

MÁRIO VIANA DE QUEIROZ



Doenças Reumáticas

Manual de Auto-ajuda para Adultos

2005

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

MÁRIO VIANA DE QUEIROZ



Doenças Reumáticas

Manual de Auto-ajuda para Adultos

Lisboa, 2005

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

QUEIROZ, Mário Viana de

Doenças reumáticas: manual de Auto-ajuda para adultos / Mário Viana de Queiroz. – Lisboa: DGS, 2006. – [2], p. 32

ISBN 972-675-127-6

Doenças reumáticas-classificação / Doenças reumáticas-diagnóstico / Doenças reumáticas-terapia / Artrite reumatóide / Lúpus eritematoso sistémico / Espondilite anquilosante / Osteoporose / Fibromialgia / Lombalgia / Gota / Osteoartrose / Manuais / Portugal

EDITOR

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA
<http://www.dgs.pt>
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt

CAPA E ILUSTRAÇÃO

Vítor Alves

SUPORTE INFORMÁTICO

Luciano Chastre

IMPRESSÃO

Gráfica Maiadouro

TIRAGEM

19 000 exemplares

DEPÓSITO LEGAL

244 765/06

ÍNDICE

Introdução	5
Artrite reumatóide	7
Lúpus eritematoso sistémico	11
Espondilartrite anquilosante	14
Gota úrica	17
Osteoartrose	20
Osteoporose	24
Fibromialgia	26
Lombalgias	28

INTRODUÇÃO

O Reumatismo, uma palavra cuja origem remonta aos tempos de antes de Cristo, não existe.

Com efeito, naquela época em que as causas das doenças eram atribuídas aos humores (sanguíneo, biliar, etc.), o reumatismo, que significa “eu corro”, era uma serosidade (humor) fria que, vinda do cérebro, corria sobre as articulações.

Já viram maior disparate em pleno século XXI?

E, no entanto, a maioria das pessoas, e até alguns médicos, continuam a considerar o reumatismo uma doença.

Não existe reumatismo, existem doenças reumáticas, cujo número é superior a uma centena, e cujo tratamento é diferente de umas para as outras.

Grande número de doenças reumáticas ainda não tem cura, mas tem tratamento, que é tão ou mais eficaz do que o tratamento de outras doenças crónicas incuráveis, como a diabetes, a hipertensão arterial, a asma e muitas outras. Para isso, porém, é necessário que o diagnóstico seja precoce, isto é, efectuado no início da doença, e o tratamento seja, também, precoce e adequado a cada uma das muitas doenças reumáticas.

A colaboração dos doentes é, igualmente, indispensável. Sendo assim, o objectivo deste livro é proporcionar informação actualizada e cientificamente correcta acerca das características clínicas das principais doenças reumáticas e do seu tratamento, o que em Portugal interessa a mais de um milhão de pessoas que sofrem de espondilose e outras osteoartroses, osteoporose, lombalgias (dores nas costas), fibromialgia, artrite reumatóide, espondilartrite anquilosante, lúpus e muitas outras doenças reumáticas.

CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS

As doenças reumáticas são doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas, degenerativas e outras que, de um modo agudo, subagudo ou crónico, envolvem, predominantemente, os ossos, as articulações e as estruturas periarticulares (músculos, tendões, ligamentos, etc.), podendo, também, afectar o tecido conjuntivo em qualquer parte do organismo e dar as mais variadas manifestações orgânicas (coração, pulmão, tubo digestivo, rim, etc.).

PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS REUMÁTICAS

A prevalência das doenças reumáticas, isto é, o número de doentes num determinado momento, oscila, nos países ocidentais, entre 8% e 12% da população em geral. A doença reumática mais prevalente é a osteoartrose.

IMPACTO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS

As doenças reumáticas são a primeira causa de doença no homem, são o primeiro motivo de consulta médica e são a primeira causa de incapacidade para o trabalho.

ARTRITE REUMATÓIDE

DADOS GERAIS

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença reumática inflamatória crónica, de causa desconhecida, envolvendo predominantemente as articulações, mas podendo atingir qualquer órgão e dar as mais variadas manifestações clínicas.

A prevalência da artrite reumatóide, isto é, o número de casos da doença existente em determinado momento, é de 0,5% a 1% nos países Europeus e nos Estados Unidos da América. Podendo atingir indivíduos de todas as idades é, porém, mais frequente entre os 30 e os 50 anos de idade.

Não se conhece a sua causa. Sabe-se que não é uma doença contagiosa nem hereditária, não se transmitindo de pais para filhos. Também não é devida a deficiências alimentares em vitaminas, açúcares, ácidos, gorduras, etc., pelo que é um absurdo acreditar em dietas especiais para a AR.

A doença pode começar após um traumatismo psíquico, como, por exemplo, a morte de um ente querido. Os factores psicológicos não constituem a origem da AR, mas podem precipitar o aparecimento da doença.

Na artrite reumatóide há uma desregulação do sistema imunitário.

O sistema imunitário, constituído pelos glóbulos brancos e outras células e, ainda, pelos produtos destas células (anticorpos, citocinas e outras substâncias), é um sistema de defesa do organismo que, ao adoecer, pode agredi-lo em vez de o defender, como acontece na artrite reumatóide. As substâncias que agredem o organismo são proteínas chamadas auto-anticorpos e citocinas.

SINTOMAS

Os sintomas mais precoces nos doentes com artrite reumatóide são a rigidez matinal, a dor e a tumefacção nas articulações. Estes doentes, quando acordam, têm as articulações muito rígidas, o que os impossibilita de as utilizar. É a isto que se chama rigidez matinal. Ela é sempre superior a 30 minutos e, por vezes, prolonga-se ao longo de toda a manhã. Em certos casos a rigidez mantém-se durante todo o dia. As articulações que mais frequentemente se tornam rígidas são as das mãos.

A tumefacção envolve, na maior parte das vezes e numa fase inicial, os dedos das mãos, que ficam mais grossos (com a forma de fusos).

O envolvimento articular na artrite reumatóide é quase sempre bilateral e simétrico, isto é, são atingidas as mesmas articulações dos dois lados do corpo (as 2 mãos, os 2 pés, os 2 joelhos, etc.).

Na artrite reumatóide há alterações laboratoriais importantes, como a anemia e o aumento da velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos. A velocidade de sedimentação é uma análise que indica a intensidade da inflamação.

Na artrite reumatóide, surgem no sangue de mais de 70% dos doentes umas proteínas anormais chamadas factores reumatóides.

Diagnosticada precocemente e correctamente tratada, a artrite reumatóide tem, quase sempre, um bom prognóstico.

ESTA DOENÇA TEM CURA?

Em nenhuma parte do mundo, nem mesmo nos países medicamente mais evoluídos, como os Estados Unidos da América, a Inglaterra, a França ou o Canadá, a artrite reumatóide tem cura. Os doentes com artrite reumatóide podem ser tão bem tratados em Portugal como em qualquer outro país.

O facto desta doença não ter cura não deve levar os doentes a descurar o seu tratamento, uma vez que a AR, quando bem tratada, pode permitir, na grande maioria dos casos, uma vida válida e produtiva.

QUEM TRATA ESTA DOENÇA?

Reumatologistas e uma equipa multidisciplinar – a artrite reumatóide deve ser tratada por reumatologistas. Claro que a artrite reumatóide é uma doença muito complexa e, em determinadas circunstâncias, sob a orientação do reumatologista que deve dirigir a equipa multidisciplinar, o doente pode ter necessidade dos cuidados de um ortopedista e de outros especialistas.

