



LIGA PORTUGUESA CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS

XIII FÓRUM DE APOIO AO DOENTE REUMÁTICO

Distribuição Gratuita

29 e 30 de Outubro de 2010

ESPECIAL

EDITORIAL



Dr. José António de Melo Gomes
Presidente da Direcção da LPCDR

Estando a chegar ao fim a primeira década do século XXI, vai este XIII Fórum de Apoio ao Doente Reumático ter como temas o “Exercício Físico e a Alimentação nas Doenças Reumáticas”.

Não foi por acaso que a Direcção da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas escolheu estes temas. Efectivamente, é previsível que neste nosso século, do qual se esgotam os primeiros 10% agora, os problemas ligados à alimentação, com excessos numa parte significativa da população humana, excessos esses que conjugados com o sedentarismo crescente, a deslocação da população para cidades cada vez maiores onde os transportes (públicos e privados) cada vez mais substituem a marcha, a corrida e a actividade física de um modo geral, geram uma epidemia crescente de obesos, com as comorbilidades habituais nesses casos: Diabetes, Hipertensão, Hiperlipidémias, Doenças Cardiovasculares.

Por outro lado, o sedentarismo crescente, já atrás referido, contribui adicionalmente para o agravamento deste problema.

A Educação Física escolar merecerá também uma particular atenção deste Fórum, pois é esta, uma altura crítica da vida da população humana, durante a qual poderá ser criado (ou não) o gosto pela prática regular de exercício físico, que tanta falta fará ao longo de toda a vida.

Também no caso dos jovens com doenças reumáticas juvenis, é fundamental a criação de critérios de avaliação que não prejudiquem a sua progressão académica e, sempre que possível, ajudem a melhorar as capacidades motoras das crianças e adolescentes por elas atingidas.

Por outro lado, no que se refere às doenças reumáticas do adulto, o excesso de peso associa-se em especial à gota úrica e à osteoartrose do joelho.

Em relação às restantes doenças reumáticas, nas quais são válidas naturalmente todas as regras alimentares em geral que se aplicam à preservação de um bom estado de saúde, não existem factores de risco significativos associados à alimentação.

Como vamos poder aperceber-nos ao longo deste Fórum, a cultura popular atribui uma responsabilidade provavelmente excessiva à alimentação na génese das doenças reumáticas, ao contrário do que realmente se passa.

As várias mesas redondas tentarão fornecer orientações para uma vida mais saudável e uma melhor defesa contra as diferentes doenças reumáticas, utilizando da forma mais adequada a alimentação e a actividade física, aspectos sempre fundamentais para a nossa vida, quer sejamos saudáveis, quer soframos de alguma doença, reumática ou de outro tipo.

Como Presidente da Direcção da Liga e deste Fórum aproveito para dar as boas vindas a todos os presentes e lhes pedir que participem activamente e tentem esclarecer todas as dúvidas que possam ter em relação a aspectos tão fundamentais da nossa vida, como são a alimentação e o exercício físico.

Aproveito também para agradecer a todos os que nos concedem o seu tempo precioso para participarem em mais esta iniciativa da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas.

Da minha parte, e da parte de toda a Direcção da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas, os votos de um bom “Fórum” para todos.

Dr. José António de Melo Gomes
Presidente da Direcção da
LPCDR

Painel “Exercício Físico e Alimentação na Artrite Idiopática Juvenil”

“Ponto de vista do Doente” - Mariana Pinote (Doente Reumática, Membro da Associação Nacional dos Doentes com Artrites e Reumatismos de Infância - ANDAI)



Como é sabido por todos, o exercício é fundamental para o equilíbrio quer físico quer mental, independentemente se tem uma doença reumática ou não.

Não se pede a uma Pessoa com uma doença reumática que se “mate” a fazer exercício físico. Pede-se sim, que faça exercício com moderação e adequado à sua condição física no momento.

Nem sempre é possível a prática de exercício físico em períodos de crise mais aguda, pois é fundamental o repouso, mas é importante, não propriamente ir-se exercitando, mas sim ir-se mexendo!

Quando se já é mais velho, como é o meu caso, por vezes a coisa complica-se, é mais difícil a prática de exercício, quer pela vida laboral, familiar, ou “preguicite aguda”. Mas existem alguns truques para evitar isso, é aproveitar tudo o que

“O Professor de Educação Física: A Doença reumática juvenil e a Educação Física escolar” – José António Pereira Fernandes (Professor de Educação Física no Colégio Marista de Carcavelos)



A doença reumática provoca aos alunos dor, inflamação e rigidez articular. Estas manifestações dos alunos com doenças reumáticas limitam a mobilidade, provocando incapacidade funcional e condicionando, assim, a aprendizagem na aula de Educação Física. As características e necessidades próprias destes alunos obrigam a que

os mesmos devam ser incorporados numa escola democrática e inclusiva e onde o professor assuma essa diferença, adaptando e flexibilizando as estratégias e os objectivos a atingir, dando significado à individualização do ensino e à pedagogia diferenciada no sentido de proporcionar o sucesso educativo, traduzido na igualdade de oportunidades no que respeita à avaliação, sem que as respectivas adaptações se traduzam em menores ou melhores classificações. Não se deve, no entanto, pôr em causa a aquisição das competências terminais de ciclo (Básico e Secundário).

