

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS REUMÁTICAS
PROGRAMA NACIONAL CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS



O ESTADO DA REUMATOLOGIA EM PORTUGAL

Raquel Lucas
M^a Teresa Monjardino

OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS REUMÁTICAS
PROGRAMA NACIONAL CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS

O ESTADO DA REUMATOLOGIA EM PORTUGAL

Raquel Lucas
M^a Teresa Monjardino

Abril 2010

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de reconhecer os seguintes contributos, que foram determinantes para a produção do presente documento:

Prof. Doutor Henrique Barros (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto); Prof. Doutor Jaime Branco (Comissão de Coordenação do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa); Dr. Rui André Santos, Dr.^a Lúcia Costa, Dr.^a Patrícia Nero (Direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR)); Dr.^a Viviana Tavares (Direcção da SPR, Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo, IP, e Associação Nacional contra a Osteoporose); Prof. Doutor João Eurico Fonseca (SPR e Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa); Prof. Doutora Helena Canhão (Direcção da SPR, Hospital de Santa Maria e Faculdade de Medicina de Lisboa); Prof. Doutor José António Pereira da Silva (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Hospitais da Universidade de Coimbra); Dr. Domingos Araújo, Dr.^a Carmo Afonso, Dr.^a Mónica Bogas (SPR e Unidade Local de Saúde do Alto Minho); Dr. José Canas da Silva (Hospital Garcia de Orta); Dr. Luís Cunha Miranda (SPR e Instituto Português de Reumatologia (IPR)); Prof. Doutor Francisco Ventura (Hospital de S. João e Faculdade de Medicina do Porto); Dr. Augusto Faustino, Dr.^a M^a José Santos, Dr.^a Margarida Cruz, Dr.^a Anabela Barcelos (SPR); Dr.^a Fátima Candoso (Administração Central do Sistema de Saúde, IP); Dr.^a Alda de Caetano Carvalho, Dr.^a Fátima Elias (Instituto Nacional de Estatística, IP); Dr. A. Maciel Barbosa, Dr.^a Delfina Antunes, Dr. António Teixeira Pinto (ARS Norte, IP); Dr. Luís Afonso (ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP); Dr. Eusébio Pacheco (ARS Algarve, IP); Dr.^a Isabel Marinho Falcão, Dr.^a Eleonora Paixão (Rede Médicos-Sentinela); Dr.^a Ana Margarida Oliveira (INFARMED, IP); Dr.^a M^a da Luz Loureiro (Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar, CIMGF, Zona Norte); Dr.^a Ricardina Barroso (CIMGF Zona Sul); Dr. Fernando Próspero Luís, Dr.^a Anabela Morais (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro); Dr. Aguiar Ferreira (Hospital Distrital de S. João da Madeira); Dr. João Gregório (Hospital de São Sebastião); Dr. José Alberto Dias dos Santos; Dr. Jorge Cotter (Centro Hospitalar do Alto Ave); Dr. Raul César de Sá, Dr.^a Patrícia Pinto (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho); Dr.^a Maria José Vieira (Centro Hospitalar do Médio Ave); Dr.^a Amélia Marques (Centro Hospitalar do Alto Minho); Dr.^a Sameiro Neves (Hospital Santa Maria Maior); Dr.^a Anabela Correia (Hospital de São Marcos); Prof. Doutor A. Martins da Silva, Prof. Doutor Carlos Vasconcelos (Centro Hospitalar do Porto); Dr. António Oliveira e Silva, Dr. José Pinto (Hospital de S. João); Dr. Gil da Costa (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde); Dr. Carlos Pinto Ribeiro (Hospital Dr. Francisco Zagalo de Ovar); Dr. Jorge Manuel Pereira Martins (Hospital do Arcebispo João Crisóstomo); Dr. Cílio Pereira Correia (Hospital Cândido de Figueiredo de Tondela, Hospital de São Teotónio - Viseu); Dr. Luís Manuel Ferreira (Hospital de Sousa Martins); Dr.^a Maria Deolinda Portelinha, Dr. Manuel Salgado (Centro Hospitalar de Coimbra); Dr.^a Helena Porfírio (Hospital Distrital de Pombal); Dr. Francisco Parente (Hospitais da Universidade de Coimbra); Dr.^a Maria de Lurdes Sá (Hospital Infante D. Pedro); Dr.^a Maria Teresa Monteiro (Hospital Distrital da

Figueira da Foz); Dr.^a Maria Helena Figueiredo Brito (Hospital de Nossa Senhora da Assunção - Seia); Dr. João Gabriel (Unidade Local de Saúde de Castelo Branco); Dr.^a Ana Alcazar (Hospital de Reynaldo dos Santos); Dr.^a Conceição Loureiro (Hospital Curry Cabral); Prof. Doutor Pedro Abecassis (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental); Dr. F. Ribeiro de Carvalho (Hospital de Santarém); Dr.^a Dalila Góis (Centro Hospitalar de Cascais); Eng.^a Izabel Pinto Monteiro (Hospital de Nossa Senhora do Rosário); Dr.^a Fernanda Duarte (Hospital do Montijo); Dr.^a Conceição Rendeiro (Centro Hospitalar de Setúbal); Dr. J. A. Correia da Cunha (Centro Hospitalar Lisboa Norte); Dr. João Vieira Luz (Centro Hospitalar Médio Tejo); Dr.^a Isabel Carvalho (Centro Hospitalar de Torres Vedras); Dr. Manuel Simões Pereira Nobre (Centro Hospitalar Caldas da Rainha); Dr. António Foz Romão (Hospital de S. Pedro Gonçalves Telmo); Dr. Eduardo Gomes da Silva (Centro Hospitalar de Lisboa Central); Dr.^a Maria Luísa Lopes (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano); Dr. Manuel Carvalho (Hospital do Espírito Santo); Dr. José Aníbal Soares (Centro Hospitalar do Baixo Alentejo); Dr.^a Conceição Vilão (Hospital do Litoral Alentejano); Dr. João Pedro Quaresma (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio); Dr.^a M^a Helena Gomes (Hospital de Faro); Dr.^a Isabel Cassio (Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada); Dr. Carlos Noronha (IPR); Dr. José Andrade; Dr. Joaquim Dias Cardoso (Hospital Militar Regional nº2); Prof. Doutor Joaquim Manuel Lopes Henriques (Hospital Militar Principal); Prof. Doutor Nuno Sousa (Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho); Dr. Elísio Gomes Pinto, Dr.^a M^a dos Anjos Rodrigues Dixe (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria); Prof. Doutor Nelson P. Rocha (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro); Dr.^a M^a Conceição Costa Bento (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra); Prof. Doutora Nídia Braz (Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve); Prof. Doutora Fernanda Pestana (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal); Dr. Paulo José Parente Gonçalves (Escola Superior de Enfermagem do Porto); Dr.^a M^a Leonor Melo Raposo (Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada); Dr. José Melo Gomes (Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas); Dr.^a Arsete Saraiva (Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide); Dr.^a Rosa Maria Gonçalves (Associação de Doentes com Lúpus); Dr. Jorge Nunes (Associação Nacional da Espondilite Anquilosante); Dr.^a Carla Torre (Centro de Estudos e Avaliação em Saúde da Associação Nacional de Farmácias); Prof. Doutora Filomena Carnide (Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa); Dr.^a Sara Vilão (Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia); Dr.^a Tânia Loureiro, Prof. Doutora Fátima Pina, Dr.^a Sofia Correia, Prof. Doutora Ana Cristina Santos, Prof. Doutor Nuno Lunet, Dr. Diogo Mendes, Dr. Milton Severo, Dr.^a Cristina Pinheiro, Dr. Pedro Norton (Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto).

As actividades do Observatório tiveram o financiamento sem contrapartidas (sob a forma de *unrestricted grant*) dos Laboratórios Delta; Merck, Sharp & Dohme e Sanofi-Aventis.

ÍNDICE

Uma década depois	1
1. A patologia musculoesquelética e o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.....	7
1.1. Importância médica e social das doenças reumáticas	7
1.2. Quantificação da carga das doenças reumáticas.....	7
1.3. Determinantes da patologia musculoesquelética na população portuguesa	8
1.4. O Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.....	13
2. Monitorização e avaliação de programas de saúde.....	17
2.1. Avaliação formativa	18
2.2. Avaliação de processo	18
2.3. Avaliação sumativa	19
2.4. A função Observatório Nacional das Doenças Reumáticas e a quantificação dos ganhos em saúde resultantes do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas...	19
3. Fundamentação e objectivos do presente documento	21
4. Revisão da epidemiologia da patologia reumática em Portugal.....	23
4.1. Fontes de informação	24
4.2. Métodos	27
4.2.1. Medidas de frequência	27
4.2.2. Medidas da utilização de cuidados de saúde.....	38
4.2.3. Medidas de mortalidade.....	39
4.3. Resultados	40
4.3.1. Doenças reumáticas e dor musculoesquelética	40
4.3.2. Osteoartrose	66
4.3.3. Raquialgia.....	78
4.3.4. Doenças reumáticas periarticulares.....	83
4.3.5. Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho	85
4.3.6. Osteoporose e fracturas osteoporóticas	92
4.3.7. Fibromialgia	106
4.3.8. Artropatias microcristalinas.....	108
4.3.9. Artrite reumatóide	112
4.3.10. Espondilartropatias.....	116
4.3.11. Doenças reumáticas sistémicas.....	120
4.3.12. Artrites idiopáticas juvenis.....	123
4.4. Indicadores de monitorização do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.....	126
4.4.1. Indicadores de incidência	126
4.4.2. Indicadores de prevalência	128
4.4.3. Indicadores de incapacidade.....	133

4.4.4. Indicadores de mortalidade	134
4.5. Aplicação dos indicadores previstos no Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas na avaliação de ganhos em saúde.....	135
5. Implementação das estratégias do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas 2004-2009	137
5.1. Estratégias de Intervenção	141
E1 – Criação e desenvolvimento de Serviços/Unidades hospitalares de Reumatologia	141
E2 - Produção e divulgação de orientações técnicas sobre diagnóstico, acompanhamento e referenciação de doentes reumáticos nomeadamente no que se refere a: Osteoartrose, Raquialgias, Doenças Reumáticas Periarticulares, Lesões Musculoesqueléticas Ligadas ao Trabalho, Osteoporose, Fibromialgia, Artropatias Microcristalinas, Artrite Reumatóide, Espondilartropatias, Doenças Reumáticas Sistémicas e Artrites Idiopáticas Juvenis	157
E3 - Produção e divulgação de orientações técnicas sobre identificação de crianças com factores de risco modificáveis para doenças musculoesqueléticas, sua referenciação precoce para unidades especializadas em reumatologia e sua integração no ambiente escolar	159
E4 - Produção e divulgação, pelas equipas de saúde escolar, de orientações sobre ergonomia do ambiente escolar	160
E5 - Produção e divulgação de orientações técnicas sobre rastreio transversal oportunístico das alterações da estática e dinâmica musculoesqueléticas das crianças com 6 anos.....	162
E6 - Divulgação periódica, junto dos profissionais de saúde, da localização de consultas de reumatologia em geral e de reumatologia pediátrica.....	163
E7 - Produção e divulgação, pelos serviços de saúde ocupacional, de orientações técnicas sobre ergonomia do ambiente laboral	164
E8 - Produção e divulgação, pelos Centros de Saúde e Ministério da Segurança Social e do Trabalho, de orientações técnicas sobre prevenção de quedas em pessoas idosas.....	167
E9 - Elaboração de proposta de norma técnica para a suplementação dietética com vitamina D e cálcio na população idosa.....	168
E10 - Validação de critérios de avaliação da funcionalidade do doente reumático.....	168
E11 - Elaboração de proposta de modelo de estratificação do acesso de doentes reumáticos a benefícios concedidos em regime especial	169
Projectos adicionais	169
5.2. Estratégias de Formação	170
E12 - Promoção, junto das Faculdades de Medicina, do aumento do número de horas de formação pré e pós-graduada em reumatologia	171
E13 - Promoção, junto da Comissão Nacional do Internato Médico e das administrações hospitalares, do aumento do número de vagas do Internato Complementar de Reumatologia	174
E14 - Promoção da formação obrigatória em reumatologia no Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar	178

E15 - Promoção da formação específica, na área do sistema musculoesquelético e das doenças reumáticas, dos profissionais de saúde não médicos, dos técnicos superiores de desporto, e dos professores dos diversos níveis de ensino	181
E16 - Elaboração de instrumentos pedagógicos, destinados aos profissionais de saúde, sobre identificação precoce da artropatia inflamatória e das doenças reumáticas sistémicas	184
E17 - Sensibilização dos empresários e de outros empregadores, bem como dos sindicatos e outras associações laborais para a necessidade de prevenção das doenças reumáticas periarticulares e das lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho e para a adopção de medidas que aumentem a adequação da actividade laboral aos condicionalismos de cada doente	185
E18 - Sensibilização dos profissionais de saúde para as vantagens da atribuição de benefícios concedidos em regime especial ser baseada nas necessidades específicas de cada doente reumático	185
E19 - Desenvolvimento de parcerias multissetoriais para a divulgação, junto da população geral, de informação genérica sobre as doenças reumáticas e sua prevenção	186
5.3. Estratégias de Colheita e Análise de Informação	188
E20 - Englobe sistemas de colheita de informação que permitam a obtenção e a análise de dados sobre a prevalência e incidência das doenças reumáticas, assim como sobre a incapacidade temporária e definitiva e absentismo laboral causados por estas doenças ou pelas suas complicações.	189
E21 - Monitorize os ganhos de saúde resultantes da acção do presente Programa.	189
Referências	199
Anexos.....	205
Anexo I: Documentação relativa à implementação do Plano de Actividades de 2009, remetida pela Comissão de Coordenação do Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas.....	207
Anexo II: Serviços, Unidades e Consultas de Reumatologia em Portugal, Março de 2010	281

UMA DÉCADA DEPOIS

Em 26 de Maio de 2000, o Presidente Clinton associou-se, e com ele simbolicamente toda uma enorme nação, a um importante esforço para fazer das doenças – e sobretudo da saúde – ósseas e articulares uma prioridade. Na carta, que se reproduz (como noutros extraordinários textos, do qual o mais emblemático será o que reconhece o atentado contra os direitos humanos que foi a experiência cruel de Tuskegee, e o mais dramaticamente ausente o que acabou por não ser escrito autorizando o financiamento dos programas de troca de seringas) fica elegantemente evidenciado, em escassas palavras, tudo que importa. Até a realidade dos Estados Unidos da América, aí descrita, na proporção das populações, pode ser vista como a de Portugal. E portanto também os desafios e as metas. E sobretudo a visão de uma resposta que implicando fortemente o sistema de saúde deve ser vista como mobilizadora de múltiplos sectores da sociedade.

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde deu visibilidade pública e sublinhou a urgência de enfrentar internacionalmente o efeito das patologias musculoesqueléticas, enquanto causas primeiras de incapacidade, por exemplo, de assegurar as actividades da vida quotidiana. Pela sua frequência (que o envelhecimento populacional, a obesidade ou o sedentarismo fazem aumentar), pelo resultado directo em gastos (3% do produto interno bruto dos países desenvolvidos) com consumo de cuidados de saúde, agudos (fracturas, episódios de exacerbação) e crónicos, ou em utilização de fármacos, e pelos custos indirectos em dias de trabalho perdidos e qualidade de vida diminuída, estas patologias surgem de facto como um alvo essencial para as estratégias preventivas e curativas que pretendam ganhar saúde e ajudar a sustentar um sistema nacional de saúde.

Em 2004, as recomendações da “European Action Towards Better Musculoskeletal Health” procuraram uma resposta com base no melhor conhecimento, juntaram as áreas da reumatologia, ortopedia, trauma, saúde pública, promoção da saúde e decisores políticos (revelando os campos todos em que a acção tem de se desenrolar) e definiram estratégias de prevenção primária dirigidas à população geral e aos indivíduos em maior risco, e de prevenção secundária e terciária tendo como alvo aqueles que vivendo com os problemas necessitam que o efeito seja minimizado. Importante também era o facto de chamarem a atenção muito especial para o mundo do trabalho e para os conteúdos das políticas nacionais. Em particular, propunha-se, a esse nível, que houvesse uma orientação clara para “iniciar a recolha de dados, por exemplo como parte de inquéritos de saúde, monitorizando os determinantes, a ocorrência e o efeito” destas patologias, de forma padronizada na UE. E também se advogavam programas de saúde pública para implementar as recomendações e se propunha legislação específica em saúde e segurança.

Ultrapassado o meio da década (em 2006), o Professor Lars Lidgren, escreveu: “We are nearly halfway into the decade, and recent impressive achievements have been made, but the time has now come to harvest our initial work and move into a more action-oriented agenda. My wish is that we will take the opportunity to use the information the [BJD – Bone and Joint Decade] is providing to inspire action in each of our societies. We must continue to make musculoskeletal science, education and

healthcare a global, regional and local priority”^a. Agora, que a década chega ao fim haverá múltiplos balanços. Procurar-se-á saber o que ficou para além dos simbólicos “dias de”!

Em Portugal, acreditamos que com o presente trabalho se faz o nosso labor e relato de avaliação, se encontram forças e fraquezas e principalmente se deixa também uma linha de comparação para o futuro, tal qual desejávamos e se esperava do Observatório. E na qual se possam rever, como também esperado, profissionais, decisores, doentes, activistas, ou seja, todos os que pretendem ter uma voz na condução das respostas a este problema de saúde.

E que, na sequência deste conjunto enorme de informação (onde a falta dela também se anota!), se possa procurar quão perto ficamos de trazer esperança ao número extraordinário de pessoas que entre nós vive o quotidiano dos problemas musculoesqueléticos, e também quanto se fez para esse futuro que merecem mais brilhante e saudável.

Henrique Barros

THE WHITE HOUSE
WASHINGTON

May 26, 2000

Warm greetings to everyone observing 2000 to 2010 as the Bone and Joint Decade.

One out of every four Americans suffers from a musculoskeletal condition caused by injury or disease -- a condition that often places difficult emotional and financial burdens on patients and their families. Affecting people of all ages, these conditions are the most common causes of severe long-term pain and physical disability for people around the world. In the United States alone, musculoskeletal conditions result in more than 131 million patient visits to health care providers each year.

I commend the many volunteer, professional, and patient advocacy organizations who are devoting their time and energy to increasing awareness of the seriousness and widespread impact of musculoskeletal diseases and injuries. Through your efforts to improve prevention, treatment, and rehabilitation, your commitment to research, and your participation in a variety of Bone and Joint Decade activities, you are bringing hope to countless people around the world and helping to create a brighter, healthier future for us all.

Best wishes for a successful observance.

Bill Clinton

^a “Estamos praticamente a meio da década e foram recentemente feitas conquistas impressionantes, mas chegou o momento de colher os resultados do nosso trabalho inicial e de transitar para uma agenda mais orientada para a acção. O meu desejo é que aproveitemos a oportunidade para usar a informação que a Década do Osso e da Articulação nos tem fornecido para inspirar a acção em cada uma das nossas sociedades. É imperativo que continuemos a fazer da ciência, da educação e dos cuidados de saúde nas doenças musculoesqueléticas uma prioridade global, regional e local.”

O QUE É O OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS REUMÁTICAS?

O Observatório Nacional das Doenças Reumáticas é um projecto que resulta de uma parceria da Sociedade Portuguesa de Reumatologia e do Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto. Tem como missão proporcionar uma atenção contínua aos problemas da reumatologia portuguesa, nomeadamente na sua inserção na reumatologia internacional, de modo a produzir informação de qualidade, a diferentes níveis de especialização, destinada tanto aos clínicos como aos decisores em saúde, e até ao público em geral.

Considerando o planeamento em saúde, no nosso país, e no cumprimento das estratégias de colheita e análise de informação do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, o Observatório tem ainda um papel fundamental na quantificação dos ganhos em saúde resultantes da implementação deste Programa.

Desta forma, o conjunto de actividades que constituem a função do Observatório compreende a recolha e o tratamento de informações de rotina, recorrendo ao largo mas desordenado espectro das estatísticas de saúde, demográficas e sociais publicadas em Portugal e por organizações internacionais, mas também a produção de informação a partir da colaboração com as entidades prestadoras de cuidados de saúde.

Adicionalmente, e tirando partido da capacidade instalada e dos utensílios necessários à sua actividade central, o Observatório poderá responder às solicitações dos Serviços de Reumatologia interessados em produzir conhecimento ou trabalhar problemas particulares, de acordo com uma Agenda de actividades a definir anualmente.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- 4º INS** – Quarto Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006
- ACSS, IP** – Administração Central do Sistema de Saúde, IP
- AIJ** – Artrites Idiopáticas Juvenis
- AINEs** – Anti-Inflamatórios Não Esteróides
- AP** – Artrite Psoriática
- AR** – Artrite Reumatóide
- ARS, IP** – Administração Regional de Saúde, IP
- CCPNCDR** – Comissão de Coordenação do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas
- CID-9** – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 9ª Revisão
- CIF** – Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde
- DXA** – Absorciometria radiológica de dupla energia
- DGS** – Direcção Geral da Saúde
- EA** – Espondilite Anquilosante
- EAL** – Episódio agudo de lombalgia
- GCD** – Grande Categoria de Diagnóstico
- GDH** – Grupos de Diagnóstico Homogéneos
- IGIF** – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
- INE, IP** – Instituto Nacional de Estatística, IP
- INFARMED, IP** – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
- INSA, IP** – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP
- ISADORA** – Investigação da Sazonalidade das Doenças com Repercussões Acentuadas
- LES** – Lúpus Eritematoso Sistémico
- LMELT/ LMERT** – Lesões Musculoesqueléticas Ligadas/Relacionadas ao/com o Trabalho
- NUTS** – Nomenclatura das Unidades Territoriais (INE, IP)
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONDOR** – Observatório Nacional das Doenças Reumáticas
- ONSA** – Observatório Nacional de Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PNCDR** – Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas
- PNS** – Plano Nacional de Saúde 2004-2010
- SHE-FMUP** – Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina do Porto
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- SPR** – Sociedade Portuguesa de Reumatologia

1. A PATOLOGIA MUSCULOESQUELÉTICA E O PROGRAMA NACIONAL CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS

1.1. Importância médica e social das doenças reumáticas

As doenças reumáticas constituem um grupo nosológico com mais de uma centena de entidades clínicas, compreendendo as doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática e incluindo doenças inflamatórias (do sistema musculoesquelético, do tecido conjuntivo e dos vasos), doenças degenerativas (das articulações periféricas e da coluna), doenças metabólicas (ósseas e articulares), alterações de tecidos moles periarticulares e doenças de outros órgãos e/ou sistemas relacionadas com as anteriores (Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, PNCDR) [1]. De uma forma geral, estas doenças têm em comum a associação com a dor e a incapacidade funcional, com consequentes disfunções orgânicas, limitações na actividade e restrições na participação social [2].

As doenças do sistema musculoesquelético são internacionalmente a causa mais frequente de morbilidade. Em 2005, na Europa, estimou-se uma prevalência pontual de dor de causa musculoesquelética na população adulta entre 20 e 30% [2, 3]. Do ponto de vista populacional, o peso da patologia musculoesquelética resulta da combinação entre elevada incidência, baixa letalidade e baixa probabilidade de cura, factores que determinam uma alta prevalência com acentuadas consequências a nível individual e populacional. De facto, a sua grande frequência e a incapacidade que a elas frequentemente se associa resultam em enorme impacto na saúde e na qualidade de vida das populações e tornam-nas responsáveis por elevados custos directos para os indivíduos e para os sistemas de saúde e, num contexto mais lato, por ainda maiores custos indirectos e intangíveis para as sociedades [2].

1.2. Quantificação da carga das doenças reumáticas

As tendências temporais de frequência permitem prever para as próximas décadas um crescente impacto das doenças reumáticas, pelo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceram o período de 2000-2010 como a *Década do Osso e da Articulação* [2]. Esta iniciativa foi concebida com a missão de melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde dos indivíduos com doenças musculoesqueléticas através do seguinte conjunto de objectivos:

- Identificar a carga global actual das doenças musculoesqueléticas;
- Estimar a sua magnitude no futuro;
- Estabelecer o potencial de prevenção e tratamento;

- Caracterizar a prestação de cuidados existente e definir a ideal;
- Determinar custos e prioridades;
- Estabelecer métodos para monitorizar a extensão em que as metas são atingidas.

No que diz respeito à quantificação da carga de doença, tão mais importante quanto é inegável a importância deste grupo de patologias na saúde pública, a obtenção de estimativas de frequência representa um desafio metodológico particularmente complexo. Observa-se um amplo espectro de alterações fisiopatológicas nestas doenças, o diagnóstico diferencial em contexto clínico é complexo e implica limitações à definição de caso aplicada em estudos epidemiológicos. Por outro lado, muitas das doenças reumáticas são tão pouco frequentes que o cálculo da sua prevalência com uma precisão aceitável exige estudos cooperativos de base clínica ou registos de patologias, já que o tamanho das amostras de base populacional necessário para a sua estimação é frequentemente inexequível [4].

1.3. Determinantes da patologia musculoesquelética na população portuguesa

Para informar estratégias adequadas de prevenção primária é fundamental quantificar a carga dos determinantes modificáveis da patologia musculoesquelética.

Importa reconhecer que a patologia reumática compreende um conjunto muito heterogéneo de entidades clínicas complexas e de etiologia muito diversa, nem sempre bem compreendida. Daí a dificuldade de estabelecer determinantes comuns a todas as doenças reumáticas. No entanto, é possível considerar um conjunto nuclear de factores relevantes na predição da frequência e do prognóstico que, em maior ou menor extensão, são comuns a um grande número de doenças musculoesqueléticas, como a outras doenças crónicas, e se estima que tenham elevado risco atribuível, representando alvos preferenciais para estratégias de prevenção.

São determinantes modificáveis e frequentes de doença musculoesquelética ou de agravamento do seu prognóstico a obesidade, o défice nutricional, a actividade física inadequada e o consumo de tabaco. Defende-se então que as especificidades da distribuição e das tendências temporais destes determinantes em diferentes populações-alvo deverão ser consideradas na estruturação e na implementação de estratégias destinadas a prevenir ou a mitigar o efeito destas doenças [2].

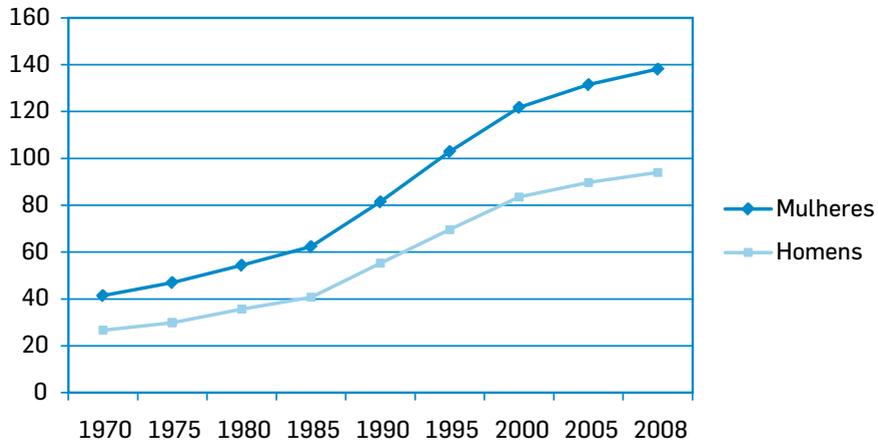
Envelhecimento

A patologia musculoesquelética tem elevado impacto ao longo de todo o ciclo de vida, mas a incidência das doenças reumáticas mais frequentes, tais como a osteoartrose e a osteoporose, aumenta com a idade. Consequentemente, o rápido envelhecimento das populações dos países desenvolvidos faz prever um aumento acentuado da carga global deste grupo de doenças nas próximas décadas [2, 3].

Em Portugal, esta tendência está reflectida, não só no actual número absoluto de indivíduos com idade superior a 65 anos, mas também no índice de envelhecimento (relação entre a população idosa

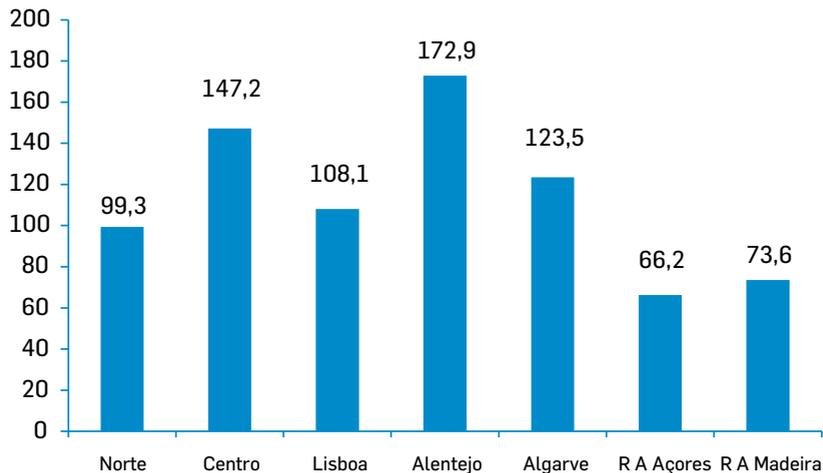
e a população jovem, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) que em 2008 foi 115,50 e cujas evolução temporal e assimetria geográfica em Portugal estão representadas nos Gráficos 1 e 2 [5,6].

Gráfico 1 – Evolução do índice de envelhecimento em Portugal entre 1970 e 2008, por sexo



Fonte: INE, IP, 2009.

Gráfico 2 – Índices de envelhecimento em 2008, em Portugal, por regiões NUTS II



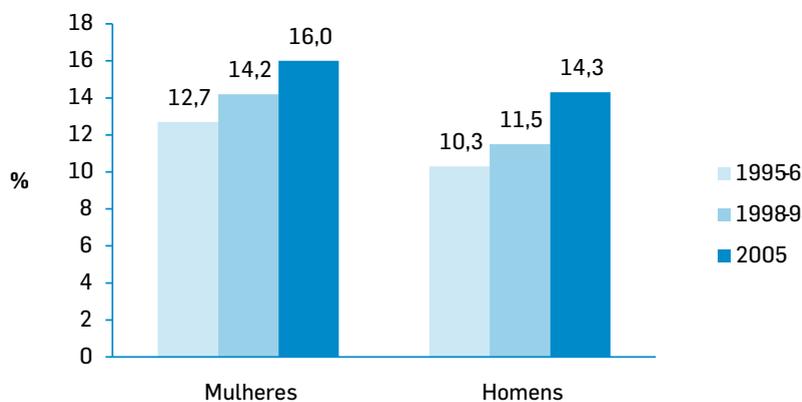
Fonte: INE, IP, 2009.

Segundo estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE, IP), o peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade aumentará de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060. Para esse aumento contribuirá sobretudo a evolução da fracção mais idosa da população, com 80 e mais anos de idade, que deverá aumentar de 4,2% do total de efectivos em 2008 para 12,7% a 15,8% em 2060. Assim, também no nosso país se espera uma sobre-representação dos grupos etários nos quais a patologia musculoesquelética é mais frequente [7].

Obesidade

O excesso de peso constitui um importante determinante modificável das doenças musculoesqueléticas, especialmente relevante na osteoartrose dos membros inferiores e até da mão. O seu efeito fisiopatológico deve ser considerado nas componentes metabólica e mecânica. O Gráfico 3 mostra o aumento da frequência da obesidade (índice de massa corporal igual ou superior a 30 kg/m²) no nosso país, que faz prever o aumento da fracção da patologia musculoesquelética que lhe é atribuível.

Gráfico 3 – Evolução da prevalência (%) de obesidade em Portugal Continental em homens e em mulheres, estimada através dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1995/6, 1998/9 e 2005/6



Fonte: INSA/INE, IP, 2007.

Défice nutricional

É também consensual o objectivo de promover, a nível populacional, a ingestão adequada de micronutrientes fundamentais na saúde musculoesquelética, em particular o cálcio e a vitamina D. Em Portugal, essa política de prevenção primária deve ser reforçada perante a observação do consumo alimentar destes nutrientes. Na Tabela 1 são apresentados os valores médios da ingestão diária de

cálcio e de vitamina D (por sexo e classe etária) estimados a partir de uma amostra de 2 415 adultos residentes no Porto [8]. Estes valores estão em geral abaixo dos valores referência de ingestão adequada, em particular nas idades mais avançadas.