O tratamento da artrite reumatóide leva algum tempo a produzir efeito. Isto deve ser explicado ao doente, a fim de evitar a troca constante de médico, a perda de dinheiro em novas consultas, análises, radiografias, etc., e, sobretudo, a perda de ainda mais tempo.

REPOUSO NAS CRISES

O repouso é uma das principais medidas terapêuticas da artrite reumatóide.

O repouso, para além de diminuir a fadiga, reduz também a inflamação.

REPOUSO FORA DAS CRISES

De qualquer modo, mesmo não estando a doença em agudização, o doente deve repousar ao longo do dia e fazer fins-de-semana mais prolongados, visto a artrite

reumatóide ser uma doença muito debilitante. Mais importante do que os períodos de repouso prolongados é o repouso repartido ao longo do dia, por curtos períodos de 10-15 minutos de duração. Este repouso é particularmente importante ao fim da tarde, período em que os doentes se sentem extremamente fatigados.

EXERCÍCIO

Tão importante como o repouso é o exercício. Os exercícios são indispensáveis para vencer a rigidez articular, para preservar ao máximo a mobilidade das articulações e para combater a atrofia muscular.

A água quente é um bom analgésico e um excelente relaxante muscular, facilitando a execução dos exercícios. De resto, mesmo que os doentes não tenham tempo para executar os exercícios de manhã podem executá-los à noite. A primeira coisa que devem fazer ao acordar é tomar um duche de água bem quente, que lhes vai provocar um grande alívio, em virtude de combater eficazmente a rigidez matinal, sempre tão penosa.

A dieta dos doentes com artrite reumatóide deve ser equilibrada em proteínas, hidratos de carbono e gorduras, e rica em vitaminas e sais minerais.

Nos doentes a tomar corticosteróides, a dieta deve conter pouco sal e ser rica em potássio (vegetais, laranjas e bananas).

A dieta de todos os doentes com artrite reumatóide, sobretudo dos que estão a tomar corticosteróides, deve ser rica em cálcio, recomendando-se, para obter este objectivo, a ingestão de um litro de leite magro por dia.

Os medicamentos usados no tratamento da artrite reumatóide são, fundamentalmente, os anti-inflamatórios não esteróides, os imunomoduladores e os corticosteróides.

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE), como o seu nome indica, são medicamentos que aliviam a dor e reduzem o processo inflamatório.

São medicamentos sintomáticos, isto é, são fármacos que tratam os sintomas mas não modificam a doença. São, todavia, indispensáveis, visto ser impossível tolerar a inflamação reumatóide sem o recurso a estes medicamentos.

Com os modernos anti-inflamatórios, que carecem, apenas, de 1 ou 2 comprimidos por dia, e se tomados depois das principais refeições, as probabilidades de surgirem efeitos adversos são pequenas e praticamente nulas se lhes forem associados medicamentos para proteger o estômago.

Os fármacos imunomoduladores são assim chamados por modularem, isto é, modificarem o sistema imunitário, que, como já referimos, está desregulado nos doentes com artrite reumatóide. Os principais imunomoduladores são o metotrexato, a sulfasalazina e a hidroxicloroquina.

O metotrexato é de todos os imunomoduladores usados no tratamento da artrite reumatóide aquele que é eficaz durante mais tempo.

Os doentes que tomam metotrexato não devem beber álcool. O metotrexato não pode ser administrado a pessoas que sofrem de doenças respiratórias ou do fígado.

Os doentes a tomar metotrexato devem fazer análises, cuja periodicidade é do critério do seu médico reumatologista.

Os corticosteróides são vulgarmente designados, ainda que impropriamente, pelo nome de cortisona. Há médicos que utilizam quase sempre corticosteróides que, em doses baixas (5 mg/dia de prednisona), não têm efeitos adversos e melhoram muito a qualidade de vida do doente.

Quando a artrite reumatóide está confinada a 1 ou 2 articulações, e/ou quando a doença está medicamente controlada mas surge uma artrite aguda, é útil o tratamento local com corticosteróides de acção retardada por via intra-articular.

Das medidas fisiátricas a utilizar na artrite reumatóide, falámos já dos exercícios, que são indispensáveis, e do calor, particularmente do calor húmido.

Sempre que possível, os doentes com artrite reumatóide devem efectuar mobilização das suas articulações dentro de água quente, preferencialmente em piscina aquecida.

A cirurgia das doenças reumáticas representou um dos maiores avanços dos últimos anos no seu tratamento, em geral, e no da artrite reumatóide em particular. Graças ao progresso da cirurgia, é hoje possível, em muitos casos, transformar um inválido retido no leito ou numa cadeira de rodas num indivíduo capaz de andar.

O infliximab, o etanercept e o adalimumab, administrados já em muitos milhares de doentes com artrite reumatóide, deram origem a resultados muito interessantes.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é assim denominado por poder atingir vários aparelhos e sistemas (sistémico), por se acompanhar muitas vezes de eritema da pele (eritematoso) e pelo facto dos primeiros médicos que o descreveram terem achado semelhança entre as lesões erosivas da cara e as cicatrizes provocadas pela mordedura de um lobo. Lúpus significa lobo.

Até há 30 anos, o lúpus eritematoso sistémico, vulgarmente conhecido por lúpus, era considerado uma doença muito rara e muito grave. Diagnosticava-se, então, o LES quando nos hospitais surgiam doentes com grave envolvimento de diversos órgãos, nomeadamente rim, coração, pulmão, etc., e no sangue destes doentes se descrevia a existência de células LE. As células LE são as iniciais da palavra lúpus eritematoso.

Hoje, graças ao avanço da Medicina, há exames muito específicos (são positivos no LES, e não o são noutras doenças) e muito sensíveis (são positivos na maioria dos doentes com LES), que permitem diagnosticar muitos mais casos de LES.

Uma outra razão, que leva a que se diagnostiquem hoje mais lúpus, deve-se ao facto de os médicos estarem muito mais alertados para sintomas da doença aos quais há anos não se atribuía grande importância.

O ACR (*American College of Rheumatology*), isto é, Colégio Americano de Reumatologia, considera que se pode diagnosticar LES quando simultânea ou seriadamente, e este seriadamente pode significar dias, semanas, meses ou até anos, surgem, pelo menos, 4 das seguintes manifestações clínicas:

- 1.º *rash* malar em asa de borboleta, isto é, manchas vermelhas na cara abrangendo as bochechas e as asas do nariz, desenhando na face uma espécie de borboleta;
- 2.º lúpus discóide, isto é, uma lesão cutânea, evoluindo para a descamação e atrofia da pele;
- 3.º fotossensibilidade cutânea, isto é, pele demasiado sensível, ficando avermelhada quando em contacto com o sol, ainda que esta exposição solar seja curta;
- 4.º úlceras orais, isto é, aparecimento de pequenas feridas mais ou menos profundas (úlceras) na boca;
- 5.º artrite não erosiva, quer dizer, dores e inflamação ao nível das articulações sem erosões (destruições) ósseas ou articulares;
- 6.º pleurisia ou pericardite, isto é, inflamação, por vezes com líquido, da pleura ou do pericárdio, que são 2 membranas que revestem, respectivamente, o pulmão e o coração;

- 7.º proteinúria, isto é, aparecimento de proteínas ou albumina na urina das 24 horas superior a 500 mg, ou aparecimento na urina de cilindros celulares, quer dizer, de células agrupadas em forma cilíndrica;
- 8.º alterações neurológicas traduzidas por convulsões e por psicose. A psicose é uma doença mental grave caracterizada por modificações profundas da personalidade, alterando a compreensão da realidade e desorganizando o comportamento afectivo e social, sem que o doente tenha consciência disso;
- 9.º alterações hematológicas, isto é, anomalias no sangue;
- 10.º presença no sangue de células LE, ou de anticorpos anti-Sm, de anticorpos anti-ADN, ou de anticorpos antifosfolípidos;
- 11.º presença no soro de anticorpos antinucleares, isto é, de anticorpos que reagem com diferentes materiais dos núcleos das células.