A avaliação inicial (diagnóstica, prognóstica e preditiva) e especialmente a comunicação entre os intervenientes – aluno, família, médico e professor - surge como factor fundamental no sentido de referenciar o mais precocemente possível os casos, conhecer o tratamento adaptado a cada caso, detectando os factores de risco associados, as limitações ou incapacidades

“Ponto de vista do Médico” – Dr. J. A. Melo Gomes (Presidente da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas - LPCDR, Presidente da ANDAI, Assistente Graduado de Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia - IPR)



O exercício físico e a alimentação, ambos de forma regrada e nas quantidades adequadas, são indispensáveis para a manutenção da saúde de qual-

tem de fazer no seu dia-a-dia na sua vida laboral/familiar e transformá-lo em exercício ou pelo menos em se ir mexendo! Porque os anos vão pesando, é importante que não nos deixemos “enferrujar” e se não conseguirmos melhorar a nossa condição física, pelo menos manter a que temos.

Os SPA'S são também uma boa alternativa pois proporcionam um verdadeiro prazer para os sentidos de quem procura bem-estar, harmonia, serenidade e equilíbrio.

Não sei se é verdade ou não, que há alimentos que são prejudiciais/benéficos à artrite. Se comermos em quantidades moderadas/recomendadas não há problema de se comer de tudo. Acho que o fundamental é os pais educarem as crianças a comerem alimentos mais saudáveis para evitar a obesidade, que hoje em dia é um problema sério e que afecta cada vez mais crianças mas o problema agrava-se muito mais se a criança sofrer de artrite, quanto mais pesada a criança for, mais as articulações vão estar em esforço/tensão, mais difícil à criança de se mexer, até porque associado à obesidade vem outras doenças. E aí sim, a condição física da criança piora e a sua qualidade de vida também.

descritas no relatório e no atestado médico. Serve ainda para o professor saber como agir em caso de crise de dor e intervir como apoio emocional ao aluno e à própria família, gerindo as limitações e as ausências frequentes e certificando-se que este terá um desenvolvimento escolar e social tão normal quanto possível.

Só assim se pode otimizar as estratégias de tratamento e a definição dos objectivos do aluno por área, definindo as bases da diferenciação do ensino.

Reconhece-se que existem factores que condicionam a leccionação em alunos com doenças reumáticas, tais como o clima e o horário e rotação dos espaços.

Se o aluno apresentar dores, estas articulações devem ser mantidas em descanso. No entanto, a exigência deve ser adaptada no sentido de manter o aluno ao nível dos outros, não expondo desnecessariamente as limitações físicas do mesmo perante a turma e equilibrando as necessidades especiais da criança com as exigências de ser tratada tão normal quanto possível. Todavia, em nenhum momento se pode descurar a importância da atitude de empenho, perseverança, esforço, responsabilidade e autodisciplina do aluno perante a disciplina.

É meu entender que, na maioria dos casos, os professores necessitam de um maior conhecimento e formação no sentido de compreender a doença e saber as suas limitações. No entanto, acredito que a Educação Física, através da prática dos exercícios, acarreta benefícios e actua de forma preventiva, destacando-se o papel fundamental da escola, dos professores e da Educação Física pelo seu carácter específico no desenvolvimento escolar, social, motor, emotivo e no desenvolvimento da auto-estima do aluno.

quer ser humano.

Nas crianças e jovens com Artrite Idiopática juvenil (AIJ) não é conhecida nenhuma dieta que possa melhorar a doença. Contudo, isso não significa que não hajam cuidados a ter com a alimentação, nomeadamente evitando os excessos que possam causar obesidade, particularmente nos doentes tratados com corticosteroides (cortisona e seus derivados). Neste caso o apetite aumenta muito, sendo fundamental a ingestão de alimentos com poucas calorias (saladas, de preferência às batatas e outros acompanhamentos ricos em hidratos de carbono;

restringir a ingestão de doces e de pão – este último pode ser comido em pequenas quantidades e, de preferência, fora das refeições principais).

Se tal não suceder, o risco de obesidade, diabetes, e aparecimento de estrias abdominais (que não desaparecem mais) é muito elevado.

Nos adolescentes medicados com Metotrexato é fundamental a restrição de ingestão de bebidas alcoólicas, pelo risco de toxicidade para o fígado.

Porém, em crianças com muitas articulações atingidas (poliartrose extensa) e doença sistémica – febre, gânglios aumentados, manchas no corpo e aumento do volume do fígado e/ou do baço – o problema pode ser o oposto, resultando marcada falta de apetite, magreza e atrofia musculares generalizadas, que só podem ser ultrapassadas com o controle adequado da actividade da doença.

Quanto ao exercício físico, a infância e a adolescência são, por excelência, a fase da vida em que fazemos mais exercício físico e treinamos o nosso aparelho locomotor para as exigências futuras da vida.

Além disso, durante as actividades escolares somos avaliados nas nossas capacidades físicas, na Educação Física escolar.

Embora o exercício físico lhes seja útil, é fundamental que estas crianças tenham objectivos de avaliação adequados às limitações articulares de que sofrem, de forma a não prejudicar as suas classificações académicas.

