar – o desconhecimento das DR a nível da população em geral, as dificuldades de identificação das DR e de referenciação dos doentes reumáticos ao especialista mais habilitado e mais rentável para gerir estas patologias (o Reumatologista), a possibilidade de optar em cada doente pelas mais adequadas e inovadoras opções terapêuticas, o apoio e a diferenciação positiva (económica, social e profissional) destes doentes, em todas as fases de evolução da sua DR. Da mesma forma em meio laboral a identificação dos trabalhadores com LMERT e o seu enquadramento em planos precoces de tratamento e reabilitação podem contribuir de forma sustentada para a redução das mesmas e das suas conseqüências globais.

É porém a nível do impacto no trabalho e na produtividade que as DR (entendidas de uma forma global) motivam, que mais está por fazer, e onde muito se pode alterar e modificar positivamente no sentido de minorar esta dimensão negativa. É fundamental para isso que se mude o paradigma actual, que privilegia em cada momento a avaliação e a quantificação da incapacidade determinada pela DR em cada fase evolutiva, implicando em função desta, e sem qualquer medida estabelecida para a minorar ou alterar, uma definição absoluta e por vezes irreversível de incapacidade temporária (baixa) ou permanente (reformas antecipadas). É fundamental mudar o foco da intervenção para a relevância de se manter o indivíduo **apto para o trabalho**, realçando as vantagens globais de tal intervenção, por difícil e complexa que a mesma se revele. Como é

fundamental que para lá destes aspectos clássicos da incapacidade, baseados no absentismo, se valorizem outros aspectos relevantes da perda de produtividade, nomeadamente o **presenteísmo** (presença no local de trabalho mas com dificuldades na realização das tarefas exigidas, implicando diminuição da efectividade no trabalho) que se relaciona com o tempo de trabalho efectivo perdido (dentro ou fora do local de trabalho).

Esta mudança de paradigma implicará um enorme esforço de colaboração e concertação entre numerosas entidades implicadas no trabalho – o indivíduo doente, a sua família, a estrutura médica assistente, os empregadores, as estruturas sindicais e o Estado. Nesta dimensão, é essencial que o Estado entenda que os benefícios desta intervenção irão impactar no Ministério da Saúde, mas também e de forma relevante no Ministério do Trabalho e no Ministério da Segurança Social. Globalmente é essencial que todos os intervenientes neste processo se capacitem que uma intervenção que permita garantir mais trabalho e trabalho de melhor qualidade, constituirá um ganho global para todos, muito em especial para o indivíduo doente, mas também para a Sociedade, sendo por isso possível modificar a realidade actual do impacto e custos das DR, inicialmente formuladas.



O “Fit for Work Europe” (FfW) é uma organização internacional, destinada a demonstrar as realidades anteriormente enunciadas e a trabalhar no sentido de limitar os impactos negativos das DR e a promover uma mudança de conceito de DR, deixando de ser considerada como uma condição invalidante e passando a ser vista como uma doença crónica passível de controlo e de restituição de funcionalidade.

Em Portugal foi criada uma estrutura local (*Portuguese National Coalition*) que representará o FfW em Portugal e que cuja missão será avaliar a realidade portuguesa e definir os vectores fundamentais de intervenção para a modificar.

Os objectivos do FfW Portugal serão então:

1. Definição da realidade

- a) epidemiológica – o impacto
– os custos

- b) a legislação relacionada com a doença e com a incapacidade

2. Interpretação desta realidade

Quais os motivos que contribuem para a actual situação em termos de DR / LMERT

3. Propostas de medidas que possam contribuir para uma alteração desta realidade

Pretendemos que se constitua uma plataforma ampla e representativa de todos os actores implicados neste processo: Médicos (em especial Reumatologistas, especialistas em Medicina do Trabalho e Médicos de Medicina Geral e Familiar), Epidemiologistas, Sociedades Médicas Científicas (em especial a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e a Sociedade de Medicina do Trabalho), Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas, Associações de Doentes com patologias reumáticas, Economistas (em especial Economistas com experiência na área da Saúde), Universidades, representantes do Patronato, representantes dos Sindicatos, representantes dos Partidos Políticos / Comissão Parlamentar de Saúde, Comunicação Social. Pretendemos que todos contribuam com a sua experiência específica nesta temática, apoiando esta campanha com a sua visão do problema, das suas causas e de potenciais formas de resolução.



O Logo e o Lema da campanha em Portugal (**Portugal Apto.PT – Portugal Apto para o Trabalho – Doenças Reumáticas: Produtividade, Empregabilidade e Saúde Social**) representam os conceitos fortes associados ao FfW – relevância nas acções que permitam ao indivíduo doente manter o seu trabalho, efectuadas as necessárias adequações e enquadramentos à sua doença, permitindo com isso uma quantidade e qualidade de trabalho que se constituam em factores positivos para a sua doença, para a sua condição económica e social, e conseqüentemente numa mais valia positiva para toda a Sociedade.

