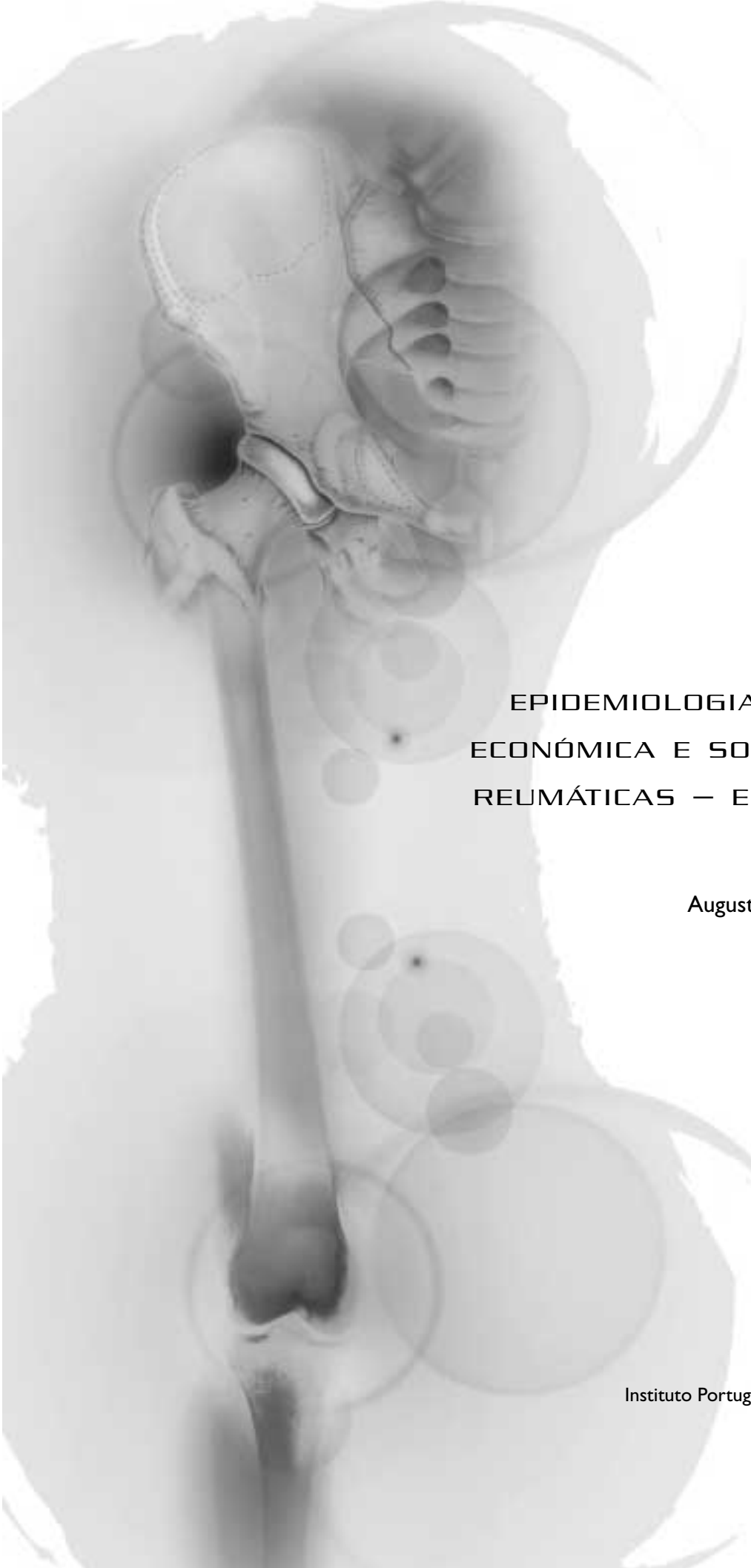

EPIDEMIOLOGIA E IMPORTÂNCIA ECONÓMICA E SOCIAL DAS DOENÇAS REUMÁTICAS – ESTUDOS NACIONAIS

Augusto Faustino

Instituto Português de Reumatologia

RESUMO

Apesar da sua enorme relevância, em termos de incidência e prevalência, mas sobretudo em termos da incapacidade e da repercussão económica e social que acarretam, as doenças reumáticas (DR) têm sido sucessivamente desvalorizadas em Portugal, tanto pela população em geral como pela classe médica e pelas autoridades de Saúde.

Tal é particularmente nefasto porque a maioria destas doenças apenas acarreta estas consequências quando abandonadas ao seu curso natural, podendo pelo contrário o seu diagnóstico precoce e a adopção de medidas adequadas contribuir para uma significativa diminuição da sua morbilidade.

A demonstração da real importância das DR só é exequível através da realização de estudos epidemiológicos rigorosos. Na tentativa de consubstanciar alguns dados respeitantes ao impacto das DR em Portugal, procedemos a um levantamento dos estudos epidemiológicos nacionais realizados com esta finalidade até à presente data, conseguindo colectar cerca de uma dezena de trabalhos, demonstrando relevante coerência de resultados entre si, os quais de forma global apontam as DR como sendo a patologia crónica mais prevalente, motivando o maior consumo de consultas em Clínica Geral, e sendo a 2ª causa de gastos totais em medicamentos (e a 1ª em consumo em unidades). Ao mesmo tempo, as DR foram a 1ª causa de dias de baixa, representando a 1ª causa de incapacidade (temporária e definitiva), e a 1ª causa de reformas antecipadas.

Estes e outros estudos a realizar no futuro contribuirão, assim, para a demonstração inequívoca da importância primordial das DR, sublinhando a necessidade de se proceder a uma valorização, reforço e remodelação da actual rede de assistência reumatológica nacional.

Palavras-chave: Doenças reumáticas; Epidemiologia; Prevalência; Incapacidade; Custos.

ABSTRACT

Despite its importance, rheumatic diseases (RD) are frequently undervalued both by physicians and public opinion, in what concerns prevalence and socio-economic impact.

To demonstrate the impact of RD in Portugal, we searched the national epidemiologic studies published in the last years looking for the prevalence and social/economical consequences of RD.

Results are strikingly coherent, showing that RD are the most prevalent among chronic diseases, the main cause of consultation in primary care, and the first cause of sick leaves, disability and early retirements in our country, reinforcing the need for a better approach and specialized medical care, in order to prevent unnecessary morbidity and socio-economic costs.

Key-words: Rheumatic diseases; Epidemiology; Prevalence; Disability; Costs.

EPIDEMIOLOGIA E IMPORTÂNCIA ECONÓMICA E SOCIAL DAS DOENÇAS REUMÁTICAS - ESTUDOS NACIONAIS

Augusto Faustino*

Introdução

As doenças reumáticas (DR) constituem uma das patologias mais prevalentes na humanidade, significativa fonte de dor e incapacidade temporária e definitiva. Apesar da sua enorme **prevalência** e do marcado impacto que acarretam em termos de **sofrimento e incapacidade** para os doentes, com enormes **custos económicos e sociais** para a comunidade, a sua importância e relevância médica e socio-económica tem sido sucessivamente menorizada.