Tabela 1 – Ingestão adequada de cálcio e de vitamina D e média (desvio-padrão, DP) de ingestão diária na população adulta do Porto, por classe etária e por sexo

	19-30 anos		31-50 anos		51-70 anos		>70 anos	
Homens								
	AI	Média (DP)	AI	Média (DP)	AI	Média (DP)	AI	Média (DP)
Cálcio (mg/dia)	1000	1150,6 (446,3)	1000	869,2 (358,4)	1200	835,4 (307,7)	1200	862,1 (314,9)
Vitamina D (g/dia)	5	3,8 (1,7)	5	3,6 (1,7)	10	3,7 (1,6)	15	3,3 (1,7)
Mulheres								
	AI	Média (DP)	AI	Média (DP)	AI	Média (DP)	AI	Média (DP)
Cálcio (mg/dia)	1000	1024,0 (390,7)	1000	971,3 (398,7)	1200	960,1 (407,3)	1200	896,4 (342,7)
Vitamina D (g/dia)	5	3,6 (1,6)	5	3,6 (1,7)	10	3,6 (1,5)	15	3,1 (1,5)

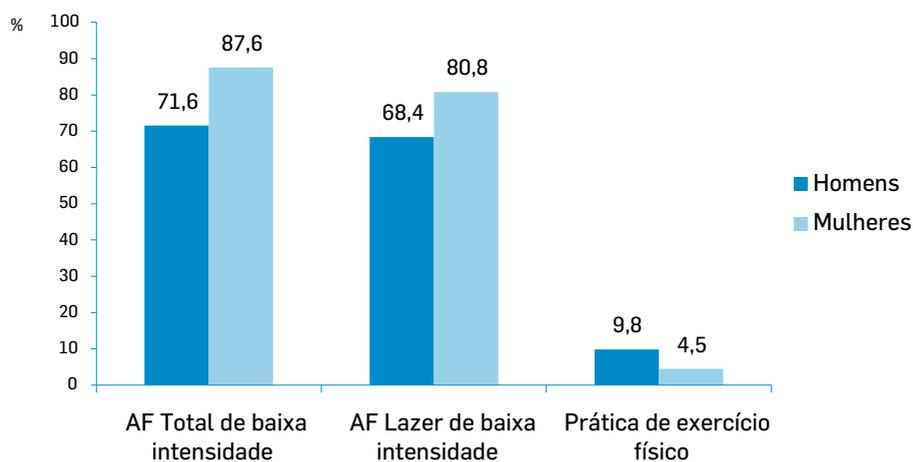
Legenda: AI – Ingestão adequada (*Adequate Intake*)

Fonte: SHE-FMUP, 2006.

Actividade física

No Terceiro Inquérito Nacional de Saúde, observou-se uma elevada frequência de sedentarismo, principalmente no sexo feminino, tanto considerando a actividade física total como a de lazer. O exercício físico como prática programada foi referido por uma proporção inferior a 10% nos homens e a 5% nas mulheres (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Proporção (%) da população portuguesa com actividade física (AF) Total e de Lazer de baixa intensidade e proporção que praticava exercício físico em 1998/9, por sexo



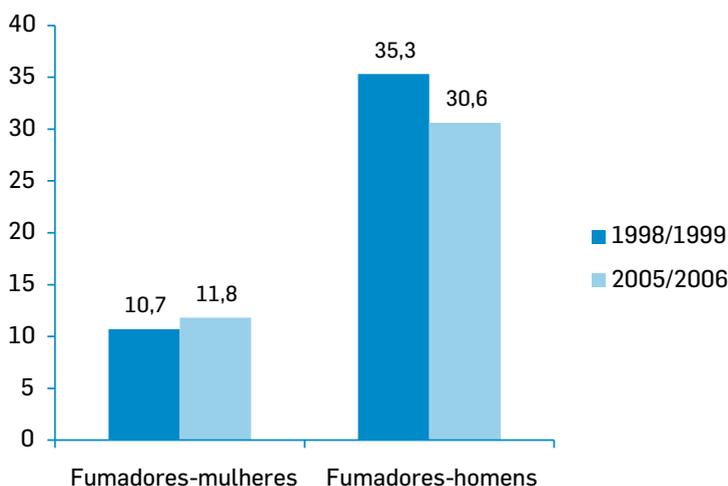
Legenda: AF - actividade física

Fonte: INSA/INE, IP, 2008 (informação publicada em Camões M, Lopes C. *Factors associated with physical activity in the Portuguese population*. Rev Saúde Pública 2008; 42(2):208-16).

Consumo de tabaco

O tabaco é um factor de risco para doenças como a osteoporose, a lombalgia crónica e a artrite reumatóide [3]. No Gráfico 5 é apresentada a evolução temporal das proporções de fumadores em Portugal, observando-se uma diminuição ao longo da última década, no sexo masculino e um crescimento no sexo feminino.

Gráfico 5 – Evolução da prevalência (%) de fumadores em Portugal Continental em homens e em mulheres, estimada através dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1998/9 e 2005/6



Fonte: INSA/INE, IP, 2007.

Conclusão

Em conjunto, as tendências temporais da frequência destes determinantes permitem particularizar, também para o nosso país, a previsão global do aumento da carga da patologia musculoesquelética na população.

1.4. O Plano Nacional de Saúde e o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS) identificava, no capítulo de *Orientações estratégicas e intervenções necessárias*, a necessidade de definir um modelo de intervenção contra as doenças osteoarticulares, concretamente através da operacionalização da Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia e do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (PNCDR). Este Programa, que foi concebido também como um contributo do Ministério da Saúde para a iniciativa internacional *Década do Osso e da Articulação 2000-2010*, reflecte a integração destas doenças na agenda política nacional, decorrente das projecções crescentes da sua frequência que as transformam numa questão de saúde pública ainda mais relevante. Através da maior congregação de esforços dos serviços

e níveis de prestação de cuidados de saúde, o PNCDR propõe um maior investimento nas prevenções primária, secundária e terciária. O PNCDR tem como finalidade última a inversão da tendência de crescimento deste problema, obrigando a uma abordagem abrangente e articulada dos serviços de saúde [1].

Objectivos do Programa

Com vista a atingir a finalidade do Programa, foram definidos três objectivos gerais:

1. Controlar a morbilidade e a mortalidade causadas por doenças reumáticas;
2. Melhorar a qualidade de vida do doente reumático;
3. Controlar os custos associados às doenças reumáticas.

Além destes foram também definidos cinco objectivos específicos:

1. Conhecer a prevalência das doenças reumáticas abrangidas pelo Programa;
2. Conhecer a incidência das doenças reumáticas periarticulares e das lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho;
3. Conhecer a incidência das lombalgias;
4. Conhecer a incidência das fracturas osteoporóticas;
5. Identificar critérios de avaliação das necessidades de cada doente reumático para acesso a benefícios a atribuir em regime especial e propor medidas de racionalização da atribuição de tais benefícios.

População-alvo e horizonte temporal do Programa

O Programa destina-se, de um modo geral, a toda a população e, de forma particular aos seguintes cinco grupos:

1. Crianças e adolescentes;
2. Mulheres pós-menopáusicas;
3. Pessoas idosas;
4. Trabalhadores com actividades físicas repetitivas ou com alterações da ergonomia;
5. Desportistas amadores ou ocasionais.

Foi definido um horizonte temporal de 10 anos para a aplicação do PNCDR, dividido nas fases de implementação (primeiros cinco anos após aprovação) e de consolidação (a partir do sexto ano após a aprovação).

Operacionalização do Programa

Para responder aos objectivos estabelecidos foram definidos três conjuntos de estratégias, designadamente de intervenção, de formação, e de colheita e análise de informação. Foi proposto o correspondente cronograma da distribuição temporal da aplicação destas estratégias durante a fase de implementação do Programa.

Coordenação do Programa

A coordenação do Programa ao nível nacional foi atribuída à Direcção-Geral da Saúde (DGS) através de uma Comissão criada por Despacho Governamental.

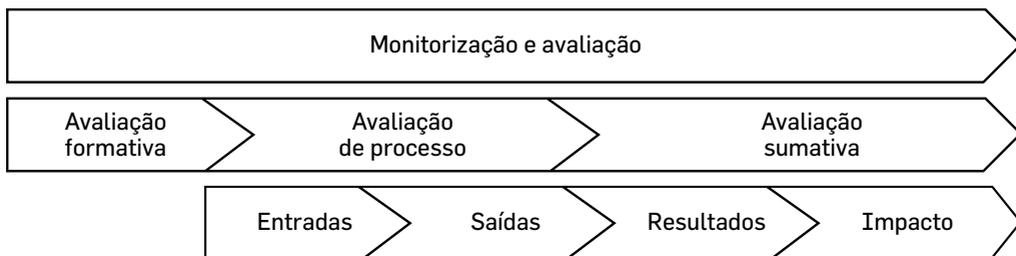
A Comissão de Coordenação do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (CCPNCDR) foi criada pelo Despacho n.º 12 929/2004 (2.ª série), publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 153, de 1 de Julho de 2004 [9]. Decorridos dois anos, pelo Despacho n.º 24 080/2006 (2.ª série), publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 227, de 24 de Novembro de 2006, foi renovado o mandato da Comissão por mais dois anos com efeitos a partir de 10 de Junho de 2006 [10]. A 10 de Junho de 2008, foi, através do Despacho n.º 14 456/2008 (2.ª série), publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 100, de 26 de Maio de 2008, renovado, por dois anos, o mandato da CCPNCDR mantendo-se a sua composição [11]. A Comissão ficou então oficialmente sediada na DGS.

2. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE

A avaliação pode ser entendida como o exame sistemático do mérito, do valor ou do significado de um objecto. Durante as últimas décadas, a prática da avaliação tem emergido como uma disciplina em si mesma, que compreende novas definições, métodos e abordagens, bem como aplicações a diferentes temas e contextos. Em Saúde Pública, a avaliação assume um papel particularmente importante, especificamente na demonstração da relação entre a implementação de programas de saúde e os resultados esperados. O principal objectivo da avaliação é então quantificar a efectividade dos programas, fornecendo, em simultâneo, informação que permita o seu aperfeiçoamento [12].

Apesar de a prática da saúde pública integrar frequentemente avaliações informais, o rigor na formulação deste processo impõe-se especialmente quando os programas e, conseqüentemente, os respectivos efeitos esperados, têm âmbito nacional e se destinam à totalidade ou a uma grande proporção da população. Uma avaliação efectiva de um programa de saúde constitui uma forma sistemática de melhorar e justificar intervenções de saúde pública, demonstrando que os procedimentos usados são úteis, exequíveis, respeitam os padrões éticos relevantes e asseguram a validade dos resultados [13]. A Figura 1 apresenta uma representação esquemática do modelo lógico subjacente às várias fases do processo de monitorização e avaliação de programas de saúde. Assim, o processo de avaliação de programas de saúde de âmbito nacional deverá ser concebido como uma componente das operações de rotina e levado a cabo através de procedimentos explícitos, formais e justificáveis [14, 15].

Figura 1 – Fases da monitorização e avaliação de programas de saúde



Adaptado de Bertrand J. *Overlap in Terminology used in Programme Evaluation*, 2005.

2.1. Avaliação formativa

A avaliação formativa diz respeito às actividades realizadas com o intuito de fornecer a informação que guia o desenho do Programa. Esta informação é especialmente importante na fase de planeamento e destina-se a avaliar a extensão do problema, a identificar as necessidades por parte da população e dos seus subgrupos, a avaliar o acesso aos serviços, à informação e a outros recursos e a compreender as barreiras à acção. As fontes de dados para a avaliação formativa são múltiplas e incluem informação epidemiológica e demográfica, compreendendo tanto a análise secundária de dados existentes, como a utilização de dados primários na população-alvo (frequentemente sob a forma de uma avaliação basal que, subsequentemente poderá também ser utilizada para avaliar a mudança resultante do programa), bem como as estatísticas de rotina da utilização dos serviços, entre outras informações quantitativas. Além desta abordagem, é também frequente a utilização de uma componente qualitativa destinada à identificação de aspectos relevantes para a implementação e para os resultados do programa, seguindo o cada vez mais frequente modelo participativo.

Desta forma, a avaliação formativa fornece a resposta a questões relacionadas com a selecção dos objectivos a atingir, a população-alvo, as estratégias com maior efectividade prevista, as formas de promover a motivação dos parceiros envolvidos e lidar com as barreiras à mudança, entre outros possíveis elementos chave definidos de acordo com cada contexto específico [14].

No Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, o resultado da avaliação formativa é resumido no capítulo *Contexto*, que expressa a necessidade de respostas nacionais destinadas à prevenção das doenças reumáticas. Esta contextualização identifica as doenças reumáticas mais frequentes e os grupos populacionais mais afectados. É expressa a necessidade do aumento da representação hospitalar da especialidade de reumatologia, bem como a importância da inclusão do conjunto de patologias que constituem o objecto desta especialidade nos programas de ensino e divulgação destinados aos profissionais de saúde. Refere-se que a verdadeira dimensão do problema causado pelas doenças reumáticas não é conhecida com rigor em Portugal [1].

Assim, entendemos que a recolha sistemática da informação existente sobre a epidemiologia da patologia reumática em Portugal se torna essencial como componente formativa do Programa e que o resultado deste processo constitui um panorama basal, a partir do qual será facilitada a monitorização das tendências temporais, tanto da frequência da doença como da existência e da utilização de cuidados e recursos de saúde na área da reumatologia.

2.2. Avaliação de processo

A avaliação de processo tem como objecto a forma de implementação do programa e destina-se a averiguar se as actividades são levadas a cabo de acordo com o planeamento feito, quer ao nível do conteúdo quer do cronograma previsto, e dirigidas aos destinatários definidos. Este componente da avaliação, que deve constituir um sistema dinâmico, permite fornecer a informação necessária para satisfazer os parceiros envolvidos e aumentar a probabilidade da sua persistência no programa. Por outro lado, no caso de o programa não atingir os objectivos definidos, a avaliação de processo permite distinguir, juntamente com a avaliação sumativa, o peso relativo de eventuais falhas na

implementação ou de falhas conceptuais na estrutura teórica ou mecanismo causal que constitui o fundamento do programa. Na avaliação do processo podem ainda medir-se indicadores que caracterizam a qualidade dos serviços, a sua cobertura e o acesso real por parte da população-alvo [14].

No PNCDR estabeleceu-se que o processo de execução do Programa pelos serviços prestadores de cuidados de saúde seria acompanhado e avaliado anualmente pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde (ARS). De facto, a compreensão do processo de implementação do Programa é uma ferramenta essencial na fundamentação da efectividade das estratégias desenhadas. Em última análise, quando existe prova científica da efectividade das actividades planeadas, a avaliação do programa poderá focar essencialmente a monitorização da qualidade e da extensão da sua implementação.

2.3. Avaliação sumativa

O objectivo da avaliação sumativa é quantificar a extensão da mudança atribuível ao programa, de acordo com os objectivos definidos. A avaliação sumativa destina-se a mostrar se existiu uma diferença nos resultados em saúde na sequência do programa e se esta mudança lhe é atribuível. O desenho escolhido para a avaliação sumativa de um programa de saúde é delineado ponderando, por um lado, a validade das conclusões e a qualidade da inferência causal resultante e, por outro lado, a exequibilidade e a eficiência do desenho escolhido. Em função deste equilíbrio, o desenho de uma avaliação sumativa poderá situar-se entre o extremo que mais validamente assegura uma relação causa-efeito entre a intervenção e os resultados, como no caso dos ensaios aleatorizados, e o extremo oposto, no qual é otimizada a exequibilidade do processo avaliativo, através de conjuntos de avaliações transversais sequenciais ou de tendências temporais [14].

A monitorização dos ganhos em saúde resultantes do Programa foi atribuída ao Observatório Nacional das Doenças Reumáticas (ONDOR), cuja criação estava prevista no âmbito das estratégias de colheita e análise de informação do mesmo Programa.

2.4. A função Observatório Nacional das Doenças Reumáticas e a quantificação dos ganhos em saúde resultantes do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas

No cumprimento das estratégias de colheita e análise de informação definidas no Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, foi atribuída ao Observatório Nacional das Doenças Reumáticas a monitorização periódica do Programa. O processo de monitorização foi orientado para a quantificação dos ganhos em saúde resultantes da implementação do Programa, finalidade a ser atingida através da estimação dos seguintes indicadores, definidos com base na história natural da doença e estratificados por sexo [1]:

Incidência

- a) Lombalgias
- b) Fracturas osteoporóticas vertebrais e da extremidade proximal do fémur
- c) Doenças reumáticas periarticulares
- d) Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho por áreas de actividade profissional

Prevalência

- a) Osteoartrose
- b) Raquialgias
- c) Doenças reumáticas periarticulares
- d) Artropatia e nefropatia úricas
- e) Cegueira associada às artrites idiopáticas juvenis
- f) Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho, por áreas de actividade profissional

Incapacidade

- a) Número de dias de incapacidade temporária por doença reumática
- b) Número de dias de absentismo laboral por doença reumática
- c) Mediana da idade de incapacidade definitiva por doença reumática

Mortalidade

- a) Por artropatia inflamatória
- b) Por doenças reumáticas sistémicas

É importante salientar que, apesar de estarem definidos no Programa estes quinze indicadores, a patologia reumática não é objecto de avaliação no conjunto dos Indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

3. FUNDAMENTAÇÃO E OBJECTIVOS DO PRESENTE DOCUMENTO

O Observatório Nacional das Doenças Reumáticas tem a função de quantificar os ganhos em saúde de resultantes do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Esta função torna-se ainda mais relevante no actual contexto de avaliação sumativa do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e tem potencial relevância no fornecimento de informação pertinente na elaboração do documento seu sucessor, o Plano Nacional de Saúde 2011-2015.

Por outro lado, como observatório de saúde, cabe ao ONDOR recolher, compilar e publicar um conjunto de dados primários e secundários que permitam caracterizar a epidemiologia das doenças reumáticas no nosso país. A missão última do Observatório é então levar a cabo uma reflexão da realidade reumatológica em Portugal.

O presente documento encontra-se organizado nas seguintes secções:

Revisão da epidemiologia da patologia reumática e das doenças-alvo do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas

Objectivos:

1. Apresentar estimativas basais da carga das doenças reumáticas alvo do Programa no nosso país, através da sua frequência e da utilização de cuidados e recursos de saúde em reumatologia e descrever a evolução destas medidas durante a fase de implementação do Programa;
2. Quantificar, sempre que possível, os indicadores de monitorização periódica definidos no PNCDR (frequência, incapacidade e mortalidade) e identificar lacunas na informação disponível a esse respeito.

Implementação do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas entre 2004 e 2009

Objectivo:

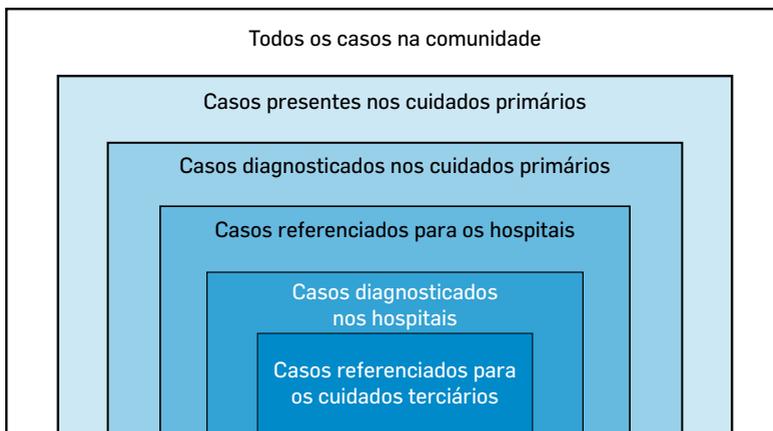
1. Descrever o processo e o estado de aplicação de cada uma das estratégias definidas no Programa ao longo da sua fase de implementação (2004-2009).

4. REVISÃO DA EPIDEMIOLOGIA DA PATOLOGIA REUMÁTICA EM PORTUGAL

Apesar de se esperar que, como em outros países, a frequência e o impacto individual e colectivo das doenças reumáticas sejam elevados em Portugal, importa reunir e sistematizar indicadores para a nossa população que contribuam, em última análise, para fundamentar as políticas de saúde. A relevância deste objectivo é reforçada pela necessidade de obter uma avaliação basal da patologia reumática em Portugal que represente um ponto de partida na monitorização da implementação do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, bem como na avaliação dos ganhos em saúde dele resultantes.

Existe um largo espectro de dados de saúde, originados por instrumentos de maior ou menor especificidade para esta patologia que, no seu conjunto, permitem caracterizar, directa e indirectamente, a carga deste grupo de doenças na população e sobre o sistema de saúde português. De facto, a já mencionada diversidade de doenças reumáticas, tanto quanto à frequência como à história natural, torna mais importante a utilização de fontes de informação complementares, recolhidas aos diversos níveis dos cuidados de saúde. Assim, enquanto a informação de base populacional pode fornecer estimativas válidas e precisas da frequência de patologias muito prevalentes e para as quais uma fracção relativamente reduzida dos doentes recorre aos cuidados diferenciados, a sua eficiência é limitada quando se pretende estudar doenças de menor frequência mas com pior prognóstico, como as doenças reumáticas sistémicas. Neste último caso, os dados colhidos ao nível dos cuidados diferenciados são fundamentais na caracterização da frequência (Figura 2) [4].

Figura 2 – Representação do espaço amostral subjacente aos vários níveis de recolha de informação no sistema de saúde



No entanto, é importante salientar que os dados recolhidos em cada nível não reflectem apenas a distribuição de factores relacionados com a doença, tais como a frequência e o prognóstico, mas retratam também a organização do sistema de saúde, os sistemas de recolha de informação, a distribuição geográfica dos serviços e os protocolos de referência, bem como as características sócio-demográficas das populações.

4.1. Fontes de informação

Inquéritos nacionais de saúde

Os inquéritos de saúde de âmbito nacional fornecem informação valiosa e generalizável à população sobre a frequência da patologia musculoesquelética e o recurso aos cuidados de saúde pelos doentes reumáticos. Estes instrumentos são aplicados a grandes amostras da população geral, seleccionadas independentemente do recurso aos cuidados de saúde, o que optimiza a validade externa das estimativas. É usualmente colhida informação sobre um grande número de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com interesse na descrição da distribuição da patologia na comunidade. A principal limitação desta fonte de informação é a ausência de critérios clínicos ou observação directa para a definição de caso recorrendo a métodos como a auto-declaração. A prevalência de patologia obtida por auto-declaração é então uma medida de um conjunto de constructos que vão além da doença, tais como os sintomas, o acesso aos cuidados de saúde e o conhecimento da presença ou da ausência de patologia.

Estudos de base populacional

Assim como os inquéritos nacionais de saúde, os estudos da epidemiologia da patologia reumática realizados em amostras de base populacional permitem a identificação de casos que não recorreram aos cuidados de saúde, melhorando assim a generalizabilidade dos resultados. A utilização de exames clínicos e complementares de diagnóstico, que se torna exequível quando o objecto de estudo é relativamente restrito, possibilita uma definição de caso de melhores sensibilidade e especificidade, optimizando assim a estimação da carga da doença, incluindo o sofrimento a ela associado. No entanto, é importante ter em conta que um grande número de doenças reumáticas não tem critérios de definição de caso universalmente aceites e que o diagnóstico clínico nem sempre é completamente transponível para a população em geral. Por outro lado, ao contrário do que frequentemente acontece em amostras de base clínica, o viés de participação poderá condicionar de forma substancial a validade externa das conclusões.

Estudos realizados nas estruturas de cuidados de saúde primários

O estudo da população presente aos cuidados de saúde primários é um instrumento importante na quantificação da frequência da patologia musculoesquelética e do acesso dos doentes reumáticos ao Serviço Nacional de Saúde. Relativamente à informação proveniente dos cuidados diferenciados, tem a vantagem de incluir um espectro mais alargado de gravidade da doença. Por outro lado, devido ao carácter generalista inerente aos cuidados de saúde primários, existem algumas limitações relacionadas com quantidade e especificidade da informação clínica. É importante salientar a limitação desta fonte para obter informação relativa aos indivíduos que recorrem aos cuidados de saúde privados.

Registos de morbilidade

Os registos de doenças constituem uma abordagem crescente na caracterização da população de doentes que recorre aos cuidados de saúde, bem como no estudo do prognóstico e da qualidade dos cuidados. Os registos permitem a recolha de uma grande quantidade de informação clínica de qualidade, nomeadamente no que diz respeito a exames complementares de diagnóstico e à caracterização de variáveis de prognóstico. No entanto, a generalização à população doente da informação proveniente dos registos de morbilidade deverá ter em conta que este método exclui os casos de doença ligeira que não são seguidos nos cuidados diferenciados ou os casos cujo diagnóstico não é definitivo. É também de salientar que os registos de doença são particularmente dispendiosos. No nosso país, foram recentemente criados pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia registos nacionais que incluem os indivíduos com diagnóstico de várias patologias reumáticas inflamatórias seguidos no âmbito da especialidade de Reumatologia e em tratamento com fármacos biotecnológicos. Até ao momento, encontram-se estabelecidos os registos de doentes em terapia biotecnológica com artrite reumatóide (BioRePortAR), espondilite anquilosante (BioRePortEA), artrite psoriática (BioRePortAP) e artrites idiopáticas juvenis (BioRePortAIJ), havendo a perspectiva de criação de um registo de doenças reumáticas sistémicas. No caso da artrite reumatóide, o registo foi alargado de forma a incluir todos os indivíduos com diagnóstico da doença, independentemente da terapia (RegistAR).

Estatísticas de rotina dos cuidados de saúde diferenciados

A informação oficial relativa ao movimento assistencial devido às doenças reumáticas no Serviço Nacional de Saúde compreende duas fontes fundamentais que são em certa extensão sobreponíveis: por um lado, a prestação de cuidados a indivíduos com diagnóstico de doença reumática (designadamente os episódios de internamento) e, por outro, a prestação de cuidados por Serviços ou Unidades de Reumatologia (concretamente os episódios de internamento e as consultas externas). Apesar de existirem limitações na utilização destas fontes devidas às necessariamente baixas sensibilidade e

especificidade dos métodos de classificação, bem como à não exaustividade dos dados reportados, elas proporcionam um conjunto de indicadores importantes da carga de doença moderada a grave na população. Esta informação, que também constitui um retrato sistemático e periódico da adequação de recursos, em número e distribuição, pode ser usada como medida indirecta da efectividade das prevenções primária e secundária, bem como dos custos directos da patologia reumática. A interpretação destes dados deve ter em conta que os internamentos hospitalares estão associados não só à frequência das doenças ou seus episódios como também à prestação e ao acesso a esses cuidados, ambos fenómenos com sazonalidade.

Utilização de medicamentos

A utilização de medicamentos com indicação nas doenças reumáticas constitui uma medida simultânea da frequência, do acesso aos cuidados de saúde e de uma fracção dos custos directos da patologia musculoesquelética, que tem utilidade como instrumento complementar aos anteriormente referidos. De uma forma geral, pode admitir-se que o consumo de medicamentos em ambulatório reflecte a morbilidade por doenças reumáticas mais frequentes. Por outro lado, a utilização de fármacos de distribuição exclusiva em meio hospitalar permite caracterizar a qualidade dos cuidados diferenciados nos casos mais graves de doenças reumáticas inflamatórias, tais como a artrite reumatóide e as espondilartropatias seronegativas. Nesse sentido, mais do que o volume absoluto de medicamentos consumidos em cada período de observação, a evolução temporal da sua utilização constitui um instrumento de grande utilidade.

Estatísticas de incapacidade e absentismo laboral

É reconhecida a elevada contribuição das doenças reumáticas para o absentismo e a incapacidade laboral nas comunidades. A informação relativa à frequência e à duração da incapacidade e do absentismo laboral por perturbações musculoesqueléticas permite a estimação da carga de doença e dos seus custos indirectos na totalidade da população activa, bem como em categorias laborais específicas. Em Portugal não é sistematicamente publicada informação relativa à incapacidade laboral devida às doenças reumáticas, estando disponíveis as estatísticas das certificações de doença profissional^b por manifestações clínicas musculoesqueléticas, com e sem incapacidade.

Estatísticas da mortalidade

É crescentemente reconhecida a associação entre doença reumática, em particular as patologias sistémicas, e morte prematura [16]. No entanto, as doenças reumáticas não são tipicamente causas

^b Doença profissional: lesão, perturbação funcional ou doença resultante de causa que actue continuamente desde que seja consequência necessária e directa da actividade exercida pelos trabalhadores e não represente normal desgaste do organismo (http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=8102&m=PDF).

directas de morte, além de serem também pouco frequentemente referidas nos certificados de óbito como causa básica do óbito ou mesmo como co-morbilidade. Assim, é limitada a utilidade da informação proveniente das estatísticas da mortalidade na caracterização da carga da patologia reumática na população. No entanto, no caso particular da fractura da extremidade proximal do fémur, cujas frequência e letalidade são elevadas, os dados de mortalidade, em conjunto com informação relativa à incidência, podem ter grande utilidade na análise do prognóstico desta doença.

4.2. Métodos

Com o objectivo de reunir e sistematizar a informação existente sobre a epidemiologia das doenças reumáticas em Portugal, foi utilizado um largo conjunto de fontes de informação de saúde no nosso país, nomeadamente estatísticas nacionais de saúde, inquéritos populacionais de rotina, indicadores da prestação e da utilização de cuidados de saúde e resultados da investigação científica. Foi incluída informação com data de publicação no período entre 2000 e 2009.

4.2.1. Medidas de frequência

Resultados de inquéritos de base populacional

Foi utilizada informação do Quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (4º INS) (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, IP) e Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)) divulgado pelo INSA, IP [17]. Este foi o primeiro inquérito sobre saúde que abrangeu todo o território nacional apresentando resultados para o Continente e para as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (regiões NUTS I). O espaço amostral do 4º INS foi constituído pelo conjunto dos indivíduos que residiam em alojamentos familiares em Portugal à data da realização das entrevistas. Excluiu-se do inquérito a população residente em alojamentos colectivos e outros alojamentos não clássicos. A amostra para o 4º INS foi seleccionada a partir de uma amostra-mãe de unidades de alojamento, que é a base de amostragem dos inquéritos do INE, IP, junto das famílias. Por sua vez esta amostra foi seleccionada a partir dos Censos 2001, utilizando um esquema de amostragem complexo, que incluiu estratificação e selecção sistemática de conglomerados (áreas constituídas por uma ou mais secções estatísticas dos Censos 2001, tendo um mínimo de 240 unidades de alojamento de residência principal).

Para estimar a frequência da patologia reumática foi também revista a informação obtida no âmbito do projecto ECOS (Em Casa Observamos Saúde), um instrumento de observação criado pelo INSA, IP, com o objectivo de obter dados e indicadores sobre saúde e seus determinantes a partir de entrevistas telefónicas a uma amostra de famílias residentes em Portugal Continental. A amostra ECOS foi obtida por um processo de selecção aleatória, estratificada por região administrativa, de 1 211 unidades de alojamento possuidoras de telefone fixo, entre os assinantes das listas da Portugal Telecom. Foi usada informação publicada nos relatórios de dois estudos realizados a residentes nas unidades de alojamento que integram a amostra ECOS, com 18 e mais anos: o estudo *Uma*

observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental, no qual foi estimada a prevalência de doença reumática e o estudo *A dor na população portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos*, no qual se estimou a prevalência de lombalgia [18, 19].

Foi extraída a informação relevante publicada pela rede Médicos-Sentinela, um sistema de observação em saúde desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde e constituído por médicos de Medicina Geral e Familiar que, entre outros objectivos, se destina a estimar taxas de incidência de algumas doenças ou de situações com elas relacionadas através da notificação contínua semanal dos novos casos em utentes inscritos nas listas dos médicos participantes. Para os objectivos do presente documento foram consultados os resultados dos estudos realizados nos anos de 2003 e de 2007, nos quais se estimaram as taxas de incidência de episódio agudo de lombalgia e de fractura do colo do fémur, respectivamente [20, 21].