“O trabalho é bom para a saúde” (“*work is good for health*”) é uma ideia forte desta campanha! É imperioso demonstrar que a manutenção do trabalho é um bem essencial para o doente reumático, mas que para o conseguir de forma efectiva e sem que este se constitua numa agressão suplementar para o indivíduo doente, muito se terá de fazer para modificar a actual realidade do enquadramento profissional e laboral das DR em Portugal.

Saúde Social será então levar o conceito de Saúde à sua dimensão mais ampla e abrangente - a dimensão social, na qual, intervindo na pessoa doente se consegue mudar a sua realidade individual, mas sucessivamente e implicitamente a sua repercussão familiar, o seu enquadramento laboral e globalmente o seu impacto económico e social, gerando ganhos em cascata que permitem uma sociedade mais equilibrada com cidadãos plenos em vez de incapacitados ou marginalizados.

31º ANIVERSÁRIO DA LPCDR

A Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas (LPCDR) comemora este ano 31 anos de existência e intervenção contínuas.

Para comemorar esta data, que integrará também a cerimónia de entrega do Prémio Edgar Stene 2013 à vencedora portuguesa, convidamo-lo a estar presente, no próximo dia 14 de Abril de 2013 às 17h00 na nossa Sede.

A LPCDR pretende assim festejar o seu 31º aniversário, ao mesmo tempo que homenageia a vencedora e demais candidatas ao Prémio Edgar Stene 2013 – Portugal. Esperando que nos honre com a sua presença, agradecemos confirmação até dia 5 de Abril (Telefone 213648776, 14h00-18h00; e:mail lpcdr@lpcdr.org.pt).



PRÉMIO RESPONSABILIDADE SOCIAL EXPOFARMA

A LPCDR foi distinguida em 3 de Novembro de 2012 com o Prémio Responsabilidade Social, concedido no âmbito da Feira Nacional da Farmácia e que pretendeu reconhecer o trabalho desenvolvido pela Liga no apoio aos doentes reumáticos.

O cheque simbólico de 10.000,00 € foi entregue no Jantar de Gala “Noite da Farmácia”, no Salão Preto e Prata do Casino de Estoril, no qual estiveram presentes Dr. Rui André e Diamantina Rodrigues, respectivamente Vice Presidente e Tesoureira da LPCDR.

ASSEMBLEIAS-GERAIS



Realizou-se no dia 29 de Novembro de 2012, na sede da Liga, a Assembleia Geral Ordinária, para discussão e votação do Plano de Actividades (que pode ser consultado no nosso site www.lpcdr.org.pt) e do Orçamento Ordinário para o ano de 2013, os quais foram aprovados por unanimidade.

Realizou-se também no dia 2 de Março de 2013, na sede da Liga, a Assembleia Geral Ordinária, para discussão e votação do Relatório de Actividades e do Balanço e Contas, relativas ao ano de 2012, os quais foram aprovados por unanimidade.



JORNADAS DO IPR

O Instituto Português de Reumatologia realizou nos dias 29 e 30 de Novembro de 2012, as suas XX Jornadas, tendo a Liga sido convidada a estar presente com stand.

PRÉMIO EDGAR STENE (EDIÇÃO NACIONAL)

Conforme anunciado e na sequência do convite endereçado pela LPCDR a todas as pessoas com doenças reumáticas para participar no Concurso Nacional Prémio Edgar Stene 2013, da Liga Europeia contra as Doenças Reumáticas, com o tema “Crescer ou envelhecer - o meu segredo para um envelhecimento saudável com uma doença reumática ou músculo-esquelética”, recebemos 7 ensaios candidatos, tendo sido escolhido pelo Júri, o ensaio de Fernanda Ruaz.

A Direção da LPCDR reitera o seu enorme agradecimento a todas as candidaturas pela brilhante participação, sendo justo revelar que a avaliação global do Júri foi altamente favorável a todos os trabalhos.

Poderá ler o Ensaio vencedor, bem como os outros ensaios participantes em www.lpcdr.org.pt



CONSIGNAÇÃO DE IRS

Ajude a Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas (LPCDR) sem qualquer custo, doando 0,5% do seu IRS.



Ao preencher a sua declaração de IRS, referente a 2012, no anexo H (Benefícios fiscais e deduções), campo 901 do quadro 9, indique o nosso NIPC: **501684107**.

Seja solidário, o seu gesto faz a diferença!

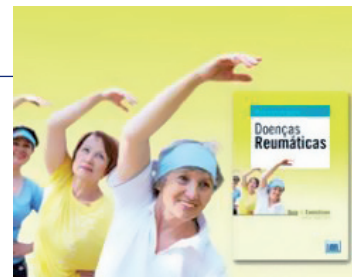


LIGA PORTUGUESA
CONTRA AS DOENÇAS
REUMÁTICAS

A entrega da sua Declaração de IRS está a começar. A LPCDR agradece a sua ajuda!