Acresce que, mesmo para as crianças com artrite activa, o exercício físico, na dose adequada, será sempre útil e desejável. Claro que o mesmo deverá sempre ser interrompido quando o/a doente se queixar de dores articulares durante a sua prática. Seria também altamente desejável – e isso pode ser devidamente acautelado – que as dificuldades dos jovens não os prejudiquem na sua progressão académica, já com entraves devidos ao maior absentismo (por consultas, exames complementares e períodos de agravamento da doença) motivados pelas AIJs.

O diálogo entre o Reumatologista assistente e o Professor de Educação Física será fundamental para proteger adequadamente a criança e proporcionar-lhe o nível de actividade física que seja apropriado para cada caso clínico em particular.

Desta colaboração, intermediada pelos pais, resultará necessariamente o máximo benefício para o/a doente com Artrite Idiopática Juvenil.

Painel “Exercício Físico e Alimentação na Osteoartrose”

“Indicações e contra-indicações do exercício” – Prof^a. Margarida Espanha – (Professora na Faculdade de Motricidade Humana - FMH)



São inquestionáveis os benefícios decorrentes da prática de exercício físico regular na promoção da saúde em geral e do bem-estar físico e psicológico em qualquer fase da vida. Contudo no caso de doenças crónicas como a Osteoartrose (OA) o desafio coloca-se na prescrição adequada do tipo e dose do exercício. Entre as principais indicações relativas à prática de exercício,

destacaremos primeiramente a concepção de programas que tenham um duplo objectivo; a redução da incapacidade e do estado de saúde precário secundário à inactividade em paralelo com a melhoria da função articular. Em segundo lugar, a sua adequação criteriosa de acordo com a articulação afectada e o respectivo grau de gravidade da OA. Num terceiro plano, considera-se a necessidade de protecção articular. Relativamente a esta última, decorrem um conjunto de recomendações que incluem: (1) a selecção, sempre que possível, de exercícios de baixo impacto e funcionais com o objectivo de melhorar a capacidade de realização das actividades da vida diária; (2)

a inclusão de exercícios de flexibilidade, como componente chave do exercício, visando o aumento da amplitude articular; (3) a realização de exercícios de fortalecimento muscular localizados para atenuar as cargas de impacto e proporcionar estabilidade articular.

Enumeram-se, ainda, algumas contra-indicações do exercício, salientando-se, em indivíduos com OA da anca ou joelho, evitar a subida e descida de escadas, desportos de contacto e actividades que imponham apoio unipedal prolongado, ou acções envolvendo paragem e arranques rápidos. Por outro lado, se a dor ou edema surgir ou persistir, é contra-indicado manter ou aumentar a duração ou intensidade do exercício. No caso de indivíduos obesos, deve evitar-se a sobrecarga repetida das articulações de suporte de peso corporal (articulações dos membros inferiores e coluna). Por último, na presença de inflamação articular aguda, o exercício deve ser restringido ao mínimo, optando apenas pela realização de exercícios de alongamento e de contracções estáticas que não implicam movimento da articulação.

Incentivar o exercício como componente de uma rotina de condição física, integrante da auto-gestão da OA pelo paciente é um alvo a perseguir, conferindo a este um papel central no seu próprio cuidado, que promova um senso de responsabilidade pela sua própria saúde.

“Evidência de ganho com dieta na Osteoartrose” Dr. Rui André Santos (Reumatologista Hospital Militar Principal)



A importância da dieta na osteoartrose não pode ser desvalorizada. Em primeiro lugar, o excesso de peso é simplesmente o mais destacado factor de risco extrínseco e modificável para desenvolver a doença no joelho,

além de que influencia claramente a sua evolução e mesmo a gravidade dos sintomas. Muito interessante é o facto de que a uma diminuição do peso se associam um atraso na evolução da artrose e uma clara diminuição dos sintomas.

Mas não é apenas sobre os joelhos que o excesso de peso se manifesta. A osteoartrose da coluna lombar e as lombalgias também são agravadas e, se é verdade que em relação à anca a associação não é clara, perturbadora é a associação da obesidade com a osteoartrose das mãos, só mais recentemente

explicada através da actividade de uma série de factores produzidos no tecido adiposo, as adipocitocinas.

Interessante é o conceito recente de que a osteoartrose faz parte do síndrome metabólico, a par da hipertensão, hiperglicemia, hiperuricemia, hiperlipidemia, todos relacionados com o excesso ponderal, mas que demonstram de uma forma clara que a relação da obesidade com a osteoartrose vai muito para

além de uma questão de sobrecarga ponderal num conceito puramente mecânico da doença.

Em relação a nutrientes mais específicos, permanece controversa a associação, no sentido de protecção, de anti-oxidantes como a vitamina C, a vitamina E ou o selénio. Em relação à vitamina D, pelo contrário, existem maiores evidências de uma relação protectora.

Painel “Exercício Físico e Alimentação na Artrite Reumatóide”

“Alimentação na AR: qual o papel?” – Prof. Jaime C. Branco (Ex Presidente da LPCDR, Presidente da Mesa da Assembleia Geral da LPCDR, Director do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental / H. Egas Moniz – CHLO/HEM, Professor Associado com Agregação de Medicina/Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Coordenador do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas)



Será discutido o papel da dieta, em todas as suas vertentes, nomeadamente que tipo de influência poderá ter no risco para desenvolver AR, qual a importância de alguns alimentos específicos (pex. café, suplementos dietéticos, vitamina D) e ainda se existem alimentos capazes de melhorar ou agravar a inflamação que caracteriza AR.