Publicações científicas – Revisão Sistemática

Com o objectivo de sumariar a evidência publicada que estimasse a frequência da patologia reumática na população portuguesa foi feita uma revisão sistemática da literatura científica, da qual se extraiu informação sobre a prevalência e a incidência das seguintes entidades: doenças reumáticas, osteoartrose, raquialgia, doenças reumáticas periarticulares, lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, osteoporose, fibromialgia, artropatias microcristalinas, artrite reumatóide, espondilartropatias, doenças reumáticas sistémicas e artrites idiopáticas juvenis.

Foram realizadas pesquisas nas bases de dados Medline e Índice das Revistas Médicas Portuguesas (Índice RMP, incluindo artigos por extenso e teses). Além desta estratégia foi feita uma pesquisa manual nas publicações Acta Reumatológica Portuguesa, Acta Médica Portuguesa, Revista Portuguesa de Saúde Pública e Revista Portuguesa de Clínica Geral. Foram incluídos artigos originais por extenso publicados entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2009 redigidos em inglês ou em português. Os artigos devolvidos na pesquisa foram analisados por dois revisores e, após revisão do título e resumo e/ou do texto completo, foram excluídos aqueles que não se relacionavam com o objectivo do estudo. As Tabelas 2 a 13 apresentam as expressões de pesquisa utilizadas, o número de resultados devolvidos e as referências seleccionadas.

Tabela 2 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de doenças reumáticas

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Doenças reumáticas	Medline	"Musculoskeletal Diseases" OR "Skin and Connective Tissue Diseases" OR "Calcium Metabolism Disorders" AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date]) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency)	378	0
	Índex RMP	(doença AND reumática AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	71	4 [18, 22-24]
		(doença AND reumática AND incidência) artigos de 2000 a 2009	59	2 [23, 24]
		(patologia AND reumática AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	47	3 [22-24]
		(patologia AND reumática AND incidência) artigos de 2000 a 2009	38	2 [23, 24]
		(patologia AND musculo AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	87	1 [22]
		(patologia AND musculo AND incidência) artigos de 2000 a 2009	131	0
		(patologia AND osteoarticular AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	20	0
		(patologia AND osteoarticular AND incidência) artigos de 2000 a 2009	24	0

Tabela 3 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de osteoartrose

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Osteoartrose	Medline	(Arthritis OR osteoarthritis OR Osteoarthrosis) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	78	0
	Índex RMP	(osteoartrose AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	16	0
		(osteoartrose AND incidência) artigos de 2000 a 2009	19	0
		(artrose AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	13	1 [22]
		(artrose AND incidência) artigos de 2000 a 2009	19	0

Tabela 4 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de raquialgia

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Raquialgia	Medline	(Back pain OR Backache OR Backache) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	34	0
	Índex RMP	(raquialgia AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	8	1 [25]
		(raquialgia AND incidência) artigos de 2000 a 2009	6	1 [25]
		(cervicalgia AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	5	0
		(cervicalgia AND incidência) artigos de 2000 a 2009	12	0
		(dor AND cervical AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	23	1 [26]
		(dor AND cervical AND incidência) artigos de 2000 a 2009	51	0
		(lombalgia AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	25	3 [22, 25, 27]
		(lombalgia AND incidência) artigos de 2000 a 2009	36	2 [20, 25]
		(dor AND lombar AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	35	1 [27]
		(dor AND lombar AND incidência) artigos de 2000 a 2009	79	0

Tabela 5 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de doenças reumáticas periarticulares

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Doenças reumáticas periarticulares	Medline	(soft tissue injury OR bursitis OR tendinitis OR tenosynovitis OR enthesopathy OR capsulitis) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	34	0
	Índex RMP	(patologia AND periarticular AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	2	0
		(patologia AND periarticular AND incidência) artigos de 2000 a 2009	1	0
		(tendinite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	5	0
		(tendinite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	4	0
		(tenossinovite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	0	0
		(tenossinovite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	1	0
		(entesite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	3	0
		(entesite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	2	0
		(bursite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	3	0
		(bursite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	2	0
		(capsulite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	1	0
		(capsulite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	0	0
		(ligamentite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	0	0
(ligamentite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	0	0		

Tabela 6 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho	Medline	((occupational OR work) musculoskeletal disease*) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	19	1 [28]
	Índex RMP	(reumatologia AND ocupacional AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	1	0
		(reumatologia AND ocupacional AND incidência) artigos de 2000 a 2009	1	0
		(les* AND musculo AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	67	0
		(les* AND musculo AND incidência) artigos de 2000 a 2009	124	0
		(LMERT AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	1	0
		(LMERT AND incidência) artigos de 2000 a 2009	0	0
		(LMELT AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	0	0
		(LMELT AND incidência) artigos de 2000 a 2009	0	0

Tabela 7 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de osteoporose e fracturas osteoporóticas

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Osteoporose e fracturas osteoporóticas	Medline	(osteoporosis OR fracture*) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	78	3 [29-31]
	Índex RMP	(osteoporose AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	80	7 [22, 29, 31-35]
		(osteoporose AND incidência) artigos de 2000 a 2009	83	4 [31-33, 36]
		(fractura AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	74	5 [31-35]
		(fractura AND incidência) artigos de 2000 a 2009	128	6 [31-33, 36-38]

Tabela 8 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de fibromialgia

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Fibromialgia	Medline	(fibromyalgia OR fibromyositis OR chronic fatigue syndrome) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	4	1 [39]
	Índex RMP	(fibromialgia AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	16	1 [40]
		(fibromialgia AND incidência) artigos de 2000 a 2009	9	0

Tabela 9 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de artropatias microcristalinas

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Artropatias microcristalinas	Medline	(Gout OR Chondrocalcinosis) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	3	0
	Índex RMP	(artropatia AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	18	0
		(artropatia AND incidência) artigos de 2000 a 2009	13	0
		(gota AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	20	0
		(gota AND incidência) artigos de 2000 a 2009	16	0
		(pirofosfato AND cálcio AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	4	0
		(pirofosfato AND cálcio AND incidência) artigos de 2000 a 2009	2	0

Tabela 10 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de artrite reumatóide

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Artrite reumatóide	Medline	(rheumatoid arthritis) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	20	0
	Índex RMP	(artrite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	133	3 [22, 41, 42]
		(artrite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	133	1 [41]

Tabela 11 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de espondilartropatias

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Espondilartropatias	Medline	(Spondylarthropath* OR Psoriatic Arthritis OR Arthritic Psoriasis OR Ankylosing Spondylitis OR Bechterew Disease OR Reiter OR reactive arthritis OR Postinfectious Arthritis) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	10	1 [43]
	Índex RMP	(espondil* AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	50	1 [22]
		(espondil* AND incidência) artigos de 2000 a 2009	42	0
		(psoria* AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	33	2 [22, 44]
		(psoria* AND incidência) artigos de 2000 a 2009	27	1 [44]
		(sindrom* AND Reiter AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	9	0
		(sindrom* AND Reiter AND incidência) artigos de 2000 a 2009	5	0
		(SAPHO AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	1	0
		(SAPHO AND incidência) artigos de 2000 a 2009	0	0

Tabela 12 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de doenças reumáticas sistémicas

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos seleccionados
Doenças reumáticas sistémicas	Medline	(Connective Tissue Diseases [mesh] OR Autoimmune Diseases [mesh] OR Myositis [mesh] OR Vasculitis [mesh] OR Skin Diseases, Vascular [mesh]) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	184	1 [45]
	Índex RMP	(doença AND reumática AND sistémica AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	31	0
		(doença AND reumática AND sistémica AND incidência) artigos de 2000 a 2009	21	0
		(doença AND tecido AND conjuntivo AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	53	0
		(doença AND tecido AND conjuntivo AND incidência) artigos de 2000 a 2009	64	0
		(conectivite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	11	0
		(conectivite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	8	0
		(doença AND autoimune AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	157	0
		(doença AND autoimune AND incidência) artigos de 2000 a 2009	179	0
		(esclerose AND sistémica AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	25	0
		(esclerose AND sistémica AND incidência) artigos de 2000 a 2009	23	0
		(polimiosite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	9	0
		(polimiosite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	15	0
		(dermatomiosite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	15	0
		(dermatomiosite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	20	0
		(vasculite AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	77	1 [45]
		(vasculite AND incidência) artigos de 2000 a 2009	84	1 [45]
		(lúpus AND eritematoso AND sistémico AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	86	2 [22, 42]
		(lúpus AND eritematoso AND sistémico AND incidência) artigos de 2000 a 2009	62	0
		(Sjogren AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	24	1 [42]
(Sjogren AND incidência) artigos de 2000 a 2009	23	0		

Tabela 13 – Expressão de pesquisa e resultados da revisão sistemática da literatura científica sobre a frequência de artrites idiopáticas juvenis

Patologia ou grupo de patologias	Base de dados	Expressão de pesquisa	Número de resultados devolvidos	Número [referências] de artigos selecionados
Artrites idiopáticas juvenis	Medline	(juvenile arthritis) AND (Portugal OR Portuguese) AND (prevalence OR incidence OR occurrence OR frequency) AND ("2000/01/01"[Publication Date] : "3000"[Publication Date])	2	0
	Índex RMP	(artrite AND idiopática AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	17	1 [46]
		(artrite AND idiopática AND incidência) artigos de 2000 a 2009	24	1 [46]
		(reumatismo AND juveni* AND prevalência) artigos de 2000 a 2009	0	0
		(reumatismo AND juveni* AND incidência) artigos de 2000 a 2009	1	0

4.2.2. Medidas da utilização de cuidados de saúde

Com o objectivo de caracterizar o recurso aos cuidados de saúde como consequência da patologia musculoesquelética foram revistos os indicadores do Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005/6) (INSA/INE, IP) que dizem respeito à utilização de medicamentos com indicação na patologia osteoarticular [17].

Foram também extraídas da publicação anual *Estatística do Medicamento* (INFARMED, IP) as informações relativas ao consumo, entre 2004 e 2008, de medicamentos do grupo farmacoterapêutico *Aparelho locomotor* e, dentro deste, dos subgrupos *Anti-inflamatórios não esteróides*, *Medicamentos para o tratamento da artrose*, *Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio*, *Medicamentos usados no tratamento da gota* e *Modificadores da evolução da doença reumática* [47-51].

Foi revista a informação publicada no documento *Análise do Mercado de Medicamentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Meio Hospitalar (Código Hospitalar Nacional de Medicamentos)* entre Janeiro de 2007 e Novembro de 2009, relativa aos fármacos Etanercept e Infliximab [52-54].

Com o objectivo de quantificar a utilização de medicamentos biotecnológicos em poliartropatias inflamatórias (artrite reumatóide, espondilite anquilosante, artrite psoriática e artrites idiopáticas juvenis) em Serviços e Unidades de Reumatologia, foi utilizada informação cedida pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia relativa à execução do Projecto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos até ao mês de Novembro de 2009 que, nesta data, continha registos correspondentes a 4 561 consultas.

Com vista à caracterização da utilização dos cuidados secundários e terciários no âmbito do Serviço Nacional de Saúde foram solicitados à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, os dados respeitantes ao número e à distribuição etária e por sexo dos indivíduos internados por doenças e perturbações do sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo (CID-9: 710-739) [55-57]. Para complementar esta informação, foram extraídos os dados do número de internamentos e de consultas externas em Serviços ou Unidades de Reumatologia presentes no documento *Estatística do Movimento Assistencial* respeitante ao período entre 2004 e 2005, publicado pelo extinto Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e foi obtida na Administração Central do Sistema de Saúde, IP, a informação relativa ao movimento assistencial em Serviços e Unidades de Reumatologia entre os anos de 2005 e 2008 [58-61].

A publicação *Sazonalidade e Periodicidades do Internamento Hospitalar em Portugal Continental - 1998 a 2003*, resultante do projecto *Investigar sazonalidade de doenças com repercussões acentuadas* (ISADORA), desenvolvido pelo INSA, IP, teve como objectivo principal descrever a sazonalidade e a periodicidade existentes em dados de morbilidade, em particular aqueles que respeitam ao internamento observado nos hospitais de Portugal Continental entre 1998 e 2003. Foi extraída desta publicação a informação relativa à sazonalidade e à periodicidade dos internamentos por doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e por fracturas [62].

4.2.3. Medidas de mortalidade

Estatísticas de saúde

Foi solicitada ao Instituto Nacional de Estatística a informação recolhida no âmbito das estatísticas portuguesas sobre o número e a distribuição por sexo e por idade das mortes cuja causa foi codificada como Doença do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (Códigos ICD-10: M00 a M99) ou Fractura do Fémur (Códigos ICD-10: S72), entre 2000 e 2005.

Sazonalidade e Periodicidades da Mortalidade Portuguesa – 1980 a 2001

No âmbito do projecto ISADORA do INSA, IP, foi publicado em 2007 o estudo *Sazonalidade e Periodicidades da Mortalidade Portuguesa – 1980 a 2001*. Esta publicação teve como objectivo principal a investigação sistemática da sazonalidade e periodicidade existentes na mortalidade da população portuguesa entre 1980 e 2001. Desta publicação foi extraída a informação relativa à mortalidade por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e por fracturas, incluindo as fracturas do colo do fémur [63].

4.3. Resultados

4.3.1. Doenças reumáticas e dor musculoesquelética

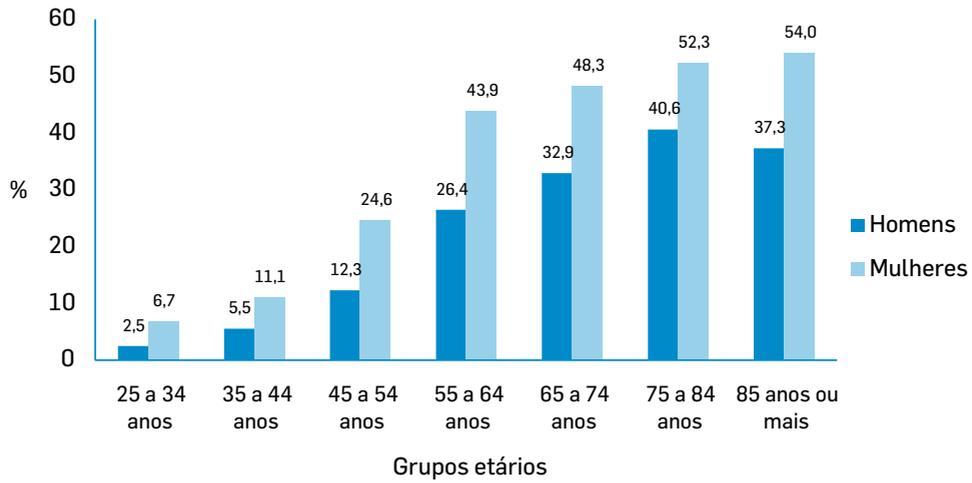
Frequência

Em 2007 foram apresentados os principais resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, entre os quais se incluem as prevalências ao longo da vida de diferentes doenças crónicas auto-declaradas, utilizando a questão "Tem ou já teve alguma ou algumas destas doenças crónicas que vou referir?". Das doenças crónicas inquiridas, a hipertensão arterial foi a que apresentou a maior prevalência ao longo da vida (20,0%), seguida pelas doenças reumáticas, que 16,3% da população em Portugal Continental referiu ter ou já ter tido. Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com populações mais jovens, estas estimativas de prevalência foram 12,9% e 6,0%, respectivamente. Entre os inquiridos que declararam ter doença reumática 91,2% no Continente, 92,8% nos Açores e 93,8% na Madeira referiram que a fonte de informação do diagnóstico foi um médico ou um enfermeiro.

Também se verificou que a prevalência de doença reumática aumentava com a idade. No Continente e na Madeira esta patologia era mais frequente no grupo etário dos 85 ou mais anos (48,6% e 31,0%, respectivamente). Nos Açores, foi no intervalo de idades entre os 75 e os 84 anos que se encontrou maior prevalência de doença reumática (46,1%).

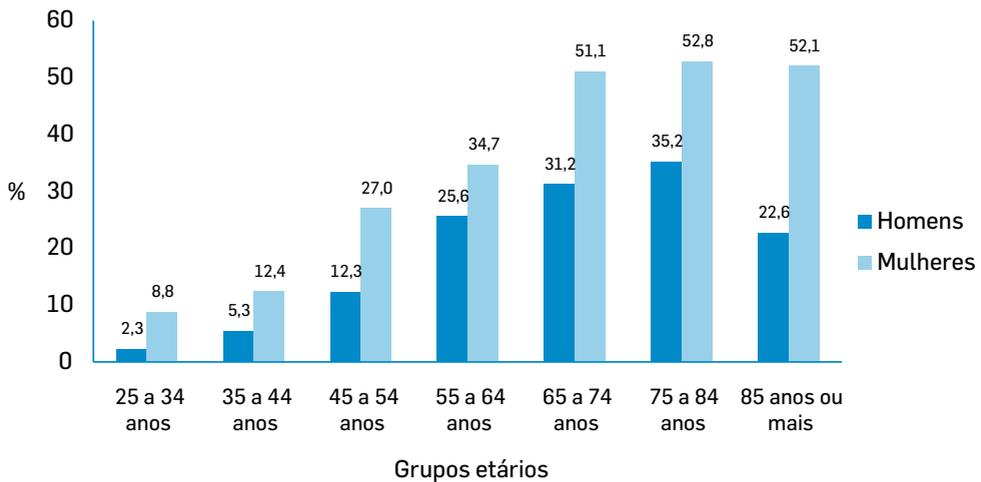
A prevalência de doença reumática ao longo da vida foi mais elevada no sexo feminino, em todas as classes etárias. Os Gráficos 6 a 8 representam, em cada subdivisão NUTS I, a proporção da população que referiu ter ou já ter tido doença reumática, por sexo e grupo etário. Nas mulheres, as doenças reumáticas foram mais prevalentes no grupo com idade igual ou superior a 85 anos, no Continente e na Madeira (54,0% e 34,2% respectivamente). Nos Açores, houve maior proporção de mulheres com doença reumática no intervalo de idades entre os 75 a 84 anos (52,8%). Nos homens, em todo o território português, as doenças reumáticas afectavam mais frequentemente os residentes entre os 75 e 84 anos de idade (40,6% no Continente; 35,2% nos Açores e 25,1% na Madeira) [17].

Gráfico 6 – Proporção (%) da população residente em Portugal Continental que referiu ter ou já ter tido doença reumática por grupo etário e por sexo, 2005/2006

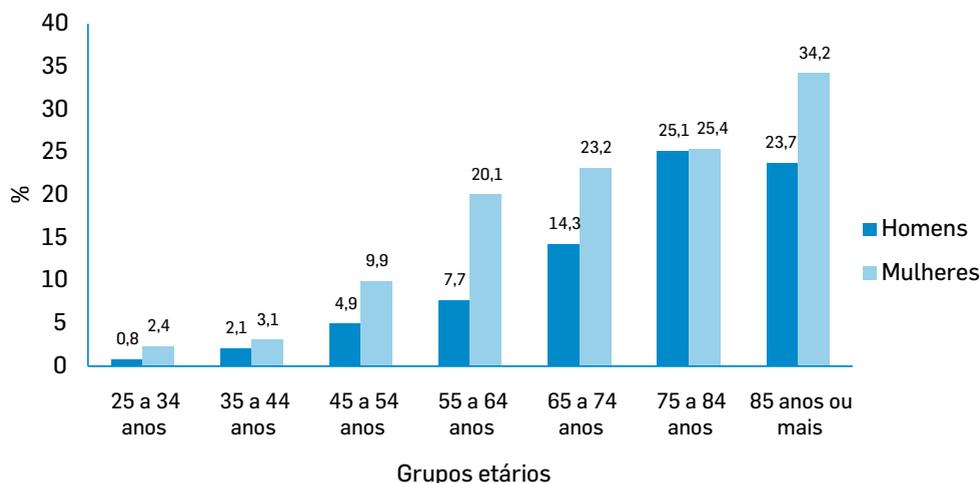


Fonte: INSA, IP, 4ºINS (2007).

Gráfico 7 – Proporção (%) da população residente nos Açores que referiu ter ou já ter tido doença reumática por grupo etário e por sexo, 2005/2006



Fonte: INSA, IP, 4ºINS (2007).

Gráfico 8 - Proporção da população residente na Madeira que referiu ter ou já ter tido doença reumática por grupo etário e por sexo, 2005/2006

Fonte: INSA, IP, 4ºINS (2007).

O estudo designado *Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental*, do Observatório Nacional de Saúde (ONSA) (2005), estimou uma prevalência de doença reumática auto-declarada de 24,0% (intervalo de confiança a 95%, IC95%: 22,4-25,7). As diferenças entre as regiões não foram significativas. Nas mulheres observou-se uma prevalência mais alta de doença auto-declarada (29,1% (IC95%: 26,7-31,7) vs. 18,3% (IC95%: 16,2-20,6) nos homens) e esta proporção aumentou com a idade (39,2% (IC95%: 34,3-44,4) entre 55 a 64 anos; 55,2% (IC95%: 49,7-60,6) entre 65 a 74 anos e 62,5% (IC95%: 55,5-68,9) nos indivíduos com 75 ou mais anos) [64].

Uma revisão de estudos clínicos efectuados em Portugal, até 2002, que quantificavam a prevalência das doenças reumáticas e o seu impacto económico e social, demonstrou coerência entre as estimativas em cuidados primários de saúde. As doenças reumáticas foram descritas como a patologia crónica mais prevalente (representando 28 a 37% das doenças crónicas), sendo o principal motivo de recurso aos cuidados de saúde primários pela população portuguesa: 20% das consultas efectuadas em clínica geral deviam-se a doenças reumáticas [23, 24].

No âmbito das actividades do ONDOR e no contexto do recrutamento da coorte de base populacional EPIPorto, constituída por 2 485 indivíduos adultos residentes na cidade do Porto, seleccionados através da aleatorização de dígitos telefónicos, foi estimada a prevalência de algumas doenças reumáticas auto-declaradas, numa sub-amostra de 1 238 inquiridos. Numa entrevista pessoal, integrada numa extensa avaliação, foi estimada a frequência de doença auto-declarada (artrite reumatóide,

espondilite anquilosante, artrite psoriática, lúpus eritematoso sistémico, coxartrose, gonartrose e lombalgia crónica) usando a questão “Alguma vez o médico lhe diagnosticou [doença]?”. Neste estudo, referiram ter pelo menos uma das doenças inquiridas 23,0% (IC95%:20,7-25,5) dos participantes. Foi referida pelo menos uma destas patologias por 28,7% (IC95%: 25,6-32,0) das mulheres e por 13,1% (IC95%: 10,2-16,6) dos homens. Aplicando as frequências encontradas neste estudo à estrutura etária da população obtida nos Censos 2001, estimou-se que 11,7% (IC95%: 7,2-17,8) dos homens portugueses e 27,6% (IC95%: 22,9-32,8) das mulheres tivessem pelo menos uma doença reumática em 2004 [22].

A caracterização da patologia reumática nesta população foi também um dos principais objectivos da avaliação de seguimento da coorte, realizada entre 2005 e 2008, na qual foi possível reavaliar aproximadamente 70% dos participantes da amostra inicial. Numa entrevista presencial, os inquiridos responderam a um conjunto de questões relativas à história de dor em quatro localizações anatómicas (joelho, anca, mão e coluna) que constituiu também um algoritmo de selecção dos participantes para posterior avaliação clínica por reumatologista. Relativamente a cada localização anatómica, o participante era inquirido sobre a história de dor de causa não traumática ao longo da vida. Se a resposta fosse afirmativa, o participante seria classificado como tendo tido sintomatologia recente clinicamente significativa se preenchesse também pelo menos um dos seguintes quatro critérios:

- ter procurado cuidados médicos devido a esses sintomas no ano anterior, tendo-lhe sido prescritos exames complementares de diagnóstico ou tratamento;
- ter tido mais de três episódios dolorosos no ano anterior, com intensidade média igual ou superior a 60 mm numa escala visual analógica;
- ter tido um episódio doloroso de duração superior a uma semana nos seis meses anteriores;
- ter tido pelo menos um episódio doloroso no mês anterior, com intensidade média igual ou superior a 60 mm numa escala visual analógica.

Nos Gráficos 9 e 10 são apresentadas as proporções de inquiridos que referiram dor ao longo da vida e sintomas recentes clinicamente significativos em pelo menos uma das localizações inquiridas. No sexo masculino, a prevalência de dor articular ao longo da vida variou entre 42,4%, nos homens com menos de 35 anos, e 67,7% nos homens com idade entre 65 e 74 anos. A prevalência de dor articular recente variou entre 15,2% nos indivíduos com menos de 45 anos e 34,8% nos inquiridos com 65 ou mais anos. Entre as mulheres, a prevalência de dor articular ao longo da vida foi menor antes dos 35 anos (51,1%) e máxima entre os 65 e os 74 anos (87,3%). Referiram dor articular recente 20,4% das mulheres com idade inferior a 35 anos e 71,4% daquelas com idade igual ou superior a 75 anos.

Gráfico 9 - Proporção (%) e intervalos de confiança a 95% dos homens adultos residentes no Porto que referiu dor musculoesquelética ao longo da vida e sintomas recentes clinicamente significativos em pelo menos uma das localizações inquiridas (joelho, anca, mão e coluna), por classe etária (anos)

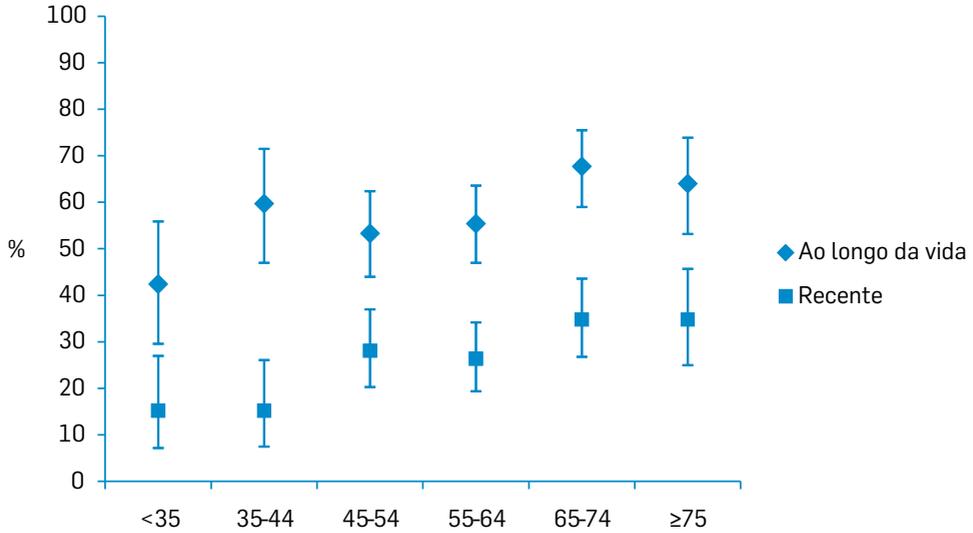
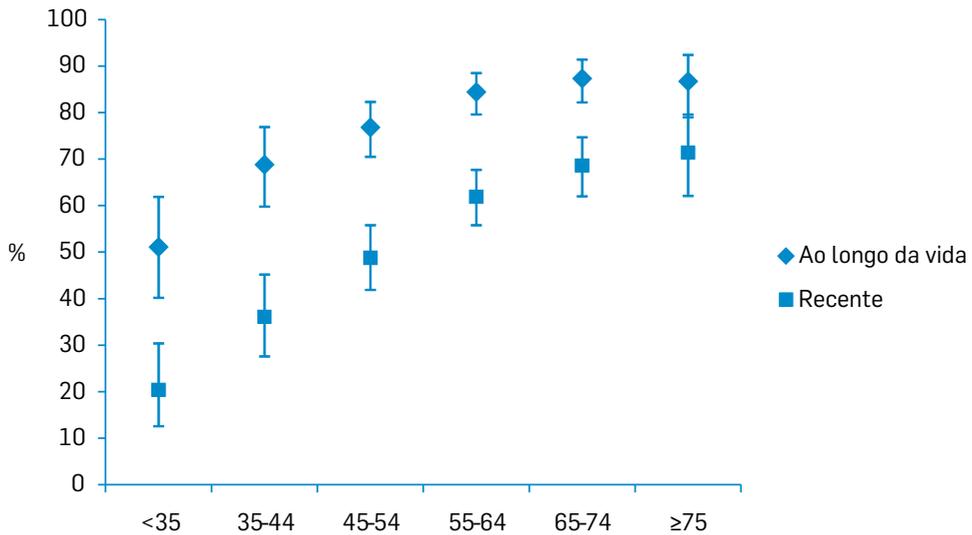


Gráfico 10 - Proporção (%) e intervalos de confiança a 95% das mulheres adultas residentes no Porto que referiu dor musculoesquelética ao longo da vida e sintomas recentes clinicamente significativos em pelo menos uma das localizações inquiridas (joelho, anca, mão e coluna), por classe etária (anos)



O estudo *A dor na população portuguesa: Alguns aspectos epidemiológicos*, integrado no projecto ECOS do INSA, IP inquiriu preferencialmente o “Chefe da família” ou, na ausência deste, um elemento do agregado com 18 ou mais anos.

Obtiveram-se respostas válidas de 1 414 indivíduos relativamente à dor manifestada nos sete dias anteriores à entrevista e a prevalência de dores “nos ossos e articulações” foi 45,2% (IC95%: 42,6-47,8). A proporção de indivíduos que declararam ter tido dor “nos ossos e articulações” foi maior no sexo feminino (54,6%), entre os 65 e os 74 anos (61,3%) e nos de menor grau de escolaridade (75,8%). A duração média deste sintoma foi 6,2 dias (IC95%: 6,0-6,3), sendo a dor osteoarticular aquela que apresentou maior duração média. Dos indivíduos que referiram ter dor, 43,3% (IC95%: 31,4-55,2) consideraram-na moderada. A atitude mais frequente perante a dor foi tomar medicamentos receitados anteriormente, referida por 36,8% (IC95%: 25,3-48,3) dos participantes [19].

Em 2002 foi publicado um estudo com o objectivo de determinar a prevalência da dor musculoesquelética nas 767 crianças entre os 6 e os 17 anos que frequentavam 4 escolas públicas da região de Lisboa. A prevalência de dor musculoesquelética, nos três meses anteriores ao inquérito, foi 28,4%, significativamente superior no sexo feminino (62,8%). Relativamente à localização da dor, 59,6% dos casos referiram os membros inferiores e o joelho foi a localização específica mais frequentemente referida. Em 76,6% das crianças havia algum grau de incapacidade devida à dor musculoesquelética [26].

Como resposta à carga da dor na população, a DGS emitiu o novo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR), aprovado a 8 de Maio de 2008. Este programa visa dar continuidade, numa versão actualizada, ao anterior Plano Nacional de Luta Contra a Dor. A coordenação, monitorização e avaliação do Programa Nacional de Controlo da Dor é da responsabilidade da DGS, através de uma Comissão Nacional para o Controlo da Dor. Com o objectivo de proceder à colheita e análise continuada e sistemática de informação sobre dor, a fornecer à acima referida Comissão, foi criado um Centro de Observação em Dor, de acordo com as orientações expressas na Circular Informativa da DGS nº 46/DSPCS, de 13 de Outubro de 2006 [65].

A Tabela 14 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de doenças reumáticas em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 14 – Resumo das estimativas da frequência de doenças reumáticas em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
INSA/INE, 2007 [17]	Entrevista presencial	História de doença reumática (auto-declarada)	Indivíduos que residiam em alojamentos familiares em Portugal	41 193 pessoas em 15 239 unidades de alojamento	<u>Prevalência de doença reumática:</u> Ambos os sexos: 16,0% H: 11,1% M: 20,5%
Branco M, 2005 [18]	Entrevista telefónica	Doença reumática auto-declarada (prevalência pontual)	Indivíduos residentes em unidades de alojamento do Continente, com telefone fixo	2 820	<u>Prevalência de doença reumática:</u> Ambos os sexos: 24,0% (IC95%: 22,4-25,7) H: 18,3% (IC95%: 16,2-20,6) M: 29,1% (IC95%: 26,7-31,7)
Costa L, 2004 [22]	Entrevista presencial	História de diagnóstico médico de pelo menos uma das patologias: artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico, espondilite anquilosante, artrite psoriática, coxartrose, gonartrose e lombalgia crónica (auto-declarada)	População adulta residente na cidade do Porto	1 238	<u>Prevalência de doença reumática:</u> Ambos os sexos: 23,0% (IC95%: 20,7-25,5) H: 13,1% (IC95%: 10,2-16,6) M: 28,7% (IC95%: 25,6-32,0)

Legenda: H – homens; M – mulheres; IC95% – intervalos de confiança a 95%.