Destacamos no nosso boletim um livro, pela sua importância na educação para a saúde do doente reumático: **“Doenças Reumáticas – Guia e exercícios para doentes”** do Prof. Mário Viana de Queiroz (Edições Lidel)

Este livro congrega os conteúdos de outros dois livros anteriormente publicados pelo autor, na mesma editora: “Doenças Reumáticas – Manual para doentes” e “Exercícios para Doentes Reumáticos”



Segundo a apresentação da editora:

Os doentes têm uma importante palavra a dizer no tratamento das suas doenças. O doente reumático informado trata-se seguramente melhor e pode ter, na grande maioria dos casos, uma vida praticamente normal.

O objectivo desta publicação é, por isso, fornecer aos diferentes doentes reumáticos informações relativas ao diagnóstico e ao tratamento das doenças reumáticas mais frequentes e importantes, como a artrite reumatóide, a artrite infantil e juvenil, o lúpus, a febre reumática, a artrose, a gota, a osteoporose, a fibromialgia, as dores nas costas (lombalgias), a espondilose e outras doenças reumáticas.

Na primeira parte, para além de se descrever as principais doenças reumáticas e o seu tratamento, são abordados aspectos comuns a todos os doentes reumáticos como a dieta, o sexo, o desporto, o psiquismo e as férias.

Na segunda parte, é dada especial atenção à cinesiterapia, isto é, à terapêutica pelo movimento ou simplesmente os exercícios, já que é a arma mais importante na reabilitação das pessoas que sofrem deste tipo de doenças. Deste modo, são apresentados diversos exercícios, profusamente ilustrados, de acordo com diferentes patologias.

Conteúdo:

- Conceito e classificação das doenças reumáticas
- Esclerose sistémica
- Artrite idiopática infantil e juvenil
- Febre reumática
- Osteoporose
- Outras patologias reumáticas
- Exercícios para doentes com artrite reumatóide
- Exercícios para doentes com artrose das ancas e dos joelhos
- Exercícios para doentes com dores na coluna vertebral
- Exercícios para doentes com outras patologias reumáticas



O autor, Mário Viana de Queiroz, com vasta obra publicada na área da reumatologia, foi Professor de Reumatologia e especialista em Doenças Reumáticas; Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (1991-1994); Presidente do Colégio Ibero-Americano de Reumatologia (2000-2002); Presidente da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas (2000-2002); Presidente do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas do Ministério da Saúde de Portugal (2004-2006).

FESTA DE NATAL

A Festa de Natal da LPCDR realizou-se a 15 de Dezembro 2012, no Salão de Festas das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria no Campo Pequeno, em Lisboa.

Tivemos cerca de 50 presenças. Contámos ainda com a presença do Grupo de Teatro Andamento da AEESEL cuja peça teatral "Validade" foi centrada nas comemorações do ano do Envelhecimento activo (ano



Trabalhos realizados nas Actividades das Terapias Expressivas



Teatro Andamento da AEESEL (Peça Teatral "Validade"- Comemorações do Ano 2012 do Envelhecimento Activo)

2012). A representação teatral permitiu uma reflexão da realidade actual das várias gerações. Foram abordadas algumas temáticas, desde as dificuldades de locomoção, os conflitos entre pais e filhos, os tempos de espera em sala para atendimento de consulta, por exemplo, a lucidez, a perspicácia, astúcia, as habilidades e gostos de alguns idosos. Agradecemos a cedência do espaço pelas Irmãs F.M.M., a ajuda facultada pelas voluntárias, sócios e por todos os que colaboraram para a Festa de Natal incluindo os participantes.



Árvore com materiais recicláveis (cápsulas de café)



"RISO: UMA EXPOSIÇÃO A SÉRIO"

A 29 de Janeiro de 2013, a LPCDR reuniu um grupo de 11 participantes sócios e não sócios para a visita guiada à exposição " Riso - uma exposição a sério" no Museu da Electricidade em Lisboa.

Para muitos de nós tratou-se de uma viagem ao passado (memórias) de programas, peças, eventos, jornais e obras de humor nacionais e internacionais, assim como ao presente com os nomes e programas de humor mais recentes, tais como as Produções Fictícias, por exemplo. Houve ainda o despertar para detalhes do quotidiano que se tornam em obras artísticas e de humor, tais como o converter uma cadeira em peça de vestuário ou a simples casca de banana no chão...

Agradecemos à guia Alexandra Sousa do Museu da Electricidade a sua disponibilidade, dedicação, simpatia, empenho e intervenções efectuadas ao longo da visita guiada para chamar a atenção e despertar o interesse dos visitantes da LPCDR.

Rimo-nos dos outros e também nos rimos de nós!

Por isso não se esqueça: " Rir é o melhor remédio!"

ACTIVIDADES DO VOLUNTARIADO PARA 2013

O Grupo de Voluntariado pretende dar continuidade às acções na LPCDR e assim prevê para 2013 as actividades abaixo para que possa marcar na sua agenda. Contamos com a sua participação.

