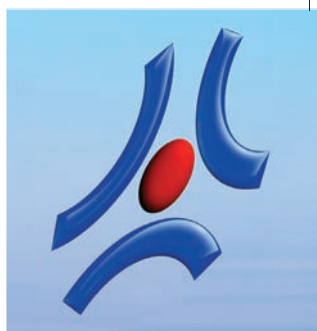




LIGA PORTUGUESA CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS

BOLETIM INFORMATIVO

Distribuição Gratuita

Nº 52 | ABRIL-JUNHO 2014
Trimestral

Editorial



Margarida Espanha
(Secretária geral da LPCDR)

Esperança renovada

Estamos na Primavera! As alterações climáticas globais também se reflectem neste extremo da Europa Ocidental, onde as estações do ano deixaram de ser tão nitidamente definidas. Mas, se viajarmos em latitude para norte e em longitude para leste, chegamos ao país dos mil lagos, onde nesta mesma estação a temperatura sobe provocando o degelo, os rebentos despontam e as folhas começam a vestir as árvores, sinais de uma esperança renovada.

Embora as associações de doentes tenham uma missão crucial na protecção dos direitos dos doentes, antes do doente encontra-se o ser humano e, ao longo da história, a defesa dos direitos humanos tem sido preocupação de muitos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a 10 de Dezembro de 1948, como resposta às atrocidades da segunda Guerra Mundial e com o propósito de estabelecer as bases da nova ordem internacional.

A primeira geração dos direitos humanos fundamentais realça o Princípio da Liberdade, a segunda o Princípio da Igualdade e a terceira o Princípio da Fraternidade. Em relação ao primeiro, no século XIX, uma das liberdades clássicas foi instaurada após a luta do político e filantropo britânico William Wilberforce que liderou uma campanha no parlamento inglês contra o tráfico dos negros, colocando mesmo a sua vida em risco. Teve uma oposição feroz por parte de poderosos interesses, mas a sua perseverança fê-lo perseguir incansavelmente o seu justo objectivo durante cerca de 20 anos. A grande vitória para a justiça social culminou com a Assinatura do Acto contra o Comércio de Escravos, em 1807, e o seu esforço abolicionista ficou reconhecido pela libertação de 800 mil escravos, já depois da sua morte.

Em Portugal, em 1998, a Assembleia da República reconhece a importância da Declaração Universal dos Direitos do Homem e estabeleceu o dia 10 de Dezembro como o Dia Nacional dos Direitos Humanos. Merece ser referenciado neste contexto o Artigo 64.º “Direito à Saúde”, cujo ponto primeiro diz que: “Todos têm direito à protecção da saúde e

o dever de a defender e promover”, e logo o segundo ponto refere que “O direito à protecção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Pedro Pita Barros, no “Breve Comentário à Constituição da República Portuguesa”, tece algumas considerações importantes, alertando para ilusão do carácter gratuito, pois embora a saúde não tenha preço, aos cuidados de saúde é sempre imputado um custo. A questão que se coloca é da equidade de oportunidades, consagradas na alínea a) do ponto 3, que consigna o “acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. Os mais favorecidos financeiramente terão sempre a possibilidade de recorrer a uma prestação privada, enquanto os outros poderão esperar demasiado tempo para serem tratados, sem alívio dos sintomas e, por vezes, com agravamento do seu estado, não se cumprindo o desejável Princípio da Igualdade.

O primeiro artigo da Declaração Universal dos Direitos do Homem diz que os homens “devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. Ora é também aqui que as associações de doentes têm dado várias provas de vitalidade e capacidade de intervenção, pública e política, na defesa das necessidades dos doentes.

Espera-se não apenas na Primavera, mas durante todo o ano, que a LPCDR e as outras associações de doentes actuem, liquefazendo as barreiras, não de gelo mas das injustiças com que os doentes se deparam, sendo porta-voz daqueles que não conseguem elevar a sua ou fazer-se ouvir, incutindo alento àqueles que, por vezes, sucumbem perante as adversidades e sendo porto de abrigo dos desfavorecidos. Se o exemplo de outros é para nós fonte de inspiração e motivação, por outro lado, apercebemo-nos do longo caminho a percorrer em prol da igualdade, em dignidade e em direitos, dos doentes reumáticos.

QUE IMAGEM TEM DA DOR CRÓNICA?

CONCURSO DE FOTOGRAFIA "CRÓNICAS DA DOR".
CONSULTE O REGULAMENTO EM WWW.LPCDR.ORG.PT

PARCERIAS



Jornadas da ANDAR 2014

Decorreram a 10 de Abril de 2014, no Hotel Altis-Castilho em Lisboa, as XIV Jornadas da ANDAR (Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide). A LPCDR fez-se representar pelo seu Presidente Dr. Augusto Faustino, a Tesoureira Diamantina Rodrigues, assim como a voluntária Leonor Ribeiro.

Foram tratados vários temas relacionados com esta patologia, dando como exemplo o “Melhorar o Conhecimento do Doente”, tanto na vertente da doença, como no seu tratamento.

Saindo todos os presentes mais enriquecidos e esclarecidos sobre a Artrite Reumatóide.

A LPCDR agradece à Direcção da ANDAR o convite para estarmos presentes, tendo o nosso Presidente participado activamente. Aproveito para deixar os Parabéns pela organização e até para o próximo ano.



DIAMANTINA RODRIGUES (TESOUREIRA DA LPCDR)

Informação sobre o Estatuto do Doente Crónico e a Tabela de Incapacidade



Conferência de Imprensa de 9 de Abril

A Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR), em conjunto com diversas Associações de Doentes Crónicos, respondendo à solicitação do presidente da Associação Todos com a Esclerose Múltipla (TEM), esteve presente na conferência de imprensa, no passado dia 9 de Abril, realizada na sede da Associação de Doentes com Esclerose Lateral Amiotrófica, precisamente para dar conta da surpreendente posição do Governo/Ministério da Saúde ao recusar a criação do Estatuto do Doente Crónico e ao adiar *sine die* a alteração da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, aplicada de forma absurda aos doentes crónicos.

Lamentavelmente, tiveram as Associações de Doentes conhecimento desta decisão, após o Bloco de Esquerda ter questionado o Ministério da Saúde a esse propósito, o que significa que até aqui estavam as diversas Associações confiantes na existência de um grupo de trabalho, que analisava o assunto, conforme informação recebida directamente dos partidos da maioria da Comissão de Saúde da Assembleia da República (reunião de 13 de Fevereiro de 2013). Nessa altura, aquelas reagiram mesmo ao facto de não ter havido até esse momento qualquer contacto com as Associações de Doentes. Afinal, parece que tudo não passou de uma forma de entreter e de enganar as Associações, pois não existe qualquer grupo de trabalho, nem o Ministério da Saúde parece ter qualquer interesse na criação do referido Estatuto e na alteração da Tabela. Face a esta inaceitável situação, foi decidido pelas diferentes Associações de Doentes solicitar audiências ao Presidente da República, mas também à Comissão de Saúde, dado que esta última terá qualquer esclarecimento a dar-nos. Termino, transcrevendo as palavras de Paulo Alexandre Oliveira, presidente da TEM, reveladoras do imenso caminho a percorrer pelas Associações de Doentes, felizmente unidas nos seus propósitos e na sua atitude persistente: «O doente crónico debate-se com vários problemas burocráticos causados pela falta de diplomas atentos às suas dificuldades. É imprescindível criar condições para que um doente crónico mantenha a dignidade e a qualidade de vida no dia-a-dia e no mercado de trabalho”.