Para o doente, mais importante do que conhecer os sintomas da doença é conhecer as manifestações clínicas que traduzem agudização da mesma. Nesta ocasião, o doente deve entrar em contacto com o médico, pois estes sintomas quanto mais depressa forem identificados, mais facilmente permitem o tratamento de uma agudização do LES.

Os principais sintomas que traduzem a agudização do LES são a febre, as artrites agudas, as convulsões, as dores torácicas e a dispneia (podendo as 2 últimas ser a primeira manifestação de uma pericardite ou de uma pleurisia), os *rashes* cutâneos, isto é, o aparecimento de manchas avermelhadas na pele, a alopecia e as úlceras orais e/ou nasais.

Os doentes devem também conhecer os factores que podem precipitar uma agudização da doença, e que, entre outros, são: as infecções, a luz solar, a luz fluorescente (há casos de jovens cujo LES se agudiza após terem passado uma noite a dançar numa discoteca), a gravidez, certos medicamentos como a penicilina, as sulfamidias, a pílula (em algumas doentes), as intervenções cirúrgicas e as grandes emoções, como, por exemplo, a morte de um ente querido.

Os doentes com LES não devem ir à praia e expor-se ao sol. Podem permanecer junto à beira-mar, sem qualquer perigo. É, todavia, prudente protegerem-se com um creme opaco às radiações ultravioletas, o mesmo devendo ser feito quando estes doentes, quase sempre jovens, desejarem ir a uma discoteca.

As vacinas não estão contra-indicadas, e até são úteis nos doentes que estão a tomar corticosteróides e imunossuppressores (medicamentos que suprimem o sistema imunitário, que é um sistema de defesa do organismo). Estes doentes, a tomar corticosteróides e imunossuppressores, estão mais sujeitos a contraírem infecções, e, por isso, as vacinas têm interesse prático, nomeadamente a anti-pneumocócica e a da gripe.

O LES é mais frequente nas mulheres (em cada 10 doentes, 9 são do sexo feminino), sobretudo na raça negra. Embora atinja sobretudo as mulheres jovens, entre os 20 e os 30 anos de idade, esta doença pode raramente aparecer nas crianças e nos indivíduos idosos.

Em relação à gravidez, não há em geral grandes problemas, mas as mulheres com LES têm de saber que só devem engravidar quando a doença não estiver em actividade há, pelo menos, 6 meses. Se a doença atingir o rim ou o sistema nervoso central, a gravidez deve ser evitada, na grande maioria dos casos, por poder haver agravamento da doença.

Desconhece-se, ainda, a causa do lúpus eritematoso sistémico.

A dieta deve ser equilibrada em proteínas, gorduras, hidratos de carbono e sais minerais. Não há dietas especiais para tratar esta doença reumática. Se o doente tomar corticosteróides, deve ingerir pouco sal e comer alimentos ricos em potássio (vegetais, laranjas e bananas) e em cálcio (leite, queijos magros e iogurtes). Esta doença origina fadiga, justificando períodos de repouso ao longo do dia e fins-de-semana mais prolongados.

O exercício é, igualmente, muito importante por contribuir para o fortalecimento muscular e por ajudar a combater o humor depressivo, tão frequente. Estes doentes devem ser encorajados a caminhar, a nadar e a andar de bicicleta, e alguns deles necessitam do apoio de um fisioterapeuta.

O tratamento medicamentoso do LES varia de doente para doente. Muitas vezes são suficientes os anti-inflamatórios não esteróides (medicamentos que combatem a inflamação e a dor), associados ou não aos antipalúdicos de síntese.

Os doentes que tomam antipalúdicos devem ser observados por um oftalmologista todos os 6 meses, a fim de prevenir o aparecimento de lesões oculares, que são o efeito adverso mais frequente, ainda que raro, destes medicamentos.

Os corticosteróides, em certos casos de LES, são tão indispensáveis para estes doentes como a insulina para alguns diabéticos. Por vezes, os corticosteróides salvam a vida destes doentes.

Outros medicamentos e outras técnicas terapêuticas estão a ser investigados, e o ritmo a que a Medicina vai avançando é tão rápido, que as melhores perspectivas se abrem para os doentes com LES. Aliás, estas perspectivas são já francamente boas. Nas mãos de um especialista competente (esta doença só pode ser tratada por quem tenha dela muita experiência), a grande maioria dos doentes com LES leva uma vida normal.

ESPONDILARTRITE ANQUILOSANTE

Na espondilartrite anquilosante (EA)¹, o facto de as vértebras se poderem inflamar e soldar-se entre si pode conduzir a uma anquilose (fusão) da coluna vertebral e das articulações sacro-íliacas.

A espondilartrite anquilosante é, pois, uma doença reumática crónica, de natureza inflamatória, podendo levar, quando não tratada, à anquilose da coluna vertebral, que assim se torna rígida. Na maior parte das vezes, porém, mesmo sem tratamento, a espondilartrite não conduz à anquilose ou, pelo menos, à anquilose de toda a coluna.

A prevalência da espondilartrite anquilosante, isto é, o número total de casos existentes numa comunidade em determinado momento, é classicamente de 0,5% de todos os indivíduos, sendo a EA muito mais frequente no homem do que na mulher.

A espondilartrite anquilosante inicia-se, por via de regra, entre os 15 e os 30 anos de idade, portanto em indivíduos jovens, mas pode surgir na infância ou durante a puberdade (raramente) e em indivíduos com mais de 40 anos de idade, o que também é raro.

A etiologia da espondilartrite anquilosante, isto é, a sua causa, ainda não é conhecida. Sabe-se que: não é uma doença infecciosa e, portanto, não há o risco de contágio; não resulta de traumatismos ou de actividade física exagerada; os alimentos não têm relação com esta doença, embora o excesso de peso a possa agravar.

A espondilartrite anquilosante aparece mais frequentemente em determinadas famílias do que noutras, o que nos leva a ter a certeza de que, embora não seja uma doença hereditária, isto é, uma doença que se transmite de pais para filhos, tem uma grande predisposição familiar.