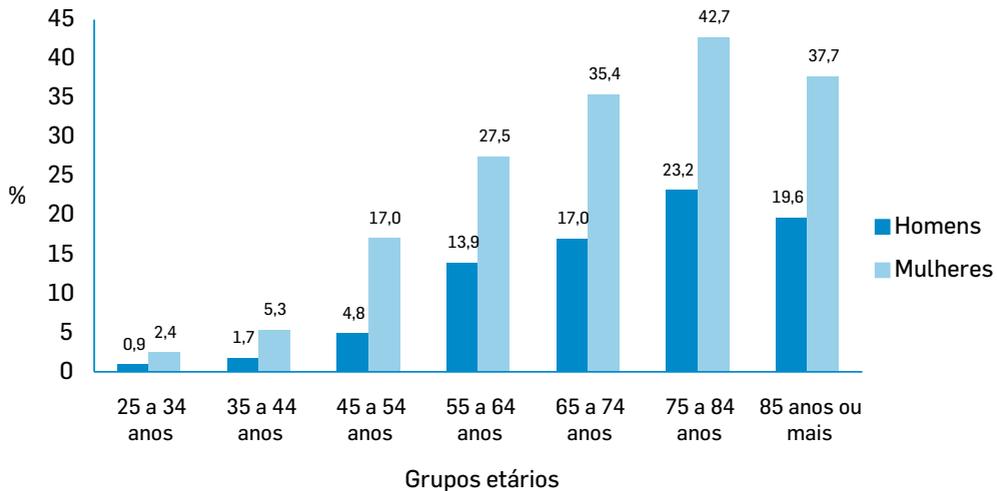
Utilização de cuidados de saúde

a) Consumo de medicamentos em ambulatório

No 4º INS foi quantificada a prevalência de consumo de medicamentos para dores nas articulações (artroses ou artrites), prescritos por um médico e comprados numa farmácia nas duas semanas anteriores à entrevista. Estimou-se que 10,0% da população no Continente, 8,0% nos Açores e 6,4% na Madeira tinha utilizado medicamentos com esta indicação. Observou-se uma prevalência de consumo de medicamentos superior nas mulheres, tanto no Continente (14,2% vs. 5,5%), como nos Açores (11,2% vs. 4,8%) e na Madeira (9,0% vs. 3,4%).

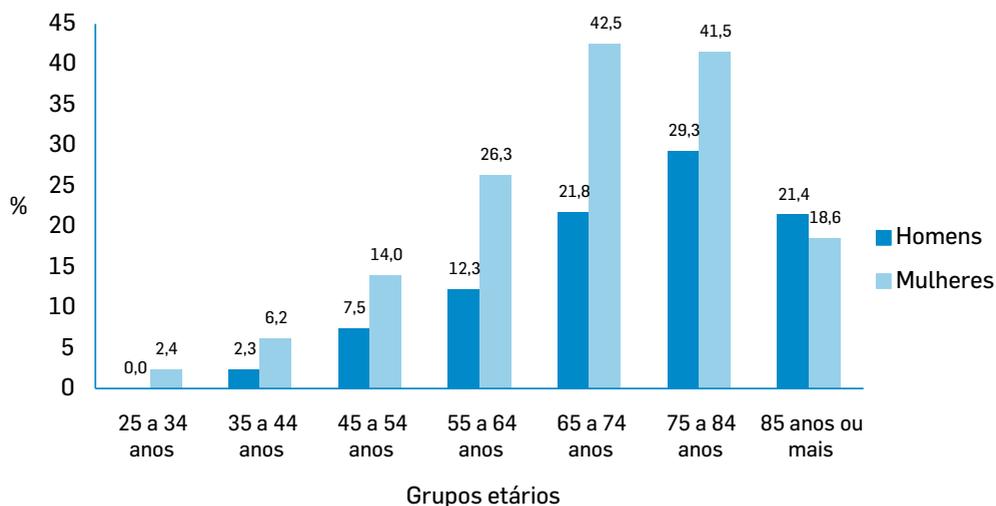
No Continente, a prevalência de consumo foi mais elevada na classe etária dos 75 aos 84 anos (42,7% e 23,2%, respectivamente, nas mulheres e nos homens). Nas Regiões Autónomas, no sexo masculino, o consumo de medicamentos foi mais frequente entre os 75 e os 84 anos (29,3% nos Açores e 21,0% na Madeira). Nas mulheres, observou-se consumo mais frequente no grupo etário entre os 65 e os 74 anos nos Açores (42,5%) e os 85 anos ou mais na Madeira (41,2%) (Gráficos 11 a 13) [17].

Gráfico 11 – Proporção (%) da população residente em Portugal Continental que referiu ter tomado medicamentos para dores nas articulações, nas duas semanas anteriores à entrevista, por grupo etário e por sexo, 2005/2006



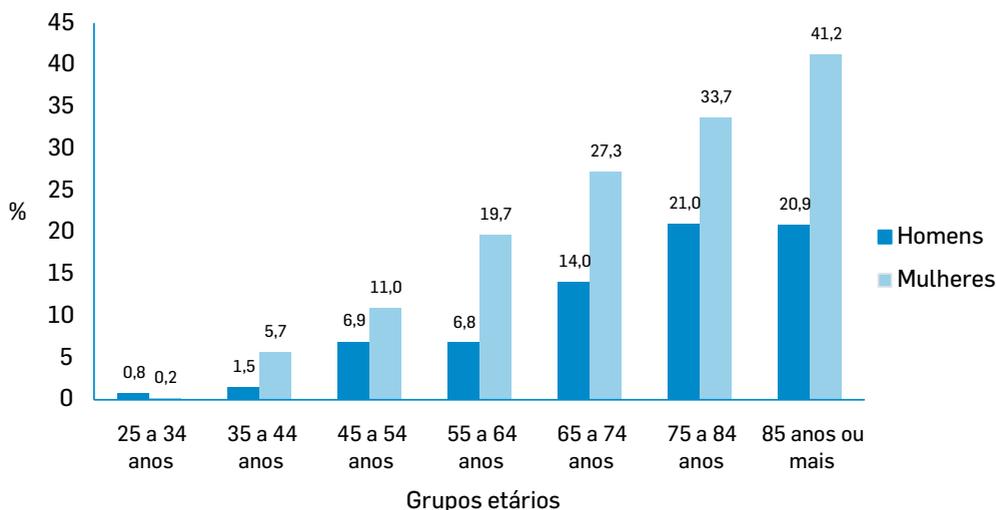
Fonte: INSA, IP, 4ºINS (2007).

Gráfico 12 – Proporção (%) da população residente nos Açores que referiu ter tomado medicamentos para dores nas articulações, nas duas semanas anteriores à entrevista, por grupo etário e por sexo, 2005/2006



Fonte: INSA, IP, 4ºINS (2007).

Gráfico 13 – Proporção (%) da população residente na Madeira que referiu ter tomado medicamentos para dores nas articulações, nas duas semanas anteriores à entrevista, por grupo etário e por sexo, 2005/2006



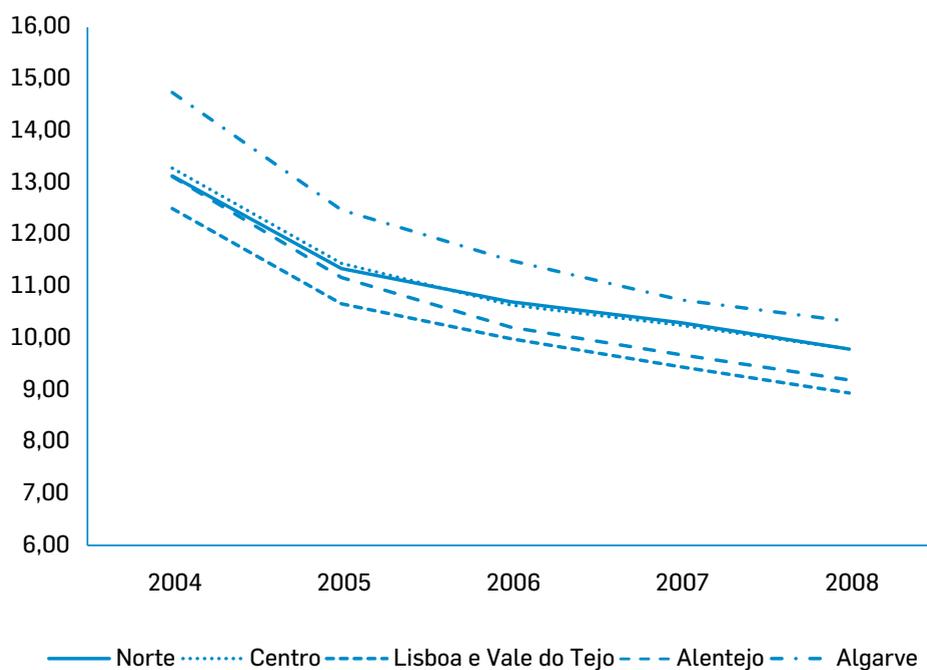
Fonte: INSA/INE, IP – 4ºINS (2007).

Contraopondo estes dados com os resultados do 4º INS verifica-se que, como seria de esperar, a maior prevalência de doença reumática no sexo feminino é acompanhada de maior frequência de consumo de medicamentos. Além disso, de uma forma geral, o aumento da prevalência de doença reumática com a idade é acompanhado de um correspondente aumento no consumo de medicamentos. No entanto, nas mulheres, apesar de a prevalência de doença reumática aumentar de forma aproximadamente linear com a idade, a frequência de consumo de medicamentos não acompanhou esta tendência. De facto, no Continente o consumo de medicamentos para a dor articular foi mais prevalente na classe etária dos 75 aos 84 anos, para os dois sexos, e nos Açores foi mais frequente entre os 65 e os 74 anos, no sexo feminino, e dos 75 aos 84 anos, no sexo masculino [17].

A informação relativa às vendas de medicamentos no Sistema Nacional de Saúde constitui um indicador relevante da frequência e dos custos directos das doenças musculoesqueléticas. Nos Gráficos 14 a 17 é apresentada a informação constante das edições da Estatística do Medicamento (INFARMED, IP) referentes aos fármacos com indicação na patologia do sistema musculoesquelético vendidos em ambulatório, no período entre 2004 e 2008 [47-51]. Neste período foi possível observar uma ligeira diminuição da proporção dos encargos do SNS com medicamentos do grupo farmacoterapêutico *Aparelho locomotor* em todas as subdivisões geográficas NUTS II (Gráfico 14). Quando analisada a evolução do consumo de medicamentos neste período, por subgrupo farmacoterapêutico, é de salientar o elevado peso, em número de embalagens, dos subgrupos dos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e dos medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio no volume total de vendas de medicamentos com indicação na patologia do aparelho locomotor (Gráfico 15). Relativamente aos consumos de AINEs, é interessante notar a existência de um padrão de sazonalidade sobreponível nos diferentes anos considerados (Gráfico 16).

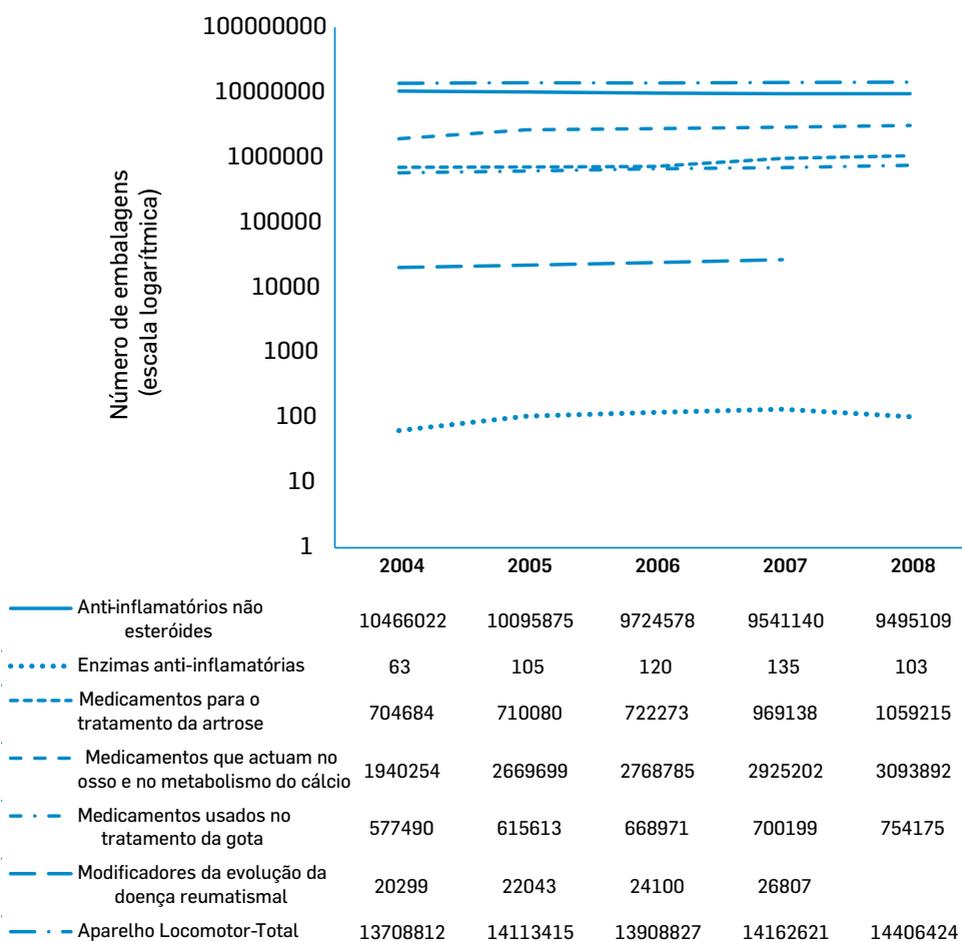
Na interpretação desta informação é importante ter em conta que alguns desses fármacos têm indicação em outras patologias, tanto do aparelho locomotor (doenças de causa traumática) como de outros aparelhos e sistemas, tais como as infecções do tracto respiratório superior. Estas limitações poderão ser importantes na justificação da sazonalidade observada.

Gráfico 14 – Proporção (%) dos encargos do Serviço Nacional de Saúde devida a medicamentos com indicação na patologia do aparelho locomotor, em ambulatório, 2004-2008 [47-51]



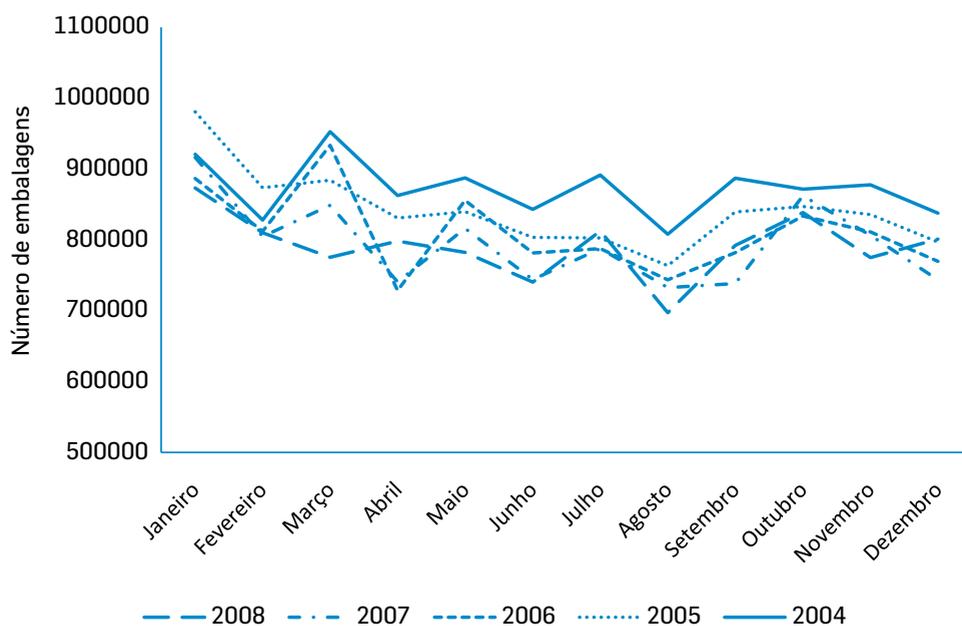
Fonte: INFARMED, IP, 2009.

Gráfico 15 – Consumo (em número de embalagens) de medicamentos com indicação na patologia do aparelho locomotor, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2008 [47-51]



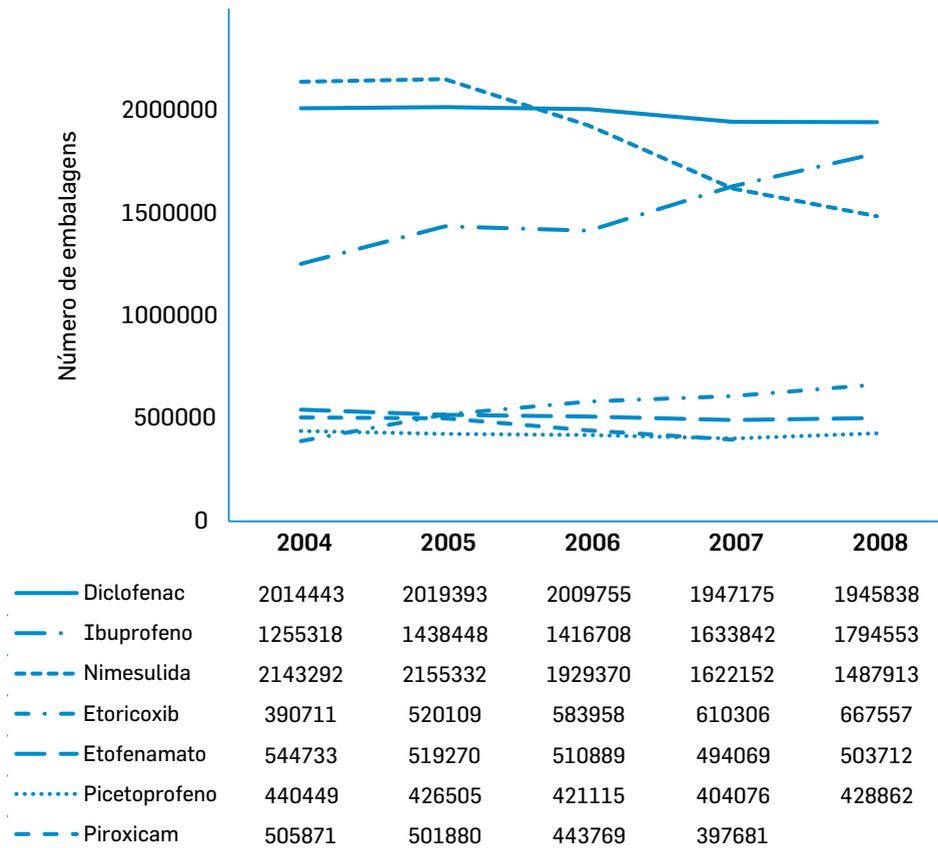
Fonte: INFARMED, IP, 2009.

Gráfico 16 – Variação mensal do consumo (em número de embalagens) de anti-inflamatórios não esteróides, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2008 [47-51]



Fonte: INFARMED, IP, 2009.

Gráfico 17 – Consumo (em número de embalagens) de fármacos anti-inflamatórios não esteróides*, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004 a 2008 [47-51]

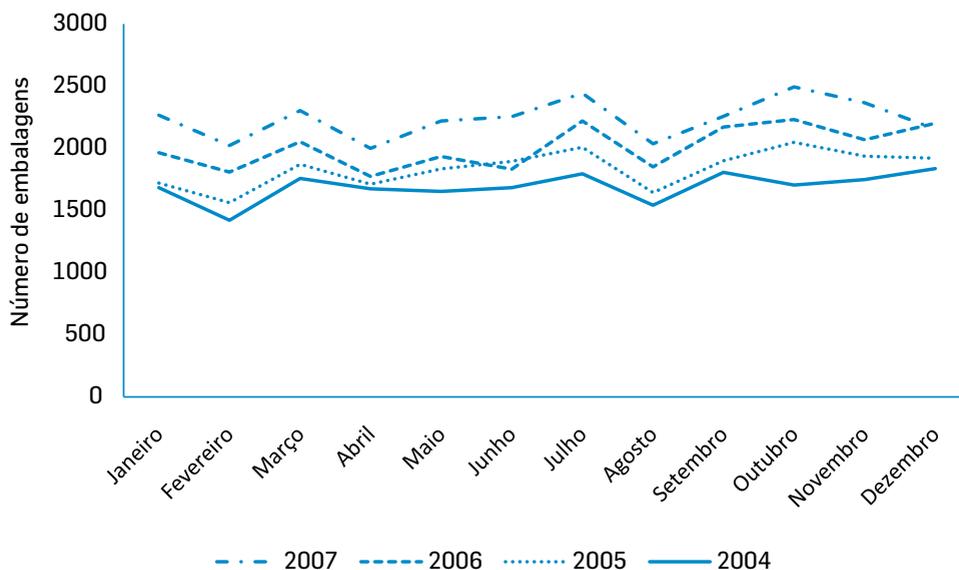


* incluídos os fármacos compreendidos no conjunto das 100 substâncias activas com maiores encargos para o SNS no período considerado

Fonte: INFARMED, IP, 2009.

No que diz respeito ao subgrupo farmacoterapêutico dos *Medicamentos modificadores da doença reumatisal* (Gráfico 18), e de acordo com a publicação *Estatística do Medicamento* (INFARMED, IP), é de salientar o baixo valor absoluto do volume global de vendas deste subgrupo [47-50]. De facto, com a emergência da terapia biotecnológica das doenças reumáticas inflamatórias, é de esperar uma diminuição da importância relativa dos medicamentos modificadores da evolução da doença reumatisal de dispensa em ambulatório.

Gráfico 18 – Evolução mensal do consumo (em número de embalagens) de medicamentos modificadores da doença reumatismal, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2007 [47-50]



Fonte: INFARMED, IP, 2009.

b) Consultas hospitalares

A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, IP) publica periodicamente as Estatísticas do Movimento Assistencial, que descrevem a prestação quantitativa de cuidados no SNS. Em cada Serviço ou Unidade dos hospitais do SNS, o movimento assistencial é caracterizado quanto aos episódios de internamento e às consultas externas.

O número de consultas externas realizadas por Serviços e Unidades de Reumatologia no âmbito do SNS entre 2004 e 2008 foi obtido das Estatísticas do Movimento Assistencial da ACSS, IP. Estes dados estavam disponíveis *online* até ao ano de 2005 e são apresentados nas Tabelas 15 e 16 [58-61].

Com o objectivo de actualizar a informação o ONDOR solicitou directamente à ACSS, IP, a informação produzida pelo Sistema de Informação de apoio à Contratualização e Acompanhamento (SICA) relativamente às consultas hospitalares em Serviços e Unidades de Reumatologia até ao ano de 2008 (Tabelas 4 a 8). De acordo com a ACSS, IP, a principal limitação desta fonte de informação advém de os dados serem enviados pelas instituições no âmbito do acompanhamento do SICA, existindo Serviços e Unidades da Rede de Referência de Reumatologia que não reportam a produção na especialidade de Reumatologia, possivelmente por agregarem esta informação em outra Consulta (nomeadamente da especialidade de Medicina Interna).

No ano 2004, foram reportadas 41 575 consultas de Reumatologia em hospitais do SNS, das quais 41,2% decorreram em hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo, 36,0% na região Norte, 20,4% na região Centro e 2,3% na região do Algarve [58-60] (Tabela 15).

Tabela 15 – Estatísticas do Movimento Assistencial em hospitais do Serviço Nacional de Saúde: Consultas da especialidade de Reumatologia, 2004

Hospital	Nº de consultas	Consultas por dia útil	Consultas por hora
Norte			
CH Alto Minho	5 899	24	4
H Maria Pia	38	<1	<1
H S João	9 018	36	6
Centro			
H S Sebastião	568	2	<1
H Viseu	1 555	6	1
CH Caldas da Rainha	644	3	<1
H Águeda	22	<1	<1
CH Coimbra	2 372	9	2
H Univer Coimbra	2 827	11	2
H Pombal	520	2	<1
Lisboa e Vale do Tejo			
CH Médio Tejo	1 382	6	1
H Garcia de Orta	6 150	25	4
H S Franc Xavier	577	2	<1
CH Cascais	280	1	<1
H Stª Maria	8 737	35	6
Algarve			
H Faro	946	4	1
Total	41 575		

Fonte: ACSS, IP, 2004.

No que diz respeito ao ano de 2005, foram reportadas à ACSS, IP, 15 458 consultas de reumatologia, das quais 80,1% decorreram em hospitais de Lisboa e Vale do Tejo, 19,1% decorreram na região Centro, 0,6% ocorreram no Algarve e 0,1% na região Norte [61] (Tabela 16).

Tabela 16 – Estatísticas do Movimento Assistencial em hospitais do Serviço Nacional de Saúde: Consultas da especialidade de Reumatologia, 2005

Hospital	Nº de consultas	Evol 05/04	Consultas por dia útil	Varia 05/04	Consultas por hora	Varia 05/04
Norte						
H Maria Pia	22	-42,1%	<1	<1	<1	<1
Centro						
H S Sebastião	1 119	97,0%	4	2	1	0
H Guarda	670	n/a	3	n/a	<1	n/a
H Pombal	528	1,5%	2	<1	<1	<1
H Seia	636	n/a	3	n/a	<1	n/a
Lisboa e Vale do Tejo						
CH Médio Tejo	1 517	9,8%	6	1	1	<1
CH Cascais	292	4,3%	1	<1	<1	<1
H Stª Maria	10 579	21,1%	42	7	7	1
Algarve						
H Faro	95	-90,0%	<1	-3	<1	-1
Total	15 458	24,0%	62	12	10	2

Legenda: Evol 05/04 – Evolução 2005/2004; Varia 05/04 – Variação 2005/2004; n/a – não aplicável

Fonte: ACSS, IP, 2005.

As Tabelas 17 a 21 apresentam a informação produzida pelo Sistema de Informação de apoio à Contratualização e Acompanhamento (SICA) relativamente às consultas hospitalares em Serviços e Unidades de Reumatologia entre 2004 e 2008.

Tabela 17 – Consultas de Reumatologia nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região de Saúde do Norte, 2004 a 2008

Hospital	2004		2005		2006		2007		2008	
	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC (B+A)	1C (B+A)
<i>Hospital Central Especializado Crianças Maria Pia</i>	38	5	22	2	6	2	SI	SI	SI	SI
CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	378	217
Hospital São João, EPE	9 018	1 292	10 743	1 508	11 352	1 668	12 429	1 938	13 106	2 158
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	7 641	1 366
<i>Centro Hospitalar Alto Minho, EPE</i>	5 899	1 331	5 975	1 116	6 719	1 320	6 912	1 199	5 827	1 024
Hospital S. Marcos – Braga	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1 013	425	1 545	384

Legenda: SI – Sem informação; TC – Total de consultas; 1C – Primeiras consultas; B+A – base + adicional.

Fonte: SICA (16-09 a 28-09-2009), ACSS, IP, 2009.

Tabela 18 – Consultas de Reumatologia nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região de Saúde do Centro, 2004 a 2008

Hospital	2004		2005		2006		2007		2008	
	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC (B+A)	1C (B+A)
Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	882	120	38	25
<i>Centro Hospitalar de Coimbra</i>	799	123	847	112	1 007	159	180	34	SI	SI
Hospitais Universidade de Coimbra, EPE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	6 834	856
<i>Hospitais Universidade de Coimbra</i>	SI	SI	6 585	777	6 539	1023	6 668	995	4 402	542
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	1 576	408	2 472	583	2 074	377	3 051	744	3 348	536
Hospital S. Teotónio, EPE - Viseu	1 555	234	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	730	76
<i>Hospital Sousa Martins - Guarda</i>	SI	SI	670	96	822	116	758	116	547	56
<i>Hospital Nossa Senhora da Assunção</i>	SI	SI	636	267	594	106	SI	SI	SI	SI
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha ⁽¹⁾	644	249	1 292	297	1 878	373	1 594	298	SI	SI
Fora da rede de referenciação hospitalar de reumatologia										
Hospital Distrital de Pombal	520	109	528	128	451	105	396	71	447	139

Legenda: SI – Sem informação; TC – Total de consultas; 1C – Primeiras consultas; B+A – base + adicional.

⁽¹⁾ Estes Hospitais deixaram de pertencer à Região Centro em 2008.

Fonte: SICA (16-09 a 28-09-2009), ACSS, IP, 2009.

Tabela 19 – Consultas de Reumatologia nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2004 a 2008

Hospital	2004		2005		2006		2007		2008	
	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC (B+A)	1C (B+A)
<i>Centro Hospitalar de Lisboa</i>	355	96	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	SI	SI	7 543	1 117	8 351	1 314	8 794	1 439	8 650	1 239
<i>Hospital Egas Moniz</i>	6 392	1 039	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
<i>Hospital S. Francisco Xavier</i>	577	116	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	16 840	3 798
<i>Hospital Santa Maria, EPE</i>	8 737	1 391	10 579	1 862	11 296	2 070	13 606	3 063	2 990	671
Hospital Garcia de Orta, EPE	6 150	980	6 251	1 203	7 443	1 378	7 886	1 332	8 064	1 199
Centro Hospitalar de Cascais	280	22	292	75	337	75	SI	SI	SI	SI
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1 553	302
Fora da rede de referência hospitalar de reumatologia										
Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	1 382	402	1 517	462	408	101	SI	SI	SI	SI

Legenda: SI – Sem informação; TC – Total de consultas; 1C – Primeiras consultas; B+A – base + adicional.

Fonte: SICA (16-09 a 28-09-2009), ACSS, IP, 2009.

Tabela 20 – Consultas de Reumatologia nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região de Saúde do Alentejo, 2004 a 2008

Hospital	2004		2005		2006		2007		2008	
	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC (B+A)	1C (B+A)
Nenhum hospital desta região reportou consultas de reumatologia no período considerado										

Legenda: SI – Sem informação; TC – Total de consultas; 1C – Primeiras consultas; B+A – base + adicional.

Fonte: SICA (16-09 a 28-09-2009), ACSS, IP, 2009.

Tabela 21 – Consultas de Reumatologia nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região de Saúde do Algarve, 2004 a 2008

Hospital	2004		2005		2006		2007		2008	
	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC	1C	TC (B+A)	1C (B+A)	TC (B+A)	1C (B+A)
Hospital Central de Faro, EPE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	2 516	511
<i>Hospital Central de Faro</i>	946	214	95	12	188	135	1 231	469	1 647	347

Legenda: SI – Sem informação; TC – Total de consultas; 1C – Primeiras consultas; B+A – base + adicional.

Fonte: SICA (16-09 a 28-09-2009), ACSS, IP, 2009.

É de salientar que nem todos os hospitais incluídos na Rede de Referenciação de Reumatologia reportaram a produção nesta especialidade. No entanto, observa-se globalmente uma tendência para o aumento do número de consultas nos Serviços e Unidades de Reumatologia cuja informação está disponível.

c) Consumo de medicamentos em meio hospitalar

Desde 1 de Abril de 2007, os hospitais e outras instituições do SNS devem obrigatoriamente reportar ao INFARMED, IP, com periodicidade mensal, a informação sobre consumo de medicamentos abrangidos pelo Código Hospitalar Nacional do Medicamento. Na Tabela 22 apresenta-se a informação publicada pelo INFARMED, IP, relativamente ao consumo hospitalar de dois fármacos biotecnológicos com indicação na patologia reumática inflamatória compreendidos no conjunto das 20 substâncias activas com maior peso relativo na despesa hospitalar com medicamentos, de acordo com a Análise do Mercado de Medicamentos em Meio Hospitalar, no âmbito do SNS, no período entre Janeiro de 2007 e Agosto de 2009 [52-54].

Verifica-se que o consumo destes dois fármacos em meio hospitalar tem vindo a aumentar de forma acentuada, o que se reflecte num aumento do seu peso relativo na despesa hospitalar.