Parece claro que os ácidos gordos ómega 3 (pex. azeite de oliveira e peixe de água fria - salmão, bacalhau, arenque, cavala, sardinha, truta), reduzem o processo inflamatório e que, ao con-

trário, os ácidos gordos ómega 6 (pex. óleo de milho ou girassol, soja, sementes de girassol, gergelim, castanhas e nozes) estimulam a inflamação porque estão na base da síntese de citocinas pró-inflamatórias.

Os alimentos com elevado índice glicémico (pex. batatas assadas e fritas, bolos, bolachas, biscoitos, rebuçados, trigo branco, farinha integral) também estimulam a inflamação.

Algumas substâncias bioactivas modulam a inflamação e além disso são antioxidantes (pex. chá verde, alho, aveia, cebola, crucíferas – brócolos, couve flor, repolho – sementes de linhaça, soja, tomate, uva). A oxidação das células das paredes dos vasos sanguíneos resultante de algumas inflamações pode ser evitada pela acção antioxidante destes e outros elementos nutritivos e alguns suplementos dietéticos.

Da revisão efectuada à literatura disponível, resultam ainda muitas dúvidas acerca dos efeitos da manipulação dietética, incluindo o jejum e os planos de alimentação elementar, dieta vegetariana, dieta mediterrânica e dietas de eliminação, na AR. Devem ainda ter-se em conta os potenciais efeitos adversos que os diversos tipos de dieta propostos podem causar aos doentes com AR.

“Exercício e prevenção de incapacidades” – (Dr. Augusto Faustino, Vice Presidente da LPCDR, Reumatologista, IPR)



Ao abordar a problemática da relevância do papel do exercício físico num doente com Artrite Reumatóide (AR), penso que teremos de considerar dois aspectos prévios fundamentais:

1) o exercício num doente com AR tem a mesma relevância geral, sobretudo cardiovascular, que na população em geral;

2) a AR é uma doença muito heterogénea entre doentes, com possibilidades de apresentações clínicas e consequentemente de opções terapêuticas muito variáveis ao longo da sua evolução; assim, é completamente diferente a definição do interesse e virtualidades do exercício físico num doente numa fase inicial inflamatória ou numa fase final de lesão estrutural e predomínio de sequelas.

Assim, defender-se-ão os seguintes princípios gerais:

1) todo o exercício aeróbico é vantajoso para um doente com AR, desde que de baixo impacto físico e bem tolerado em termos subjectivos;

2) devem ser evitadas todas as formas de actividade física que provocarem dor ou desconforto durante a sua realização, ou sistematicamente ficarem associadas a uma acentuação das queixas articulares depois da mesma;

3) devem ser reconhecidos os sinais inflamatórios de uma dor articular (dor surgindo durante a noite ou agravando-se com o repouso ou imobilização diurna; dor com expressão significativa de manhã ao levantar e melhorando com a mobilização articular progressiva); a sua ocorrência, seja numa fase de instalação inicial da doença, seja numa fase de agudização de uma doença instituída, deve implicar a evicção total de qualquer prática física de sobrecarga ou mobilização do segmento articular envolvido;

4) a actividade física deve ser encorajada em fases de doença estabilizada, mesmo que existam sequelas articulares instaladas, desde que bem toleradas pelo doente; a sua realização permite: fortalecer a cápsula articular e estabilizar a articulação; reforçar a musculatura peri-articular, aumentando a capacidade física e o equilíbrio ortostático e proprioceptivo do doente; reduzir a inflamação articular remanescente. Obviamente que ao permitir estas, entre outras, acções positivas, o exercício físico contribuirá nestes doentes para uma diminuição da progressão da doença e para uma prevenção da incapacidade.

“Exercício e recuperação das próteses articulares” – Dra. Isabel Figueira (Assistente Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital Garcia de Orta EPE – HGO)



Nas situações de artrite acentuada (como por ex. a artrite reumatóide) que não melhoram com os tratamentos médicos, pode ser aconselhada a substituição da articulação por uma prótese articular.

Neste tipo de operações, as extremidades ósseas que formam a articulação, são seccionadas e substituídas

por peças de metal, de cerâmica ou de plástico.

Normalmente, o período de internamento vai desde cinco a sete dias.

Quando retorna a casa, o doente vai necessitar ter a presença de uma pessoa com ele, durante as 24 h, por um período de duas a três semanas, para o ajudar nas actividades de vida diária.

O programa de Reabilitação deve ser iniciado nas primeiras 2 semanas após alta hospitalar. Tem como objectivo a recupera-

ção das amplitudes articulares, da força muscular, da marcha e da independência nas actividades de vida diária.

As primeiras 4 semanas são decisivas, não só porque a dor e a inflamação são mais acentuadas nesta fase, como também é o período durante o qual se devem atingir as amplitudes funcionais da articulação operada.

Se não ocorrerem complicações, responsáveis pelo atraso de todo o processo de recuperação, o doente passa a usar uma canadiana no final da 4ª semana e estará a fazer marcha autónoma e segura, dentro da 8ª à 10ª semana após a cirurgia.

O exercício físico não está contra-indicado, no caso das pessoas portadoras de próteses.

Pelo contrário, até é recomendado para a manutenção da higiene articular, tonificação muscular, reforço proprioceptivo e treino aeróbico.