Os principais sintomas da espondilartrite anquilosante são:

- lombalgias, isto é, dores na coluna lombar, dores a que o grande público chama habitualmente “dores nos rins”. Estas lombalgias, ao contrário do que se passa com as da espondilartrose, vulgarmente conhecida por espondilose, são mais intensas à noite, na cama, acordando frequentemente o doente de madrugada. Ainda, e ao contrário das dores da espondilartrose, as lombalgias dos espondilíticos melhoram com os exercícios e os movimentos;
- dorsalgias (dores ao nível da coluna dorsal) com ritmo inflamatório, isto é, mais intensas durante a noite e irradiando, por vezes, para a face anterior do

¹ Espondilartrite significa inflamação da coluna. É uma palavra oriunda do grego *spondylos* = vértebra e *artron* = articulação.

tórax, através do espaço existente entre 2 costelas adjacentes (espaços intercostais);

- ciáticas, isto é, dores no trajecto do nervo ciático que, ao contrário das ciáticas comuns provocadas por espondilartrose ou hérnia discal, não têm um trajecto radicular típico, quer dizer, não vão até ao pé ou até à “barriga da perna”, ficando pela nádega, pela face posterior da coxa e, só raramente, atingindo o joelho. Tal como as lombalgias e as dorsalgias, as ciáticas são mais intensas durante a noite;
- rigidez da coluna vertebral, mais intensa de manhã, ao acordar, prolongando-se sempre por mais de 30 minutos, e às vezes horas, ao contrário da rigidez da espondilartrose, que dura apenas alguns minutos;
- talalgias, isto é, dores ao nível dos calcanhares;
- tendinites, particularmente aquilianas, que levam a tumefacção e dor ao nível do tendão de Aquiles;
- artrites periféricas, isto é, inflamações das articulações dos membros, em particular dos membros inferiores (anca, joelho e tornozelo). Este modo de início surge em cerca de 20% dos doentes.

Para além das queixas articulares referidas, a espondilartrose anquilosante pode originar, raramente, lesões ao nível do coração, do pulmão, dos olhos ou de outros órgãos. Estes sintomas não têm, em geral, gravidade.

São mais frequentes ao nível dos olhos, e consistem em inflamações agudas da íris (irites ou uveítes). Estas inflamações oculares, que surgem em 20% dos doentes, traduzem-se clinicamente por dor e congestão (vermelhidão) de 1 ou dos 2 olhos e exigem tratamento urgente por um oftalmologista.

O tratamento da espondilartrose anquilosante assenta em 3 pontos essenciais: medidas de ordem geral, medicamentos, exercícios e desporto criteriosamente seleccionados.

A dieta deve ser variada e rica em proteínas, vegetais e fruta. Como estes doentes têm tendência para osteoporose, sugere-se que bebam diariamente 1 litro de leite, que é a principal fonte de cálcio da alimentação. O excesso de peso, em virtude da sobrecarga que acarreta para a coluna vertebral, está absolutamente contra-indicado.

Ao longo do dia são muito úteis alguns períodos de 15-20 minutos de repouso em decúbito ventral (barriga para baixo).

Ao acordar, o doente deve tomar um banho quente, ficando, assim, menos rígido e capaz de realizar com maior facilidade os exercícios que o reumatologista lhe prescrever. Sempre que possível, o doente deve tomar outro banho quente antes de se deitar, a fim de poder dormir melhor. O calor alivia a dor e relaxa os músculos.

Durante o dia, o doente deve vigiar rigorosamente as suas posturas, evitando todas as situações que possam levar a uma deformação da coluna, a qual deve estar sempre tão erecta quanto possível.

Durante as horas de trabalho, o doente deve prestar especial atenção à posição das suas costas, evitando posturas em que a coluna esteja durante muito tempo em flexão.

Os factores ambientais perniciosos (chuva, frio, humidade) devem ser evitados. Os medicamentos têm por objectivo reduzir a inflamação e, assim, diminuir a rigidez articular e as dores. São genericamente designados por analgésicos e anti-inflamatórios.

Os exercícios são de primordial importância, a fim de manter a maior mobilidade articular possível e evitar as deformações. Os exercícios prescritos pelo reumatologista, e orientados pelo fisioterapeuta, devem ser ensinados num ginásio, para serem depois efectuados diariamente pelo doente, em casa.

O desporto é muito importante no tratamento da espondilartrite anquilosante. Os desportos traumatizantes e/ou competitivos são prejudiciais. O desporto ideal é a natação, mas em piscina de água aquecida. A natação, para além de mobilizar todas as articulações, é, também, um excelente exercício respiratório. O *crawl* e a mariposa são desaconselhados por poderem encurvar a coluna. Os doentes devem nadar de bruços ou de costas.

Diagnosticada precocemente e correctamente tratada, a espondilartrite anquilosante permite em 80% dos doentes uma vida válida e produtiva. Este bom prognóstico, contudo, está fortemente condicionado pela força de vontade, entusiasmo e motivação do doente para se tratar.

GOTA ÚRICA

A gota é assim denominada porque há mais de 2000 anos se pensava ser resultado do gotejar de um veneno sobre as articulações. Chama-se úrica por ser devida a um aumento do ácido úrico no sangue.

Os gregos chamavam-lhe podagra, palavra que significa dor no pé.

Efectivamente, a sintomatologia da gota é dominada por crises muitíssimo dolorosas, localizadas na grande maioria das vezes ao nível da articulação metatarso-falângica do dedo grande do pé. Estas crises, para além da dor, são caracterizadas pelo aparecimento de outros sinais inflamatórios como tumefacção, calor e rubor ao nível das articulações.

Para além do dedo grande do pé, outras articulações podem ser inicialmente afectadas como o joelho, a tibiotársica (tornozelo) e a mediotársica (peito do pé). Quase sempre as crises são monoarticulares, isto é, atingem apenas uma articulação.

As crises agudas de gota surgem bruscamente em plena saúde, e o seu início é nocturno na maior parte dos casos. Essas crises são limitadas, isto é, duram alguns dias, e são separadas por intervalos completamente livres de queixas, dando ao doente uma falsa sensação de cura.

O doente deve conhecer os factores precipitantes das crises, a fim de os evitar, quando possível: emoções, grandes esforços físicos, intervenções cirúrgicas, mesmo pequenas como, por exemplo, extrair um dente, doenças infecciosas e, sobretudo, desvios alimentares com ingestão excessiva de carne, em particular de porco, e de bebidas alcoólicas.

O ácido úrico pode precipitar-se ao nível das cartilagens das orelhas ou ao redor de diversas articulações periféricas como os cotovelos, os punhos, as mãos, os joelhos e os pés. Estes depósitos de ácido úrico denominam-se tofos, e nesta fase a doença é também conhecida por gota tofácea.

A gota, não tratada, envolve frequentemente o rim.

A nível do rim, o ácido úrico pode precipitar-se na árvore urinária e originar litíase renal, isto é, cálculos ou pedras. O ácido úrico pode, igualmente, precipitar-se em pleno tecido renal, dando origem a uma nefropatia, isto é, uma diminuição da função renal, que por vezes é grave ao ponto de obrigar os doentes a entrar em hemodiálise crónica.

A gota é devida a uma predisposição herdada para a hiperuricemia, isto é, para o excesso de ácido úrico no sangue. Este aumento do ácido úrico no sangue pode ser devido a uma produção aumentada, a uma diminuição da sua eliminação pelo rim ou às duas causas simultaneamente.

A gota é relativamente frequente, sendo provável a existência em Portugal de 50 000 doentes com esta doença reumática. É muito mais frequente no sexo mas-

culino (em cada 10 doentes, 9 são homens), e surge na maioria dos casos entre os 30 e os 50 anos de idade.

A prevalência da gota úrica, isto é, o número de casos da doença existentes em determinado momento numa comunidade, tem aumentado com a subida do nível de vida dos países ocidentais.

O tratamento da gota úrica é diferente nas crises e nos períodos entre as crises. As crises agudas tratam-se com repouso, frio sobre a articulação envolvida (saco de água fria com algumas pedras de gelo) e colchicina ou anti-inflamatórios não esteróides (AINE). Os AINE são medicamentos que diminuem as dores combatendo a inflamação. Nas crises agudas, a colchicina tem vindo a ser substituída pelos AINE, em virtude de originar frequentemente diarreia.