Vários factores contribuem para esta nefasta realidade:

1) ***desvalorização das DR***, fruto de uma atitude cultural dos doentes (pactuante com a dor e com a incapacidade) e de uma postura incorrecta dos profissionais de saúde, que por um lado as subdiagnosticam (uma esmagadora maioria de doentes com DR continuam a ser abordados por médicos não-reumatologistas, com uma deficiente formação em Reumatologia), e que por outro lado frequentemente as consideram doenças menores, facilmente atenuáveis por qualquer profissional médico (ou até para-médico ...);

2) ***dificuldade na referenciação do DR ao especialista de Reumatologia***, fruto da tremenda disparidade que existe entre as necessidades reais de consultas de Reumatologia, e a rede de assistência reumatológica nacional, comportando apenas centros em Ponte de Lima[1], Porto[1], Coimbra[1] e área de Lisboa[5], num total de cerca de 90 especialistas de Reumatologia;

3) a acentuada disparidade entre a enorme morbilidade (dor e incapacidade) e a ***diminuta mortalidade*** das DR, tem também contribuído de forma significativa para a pouca atenção e consideração que as autoridades de saúde lhe têm dedicado (não têm representado um assunto de relevância mediática), e menor consideração por parte dos médicos não-reumatologistas;

4) a existência de ***poucos estudos epidemiológicos*** focando as DR e de estatísticas oficiais deficitárias quanto a esta realidade, muito têm também contribuído para o estatuto de menoridade e de desvalorização destas patologias e dos doentes por elas afectadas.

As consequências desta realidade não poderiam ser mais nefastas, pois dela resultam **sofrimento e incapacidade potencialmente preveníveis**, e **custos económicos e sociais parcialmente evitáveis**.

A tentativa de inversão deste *status quo* passará, provavelmente, pelos esforços que todos possamos desenvolver no sentido de corrigir as deficiências atrás enunciadas. Para tal, torna-se fundamental realizar **estudos epidemiológicos a longo prazo** que confirmem e demonstrem definitivamente a enorme importância e relevância das DR.

Entretanto, e para iniciar a consciencialização e sensibilização da opinião pública, da classe médica e do poder político para esta realidade, pensámos ser importante realizar um trabalho de revisão de todos os estudos médicos efectuados em Portugal ao longo dos últimos anos que pudessem contribuir para a quantificação da prevalência das DR e do seu impacto económico e social. A riqueza de informação que encontrámos foi uma agradável surpresa, permitindo os dados obtidos entre os vários estudos consultados retirar conclusões válidas e importantes.

Apenas utilizámos nesta nossa revisão os trabalhos efectuados que abordassem as DR de um modo global, não sendo assim considerada uma fonte adicional de informação de grande riqueza, que se prende com os trabalhos existentes sobre patologias reumatológicas individuais (nomeadamente sobre osteoporose, artrite reumatóide e

* Reumatologista do Instituto Português de Reumatologia

osteoartrose), os quais poderão constituir uma importante informação complementar.

Patologias Reumáticas – dimensões fundamentais:

Apesar de extremamente variáveis em termos clínicos, quanto às suas formas de manifestação, intensidade sintomática e consequências funcionais, bem como nas repercussões globais na sociedade, as DR caracterizam-se basicamente pelas seguintes dimensões:

• **dor** (secundária à intensidade do processo patológico subjacente – numa fase inicial – e às consequências estruturais que o mesmo determina – mais importante a longo prazo);

• **lesão estrutural** (a qual poderá ser reversível ou irreversível, consoante a DR em causa, o seu tempo de evolução, e a adequação das intervenções terapêuticas efectuadas);

• **mortalidade** (em regra diminuta enquanto consequência directa das DR);

• **incapacidade** – a dimensão mais relevante das DR, tanto em termos clínicos individuais, como em termos globais de sociedade (pelas suas implicações socio-económicas), é determinada de forma global por:

- Dor
- Lesão Estrutural
- Manifestações Sistémicas
- Repercussão Psíquica

As **consequências sociais** e o **impacto económico** resultantes da incapacidade constituem consequências fundamentais das DR e têm uma importância óbvia em termos de Saúde Pública. A sua avaliação e quantificação representam um importante instrumento de valorização do real significado e importância do impacto de uma patologia na população, merecendo por isto uma atenção mais detalhada.

A) Consequências sociais (socio-profissionais)

As DR apresentam, sobretudo, três tipos de repercussões em termos sociais (ou, mais adequadamente, socio-profissionais):

• **Incapacidade para a profissão:**

As DR motivam, em regra, uma incapacidade real para o normal exercício da profissão pelos doentes, a qual poderá não ser assumida por estes (muitas vezes pela necessidade económica do rendimento do seu trabalho, pontualmente por medo de eventuais atitudes das entidades patronais), que vão tentando manter a sua actividade à custa do seu esforço e sacrifício pessoal; salientaria, contudo, que mesmo neste casos existe uma quebra de produtividade (em termos quantitativos e qualitativos), que embora não quantificável não será decerto desprezível. Porém, as DR implicam na generalidade dos casos uma incapacidade para a manutenção efectiva do emprego, a qual poderá ser temporária (causando dias de baixa) ou permanente (motivando, em casos seleccionados e na melhor das hipóteses, uma reorientação profissional, sendo contudo, em regra, responsável por reformas antecipadas e pensões de invalidez), com os consequentes custos económicos secundários.

• **Qualidade de vida dos doentes:**

As DR são factor de grande modificação na qualidade de vida dos doentes, a qual se encontra, em regra, comprometida em níveis variáveis, tanto quanto ao tipo de actividades que as DR prejudicam, como quanto ao grau de limitação que as mesmas acarretam. São múltiplos os exemplos de situações da vida diária dos doentes com que as DR acabam por interferir, podendo agrupar-se esta repercussão no papel social do doente em três níveis:

- relação familiar
- relação com círculo de amigos
- relação com a comunidade

Neste contexto, são inumeráveis as limitações possíveis, podendo-se exemplificar algumas situações:

- dependência de terceiros para actividades de vida diária
- necessidades de dispositivos especiais para certas funções
- confinação a leito / cadeira de rodas
- isolamento social (vida de relação)
- difícil acesso a actividades lúdicas
- incapacidade para *hobbies*
- condicionamento de vida sexual
- dificuldade em se deslocar

• **Impacto económico da doença:**

O impacto da doença na capacidade económica do doente (que se pormenorizará melhor no ítem seguinte) é um dos aspectos fundamentais das consequências sociais da DR no doente; com efeito, as dificuldades económicas que as DR acarretam (fruto de múltiplas vicissitudes que se descreverão), manifestam-se a diversos níveis em termos sociais, desde uma inadequada manuten-

ção do agregado familiar, até à dificuldade no acesso aos cuidados de saúde (incluindo consultas, exames e tratamentos).

B) Impacto económico

O impacto económico das DR será, sem dúvida, um aspecto fundamental a abordar, numa tentativa de quantificação o mais adequada possível, se queremos atribuir a estas entidades a importância e relevância que na realidade detêm.

Em termos abstractos, as DR podem implicar um impacto económico tanto no doente como na sociedade, a saber:

1. no doente :

os gastos económicos das DR, por parte dos doentes, resultam sobretudo de três ordens de factores:

• incapacidade para trabalhar, com a correspondente diminuição de obtenção de fontes de rendimentos familiar;

• dependência de terceiros, com custos acrescidos em termos de manutenção do agregado familiar;

• gastos directos com diferentes aspectos especificamente relacionados com a DR:

- medicamentos
- outras terapêuticas, nomeadamente com reabilitação
- auxiliares de função
- consultas médicas
- internamentos hospitalares
- cirurgias

2. na sociedade

os custos das DR para a sociedade em geral, resultam sobretudo dos meios gastos em relação com a **própria doença** e com as lesões secundárias que ela determina. Existem, porém, gastos raramente contabilizados, de importância não desprezível, que resultam de um **atraso diagnóstico** da patologia em questão, nomeadamente dos meios complementares de diagnóstico (MCD) desnecessariamente solicitados, das terapêuticas inadequadamente colocadas e das consequências da incapacidade, que seria evitável caso a doença tivesse sido atempadamente diagnosticada e medicada, o que realça a importância da abordagem das DR pelo especialista respectivo – o Reumatologista.