Na maioria dos casos, os resultados das cirurgias de substituição articular são excelentes.

Faz-se um seguimento anual com controlos radiológicos para despiste do desgaste e/ou descolamento dos componentes da prótese que, normalmente, têm uma durabilidade entre 10 (no caso das próteses do joelho) a 20 anos (nas próteses das ancas).

Painel “Exercício Físico e Alimentação na Osteoporose”

“A dieta «deliciosa»” – Dra. Viviana Tavares (Presidente da Associação Nacional contra a Osteoporose, Reumatologista, HGO)



A osteoporose é uma doença que torna os ossos porosos, frágeis e mais susceptíveis de sofrerem fracturas. Os avanços diagnósticos e terapêuticos verificados nos últimos anos tornam possível uma redução da ocorrência das fracturas osteoporóticas. Mas, o conhecimento da existência de factores

de risco que tornam determinadas pessoas mais susceptíveis ao aparecimento da doença e a possibilidade que existe de modificar alguns desses factores é um ponto crucial no combate a esta situação.

Os factores mais importantes são os genéticos, os hormonais e os ambientais (ou relacionados com os estilos de vida, como a alimentação, a actividade física e o tabagismo). A importância destes factores é variável ao longo das duas fases principais da vida do nosso esqueleto: a fase de aquisição do pico de massa óssea (até aos 25-30 anos) e a fase de perda óssea (a partir dos 30-35 anos).

As consequências da osteoporose manifestam-se, geralmente, em idades avançadas da vida (depois da menopausa nas mulheres e após os 65 anos nos homens), mas a quantidade de osso que conseguirmos “armazenar” durante os primeiros 25 anos de vida, quando atingimos o pico de massa óssea, vai ser fundamental para ajudar a impedir o seu aparecimento. Calcula-se que um aumento de 10% no pico de massa óssea no fim da adolescência reduza o risco de fractura osteoporótica durante a vida adulta em 50%.

A alimentação tem um papel crucial na fase de aquisição do

pico, estando demonstrado por vários estudos que populações jovens com alimentação mais rica em cálcio têm picos de massa óssea mais elevados. No entanto a genética tem também um papel fundamental nesta fase, uma vez que o pico de massa óssea parece estar determinado geneticamente. Ou seja, provavelmente, por muito cálcio que tenha a nossa alimentação nunca conseguiremos aumentar o pico para além do que está determinado, mas se a alimentação for pobre nunca o atingiremos.

Já no que respeita ao tratamento, a alimentação só por si, não trata a osteoporose. Ou seja, quem tem osteoporose tem de fazer tratamentos farmacológicos e não pode confiar só na alimentação para tratar a doença. Mas é evidente que uma alimentação equilibrada e rica em cálcio é importante para ajudar a estabilizar a perda óssea.

As crianças, os adolescentes e os idosos são os grupos etários onde os cuidados com a nutrição devem ser maiores, mas em qualquer idade da vida os pontos fundamentais a seguir para uma dieta que ajude a construir e manter ossos saudáveis são:

1. Assegurar uma ingestão adequada de cálcio, em todas as etapas de vida
2. Manter um aporte suficiente de vitamina D através da exposição cuidada ao sol, da alimentação ou de suplementos
3. Ter uma alimentação equilibrada e nutritiva incluindo proteínas adequadas e bastantes vegetais e frutas, para benefício dos ossos e da saúde em geral
4. Ter moderação com o sal e a cafeína, que promovem perda de cálcio
5. Evitar o consumo excessivo de álcool, porque ingestões elevadas têm sido associadas ao aumento de risco de fractura
6. Manter um peso adequado, porque o baixo peso é um factor de risco para a osteoporose.

“Exercício físico – que importância na Osteoporose”

Dra. Fátima Baptista (Professora na FMH, Laboratório de Exercício e Saúde)



O osso é um tecido capaz de se adaptar às modificações do envolvimento mecânico, ou seja à diminuição, manutenção ou aumento da carga que lhe é imposta. Quando o osso é submetido a uma carga inferior à habitual, como é o caso de imobilização devido a doença

ou lesão, de diminuição da massa muscular que geralmente acompanha o envelhecimento, ou de estilos de vida sedentários, a adaptação faz-se através da perda de massa óssea. Contrariamente, quando o osso é submetido a uma carga mais elevada que a habitual, como é o caso da prática de exercício/actividade física, a adaptação concretiza-se através do aumento da massa óssea e, conseqüentemente, da melhoria da sua estrutura, tornando o osso mais forte. Quando o osso é submetido a uma carga habitual como é o caso do cumprimento das tarefas habituais do dia a dia, verifica-se uma manutenção da massa óssea. Os osteoblastos, os osteoclastos e, em particular, os osteócitos, são as células responsáveis pelo proces-