Calendário de Actividades do Voluntariado para 2013

Actividade	Data	Local
Terapias Expressivas	6 e 20 Abril 4 e 16 Maio 1, 15 e 29 Junho	Lisboa
Saída Primavera	Abril	Lisboa
Peddy Paper	8 de Junho	Lisboa
Piquenique	Setembro	A definir
Festa de Natal	Dezembro	A definir

Para mais informações contacte-nos:

Sede: Telefone 213648776 / Telemóvel 925609937 / Email: lpcdr@lpcdr.org.pt

Voluntariado: Telemóvel 925609940 / Email: voluntariado@lpcdr.org.pt



APOIO AO DOENTE

Caso necessite, contacte-nos.
Voluntariado LPCDR: telemóveis 925609940 / 925609919; e-mail: voluntariado@lpcdr.org.pt



AJUDAS TÉCNICAS

Se necessita ou caso venha a necessitar de ajudas técnicas, contacte a LPCDR.

SACOS DE SEMENTES

Continuamos a ter para venda, sacos de sementes térmicos (frio ou quente), os quais foram realizados pela nossa voluntária Glória Lucas e cuja receita de venda reverte integralmente para a Liga.



QUAL O PAPEL DO EXERCÍCIO NA OSTEOARTROSE?

Quais os tipos de tratamento?

As finalidades do tratamento da Osteoartrose (OA) consistem na educação do paciente, alívio dos sintomas, redução da incapacidade e evitar a progressão da doença, enquanto as metas de gestão do paciente individual com OA sintomática consistem: 1) no controlo da dor articular para que este atinja um estado sintomático aceitável, 2) na redução da limitação física e incapacidade, 3) na melhoria da relação saúde-qualidade de vida, e 4) evitar o excesso de tratamento com agentes farmacológicos potencialmente nocivos.

As recomendações internacionais propostas pela Sociedade Internacional para a Investigação da Osteoartrose (OARSI) e pela Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR) para o tratamento da OA do joelho e da anca baseiam-se na combinação de medidas não farmacológicas e farmacológicas. O tratamento cirúrgico pode estar indicado em casos específicos de acordo com a indicação médica. As opções farmacológicas consistem na administração de analgésicos (orais e tópicos), anti-inflamatórios não esteróides, suplementos nutricionais, injeções intra-articulares (e.g. ácido hialurónico). As modalidades não farmacológicas compreendem a educação e a auto-gestão, contacto telefónico regular, referência para fisioterapia, exercício aeróbio regular, aquático e de fortalecimento muscular, redução do peso, auxiliares de marcha, joelheiras, calçado e palmilhas, modalidades térmicas, estimulação eléctrica nervosa transcutânea (TENS) e acupunctura.

O tratamento adequado para a osteoartrose irá ajudá-lo a controlar a dor e outros sintomas, e deixá-lo viver uma vida mais sã e gratificante. O exercício é uma parte vital do tratamento da OA, cientificamente comprovada para se ajudar a si mesmo. O tipo certo de exercícios irá beneficiar as articulações que foram danificadas pela OA, e irá aumentar a sua energia e a capacidade de desfrutar as suas actividades favoritas.

O que é que o exercício e a actividade física podem fazer por mim?

A “actividade física” é entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos resultando dispêndio energético. O “exercício” corresponde a uma subcategoria da actividade física, que se caracteriza por um plano estruturado e repetitivo, visando a manutenção ou melhoria de uma ou mais componentes da aptidão física (cardio-respiratória, flexibilidade, força e resistência muscular). Constituem exemplos de actividade física, caminhar, nadar, jardinar e realizar tarefas domésticas, enquanto em relação ao exercício são consideradas actividades/modalidades como a ginástica aeróbica, hidroginástica, dança, entre outros, ou exercícios com cargas adicionais.

O tipo de exercício apropriado e a dose certa resultará em benefícios, não apenas para as articulações com OA, mas para a condição física, capacidade de realizar as actividades diárias e bem-estar e, além de ajudar a dormir melhor, melhora a auto-estima e reduz a depressão.

Quais os diferentes tipos de exercício?

Antes de iniciar qualquer tipo de programa de exercícios, converse com o seu médico. As pessoas com OA beneficiam frequentemente de um programa de exercícios equilibrado, incluindo três tipos (ou modos) principais: flexibilidade, força/resistência muscular e aeróbio. Adicionalmente, os exercícios funcionais que simulam as actividades da vida diária também devem fazer parte do seu programa com o objectivo de melhorar o equilíbrio, a marcha e as tarefas do quotidiano.

Se não se exercita numa base regular ou tem dor, rigidez ou fraqueza que o leve a interromper as suas actividades diárias, deve iniciar o seu programa de exercícios apenas com exercícios de flexibilidade e fortalecimento. Quando se sentir confortável realizando esses exercícios, inclua gradualmente exercícios aeróbios. A meta de 30 minutos de actividade, a maioria dos dias da semana, deve ser atingida gradualmente e começando devagar. Se estiver fora de forma, ande (nade ou ande de bicicleta) não mais que 5 minutos de cada vez; mesmo 2 minutos é bom. Faça isso várias vezes ao dia para obter um total de 15 minutos. Aumente semanalmente a duração das sessões em 10%, por exemplo, se estiver a andar durante 10 minutos por dia, passe a fazê-lo durante 11 minutos. Desafie-se, mas sem forçar demasiado. A ideia é fazer com que o seu coração bombeie mais do que o habitual, mesmo até chegar a suar. Pode sentir-se mesmo um pouco ofegante, mas deve ser capaz de manter uma conversa enquanto está a exercitar-se.