Os custos das DR na sociedade podem-se dividir em ***custos directos*** (resultantes da utilização dos Cuidados de Saúde) (representados no Quadro I) e ***custos indirectos*** (resultantes da repercussão económica e social das DR) (Quadro II).

Convém relembrar que estes custos económicos das DR são suportados em parte significativa pela **segurança social** (para a qual todos contribuem), mas é cada vez mais relevante a comparticipação dos **seguros de saúde** privados no atendimento das DR; para além destas fontes existe ainda a comparticipação dos **patrões** na assitência médica dos seus empregados, e a cada vez mais importante iniciativa individual dos **doentes** em recorrer aos serviços médicos de sua escolha.

Neste aspecto dos custos económicos das DR convém ainda realçar que tem existido de forma

Quadro I. Impacto económico das DR na sociedade. Custos Directos
(Utilização de Cuidados de Saúde)

• Consumo de **Consultas**
• Recurso a **MCD**
• Gastos em **Terapêuticas**
  - medicamentos
  - enfermagem
  - reabilitação
  - ortóteses
• **Hospitalizações**
  - médicas
  - cirúrgicas
• **Cirurgias**
  - ortopédica
  - neurocirúrgica

Quadro II. Impacto económico das DR na sociedade. Custos Indirectos
(Repercussão Económica e Social)

• **Dias de suspensão de trabalho**
  - indeminização compensatória
  - perda de produtividade
  - custo da sua substituição
• **Assistência doméstica**
• **Mudanças de trabalho**
• **Reformas antecipadas**
• **Invalidez**

inequívoca nos últimos um permanente **aumento dos custos dos cuidados saúde** dependente sobretudo de:

- (1) **aumento dos custos dos serviços**
  - gastos humanos
  - gastos materiais
- (2) **sofisticação das tecnologias**:
  - de diagnóstico
  - de tratamento
- (3) **aumento da utilização**:
  **** maior oferta:***
  - generalização dos cuidados de saúde
  **** maior procura:***
  - aumento de idosos
  (consumem em regra 3,5 vezes mais cuidados de saúde)

Epidemiologia das Doenças Reumáticas Incapacidade e Importância Económica e Social. Estudos Nacionais

Ao tentar colectar-se os dados existentes actualmente sobre a epidemiologia das DR em Portugal em termos destes aspectos que acabámos de enunciar, deparamo-nos sobretudo com **dificuldades** decorrentes de três aspectos principais, em parte já anteriormente referidos:

1. desvalorização das doenças reumáticas, o que é resultante sobretudo de:

- serem frequentemente patologias sub-diagnosticadas, portanto mal avaliadas em termos da sua real prevalência;
- desconhecimento real do impacto que este conjunto de doenças representa em termos de consumo de recursos médicos e dos gastos económicos globais (acima descritos) que a elas se associam;
- atitude cultural da globalidade dos profissionais de saúde não reumatologistas e da população em geral, que persiste em encarar estas doenças como uma fatalidade sem remédio, e não como um conjunto de patologias distintas com crescentes possibilidades de prevenção, tratamento e reabilitação médica e cirúrgica, permitindo uma clara modificação da quantidade, mas sobretudo da qualidade de vida dos doentes por elas afectados;

2. existência de poucos estudos epidemiológicos, que permitam documentar e transmitir com realidade a importância global destas doenças;

3. estatísticas oficiais de saúde deficitárias, sobre a importância relativa destas patologias, em termos dos indicadores médicos, sociais e conómicos mais relevantes.

Apesar destas dificuldades, ao efectuarmos uma **revisão sobre os estudos efectuados até agora em Portugal** que permitissem contribuir para uma melhor caracterização da importância médica, económica e social das DR, tivemos a grata surpresa de deparar com um importante conjunto de trabalhos, que embora separados por um lapso temporal superior a 20 anos, nos permitem apresentar conclusões finais com uma relevante e notória coerência global. Isto apesar de apenas termos considerado estudos epidemiológicos sobre as DR em geral, tendo sido excluídos trabalhos sobre patologias reumatológicas em particular (existindo profícua documentação, por exemplo, sobre a Osteoporose), ou sobre dados recolhidos em consultas de Reumatologia nacionais (indicando, sobretudo, quais as entidades reumatológicas mais prevalentes e mais consumidoras de recursos médicos globais).

Iremos, assim, apresentar os resultados dos seguintes **estudos nacionais sobre aspectos epidemiológicos das DR**:

- (1) 1976 – Inquérito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (coordenado pelo seu Secretário-Geral de então, Dr. João Figueirinhas)[1,2];
- (2) 1977/79 – Estudo do Dr. Manuel L. Martins em colaboração com o Dr. João Figueirinhas[3,4];
- (3) 1987 – Programa CINDI , coordenado pelo Prof. Fernando de Pádua, nas suas conclusões referentes às DR[5];
- (4) 1994/95 – Estudo do Ministério da Saúde (IGIF) - SNS - Receitas e Despesas[6];
- (5) 1995 – Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor pela Faculdade de Medicina de Lisboa do Dr. José Guilherme Jordão – «A Medicina Geral e Familiar – Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado»[7]
- (6) 1995/96 – Estudo do Ministério da Saúde (DEPS) – Inquérito Nacional de Saúde[8];
- (7) 1997 – Trabalho «Doenças Reumáticas nos Cuidados de Saúde Primários», dos Drs Paulo Coelho e Maria Luísa Matos[8];
- (8) 1997 – «Estudo sobre a Doença Reumática em Portugal» – Inquéritos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia em colaboração com o Laboratório Farmacêutico Searle Monsanto (Inquéritos não publicados);
- (9) 2000 – «Prevalência da Doença Reumática em Portugal (realizado pelo Prof. Salvador Massano Cardoso, Coimbra) (Estudo não publicado);

Os dados epidemiológicos passíveis de se compilarem nestes estudos poderão ser resumidos em termos de:

(A) Prevalência das DR

(B) Consumo de Consultas

(C) Incapacidade

- Dias de suspensão de trabalho (Incapacidade Temporária)
- Incapacidades definitivas (ID)
- Reformas (antecipadas)
- Invalidez

(D) Impacto Económico

- Gastos em Terapêuticas
- Gastos em Meios Complementares de Diagnóstico
- Hospitalizações
- Cirurgias

(1) 1976 – «Inquérito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia» (Dr. João Figueirinhas)

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), coordenada pelo seu Secretário-Geral de então, Dr. João Figueirinhas, levou a cabo entre Outubro de 1975 e Abril de 1976 um estudo epidemiológico a nível da Clínica Geral, contando com a colaboração de 432 Clínicos Gerais (CG) de todo o País, no qual foram registados dados relativos às primeiras 100 consultas de cada CG, num total de 24.105 doentes[1,2].

Obtiveram-se os seguintes resultados (Quadro III):

(A) As DR estavam presentes em **37,5% dos doentes**;

(B) As DR foram **causa de consulta em 22,6% dos doentes** (29,9% doentes tinham queixas osteo-articulares na altura da consulta, enquanto 34,1% doentes já haviam tido sintomas OA previamente);

(C) As DR motivaram **incapacidade definitiva em 13,1% dos doentes que apresentavam estas patologias**;

As DR foram a **causa de reforma em 5,1% do total de doentes avaliados** (não tendo porém sido avaliado neste trabalho qual a importância relativa das DR como causa de reforma em relação ao total de doentes reformados).