so de adaptação óssea para enfraquecerem ou fortalecerem o esqueleto. Estas células são sensíveis e respondem à carga mecânica através de um processo denominado mecanotransdução, que é a transformação de sinais biofísicos gerados pela carga mecânica em sinais intracelulares. Apesar de a mecanotransdução constituir uma resposta aguda à carga mecânica, a adaptação da estrutura óssea através da (re)modelação demora vários meses a completar. A adaptação do osso à carga mecânica é concretizada através do aumento de massa óssea em locais estratégicos do esqueleto (onde as exigências mecânicas são maiores) e não de uma forma aleatória como sucede com os medicamentos/suplementos alimentares. A importância do exercício/actividade física na osteoporose encontra-se igualmente associada ao facto de exercer modificações na circulação da hormona de crescimento (IGF) e do factor de crescimento insulino mimético (IGF-1), que possuem efeitos anabólicos no músculo e no osso; à prevenção da obesidade, da doença cardiovascular e da depressão, que têm efeitos negativos na saúde óssea; e à prevenção da ocorrência de quedas, que constitui um determinante significativo das fracturas ósseas. Importa todavia, avaliar e prescrever adequadamente o exercício/actividade física em função da saúde e capacidade dos pacientes, particularmente dos que apresentam maiores limitações funcionais.

“Se me mexer menos parto menos?”

– Dr. J. A. Melo Gomes

O exercício físico, como já todos terão ouvido quando chegar à altura desta comunicação, é fundamental – ao longo de toda a vida, desde o nascimento até à morte – quer para a prevenção da osteoporose, quer para a manutenção de um adequado estado de saúde, de um modo geral.

Como outras (tantas) coisas na vida, o fundamental é que a dose seja a apropriada ao estado físico e à idade do doente.

Um cuidado particular deve haver se a pessoa que vai começar a praticar exercício físico não o faz há muito tempo: nestes casos, o início deve ser suave e o aumento da carga lento e progressivo, de forma a permitir todo o condicionamento muscular e cardiovascular indispensáveis para a prática segura de exercício físico regular.

Mas, voltemos ao título da comunicação. Por vezes alguns profissionais de saúde aconselham os doentes a “terem muito cuidado para não caírem”.

Mas, se é verdade que deste cuidado deve fazer parte a manutenção de uma força muscular adequada, que permita uma marcha segura e contribua para o equilíbrio, estes objectivos só serão alcançados se as/os doentes com osteoporose se mantiverem activos e fizerem exercício físico regular. Desta forma

se previnem muito melhor as quedas do que aconselhando as doentes a “terem cuidado para não caírem”.

Este “cuidado para não cair” poderá ser exercido se a doente: remover as barreiras físicas que a possam fazer cair dentro de casa (tapetes, adereços que possam fazer tropeçar, utilizar sapatos para o interior da habitação com boa aderência ao solo e que previnam as escorregadelas e as quedas, corrigir as deficiências visuais e auditivas de que eventualmente sofra, etc.); fizer exercício físico regular, que poderá não ser muito intenso: uma hora de marcha diária poderá ser suficiente em muitos casos;

mantiver o seu equilíbrio e se treinar a levantar-se de uma cadeira baixa, 4-5 vezes seguidas, sem o apoio das mãos, pelo menos uma vez por dia;

comunicar ao seu Médico Assistente (Reumatologista ou Médico de Família) quaisquer dificuldades que sinta nas suas actividades físicas diárias;

cumprir cuidadosamente a terapêutica médica da Osteoporose que lhe tiver sido receitada pelo seu médico assistente.

Lembre-se que diminuirá a sua probabilidade de cair, não se se mexer menos, mas sim se praticar exercício físico regular e, ao melhorar a sua força muscular e coordenação motora, conseguir equilibrar-se melhor e tornar menos prováveis as quedas.

Painel “Exercício Físico e Alimentação nas Espondilartrites”**“Efeito anti-inflamatório do exercício físico”**

– Dra. Helena Santos (Reumatologista, IPR)



A Espondilite Anquilosante é uma doença inflamatória crónica que afecta primariamente as articulações sacroilíacas e a coluna, podendo envolver outras articulações periféricas.

Com a evolução da doença as articulações da coluna tendem a ser “soldadas” umas às outras (anquilose),

causando limitação da mobilidade. O resultado é a perda de flexibilidade da coluna vertebral que fica rígida.

O tratamento da Espondilite Anquilosante tem como objectivo o alívio dos sintomas (dor e rigidez), prevenção da destruição e/ou deformação articular a nível axial e periférico, redução do impacto do envolvimento sistémico, induzir a remissão e preservar a imagem e funcionalidade dos doentes.

A terapêutica desta doença é baseada no uso dos anti-inflamatórios não esteróides e em alguns casos na utilização de sulfasalazina. Nos últimos anos surgiram os fármacos anti-TNF α , que devem ser ponderados nos doentes em que a ac-

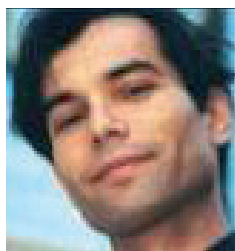
tividade da doença não se encontra devidamente controlada. No entanto, apesar dos fármacos disponíveis, a medicação só por si não exclui a necessidade de tratamentos de medicina física e reabilitação e da prática regular de exercício físico.

A cinesiterapia - prática de exercícios com objectivos terapêuticos - é a chave do tratamento na Espondilite Anquilosante e parece beneficiar todo o tipo de doentes. As evidências científicas não conseguem esclarecer quais os melhores protocolos de exercícios, mas existem conceitos e regras base de eficácia demonstrada.

Vários estudos, têm demonstrado a eficácia do exercício físico regular na Espondilite Anquilosante quer no alívio da dor, da rigidez e redução da fadiga, quer na melhoria da mobilidade, do sono e da qualidade de vida.