Tabela 22 – Consumo (Valor Acumulado, Peso Relativo e Variação Homóloga) dos fármacos biotecnológicos*
Infliximab e Etanercept entre Janeiro de 2007 e Novembro de 2009

Período	Jan - Dez 2007 (64 hospitais do SNS)			Jan - Dez 2008 (50 hospitais do SNS)			Jan - Nov 2009 (41 hospitais do SNS)		
	VA	PR	VH	VA	PR	VH	VA	PR	VH
Infliximab	8 762 642	1,2%	25,3%	6 630 944	1,2%	21,9%	7 115 245	1,5%	36,1%
Etanercept	--	--	--	7 533 070	1,3%	66,0%	7 440 824	1,6%	38,4%

Legenda: VA – Valor Acumulado PR – Peso Relativo; VH – Variação Homóloga.

* incluídos os fármacos biotecnológicos compreendidos no conjunto das 20 substâncias activas com maior peso relativo na despesa hospitalar com medicamentos, de acordo com a Análise do Mercado em cada ano.

Fonte: INFARMED, IP, 2009.

d) Internamentos hospitalares

A ACSS, IP, recolhe periodicamente informação relativa aos episódios de internamento nos hospitais do SNS, codificados segundo a Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão (CID-9). Estes dados são remetidos pelos hospitais, mensalmente, e reportam-se a todos os episódios codificados. Os indicadores são construídos a partir da informação das bases de dados dos hospitais dependendo da fiabilidade e do rigor que cada hospital coloca na recolha e codificação da respectiva informação clínica.

De acordo com a informação disponível no *site* da ACSS, IP, nas Tabelas 23 e 24 encontra-se exposta a informação relativa ao número e à demora média dos internamentos correspondentes à Grande Categoria de Diagnóstico (GCD) *Doenças e Perturbações do Sistema Musculoesquelético e Tecido Conjuntivo* relativos ao período de 2004 a 2006, em Portugal e em cada grupo de hospitais [55-57].

Tabela 23 - Doentes Saídos e Demora Média na GCD Doenças e Perturbações do Sistema Musculoesquelético e Tecido Conjuntivo, nacional e por grupos de hospitais, 2004 a 2006

Agrupamento ^c		2004	2005	2006
Nacional	Número de doentes saídos	77 806	78 223	81 709
	Demora Média (dias)	8,63	8,44	8,37
Grupo 1	Número de doentes saídos	71	75	2 981
	Demora Média (dias)	16,93	17,23	11,61
Grupo 2	Número de doentes saídos	29 208	28 863	32 171
	Demora Média (dias)	9,33	9,18	8,63
Grupo 3	Número de doentes saídos	601	813	4 927
	Demora Média (dias)	5,75	5,06	6,75
Grupo 4	Número de doentes saídos	42 066	42 640	41 630
	Demora Média (dias)	8,44	8,25	8,13
Grupo 5	Número de doentes saídos	5 860	5 832	---
	Demora Média (dias)	6,78	6,55	---

Fonte: ACSS, IP, 2007.

Tabela 24 - Evolução do Número de Doentes Saídos, Dias de Internamento e Demora Média na GCD *Doenças e Perturbações do Sistema Musculoesquelético e Tecido Conjuntivo* 2004 a 2006

	2004	2005	2006
Número de doentes saídos	77 806	78 223	81 709
Evolução relativamente ao ano anterior (%)	0,88	0,54	4,46
Número total de dias de internamento	671 658	660 468	684 097
Evolução relativamente ao ano anterior (dias)	-2,61	-1,67	3,58
Número médio de dias de internamento	8,63	8,44	8,37
Evolução relativamente ao ano anterior (%)	-0,3	-0,18	-0,07

Fonte: ACSS, IP, 2007.

^c Agrupamento dos hospitais para efeitos de comparação do sistema de classificação de doentes em GDH disponível em <http://www.acss.min-saude.pt>

Segundo a publicação *Sazonalidade e Periodicidades do Internamento Hospitalar em Portugal Continental – 1998 a 2003*, do projecto ISADORA do INSA, IP, os internamentos hospitalares por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID-9: 710 a 739) seguiram o padrão de sazonalidade semelhante ao dos internamentos por todas as causas, revelando picos principalmente durante o Inverno e a Primavera nos grupos etários: 25 a 34 anos, 45 a 74 anos e no conjunto de todos os grupos etários. Observou-se uma tendência decrescente nos grupos etários: <1 ano e 5 a 14 anos. Por outro lado, nos indivíduos com 25 e mais anos de idade e no conjunto de todos os grupos etários observou-se uma tendência crescente [62].

O número de internamentos em Serviços e Unidades de Reumatologia no âmbito do SNS entre 2004 e 2008 foi recolhido das Estatísticas do Movimento Assistencial da ACSS, IP, disponíveis *online* até ao ano de 2005 e apresentado nas Tabelas 25 e 26 [58-61]. Tal como foi descrito relativamente às consultas hospitalares, também no que diz respeito aos internamentos, a principal limitação desta fonte de informação advém do facto de os dados serem enviados pelas instituições à ACSS, IP, existindo Serviços e Unidades da Rede de Referência de Reumatologia que não reportam a produção nesta especialidade.

De acordo com a informação disponibilizada no *site* da ACSS, a fracção destes internamentos que teve lugar em Serviços ou Unidades de Reumatologia, no ano de 2004, foram reportados 8 201 dias de internamento, dos quais 55% ocorreram na região de Lisboa e Vale do Tejo, 42% na região Norte e 4% na região Centro. Também em 2004 foram reportados no total 1 321 doentes saídos do internamento, dos quais 82% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 16% na região Norte e 2% na região Centro [58-60] (Tabela 25).

Tabela 25 - Estatísticas do Movimento Assistencial em hospitais do Serviço Nacional de Saúde: Internamentos em Serviços/Unidades de Reumatologia, 2004

Hospital	Dias de internamento	Doentes saídos	Demora média (dias)
Norte			
CH Alto Minho	621	76	7,8
H S João	2 793	141	18,1
Centro			
CH Caldas da Rainha	307	23	13,3
Lisboa e Vale do Tejo			
H Garcia de Orta	1 588	160	8,4
H Stª Maria	2 892	921	3,1
Total	8 201	1 321	

Fonte: ACSS, IP, 2004.

Relativamente ao ano de 2005 foram reportados 1 045 doentes saídos do internamento, dos quais 41,0% na região de Lisboa e Vale do Tejo, 35,7% na região Centro e 23,3% na região Norte. Neste período ocorreram 11 252 dias de internamento, dos quais 36% em na região Centro, 35% na região de Lisboa e Vale do Tejo e 29% na região Norte [61] (Tabela 26).

Tabela 26 - Estatísticas do Movimento Assistencial em hospitais do Serviço Nacional de Saúde: Internamentos em Serviços/Unidades de Reumatologia, 2005

Hospital	Dias internam.	Evol 05/04	Doentes saídos	Evol 05/04	Demora média (dias)	Varia 05/04
Norte						
CH Alto Minho	690	11,1%	70	-7,9%	9,6	1,8
H S João	2 587	-7,4%	174	23,4%	14,1	-4,1
Centro						
H Univer Coimbra	4 050	n/a	373	n/a	10,0	n/a
Lisboa e Vale do Tejo						
H Garcia de Orta	1 793	12,9%	162	1,3%	7,9	-0,5
H Stª Maria	2 132	-26,3%	266	-71,1%	7,7	4,6
Total	11 252	42,5%	1 045	-19,5%	9,7	3,9

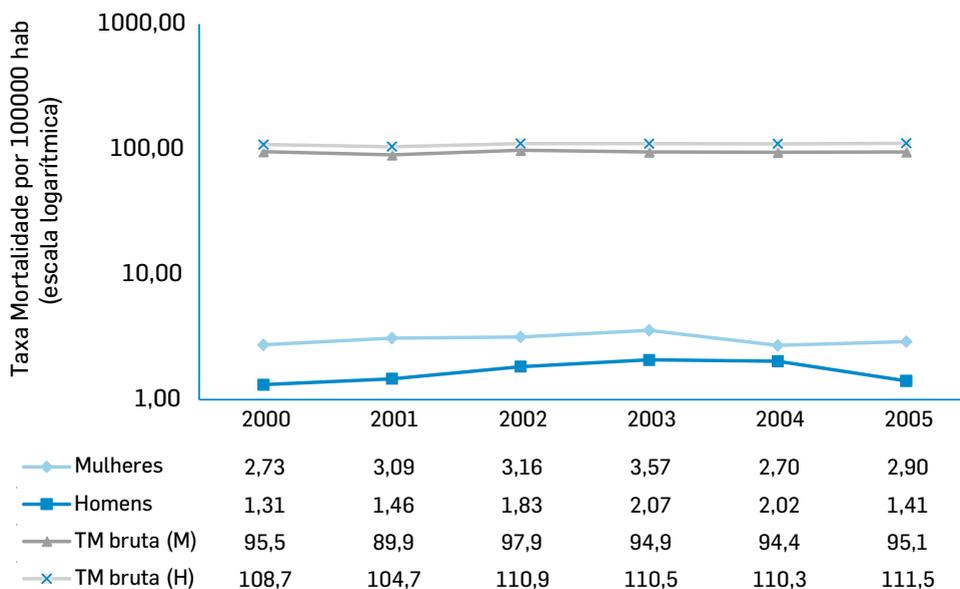
Legenda: Dias internam. – Dias de internamento; Evol 05/04 – Evolução 2005/2004; Varia 05/04 – Variação 2005/2004; n/a – não aplicável

Fonte: ACSS, IP, 2005.

Até final de Março de 2010 não nos tinha sido disponibilizada a informação relativamente aos internamentos hospitalares em Serviços e Unidades de Reumatologia até ao ano de 2008.

Mortalidade

O ONDOR solicitou ao INE, IP, a informação relativa à evolução da mortalidade por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (CID-9: 710 a 739), no período entre 2000 e 2005, que se encontra resumida no Gráfico 19.

Gráfico 19 – Evolução da taxa de mortalidade por doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID-9: 710-739) por sexo, por 100 000 habitantes, entre 2000 e 2005, em Portugal

Legenda: TM bruta - Taxa de mortalidade bruta

Fonte: INE, IP, 2007.

A mortalidade por doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, mais elevada nas mulheres que nos homens ao longo de todo o tempo em estudo, é reduzida enquanto fracção da taxa bruta de mortalidade. Neste período, a mortalidade proporcional por Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo foi menor em 2000 (2,86% nas mulheres e 1,21% nos homens) e mais elevada em 2003 (3,76% nas mulheres e 1,88% nos homens). No entanto, esta informação deverá ser interpretada tendo em conta que o período presentemente descrito é curto e que os números absolutos de óbitos classificados como atribuíveis a estas doenças são comparativamente baixos. Eventuais oscilações temporais no próprio processo de registo das causas de morte nos certificados de óbito poderão justificar a variação observada, além de possíveis tendências temporais na frequência e prognóstico deste grupo de patologias.

A publicação *Sazonalidade e Periodicidades da Mortalidade Portuguesa – 1980 a 2001* do projecto ISADORA, desenvolvido pelo INSA, IP, mostrou que a mortalidade por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID-9: 710 a 739), no conjunto de todos os grupos etários, foi marcada por uma tendência crescente no período global (1980-2001) que se deveu à tendência crescente na segunda década (1991-2001) já que a primeira década (1980-1990) revelou tendência decrescente. Salienta-se a falta de evidência de existência de um padrão de sazonalidade na mortalidade no grupo etário dos 0 aos 74 anos. No entanto a mortalidade por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo a partir dos 75 anos foi marcada por uma tendência crescente. Existiu ainda evidência de periodicidade anual no período de tempo global com um pico no Inverno [63].

4.3.2. Osteoartrose

Frequência

A Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia, citando vários estudos internacionais (agrupados por Marder WD *et al.*, 1991) e trabalhos de base clínica realizados no nosso país, referiu a prevalência de algumas das patologias musculoesqueléticas mais frequentes em Portugal. A prevalência considerada nesse documento foi 3,8% para osteoartrose do joelho e 1,3% para osteoartrose da anca [66].

No estudo original, realizado no âmbito das actividades do ONDOR, que abordou a prevalência de doença reumática auto-declarada, a prevalência de coxartrose foi 5,5% (IC95%: 4,3-7,0) e a de gonartrose 11,1% (IC95%: 9,4-13,1). Estas doenças foram significativamente mais frequentes nas mulheres (coxartrose: 7,4% (IC95%: 5,7-9,5) vs. 2,2% (IC95%: 1,1-4,2) nos homens e gonartrose: 14,2% (IC95%: 11,8-16,9) vs. 5,9% (IC95%: 3,9-8,6) nos homens). A frequência aumentou significativamente com a idade, crescendo a coxartrose de 0,0% e a gonartrose de 0,4%, nas mulheres antes dos 40 anos, para 19,5% e 34,6% depois dos 60 [22]. Como referido anteriormente na secção dedicada à patologia reumática e dor musculoesquelética (4.3.1.), no seguimento desta coorte os inquiridos responderam a um conjunto de questões relativas à história de dor em quatro localizações anatómicas (joelho, anca, mão e coluna) que definia dor articular clinicamente significativa e que constituiu um algoritmo de selecção dos participantes para posterior avaliação clínica por reumatologista. Na avaliação reumatológica era levado a cabo um exame objectivo a partir do qual eram registadas as impressões clínicas relativamente à existência de osteoartrose em cada uma das quatro localizações em estudo. Foram também obtidos para todos os participantes, independentemente da sintomatologia e do resultado do exame clínico, radiogramas das localizações anatómicas em estudo. Os radiogramas foram classificados como sugestivos de osteoartrose se a sua classificação na escala de alterações radiográficas de Kellgren-Lawrence fosse igual ou superior a dois, um critério frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos [4].

Nas Tabelas 27 a 30 e nos Gráficos 20 a 23 são apresentados os resultados observados nesta população relativamente à prevalência de achados sugestivos de gonartrose e de coxartrose, por classe etária, em homens e em mulheres, de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular recente clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico.

A prevalência de alterações radiográficas sugestivas de gonartrose foi 56,9% (IC95%: 51,6-62,1) nos homens e 57,7% (IC95%: 53,3-62,0) nas mulheres. Referiram ter tido dor no joelho ao longo da vida 27,4% (IC95%: 23,9-31,1) dos homens e 51,2% (IC95%: 48,1-54,3) das mulheres. A história de dor articular recente clinicamente significativa foi referida por 11,2% (IC95%: 8,8-14,0) dos homens e por 28,5% (IC95%: 25,8-31,4) das mulheres. A prevalência de gonartrose auto-declarada pelos

inquiridos foi 8,1% (IC95%: 6,1-10,5) nos homens e 19,4% (IC95%: 17,1-22,0) nas mulheres. Quando foram utilizados critérios clínicos e radiográficos na definição de caso, a proporção de indivíduos com osteoartrose do joelho foi 6,0% (IC95%: 3,7-9,2) no sexo masculino e 15,8% (IC95%: 12,6-19,5) no sexo feminino. No sexo masculino, é de salientar a relativa semelhança, ao longo das classes etárias, entre as estimativas de prevalência obtidas utilizando como definição de caso a existência de dor articular recente clinicamente significativa, a auto-declaração e o conjunto dos exames clínico e radiográfico. Nas mulheres, as estimativas directamente dependentes da declaração de sintomas articulares (dor articular ao longo da vida, dor articular recente clinicamente significativa e osteoartrose clínica e radiográfica) foram mais elevadas que nos homens, em todas as classes etárias. Nos dois sexos existiu uma relativa estabilização da prevalência de gonartrose a partir dos 65 anos de idade, principalmente quando na definição de caso foram usados critérios clínicos e radiográficos (Tabelas 27 e 28, Gráficos 20 e 21).

Tabela 27 – Prevalência (%) e intervalos de confiança a 95% de achados sugestivos de osteoartrose do joelho de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em homens

Idade (anos)	Alterações radiográficas	Dor articular ao longo da vida	Dor articular recente clinicamente significativa	Osteoartrose auto-declarada	Osteoartrose clínica e radiográfica
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<35	15,4 (4,4-34,9)	17,0 (8,4-29,0)	1,7 (0,4-9,1)	0,0 (0,0-6,1)	0,0 (0,0-13,7)
35-44	27,3 (13,3-45,5)	29,8 (19,3-42,3)	6,0 (1,6-14,6)	0,0 (0,0-5,4)	0,0 (0,0-10,9)
45-54	45,8 (34,0-58,0)	24,0 (16,7-32,6)	7,5 (3,5-13,8)	2,5 (0,5-7,1)	2,9 (0,4-10,2)
55-64	63,0 (52,3-72,9)	24,3 (17,6-32,0)	9,5 (5,3-15,4)	8,1 (4,2-13,7)	4,5 (1,2-11,1)
65-74	71,1 (60,1-80,5)	33,1 (25,2-41,8)	16,5 (10,7-24,0)	14,3 (8,8-21,4)	11,7 (5,5-21,0)
75	79,6 (65,7-89,8)	34,1 (24,3-45,0)	21,4 (13,4-31,3)	18,0 (10,6-27,5)	12,2 (4,1-26,2)
Total	56,9 (51,6-62,1)	27,4 (23,9-31,1)	11,2 (8,8-14,0)	8,1 (6,1-10,5)	6,0 (3,7-9,2)

Gráfico 20 – Prevalência (%) de achados sugestivos de osteoartrose do joelho de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em homens

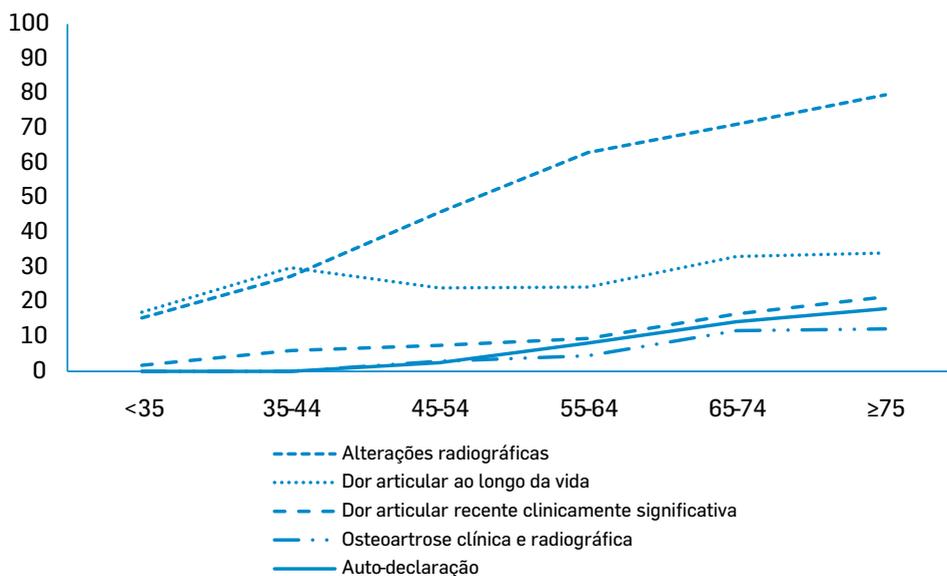
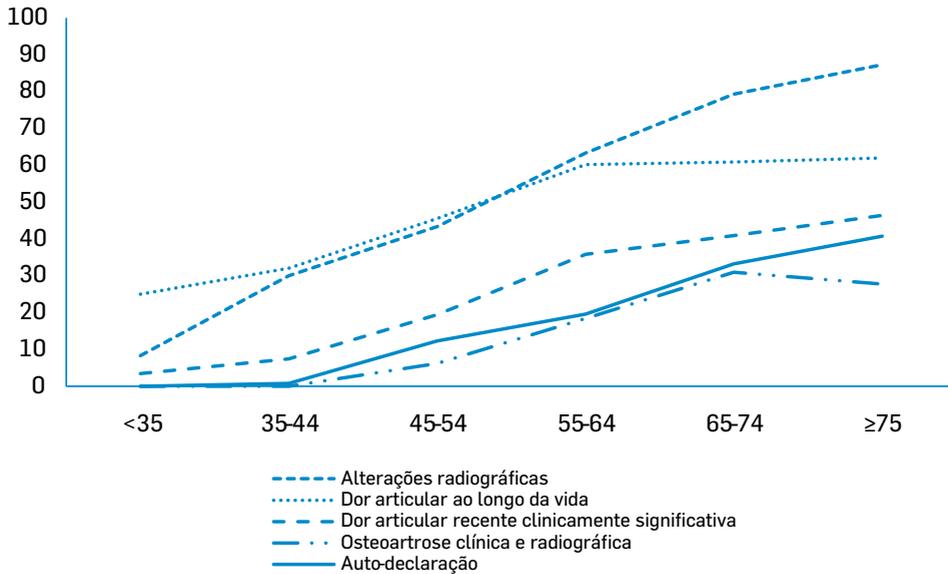


Tabela 28 – Prevalência (%) e intervalos de confiança a 95% de achados sugestivos de osteoartrose do joelho de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em mulheres

Idade (anos)	Alterações radiográficas	Dor articular ao longo da vida	Dor articular recente clinicamente significativa	Osteoartrose auto-declarada	Osteoartrose clínica e radiográfica
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<35	8,3 (1,8-22,5)	25,0 (16,4- 35,4)	3,4 (0,7-9,6)	0,0 (0,0-4,1)	0,0 (0,0-10,3)
35-44	30,0 (18,8-43,2)	32,0 (23,8-41,0)	7,4 (3,4-13,5)	0,1 (0,0-4,5)	0,0 (0,0-6,3)
45-54	43,3 (33,6-53,3)	45,5 (38,6-52,5)	19,4 (14,3-25,4)	12,3 (8,2-17,5)	6,2 (2,3-13,1)
55-64	63,3 (54,9-71,0)	60,2 (54,2-66,0)	35,8 (30,1-41,8)	19,6 (15,1-24,8)	18,4 (12,0-26,3)
65-74	79,3 (71,0-86,3)	60,9 (54,1-67,4)	40,9 (34,3-47,7)	33,2 (27,0-39,8)	30,9 (21,9-41,1)
75	87,3 (75,5-94,7)	62,0 (52,3-70,9)	46,4 (37,0-56,1)	40,7 (31,6-50,4)	27,7 (15,6-42,6)
Total	57,7 (53,3-62,0)	51,2 (48,1-54,3)	28,5 (25,8-31,4)	19,4 (17,1-22,0)	15,8 (12,6-19,5)

Gráfico 21 – Prevalência (%) de achados sugestivos de osteoartrose do joelho de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em mulheres



A prevalência de alterações radiográficas sugestivas de coxartrose foi 31,2% (IC95%: 25,9-36,9) nos homens e 24,5% (IC95%: 20,4-28,9) nas mulheres. Referiram ter tido dor na anca ao longo da vida 13,2% (IC95%: 10,6-16,1) dos homens e 31,8% (IC95%: 28,9-34,7) das mulheres. A história de dor articular recente clinicamente significativa foi referida por 7,0% (IC95%: 5,1-9,3) dos homens e por 19,1% (IC95%: 16,7-21,6) das mulheres. A prevalência de coxartrose auto-declarada pelos inquiridos foi 2,8% (IC95%: 1,6-4,4) nos homens e 10,0% (IC95%: 8,2-12,0) nas mulheres. Quando foram utilizados critérios clínicos e radiográficos na definição de caso, a proporção de indivíduos com osteoartrose da anca foi 0,4% (IC95%: 0,0-1,9) no sexo masculino e 2,2% (IC95%: 1,0-4,1) no sexo feminino. Nas mulheres, é assinalável a semelhança, nas várias classes etárias, entre as estimativas obtidas usando como definição de caso a presença de alterações radiográficas sugestivas de coxartrose e a existência de dor articular recente clinicamente significativa (Tabelas 29 e 30, Gráficos 22 e 23).

Tabela 29 – Prevalência (%) e intervalos de confiança a 95% de achados sugestivos de osteoartrose da anca de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em homens

Idade (anos)	Alterações radiográficas	Dor articular ao longo da vida	Dor articular recente clinicamente significativa	Osteoartrose auto-declarada	Osteoartrose clínica e radiográfica
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<35	16,7 (3,6-41,4)	3,4 (0,4-11,7)	1,7 (0,4-9,1)	0,0 (0,0-6,1)	0,0 (0,0-18,5)
35-44	11,1 (2,4-29,2)	9,0 (3,4-18,5)	1,5 (0,4-8,0)	0,0 (0,0-5,4)	0,0 (0,0-12,8)
45-54	29,3 (18,1-42,7)	11,6 (6,5-18,6)	5,7 (2,3-11,5)	2,5 (0,5-7,1)	0,0 (0,0-6,2)
55-64	29,7 (19,6-41,5)	15,0 (9,6-21,8)	9,5 (5,3-15,4)	1,4 (0,2-4,8)	0,0 (0,0-4,9)
65-74	31,9 (21,2-44,2)	16,5 (10,7-24,0)	9,0 (4,7- 15,2)	3,8 (1,2-8,6)	0,0 (0,0-5,2)
75	54,8 (38,7-70,2)	17,0 (9,9-26,6)	9,1 (4,0-17,1)	7,9 (3,2-15,5)	2,4 (0,1-12,8)
Total	31,2 (25,9-36,9)	13,2 (10,6-16,1)	7,0 (5,1-9,3)	2,8 (1,6-4,4)	0,4 (0,0-1,9)

Gráfico 22 – Prevalência (%) de achados sugestivos de osteoartrose da anca de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em homens

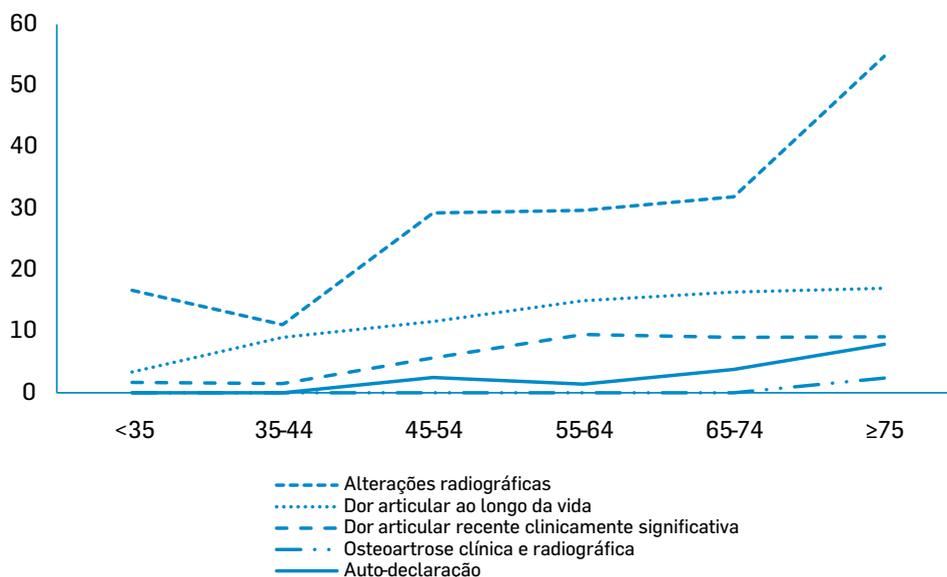
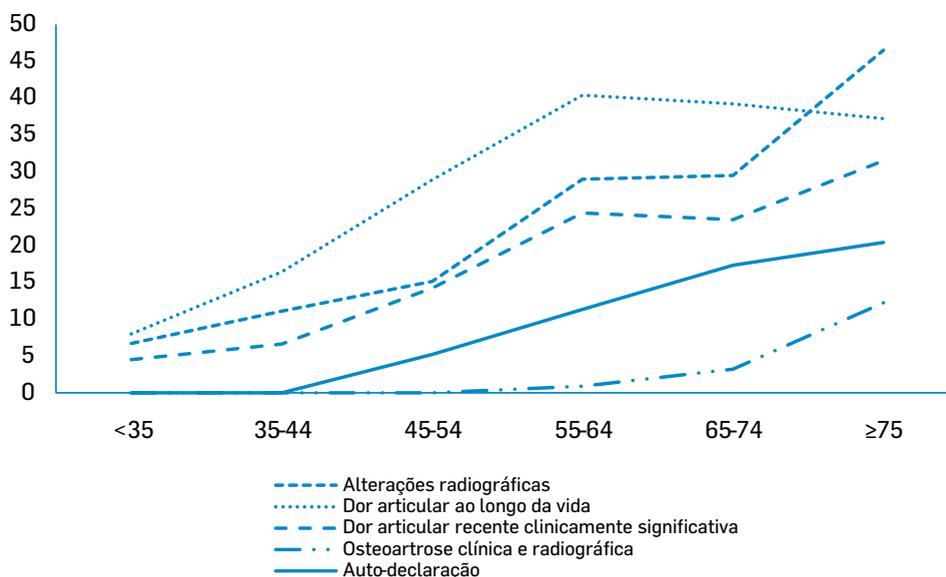


Tabela 30 – Prevalência (%) e intervalos de confiança a 95% de achados sugestivos de osteoartrose da anca de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular recente clinicamente significativa, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em mulheres

Idade (anos)	Alterações radiográficas	Dor articular ao longo da vida	Dor articular recente clinicamente significativa	Osteoartrose auto-declarada	Osteoartrose clínica e radiográfica
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<35	6,7 (0,8-22,1)	8,0 (3,5-15,7)	4,6 (1,2-11,2)	0,0 (0,0-4,1)	0,0 (0,0-11,6)
35-44	11,1 (3,7-24,0)	16,4 (10,3-24,2)	6,6 (2,9-12,5)	0,0 (0,0-3,0)	0,0 (0,0-7,9)
45-54	15,1 (8,3-24,5)	28,9 (22,9-35,5)	14,2 (9,8-19,7)	5,2 (2,6-9,1)	0,0 (0,0-4,2)
55-64	29,0 (20,8-38,2)	40,4 (34,5-46,4)	24,4 (19,4-28,9)	11,3 (7,8-15,6)	0,9 (0,0-4,8)
65-74	29,5 (20,6-39,7)	39,2 (32,6-46,0)	23,5 (18,1-29,7)	17,3 (12,5-22,9)	3,2 (0,6-9,0)
75	46,5 (31,2-62,3)	37,2 (28,3-46,8)	31,5 (23,0-41,0)	20,4 (13,4-29,0)	12,2 (4,1-26,2)
Total	24,5 (20,4-28,9)	31,8 (28,9-34,7)	19,1 (16,7-21,6)	10,0 (8,2-12,0)	2,2 (1,0-4,1)

Gráfico 23 – Prevalência (%) de achados sugestivos de osteoartrose da anca de acordo com cinco métodos de estimação: alterações radiográficas, dor articular ao longo da vida, dor articular recente, auto-declaração e exame clínico e radiográfico, por classe etária, em mulheres



Ainda no contexto das actividades do ONDOR, no estudo do *Impacto da Campanha de Sensibilização sobre a Artrite Reumatóide*, foi inquirida a frequência de diversas doenças reumáticas através de entrevista telefónica numa amostra de 980 adultos residentes em Portugal Continental seleccionados aleatoriamente a partir das listas telefónicas da Portugal Telecom. Neste estudo, a prevalência de coxartrose auto-declarada foi 11,6% (IC95%: 9,7-13,8), a de gonartrose foi 11,7% (IC95%: 7,6-17,1) e de artrose das mãos foi 13,5% (IC95%: 11,4-15,8) [67].