Relativamente aos exercícios de força e resistência muscular, pode usar pesos livres leves, bandas elásticas ou usar máquinas de musculação, e na progressão deve primeiramente aumentar o número de repetições e só depois a resistência. Por exemplo, no início realize uma série ou mais de duas a três repetições e aumente até 10 a 15 repetições por exercício. O trabalho de força deve ser realizado dois a três dias não consecutivos por semana.

Os exercícios de flexibilidade reduzem a rigidez e, além disso, diminuem as forças de compressão resultantes da contenção excessiva exercida pelos meios de união e tendões à volta da articulação, que oferecem uma maior resistência, particularmente

NÚCLEO DE APOIO AO DOENTE COM OSTEOARTROSE

nos limites do movimento. No mínimo, devem ser realizados numa base diária e preferencialmente de forma passiva sendo o limite a tensão muscular e não a dor. O alongamento deve ser mantido entre 10 a 30 segundos.

Como sei o que é melhor para mim?



Um programa de exercício deverá ser adaptado às articulações afectadas, ao grau de gravidade da OA, à natureza dos seus sintomas, a outros problemas médicos e ao nível inicial de condição física. O programa também pode variar, dependendo da fase da doença (inflamatória ou não).

Existe algum risco em fazer exercício?

O risco mais comum é agravar a OA, se solicitar as articulações ou músculos demais. Isto poderá acontecer se o exercício for demasiadamente intenso ou prolongado, especialmente no início do programa de exercício. Durante o exercício, deve parar se tiver dor aguda ou mais dor do que o habitual. Após o exercício, é normal alguma dor muscular ou desconforto mínimo articular tolerável, mas se as suas articulações ficarem mais dolorosas nessa noite ou nos próximos dias, deverá suspender o seu treino. Pequenas mudanças no seu programa, podem normalmente, fazê-lo voltar de novo ao seu plano de exercício.

Uma comunicação aberta e permanente com seu médico e outros profissionais de saúde pode conduzi-lo a um caminho de êxito na gestão da OA. Mantenha um registo da saúde, e assim estará preparado para discutir questões como a dor nas articulações e adesão ao tratamento.

MARGARIDA ESPANHA (PROFESSORA DA FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA, COORDENADORA DO NÚCLEO DE APOIO AO DOENTE COM OSTEOARTROSE E SECRETÁRIA GERAL DA LPCDR)

<p><i>Flexibilidade</i></p> 	<ul style="list-style-type: none">■ Mantêm ou melhoram a amplitude do movimento das articulações, reduzindo a rigidez articular■ Realizar diariamente alongamentos, suave e lentamente.
<p><i>Força/Resistência Muscular</i></p> 	<ul style="list-style-type: none">■ Músculos mais fortes podem suportar e proteger as articulações com OA; contribuem para a estabilidade e amortecimento de impactos■ Elementos chave para ser bem-sucedido consiste em saber que músculos devem ser fortalecidos e como devem ser realizados os exercícios sem sobrecarregar as articulações. Procure conselho de profissionais qualificados.
<p><i>Aeróbio (Cardiovascular)</i></p> 	<ul style="list-style-type: none">■ Melhoram a condição física, ao fortalecer o coração e tornando os pulmões mais eficientes- Conferem mais vigor e por isso é possível trabalhar durante mais tempo sem surgir o cansaço tão rapidamente.■ Ajudam a controlar o peso■ Os exercícios mais benéficos são a caminhada, natação e exercício aquático e uso de bicicleta estacionária.

NÚCLEO DE APOIO AO DOENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN

A IMPERIOSA NECESSIDADE DE DEFINIR O ESTATUTO DO DOENTE CRÓNICO

No seguimento da Petição nº42/XII – «Criar e Aprovar o Estatuto do Doente Crónico e a Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidade da Saúde»¹, discutida e aprovada em sessão plenária da Assembleia da República, a 6 de Julho de 2012, resultou uma recomendação ao Governo que se concretizou no Projecto de Resolução 407/XII/1^a ², o qual foi votado a 13 de Julho e aprovado³. Com efeito, só com a definição objectiva do Estatuto do Doente Crónico e da Tabela Nacional de Incapacidade e Funcionalidade da Saúde (TNIFS), recomendada pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS), os doentes crónicos ficarão verdadeiramente defendidos e livres de decisões absurdas e profundamente injustas, como actualmente acontece com o facto de a sua incapacidade e funcionalidade de saúde serem avaliadas pela Tabela Nacional de Incapacidade por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais (TNI). Perante uma situação destas, não sabemos se rir ou se chorar tal é a insensatez do processo e o óbvio prejuízo para o doente que assim é avaliado.