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

Prémio Edgar Stene 2014 (edição nacional)



Temos o grato prazer de informar que o ensaio vencedor do Prémio Edgar Stene em Portugal, foi o de Maria José Castro, que aqui se publica.

O Júri foi constituído por: Maria do Carmo Vieira (Vice Presidente da LPCDR), Margarida Fonseca Santos (Associada da LPCDR e escritora), Isabel Fraga (Associada da LPCDR e escritora), Justino Romão (Presidente da ANEA - Associação Nacional de Espondilite Anquilosante) e António Mateus (Jornalista e escritor).

Os ensaios (anonimizados) entregues ao júri, foram avaliados de acordo com 3 itens: criatividade, qualidade de escrita e adequação ao tema.

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

O ensaio de Maria José Castro concorreu a nível europeu, entre 17 países concorrentes, tendo o júri europeu eleito como vencedor, o ensaio de Marinka Stein Due Sørensen da Dinamarca.

Pode ver os ensaios candidatos a nível nacional e o vencedor a nível europeu em www.lpcdr.org.pt

“2043: a minha visão de um mundo ideal para as pessoas com uma doença reumática ou músculo-esquelética”

Agora que estou instalada na doença percebo que o pré-diagnóstico é, provavelmente, a fase mais angustiante. É claro que o relatório médico não afugenta as dores nem as apazigua, mas antes deste: é viver entre o real e o imaginário, é sentir-se à deriva, é questionar-se constantemente sobre a sua própria lucidez. Agora dói-me aqui, mais logo dói-me ali, amanhã terei dores? Que dores? Em que parte do corpo? Sabemos que há algo emergente, sentimos que ocorrem mudanças, mas desconhecemos os fenómenos, nem sabemos sequer como nos queixar. Nem quando tudo começou. É tudo tão difuso e variável. É o ovo da serpente a germinar: o embrião está lá, mas não se vê.

Foi assim durante anos. Por vezes fartava-me de mim própria: ora era a depressão, ora surgiam tendinites, dores lombares, mãos inchadas, corpo rígido (sobretudo ao acordar)... Os tratamentos? Muitos, inventei-os eu! Percebi que o duche de água a ferver (como costume dizer a brincar) era milagroso; os analgésicos atenuavam e os ansiolíticos também ajudavam. Quando as situações se agravavam recorria aos médicos que analisavam, pontualmente, os sintomas que lhes expunha. Não apresentava tudo, é verdade: por ignorância da relação que tinham, por pensar que era um exagero expor um rol de queixas. E então diagnosticavam e prescreviam. A coluna está mal: tem várias hérnias discais; a profissão é desgastante: muito stress, muita ansiedade. Até que descobri a acupunctura e um médico extraordinário que relacionou tudo e referiu dores

fibromiálgicas e a rebeldia das mesmas aos tratamentos. Mantinha-me à tona das dores agarrando-me às sessões de acupunctura, quando piorava. Mas o diagnóstico... não o levei muito a sério. Também, não tinha tempo: para estar doente, para fazer exames, para fazer ginástica e natação, para repousar. Até há dez meses atrás. Aí tive o tempo todo da minha vida! O meu corpo gritou: basta, é preciso tomar medidas! Foi apenas há alguns meses mas agora parece que foi noutra era geológica.

Uma permanência em casa requer relatórios da medicina convencional, exames, provas concretas. Passei-me, coxeando, por sucessivos consultórios onde médicos de diversas especialidades apresentavam opiniões, pediam exames, prescreviam medicamentos. As dores? Estavam por todo o lado, resistiam aos anti-inflamatórios, acompanhavam-me mais que a minha sombra... dormiam comigo, quando eu dormia!

Quando entrei no consultório do reumatologista, e ele entrou na minha vida, percebi que estava ali alguém que entendia que me estava a afogar em sofrimento, senti que me ia deitar a tábua de salvação e, mesmo continuando num mar revolto de dores, comecei a vislumbrar um porto para onde rumar.

É certo que chegar a esse porto seguro não foi fácil.

Nessa fase consciencializamo-nos que a doença está em nós como o nosso pensamento, a nossa pele: impossível de dissociar do nosso ser, da nossa vida; o outro obstáculo – não menos azedo –, convive connosco em casa, na escola, no emprego, na rua: são os nossos familiares, os colegas,

os amigos,... os transeuntes com que nos cruzamos e com quem partilhamos a fila do autocarro, a espera na repartição de finanças, os bancos do metro.

Na crise o olhar denuncia-nos, as olheiras insinuem-se, o caminhar altera-se, o humor degrada-se: mas estas escondem-se nos recantos das nossas casas, dos nossos quartos e, muitas vezes, no esconderijo dos cobertores. Quando acalmam, não deixam pegadas nem impressões digitais, e, muitas vezes, a seguir deparamo-nos com o reforço... negativo: psicológico, de dúvida, intimidante, esmagador e desmotivante. Os olhares de soslaio, a suspeição, infligem dor – quase tão intensa na alma como as outras o são no corpo.

Retomar a vida activa tem de integrar um comportamento seguro e doseado. Ao tentar dissimular o mau estar e o sofrimento, ainda – e sempre – persistentes, confrontamo-nos com os comentários, por demais conhecidos e muitas vezes repletos de sarcasmo, que nos atribuem óptimo aspecto, atitude relaxada de quem descansou e recuperou energias. Mas não é a piedade que se deseja, essa não é tratamento; devemos regressar ao quotidiano com a atitude que para nós seja a mais confortável, digam lá o que disserem.

Tudo isto me leva a crer que a primeira, enorme, ajuda será a nível da divulgação destas doenças: os sinais e sintomas incipientes para quem vê mas tão violentos para quem sente. Se por um lado a informação leva à solidariedade e à compreensão de quem nos rodeia (cruciais num processo de doença – sobretudo se a mesma se insinua, mordaz, sem mostrar rastros), por outro pode impedir que muitos se arrastem anos a fio pela vida, engolindo lamentos e comprimidos de forma aleatória, nos intervalos dos períodos de algum bem estar.