A Tabela 31 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de osteoartrose em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 31 – Resumo das estimativas da frequência de osteoartrite em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Costa L , 2004 [22]	Entrevista presencial	História de diagnóstico médico de coxartrose ou gonartrose (auto-declarada)	População adulta residente na cidade do Porto	1 238	<p><u>Prevalência de coxartrose</u> Ambos os sexos: 5,5% (IC95%: 4,3-7,0) H: 2,2% (IC95%: 1,1-4,2) M: 7,4% (IC95%: 5,7-9,5)</p> <p><u>Prevalência de gonartrose</u> Ambos os sexos: 11,1% (IC95%: 9,4-13,1) H: 5,9% (IC95%: 3,9-8,6) M: 14,2% (IC95%: 11,8-16,9)</p>
ONDOR, 2007 [67]	Entrevista telefónica	História de diagnóstico médico de coxartrose ou gonartrose e artrose das mãos (auto-declarada)	População adulta residente em Portugal Continental, com telefone fixo da Portugal Telecom	980	<p><u>Prevalência de coxartrose</u> Ambos os sexos: 11,6% (IC95%: 9,7-13,8)</p> <p><u>Prevalência de gonartrose</u> Ambos os sexos: 11,7% (IC95%: 7,6-17,1)</p> <p><u>Prevalência de artrose das mãos</u> Ambos os sexos: 13,5% (IC95%: 11,4-15,8)</p>
ONDOR, 2009 [não publicado]	Entrevista presencial, exames clínico e radiográfico	Crítérios de diagnóstico do <i>American College of Rheumatology</i>	População adulta residente na cidade do Porto	1682	<p><u>Prevalência de coxartrose radiográfica:</u> H: 54,8% (IC95%: 38,7-70,2) M: 24,5% (IC95%: 20,4-28,9)</p> <p><u>Prevalência de coxartrose clínica e radiográfica:</u> H: 2,4% (IC95%: 0,1-12,8) M: 2,2% (IC95%: 1,0-4,1)</p> <p><u>Prevalência de gonartrose radiográfica:</u> H: 56,9% (IC95%: 51,6-62,1) M: 57,7% (IC95%: 63,3-62,0)</p> <p><u>Prevalência de gonartrose clínica e radiográfica:</u> H: 6,0% (IC95%: 3,7-9,2) M: 15,8% (IC95%: 12,6-19,5)</p>

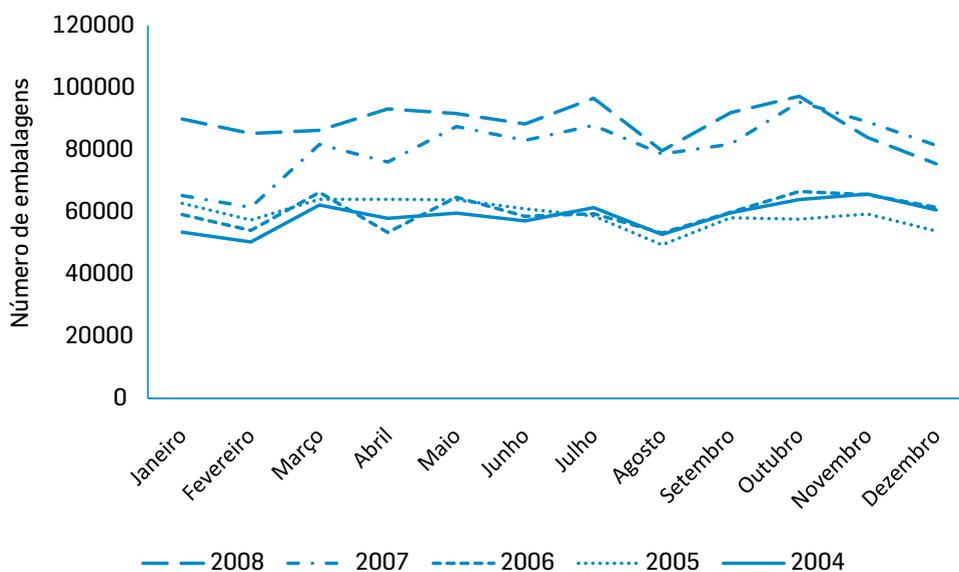
Legenda: H – homens; M – mulheres; IC95% - intervalos de confiança a 95%.

Utilização de cuidados de saúde

a) Consumo de medicamentos em ambulatório

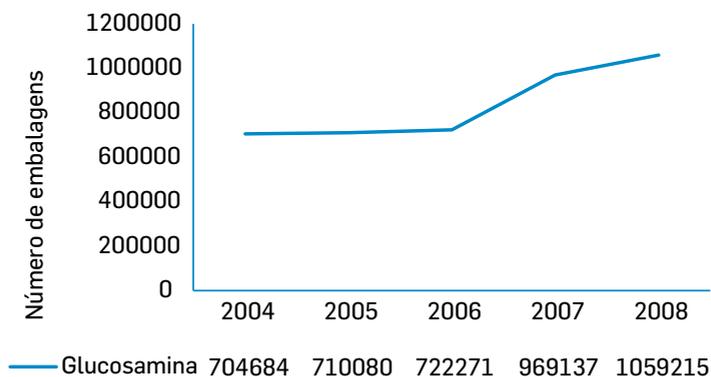
No que diz respeito ao subgrupo farmacoterapêutico dos *Medicamentos para o tratamento da artrose*, e de acordo com a publicação Estatística do Medicamento (INFARMED, IP), é de salientar o aumento global do consumo de medicamentos deste subgrupo até ao último ano considerado (2008) e que se deve principalmente ao aumento observado no consumo do fármaco glucosamina (Gráficos 24 e 25) [47-51].

Gráfico 24 – Evolução mensal do consumo (em número de embalagens) de medicamentos utilizados no tratamento da osteoartrite, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2008 [47-51]



Fonte: INFARMED, IP, 2009.

Gráfico 25 – Consumo (em número de embalagens) do fármaco glucosamina*, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2007 [47-51]



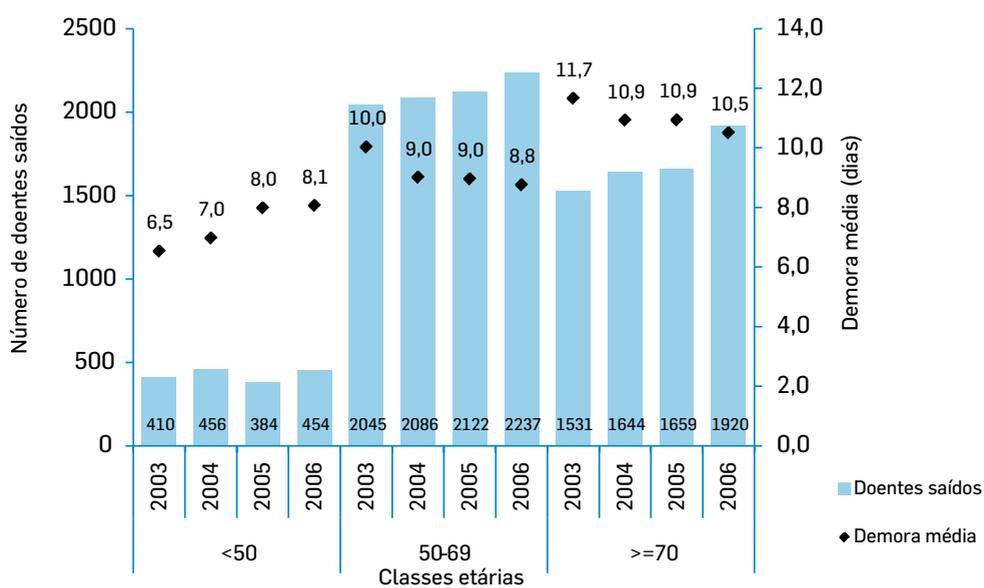
* incluído o único fármaco para o tratamento da osteoartrite compreendido no conjunto das 100 substâncias activas com maiores encargos para o SNS no período considerado.

Fonte: INFARMED, IP, 2009.

b) Internamentos hospitalares

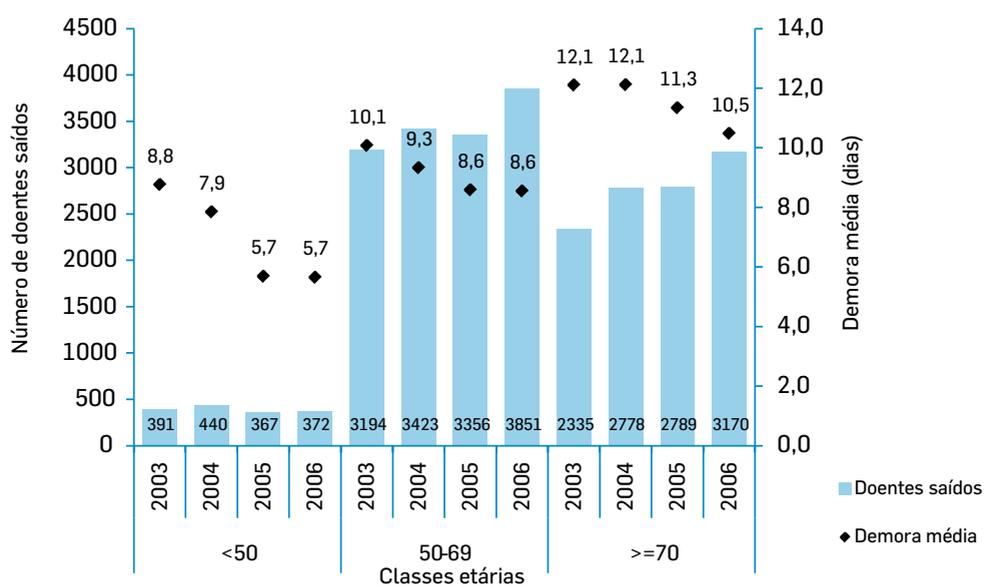
Relativamente aos internamentos por osteoartrite e perturbações associadas, observou-se maior número de internamentos no sexo feminino. Com a excepção dos homens com idade inferior a 50 anos, verificou-se, nos dois sexos, uma tendência para o aumento do número de doentes saídos do internamento acompanhada de uma diminuição na sua duração média (Gráficos 26 e 27).

Gráfico 26 – Internamentos por osteoartrose e perturbações associadas (CID-9: 715): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em homens



Fonte: ACSS, IP, 2007.

Gráfico 27 – Internamentos por osteoartrose e perturbações associadas (CID-9: 715): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em mulheres



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.3.3. Raquialgia

Frequência

No estudo *A dor na população portuguesa – alguns aspectos epidemiológicos* (2003) a prevalência de lombalgia nos sete dias anteriores à entrevista foi 51,3% (IC95%: 48,7-53,9). A dor lombar foi mais prevalente no sexo feminino (59,4% (IC95%: 56,2-62,6)), na classe etária entre 55 e 64 anos (63,9% (IC95%: 58,4-69,4)) e nos indivíduos com escolaridade inferior ao segundo ciclo do ensino básico (67,2% (IC95%: 60,4-74,0)). Entre os indivíduos que referiram ter dor lombar a duração média deste sintoma foi 5,8 dias (IC95%: 5,6-6,0) e a maioria, 59,0% (IC95%: 50,1-67,9), referiu que a intensidade da dor era ligeira [19].

Na população adulta do Porto, verificou-se que a lombalgia crónica ao longo da vida (definida como dor lombar com duração igual ou superior a três meses) foi a entidade mais referida pelos inquiridos, correspondendo a 12,3% (IC95%: 10,5-14,3) dos participantes. Este sintoma foi significativamente mais prevalente nas mulheres (15,6% (IC95%: 13,2-18,4) vs. 6,4% (IC95%: 4,4-9,2) nos homens), nas quais aumentou significativamente com a idade, de 8,6% antes dos 40 anos para 25,0% depois dos 60 [22].

Um outro estudo sobre a prevalência da lombalgia em Portugal teve como base os utentes de um centro de saúde da região do Grande Porto. A prevalência de lombalgia nos seis meses anteriores à avaliação foi 49,0% (IC95%: 43,3-54,7) sendo superior nas mulheres (54,2% vs. 44,2% nos homens). A lombalgia foi significativamente mais frequente nos inquiridos viúvos ou divorciados comparativamente com os solteiros e casados e mais frequente à medida que diminuía a escolaridade. Foi descrito um aumento da frequência de dor com a idade, apresentando esta maior prevalência no grupo etário 50-65 anos. Neste estudo, as faltas ao trabalho devidas a dor lombar foram mencionadas por 27 (18,6%) indivíduos com lombalgia. A média do número de dias de absentismo foi 2,5 e 35,9% dos sujeitos da amostra recorreram a um médico devido à lombalgia [27].

Em 2004 a Rede Médicos-Sentinela notificou sistematicamente os novos casos de episódio agudo de lombalgia (EAL). Foram notificados 2 267 novos casos de EAL, sendo 38,0% em homens. No sexo masculino a taxa de incidência aumentou progressivamente até ao grupo etário 45-54 anos onde atingiu o valor máximo de 2 749,9 por 100 000 e decresceu nos grupos etários seguintes; no sexo feminino o valor máximo de incidência registou-se no grupo 55-64 anos (4 022,0 por 100 000). Nas mulheres, a partir dos 45 anos de idade, a taxa de incidência estimada foi sempre superior à dos homens [68].

Através do Inquérito Nacional *A saúde dos adolescentes portugueses: estudo nacional da rede europeia Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) / OMS* de 1998, relativamente aos seis meses anteriores, observou-se que as raparigas tinham mais frequentemente dor nas costas todos os dias (8,4% vs. 5,5% nos rapazes) e uma ou mais vezes por semana (35,6% vs. 32,5% nos rapazes).

Nos adolescentes com 16 anos a prevalência deste sintoma (uma ou mais vezes por semana) era 39,8%, em comparação com 26,3% nas crianças de 11 anos [69].

Também na população pediátrica, um outro trabalho descreveu uma prevalência de raquialgia nos três meses anteriores de 8,0%, sendo este sintoma mais frequente nas raparigas (11,0% vs. 4,3% nos rapazes). A frequência de raquialgia aumentou progressivamente com a idade, atingindo a prevalência máxima aos 16 anos (18,0%). Das crianças que referiam ter raquialgia, 59,0% referiram lombalgia, 32,8% referiram dorsalgia e 8,2% cervicalgia. Em 90,2% dos casos, a raquialgia tinha duração igual ou inferior a um dia. Referiram que a dor as limitava nas actividades diárias 75,4% das crianças, sendo a restrição das actividades diárias mais frequente nas crianças do sexo feminino. A raquialgia foi motivo de consulta médica em 26,2% dos casos [25].

Numa amostra de 208 adolescentes, com idades entre 11 e 15 anos, residentes na região de Lisboa, a prevalência de lombalgia no ano anterior foi 39,4% (41,9% no sexo feminino e 36,9% no sexo masculino), tendo aumentado com a idade. A maioria das situações de lombalgia (72,0%) durou entre um e dois dias e em 63,0% e 69,0% dos casos, respectivamente, não houve necessidade de consultar qualquer profissional de saúde ou de realizar qualquer tipo de tratamento específico [70].

Em 2006 foi publicado um estudo com o objectivo de identificar os factores de exposição associados às queixas de raquialgia em alunos do 5º ano de escolaridade. A prevalência nos últimos seis meses foi 15,8% e a prevalência ao longo da vida foi 69,8%. Daqueles que referiram ter tido raquialgia, as queixas localizavam-se mais frequentemente na região cervical e 21,4% afirmaram que a duração das queixas foi superior a um dia. Apesar de existirem mais raparigas do que rapazes a referirem dores nas costas, não se verificou existir associação significativa deste sintoma com o sexo. Verificou-se a existência de associação entre dores nas costas e queixas psicossomáticas diversas [71].

A Tabela 32 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de raquialgia em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 32 – Resumo das estimativas da frequência de raquialgia em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Rede Médicos-Sentinela, 2006 [68]	Notificação pela Rede Médicos-Sentinela dos novos casos de doença	Critérios clínicos de episódio agudo de lombalgia	Utentes dos centros de saúde de Portugal Continental	124 709 utentes (129 Médicos-Sentinela)	<u>Incidência de lombalgia:</u> Ambos os sexos: 1 817,8/100 000 pessoas H: 1 446,7/100 000 pessoas M: 2 157,4/100 000 pessoas
Rabiais S, 2003 [19]	Entrevista telefónica	Dor lombar nos sete dias anteriores	Indivíduos residentes em unidades de alojamento do Continente, com telefone fixo	1 414	<u>Prevalência de lombalgia:</u> Ambos os sexos: 51,3% (IC95%: 48,7-53,9) H: 36,5% (IC95%: 32,3-40,7) M: 59,4% (IC95%: 56,2-62,6)
Costa L, 2004 [22]	Entrevista presencial	Lombalgia crónica (com duração superior a 3 meses) ao longo da vida	População adulta residente na cidade do Porto	1 238	<u>Prevalência de lombalgia:</u> Ambos os sexos: 12,3% (IC95%: 10,5-14,3) H: 6,4% (IC95%: 4,4-9,2) M: 15,6% (IC95%: 13,2-18,4)
Ponte C, 2005 [27]	Entrevista telefónica	Dor lombar nos 6 meses anteriores	Utentes adultos de um centro de saúde do grande Porto	296	<u>Prevalência de lombalgia:</u> Ambos os sexos: 49,0% (IC95%: 43,3-54,7) H: 44,2% (IC95%: 36,2-52,4) M: 54,2% (IC95%: 45,7-62,6)
Matos M, 2000 [69]	Questionário auto-aplicado	Lombalgia nos seis meses anteriores (casos de dor todos os dias ou casos de dor uma ou mais vezes por semana)	Alunos dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade de escolas portuguesas	6 903	<u>Prevalência de lombalgia:</u> Ambos os sexos: 41,2% Rapazes: 38,0% Raparigas: 44,0%
Costa M, 2002 [25]	Entrevista presencial por reumatologista	Raquialgia nos três meses anteriores	Alunos de escolas públicas da área metropolitana de Lisboa	767	<u>Prevalência de raquialgia:</u> Ambos os sexos: 8,0% (IC95%: 6,1-10,1) Rapazes: 4,3% (IC95%: 2,4-7,0) Raparigas: 11,0% (IC95%: 8,2-14,4)
Coelho L, 2005 [70]	Questionário auto-aplicado	Quaisquer queixas dolorosas referidas à região lombar com duração de pelo menos de 24 horas no ano lectivo anterior, no momento da entrevista e ao longo da vida	Jovens moradores na Região da Grande Lisboa que frequentavam estabelecimentos de ensino oficial e particular, associações, clubes ou sociedades juvenis	208	<u>Prevalência de lombalgia no ano lectivo anterior</u> Ambos os sexos: 39,4% (IC95%: 32,7-46,4) Rapazes: 36,9% (IC95%: 27,6-47,0) Raparigas: 41,9% (IC95%: 32,3-51,9) <u>Prevalência pontual de lombalgia:</u> Ambos os sexos: 16,3% (IC95%: 11,6-22,1) Rapazes: 12,6% (IC95%: 6,9-20,6) Raparigas: 20,0% (IC95%: 12,8-28,9) <u>Prevalência de lombalgia ao longo da vida:</u> Ambos os sexos: 48,1% (IC95%: 41,1-55,1)
Vital E, 2006 [71]	Questionário auto-aplicado e exame físico	Raquialgia nos seis meses anteriores e ao longo da vida	Alunos do 5º ano de escolaridade de dois concelhos da Região Centro	215	<u>Prevalência de raquialgia nos seis meses anteriores:</u> Ambos os sexos: 15,8% (IC95%: 11,2-21,4) <u>Prevalência de raquialgia ao longo da vida:</u> Ambos os sexos: 69,8%

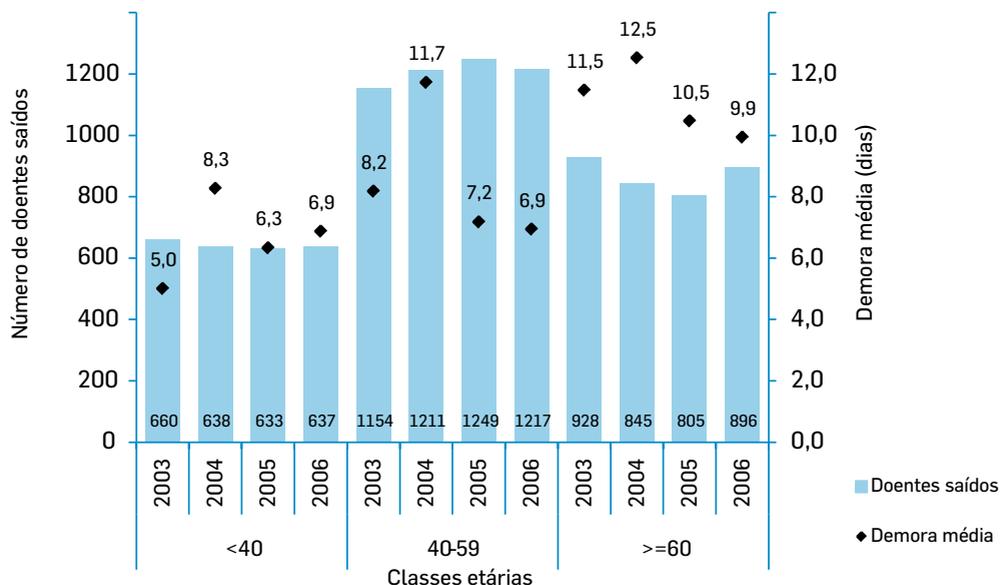
Legenda: H – homens; M – mulheres; IC95% - intervalos de confiança a 95%.

Utilização de cuidados de saúde

a) Internamentos hospitalares

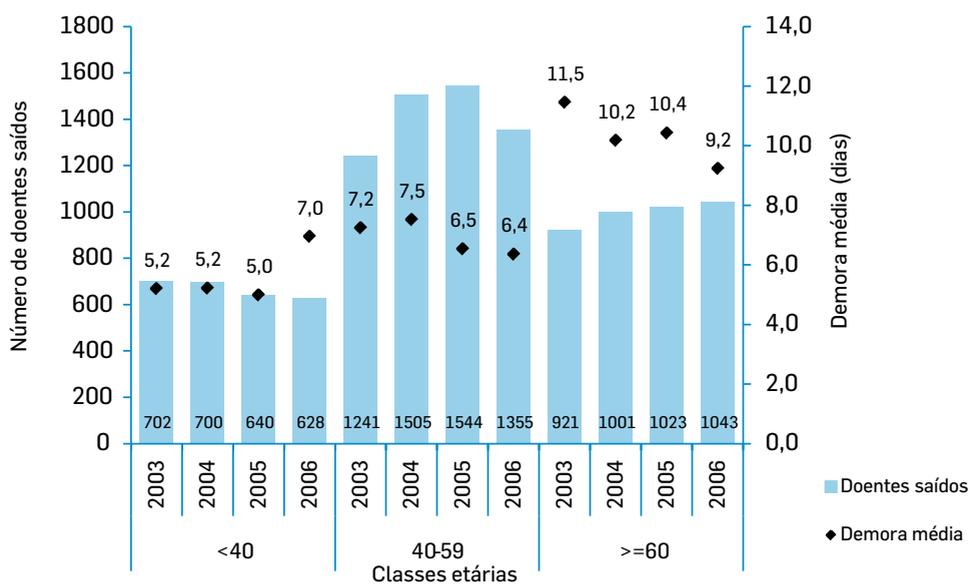
Nos Gráficos 28 e 29 apresenta-se a evolução do número e da duração média dos internamentos por dorsopatias (CID-9: códigos 721-724) em hospitais do SNS no período entre 2003 e 2006, por classe etária, em homens e em mulheres, respectivamente. Esses internamentos representam apenas uma pequena e seleccionada fracção dos indivíduos com raquialgia que apresentam patologia subjacente grave. Nos dois sexos, a frequência dos internamentos foi mais elevada na classe etária entre os 40 e os 59 anos e de uma forma geral a duração dos episódios de internamento tendeu a diminuir no período considerado sendo, em cada ano, mais elevada nos indivíduos mais velhos.

Gráfico 28 – Internamentos por dorsopatias (CID-9: 721 a 724): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em homens



Fonte: ACSS, IP, 2007.

Gráfico 29 – Internamentos por dorsopatias (CID-9: 721 a 724): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em mulheres



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.3.4. Doenças reumáticas periarticulares

Frequência

No documento que estabeleceu a Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia a prevalência referida de reumatismos abarticulares foi 5,5% [66].

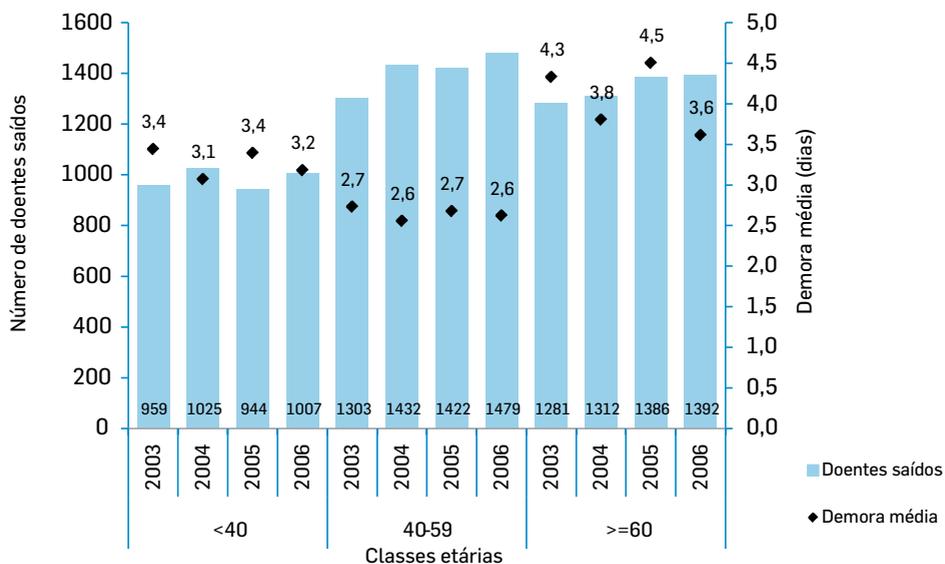
O papel fundamental da actividade profissional na etiologia das doenças reumáticas periarticulares justifica que a quase totalidade dos estudos que abordam estas patologias seja realizada no contexto das lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT). No presente documento, optou-se por manter, de acordo com o PNCDR, a separação entre estes dois grupos. No entanto, a análise da frequência das doenças reumáticas periarticulares deve ser considerada em conjunto com o texto referente às LMERT (secção 4.3.5).

Utilização de cuidados de saúde

a) Internamentos hospitalares

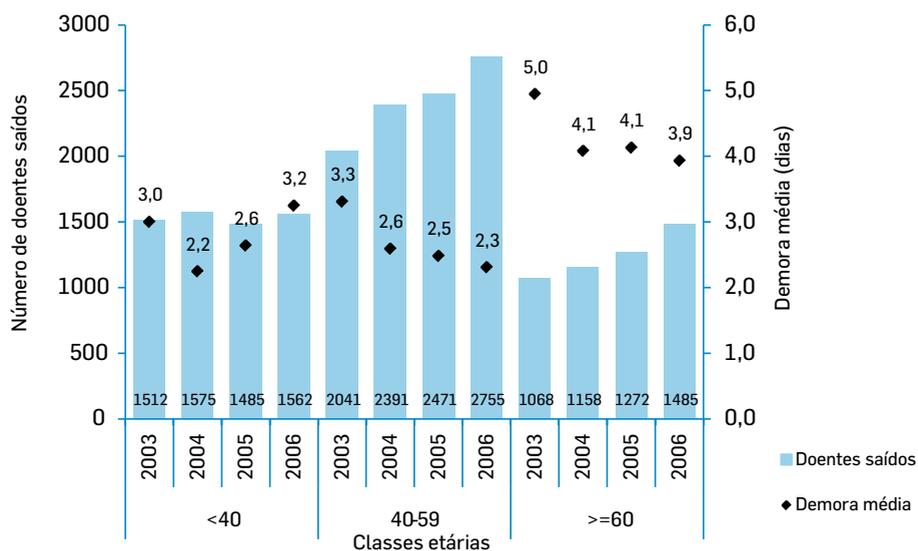
Nos Gráficos 30 e 31 apresenta-se a evolução do número e da duração média dos internamentos por doenças reumáticas periarticulares (CID-9: códigos 726-728) em hospitais do SNS no período entre 2003 e 2006. Os internamentos foram mais frequentes no sexo feminino e a sua duração foi curta, especialmente nas classes etárias mais jovens. Globalmente, o número de doentes saídos dos internamentos aumentou ligeiramente, a partir dos 40 anos, de 2003 a 2006.

Gráfico 30 – Internamentos por doenças reumáticas periarticulares (CID-9: 726 a 728): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em homens



Fonte: ACSS, IP, 2007.

Gráfico 31 – Internamentos por doenças reumáticas periarticulares (CID-9: 726 a 728): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em mulheres



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.3.5. Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho

Frequência

O sistema de Segurança Social reúne e publica anualmente a informação relativa à certificação de doenças profissionais, de acordo com o tipo de manifestações clínicas. Para este efeito, as doenças profissionais definem-se como as doenças constantes da Lista das Doenças Profissionais [72] e ainda toda a lesão, perturbação funcional ou doença, que seja consequência necessária e directa da actividade exercida pelos trabalhadores desde que não representem o normal desgaste do organismo (art.310º do Código do Trabalho e 2º L248/99 de 2/7). O Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais é a entidade integrada no sistema de Segurança Social com competência exclusiva para proceder à certificação de doenças profissionais. Esta certificação da doença profissional abrange o diagnóstico da doença, a sua caracterização como doença profissional, bem como a graduação da incapacidade decorrente da mesma.

A Segurança Social disponibiliza as estatísticas relativas ao número de certificações de Doença Profissional, por tipo de manifestação clínica. A Tabela 33 apresenta a evolução anual do número de certificações de Doença Profissional, sem e com incapacidade, por manifestações clínicas músculo-esqueléticas, entre os anos de 2003 e 2006 [73].

Tabela 33 – Número de Certificações de Doença Profissional, sem e com incapacidade, total e devidas a manifestações clínicas músculo-esqueléticas, entre 2003 e 2006

Ano		2003	2004	2005	2006
Certificações de Doença Profissional sem incapacidade	Total (n)	823	1 165	2 110	1 766
	Tendinites, tendossinovites e miotendossinovites crónicas, periartrose da escápulo-humeral, condilite e epicondilite estiloidite (n; %)	296 (36,0%)	662 (56,8%)	1 274 (60,4%)	1 103 (62,5%)
Certificações de Doença Profissional com incapacidade	Total (n)	1 142	2 023	1 514	1 811
	Tendinites (n; %)	321 (28,1%)	751 (37,1%)	201 (13,3%)	164 (9,1%)

Fonte: Segurança Social, 2009

Verificou-se que ao longo do período entre 2003 e 2006 aumentou o número absoluto e o peso relativo das certificações de doenças profissionais sem incapacidade por manifestações músculo-esqueléticas. As manifestações músculo-esqueléticas foram, em 2003, a segunda causa mais frequente de certificações de doença profissional sem incapacidade, sendo que a partir de 2004 e até 2006 passaram a ser a primeira causa da emissão destes certificados. Relativamente às certificações de doença profissional com incapacidade, as tendinites representaram em 2003 e 2004 a principal

manifestação clínica que motivou estas certificações enquanto em 2005 foram a segunda causa e em 2006 a quarta causa. Para além da diminuição relativa da expressão das tendinites, de 2004 para 2006 notou-se uma diminuição do número absoluto e relativo das certificações de doença profissional com incapacidade por esta manifestação clínica. No entanto, a provável sub-notificação destas doenças, bem como a possibilidade do registo selectivo das situações de maior gravidade, confere um valor limitado à quantificação das certificações de doença profissional na estimação da frequência das lesões musculoesqueléticas resultantes da actividade profissional.

Em 1996 foi realizado o Segundo Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho em 15 800 trabalhadores da União Europeia. Mil trabalhadores de cada Estado membro (15 em 1996) foram entrevistados sobre as suas condições de trabalho. Em cada país, a amostra era representativa da população activa e as entrevistas foram conduzidas através de um questionário individual relativo às condições de trabalho, como ambiente físico e concepção dos postos de trabalho, horários, organização e relações sociais no local de trabalho. Os dados recolhidos, relativamente à prevalência de problemas de saúde relacionados com as lesões musculoesqueléticas, revelaram que Portugal foi um dos Estados Membros nos quais os trabalhadores mais frequentemente consideraram que o trabalho era causa de "dores nas costas" (39,0%) e de "dores musculares nos membros superiores e inferiores" (31,0%) [74].

Em 2006 foi publicado um estudo sobre sintomatologia e lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho que envolveu 29 trabalhadores da área da pintura de uma empresa automóvel. Foi aplicado um questionário sobre a presença de sintomatologia musculoesquelética no ano anterior e foi realizado um exame clínico, seguindo um protocolo previamente definido pelo médico do trabalho da empresa. A sintomatologia musculoesquelética relacionada com o trabalho foi mais prevalente no punho direito, referida por 27,6% dos indivíduos, e no ombro direito (24,1%). Relativamente às LMERT a prevalência foi maior no pescoço (58,6%), no cotovelo direito (24,1%) e no punho direito (24,1%) [28].