Durante a crise aguda, o doente deve fazer refeições muito ligeiras, à base de vegetais, frutos e leite. Pode ingerir hidratos de carbono (farináceos), mas as proteínas e as gorduras são desaconselhadas. O álcool está formalmente proibido. A fim de evitar as crises agudas e a deposição de ácido úrico ao nível do tecido celular subcutâneo e do rim, o doente deve fazer durante toda a vida tratamento de fundo, isto é, tratamento que impeça o excesso de ácido úrico no sangue. Este tratamento de fundo é constituído pela dieta e pela administração de medicamentos.

Os doentes gotosos são frequentemente obesos, tornando-se imperioso o seu emagrecimento, visto se ter verificado que a obesidade aumenta o número de crises agudas de gota. Nenhum doente gotoso está bem tratado se tiver peso em excesso.

Em relação à gota propriamente dita, o doente deve evitar a ingestão de certos alimentos, em particular o álcool e as gorduras animais, principalmente a carne de porco. Entre as bebidas alcoólicas, as menos aconselhadas são a cerveja, a aguardente, os conhaques, o vinho do Porto, o champagne, o whisky e o gin. O doente pode beber um copo de vinho a cada uma das refeições principais.

Outros alimentos ricos em purinas como a carne de caça, as vísceras de animais (coração, fígado, rim, miolos) e as conservas (sardinhas e anchovas) devem ser proibidos.

Do regime alimentar do gotoso deve fazer parte a ingestão de 1,5 a 2 litros de água por dia, de preferência hipossalina, isto é, com poucos sais minerais ou alcalina. No Verão, esta ingestão hídrica deve ser ligeiramente superior, a fim de compensar a maior perda de água pela transpiração.

Os medicamentos hipo-uricemiantes, isto é, os medicamentos que baixam o ácido úrico do sangue, dividem-se em 2 categorias, os inibidores da síntese do ácido úrico e os uricossúricos, não existindo os segundos em Portugal.

Como o seu nome indica, os inibidores da síntese do ácido úrico baixam a uricemia, diminuindo a formação do ácido úrico no organismo. O mais utilizado é o alopurinol.

Se no decurso do tratamento intercrítico surgir uma crise aguda de gota, o doente não deve parar a terapêutica uricorreguladora e deve fazer terapêutica da crise aguda com repouso, frio e AINE.

A gota, como referimos, é uma doença provocada por um transtorno hereditário do metabolismo do ácido úrico. Com o alopurinol é possível corrigir este transtorno. O doente deve, todavia, recordar-se de que, parando os uricorreguladores, o ácido úrico no sangue eleva-se rapidamente, depositando-se nas articulações e originando crises agudas.

Isto significa que, para controlar a doença, o doente deve tomar durante toda a vida o uricorregulador prescrito pelo médico.

A gota úrica, que era uma doença extremamente invalidante há 40 anos, é, actualmente, a doença reumática crónica mais fácil de controlar e de tratar, desde que o doente cumpra as instruções do médico.

OSTEOARTROSE

A palavra osteoartrose significa degenerescência da articulação.

A osteoartrose, mais conhecida por artrose, é uma doença que atinge, fundamentalmente, a cartilagem articular, que é um tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si.

Na osteoartrose, a cartilagem articular ulcera e o osso que está por baixo da cartilagem, chamado osso subcondral, reage, espessando-se e dando origem a excrescências ósseas chamadas osteófitos. Os osteófitos são conhecidos entre o grande público pelo nome de “bicos de papagaio”, porque alguns deles, ao rX, dão imagens que lembram precisamente o bico de um papagaio.

A artrose não é sinónimo de envelhecimento articular (há idosos sem artroses e adultos com esta doença), embora seja mais frequente nos indivíduos idosos que, naturalmente, tiveram mais anos para irem desgastando as articulações.

A artrose é a doença mais frequente da raça humana. Em Portugal existe cerca de meio milhão de doentes artrósicos.

A doença afecta os dois sexos igualmente, embora depois dos 50 anos haja um ligeiro predomínio no sexo feminino.

As articulações mais frequentemente envolvidas na população portuguesa são a coluna vertebral, em particular os segmentos cervical e lombar, os joelhos, as articulações das mãos e a da base do dedo grande do pé.

A causa da osteoartrose é desconhecida. O desgaste é importante, mas não é suficiente para a explicar. Provavelmente, a osteoartrose será devida a várias causas: factores mecânicos, hereditários (há famílias mais propensas a contrair esta doença), hormonais, metabólicos, etc.

Os principais sintomas da osteoartrose são a dor, a rigidez, a limitação dos movimentos e, em fases mais avançadas, as deformações.

Ao contrário do que acontece com as doenças reumáticas inflamatórias, as artroses são doenças localizadas apenas nas articulações. Não atingem os órgãos internos e não são acompanhadas de sintomas e/ou manifestações chamadas “gerais”, como, por exemplo, febre, falta de apetite, cansaço fácil e emagrecimento.

Também ao contrário do que acontece nas doenças reumáticas inflamatórias, e pela mesma razão, as artroses não originam alterações nas análises do sangue e da urina. A osteoartrose não se trata apenas com medicamentos e fisioterapia.

Constituem medidas básicas do tratamento a educação do doente, o repouso relativo e o plano de exercícios.

Da educação do doente devem fazer parte o ensino das regras gerais de protecção do aparelho locomotor e a correcção das posturas incorrectas:

- dormir em cama dura, preferencialmente em decúbito dorsal, isto é, de “bariga para o ar”, posição que propicia um repouso completo da coluna verte-

bral, e com uma almofada dura e enrolada por detrás da coluna cervical. Os doentes com artrose da anca (coxartrose) devem, se possível, dormir em decúbito ventral (barriga para baixo), a fim de combater a tendência desta articulação para se flectir;

- não permanecer durante muito tempo na mesma posição, sobretudo nas posições de pé ou sentado;
- os indivíduos com osteoartrose não se devem sentar em sofás nem em poltronas que lhes deformem a coluna vertebral. Devem sentar-se em cadeiras duras, com as costas bem apoiadas nas costas das cadeiras e os pés bem assentes no solo. As cadeiras não devem ser demasiado altas;
- os doentes com artrose dos joelhos (gonartrose) não devem estar muito tempo sentados sem estender estas articulações;
- o pescoço deve andar em hiperextensão e nunca flectido. Esta postura é particularmente importante para os doentes com cervicartrose (artrose da coluna cervical). A fim de evitarem a flexão do pescoço, os doentes não devem ler na cama e devem ter o aparelho de televisão a uma altura conveniente, que os obrigue a olhar em frente ou mesmo para cima e nunca para baixo;
- evitar pegar em objectos pesados, o que constitui uma grande sobrecarga para as articulações da coluna vertebral. As donas de casa, sempre que possível, devem utilizar os carros-cesta para o transporte das suas compras e, se têm automóvel, devem procurar fazer as suas compras de uma só vez para toda a semana e transportá-las no carro;
- evitar as flexões da coluna vertebral. O doente, quando tiver de apanhar um objecto do solo, não deve flectir a coluna mas sim dobrar os joelhos;
- há dois trabalhos domésticos muito prejudiciais que são o passar a ferro e o aspirar o pó. Em relação ao primeiro, os doentes devem passar a ferro com as costas apoiadas numa parede e com um dos pés apoiado sobre um banco pequeno. Alternativamente, estes doentes podem tentar adaptar-se a passar a ferro sentados, utilizando para isso tábuas de altura regulável. De qualquer modo, o médico deve insistir com os doentes para não passarem num dia a roupa para toda a semana, mas fazê-lo diariamente e durante o menor tempo possível;
- o vestuário deve ser simples e prático. Os sapatos devem ter contrafortes resistentes e os saltos não devem ser altos. Os saltos altos aumentam a lordose lombar, originando dores ao nível deste segmento da coluna;
- os doentes com artrose da anca e/ou/ dos joelhos pensam muitas vezes que, para impedir o agravamento da sua doença, devem caminhar muito. Esta convicção está profundamente errada. Estes doentes devem poupar ao máximo as suas articulações doentes, caminhando o menos possível. No caso específico da artrose dos joelhos é particularmente prejudicial subir e, sobretudo, descer escadas e terrenos inclinados, bem como ajoelhar-se. Nas situa-