Claro que quando se ouve o veredicto é terrível: lombalgia crónica com radiculopatia, osteoartrose das mãos com redução da função preênsil dos dedos, fibromialgia (persistente e rebelde às terapêuticas! já devia saber!); necessidade de repensar o modo de vida, evitar o stress, fazer

exercício físico regularmente, repousar o suficiente, fazer a medicação, uff! Impossível de conciliar! Aí percebemos que a evolução foi por crises, cada vez mais estreitas, que desperdiçamos tempo de terapia adequada. Corremos para a internet, tentamos saber mais, a autocomiseração invade-nos! Mas depois – a pouco e pouco - começamos a cumprir tarefas, a sentir alívios, a conhecer melhor os alertas, a reflectir... e a mudar.

A permanência em casa deixou-me o tempo, que eu não tinha, para pensar, escarafunchar interesses, algo que me deu prazer. Eu: (re)descobri a escrita. E foi um bálsamo maravilhoso: um calmante para o espírito, uma forma de me dedicar à mudança pacificamente.

Agora estou pronta para recomeçar. Porque “melhor é impossível”... vamos em frente. O que preciso? Daquilo que a minha escola, os meus colegas, família e amigos estão prontos para me dar: apoio e compreensão, alguma flexibilidade de horários que me permita fazer exercício, acupunctura, fisioterapia, regularmente. É disto que preciso.

Para além do médico disponível, atento, seguro e competente, necessitamos que a sociedade nos facilite, um pouco, as rotinas. A maleabilidade do horário de trabalho (ou alternativas ao mesmo, se necessário e possível) permitir-nos-ão frequentar as actividades que necessitamos para o corpo - tanto como oxigénio para as células. Por outro lado, o facto de conseguirmos conciliar horários libertar-nos-á dum stress desmesurado, assíduo e causador de crises: ou corremos de sítio em sítio para conseguir cumprir ou resolvemos não correr e a ansiedade dispara porque sabemos o erro que estamos a cometer.

Se é verdade que, em muitos casos, não há necessidade de ficar restrito a uma vida entediante e inútil, em casa, então há que mudar opiniões (e isso depende do conhecimento). Esperemos que a Ciência saia dos laboratórios, dos gabinetes, dos consultórios e vá ao encontro dos governantes, dos que ocupam os topos das hierarquias sociais, dos cidadãos comuns.

MARIA JOSÉ CASTRO, 2013

53 ANOS, FIBROMIALGIA E ARTRITE REUMATÓIDE

ALERTA

A Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas alerta que não está a promover ou a colaborar com qualquer campanha de rastreio de Doenças Reumáticas, ou qualquer iniciativa que vise a venda de material médico, produtos farmacêuticos ou a prestação de qualquer tipo de serviço médico.

Qualquer associação da LPCDR com uma iniciativa desta natureza deve ser entendida como fraude, e como tal denunciada às autoridades competentes. Solicitamos qualquer informação que nos possam prestar sobre este tipo de actividade, para que a LPCDR possa, a bem dos doentes e na defesa dos seus interesses e direitos, proceder legalmente da forma mais adequada.

Pedimos também, a divulgação desta informação pelos seus contactos (familiares, amigos, etc.).

A LPCDR agradece a sua colaboração!

XVII Congresso Português de Reumatologia



Este Congresso decorreu no CS Palácio de Congressos do Algarve, entre 7 e 10 de Maio de 2014, sob o tema **“Inovação e Regeneração em Reumatologia”**.

Começo por salientar a excelente Lição de Abertura, que o Prof. Doutor Constantino Sakellarides, nos apresentou sobre “As Políticas de Saúde no Mundo Contemporâneo”, iniciando com uma análise aos anos recentes da Saúde em Portugal, refletindo o que nos pode reservar o futuro, nunca esquecendo que se vivem tempos *“difíceis e desagradáveis”*. Recordou como se chegou aos dias de hoje em política de saúde. Salientou *“que a capacidade do sistema de saúde em funcionar bem, é favorável para as Finanças”*. Por último, terminou lembrando que *“não nos podemos esquecer de qual é o limite da dignidade humana e onde desenharemos a linha vermelha que não podemos ultrapassar”*.

Concluiu lançando um desafio *“É preciso que os vários actores influenciadores passem à acção, comunicando, partilhando e concertando...se por enquanto assumo que não temos um sistema político que o possibilite, por outro lado também digo que o sistema político somos nós pela força das nossas acções”*.

Quanto ao Programa Científico deste Congresso, abrangeu algumas das muitas patologias reumáticas, salientando a importância do Diagnóstico Precoces, um maior conhecimento fisiopatológico, as novas “armas terapêuticas” e uma abordagem terapêutica adequada.

Acredito que todos estes avanços na Reumatologia vão melhorar muito a qualidade de vida dos doentes reumáticos.

A LPCDR deixa os parabéns à Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, que apesar de todas as dificuldades da crise, apresentou um excelente Congresso e agradece o convite para estarmos presentes apresentando o nosso trabalho, pois sabemos que a SPR acredita que as Associações de Doentes podem e devem ser um parceiro importante em toda esta temática das Doenças Reumáticas, pois são o veículo de ligação nos dois sentidos, médicos versus doentes e vice-versa, assim como também na luta junto do poder político. Bem-Hajam!



DIAMANTINA RODRIGUES (TESOUREIRA DA LPCDR)



Realizou-se a 17 de Maio de 2014 a actividade de Queijas ComVida - Rastreios de Saúde.

A Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas esteve presente em banca partilhada com a Faculdade de Motricidade Humana.

Aos “sortudos” participantes foi possível fazer diversos rastreios de saúde: osteoartrose, osteoporose, auditivo, oral, visual, colesterol, glicémia, tensão arterial entre outros.

Decorreram duas aulas de ginástica adaptada/movimento (uma de manhã e outra à tarde) sob a coordenação de alunos da Faculdade de Motricidade Humana, assim como o rastreio de osteoartrose efectuado ao longo do dia.

Congratulamo-nos com este tipo de actividades acessíveis à população e esperamos que os cidadãos participem cada vez mais neste tipo de eventos em prole de uma cidadania mais informada e activa.

Agradecemos à organização, aos participantes (voluntários) e a todos os que colaboraram neste evento, a sua disponibilidade.



IRIA MARTINS (COORDENADORA DO VOLUNTARIADO DA LPCDR)

Iniciativas do PARE e da EULAR

Conforme já demos conta no boletim anterior, a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas associou-se à EULAR numa campanha de sensibilização junto dos candidatos às eleições para o Parlamento Europeu. Essa campanha envolvia o preenchimento de um inquérito por parte dos candidatos e o envio de mensagens de correio electrónico dos eleitores, uma vez que quanto mais solicitações forem feitas pelo respectivo círculo eleitoral maior a predisposição para que os candidatos eleitos adiram à causa das doenças reumáticas e músculo-esqueléticas (DRMEs). E se muitas vezes essa causa permanece ignorada nas políticas nacionais, conhecemos bem o peso político que as directivas e recomendações comunitárias adquirem na vida dos cidadãos europeus, daí que seja muito importante sensibilizar os membros do Parlamento Europeu para as DRMEs.