No artigo que anteriormente escrevi⁴ a este propósito, revelava o facto de na reunião de 5 de Julho de 2012, com os diferentes deputados, na Assembleia da República, terem sido informadas as diferentes Associações de Doentes de que o Senhor Ministro da Saúde designara um grupo de trabalho para a criação da TNIFS, tendo as várias Associações sugerido ser ouvidas nesse processo, o que até agora, 8 meses depois, não foi solicitado. Nesse sentido, a Associação Todos Com Esclerose Múltipla, juntamente com diferentes Associações de Doentes Crónicos/Deficientes, solicitou uma audiência à Comissão de Saúde da AR, a qual se realizou no dia 13 de Fevereiro p.p., ficando-se a saber que nada havia em relação à definição do Estatuto do Doente Crónico, em nossa opinião, imprescindível que se concretizasse para uma melhor elaboração da TNIFS, sobre a qual também nenhuma informação objectiva nos foi transmitida. Presume-se que alguma coisa

esteja a ser feita, mas não temos qualquer informação sobre esse desenvolvimento, nem a certeza de as Associações poderem vir a ser ouvidas sobre o assunto. Ficou registado o nosso veemente desagrado e expressa a ideia de que a Comissão de Saúde podia aconselhar o Ministério da Saúde a ter esse facto em atenção, dado o contributo certamente relevante que as diferentes Associações poderiam dar.

Na base do que ouvimos e vimos na reunião com a Comissão de Saúde, e apesar da solidariedade de todos os deputados com as nossas justas pretensões, uns de forma mais enérgica do que outros, não temos a menor dúvida de que se quisermos que alguma coisa aconteça ela terá de resultar do nosso empenho conjunto e de um trabalho persistente. No que ao Núcleo de Sjögren da Liga diz respeito, solicitámos igualmente uma audiência ao Director-Geral de Saúde, aguardando-se a sua marcação, bem como à Comissão de Saúde da AR e ao bastonário da Ordem dos Médicos, estando estas duas audiências já marcadas, respectivamente para dia 27 de Março às 11h15 e dia 3 de Abril às 10h00.

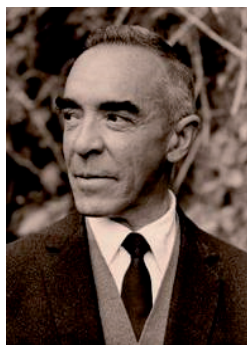
MARIA DO CARMO VIEIRA (VICE-PRESIDENTE DA LPCDR
E COORDENADORA DO NÚCLEO DE SJÖGREN)

¹O primeiro subscritor da petição, Paulo da Silva Pereira, é o Presidente da Direcção da Associação Todos Com Esclerose Múltipla (TEM).

²Projecto apresentado pelo Bloco de Esquerda e saudado por todos os partidos com assento parlamentar.

³Com votos a favor do BE, PS, PCP e Os Verdes e abstenção do PSD e CDS.

⁴Boletim nº 45.



Voo

**Por um momento, as suas mãos ali pousaram,
Como aves no ninho.
Depois abriram-se, e voaram.
Saberão o caminho?**

José Régio (Vila do Conde, 1901 – Vila do Conde, 1969)

Nota prévia: Desta vez, não foi seleccionada uma frase notável, mas um notável e pequeno poema de José Régio. ()*

FRASE NOTÁVEL

(*) Seleção de Filomena Cardoso

A OSTEOPOROSE NO LOCAL DE TRABALHO

Os custos sociais, económicos e humanos da osteoporose em relação a trabalhadores, empresas e governos

Elaborado pelo Centro de Colaboração da Organização Mundial de Saúde, Bélgica com o apoio do Comité dos Consultores Científicos da International Osteoporosis Foundation (IOF).

O problema da Osteoporose no local de trabalho

Porquê escrever sobre osteoporose no local de trabalho se a osteoporose é geralmente considerada uma doença de idosos? Porque este conceito não está correcto.

Um número significativo de pessoas profissionalmente activas sofre de osteopenia (baixa densidade de massa óssea) ou osteoporose (significativa baixa densidade de massa óssea) e muitas destas pessoas sofrerão fracturas – especialmente da anca e vértebras – e as suas vidas mudarão dramaticamente para pior.

As fracturas vertebrais causam um impacto muito maior que as fracturas da anca. Alguns estudos mostram que a qualidade de vida após uma fractura vertebral fica muito mais reduzida que após uma fractura da anca.

A osteoporose resulta em significativos custos directos com cuidados médicos para tratar as fracturas e para adquirir a medicação.

Para além disso, a osteoporose resulta em enormes custos indirectos que raramente são calculados. Por exemplo, um trabalhador com osteoporose poderá perder o seu emprego, terá que suportar despesas médicas que nunca são calculadas pelos economistas e ficam sujeitos a outras perdas económicas.

Se a osteoporose resultar numa fractura debilitante o trabalhador perderá a sua auto-estima, o que tem certamente um enorme custo emocional.