Grande parte dos efeitos benéficos do exercício será devido ao efeito anti-inflamatório sistémico do exercício físico. Na Es-

“Exercício físico e qualidade de vida” – Dr. Fernando Pimentel-Santos (Reumatologista CHLO/HEM; Centro de Estudos de Doenças Crónicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Instituto de Biotecnologia e Bioengenharia / Centro de Genómica e Biotecnologia da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real)



As espondilartrites (SPA) constituem um grupo de doenças reumáticas crónicas inflamatórias com uma prevalência estimada de 0,5 -1,9% na população geral. A gravidade dos sintomas, a progressão da doença e a repercussão na qualidade de vida (QoL) assumem grande variabilidade entre os doentes, sendo em larga medida difíceis de prever.

A dor, a rigidez, a fadiga e a repercussão funcional são considerados os determinantes com maior impacto na deterioração,

“Alimentação: terá importância?” – Dr. António Alves de Matos (Reumatologista, CHLO/HEM)



As espondilartrites são um grupo heterogéneo de doenças reumáticas inflamatórias que incluem as artrites reactivas a infecções bacterianas digestivas ou urinárias, a artrite que, por vezes, acompanha a psoríase, as artrites que também por vezes acompanham as doenças inflamatórias crónicas do intestino e a espondilite

anquilosante, que é o paradigma do grupo. Todas têm em comum uma agregação familiar e o envolvimento frequente das articulações, dos tendões e dos ligamentos da coluna e dos membros inferiores.

Na origem ou causa destas doenças está, pensa-se, uma base genética (que propicia o seu aparecimento) interagindo com factores externos, ambientais, na sua maioria desconhecidos, que desencadeiam uma reacção inflamatória crónica, eventualmente destrutiva, em diversos locais. A maioria destes locais

pondilite Anquilosante não existem estudos que documentem este efeito anti-inflamatório do exercício físico, no entanto, podemos extrapolar alguns dados de estudos efectuados noutras patologias inflamatórias sistémicas, já que clinicamente essa eficácia está demonstrada.

Nas doenças inflamatórias sistémicas, mesmo quando a inflamação é subclínica (como no caso da doença cardio-vascular), existe um aumento do TNF α e da IL-6. O exercício regular e de intensidade moderada parece reduzir os níveis dos marcadores pró-inflamatórios como os monócitos, TNF α , PCR, IL-1 e IL-6. O progresso dos conhecimentos sobre a imunologia do exercício físico realça o benefício potencial do exercício regular como terapêutica anti-inflamatória. No entanto, é preciso ter em conta que esta acção pode ser variável consoante a intensidade, duração e tipo de exercício pelo que se recomenda a prática regular de exercício físico de intensidade moderada.

dos diferentes aspectos, da QoL que os doentes com SPA podem apresentar. O controlo sintomático e a paragem da progressão da doença constituem assim objectivos primários para a manutenção da QoL dos doentes. Neste contexto, e apesar do enorme progresso assistido nos últimos anos em relação à abordagem farmacológica, o Exercício Físico continua a ser preconizado como parte integrante do programa terapêutico. Ficou demonstrado o seu papel na redução da intensidade dolorosa, na melhoria da mobilidade e de diferentes aspectos da QoL. Os doentes possuem hoje uma percepção positiva do efeito benéfico que a prática de exercício físico pode exercer, porém a maioria continua a não o incluir nos seus programas terapêuticos de forma regular. Esta é também a situação vivida em Portugal.

Se é reconhecida a importância da prática de exercício físico, tal como noutras doenças, não existem estudos que nos informem acerca de que tipo de exercício, realizado com que frequência e com que intensidade, poderá ser mais útil na abordagem dos doentes com SPA.

situa-se no esqueleto (tendões, ligamentos e cartilagem), mas também outras estruturas do corpo podem ser afectadas, tais como os olhos (provocando uveítes) ou as grandes artérias.

Embora o intestino seja um dos órgãos frequentemente inflamados nos doentes com espondilartrites, nunca se conseguiu relacionar a lesão intestinal com um tipo de alimentação, um tóxico ou uma infecção. Sabemos que o número de doentes com doenças do intestino relacionadas com as espondilartrites tem vindo a aumentar, em especial nos países do Sul da Europa, colocando-se a hipótese de que algo de novo na alimentação destes países poderá estar a influenciar este achado. A natureza desse algo é uma incógnita e mesmo esse aumento é contestado. De real, palpável e cientificamente sustentável, existe muito pouco neste campo.

A relação causal entre as manifestações reumáticas, esqueléticas, das espondilartrites e a alimentação ainda é mais obscura não nos permitindo, pois, aconselhar como tratamento um regime alimentar específico. É óbvio que uma alimentação saudável e variada é um valioso coadjuvante do tratamento médico global destas doenças.