Além desta iniciativa, assinalamos também que o grupo EULAR PARE para a juventude concluiu o relatório acerca da situação dos jovens com DRMEs na Europa, resultante de um inquérito que conseguiu reunir cerca de 2300 respostas válidas de um total de 41 países participantes. As conclusões desse estudo confirmam que também na faixa etária dos 18 aos 35 anos as DRMEs têm um enorme impacto na educação, trabalho, vida social e familiar, na intimidade e nos cuidados de saúde. Salienta-se que a revelação da doença é um dos maiores problemas devido não só à antecipação de consequências negativas no acesso ou manutenção do emprego, como à falta de sensibilização para estas doenças que implica um sentimento de incompreensão, conduzindo frequentemente à depressão e solidão. Encontrar informação relevante para preocupações quotidianas, nomeadamente, acerca da sexualidade, do planeamento familiar e implicações nos cuidados parentais, foi outra das dificuldades apontadas por muitos dos inquiridos. Este relatório irá servir de base para planeamento estratégico de recomendações para planos de acção, quer a nível europeu, quer a nível nacional. Na sequência deste projecto, irão agora ser elaborados documentos com informação recolhida referente a cada país participante. O relatório poderá ser consultado em <http://www.youngpare.org/research-report/>.

Por último, prepara-se o Congresso da EULAR que este ano se realiza em Paris, entre 11 e 14 de Junho. Este ano as sessões do PARE contemplam tópicos como alimentação saudável, lidar com a crise económica, envelhecimento activo e saudável, o aconselhamento pela Internet e o suporte de pares, entre outros. Será, sem dúvida, mais uma ocasião de partilha e de aprendizagem, de que vos daremos conta no próximo boletim.

Até lá, não se esqueça de que fazemos parte de 2,7 milhões de portugueses e de 120 milhões de europeus com DRMEs.

Associe-se, participe, colabore e faça-se ouvir!

ELSA FRAZÃO MATEUS
(DELEGADA DA LPCDR - PARE/EULAR)

Testemunho do filho de uma doente reumática

Chamo-me José Carlos Rebelo e sou filho de uma portadora de Esclerodermia (Maria Olinda Oliveira Chaves), uma lutadora que há mais de 15 anos se debate com esta doença auto-imune e de que ainda se dispõe de pouca informação. Há cerca de 5 anos, encontrámos apoio na Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas. Este apoio foi muito importante do ponto de vista da informação sobre a doença mas muito mais importante no acompanhamento que as pessoas que formam a Liga têm dado à minha mãe, nomeadamente a Dona Diamantina que muitas vezes liga (telefone) à minha mãe e lhe traz um conforto que só quem lida com ela se apercebe, por isto fica publicamente o meu obrigado.

Um ditado hebraico diz que "quem salva uma vida, salva a humanidade" e só quem rodeia a Maria Olinda se apercebe do poder do uso das palavras para confortar o ser humano na dor.

Este agradecimento público vem numa altura de crise onde os governantes que actualmente gerem os destinos da nossa Nação (soberana e independente) tratam os Portugueses como números e principalmente os idosos e mais desfavorecidos, basta estar atento aos noticiários.

Retiram regalias a pessoas que carregam com elas "o fardo" de uma doença Incurável cujo próprio corpo se ataca a si próprio. Como há-de um ser humano nestas condições defender-se? Pergunta muito difícil, não é verdade? Desconhecem de



certeza as baterias de exames e tratamentos super agressivos que estes doentes, e neste caso, paciente que trabalhou uma vida inteira e que quando foi reformada por invalidez, saiu da sala dos médicos que lhe passaram a invalidez, lavada em lágrimas porque os médicos lhe diziam que ela poderia não aguentar o trabalho. Como explicar que são tratados como números depois de uma vida a trabalhar e a contribuir para uma sociedade, sendo que muitos dos governantes ainda não eram vivos nessa altura.

Bem.... é este o relato de um filho que por razões profissionais não consegue estar todos os dias ao lado de uma mãe que, ainda hoje daria a vida por mim....é isto que gostava de partilhar publicamente e para todos os que lêem e ainda se preocupam com os Portugueses e Portugal. Obrigado.



JOSÉ CARLOS REBELO



Ajudas técnicas

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

Actividades do Voluntariado previstas para 2014

Terapias expressivas

Workshop de artesanato e artes relacionadas

Workshop estética e imagem

Caminhada solidária das Doenças Reumáticas

Passeios e caminhadas

Ida a espectáculos (cinema, teatro, bailado ou musicais)

Passeios culturais e visitas a exposições e museus

Peddy paper

Piquenique

Festa de Natal

O Voluntariado da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas gostaria de saber em que tipo de actividades gostaria de participar. Quais as suas sugestões?

Por favor dê a sua opinião! Queremos ouvir as vossas propostas, pois somos uma associação de doentes e queremos que partilhem os vossos desejos! Quem sabe os vossos “sonhos” se concretizem...

Contactos do Voluntariado:
925609940 / 925609919

E-mail:
voluntariado@lpcdr.org.pt

Sacos de Sementes

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



Envelhecimento e Doenças Reumáticas – Fatalidade ou Desafio?

(continuação do número anterior)

2. As DR como modelos de doenças evolutivas

As DR devem ser vistas como modelo de doenças evolutivas, avançando de uma fase assintomática (primeiro apenas de susceptibilidade, e depois de existência de doença pré-clínica), para uma fase sintomática (primeiro reversível e depois já com lesões irreversíveis). Deste ponto de vista, as DR são claramente diferentes de outras patologias – são evolutivas, fazem-no de forma lenta, e o seu diagnóstico é dinâmico e evolutivo com o curso natural da doença, implicando frequentemente uma terapêutica variável e adaptada à fase de evolução da doença. Isto é claramente distinto de outras doenças que se caracterizam por serem mais definidas e estáticas, apresentando uma evolução mais rápida, um diagnóstico definitivo e uma terapêutica mais padronizada.

As consequências nefastas das DR (dor e incapacidade pela destruição das estruturas osteo-articulares), apenas ocorrem se a evolução natural destas DR não for contrariada por uma precoce e adequada intervenção terapêutica.