ções em que estas artroses são avançadas e muito incapacitantes, e os doentes não querem ou não podem ser operados, o uso de 1 ou de 2 canadianas é muito útil;

- a canadiana deve ser utilizada do lado oposto ao da articulação doente, a fim de o doente deslocar o máximo de carga para a articulação sã ou menos doente e para a canadiana;
- evitar tanto quanto possível os transportes trepidantes, como o autocarro e a maioria dos automóveis. Sempre que possível, andar de comboio, de eléctrico ou de metropolitano;
- os doentes que tiverem de utilizar o automóvel devem conduzir na posição de maior comodidade, bem sentados nos bancos das viaturas e evitando a flexão da cabeça e do tronco sobre o volante. Quando tiverem de efectuar viagens longas de automóvel, devem fazer curtos períodos de repouso ao longo do trajecto, saindo do veículo;
- os estudantes e outros trabalhadores que passam longas horas a uma secretária devem evitar posturas incorrectas. São muito importantes a altura das cadeiras e das secretárias, a fim de evitar que os doentes passem horas demasiado flectidos sobre as suas secretárias de trabalho.

Os defeitos posturais são muito frequentes nos doentes com osteoartrose. Alguns deles corrigem-se facilmente, como acontece com as alterações da estática dos pés que, na maioria dos casos, se compensam com a prescrição de palmilhas apropriadas. A correcção das alterações da estática da coluna como a acentuação das curvaturas fisiológicas (cifose dorsal e lordose lombar), para além de posturas correctas, implica, quase sempre, a necessidade de ginástica correctiva da coluna vertebral.

O repouso é outro ponto básico no tratamento dos doentes com osteoartrose. Os períodos de repouso não carecem de ser prolongados, mas devem ser relativamente frequentes. Em doentes com espondilartroses (artroses da coluna), são muito úteis curtos períodos de repouso de 10-15 minutos de duração, divididos ao longo do dia (meio da manhã, princípio da tarde, fim da tarde, entre o jantar e a hora de deitar e, de uma maneira geral, sempre que o doente tiver dores). Todos os doentes artrósicos devem ter um plano de exercícios a executar diariamente. Os exercícios prescritos por um médico devem ser aprendidos sob controlo directo de um fisioterapeuta.

Os doentes com osteoartrose, quase sempre idosos, sofrem frequentemente de outras doenças (obesidade, diabetes, hipertensão, etc.). Nenhum doente artrósico está bem tratado se não tiver estas doenças associadas controladas. Particularmente importante é a correcção da obesidade, que constitui, não raramente, uma enorme sobrecarga para a coluna vertebral, para as ancas e os joelhos.

lhos, podendo mesmo dizer-se que a perda de peso é a primeira terapêutica nas artroses dos joelhos e das ancas.

Os medicamentos utilizados no tratamento da osteoartrose são fundamentalmente os analgésicos, os anti-inflamatórios não esteróides (AINE), os condroprotectores, isto é, os protectores da cartilagem articular, e os relaxantes musculares. Finalmente, a cirurgia é de inestimável valor em doentes com artroses avançadas e já refractárias a todas as medidas terapêuticas de que falámos.

As intervenções cirúrgicas mais frequentes efectuadas nas artroses são as próteses totais (substituição de uma articulação ou do que resta dela, por uma nova articulação artificial), em particular a da anca e dos joelhos.

OSTEOPOROSE

A osteoporose é a doença óssea mais frequente e sê-lo-á cada vez mais no futuro, uma vez que é, fundamentalmente, uma doença dos indivíduos idosos, e estes são cada vez em maior número.

Esta doença é mais frequente nas mulheres do que nos homens. Depois da menopausa, 1 em 4 mulheres sofre desta doença.

Há diversas causas de osteoporose, e daí a sua classificação em primária ou primitiva, e secundária. A osteoporose primária subdivide-se em osteoporose simples, pós-menopáusica ou de tipo I, e osteoporose de tipo II ou associada ao envelhecimento.

A osteoporose pós-menopáusica, ou de tipo I, é devida a factores hormonais, que se traduzem, fundamentalmente, por uma diminuição dos níveis sanguíneos de estrogénios.

A osteoporose associada ao envelhecimento, ou do tipo II, atinge indivíduos de ambos os sexos com mais de 70 anos de idade. A principal causa da osteoporose do tipo II parece ser a idade, que determina uma menor absorção intestinal de cálcio.

Os principais sintomas e sinais da osteoporose são as dores, as deformações ósseas e as fracturas. As dores ósseas localizam-se predominantemente ao nível da coluna vertebral, agravam-se com os movimentos e com os esforços físicos, diminuindo com o repouso. As deformações traduzem-se num exagero das curvaturas fisiológicas da coluna vertebral, em particular por aumentos da cifose dorsal e da lordose lombar. As fracturas mais frequentes são as das vértebras e a do colo do fémur, mas qualquer osso pode fracturar.

A osteoporose não é uma fatalidade. Existem, actualmente, meios susceptíveis de a evitar e de a tratar. Sabe-se que têm maior risco de vir a sofrer de osteoporose:

- as mulheres de raça branca e, ainda, as mais magras e as de pequena estatura;
- os indivíduos idosos;
- os indivíduos com certos factores genéticos. Sabe-se, por exemplo, que nos Estados Unidos da América e na África do Sul as mulheres de raça branca têm 6 vezes mais fracturas vertebrais do que as mulheres negras;
- os indivíduos que levam uma vida sedentária e fazem pouco exercício físico;
- os indivíduos magros.

São factores de risco desta doença:

- os regimes alimentares pobres em cálcio (em leite, queijo, iogurte) e ricos em proteínas conduzem à osteoporose. O álcool, para além de aumentar também a perda de cálcio pela urina, diminui a absorção intestinal deste mineral;

- outros factores de risco são a ooforectomia, isto é, a extirpação cirúrgica dos ovários; a menopausa precoce, isto é, o desaparecimento da menstruação em mulheres com menos de 50 anos de idade; as operações ao estômago; o hábito de fumar; a insuficiência renal; e certos medicamentos como os anti-ácidos à base de alumínio, os anticonvulsivantes, os barbitúricos, a heparina, as hormonas tiroideias e, sobretudo, os corticosteróides.

A prevenção da osteoporose tem de ser fácil, barata, sem efeitos tóxicos e, evidentemente, eficaz.