Painel “Mitos e Realidades de um «País Mediterrânico»”

“Os Mitos e As Realidades da Alimentação saudável” –

Prof^a Isabel Fragoso (Professora na FMH, Departamento de Desporto e Saúde – Área de Morfologia e Actividade Física)



A cada segundo 2,5 milhões de glóbulos vermelhos são criados de modo a mantermos os níveis de oxigénio, 10 litros de sucos digestivos são produzidos diariamente para que os alimentos ingeridos sejam digeridos e absorvidos. A saúde intestinal é mantida com a ajuda de 300 tipos diferentes

de bactérias e microrganismos. Simultaneamente o nosso sistema imunitário renova-se com frequência e é capaz de produzir, quando agredido, milhares de células imunitárias novas. Embora o corpo possa ser considerado uma “bella macchina” é normalmente conduzido por sujeitos habituados a manobrar a doença, que se vai instalando ao longo de vários anos, e poucas vezes a saúde.

Para se viver uma vida longa e saudável é necessário fazer uma **dieta optimal** ou seja uma dieta capaz de melhorar o estado mental e de alerta, a capacidade física, o controlo do peso e reverter a situação de doença sempre que ela existe (Holford, 2004). Para que a alimentação seja **ótima** deve dirigir-se a alguém em especial com características e necessi-

“Os Mitos e As Realidades da prática saudável de exercício físico” – Prof^a. Margarida Espanha

Falar da prática de exercício para a saúde requer a definição prévia dos conceitos de actividade física e exercício. A “actividade física” é entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos do qual resulta o 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 (cárdio-respiratória, flexibilidade, força e resistência muscular).

Constituem exemplos de actividade física, caminhar, nadar, jardinar e realizar tarefas domésticas, enquanto em relação ao exercício são considerados inúmeros tipos, regra geral, integrando classes/programas organizados, tal como a ginástica aeróbica, hidroginástica, dança, entre outros, ou exercícios com cargas adicionais.

O primeiro mito sem fundamento é que a actividade vigorosa não é a única opção capaz de desenvolver a aptidão cárdio-respiratória. Evidências comprovam que níveis moderados de actividade trazem benefícios para a saúde. Um segundo mito diz respeito à duração da prática reconhecendo-se, actualmente, que os benefícios ocorrem, igualmente caso o exercício seja realizado continuamente, ou cumulativamente ao longo do dia durante 30 minutos.

À questão “O exercício que a minha vizinha faz é também bom

dades próprias que tentamos conhecer a partir de um conjunto de avaliações: 1 - avaliação da composição corporal e das necessidades energéticas; 2 - avaliação da dieta habitual particularmente da ingestão de sal, açúcar, café, chá, álcool, aditivos, conservantes, gorduras, hidratos de carbono, proteínas e calorias que só mesmo desta forma podem ser conhecidos; 3 - avaliação bioquímica que inclui normalmente a avaliação das alergias retardadas, de vitaminas a partir de um teste funcional (homocisteína), dos minerais (análise do cabelo) e do nível de antioxidantes (glutathione peroxidase); 4 - avaliação dos sintomas muitos deles associados com a falta de certas vitaminas e minerais e ainda; 5 - avaliação do estilo de vida que entre outras variáveis avalia o grau de exposição à poluição, uso habitual de medicamentos e drogas, nível de stress (profissional e emocional) e o nível de actividade e tipo de actividade física praticada.

Felizmente, raramente temos deficiências de proteínas, gorduras e de hidratos de carbono. Contudo, ao contrário do que é comum ouvirmos, apresentamos muitas vezes deficiências de vitaminas, minerais e de gorduras essenciais. Aliás não poderia ser de outro modo. Como é possível ter acesso a todos os nutrientes essenciais que precisamos quando, actualmente, 2/3 das calorias ingeridas, consistem em gorduras, açúcares e farinhas refinadas?

¹Holford P. (2004). The Optimum Nutrition Bible. Piatkus Press. UK

para mim?” a resposta é não. Assim, cai um terceiro mito baseado no princípio individualidade. O exercício deve ser adaptado ao nível de condição física e estado de saúde de cada pessoa, incluindo sintomas ou queixas de patologia reumática.

Diversas patologias do foro reumático têm em comum a dor como principal sintoma. A realidade é que a dor deve ser respeitada, mas o paciente deve adquirir a capacidade de identificar os exercícios que aumentam a dor articular e distinguir entre dor articular e tensão muscular resultante da solicitação dos músculos. A regra da dor (aumento duas horas após o exercício) indicia que o exercício foi realizado acima da capacidade individual.

Na realidade, a prescrição do exercício para pessoas com doenças crónicas ou incapacidade é uma arte complexa. Tal como a prescrição medicamentosa, prescrever a dose correcta de exercício, em termos de Frequência, Intensidade (cárdio-respiratória e mecânica), duração ou Tempo e Tipo (FITT) de modo a evitar uma sobredosagem aguda, ou o oposto, requer conhecimento e sabedoria. É igualmente verdade que existem riscos e benefícios da prática de exercício. Os riscos mais comuns estão associados a lesões músculo-esqueléticas e, geralmente, os riscos mais importantes são dependentes da doença, e.g., quem tem articulações artríticas pode aumentar a inflamação. Há que pesar contudo os riscos contra os benefícios, relacionando-se estes últimos com a melhoria da capacidade funcional e qualidade de vida e, ainda, redução da morbidade e mortalidade.

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. J. A. Melo Gomes | Tiragem 6.800 Exemplares | Nº de Registo ICS 123896
Concepção Gráfica / Paginação / Impressão Tipografia Belgráfica | Rua da Corça, Qta. S. Pedro • 2860-051 Alhos Vedros

Elaborada com o apoio da AMGEN