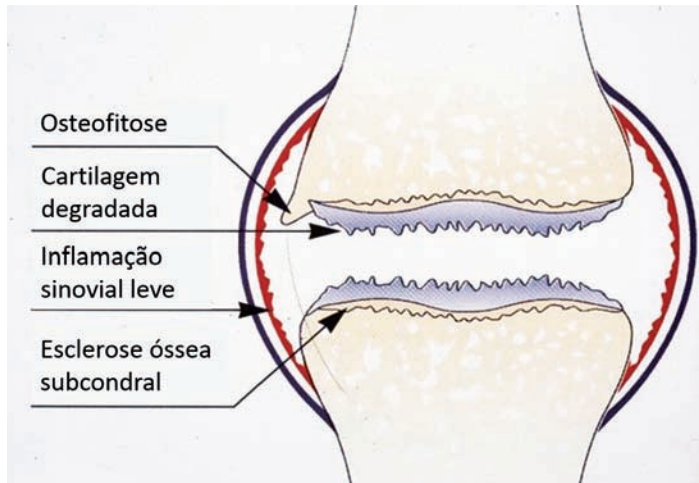
Para lá de tentar de imediato aliviar a dor do seu doente de forma global, eficaz e persistente, o Reumatologista deverá incidir a sua preocupação sobre outro aspecto fundamental: identificar a causa da dor, isto é, efectuar um diagnóstico precoce e o mais específico e concreto possível sobre a patologia reumática que aquele doente apresenta. O médico especialista terá de ser capaz de através do questionário, da observação e de alguns exames complementares, conseguir chegar a um diagnóstico correcto, que permita de imediato promover as correspondentes e adequadas medidas terapêuticas, que impeçam a evolução agressiva da doença, e permitam (ainda que frequentemente à custa de medicação efectuada de forma crónica) evitar de forma absoluta todas as consequências irreversíveis que uma DR “descontrolada” invariavelmente acarreta. Um doente reumático crónico bem controlado medicamente, tem como único encargo diário tomar de forma permanente, correcta e adequada a sua medicação, não tendo idealmente nenhuma outra diferença para a vida que tinha antes de ficar doente (e em que é que isto difere de um doente que toma diariamente medicamentos para a HTA, diabetes, angina do peito, asma ou qualquer outra doença crónica ?...)

Atenemos na doença reumática mais comum, a Osteoartrose (OA). A OA deve ser vista como uma doença



com um contínuo de apresentações clínicas, desde fases precoces e incipientes em que predomina a inflamação sinovial e alterações microscópicas a nível ósseo e da cartilagem (potencialmente tratáveis com abordagens farmacológicas adequadas), até fases finais da sua evolução, com alterações destrutivas de todas as estruturas articulares, conduzindo a dor e incapacidade impossíveis de resolver totalmente com terapêutica farmacológica. Devemos identificar para cada doente individual qual a fase evolutiva da OA em que se encontra, isso implica reconhecer que a OA pode ser detectada e diagnosticada em fases muito distintas da sua evolução. De facto a OA a que comumente nos referimos classicamente corresponde a um diagnóstico tardio, clinicamente com lesões muito evoluídas, e radiologicamente com lesões irreversíveis, complicações estruturais de doenças arrastadas e inadequadamente abordadas. Os aspectos radiológicos aceites como identificadores e diagnósticos da OA (diminuição da ILA, esclerose óssea subcondral, geodos (quistos) ósseos e osteofitose marginal) correspondem assim a doenças em que a intervenção terapêutica já perdeu a sua grande oportunidade de eficácia clínica e estrutural. Por isso a OA era considerada até há poucos anos como uma “fatalidade” inexorável, consequência banal e inevitável do “envelhecimento” (doença “dos velhos”), de limitada importância (“é só uma artrose ...”) e em que nada havia a fazer!... Nada de mais errado! Nos últimos anos evoluiu-se de forma notável no conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos pormenorizados que contribuem para o aparecimento e evolução da OA. A identificação dos processos microscópicos e patológicos implicados na expressão e progressão da doença permitiu definir alvos terapêuticos específicos que serão de certo promissoras opções terapêuticas de futuro.

A OA é nas suas fases precoces uma doença eminentemente inflamatória; é por isso fundamental apostar no diagnóstico precoce da OA e identificar clinicamente os aspectos inflamatórios da doença, cujo controlo terapêutico permitirá a modificação da evolução da doença.



Para sermos capazes de identificar esta patologia mais cedo, nas fases iniciais da doença e com lesões (potencialmente) reversíveis, contaremos decerto com marcadores bioquímicos de lesão precoce da cartilagem, mas sobretudo com a possibilidade de utilizar rotineiramente meios complementares de diagnóstico imagiológicos (ecografia, mas sobretudo ressonância magnética nuclear) que permitam identificar lesões estruturais mais precoces. Enquanto estes instrumentos não estão disponíveis na nossa prática clínica diária, como poderemos então identificar mais precocemente um quadro clínico de OA? Valorizando os aspectos inflamatórios da doença! Como identificar então esta OA inflamatória (verdadeira "Osteoartrite") na nossa prática clínica diária sem termos de recorrer a meios complementares de diagnóstico complexos ou dispendiosos?

1. caracterizando o ritmo inflamatório da dor articular;
2. detectando os sinais inflamatórios associados à articulação dolorosa (edema e calor);
3. valorizando a resposta terapêutica de maior eficácia e reversibilidade dos sintomas com a utilização de AINES (anti-inflamatórios não esteróides).

Consoante a fase da doença osteoartrósica em que o doente se encontra, ele poderá apresentar dores de ritmo puramente mecânico (ausentes de noite, melhorando com o repouso e agravando-se com carga e utilização mantida da articulação lesada) ou dores de ritmo preponderantemente inflamatório (desencadeamento noc-

turno, maior expressão matinal e após imobilizações prolongadas, com rigidez de longa duração e melhoria com mobilização suave e mantida da articulação lesada). A distinção do ritmo da dor que o doente apresenta permitirá intuir a fase da OA em que se encontra e desta forma melhor se adaptar a intervenção terapêutica em cada situação. Assim, a dor mecânica traduz processos evoluídos e irreversíveis, em que esta se deve sobretudo a lesão estrutural com destruição articular; nestas circunstâncias, é fundamental o tratamento da dor (doença), devendo o doente ser medicado com analgésicos. Pelo contrário, a dor inflamatória (ou mista, mas com aspectos claramente inflamatórios) relaciona-se com processos mais precoces, reversíveis e evolutivos em que é fundamental diagnosticar e tratar a inflamação subjacente.

Poderíamos então dizer que existem dois extremos da mesma doença: uma OA que é o paradigma clássico de doença degenerativa articular mecânica, representando os diagnósticos tardios de doenças evoluídas, e uma OA que é paradigma da procura actual de diagnóstico precoce, com valorização dos aspectos inflamatórios da doença (verdadeira "Osteoartrite"), devendo a nossa conduta terapêutica adaptar-se a estes aspectos.

3. Conclusão

A idade não é doença, embora se associe ao aparecimento de alterações estruturais e funcionais em todos os órgãos e sistemas do nosso corpo, em particular no aparelho locomotor (sistema músculo-esquelético).

É importante diferenciar alterações estruturais e funcionais sem significado clínico patológico de verdadeiras doenças do aparelho locomotor – as DR.

É fundamental entender estas DR, obviamente mais comuns e prevalentes com o aumentar da idade, e facilmente reduzidas a uma simples consequência deste mesmo envelhecimento, não como uma fatalidade em que nada se pode fazer para modificar a sua realidade, mas como um desafio para encarar as DR como um modelo de doenças evolutivas, em que tudo se modifica e altera consoante a fase de apresentação e de evolução em que se encontram.