O empregador terá que enfrentar custos económicos em termos de perda de eficácia e produtividade e em relação à substituição do empregado.

Há poucos dados disponíveis que dêem informações precisas do custo do problema económico e social da osteoporose no local de trabalho pelo que é necessária mais investigação. Um dos problemas em calcular este custo é o facto de as pessoas com fracturas osteoporóticas serem raramente diagnosticadas com a doença.

O paradoxo preocupante é que a osteoporose pode, até certo ponto, ser prevenida, pode ser diagnosticada facilmente e sem dor, e pode ser tratada com eficácia.

Custos económicos da osteoporose no local de trabalho

Existem poucos dados sobre os custos com o tratamento das fracturas vertebrais, a morbidade e mortalidade com elas relacionadas, a perda de dias de trabalho e estratégias farmacológicas de prevenção.

Não há na realidade estudos que calculem os custos indirectos mas estima-se que os **custos indirectos serão pelo menos 20% dos custos directos**.

As pessoas em idade laboral recuperam mais rapidamente que os idosos e por isso necessitam de menos dias de hospitalização e de menos tempo de apoio hospitalar ou domiciliário após uma fractura vertebral ou da anca.

No entanto as fracturas osteoporóticas em doentes com idade inferior a 60 anos originam custos indirectos mais elevados: cansaço, perda de dias de trabalho, não remuneração, perda de produtividade, despesas comunitárias assim como perturbações psicológicas.

Custos Directos: Os custos directos de cuidados de saúde representam a maior parcela dos encargos económicos da osteoporose.

Muitas pessoas que sofrem de osteoporose não têm a doença diagnosticada, por isso **o verdadeiro custo com as fracturas osteoporóticas é provavelmente muito mais elevado que o calculado**.

O custo do tratamento de uma fractura vertebral é inferior ao de uma fractura da anca por, normalmente, não envolver cirurgia.

Custos indirectos: Os custos directos com cuidados de saúde são apenas parte do custo económico da osteoporose e fracturas a ela associadas. Os efeitos da morbidade e mortalidade da osteoporose envolvem custos significativos.

Os custos indirectos incluem também perda do salário do empregado, perda de produtividade para o empregador, custos para o sistema social de apoio que inclui o pagamento de desemprego e de baixa.

As fracturas vertebrais no local de trabalho são mais graves que as fracturas da anca porque atingem pessoas mais jovens, mesmo perto dos 50 anos. Os sintomas clínicos das fracturas vertebrais incluem dores nas costas, limitação da mobilidade da coluna, deformidade e incapacidade – sintomas esses que podem ter um grave impacto na global qualidade de vida das pessoas.

Há estudos que provam que a seguir a uma fractura da anca, 40% dos indivíduos não podem andar sem ajuda, e 80% ou mais ficam incapazes de desempenhar pelo menos uma actividade que antes efectuavam sozinhos, como por exemplo fazer compras.

O doente fica sujeito a perder dias de trabalho dos quais não será compensado. A osteoporose tem também significativas repercussões mentais, emocionais e sociais.

E o empregador tem também significativos custos indirectos em termos de perda de produtividade, pagamento de compensações e indemnizações de saúde, necessidade de contratar e treinar novos empregados.

Projeções: Os custos económicos devido à osteoporose no local do trabalho irão aumentar porque a incidência de osteoporose está a aumentar de um modo significativo.

Prevê-se que o custo da osteoporose em todo o mundo aumente de \$131.5 biliões até 2050

O que pode ser feito? Todas as pessoas em geral, profissionais de saúde, serviços de saúde do Governo, companhias de seguros privadas e patronato têm responsabilidades e oportunidades para reduzir o impacto da osteoporose no local de trabalho.

Embora não seja o principal tema deste documento, muito do que diz respeito ao estilo de vida associado à construção de ossos fortes – dieta saudável, exercício, deixar de fumar e de consumir bebidas alcoólicas, evitar problemas com alimentação tais como anorexia, estar informado sobre a história médica da família – podem ter um impacto positivo na saúde geral do indivíduo.

O papel do indivíduo: Cada pessoa deveria ser responsável pela saúde dos seus ossos. Algumas sugestões:

Informe-se sobre osteoporose e discuta a doença com a família, amigos e colegas de trabalho; mantenha uma dieta saudável para os ossos, particularmente com cálcio e vitamina D suficientes; faça exercício; evite fumar e consumir bebidas alcoólicas; reconheça o impacto nos seus ossos de problemas de alimentação tais como anorexia, e o impacto de alguns medicamentos tais como corticosteróides e faça parte de uma associação nacional contra a osteoporose, contribuindo com a sua experiência, entusiasmo, apoio.

O papel do médico: O médico tem a responsabilidade de reconhecer nos seus doentes os factores de risco de osteoporose e, quando houver suspeita da doença, recomendar ao seu doente uma densitometria óssea. Se for necessário iniciar terapêutica existem vários medicamentos aprovados para reduzir o risco de fractura.