(2) 1977/79 – «Doenças Reumáticas-Absentismo laboral e Invalidez» (Estudo do Dr. Manuel L. Martins em colaboração com o Dr. João Figueirnhas)

Posteriormente, o mesmo autor em colaboração com o Dr. Loução Martins, avaliaram sobretudo a repercussão das DR em termos de baixas e reformas antecipadas, tendo concluído que em 1976 as DR foram responsáveis por[3,4]:

Quadro III. Inquérito Epidemiológico da S. P. R. (1976) J. Figueirinhas

- DR – causa de consulta em 22,6% dos doentes
- Reformas antecipadas em 13,1% dos d. r.
- 5,1% do total de doentes tiveram a DR como causa de reforma

- **Incapacidades Temporárias (baixas)**
  - total de **4.320.000 dias de baixa**
  - **17,8% do total de baixas concedidas**
  - média de **dias de baixa por DR: 63,6 dias** (a média de dias de baixa nas doenças em geral foi de 42,4 dias)
- **9,26% do total de Incapacidades Definitivas**
- **41,2% do total das reformas antecipadas/invalidez.**

(3) 1987 – «Programa CINDI» *(Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention)*

Em 1987, o Governo Português e a Organização Mundial de Saúde assinaram o Programa CINDI, um estudo internacional coordenado em Portugal no Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva (Prof. Fernando de Pádua); tinha como finalidade desenvolver medidas integradas, dentro dos Cuidados de Saúde Primários, para a prevenção de doenças não-transmissíveis, reduzindo factores de risco comuns, pretendendo globalmente diminuir a morbilidade das doenças relacionadas com aqueles factores de risco, particularmente as DR.

O estudo, realizado no distrito de Setúbal, revelou, após entrevista a 1.494 indivíduos, as seguintes conclusões referentes às DR[5]:

- **As DR foram diagnosticadas em 24% dos inquiridos** (embora 67,4% afirmassem ter queixas ou sintomas do foro osteoarticular);
- **A Osteoartrose foi a patologia mais prevalente, representando 31,8% das DR.**

(4) 1994/95 – «Serviço Nacional de Saúde – Receitas e Despesas». Estudo do Ministério da Saúde – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)

No **Orçamento Geral do Estado** de 1994/95, as **verbas destinadas à Saúde** correspondiam a 775

milhões (M) de contos (5% do PIB), divididas da seguinte maneira[6]:

* 4,1% PIB (600 M) - dotação directa
* 45 M (provenientes de receitas próprias)
* previsão de défice (130 M)

Estas verbas destinavam-se principalmente para:

* Despesas Hospitalares – 50,9%
* Despesas com as ARS – 44,2%

Os gastos previstos dividiam-se por:

* **Pessoal** = 313,8 M **(40,5%)**
* **Consultas Convencionadas** = 146 M **(18,9%)**
* **Farmácia** = 122,6 M **(15,8%)**

nestes gastos em medicamentos, os **anti-reumatismais colocavam-se em 3º lugar quanto a consumo, em 2º lugar quanto a custos absolutos =** 13,3 M **(10,9%),** sendo porém a classe terapêutica responsável por maior número de embalagens vendidas (**1º lugar de número de vendas**) correspondendo a 10,0% do total de embalagens;

* **Meios Auxiliares de Diagnóstico** = 50 M **(6,5%)** destes gastos, estimavam-se 9,7 M em **radiografias;**
* **Tratamentos Especiais** = 17,9 M **(2,3%),** dos quais eram consumidos 3,7 M em **Medicina Física e de Reabilitação.**

Estes dados sublinham bem a importância dos gastos gerados de forma directa pelas patologias reumáticas.

(5) 1995 – Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor pela Faculdade de Medicina de Lisboa do Dr. José Guilherme Jordão – «A Medicina Geral e Familiar – Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado»

O Prof. Dr. José Guilherme Jordão realizou de Novembro de 1992 a Janeiro de 1994 (48 semanas)[7] um grande inquérito nas Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (abrangendo uma população estimada no Censo de 1991 em cerca de 4 milhões de habitantes), envolvendo 63 Centros de Saúde das sub-regiões de saúde de Beja, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal. Colaboraram 65 Clínicos Gerais, que realizaram numa amostra aleatória um inquérito definido numa *Ficha do Utente*, contendo questões sobre múltiplas variáveis, nomeadamente:

- dados epidemiológicos
- escolaridade
- situação profissional
- estado civil
- tipo de família
- funcionalidade familiar
- condições gerais de habituação
- motivo(s) de consulta
- problemas de saúde

sendo estas duas últimas variáveis (baseadas na Classificação Internacional em Cuidados Primários) as mais relevantes para a nossa avaliação em termos de impacto das doenças reumáticas, agrupadas nesta classificação sob a designação de «**sistema músculo-esquelético**» (código L).

Resultados

Foram inquiridos 20.000 utentes dos referidos Centros de Saúde, preenchendo-se apenas uma ficha de utente por inquirido, apurando-se um total de **18.805** de registos de utentes observados avaliáveis. Nestes registos, existiram 1.679 utentes (8,9%) que não referenciaram qualquer problema de saúde (PS) (17.126 utentes com PS).

• Sexo - 63% dos indivíduos eram do sexo feminino.

• Idade - definiram-se 7 grupos etários (GE) divididos da seguinte forma:

• GE1 - até 5 anos; GE2 - de 5 a 15 anos; GE3 - de 15 a 25 anos; GE4 - de 25 a 45 anos; GE5 - de 45 a 65 anos; GE6 - de 65 a 75 anos; GE7 - superior a 75 anos.

• Motivo(s) de Consulta (MC) - admitiram-se 1 ou 2 MC por doente, numa média global de 1,6 MC / utente, correspondendo no universo dos utentes com PS a 29.896 MC.

• Problemas de Saúde (PS) - aceitaram-se até 3 PS por utente com PS, numa média de 2,8 PS/utente, correspondendo a um total de 48.678 PS referenciados.

• As doenças reumáticas músculo-esqueléticas (DME), foram a **primeira causa de MC no total de utentes**, tanto no universo masculino como no feminino, representando **16,3% do total de MC** – cerca de 1/6 do total de consultas em CG motivadas por problemas de DME.

Esta realidade é ainda mais acentuada se se considerarem determinados GE específicos: excluindo os dois primeiros GE (0 aos 15 anos) em que as DME não apresentam expressividade, conclui-se que a responsabilidade das DME como primeira causa de MC em CG se deve sobretudo ao seu impacto entre os 25 e os 65 anos (GE4 e 5) (fase mais activa e produtiva da vida),

faixas etárias em que as DME são a primeira causa de MC no respectivo GE, atingindo dos 45 aos 65 anos (GE5) uma prevalência máxima de 21% dos MC neste GE (correspondendo a 40,5% do total de diagnósticos de MC por DME).

• As DME foram a **primeira causa de PS no total de utentes** (em paridade com as doenças do aparelho circulatório) representando **19% do total de PS referidos** – cerca de 1/5 do total de utentes dum CS terão um qualquer problemas de DME.

Também nesta avaliação dos PS a relevância das DR aumenta de forma significativa se se excluirem os três primeiros GE (0 aos 25 anos), nos quais as DME não apresentam relevância epidemiológica; a responsabilidade das DME como primeira causa doença em CG deve-se, sobretudo, ao seu impacto acima dos 25 anos (GE4 a GE7), representando uma prevalência global de 20,5% dos PS nestes GE e correspondendo a 95,6% do total de diagnósticos de PS por DME.

• Avaliaram-se os **vinte primeiros problemas de saúde**, análise importante por representarem em conjunto quase metade (48,8%) de todos os problemas registados. O sistema músculo-esquelético é o mais representado com 29,5% dos primeiros PS e com 14,4% do total dos PS da amostra. Foram referidas: osteoartrose da coluna (2º PS com 7,38%), outras osteoartroses (7º PS com 2,5%), osteoartrose dos joelhos (11º PS com 1,62%), deformações adquiridas da coluna (12º PS com 1,52%) e osteoporose (14º PS com 1,38%).