Desafio para se lutar por um diagnóstico mais precoce das DR, que permita uma mais competente e adequada abordagem clínica e terapêutica das mesmas, capaz de controlar de forma significativa o seu impacto em cada momento, e (sobretudo) de impedir a sua evolução para formas mais irreversíveis e incapacitantes da sua apresentação.

Aprender a lidar com a dor

«Pedir clemência ao nosso corpo é como discursar perante um polvo para quem as nossas palavras não poderão ter mais significado que o som das marés.»¹



Foi com grande admiração que li pela primeira vez aquilo que já há algum tempo andava comigo no pensamento, acerca do que é viver com DOR, todos os dias, sem pausa para descanso pessoal. Falo-vos do capítulo “Como sofrer com êxito”, de Alain de Botton², numa obra tão irónica quão perspicaz, em que o autor, inspirando-se em Proust, caracteriza a dor como um incentivo à aprendizagem.



Segundo Botton, na obra de Proust, a doença revela-se como um elemento sinalizador, que desperta e nos torna atentos/as, pois ao sentirmos mais as coisas conhecemo-las melhor. Perante a dor, aprendemos: «sofremos, logo pensamos, e

fazemo-lo porque pensar ajuda-nos a contextualizar a dor, ajuda-nos a compreender a sua origem, a aferir a sua dimensão e a reconciliarmo-nos com a sua presença.»³

Aprender sempre foi para mim uma necessidade intrínseca, incorporada. Como preciso de água para viver, preciso de aprender para crescer, para tentar melhorar, para distinguir o essencial do acessório, para me capacitar, para participar, para me superar, para saber o que quero e encontrar o que procuro, para agir, para desafiar os/as outros/as.

O Núcleo da Dor é apenas o princípio, o meu e o de outros/as como nós que temos a Dor crónica como companhia. Não pretende ser um paliativo ou a panaceia para todos os males. Apenas o princípio do compromisso, da participação activa solidária, um ponto de apoio orientado, presente, sustentável. Vamos reagir contra a ameaça, o medo, a frustração, educarmo-nos, combatê-las juntos/as. Retirar o poder que a dor tem para magoar. Viver é bem melhor do que sobreviver.

Quando os/as membros do Núcleo da Dor respondem sobre o que querem fazer para lidar com a dor, não se encontra uma estratégia igual:

«Costumo dizer que ter a AR é um pormenor em mim, uma característica, como ter cabelo encarapinhado. Uma característica foi de nascença a outra foi da vida.

Assim como por vezes acordo sem conseguir fazer nada ao meu cabelo e demoro mais tempo a olhar-me aos espelho para decidir como penteá-lo, por vezes acordo com dores provocadas pela AR e demoro mais tempo a sair de casa... E depois há que encontrar as ferramentas necessárias para nos ajudar a ultrapassar estas adversidades. Se

para o cabelo há uns ganchos, para a dor há comprimidos. Motiva-me participar num grupo destes para ter possibilidade de partilhar as minhas experiências, encontrar ajudas/respostas, desafios!» (Mireille Amaral)

«Acredito que, quando falamos sobre as coisas que nos boicotam o dia-a-dia, acabamos sempre por poder vê-las segundo uma perspectiva diferente e mais distante de nós, e só ganhamos com essa distância. Também acredito que, ao partilhar experiências e truques, descobrimos outros tantos! Sobretudo, acredito que fazer parte de um grupo que tem uma vivência diária comum só me pode trazer coisas boas: amizade, compreensão, gargalhadas e consciência.» (Margarida Fonseca Santos)

«Eu gostava de conseguir saber melhor qual a origem destas minhas dores, pois quando faço exames radiológicos, tacs e neurológicos não me conseguem explicar, nem tratar para menos dor. Gostava de estar mais satisfeita com a vida...poder viver sem estar sempre cansada e sem dor. Fazer acreditar aos outros que não estou a mentir, que não tenho a mania das doenças e ainda acreditar em VIVER. Simplesmente, partilhar e aprender...» (MA)

«(...) A dor é um sintoma transversal a muitas patologias, muitas mais do que as pessoas imaginam!

Temos que conseguir traduzir para palavras, papel e acabarmos com a discriminação que sofremos no local de trabalho, na sociedade, na família, médicos e outros.

Outra questão que acho extremamente pertinente é o preço dos medicamentos para os doentes crónicos e com dor crónica...muita há para fazer! Espero que o ND ajude nesta batalha...

Estamos aqui para aprender e para ensinar também.» (CC)

Se soubermos utilizar a dor para aprendermos a superá-la, adaptamo-nos, reinventamo-nos...um dia, juntos/as, riremos dela. Hoje pode ser o dia!



CATARINA MARQUES
(COORDENADORA DO NÚCLEO DA DOR)

¹ In: Botton, Alain De; Como Proust pode mudar a sua vida, 2ª edição, D. Quixote, 2009, P. 76

² Idem.

³ Ib idem, P. 86.

Programa de Exercício em Casa para a Osteoartrose

A Osteoartrose (OA) é uma doença degenerativa, sendo a forma mais comum de artrite. A articulação do joelho é uma das mais frequentemente atingida com OA causando dor, fraqueza muscular e consequentemente níveis de incapacidade funcional significativos, principalmente a partir dos 55 anos de idade, tornando-se um encargo considerável para a saúde do indivíduo. Pretende-se com tratamento da OA, aliviar os principais sintomas da doença, bem como reduzir a incapacidade e tentar evitar a progressão da doença. A Sociedade Internacional para a Investigação da Osteoartrose (OARSI) apresenta um conjunto de 25 recomendações (farmacológicas, não-farmacológicas e cirúrgicas) para o tratamento, sendo o exercício uma das principais recomendações.

Sendo a OA uma doença incapacitante e o exercício físico uma componente importante no tratamento, é fundamental desenvolver programas de intervenção adaptados aos indivíduos com esta patologia, com o objectivo de promover a melhoria da qualidade de vida do doente reumático, aliviando os sintomas, minimizando a incapacidade e evitando a progressão da mesma. Não nos podemos esquecer que a limitação funcional de certos doentes, pode impedi-los de realizar adequadamente um programa de exercício comum. Para ultrapassar esta condicionante os exercícios realizados em casa podem ser uma alternativa eficaz e acessível a todos. Tal como qualquer programa de exercício para a OA, os objectivos do exercício físico em casa, tem como objectivo geral melhorar a qualidade de vida do doente.