Durante o ano de 2001 foi realizado um estudo para estimar a prevalência de sintomas de LMERT numa empresa da indústria automóvel de Lisboa. Os resultados evidenciaram alta prevalência de sintomatologia sugestiva de lesão musculoesquelética no ano anterior e diferenças significativas na frequência de sintomas entre categorias profissionais. As principais localizações anatómicas referidas foram a região cervical (83,0%), as pernas/joelhos (71,2%), os punhos/mãos (66,7%), os tornozelos/pés (63,7%), os ombros (57,5%) e a coluna lombar (55,4%). Os inquiridos referiram a presença de incómodo ou desconforto nos últimos sete dias mais frequentemente nas pernas/joelhos (35,3%), nos punhos/mãos (32,1%), nos tornozelos/pés (30,2%) e na região cervical (29,1%). Analisando a intensidade do incómodo ou dor, 14,0% dos participantes referiram níveis intensos de dor na coluna cervical, e cerca de 8,0% referiram níveis insuportáveis de dor nas pernas e joelhos. A prevalência de absentismo ao trabalho associado a estes sintomas oscilava entre 4,1% e 15,5% [75].

Uma investigação para identificar potenciais problemas de saúde e de segurança dos funcionários do Ministério da Saúde que trabalhavam em hospitais, centros de saúde e outros serviços do Ministério, mostrou que o número de acidentes em serviço, nos últimos anos, tinha vindo a aumentar,

provavelmente também pela maior proporção de casos notificados. Neste estudo a maioria dos inquiridos (55,0%) pertencia a profissões que tinham contacto com doentes, sendo 22,4% enfermeiros, 18,6% auxiliares de acção médica ou vigilância e 13,9% médicos. Dos inquiridos, 38,0% faltou ao trabalho por motivos de doença. A terceira causa mais referida de absentismo laboral, nos técnicos de saúde, foi a raquialgia. O grupo profissional onde se verificava maior frequência de sintomatologia ou doenças relacionadas com o trabalho foi o dos enfermeiros. Relativamente às condições de trabalho, 38,0% dos médicos e dos técnicos de diagnóstico e terapêutica consideraram negativa a sua condição laboral. Os técnicos de diagnóstico e terapêutica e os enfermeiros assinalaram as posturas e o carregamento de cargas (74,0% e 69,0%, respectivamente) como factor de risco para a saúde e segurança. Os administrativos (70,0%) e os técnicos superiores (55,0%) consideraram os equipamentos e/ou os espaços de trabalho desadequados como factor de maior risco [76].

Em 2003, com o objectivo de identificar e analisar os principais factores de risco associados ao desenvolvimento de lesão musculoesquelética nos médicos dentistas, foi enviado um questionário aos profissionais inscritos na respectiva Ordem profissional para recolha de informação relativa à idade, sexo, antiguidade na profissão e queixas relativas a lesão musculoesquelética (causa, localização e intensidade da dor). Os resultados mostraram que as tarefas desenvolvidas pelos dentistas envolviam, em geral, um risco elevado de ocorrência de lesão musculoesquelética, sendo que 93,6% das mulheres e 86,3% dos homens tinham sentido, durante o ano anterior à entrevista, dor ou desconforto quando realizavam a sua profissão. Entre estes, 83,3% das mulheres e 75,5% dos homens associavam a dor referida ao exercício da profissão. Relativamente à dor sentida, a maior parte dos dentistas associou o desconforto à execução da sua profissão, e as zonas mais comumente afectadas eram a parte superior das costas, a zona lombar e zona dorsal, mais do lado direito. Segundo este estudo 42,0% dos dentistas tinham sentido durante o último ano dor cervical e escapular que interferia com as suas actividades diárias. Apesar da presença de dor, a maioria dos dentistas (87,9%) não tinha faltado ao trabalho no ano anterior. As queixas musculoesqueléticas surgiam com maior frequência em dentistas mais novos e que trabalhavam há menos tempo [77].

Foi ainda realizado um estudo piloto com 41 fisioterapeutas que trabalhavam num Hospital da Região Centro com o intuito de identificar factores de risco e actividades que poderiam desencadear lesão musculoesquelética. Os resultados indicaram que 58,5% dos participantes já tinham tido uma LMERT, que a maioria referiu dever-se a movimentos repetidos e realização de força. As causas mais referidas foram actividades combinadas que realizavam no dia-a-dia, em que a transferência de utentes tinha maior preponderância. Dos fisioterapeutas que responderam ao questionário, 71,0% faltaram ao trabalho devido à lesão e 74,0% modificaram os seus hábitos de trabalho [78].

Outro estudo teve como objectivo obter a prevalência de lesões musculoesqueléticas auto-referidas por enfermeiros da região do grande Porto [79]. No ano anterior ao estudo, 84% dos enfermeiros tinham tido uma dor musculoesquelética ligada ao trabalho, sendo a zona lombar a mais afectada, em 65% dos casos, seguindo-se a zona cervical (55%), a zona dorsal (37%), a região dos ombros (34%) e finalmente os punhos/mãos (30%). Os enfermeiros que trabalhavam mais de 40 horas por semana revelaram frequência superior de dor musculoesquelética, nomeadamente nas regiões lombar (69%),

cervical (56%), dorsal (37%) e ombros (36%). A ocorrência de queixas lombares foi inferior às estimativas publicadas em 2008, num estudo na mesma classe profissional (72,7%) [80]. No entanto, para as restantes regiões anatómicas a prevalência de queixas musculoesqueléticas foi ligeiramente superior aos valores obtidos naquele estudo (região cervical/ombros e pescoço: 52,4%; região dorsal: 32,2%; membros superiores: 22,6%; membros inferiores: 30,0%).

Em 2008 foram publicados os resultados de uma investigação para caracterizar os acidentes de trabalho de enfermeiros de uma unidade hospitalar do Norte do País, entre 2000 e 2004, participados ao Serviço de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho. Entre estes profissionais, 17,7% referiram acidentes relacionados com “esforços excessivos/mobilização de doentes”. O serviço onde se observou um maior número de acidentes devido a esforços excessivos foi o de Medicina (28,6%). Quanto aos acidentes de trabalho não participados, verificou-se que a principal causa teve origem em “esforço excessivo/mobilização de doentes” (24,8%). As principais lesões que decorreram destes acidentes foram as lombalgias (22,3%). Os enfermeiros que não participaram os acidentes justificaram o seu comportamento por considerarem os procedimentos a realizar muito demorados (58,0%), porque não deram importância na altura do acidente (37,5%) ou ainda por considerarem que não “servia de nada” a participação do acidente (4,0%) [81].

No âmbito da implementação do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, e com financiamento específico, foi realizado um estudo (PROUD) por uma equipa constituída por investigadores do Instituto Português de Reumatologia e da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, com objectivo de identificar os casos de LMERT registados pelos médicos do trabalho, na população das empresas de grande dimensão em Portugal. Nesta investigação, presentemente em fase de publicação, foi também objectivo procurar relações entre estas patologias e a actividade desenvolvida pela empresa. Como instrumento de recolha foi utilizado um questionário enviado ao médico do trabalho de todas as grandes empresas (com 250 ou mais trabalhadores). Das 822 empresas seleccionadas, 515 responderam ao inquérito (proporção de resposta de 62,3%, com um total de 410 496 trabalhadores). Os resultados evidenciaram uma prevalência de LMERT elevada (5,9% correspondentes a 24 269 casos) e verificou-se que existiam sectores de actividade com predominância de certos grupos de patologias, como acontecia com as lombalgias, que tiveram maior prevalência na Construção Civil, na Indústria metalo-mecânica (2,8% e 2,9% respectivamente), enquanto as LMERT do membro superior eram mais frequentes na Indústria automóvel e na Indústria de montagem de componentes eléctricos e electrónicos (2,4% e 2,2% respectivamente). As LMERT mais relevantes foram as raquialgias com valores de prevalência para a lombalgia de 2,3% (n=9 310, 38,4% das LMERT), dorsalgia 0,8% (n=3 379, 13,9% das LMERT) e cervicgia 1,1% (n=4 651, 19,2% das LMERT). Relativamente ao membro superior a prevalência foi de 1,6% (Cunha-Miranda L, Carnide F, Lopes M F. *Estudo PROUD (Prevalence of Rheumatic Occupational Diseases)*, comunicação pessoal).

A Tabela 34 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 34 – Resumo das estimativas da frequência de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Pascal P, 2007 [74]	Entrevista pessoal	Raquialgia/ dor muscular nos membros como consequência da actividade profissional	População activa em Portugal	1 000	<u>Raquialgia:</u> 39,0% <u>Dor muscular nos membros superiores ou inferiores:</u> 31,0%
Carnide F, 2006 [28]	Entrevista médica e exame clínico	Sintomatologia sugestiva de LMERT (presença de dor ou parestesia durante os últimos 12 meses com episódios com duração mínima de uma semana ou ocorrendo pelo menos uma vez por mês, sem trauma agudo prévio) / LMERT avaliada por exame clínico	Trabalhadores da área da pintura da indústria automóvel	29	<u>Prevalência de LMERT:</u> <u>Pescoço</u> Sintomas: 10,3% (IC95%: 2,2-27,4) Diagnóstico: 58,6% (IC95%: 38,9-76,5) <u>Ombro dir.</u> Sintomas: 24,1% (IC95%: 10,3-43,5) Diagnóstico: 20,7% (IC95%: 8,0-39,7) <u>Ombro esq.</u> Sintomas: 6,9% (IC95%: 0,8-22,8) Diagnóstico: 10,3% (IC95%: 2,2-27,4) <u>Cotovelo dir.</u> Sintomas: 17,2% (IC95%: 5,8-35,8) Diagnóstico: 24,1% (IC95%: 10,3-43,5) <u>Cotovelo esq.</u> Sintomas: 0,0% (IC95%: 0,0-12,0) Diagnóstico: 3,4% (IC95%: 0,1-17,8) <u>Punho dir.</u> Sintomas: 27,6% (IC95%: 12,7-47,2) Diagnóstico: 24,1% (IC95%: 10,3-43,5) <u>Punho esq.</u> Sintomas: 6,9% (IC95%: 0,8-22,8) Diagnóstico: 17,2% (IC95%: 5,8-35,8) <u>Mão dir.</u> Sintomas: 10,3% (IC95%: 2,2-27,4) Diagnóstico: 17,2% (IC95%: 5,8-35,8) <u>Mão esq.</u> Sintomas: 0,0% (IC95%: 0,0-12,0) Diagnóstico: 10,3% (IC95%: 2,2-27,4)

Tabela 34 (cont.)

Serranheira F, 2003 [75]	Questionário auto-aplicado	Sintomatologia sugestiva de LMERT (questionário nórdico musculoesquelético) no último ano/ nos sete dias anteriores	Trabalhadores de indústria de componentes para automóveis na península de Setúbal	574	<u>Prevalência de LMERT (ano anterior/ semana anterior):</u> Coluna cervical: 83,0% / 29,1% Ombros: 57,5% / 24,2% Cotovelos: 21,4% / 8,3% Punhos/mãos: 66,7% / 32,1% Coluna dorsal: 50,3% / 21,4% Coluna lombar: 55,4% / 23,5% Ancas/coxas: 31,1% / 14,5% Pernas/joelhos: 71,2% / 35,3% Tornozelos/pés: 63,7% / 30,2%
Carneiro P, 2005 [77]	Questionário auto-aplicado	Sensação de dor ou desconforto no último ano associada ao exercício da profissão	Médicos dentistas portugueses	697	<u>Prevalência de LMERT:</u> H: 75,5% (IC95%: 69,8-80,5) M: 83,3% (IC95%: 79,0-87,0)
Vilão S, 2005 [78]	Questionário auto-aplicado	LMERT auto-declarada ao longo da vida	Fisioterapeutas de hospitais da região Centro	41	<u>Prevalência de LMERT:</u> Ambos os sexos: 58,5% (IC95%: 42,1-73,7)
Fonseca R, 2006 [79]	Questionário auto-aplicado	Sintomatologia sugestiva de LMERT no último ano e nos sete dias anteriores (Questionário Nórdico Musculo-esquelético)	Enfermeiros de hospitais do grande Porto	507	<u>Prevalência de LMERT no ano anterior:</u> Ambos os sexos: 84,2% (IC95%: 80,8-87,3) <u>Prevalência de LMERT na semana anterior:</u> Região cervical: 53% Ombros: 61% Cotovelos: 33% Punhos/mãos: 45% Coluna dorsal: 62% Coluna lombar: 58% Coxas: 54% Joelhos: 56% Tornozelos/pés: 71%
Martins J, 2008 [80]	Questionário auto-aplicado	Sintomatologia sugestiva de LMERT no último ano (Questionário Nórdico Musculo-esquelético)	Enfermeiros de instituições hospitalares	176	<u>Prevalência de LMERT:</u> Ambos os sexos: 81,3% (IC95%: 74,7-86,7) H: 71,9% (IC95%: 53,2-86,2) M: 83,3% (IC95%: 76,2-89,0)
Estudo PROUD [em publicação]	Questionário aplicado ao médico do trabalho	Diagnóstico clínico de LMERT	Empresas com 250 ou mais trabalhadores	410 496 trabalhadores (515 empresas)	<u>Todos os sectores de actividade</u> Todas as LMERT: 5,9% Cervicalgia: 1,1% Tendinite do Ombro: 0,6% Síndrome do túnel cárpico: 0,3% Tendinite do cotovelo: 0,3% Tendinite da mão: 0,4% Raquialgia: 4,2% Dorsalgia: 0,8% Lombalgia: 2,3% Tendinite membro inferior: 0,1%

Legenda: H – homens; M – mulheres; LMERT – Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho; dir. – direito; esq. – esquerdo.

Utilização de cuidados de saúde

a) Internamentos hospitalares

Por existirem limitações inerentes à utilização da nona revisão da CID no que diz respeito à codificação das doenças profissionais (tal como são definidas operacionalmente) e pela grande expressão que as doenças reumáticas periarticulares têm no conjunto das lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho, a análise da utilização dos cuidados de saúde por LMERT poderá ser, em certa medida, representada pela análise dos internamentos hospitalares por doenças reumáticas periarticulares, pelo que remetemos para a secção 4.3.4.

4.3.6. Osteoporose e fracturas osteoporóticas

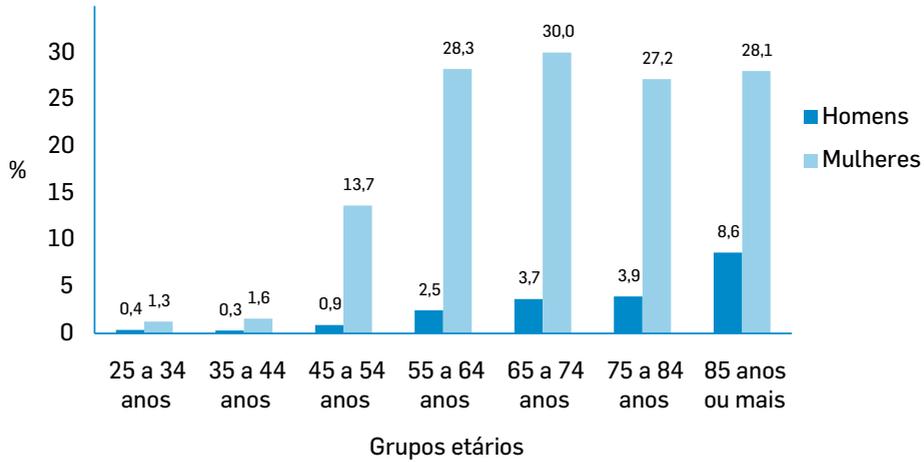
Frequência

a) Osteoporose

No documento que estabeleceu a Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia a prevalência referida de osteoporose foi 5% [66].

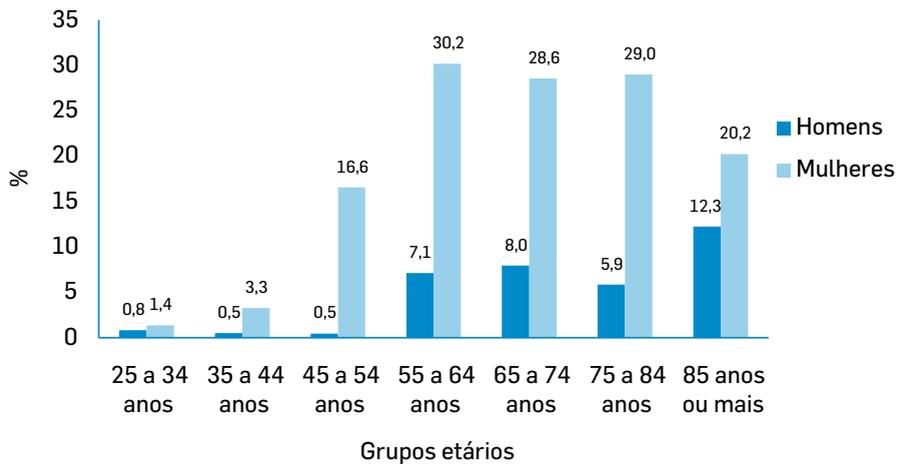
De acordo com o 4º INS, 6,3% das pessoas residentes no Continente, 5,6% dos residentes nos Açores e 4,1% dos residentes na Madeira afirmaram “ter ou já ter tido” osteoporose. A prevalência de osteoporose auto-declarada aumentou com a idade e foi maior nas mulheres em todo o território nacional. No Continente, a prevalência de osteoporose nos homens foi superior aos 85 ou mais anos (8,6%) e nas mulheres entre os 65 e os 74 anos (30,0%). Nos Açores a prevalência de osteoporose nas mulheres foi maior entre os 55 e os 64 anos (30,2%), e nos homens na classe dos 85 ou mais anos (12,3%). Na Madeira a prevalência foi mais elevada na classe etária dos 75 aos 84 nos homens (8,9%) e nas mulheres entre os 65 e os 74 anos (23,0%) (Gráficos 32 a 34). Dos inquiridos do Continente que referiram ter osteoporose, 98,3% declararam que o diagnóstico desta patologia tinha sido feito por um médico ou enfermeiro. Nos Açores e na Madeira estas estimativas foram 98,2% e 99,6%, respectivamente [17].

Gráfico 32 – Proporção (%) da população residente em Portugal Continental que referiu ter ou já ter tido osteoporose por grupo etário e por sexo, 2005/2006

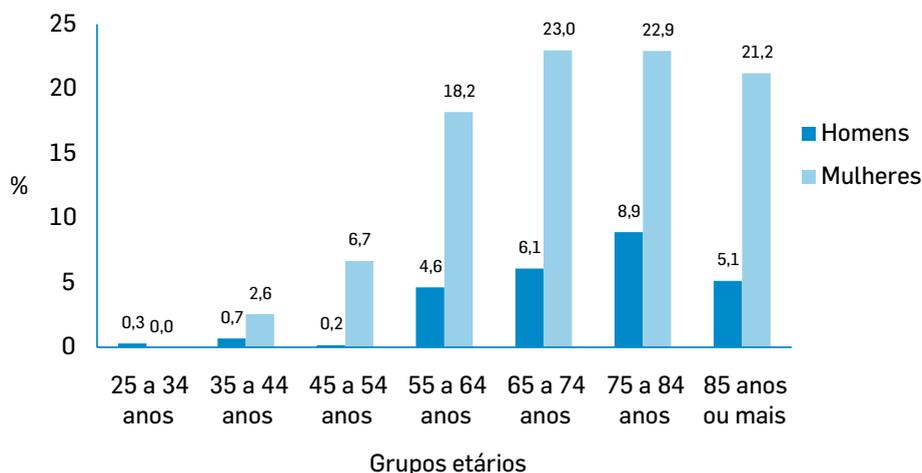


Fonte: INSA, IP, 4^oINS (2007).

Gráfico 33 – Proporção (%) da população residente nos Açores que referiu ter ou já ter tido osteoporose por grupo etário e por sexo, 2005/2006



Fonte: INSA, IP, 4^oINS (2007).

Gráfico 34 – Proporção (%) da população residente na Madeira que referiu ter ou já ter tido osteoporose por grupo etário e por sexo, 2005/2006

Fonte: INSA, IP, 4ºINS (2007).

Nos resultados preliminares da reavaliação da coorte de base populacional EPIPorto apresentados em 2006, dos 965 participantes que responderam à totalidade das perguntas do questionário, 3,3% (IC95%: 1,7-5,7) dos homens e 28,1% (IC95%: 24,5-31,8) das mulheres afirmaram ter diagnóstico médico prévio de osteoporose [82].

No estudo *Impacto da Campanha de Sensibilização sobre a Artrite Reumatóide*, realizado no âmbito das actividades do ONDOR, a prevalência de osteoporose auto-declarada foi 16,6% (IC95%: 14,4-19,1) [67].

Num inquérito telefónico aplicado a 1 800 mulheres residentes nos 18 distritos portugueses, 15,4% das inquiridas declararam ter osteoporose, das quais 96,8% referiram ter realizado exames que confirmaram este diagnóstico (absorciometria radiológica de dupla energia (DXA) ou radiografia). Das mulheres que afirmaram ter osteoporose, 72,2% referiram tomar medicação para o controlo da doença. Neste estudo 44,9% das mulheres referia não ter osteoporose, 40,7% desconhecia a sua situação clínica relativamente à doença, 12,4% nunca tinha ouvido falar da doença e 23,0% desconhecia a definição correcta de osteoporose [35].

Em 2005, usando o *Osteoporosis Risk Assessment Instrument* (ORAI) foram aplicados 283 questionários a utentes do sexo feminino do Centro de Saúde de Ermesinde/Valongo com idades compreendidas entre os 45 e os 88 anos. A prevalência de risco elevado de osteoporose foi 53,4% e a proporção que realizou DXA foi 47,7% sem associação estatisticamente significativa entre a realização de DXA e o grau de risco de osteoporose. No grupo de mulheres que realizaram DXA a proporção de

casos de osteoporose foi 26,3%. Foi estimada uma associação inversa estatisticamente significativa entre o resultado do ORAI e a densidade mineral óssea por DXA [34].

Numa amostra não aleatória de 17 024 adultos portugueses foi medida a densidade mineral óssea no terço distal do antebraço, por densitometria óssea com raios X de feixe duplo e para definição da osteopenia e osteoporose foram usados os valores T calculados em relação à população referência usada pelo fabricante e os pontos de corte recomendados pela OMS. As prevalências de osteopenia foram 40,1% (IC95%: 39,3-40,9) nas mulheres e 43,7% (IC95%: 41,1-46,3) nos homens e de osteoporose foram 19,8% (IC95%: 19,2-20,4) nas mulheres e 25,3% (IC95%: 23,2-27,7) nos homens, aumentando a prevalência de osteoporose de forma significativa com a idade em ambos os sexos [83].

Numa investigação realizada em 226 homens utentes de um centro de saúde do Porto, foram diagnosticados 38 casos de osteoporose (16,8%) e 115 casos de osteopenia (50,9%). Dos utentes com idade igual ou superior a 50 anos, 20,0% apresentavam osteoporose [32].

Um outro estudo do ONDOR teve como objectivo estimar a prevalência e os factores de risco para osteoporose numa amostra de homens portugueses. Os resultados indicaram o aumento da prevalência de osteoporose (reflectida na diminuição significativa da densidade mineral óssea no antebraço medida por absorciometria radiológica monofotónica) com a idade ($r=-0,29$). A densidade mineral óssea média diminuiu de 0,544 g/cm² (IC95%: 0,537-0,550) nos indivíduos com 40 a 49 anos para 0,490 g/cm² (IC95%: 0,474-0,506) nos indivíduos com 70 ou mais anos, o que se reflectiu no aumento da prevalência de osteoporose de 1,9% na classe etária dos 40 aos 49 anos para 18,6% na classe etária dos 70 ou mais anos [29].

b) Fracturas osteoporóticas

Através da análise da base de dados do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) no período de 2000 a 2002, foi realizado um estudo com o objectivo de identificar padrões espaciais na incidência de fractura do colo do fémur em Portugal entre 2000 e 2002, utilizando todos os episódios de internamento por fractura do colo do fémur (CID-9: 820). A utilização deste código com esta finalidade foi validada num estudo anterior [36]. Dos 36 846 episódios de fractura do colo do fémur causados por impacto baixo ou moderado, em indivíduos com mais de 50 anos, 65% ocorreram em mulheres. As taxas de incidência médias anuais brutas foram de 351,9 nas mulheres e de 129,4 nos homens por 100 000 habitantes e aumentaram exponencialmente com a idade (classe etária dos 65 aos 69 anos: 125,1 (IC95%: 112,1-138,0) e 77,8 (IC95%: 66,5-89,1) nas mulheres e homens, respectivamente, e classe etária de mais de 89 anos: 2 984,8 (IC95%: 2 791,4-3 178,1) e 1 695,6 (IC95%: 1 458,8-1 932,8) nas mulheres e homens respectivamente). Neste estudo, os autores identificaram diferenças na incidência das fracturas do colo do fémur de acordo com a localização geográfica entre 154,4 (IC95%: 153,6-155,3) e 575,2 (IC95%: 569,5-575,0) nas mulheres e de 77,3 (IC95%: 76,6-78,0) a 231,5 (IC95%: 229,9-233,0) nos homens (a razão mulheres:homens variou geograficamente entre 1,5 e 5,1). Concluiu-se que a incidência de fracturas era 20% superior no meio urbano quando

comparado com o meio rural. Considerando o número de fracturas osteoporóticas do colo do fémur ocorrido no período de 2000 a 2002 os autores fizeram uma estimativa para Portugal para os anos de 2020 e 2050. Previam-se assim, em 2020, cerca de 10 877 casos de fracturas osteoporóticas do colo do fémur, reflectindo um aumento de 27% comparativamente ao período de tempo estudado e em 2050, previam-se cerca de 11 609 casos (aumento de 36%) [30].

A Rede Médicos-Sentinela notificou, durante o ano de 2007, 71 novos casos de fractura do colo de fémur, tendo 23,9% ocorrido no sexo masculino e 76,1% no feminino. Na população utente do sexo feminino com 45 e mais anos de idade obteve-se uma taxa de incidência de 210,1 por 100 000. No sexo masculino para a mesma classe etária a taxa de incidência foi 80,7 por 100 000. Considerando o total da população inscrita, estimou-se uma taxa de incidência de 63,9 casos por 100 000 pessoas. Em ambos os sexos a taxa foi mais elevada nos utentes com 75 e mais anos, tendo sido de 218,8/100 000 e 593,2/100 000, respectivamente, para os sexos masculino e feminino [21].

Um estudo recente incluiu todos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos internados devido a fracturas osteoporóticas do fémur proximal de baixo impacto na Unidade Local de Saúde do Alto Minho durante o período de um ano. Um dos objectivos deste estudo foi estimar a incidência de fracturas osteoporóticas do fémur proximal numa população portuguesa. Neste sentido foi aplicado um questionário e realizada densitometria óssea no antebraço como forma de avaliação da densidade mineral óssea. A taxa de incidência de fracturas osteoporóticas do fémur proximal nesta amostra da população portuguesa foi 351 por 100 000 (IC95%: 302-406), sendo 154 por 100 000 no sexo masculino (IC95%: 106-218) e 481 por 100 000 no sexo feminino (IC95%: 407-564). A maioria destas fracturas ocorreu em doentes com idade mais avançada, sendo que entre os 65 e os 74 anos a taxa de incidência, nos homens, foi 61 por 100 000 (IC95%: 25-126) e, nas mulheres, 159 por 100 000 (IC95%: 105-231). Considerando os indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, a taxa de incidência foi 247 por 100 000 (IC95%: 157-371) no sexo masculino e 760 por 100 000 (IC 95%: 630-910) no sexo feminino. Do total de doentes, 69,9% realizaram densitometria, 70,9% dos homens e 69,7% das mulheres, e a presença de critérios densitométricos de osteoporose (*t-score* $\leq -2,5$ desvios-padrão) verificou-se em 64,2% dos homens e 68,2% das mulheres com fractura do fémur proximal [33].

Outro trabalho publicado em 2009 consistiu num estudo retrospectivo cujo objectivo foi avaliar as características da população e das fracturas osteoporóticas do fémur proximal tratadas no Centro Hospitalar das Caldas da Rainha. Este trabalho consistiu na consulta dos processos clínicos de todos os doentes com 50 ou mais anos, internados em três anos consecutivos (2004 a 2006) no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha por fractura osteoporótica do fémur proximal após uma queda de baixo impacto. A taxa de incidência destas fracturas foi calculada em 90 por 100 000 habitantes-ano (80 por 100 000 em 2004, 100 por 100 000 em 2005 e 80 por 100 000 em 2006) [31].

No âmbito das actividades do ONDOR foi publicado em 2005 um estudo com o objectivo de estimar a incidência de fracturas osteoporóticas, a partir de uma amostra não-aleatória de mulheres caucasianas residentes em Portugal Continental, que recorreram aos centros de saúde da área de

residência. Na avaliação basal foi medida a densidade mineral óssea na porção distal do antebraço e entre 2003 e 2005 foi feito o seguimento desta amostra através de entrevista telefónica. Nesta entrevista as participantes foram questionadas sobre a existência de eventuais fracturas ósseas ocorridas desde a avaliação inicial. A taxa de incidência de fracturas devidas a traumatismos de baixa energia na população foi 16,2/1 000 pessoas-ano. Após estratificação de acordo com os intervalos de valores T medidos na avaliação basal, a taxa de incidência foi 11,8 por 1 000 pessoas-ano em mulheres com valores T normais, 21,0 por 1 000 pessoas-ano nas participantes osteopénicas e 25,6 por 1 000 pessoas-ano entre as mulheres osteoporóticas [82].

A Tabela 35 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de osteoporose e fracturas osteoporóticas em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 35 – Resumo dos resultados da revisão sistemática da frequência de osteoporose e fracturas osteoporóticas em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Pina MF, 2008 [30]	Consulta aos episódios de internamento (IGIF)	Fractura do colo do fémur (CID-9: 820) provocada por queda de baixa energia	População residente em Portugal Continental	NA	<u>Taxa de incidência de fracturas:</u> H: 129,4/100 000 habitantes M: 351,9/100 000 habitantes
Médicos-Sentinela, 2009 [21]	Notificação à Rede Médicos-Sentinela dos novos casos de fractura	Diagnóstico médico de fractura do colo do fémur	Utentes dos Centros de Saúde portugueses	111 129 utentes das listas de 141 Médicos-Sentinela	<u>Taxa de incidência de fracturas:</u> Ambos os sexos: 63,9/ 100 000 pessoas H: 31,9/100 000 pessoas M: 93,3/100 000 pessoas
Costa J, 2009 [33]	Consulta aos registos de internamentos hospitalares	Fractura do fémur proximal ocorrida espontaneamente ou resultante de uma queda de uma altura inferior à altura do doente	População residente no distrito de Viana do Castelo (65 ou mais anos de idade)	NA	<u>Taxa de incidência de fracturas:</u> Ambos os sexos: 351/100 000 pessoas (IC95%: 302-406) H: 154/100 000 pessoas (IC95%: 106-218) M: 481/100 000 pessoas (IC95%: 407-564)

Tabela 35 (cont.)