(6) 1995/96 – «Inquérito Nacional de Saúde». Estudo do Ministério da Saúde (DEPS)

O Ministério da Saúde, através do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), publicou em 1996 um documento fundamental[8], designado por Inquérito Nacional de Saúde (INS) – 1995/1996 –, no qual apresentava os resultados de uma consulta realizada à população portuguesa sobre aspectos relacionados com a Saúde desta população.

O inquérito (efectuado com a colaboração do Instituto Nacional de Estatística) incidiu sobre 18.000 unidades de alojamento familiar, num total de 49.718 pessoas inquiridas em entrevista directa.

Os dados obtidos através deste inquérito foram tratados em 8 áreas de informação:

- Informações gerais de Saúde
- Incapacidade temporária
- Incapacidade de longa duração
- Doenças crónicas
- Cuidados médicos
- Saúde Infantil
- Consumo de tabaco, alimentos e bebidas
- Actividade física

Os dados relevantes para que se possa proceder a uma tentativa de caracterização do impacto económico e social das DR poder-se-ão agrupar em 4 ítens que se passarão a abordar:

I) Situação perante o trabalho
II) Alteração ao estado de saúde (doença)
III) Incapacidade temporária
IV) Incapacidade permanente

I) Situação perante o trabalho

Este inquérito permitiu documentar que a população activa (que suporta os custos de toda a restante população) é inferior a metade da população portuguesa (44%), e que as DR deverão contribuir para uma fatia importante da percentagem de reformados e grandes deficientes físicos (quadro IV).

Quadro IV. INS - Situação perante o trabalho

• População activa	44,0%
• Reformado	18,7%
• Estudante	17,1%
• Dona de casa	10,2%
• Desempregado	4,2%
• Criança	4,6%
• Grande deficiente F/M	0,7%
• Outra situação	0,5%

II) Alteração ao estado de saúde (doença)

O INS foi tentar verificar qual a responsabilidade relativa dos grandes grupos de entidades patológicas quanto à perda de saúde dos inquiridos, dividindo as respostas em três grandes grupos:

A) quem estivera doente nas 2 semanas anteriores ao inquérito, qualquer que fosse a causa de doença - uma situação aguda ou crónica (resposta global) (Quadro V);

B) tentar perceber nestes indivíduos (doentes nas duas últimas semanas), qual a duração da doença que os afectava (qual o tempo decorrido desde o seu início) (Quadro VI);

C) isolar deste conjunto global (doentes nas duas

Quadro V. INS - Alteração ao estado de saúde nas 2 semanas anteriores.

	H	M	T	%	% T
D. Ap. Resp.	1394	1542	2936	**20,2**	**5,9**
D. Sistema OA	1069	1844	2913	**20**	**5,8**
D. Ap. Digest.	697	764	1461	**10**	**2,9**
D. Ap. Circ.	456	824	1290	**8,9**	**2,5**
				(Prevalência)	(Incidência)

H - homens doentes; M - mulheres doentes; T - total
% - percentagem em relação aos doentes
% T - percentagem em relação ao total dos inquiridos

Quadro VI. INS - Alteração ao estado de saúde nas 2 semanas anteriores. Tempo decorrido desde o seu início.

	< 1 sem	%	> 3 m	%
D. Ap. Resp.	1089	**40,4**	482	**5,9**
D. Sistema OA	140	**5,2**	2371	**29,4**
D. Ap. Digest.	361	**13,4**	760	**9,4**
D. Ap. Circ.	50	**1,8**	1109	**13,7**
	(doenças agudas)		(doenças crónicas)	

Quadro VII. INS -Alteração ao estado de saúde nas 2 semanas anteriores por causa considerada crónica.

	H	M	T	%	% T
D. Sistema OA	854	1581	2435	**28,3**	**4,8**
D. Ap. Circ.	438	821	1289	**14,7**	**2,5**
D. Ap. Digest.	409	449	859	**10**	**0,9**

últimas semanas) quem esteve doente por uma situação patológica crónica (Quadro VII).

Este quadro demonstra que as DR (doenças do Sistema OsteoArticular) constituiam (em igualdade com as doenças do Aparelho Respiratório) a **primeira causa de doença na população inquirida**, representando **20%** dos casos totais de indivíduos doentes à altura do inquérito, e afectando **5,8%** do total da população inquirida.

Os Quadros VI e VII demonstram, no seu conjunto, que a **importância das DR se situa sobretudo em termos de patologias crónicas** (ao contrário por exemplo das doenças do Aparelho Respiratório, grandes responsáveis pelas situações agudas), assumindo assim uma importância crescente com o seu tempo de duração. Desta forma, e considerando parcelarmente apenas as situações de doença por causa crónica, as DR constituiram novamente (mas agora de forma destacada) a **primeira causa de doença na população inquirida**, representando **28%** dos casos totais de indivíduos doentes à altura do inquérito, e afectando uma parcela de **4,8%** do total da população inquirida.

De salientar que os doentes referindo DR por causa crónica (2.435) (Quadro VII), constituíam 83% do total de indivíduos relatando estar doentes por DR em termos globais (2.936) (Quadro V), o que demonstra de forma inequívoca que estas são, na realidade, situações patológicas eminentemente crónicas.

III) Incapacidade temporária

Em termos de Incapacidade, as DR constituem a **primeira causa de Incapacidade Temporária (IT) por doença crónica**, representando **22%** dos casos de IT nestas circunstâncias e afectando cerca de **1%** do total da população inquirida (Quadro IX).

Mesmo em termos de avaliação global de IT (por situação aguda ou crónica) (Quadro VIII), as DR são responsáveis por 15,5% das IT, afectando 1,4% da população avaliada.

IV) Incapacidade permanente

No inquérito efectuado, o «reumatismo/doença osteoarticular» foi considerado como:

1) causa de 17% dos casos de acamamento definitivo;

2) a causa em 26% dos doentes confinados a cadeira de rodas;

3) motivo para limitação ao domicílio em 30% dos casos;

4) causa de 40 a 60% de situações de incapaci-

Quadro VIII. INS - Incapacidade temporária nas 2 semanas anteriores

	H	M	T	%	%T
D. Ap. Resp.	446	479	925	**21,1**	**1,9**
D. Sistema AO	246	431	677	**15,5**	**1,4**
D. Ap. Circ.	166	273	439	**10,2**	**0,9**

Quadro IX. INS - Incapacidade temporária nas 2 semanas anteriores por causa considerada crónica

	H	M	T	%	%T
D. Sistema OA	190	346	536	**22**	**1,0**
D. Ap. Circ.	152	263	415	**17**	**0,8**
D. Ap. Digest.	96	122	218	**9**	**0,4**

dade prolongada para certas actividades de vida diária.

No total, poder-se-à afirmar que, com graus decrescentes de gravidade da IP, **as DR motivaram IP em 15-60% dos indivíduos inquiridos**, constituindo-se como a **primeira causa de incapacidade permanente**.