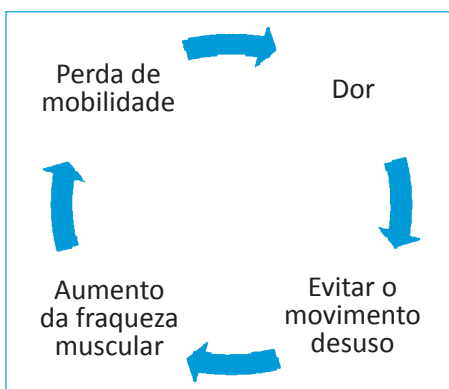
Tipos de Exercícios e Recomendações

Um programa de exercício é parte essencial no tratamento da OA quando adequado e executado de forma correcta, sendo importante que os exercícios sejam de fácil aprendizagem. Um programa de exercício em casa deverá abranger

vários tipos de exercício aconselhados: **Exercícios de flexibilidade** - importantes para a manutenção ou aumento da amplitude do movimento das articulações, reduzindo a rigidez; **Exercícios de Força/Resistência Muscular** – fundamentais para aumentar a força dos músculos que rodeiam as articulações afectadas, servindo de protecção das mesmas; e **exercícios funcionais** - exercícios esses que melhoram aspectos essenciais da realização de tarefas do dia-a-dia.

Para o programa de exercício ser eficaz é importante ter em conta algumas recomendações para a sua concretização. O estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre o doente e o profissional de saúde é um aspecto crucial para que se obtenham os melhores resultados possíveis, sendo determinante estabelecer metas realistas. Antes do início do programa é preciso ter em atenção o local onde se irão realizar os exercícios; o espaço deve ser amplo sem objectos à volta que possam interferir e incomodar a sua realização. Ao profissional competente (fisioterapeuta ou professor de educação física) cabe demonstrar a correcta execução do exercício ao participante e corrigir possíveis erros de execução. Depois de um período de aprendizagem, este realizará os exercícios de uma forma autónoma e regular sem supervisão. Alguns exercícios poderão ser executados em frente a um espelho para ver se se está a realizar correctamente. É recomendável haver uma sessão semanal ou quinzenal presencial para a explicação e exemplificação de novos exercícios e ainda com o objectivo de motivar os participantes. Adicionalmente, o contacto telefónico regular é aconselhável também como uma estratégia motivacional.

Em relação a cada sessão de exercício é importante iniciar-se com um bom aquecimento que inclua exercícios de mobilidade articular, com o objectivo de reduzir a rigidez tão característica da OA e terminar com exercícios de retorno à calma. É importante ter em conta aspectos como a frequência, intensidade e duração com que os exercícios de resistência muscular são realizados. Nas duas primeiras semanas a duração da sessão não deve ultrapassar os 10/15 minutos e os exercícios devem ser executados de forma lenta e progressiva, com o objectivo da pessoa ter a percepção subjectiva do seu esforço evitando ultrapassar os seus limites, que poderá resultar num aumento da dor. A correcta prescrição do exercício para a OA, promoverá benefícios reduzindo o grau de dor e rigidez, melhorando a funcionalidade e a força muscular.



Objectivos do Exercício em Casa

- Aumentar a amplitude de movimento articular
- Aumentar a força dos músculos que rodeiam a articulação e o tónus muscular
- Melhorar a funcionalidade

NÚCLEO DE APOIO AO DOENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN

Ainda as Juntas Médicas

As Juntas Médicas da Caixa Geral de Aposentações (CGA) eram, anteriormente a 2008, compostas por dois médicos e presididas por um director de serviços administrativos, situação veementemente criticada durante anos.

O caso trágico da professora que, doente cancerosa, viu negada a reforma por doença, tendo regressado à Escola e vindo a falecer após um calvário de poucos dias, foi determinante para a alteração desta composição das Juntas Médicas que passaram a ser constituídas exclusivamente por médicos. Para além disso, o subscritor que solicitasse uma Junta Médica seria inicialmente avaliado por um médico relator, designado pela CGA, que depois do exame clínico deveria, e transcrevo, «elaborar um relatório circunstanciado do exame feito com base nos elementos reunidos, organizar o processo clínico do subscritor e submetê-lo à junta médica». O subscritor podia ainda solicitar uma Junta Médica de Recurso, caso não concordasse com o indeferimento da Junta Médica que o avaliara. Todas estas alterações concretizadas, conjuntamente pelo Ministério das Finanças e do Trabalho, sem intervenção do Ministério da Saúde, pareciam apontar para um comportamento rigoroso do ponto de vista técnico-científico, logo, mais profissional e também mais humanizado. Ingenuidade de quem assim pensou, como se não se soubesse que com dois ou três médicos, uns e outros não estivessem ali exclusivamente para obedecer a ordens superiores, como bons funcionários públicos, mas não médicos que têm como norma cuidar da saúde dos doentes e daí a sua irresponsabilidade profissional.

Todos os que têm a triste experiência de uma ou várias idas

às Juntas Médicas da CGA, ordinárias ou de recurso, sabem que são interpretados por estes senhores como pessoas mentirosas e oportunistas; além disso, levar relatórios e exames médicos pouco vale porque à par-



tida o jogo parece estar viciado e a decisão do indeferimento tomada. Basta também ler as duas linhas que normalmente escrevem, naquilo a que chamam «relatório», referindo o indeferimento, para se constatar uma clara violação da lei (artigo 95º, nº 4 do Estatuto da

Aposentação articulado com os artigos 124º e 125º de Procedimento Administrativo) que exige, e de novo transcrevo o texto, que «a fundamentação deve ser expressa através de sucinta exposição dos fundamentos de facto e de direito da decisão (...)» de forma a que «esclareçam concretamente a motivação do acto.» Escusado será dizer que o doente nunca, e sublinho o nunca, fica esclarecido, porque não há esclarecimento algum. Pode ainda acontecer que o médico relator proponha para o subscritor, no seu detalhado relatório, a que foram anexados vários exames concludentes, a sua aposentação por incapacidade, como aconteceu à autora do texto, e a junta Médica da CGA se limite na sua fundamentação a dizer que não concordou com a avaliação do médico relator e ponto final, «indeferimento».

Enquanto não houver brio profissional por parte dos médicos que integram a Junta Médica da CGA (e outras), e o Estatuto do Doente Crónico não estiver devidamente elaborado (infelizmente prometido pelo Ministério da Saúde, mas continuamente adiado), bem como alterada a absurda e, logo, inadequada Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, em total colisão com quem sofre de doenças crónicas auto-imunes, continuaremos a ser um boneco nas mãos destes senhores. Daí ser tão importante não ter medo de revelar situações vividas com estas Juntas Médicas e disso dar conta à Ordem dos Médicos, que defende ser importante que haja uma carreira médica para os profissionais de saúde que integrem as referidas Juntas. Com efeito, um médico não pode pôr de parte o seu saber científico, privilegiando a obediência a ordens superiores, numa completa indiferença pela situação real do doente.