Os médicos deviam estar informados sobre as normas de diagnóstico publicadas pela IOF ou pelas associações nacionais contra a osteoporose.

O papel do patronato: Os empresários deveriam reconhecer que a osteoporose pode afectar os seus empregados, com impacto na produtividade e no ânimo. Poderão existir custos significativos relacionados com pagamentos de seguros de saúde e queixas dos trabalhadores sobre a sua incapacidade.

Os empresários podem: providenciar programas educativos sobre osteoporose; providenciar orientação médica; assegurar o fornecimento nas cantinas de refeições ricas em cálcio, boas para os ossos; suportar programas desportivos; suportar programas que ajudem os empregados a deixar de fumar e de consumir bebidas alcoólicas; melhorar o local de trabalho a fim de reduzir o risco de quedas e apoiar as associações nacionais contra a osteoporose.

A Osteoporose pode ser fatal. No mundo ocidental, o risco de morte após uma fractura da anca é maior do que o risco de morrer devido a um cancro do estômago ou da mama.

“Ossos fortes constroem vidas fortes, e vidas fortes constroem futuros fortes”.

Elaborado em colaboração com: OMS – Organização Mundial da Saúde, Liège, Bélgica; Década do Osso e da Articulação; Conselho Internacional de Enfermeiros; Instituto Europeu para a Saúde das Mulheres e Organização Internacional das Mulheres Empresárias

Se pretende mais informações ou tem disponibilidade para ajudar a APOROS nas suas actividades contacte-nos para:
APOROS – Associação Nacional contra a Osteoporose

Av. de Ceuta Norte, Lote 4, Loja 2
1350-125 Lisboa - Tel: 213640367
aporos.associacao@gmail.com
www.aporos.pt



LABMED SAÚDE



Foi celebrado em Novembro de 2012 entre a LPCDR e a LabMed Saúde (www.labmedsaude.pt), um Protocolo de Parceria e Colaboração, que concede (*) aos nossos associados, a título gratuito, o Cartão LabMed Saúde, o qual proporciona aos seus portadores bem como familiares directos, vantagens e descontos de 10 a 25% em todos os serviços prestados nas clínicas do grupo (www.labmedsaude.pt/Clinicas.aspx) e no seu Laboratório Central.

O Cartão LabMed Saúde além de conceder descontos e vantagens (www.labmedsaude.pt/CartãoLabMEDSaúde/OCartão.aspx), tem também associado outras promoções ou descontos em serviços ou produtos concedidos por entidades parceiras (www.labmedsaude.pt/CartãoLabMEDSaúde/Parceiros.aspx).

Os associados da Liga interessados, devem solicitar-nos antecipadamente uma credencial, sendo a marcação de consultas e outros serviços médicos, feita directamente para a LabMed Saúde, mencionando o protocolo em questão e apresentando a credencial (Sede: Rua do Almada 97- 2º, 4050-036 Porto; Linha de informações e marcações: Telefone 220966999).

(*) É indispensável ter as quotas em dia

QUOTAS

Caro Associado, a LPCDR existe há quase 31 anos. Foi fundada com o objectivo de ajudar o doente reumático. A sua existência é a nossa razão de ser, pelo que lhe fazemos um apelo: **Pague e mantenha as suas quotas em dia!** Com este gesto, ajudamos a chegar a outros doentes.



**JUNTE-SE A NÓS!
COLABORE CONNOSCO.
TORNE-SE NOSSO SÓCIO!**

Se deseja tornar-se sócio da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas preencha, recorte e envie esta ficha para:

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Av. de Ceuta-Norte Lote-13 Loja-2 1350-410 Lisboa Tel. 21364 8776
lpcdr@lpcdr.org.pt • www.lpcdr.org.pt

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____

Data de Nascimento _____ Profissão _____ N.º Contr. _____

Telefone _____ Telemóvel _____ Fax _____ E-mail _____

Sim. De que doença sofre? _____

É doente reumático? Não. Porque se tornou sócio da Liga? _____

Tem algum familiar, doente reumático? De que doença sofre? _____

Condições de Adesão: • Anuidade de € 20,00 • Forma de Pagamento Anual • Através de cheque dirigido à LPCDR ou por transferência bancária (pelo seu banco ou multibanco) para o NIB 003201080020001640926 ou por depósito no Barclays Bank conta nº 108 00 2000164 09 (devendo sempre enviar-nos o comprovativo ou cópia - talão de transferência ou de depósito) • A inscrição só pode ser feita mediante o pagamento da anuidade.

FICHA TÉCNICA

Propriedade / Edição / Redacção Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas | Av. Ceuta-Norte, 13 Loja-2 • 1350-410 Lisboa

NIF 501 684 107 | **Director** Dr. Augusto Faustino | **Tiragem** 2.000 Exemplares | **Nº de Registo** ICS 123896

Concepção Gráfica / Paginação / Impressão Tipografia Belgráfica | Rua da Corça, Qta. S. Pedro • 2860-051 Alhos Vedros