V) Assistência aos doentes

Um dado paralelo, mas de eventual relevância para a percepção da situação deficitária da assistência reumatológica aos doentes com DR em Portugal, decorre da apresentação dos resultados respeitantes à **assistência médica aos doentes**, em que este estudo revelou que:

• Nos 3 meses anteriores, 50% dos doentes recorreram a consulta médica, o que demonstra bem a grande procura de consultas pelos doentes; a repartição destas consultas por especialidades fez-se da seguinte forma:

… 72,6% de Clínica Geral
… 2,6% de Ortopedia
… 1,0% de Neurologia
… 0,4% de Fisiatria
… 0,06% de Reumatologia ! …

Se considerarmos a alta prevalência de DR na globalidade dos indivíduis doentes, poderemos concluir que, na realidade, apenas uma pequena minoria de doentes reumáticos é assistido em consulta por um especialista da sua área patológica;

• Isto mesmo é confirmado noutro dado apresentado que revela que dos doentes com patologia crónica osteoarticular…

… 81,8% recorreram a Clínica Geral
… 10,9% a Ortopedia
… 2,6% a Fisiatria
… 2,2% a Reumatologia!…

(7) 1997 – «Doenças Reumáticas nos Cuidados de Saúde Primários» (Drs. Paulo Coelho e Maria Luísa Matos)

Foi publicado em 1997 na Acta Reumatológica Portuguesa[9] um estudo da prevalência e consequências das doenças reumáticas numa consulta de Clínica Geral (CG). Avaliaram-se 591 doentes, que recorreram durante 6 meses consecutivos a esta consulta, perfazendo um total de 1.219 consultas, tendo-se porém procedido a uma avaliação de parâmetros destes doentes referentes aos 3 anos anteriores (Quadro X).

I) Situação perante o trabalho

A distribuição dos doentes mediante a sua situação perante o trabalho era a seguinte:

- **activos 62,1%**
- estudantes 9,8%
- domésticas 6,4%
- reformados 21,7%

Embora com números inferiores ao referido anteriormente no INS, confirma-se existir uma faixa de população activa relativamente estreita (44% no INS *versus* 62% neste trabalho).

II) Causa de consulta

• **As DR foram a 1ª causa de motivo de consulta (21%)**, seguindo-se as doenças cardio-vasculares (14,7%) e as doenças psiquiátricas (12,2%); isto equivale a dizer que 1 em cada 5 utentes procuraram esta consulta de CG por situações do foro reumatológico;

• 57,5% do total de doentes observados nestes 6 meses havia recorrido nos 3 anos anteriores pelo menos uma vez à consulta por causa reumatológica;

• AS DR mais frequentemente observadas foram:
- reumatismos abarticulares (48,6%)
- raquialgias (37,1%)
- osteoartrose (18,1%)

III) Incapacidade temporária

• **As DR foram a 1ª causa de absentismo laboral**, tendo sido responsáveis neste grupo de doentes por um absentismo laboral total de 23.161 dias, o que equivale a **11,2 dias/pessoa/ano** ou 18,0 dias/ /pessoa activa/ano;

• Considerando os períodos de baixa concedidos neste grupo, as DR motivaram **22,9% dos períodos de baixa**, equivalendo a **42,5% total de dias de baixa concedidos**, o que não só confirma que as DR são a mais importante causa de concessão de baixas (IT), como demonstra que as incapacidades provocadas pelas DR são mais persistentes e prolongadas.

IV) Gastos

• **As DR foram a 3ª causa de consumo crónico de medicamentos** (21,3%), logo atrás do consumo relacionado com as doenças psiquiátricas (36,5%) e doenças gastrointestinais (33,2%).

Quadro X. Doenças Reumáticas nos Cuidados de Saúde Primários.
(Paulo Coelho e Maria Luísa Matos)

- **1ª causa de consulta (21%)**
- **3ª causa consumo crónico de medicamentos**
  d. reumáticas – 21,3%
- **1ª causa de absentismo laboral**
  11,2 dias / pessoa / ano
  18,0 dias / pessoa activa / ano
  DR **- 22,9% períodos de baixa**
  - 42,5% total de dias de baixa

(8) 1997 – «Estudo sobre a Doença Reumática em Portugal»– Inquérito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.
(Em colaboração com o Laboratório Farmacêutico Searle Monsanto - Inquéritos não publicados)

A SPR promoveu em 1997, em colaboração com a Searle Monsanto um conjunto de inquéritos junto da Clínica Geral e doentes seleccionados nestas consultas, os quais se dividiram em três grupos:

1) **Opinião dos Médicos sobre a Doença Reumática**

As conclusões deste trabalho resultam dos dados obtidos através de uma entrevista postal a 500 Clínicos Gerais/Médicos de Família, sobre aspectos relacionados com a realidade da Reumatologia na CG;

2) **Opinião dos Médicos sobre os Doentes**

Contendo dados relativos a 2 dias de consulta de 188 médicos, num total de 4.752 consultas;

3) **Opinião dos Lares**

Dados obtidos através de entrevista directa e pessoal no domicílio a 2.000 lares.

Os **Objectivos Globais do Estudo** foram:

1. Avaliar junto das famílias a prevalência das DR e suas consequências - atitudes, hábitos (Inquérito 3);

2. Avaliar a importância relativa das consultas reumáticas na Medicina Familiar, sua caracterização sumária, análise das consequências sociais e quantificação das necessidades de apoio diferenciado (Inquérito 1);

3. Estudo epidemiológico das DR na CG e Medicina Familiar (Inquérito 2);

4. Saber a opinião dos médicos sobre recursos e necessidades em Reumatologia (Inquérito 2 e 3).

1) **Opinião dos Médicos sobre a Doença Reumática**

Neste inquérito aos CG, em que lhes foram apresentadas questões respeitantes à realidade da Reumatologia na sua prática de CG, obtiveram-se como conclusões mais relevantes os seguintes aspectos:

• Os CG entrevistados referiram observar uma média de 30 doentes por semana com DR, o que equivaleria a **30,6% do total de doentes consultados**;

• Só 51% dos CG inquiridos têm uma Consulta de Reumatologia na sua área;

• Os CG inquiridos demonstraram apresentar carências na sua capacidade de actuação autónoma em doenças reumáticas nos seguintes aspectos:

- orientação terapêutica - 62%
- diagnóstico - 51%
- orientação no pedido de Meios Complementares de Diagnóstico - 48%

2) **Opinião dos Médicos sobre os Doentes**

Foi efectuado um **inquérito epidemiológico** a 1.500 Médicos Clínicos Gerais exercendo a sua actividade em Portugal Continental divididos em 5 regiões (Grande Lisboa - 19,6%, Grande Porto - 16,7%, Litoral - 36%, Interior Norte - 17,7%, e Interior Sul - 10%) sobre aspectos relacionados com a sua prática clínica diária, tentando caracterizar a incidência de patologia reumática e determinar

aspectos relevantes relacionados com esta, em doentes recorrendo a dois dias de consulta de Clínica Geral de cada um destes Médicos.

Responderam 188 Médicos, dando informações sobre 4.752 consultas, correspondendo a 36,1% de doentes do sexo masculino e 63,9% do sexo feminino.

Os dados mais relevantes obtidos foram (Quadro XI):

Quadro XI. Estudo sobre a Doença Reumática em Portugal. Sociedade Portuguesa de Reumatologia/1997

- DR **- 1ª causa de consulta (23%)**
- DR **- implicações terapêuticas**
  - * farmacológica (96%)
  - * MFR (42%)
  - * cirurgia (6%)
- **84% dos doentes com DR automedicam-se**
- DR - **motivaram incapacidade** em 98% doentes (total - 13% // moderada - 56% // ligeira - 29%)
- **22% dos doentes necessitaram de baixa** em 62% dos casos o período foi de 16 a 30 dias nº médio de dias de baixa / ano - 22,06 dias
- DR - **1ª causa de reforma** (34,6% reformas) doentes reformados - 1657 (34,9% total)

2.I) Causa e consumo de consultas

• Das 4.752 consultas realizadas pelos CG, **30% foram do foro reumatológico** (1.428);

Os doentes com patologias reumáticas são assim uma importante **fonte de consumo de consultas de Clínica Geral**, tal como ficou documentado neste estudo. Com efeito, em 33,3% dos doentes (1/3 do total), a doença era de tal forma importante que justificava uma consulta mensal; em 42,8% dos casos existia a necessidade de uma consulta trimestral. Desta forma, **em cerca de 3/4 dos doentes com DR verificou-se a necessidade de, pelo menos, 4 consultas/ano**, servindo como mais um elemento fundamentador do impacto das doenças reumáticas em termos de **utilização de Cuidados de Saúde**.