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

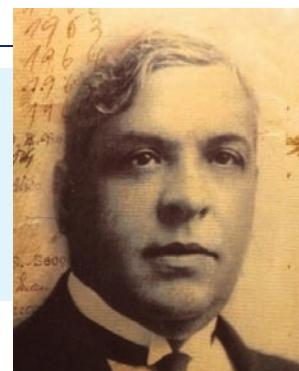


Frase Notável

Realmente, eu desobedeci, mas a minha desobediência não me desonra.

Aristides de Sousa Mendes (1885-1954).

Aristides de Sousa Mendes, em 1940, ano, em que desobedecendo a ordens de Salazar, sendo Cônsul em Bordéus, passou vistos a milhares de refugiados, na sua maioria judeus.



Porque diminuámos com a idade?

“A avó parece mais pequena”. Esta é uma frase que costumamos ouvir aos netos. Em parte, o que acontece é que a avó “parece” mais pequena aos olhos dos netos que estão a crescer. Mas, também é verdade que ao avançar na idade, podemos perder altura.

Esta perda de altura pode ocorrer por dois motivos. O primeiro é perda de água e elasticidade dos discos intervertebrais que vai acontecendo gradualmente com o envelhecimento. Por este motivo podemos perder até 2 centímetros conforme vamos avançando na idade. A segunda causa, mais grave, é a osteoporose.

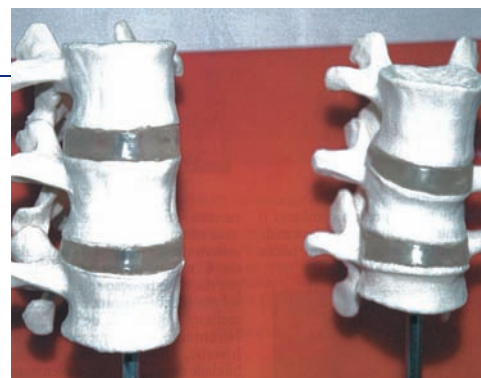
A osteoporose é uma diminuição da quantidade de osso que, associada a uma alteração da sua microarquitetura, provoca uma fragilidade dos ossos, que se podem partir com traumatismos mínimos. No caso das vértebras podem ocorrer microfracturas, que muitas vezes não dão sintomas mas que levam a uma diminuição progressiva da altura dos corpos vertebrais. Como estas microfracturas acontecem

em várias vértebras, principalmente dorsais e lombares, podemos perder vários centímetros.

A osteoporose com fracturas vertebrais é uma

situação muito grave que, para além da perda de altura, provoca o aparecimento de uma cifose (corcunda), de alterações posturais que vão ser responsáveis por dor crónica e outras complicações que podem diminuir a qualidade de vida.

Se perdeu mais de 3-4 centímetros, é provável que tenha uma osteoporose e, se ainda não o fez, deve consultar o seu médico assistente.



VIVIANA TAVARES (REUMATOLOGISTA,
PRESIDENTE DA APOROS)

Agora que se aproximam os dias mais quentes, sugerimos-lhe a receita de uma salada fresca do livro “Delicioso”, editado pela APOROS (caso queira adquiri-lo, contacte-nos). Esta saborosa receita do Chef Luís Lavrador, dá para **10 doses**, contendo cada uma **95.9 mg de cálcio**.

SALADA PRIMAVERA

Ingredientes: 1 alface roxa, 1 alface frisada, 1 cebola branca, 100g miolo de noz, 2 iogurtes naturais, 500g cenoura, 250g pêra abacate, 200g banana, meio abacaxi natural, 100g cabeça de aipo, 1 queijo fresco.

Preparação: Escolha as alfaces bem frescas, limpe-as, lave-as e ripe-as. Descasque a cebola e corte-a em meias luas. Descasque a cenoura e corte-a em tirinhas ou raspe-a. Retire o miolo da pêra abacate, corte-o em pequenos dados e esprema um pouco de limão sobre ele para que não oxide. Descasque a banana e proceda como para a pêra. Descasque o abacaxi e a cabeça de aipo e corte-os em pequenos triângulos.

Empratamento: Misture todos os ingredientes e coloque-os em saladeira com um pouco de iogurte e queijo fresco por cima e orégãos frescos picados.



Se pretende mais informações ou tem disponibilidade para ajudar a APOROS nas suas actividades contacte-nos para:

APOROS – Associação Nacional contra a Osteoporose

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



XVII Fórum de Apoio ao Doente Reumático

A LPCDR vai realizar o seu Fórum anual em Outubro. O tema deste ano é **“Envelhecimento e Doenças Reumáticas”**. Fique atento ao nosso site. Brevemente divulgaremos mais informação.



Data: 10 e 11 de Outubro de 2014

Local: Auditório da ANF (Associação Nacional de Farmácias), Lisboa

PROGRAMA PROVISÓRIO

Sexta-feira - Manhã

MR 1 – Conceitos

- 1.1 - Envelhecimento – conceitos, dimensões e realidade actual
- 1.2 - Envelhecimento, capacidade funcional e autonomia
- 1.3 - Envelhecimento e doenças reumáticas

MR 2 – Impacto físico do envelhecimento I

- 2.1 - Cardiovascular
- 2.2 - Cognitivo
- 2.3 - Psico-emocional

Sexta-feira - Tarde

MR 3 – Impacto físico do envelhecimento II (aparelho locomotor)

- 3.1 - O osso – osteoporose
- 3.2 - A articulação – osteoartrose
- 3.3 - O músculo – sarcopenia

MR 4 – Impacto social do envelhecimento

- 4.1 - Pobreza
- 4.2 - Inactividade e isolamento
- 4.3 - Dependência

Sábado - Manhã

MR 5 – Intervenções positivas

- 5.1 - Manter-se globalmente activo no dia-a-dia
- 5.2 - Promover a actividade intelectual e artística
- 5.3 - Prevenir a iatrogenia medicamentosa

MR 6 – Envelhecimento Saudável

- 6.1 - Conceito
- 6.2 - Acções prévias
- 6.3 - O futuro



QUER AJUDAR-NOS?

TORNE-SE NOSSO SÓCIO!

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

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Rua Quinta do Loureiro, 13 Loja-2 1350-410 Lisboa Tel. 21364 8776
lpcdr@lpcdr.org.pt • www.lpcdr.org.pt

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____

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

Telefone _____ Telemóvel _____ Fax _____ E-mail _____

☐ Sim. De que doença sofre? _____

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

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

Condições de Adesão: • Anuidade de € 20,00 • Pagamento Anual • Através de: Débito Directo (solicite-nos o formulário ou faça o download no nosso site) • Transferência bancária para o NIB: 003600039910004954744 (ou depósito no Montepio), enviando-nos o comprovativo ou cópia - talão de transferência ou de depósito - para que o possamos identificar e emitir o respectivo recibo • Cheque ou Vale de Correio dirigido à LPCDR. • A inscrição só pode ser feita mediante o pagamento da anuidade.

FICHA TÉCNICA

Propriedade / Edição / Redacção Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas | Rua Quinta do Loureiro, 13 Loja-2 • 1350-410 Lisboa

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

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