É importante incutir nos jovens, sobretudo nos do sexo feminino, o gosto pelo exercício físico vigoroso e regular, mas não excessivamente vigoroso, pois o exercício demasiado violento dá origem a uma diminuição da actividade dos ovários. É necessário aconselhar o consumo de 1 litro a 1,5 litro de leite magro por dia, e desaconselhar o consumo excessivo de proteínas, de álcool e de café.

Os fumadores devem deixar de fumar.

Nas mulheres pós-menopáusicas é necessário suplementar a dieta com a prescrição de cálcio.

Quanto aos medicamentos, o cálcio é muito útil. O cálcio diminuiu a perda de tecido ósseo. A vitamina D parece só ter interesse na osteoporose associada ao envelhecimento, situação em que há uma diminuição da absorção do cálcio. Nos últimos anos surgiram novos medicamentos para o tratamento da osteoporose, que são muito eficazes, como os bifosfonatos (alendronato e risedronato). Os bifosfonatos têm de ser tomados 30 minutos antes do pequeno almoço, visto os alimentos diminuírem a sua absorção. Outro aspecto importante é a proibição dos doentes se deitarem nos 30 minutos que se seguem à sua tomada, que deve ser efectuada sempre com grande quantidade de água (240 ml).

No determinismo das fracturas, para além da osteoporose, são importantes as quedas. Os principais motivos de quedas nos idosos são o excesso de mobiliário nas suas casas, os tapetes, as carpetes, a falta de tapetes antiderrapantes nas banheiras, os défices da visão e da audição e certos medicamentos prescritos em doses excessivas para os idosos, nomeadamente, os anti-hipertensores, os ansiolíticos e os antidepressivos.

FIBROMIALGIA

A fibromialgia é uma entidade clínica caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crónica, fadiga, que não melhora com o repouso, e, ainda, por dor à palpação de 11 a 18 pontos seleccionados, que o médico reumatologista conhece bem e que para o leitor não tem qualquer interesse estar a discriminar. A fibromialgia tem uma prevalência de 2%, ou seja, num determinado momento existem 2% de indivíduos da população em geral com fibromialgia.

Desconhece-se a causa da fibromialgia, apontando-se como origens possíveis perturbações do sistema nervoso, do estado psíquico, do sono e do músculo, resultando, provavelmente, a fibromialgia da combinação de factores periféricos (por exemplo, musculares) e de origem central (por exemplo, do sistema nervoso). Do que não há dúvida é que na fibromialgia há uma alteração do sistema de controlo da dor.

Parece haver uma história de depressão durante a vida dos doentes e dos seus familiares superior à dos indivíduos normais. Pode, também, haver níveis de stresse diário mais elevados nos indivíduos com fibromialgia do que nos indivíduos normais.

Estão mais propensos a sofrer desta entidade clínica:

- os indivíduos do sexo feminino;
- as pessoas que têm história de outros casos de fibromialgia na família;
- os indivíduos que tiveram anteriormente doenças dolorosas;
- as pessoas que tiveram previamente doenças cujo prognóstico foi causa de preocupação;
- os indivíduos que têm processos laborais relacionados com a dor.

A fibromialgia é agravada pelo frio, pela humidade, pela ansiedade, pela excitação e tensão psíquica, e aliviada com o tempo quente e seco e com as férias. Os doentes com fibromialgia são, por via de regra, extremamente perfeccionistas na sua profissão, em casa e, inclusivamente, nas suas actividades de lazer, tendo grande dificuldade em se relaxar física e psicologicamente.

Não existe um tratamento específico para a fibromialgia.

A atitude mais eficaz parece ser uma combinação de apoio emocional com terapêutica não farmacológica e farmacológica.

Os indivíduos com fibromialgia têm baixos níveis de auto-estima e sentimentos de inutilidade, sendo muito importante o apoio emocional no sentido de se aceitarem com as limitações que a fibromialgia condiciona.

O tratamento não farmacológico engloba: a educação do doente e, se possível, de um familiar que conviva com o doente (como, por exemplo, o seu cônjuge),

acerca da fibromialgia e dos factores que a condicionam positiva e negativamente; apoio psicológico; exercício aeróbico de fortalecimento muscular sem despertar dor e/ou cansaço e sempre precedido de aplicação de calor; estimulação eléctrica transcutânea (TENS); correcção das alterações da estática e das posturas; manutenção do corpo quente; termoterapia, isto é, tratamento com calor, que pode ser húmido (compressas de água quente), água quente, podendo ser ou não termal, e ultra-sons; massagem; exercícios de estiramento e de melhoria da amplitude dos movimentos.

O tratamento farmacológico pode efectuar-se com amitriptilina, um medicamento antidepressivo que na fibromialgia se usa em doses pequenas, não antidepressivas; com a ciclobenzaprina, que é um relaxante muscular, e, quando há depressão associada, com a fluoxetina e com o alprazolam.

Quando a dor é intensa, podem prescrever-se analgésicos potentes ou anti-inflamatórios não esteróides. Um aspecto muito importante é melhorar a qualidade e a quantidade do sono, que deve passar por deitar cedo e sempre à mesma hora; ter o quarto em silêncio; não tomar álcool nem café nas horas que precedem o deitar; fazer exercício e técnicas de relaxamento e usar hipnóticos indutores do sono.

LOMBALGIAS

As lombalgias são dores lombares, crónicas.

A sua frequência na população em geral varia, segundo os diversos estudos efectuados, entre 10% e 45%.

Constituem a primeira causa de limitação da actividade física antes dos 45 anos de idade e a segunda entre os 45 e os 65 anos. São a segunda causa da consulta em clínica geral e a primeira em reumatologia.

Os factores de risco das lombalgias não são unanimemente aceites por todos os investigadores. Entre eles destacam-se:

- 1.º altura superior a 180 cm no homem, e 170 cm na mulher;
- 2.º obesidade;
- 3.º diminuição da força dos músculos do abdómen e do dorso;
- 4.º alterações da estática da coluna, nomeadamente as escolioses, as hipercifoses dorsais e as hiperlordoses lombares. A hipercifose e a hiperlordose são exageros das curvas normais da coluna vertebral. As escolioses são desvios laterais da coluna, e nem sempre são patológicas;
- 5.º malformações da coluna vertebral;
- 6.º gravidez;
- 7.º traumatismos, sejam os grandes traumatismos, sejam os microtraumatismos de repetição;
- 8.º condução automóvel, por força dos movimentos vibratórios;
- 9.º desportos violentos e/ou competitivos.

Alguns factores de risco relacionam-se com a actividade profissional, como sejam:

- 1.º trabalhos pesados;
- 2.º elevação de cargas;
- 3.º posturas prolongadas em pé e na posição sentada;
- 4.º movimentos frequentes de flexão e de torção da coluna vertebral;
- 5.º trabalhos repetitivos;
- 6.º exposição a vibrações.

Entre as profissões de maior risco, incluem-se: os mineiros, os trabalhadores da construção civil, os pilotos de aeronaves, os enfermeiros, os fisioterapeutas e os dentistas.

A espondilartrose, mais conhecida por espondilose, inicia-se, em regra, depois dos 40 anos de idade e afecta igualmente os dois sexos.

Certos grupos profissionais como os agricultores, os estivadores, os pescadores e as empregadas domésticas, sujeitos a trabalhos mais violentos e, implicitamente, a maior desgaste articular, são mais propensos a esta doença, que, todavia, pode afectar toda a gente.

Ao nível da coluna lombar, as dores assemelham-se a “moinhas” na grande maioria dos casos. Podem, porém, surgir episódios agudos muito dolorosos, denominados lumbagos.