As patologias reumáticas consideradas globalmente foram a **1ª causa de motivo de consulta (23,1%)**, sendo os restantes 3/4 de motivos de consulta distribuídos por todas as outras doenças.

Ao avaliar-se a prevalência (nº total de casos presentes no intervalo de tempo do estudo – dois dias de consulta para cada Médico) dos diferentes tipos de doença, verificou-se também **serem as DR as patologias mais prevalentes** (37%, correspondendo a 1758 doentes), seguida da patologia cardiovascular (24,1%), digestiva (14,5%), respiratória (10,2%) e genito-urinária (9,2%).

Tendo como base 1.340 doentes apresentando patologia reumática (do número total de 1.758), foi-se avaliar qual a incidência e distribuição das diferentes entidades reumatológicas referidas pelos doentes (admitindo-se mais do que uma patologia por doente). Os resultados confirmam a **Osteoartrose** como a patologia reumatológica mais frequente (presente em 64,3% dos doentes), seguida pelas **Lombalgias** (31,1%) e **Osteoporose** (28,4%). As patologias reumatológicas inflamatórias (8,7%), a gota úrica (6,3%) e os reumatismos periarticulares (tendinites/bursites) (6,3%), apresentaram percentagens de frequência muito menos elevadas que aquelas três doenças, embora relevantes para o âmbito de uma consulta de CG.

As DR confirmaram também neste estudo apresentarem uma **evolução crónica**, tendo 56% dos doentes com DR mais de 5 anos de duração de doença, enquanto que apenas 15% dos doentes tinham a situação patológica (em termos de colocação de diagnóstico) há menos de 1 ano.

2.II) Gastos

• DR - **implicações terapêuticas**

* farmacológica (96%)
* MFR (42%)
* cirurgia (6%)

As patologias reumáticas afectando estes doentes obrigavam na quase totalidade dos casos (96,4%) a realizar uma ***terapêutica farmacológica***. Os fármacos escolhidos foram fundamentalmente os AINES (usados em 82,8% dos doentes), mas medicamentos como os analgésicos puros (37,3%) e os relaxantes musculares (30%) são também muito utilizados. Os fármacos anti-osteoporóticos foram prescritos em 25,4% dos doentes, o que se pode considerar um número positivo, atendendo à incidência de Osteoporose neste estudo (28,4%). Considerando o elevado custo destes fármacos prescritos, estes dados vêm contribuir (ainda que muito parcialmente, pois muitos outros factores existem) para a fundamentação dos **elevados custos económicos** associados às doenças reumáticas.

O importante papel da ***Medicina Física e de Reabilitação*** na terapêutica das doenças reumáticas, em particular das mais prevalentes numa consulta de Clínica Geral, ficou patente na percentagem de doentes a quem foi prescrito este tipo de abordagem (42,4%).

Num número considerável de doentes (6,6%), a doença reumática foi suficientemente agressiva para implicar o recurso a ***correcção cirúrgica***, assim sublinhando o potencial destrutivo e limitador que estas doenças apresentam.

2.III) Incapacidade temporária

As DR são fonte de grande morbilidade e incapacional funcional; com efeito, ao avaliar-se o **grau de incapacidade** motivado por estas patologias, verificou-se que em apenas 2,1% dos doentes não existia qualquer repercussão funcional, tendo as DR **motivado incapacidade** nas actividades de vida diária (AVD's) em 98% doentes, a qual foi dividida em:

- total - 12,7%
- moderada - 56%
- ligeira - 29%

• **Em 22,6% dos doentes avaliados com DR verificou-se existir a necessidade de atribuir dias de baixa aos doentes**, em função da intensidade e repercussão funcional da patologia reumática subjacente.

• O **número de dias de baixa** atribuído a estes doentes foi significativo em cerca de 62% dos casos, em que correspondeu a 16 a 30 dias; os restantes episódios determinaram menos de 10 dias (em 21,8%), ou de 11 a 15 dias (16,2%).

• O **número médio de dias de trabalho perdidos** por ano nestes doentes foi de **22,06 dias**, reflectindo bem a importante repercussão económica e social (individual e na sociedade em geral) das doenças reumáticas.

2.IV) Incapacidade permanente

Já se constatou anteriormente o facto muito significativo de **em 12,7% dos doentes o grau de repercussão ser total**, incapacitando o doente de forma absoluta para as suas AVD's.

Mais significativo ainda é a confirmação da noção de que as DR são a **1ª causa de reforma** no conjunto global de reformas por patologia; neste trabalho, ao isolar-se do conjunto estudado o total de doentes reformados (1.657 doentes, 34,9% do total), verificou-se que **a DR foi responsável *per si* por 34,6% das reformas destes doentes** (mais de um terço dos casos), estando todas as restantes patologias implicadas em apenas 58% das reformas.

2.V) Relação CG - Reumatologia

Os Médicos de CG que colaboraram neste inquérito consideraram apenas em 36,6% dos casos não existir utilidade do apoio de um Reumatologista na orientação destes doentes. Nos restantes 63,4% dos casos, foi considerado como eventualmente ***útil a colaboração do Reumatologista***. Estes números reforçam a noção da especificidade da actuação do Especialista e de como os Médicos exercendo actividades de Cuidados de Saúde Primários sentem a necessidade de complementar a abordagem dos doentes reumáticos com a intervenção do Reumatologista.

3) **Opinião dos Lares (Indivíduos / Famílias)**

Efectuou-se uma entrevista em 2.000 lares de Portugal Continental, existentes em localidades com 100 ou mais habitantes, estratificados por região e *habitat;* a entrevista foi directa e pessoal, realizada no domicílio do entrevistado. O indivíduo inquirido foi um dos doentes reumáticos do lar ou, na impossibilidade do mesmo, a dona de casa.

Os resultados recolhidos apontam para as seguintes conclusões:

• **29,5%** dos entrevistados referiram ter DR;

• Destes, 67,3% tinham DR com mais de 5 anos de diagnóstico, o que corrobora dados anteriores sobre a cronicidade das DR;

• Os doentes com DR, consideraram a sua doença como:

– 55% - doença grave; 38% - doença muito grave (ou seja, mais de 90% dos doentes reumáticos consideram a sua DR grave);

–73% acharam que deveriam ser consultados por especialista de Reumatologia;

Porém, recorriam:

- 72% Centro Saúde
- 12% Clínica Privada
- 11% Hospital;

Mais de metade (53%) dos indivíduos que responderam sofrer de DR desconheciam o nome da sua doença; dos que afirmavam conhecer o nome da sua doença (e embora a fiabilidade deste dado seja incerta) cerca de **70% referiam sofrer de artrose** (artrose/espondilose);

• **84% dos doentes com DR automedicavam-se;**

• **Impacto das DR**:

→ alteração na vida familiar (72%)

→ alteração na vida profissional (60%)

→ reformados (22%)
• As medidas sugeridas pelos DR para melhorarem este panorama, foram:
→ **mais e melhores Centros de Reumatologia (66%)**
→ medicamentos mais baratos (62%)
→ mais fácil acesso ao médico (45%)
→ maior atenção dos médicos (42%)
→ mais reumatologistas (41%)

(9) 2000 – «Prevalência das Doenças Reumáticas em Portugal». (Prof. S. Massano Cardoso)

Foram apresentados recentemente os resultados de um inquérito («Prevalência das Doenças Reumáticas em Portugal») levado a cabo pelo Professor Massano Cardoso (Professor de Epidemiologia da Faculdade de Coimbra). Tratou-se de um inquérito transversal telefónico, aplicado a 1.050 indivíduos, com idade superior ou igual a 18 anos, no período de 16 a 28 de Setembro de 1999.