Outras vezes, as dores lombares, com as mesmas características do lumbago, irradiam ao longo da face posterior ou postero-externa do membro inferior, no trajecto do nervo ciático, denominando-se ciáticas.

O lumbago e a ciática são duas situações cujo principal tratamento é o repouso em cama dura, com as pernas flectidas sobre as coxas. O doente deita-se de costas (barriga para o ar), com almofada por detrás do pescoço e os joelhos flectidos. Para além do repouso, terapêutica fundamental, sem a qual não se obtêm quaisquer resultados, pode ser necessário prescrever analgésicos, anti-inflamatórios não esteróides e relaxantes musculares.

As regras gerais de protecção do aparelho locomotor são fundamentais, a fim de evitar gestos e atitudes que levem ao agravamento das dores nas costas.

Um terço a um quarto da vida é passado no leito, razão pela qual uma boa cama, e uma postura correcta durante o sono são indispensáveis.

Uma boa cama é aquela que não se deforma quando o indivíduo se deita, mas não é necessariamente uma tábua.

Uma postura que proporciona um bom repouso nocturno é o decúbito dorsal (indivíduo deitado de barriga para o ar). Uma outra postura fisiológica é a que se obtém dormindo em decúbito lateral (de lado, tendo a preocupação de estender um dos membros inferiores, flectir a perna sobre a coxa do outro membro inferior, de modo a que estes dois segmentos formem um ângulo de 90°, e colocar uma almofada ou um braço a preencher o espaço compreendido entre a face e ombro). A almofada nunca deverá ser colocada sob a cabeça, visto levar a uma hiperflexão nociva do ráquis cervical. Dormir sem almofada é um disparate.

Muito prejudiciais para os indivíduos com lombalgias são as sobrecargas a que a coluna lombar está sujeita.

Sendo assim, o indivíduo não deve estar muitas horas parado na mesma posição (de pé ou sentado) e não deve transportar ou agarrar objectos pesados.

Quando se tem de permanecer de pé durante muito tempo, deve-se colocar um pé à frente do outro, a fim de aumentar a base de sustentação do corpo, e sentar-se sempre que possível. De modo idêntico, deve-se evitar estar sentado durante horas, levantando-se de quando em vez, e sentar-se sempre em cadeiras duras, evitando as poltronas e os sofás. São altamente inconvenientes os hábitos de cruzar as pernas e de o indivíduo se sentar nas pontas das cadeiras.

O indivíduo deve evitar pegar em objectos pesados e flectir a coluna vertebral. Quando isto lhe for de todo impossível, deve aprender o modo correcto de o fazer: flectindo os joelhos e as ancas, transportando o objecto o mais próximo de si. Deve transportar as compras em 2 sacos, 1 em cada mão. Sempre que possível, os estudantes devem colocar a pasta ao ombro ou atrás das costas.

O vestuário deve ser simples e prático, e os sapatos não devem ter saltos altos, que aumentam a lordose lombar fisiológica e são fonte de dores lombares.

As donas de casa e as empregadas domésticas, não obstante o enorme benefício que as máquinas de lavar roupa e louça trouxeram à sua coluna, têm, ainda, e pelo menos, 2 tarefas muito ingratas para a sua coluna, que são o aspirar o pó e o passar a ferro. Para aspirar o pó o melhor é fazê-lo com aspirador com fio comprido. Para passar a ferro, sugerimos que o façam com as costas apoiadas contra a parede e com um dos pés colocado sobre um banco pequeno.

Os estudantes e outros profissionais que passam longas horas a uma secretária devem ter cadeiras com alturas adequadas, de modo a que a sua coluna fique correctamente posicionada.

Os indivíduos com lombalgias devem utilizar nas suas deslocações transportes pouco trepidantes, como o comboio e o metropolitano. Quando tiverem de andar de automóvel, devem sentar-se correctamente nas cadeiras do veículo, conduzir com os antebraços flectidos e devem ter os pés próximo dos pedais. Nas viagens longas, os indivíduos devem sair do veículo, ao fim de 1 a 2 horas, e permanecer em pé durante alguns minutos. Obviamente não devem esquecer o cinto de segurança e os encostos para a cabeça, um e outro salvadores de vidas.

Uma medida básica no tratamento das lombalgias é o repouso. Mais importante do que 1 ou 2 horas de repouso diário contínuo é fazer curtos períodos de repouso (10-15 minutos), divididos ao longo do dia. Estes períodos de repouso devem ser feitos em decúbito dorsal e sobre uma superfície dura (cama, solo), com uma almofada enrolada e colocada atrás do pescoço e, idealmente, as pernas e as coxas devem estar flectidas com o apoio de almofadas ou de uma cadeira.

Outro ponto fulcral no tratamento dos doentes com lombalgias é o plano de exercícios que o indivíduo deve efectuar diariamente, em sua casa, após o duche. Os exercícios prescritos pelo médico e ensinados por um fisioterapeuta devem, de início, ser efectuados num ginásio, mas depois devem ser feitos pelo indivíduo em sua casa. O banho quente tomado antes da sua realização é fundamental, visto o calor ser analgésico e relaxante muscular, facilitando a execução do plano de exercícios, que deve ser efectuado, sempre que possível, diante de um espelho, a fim de o indivíduo se poder autocorrigir.

Além dos exercícios, a medicina de reabilitação poderá ser de utilidade para estes indivíduos, através das massagens e de outras fontes de calor que não a água quente (infravermelhos, ondas curtas, ultra-sons, microondas, etc.).

O desporto tem de ser criteriosamente seleccionado. Desportos violentos e/ou competitivos como o futebol, o boxe, etc., obrigando a coluna a grandes esforços, estão formalmente contra-indicados. Muito úteis são a marcha e, sobretudo, a natação.

Um aspecto relevante no tratamento das lombalgias é a correcção dos defeitos posturais e das alterações da estática.

Uma das alterações da estática mais frequente são os pés planos, que se compensam facilmente com plantares apropriados. Nos doentes que os têm de utilizar, os plantares podem, igualmente, ser aproveitados para corrigir pequenas desigualdades de comprimento dos membros inferiores.

Outros defeitos posturais, como a hipercifose dorsal e a hiperlordose lombar, corrigem-se com a preocupação de o doente se sentir posturalmente correcto, complementada com ginástica apropriada.

Muito importante para o indivíduo se manter em boa postura é o tipo de respiração praticada. Ao inspirar, o doente deve fazê-lo através do tórax, evitando a distensão do abdómen. Deste modo diminui-se a cifose dorsal e a lordose lombar. Estes movimentos que, inicialmente, têm de ser consciencializados, são depois efectuados por rotina, sem que o indivíduo se aperceba deles.

A correcção da obesidade faz parte integrante do plano terapêutico. A obesidade em indivíduos com lombalgias tem de ser corrigida a todo o custo, pois representa uma sobrecarga permanente sobre a coluna lombar.

Os medicamentos utilizados no tratamento das lombalgias são os analgésicos, os anti-inflamatórios não esteróides e, em algumas circunstâncias, os relaxantes musculares.

A crenoterapia, isto é, o tratamento por meio de águas termais, não tem uma base científica, mas melhora muito os indivíduos com lombalgias.

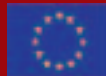
Direcção-Geral
da Saúde



Ministério da Saúde



Programa Operacional da Saúde



UE - Fundos Estruturais



Plano Nacional de Saúde