Entre outras questões, nomeadamente epidemiológicas (sexo, idade, região, distância da habitação, meio social, ocupação e classe social), foram inquiridos os seguintes aspectos:

- incidência das doenças reumáticas
- necessidade de consulta ao médico por problemas reumatismais
- frequência das consultas
- classificação da perturbação reumatismal

Os resultados apontaram no sentido de:
• **prevalência total de 38% das DR**, correspondendo a uma estimativa de 2.674.000 de portugueses sofrendo destas patologias (36% de homens e 64% de mulheres);
• **27,4% dos inquiridos classificaram a sua DR como grave ou bastante grave**;
• **59,1% necessitaram de, pelo menos, 1 consulta de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses**; um total de 83,8% tinham, pelo menos, uma consulta cada 6 meses.

Estes números reforçam a ideia da importância que as DR terão em termos de prevalência e de consumo de recursos médicos na população em geral; o estudo possui uma segunda parte em que são apresentados resultados referentes à utilização de medicamentos, seus custos e complicações.

Resumo dos Estudos Nacionais

Tentando integrar os dados globais dos mais relevantes estudos apresentados, respeitantes a cada um dos parâmetros epidemiológicos mais importantes, obtemos a seguinte súmula (Quadro XII):

Em balanço poderemos assim dizer que as DR são:
• A **patologia crónica** mais prevalente (representando 28 a 37% das patologias crónicas), motivan-

Quadro XII. Epidemiologia das DR - Estudos Nacionais

	SPR1	MLM	CINDI	SNS	JGJ	INS	CSP	SPR2	MC
Prevalência%	37,5		24		19	20-28	57,5	30-37	38
Causa Consulta	22,6				16,3		21	23	
Osteoartrose	64,3		31,8				18-55	64,3	
Cons. Medicam.				2ª			3ª		
IT						22			
ID - % dt reum	13,1							13,0	
ID - % total		9,26				17-60			
Baixa - % total		17,8					22,9	22,6	
- % dias							42,5		
- nº dias		63,6					18,0	22,0	
Reforma– causa		1ª						1ª	
- % total	(5,1)	41,2						34,6	

SPR1 - Inquérito da SPR / 1976; MLM - Estudo DR - Absentismo laboral e Invalidez (Dr. Loução Martins); CINDI - Inquérito CINDI; SNS - Receitas e Despesas do SNS; JGJ - Trabalho do Prof. José Guilherme Jordão; INS Inquérito Nacional de Saúde 1975/76; CSP- Estudo Doenças Reumáticas nos CSP; SPR2 - Inquérito da SPR/1997; MC - Inqérito Prof. Massano Cardoso
IT - Incapacidade temporária; ID -% dte reum - percentagem dos doentes com DR com incapacidade definitiva; ID -% total - percentagem da totalidade de doentes com incapacidade definitiva; Baixa -% total - percentagem do número total de baixas devidas a DR; Baixa -% dias - percentagem do número total de dias de baixa devidas a DR; Baixa - nº dias - número médio de dias de baixa por episódio, devido a DR.

do o **maior consumo de consultas** em CSP - cerca de **1/5 (20%) das consultas efectuadas em CG** devem-se a DR;

• A 2ª causa de gastos totais em **medicamentos**, representando, porém, a 1ª causa de consumo em unidades;

• A 1ª causa de períodos e do total de dias de **baixa**;

• A 1ª causa de **incapacidade** (IT/ID);

• A 1ª causa de **reformas.**

Estas conclusões impressionantes, sobretudo pela coerência e sobreposição de resultados de trabalhos distantes entre si no tempo mais de 20 anos, reflectem assim a **importância das DR** em termos de:

- incidência e prevalência

- incapacidade funcional (social e profissional)

- custos económicos e sociais

É assim fundamental que se alertem os responsáveis pela Saúde em Portugal para que conheçam e encarem esta realidade, **mas que a entendam como modificável**, para o que deverão ser tomadas **medidas urgentes** visando:

• **A prevenção das DR**

• **Um diagnóstico correcto e precoce**

• **Uma adequada intervenção terapêutica**

- farmacológica
- reabilitação
- cirúrgica
- assistência social

Só assim poderemos aspirar a conseguir:

• **Uma modificação da evolução da doença**

• **Uma diminuição das suas consequências físicas e sociais**

• **Uma racionalização dos gastos na sua abordagem médica e nas suas consequências económicas.**

Como modificar esta realidade?

Embora de forma sumária e esquemática, pensamos que a melhoria na abordagem ao DR passaria sobretudo por:

(A) Uma mais adequada **formação básica em Reumatologia dos médicos** em geral e dos MF/CG em particular, através de:

• Ensino Pré-Graduado nas Universidades

• Programa de Prevenção e Controlo das DR

• Formação e Actualização Permanente com Ensino Pós-Graduado de Reumatologia

• Protocolos de Diagnóstico das DR mais frequentes/importantes

(B) Maior **facilidade de referenciação ao Reumatologista**, através de:

• Ligação preferencial Centro de Saúde – Centro de Reumatologia

• Protocolos de referenciação

• Harmonizar a distribuição de oferta de Reumatologia por todo o país através de um adequado Plano Reumatológico Nacional que contemple Serviços/Unidades de Reumatologia nos maiores centros urbanos

(C) **Adequada intervenção do Reumatologista**

• Está documentado em trabalhos publicados nomeadamente nos EUA que, quando tecnicamente correcta e adequada, a intervenção do Reumatologista é **a mais eficaz** (pois consegue modificar a evolução da doença e, assim, minorar a dor e evitar incapacidade temporária e/ou definitiva) e **a mais rentável** (pois permite poupar gastos globais das DR, em termos de terapêuticas e MCD desnecessários e, sobretudo, em termos de gastos indirectos, com perda de produtividade e reformas antecipadas)

(D) Conseguir **detectar as DR em fase modificável da sua evolução** e ter um verdadeiro **acesso aos meios indispensáveis para uma correcta abordagem das DR** (em termos diagnósticos e terapêuticos)

(E) **Informar e sensibilizar a opinião pública**

(F) **Informar e sensibilizar o poder político**

Eventualmente, todos os pontos anteriores dependem decisivamente deste último - da capacidade de quem dirige em perceber a esmagadora relevância da realidade médica, social e económica que representam as DR e de como uma intervenção médica global, equilibrada e adequada, pode modificar de forma significativa tal panorama. Que esta nossa pequena contribuição possa servir de rastilho para as desejadas medidas!…

Referências bibliográficas

1. Figueirinhas J. Estudo epidemiológico dos reumatismos. Acta Reuma. Port. 1976, IV (1-2): 23-56.
2. Figueirinhas J. Alguns dados definitivos obtidos através do recente inquérito epidemiológico de reumatismos. Acta Reuma. Port. 1976, IV (3-4): 373-380.
3. Martins ML. Afecções reumáticas. Absentismo e invalidez. Acta Reuma. Port. 1977, V (3).
4. Figueirinhas J. Enfermedades reumaticas y absenteismos laboral. Responsabilidad del reumatlogo. Acta Reuma. Port. 1979, VII (2): 69-102.
5. Hungarian Rheumatol, 1991 (suppl); 32:80.
6. Ministério da Saúde. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Serviço Nacional de Saúde Receitas e Despesas 1994-1995. Lisboa
7. José Guilherme Jordão. "A Medicina Geral e Familiar - Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-graduado". Lisboa: "A Comarca de Arganil", 1995, 188-243.
8. Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996 Continente Dados Gerais. Lisboa.
9. Coelho PC, Matos ML. Doenças reumáticas nos cuidados de saúde primários. Acta Reuma. Port. 1997; 80: 9-19.