Cruz M, 2009 [31]	Consulta aos registos de internamentos hospitalares	Fractura do fémur proximal resultante de uma queda de baixa energia	População residente na área de influência do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (50 ou mais anos de idade)	NA	<u>Taxa de incidência de fracturas:</u> 2004: 80/100 000 habitantes 2005: 100/100 000 habitantes 2006: 80/100 000 habitantes
ONDOR, 2006 [82]	Entrevistas presencial (avaliação basal) e telefónica (seguimento)	Auto-declaração de fractura óssea devida a traumatismo de baixa energia	Mulheres caucasianas residentes em Portugal Continental	1 976	<u>Taxa de incidência de fracturas:</u> Total: 16,2/1 000 pessoas-ano Valores t normais: 11,8/1 000 pessoas-ano Osteopenia: 21,0/1 000 pessoas-ano Osteoporose: 25,6/1 000 pessoas-ano
INSA/INE, 2007 [17]	Entrevista presencial	História de osteoporose (auto-declarada)	Indivíduos que residem em alojamentos familiares em Portugal	41 193 pessoas em 15 239 unidades de alojamento	<u>Prevalência de osteoporose:</u> Ambos os sexos: 6,2% H: 1,1% M: 11,0%
ONDOR, 2006 [82]	Entrevista presencial	História de diagnóstico médico osteoporose (auto-declarada)	População adulta residente na cidade do Porto	970	<u>Prevalência de osteoporose:</u> H: 3,3% (IC95%: 1,7-5,7) M: 28,1% (IC95%: 24,5-31,8)
ONDOR, 2007 [67]	Entrevista telefónica	História de diagnóstico médico de osteoporose (auto-declarada)	População adulta residente em Portugal Continental, com telefone fixo da Portugal Telecom	980	<u>Prevalência de osteoporose:</u> Ambos os sexos: 16,6% (IC95%: 14,4-19,1)
Marantes I, 2004 [35]	Entrevista telefónica	Osteoporose auto-declarada (prevalência pontual)	População feminina adulta residente em Portugal Continental	1 800	<u>Prevalência de osteoporose:</u> 15,4% (IC95%: 13,4-17,6), das quais 96,8% (IC95%: 93,1-98,8) com exames que confirmam diagnóstico

Tabela 35 (cont.)

Araújo D, 2006 [83]	Avaliação densitométrica	Definição operativa de osteoporose, da Organização Mundial da Saúde, baseada nos valores da DMO avaliados por DXA (terço distal do antebraço)	Adultos caucasianos residentes em Portugal	17 024	<u>Prevalência de osteopenia:</u> H: 43,7% (41,1-46,3) M: 40,1% (IC95%:39,3-40,9) <u>Prevalência de osteoporose:</u> H: 25,3% (IC95%:23,2-27,7) M: 19,8% (IC95%: 19,2-20,4)
Bernardo A, 2003 [32]	Avaliação densitométrica	SI	Homens portugueses utentes de um Centro de Saúde do Porto	226	<u>Prevalência de osteoporose:</u> 16,8% (IC95%: 12,2-22,3) <u>Prevalência de osteopenia:</u> 50,9% (IC95%: 44,2-57,6)
Lucas R, 2008 [29]	Avaliação densitométrica	Definição operativa de osteoporose, da Organização Mundial da Saúde, baseada nos valores da DMO avaliados por DXA (antebraço distal não dominante)	Homens caucasianos residentes em Portugal Continental	739	<u>Prevalência de osteoporose:</u> >39 anos: 4,3% (IC95%: 2,9-6,2) 40-49 anos: 1,9% (IC95%: 0,5-4,8) 70 anos: 18,6% (IC95%: 9,7-30,9)

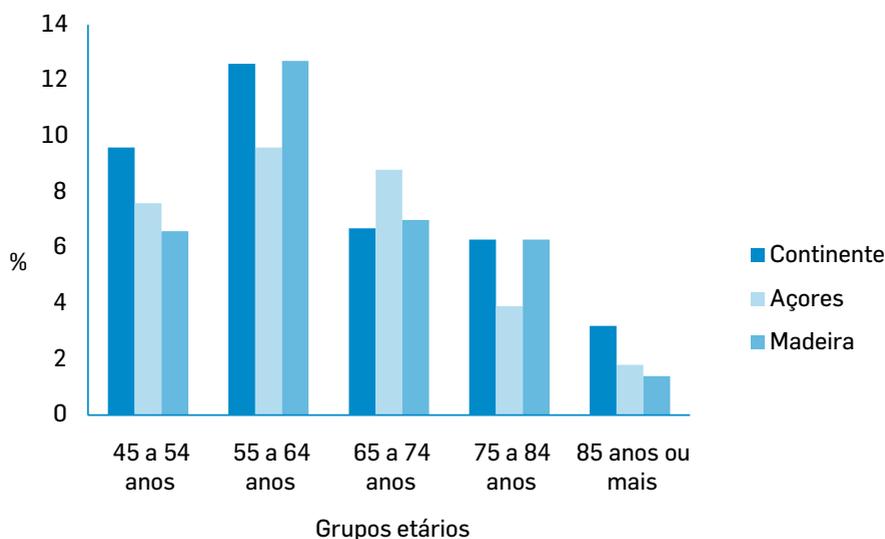
Legenda: NA – Não aplicável; SI – Sem informação; H – homens; M – mulheres; IC95% - intervalos de confiança a 95%; IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde; DMO – densidade mineral óssea; DXA – absorciometria radiológica de dupla energia.

Utilização de cuidados de saúde

a) Consumo de medicamentos em ambulatório

No 4º INS, 3,9% das mulheres com 45 ou mais anos no Continente, 2,7% nos Açores e 3,0% na Madeira referiram ter tomado, nas duas semanas anteriores à entrevista, medicamentos ou hormonas para a menopausa ou para a osteoporose receitados por um médico e comprados numa farmácia. O consumo foi mais prevalente nas mulheres entre os 55 e os 64 anos tanto no Continente (12,6%), como nos Açores (9,6%) e na Madeira (12,7%) (Gráfico 35) [17].

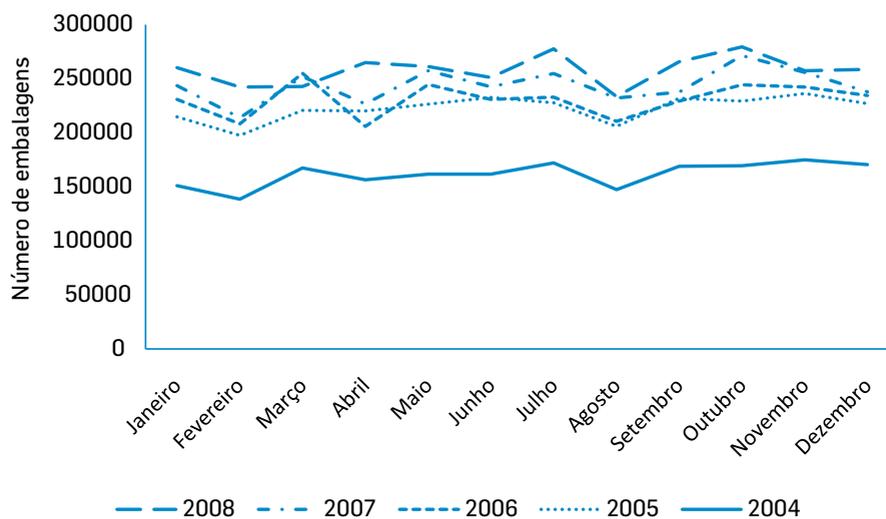
Gráfico 35 – Proporção (%) de mulheres residentes (com 45 e mais anos) que referiu ter tomado “Hormonas para menopausa ou osteoporose” nas duas semanas anteriores à entrevista, receitados pelo médico e comprados numa farmácia, por grupo etário e NUTS I, 2005/2006



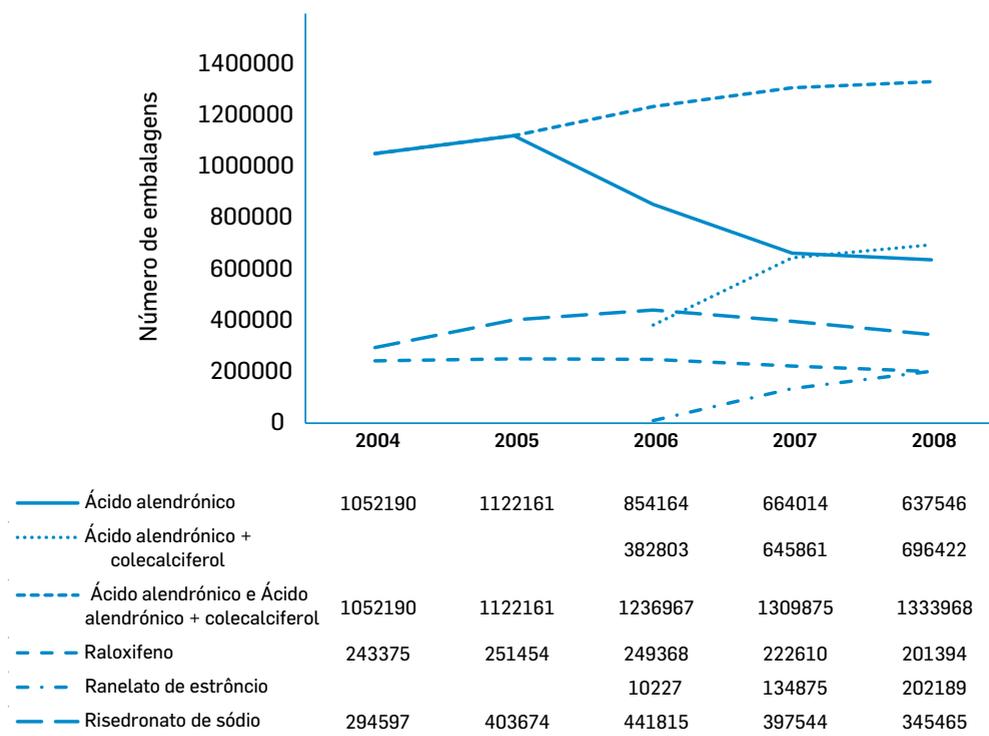
Fonte: INSA, IP, 4ºINS (2007).

No que diz respeito aos *Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio*, e de acordo com a publicação Estatística do Medicamento (INFARMED, IP), é de salientar o aumento global do consumo de medicamentos deste subgrupo farmacoterapêutico no período de tempo considerado (Gráficos 36 e 37). É também notório o aumento da frequência de consumo de bifosfonatos, quando consideradas em conjunto as preparações de ácido alendrónico e as associações deste fármaco com colecalciferol [47-51].

Gráfico 36 – Evolução mensal do consumo (em número de embalagens) de medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2008



Fonte: INFARMED, IP, 2009.

Gráfico 37 – Consumo (em número de embalagens) de fármacos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio*, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2008 [47-51]

* incluídos os fármacos compreendidos no conjunto das 100 substâncias activas com maiores encargos para o SNS no período considerado.

Nota: As datas de autorização de introdução no mercado das substâncias ácido alendróico + colecalciferol e ranelato de estrôncio foram 24 de Agosto de 2005 e 21 de Setembro de 2004.

Fonte: INFARMED, IP, 2009.

A base de dados IMS Health foi usada para obter uma estimativa do uso de medicamentos para o tratamento da osteoporose, entre 1998 e 2004, e caracterizar a variabilidade geográfica na sua utilização. Como medida de consumo foi considerado, para cada grupo de medicamentos, o somatório do número de embalagens ou do valor em preço de venda ao público (PVP), cuja evolução se verificou ser sobreponível à expressa em números de doses diárias definidas. Os dados de consumo foram apresentados por mulher residente em Portugal com idade entre 45 e 74 anos. Os resultados revelaram um aumento de 60% na despesa com medicamentos para o tratamento da osteoporose entre 1998 e 2004. O número de embalagens de bifosfonatos vendidas e o correspondente valor monetário aumentaram mais de cinco vezes, representando, em 2004, em valor de PVP, 61% do mercado nacional dos medicamentos indicados para a osteoporose.

O consumo de calcitoninas teve um decréscimo de 70% no período observado e o consumo de cálcio e vitamina D manteve-se relativamente constante. O raloxifeno, introduzido no mercado em 2000, representava, em 2004, 11% das vendas. Foram observadas importantes assimetrias geográficas na frequência de consumo dos fármacos com indicação na osteoporose em Portugal [84].

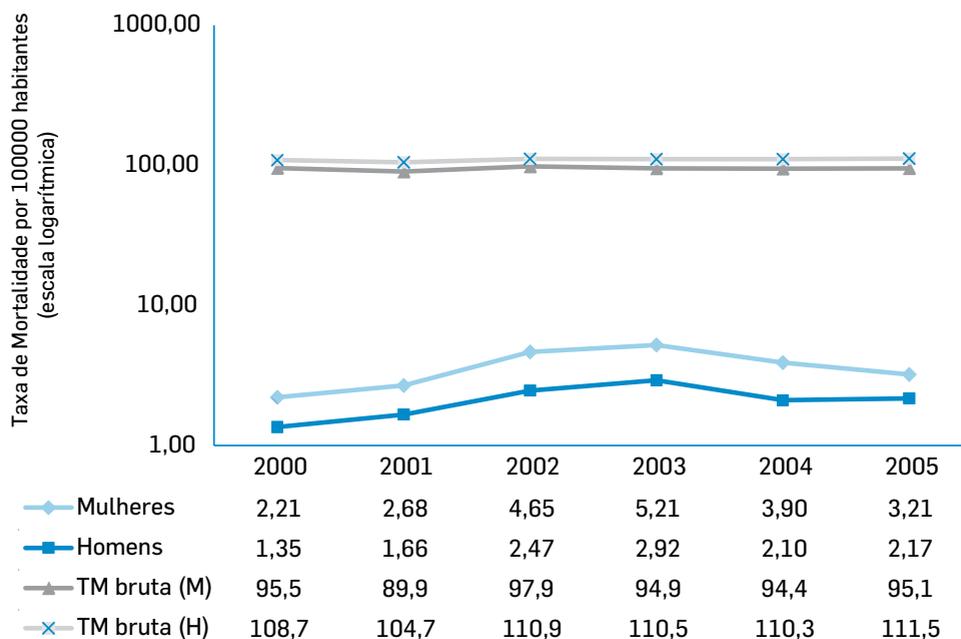
Num outro estudo foi descrito um aumento do consumo de medicamentos com indicação na osteoporose de 68,3% entre 2003 e 2007 e, conseqüentemente, um aumento de 41,7% da despesa com estes medicamentos. Este resultado é particularmente acentuado no que se refere ao consumo de bifosfonatos. Lisboa e Vale do Tejo e Algarve eram as regiões onde se verificava um consumo mais elevado. Esta observação foi atribuída a uma maior assistência na saúde, sensibilização dos médicos e maior poder de compra da população destas regiões [85].

b) Internamentos hospitalares

A publicação *Sazonalidade e Periodicidades do Internamento Hospitalar em Portugal Continental – 1998 a 2003* agrupa os internamentos hospitalares por todos os tipos de fractura (CID-9: 800-829). Tendo em conta que nos grupos etários mais avançados as fracturas são frequentemente devidas a traumatismos de baixa energia, a análise do comportamento temporal das fracturas nestas idades reflecte em grande extensão o padrão de sazonalidade das fracturas osteoporóticas. Neste estudo, o número de internamentos hospitalares por fractura no grupo etário dos 65-74 anos revelou uma tendência decrescente, existindo evidência de periodicidade anual com um pico de internamentos durante o Outono. Relativamente ao grupo etário dos 75 ou mais anos o número de episódios de internamento por fracturas revelou uma tendência crescente. Nesta classe observou-se uma periodicidade anual que revelou um pico de internamentos durante o Inverno [62].

Mortalidade

Com o objectivo de sistematizar a informação relativa à mortalidade por fracturas do colo do fémur (CID-9: 820) na população portuguesa, entre os anos de 2000 e 2005, foram utilizados dados das estatísticas de saúde fornecidos pelo INE, IP, que se encontram resumidos no Gráfico 38.

Gráfico 38 - Evolução da taxa de mortalidade por fractura do colo do fémur (CID-9: 820) por sexo, por 100 000 habitantes, entre 2000 e 2005, em Portugal

Legenda: TM bruta - Taxa bruta de mortalidade

Fonte: INE, IP, 2007.

Tal como acontecia relativamente à mortalidade por doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID-9: 710-739), também a expressão da mortalidade por fractura do colo do fémur (CID-9: 820) é relativamente reduzida e sempre mais elevada nas mulheres ao longo de todo o tempo em estudo. Neste período, a mortalidade proporcional por esta causa foi menor em 2000 (2,31% nas mulheres e 1,24% nos homens) e mais elevada em 2003 (5,49% nas mulheres e 2,64% nos homens). A presente observação de um padrão que é semelhante ao observado para a mortalidade por doença do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo reforça a hipótese de que eventuais oscilações temporais no próprio processo de registo das causas de morte nos certificados de óbito possam justificar, em certa medida, a variação observada.

Na publicação *Sazonalidade e Periodicidades da Mortalidade Portuguesa – 1980 a 2001* verifica-se que a mortalidade por fracturas (CID-9: 800-829), incluindo as fracturas do colo do fémur (CID-9:820), no grupo etário dos 75 ou mais anos, foi marcada por uma tendência decrescente durante o período de tempo global (1980-2001) e na segunda década (1991-2001). A mortalidade na primeira década em análise (1980-1990) não revelou tendência significativa. A periodicidade anual detectada apresentou um pico no Inverno e um nadir durante o Verão [63].

Num estudo publicado em 2002, cujo objectivo foi avaliar a morbilidade e a mortalidade em doentes que sofreram fracturas da extremidade superior do fémur, procedeu-se à revisão de processos clínicos para recolha de identificação do doente, causas de fractura, tempo de internamento, ocorrência e causas de óbito entre outros dados. Neste estudo, dos 120 doentes revistos, 30% faleceram aos 30 meses (55,5% eram do sexo feminino) e destes 30,5% morreram no primeiro mês após a intervenção cirúrgica [37].

Já no estudo realizado nas Caldas da Rainha, anteriormente referido, registaram-se 39 (14,6%) óbitos no primeiro ano após a fractura [31].

Num estudo publicado em 2007, a letalidade da fractura do colo do fémur foi estimada em 9,9% (IC95%: 9,2-10,7) nos homens e 5,4% (IC95%: 5,1-5,7) nas mulheres. A letalidade por fractura de outras partes e de partes não especificadas do fémur foi 5,8% (IC95%: 3,8-7,9) nos homens e 4,7% (IC95%: 3,6-5,7) nas mulheres. Os custos do internamento foram mais elevados nas fracturas do colo do fémur que também apresentaram letalidade mais elevada [36].

Através da avaliação de seguimento dos doentes internados durante o ano de 2007 por fractura osteoporótica do fémur proximal na Unidade Local de Saúde do Alto Minho foi estimada uma letalidade de 26,8% aos 12 meses (48,3% nos homens e 22,2% nas mulheres) [33].

4.3.7. Fibromialgia

Frequência

No documento que estabeleceu a Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia a prevalência referida de fibromialgia foi 2,0% [66].

Em 2009 foi publicado um estudo em cinco países europeus no qual se estimou a prevalência de fibromialgia na população em geral. Neste trabalho, no qual foi aplicado através de entrevista telefónica o *London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire* e assumido um valor preditivo do resultado positivo igual ao obtido numa amostra seleccionada numa consulta de reumatologia, foi estimada uma prevalência de fibromialgia na população geral portuguesa de 2,3% (IC95%: 2,1-2,5) em homens e de 5,1% (IC95%: 4,8-5,4) em mulheres [39].

Num trabalho publicado em 2001 foi calculada a prevalência de fibromialgia na consulta de mesoterapia do Hospital de S. José. Esta consulta tinha inscitos 1 680 doentes em 2001, dos quais 48 preenchiam os critérios do *American College of Rheumatology* para fibromialgia, sendo que 40 eram mulheres. A prevalência estimada nesta amostra foi 3% [40].

Foi realizado um inquérito em 2004 a especialistas e internos em Medicina Geral e Familiar (MGF) e em Reumatologia e entre os médicos de MGF 64,0% estimaram que a fibromialgia afecta 2 a 5% da população portuguesa, 99,0% afirmaram ser mais frequente nas mulheres e 77,0% estimaram que a proporção do total das suas consultas na qual havia um diagnóstico de fibromialgia era igual ou inferior a 1%. Dos reumatologistas inquiridos, 75,0% estimaram que a fibromialgia afecta 2 ou 5% da população portuguesa, 100% afirmaram ser mais frequente em mulheres e 63,0% estimaram uma proporção de doentes com diagnóstico de fibromialgia entre 2 e 5% nas suas consultas [82].

Também no contexto das actividades do ONDOR e na população adulta do Porto, através da utilização de uma entrevista presencial seguida de uma avaliação por reumatologista, estimou-se uma prevalência de fibromialgia de 0,4% (IC95%: 0,1-1,0) nas mulheres e de 0,0% (IC 95% (unilateral): 0,0-0,6) nos homens.

A Tabela 36 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de fibromialgia em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 36 – Resumo das estimativas da frequência de fibromialgia em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Branco J, 2009 [39]	Entrevista telefónica	Critérios classificação da dor do <i>London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire</i>	População geral com mais de 15 anos	4 517	<u>Prevalência de fibromialgia:</u> Ambos os sexos: 3,7% (IC95%: 2,0-5,4) H: 2,3% (IC95%: 2,1-2,5) M: 5,1% (IC95%: 4,8-5,4)
ONDOR, 2009 [não publicado]	Questionário de sintomas e exame clínico	Critérios classificação estabelecidos pelo <i>American College of Rheumatology</i>	População adulta residente na cidade do Porto	1 682	<u>Prevalência de fibromialgia:</u> H: 0,0% (IC95%: 0,0-0,6) M: 0,4% (IC95%: 0,1-1,0)

Legenda: H – homens; M – mulheres; IC95% - intervalos de confiança a 95%.

Utilização de cuidados de saúde

a) Consumo de medicamentos em ambulatório

A apesar de existir um vasto conjunto de fármacos que têm sido utilizados nesta patologia, não existem substâncias com indicação formal na fibromialgia, o que impede a caracterização da evolução do consumo de medicamentos com esta indicação terapêutica.

b) Internamentos hospitalares

Relativamente ao período entre 2003 e 2006, não é possível quantificar os episódios de internamento nos quais esteja presente um diagnóstico de fibromialgia visto que a codificação das causas de internamento no SNS seguia a nona revisão da Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, a qual não incluía esta entidade clínica.

4.3.8. Artropatias microcristalinas

Frequência

No documento que estabeleceu a Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia a prevalência referida de artropatias microcristalinas foi 1,0% [66]. Não foram identificados estudos de investigação original nos quais fosse estimada a frequência de artropatias microcristalinas na população portuguesa.

Utilização de cuidados de saúde

a) Consumo de medicamentos em ambulatório

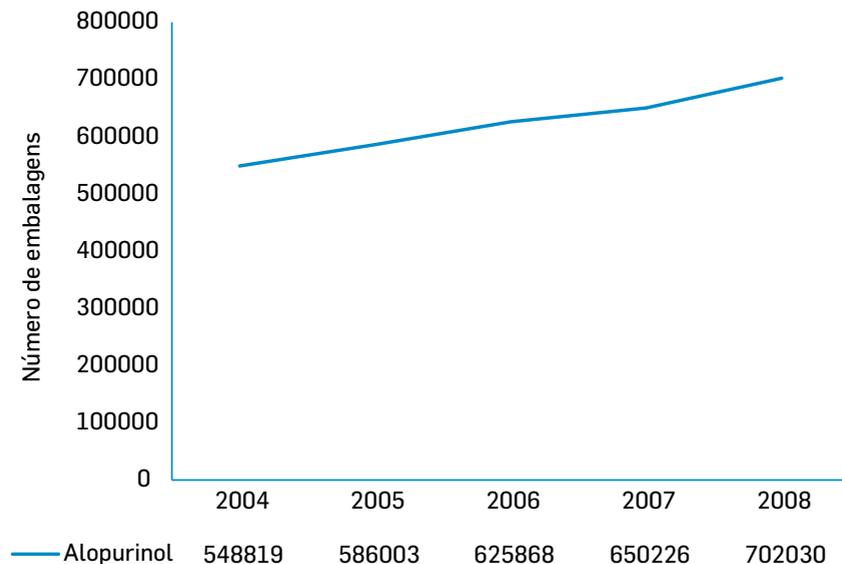
No que diz respeito ao subgrupo farmacoterapêutico dos *Medicamentos usados no tratamento da gota*, e de acordo com a publicação Estatística do Medicamento (INFARMED, IP), é de salientar o aumento global do consumo de medicamentos deste subgrupo no período de tempo considerado e o aumento, em particular, do consumo do fármaco alopurinol (Gráficos 39 e 40) [47-51].

Gráfico 39 – Evolução mensal do consumo (em número de embalagens) de medicamentos usados no tratamento da gota, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2008



Fonte: INFARMED, IP, 2009.

Gráfico 40 – Consumo (em número de embalagens) do fármaco alopurinol*, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em ambulatório, 2004-2008



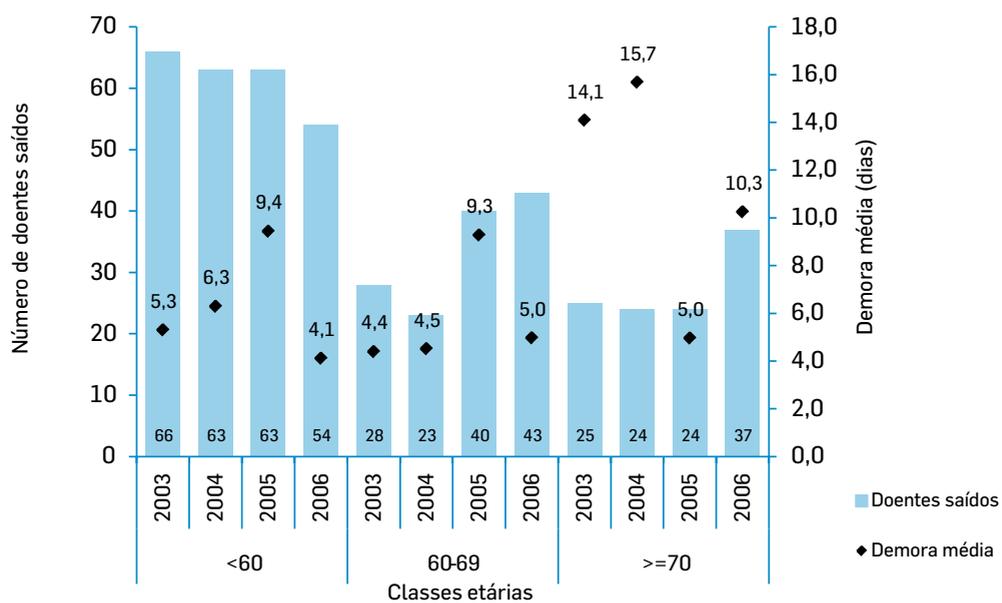
* incluído o único fármaco para o tratamento da gota compreendido no conjunto das 100 substâncias activas com maiores encargos para o SNS no período considerado.

Fonte: INFARMED, IP, 2009.

b) Internamentos hospitalares

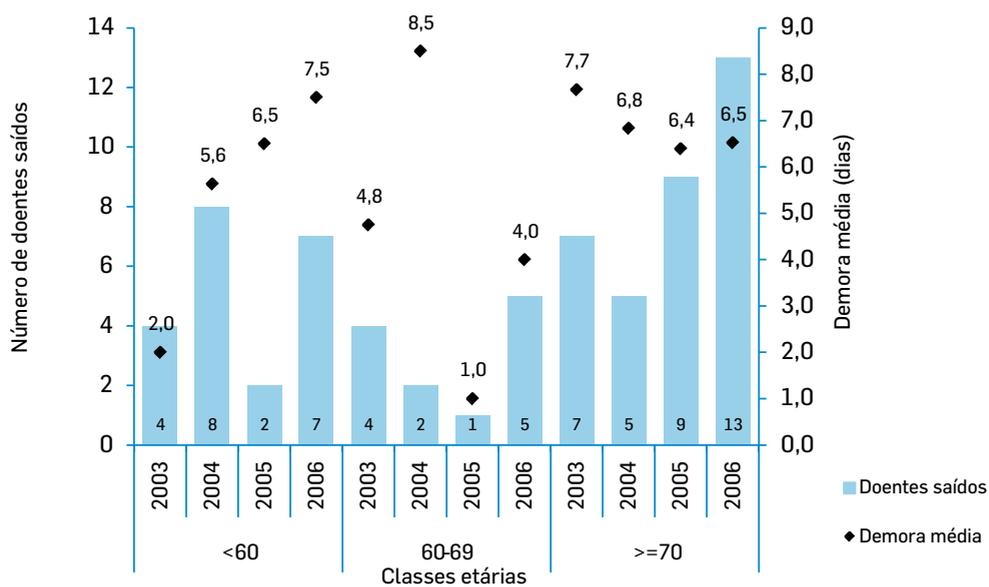
Nos Gráficos 41 e 42 apresenta-se a evolução do número e da duração média dos internamentos por artropatias microcristalinas (CID-9: código 712) em hospitais do SNS no período entre 2003 e 2006, por classe etária, em homens e em mulheres, respectivamente. Globalmente o número absoluto de internamentos por artropatia microcristalina foi reduzido, o que limita a precisão de conclusões relativas à evolução do seu número e da sua duração. É de salientar a maior frequência de internamentos no sexo masculino, particularmente na classe etária inferior a 60 anos.

Gráfico 41 – Internamentos por artropatias microcristalinas (CID-9: 712): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em homens



Fonte: ACSS, IP, 2007.

Gráfico 42 – Internamentos por artropatias microcristalinas (CID-9: 712): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em mulheres



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.3.9. Artrite reumatóide

Frequência

No documento que estabeleceu a Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia a prevalência referida de artrite reumatóide (AR) foi 0,3% [66].

A prevalência de AR em Portugal foi estimada em cerca de 0,8% em 2001 e a incidência a variar entre 2 a 4 casos por 10 000 pessoas em cada ano [41].

Com o intuito de quantificar a actividade clínica dos internistas portugueses na área das doenças auto-imunes foi realizado um inquérito aos 118 serviços de Medicina Interna registados na Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, através do qual se estimou que eram seguidos 1 181 a 2 305 doentes com artrite reumatóide. Estes autores estimaram que a prevalência desta patologia em Portugal seria, à semelhança das observações em outros países, 500 a 1 000 casos por 100 000 habitantes [42].

No contexto das actividades do ONDOR, em particular no estudo *Impacto da Campanha de Sensibilização sobre a Artrite Reumatóide*, foi inquirida a frequência da doença através de entrevista telefónica numa amostra de 980 adultos residentes em Portugal Continental seleccionados aleatoriamente a partir das listas telefónicas da Portugal Telecom. Neste estudo, a prevalência de AR auto-declarada, que constitui uma clara sobre-estimativa, foi 6,1% (IC95%: 4,7-7,8) [67]. Nestas circunstâncias surge a dificuldade de saber qual a verdadeira definição de caso assumida pelos inquiridos.

Também no âmbito das actividades do ONDOR, foi estimada a prevalência de AR auto-declarada através de uma entrevista presencial a uma amostra da população adulta do Porto. Neste estudo, a prevalência ao longo da vida de doença auto-declarada foi 1,6% (IC95%: 1,0-2,5), sendo 2,5% (IC95%: 1,5-3,9) nas mulheres e 0,0% (IC95%: 0,0-1,1) nos homens [22]. Na avaliação de seguimento desta mesma amostra de base populacional foi aplicado um questionário de sintomas musculoesqueléticos aos participantes. Os inquiridos que referissem dor articular eram reencaminhados para avaliação reumatológica e radiológica. Nesta avaliação tiveram manifestações clínicas sugestivas de artrite reumatóide 0,4% (IC95%: 0,1-1,0) das mulheres e 0,0% (IC95% (unilateral): 0,0-0,6) dos homens.

A Tabela 37 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de artrite reumatóide em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 37 – Resumo das estimativas da frequência de artrite reumatóide em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Costa L, 2004 [22]	Entrevista presencial	História de diagnóstico médico de artrite reumatóide (auto-declarada)	População adulta residente na cidade do Porto	1 238	<u>Prevalência de artrite reumatóide:</u> Ambos os sexos: 1,6% (IC95%: 1,0-2,5) H: 0,0% (IC95%: 0,0-1,1) M: 2,5% (IC95%: 1,5-3,9)
ONDOR, 2007 [67]	Entrevista telefónica	História de diagnóstico médico de artrite reumatóide (auto-declarada)	População adulta residente em Portugal Continental, com telefone fixo da Portugal Telecom	980	<u>Prevalência de artrite reumatóide:</u> Ambos os sexos: 6,1% (IC95%: 4,7-7,8)
ONDOR, 2009 [não publicado]	Entrevista presencial e exame clínico	Exame clínico e radiográfico sugestivo de artrite reumatóide	População adulta residente na cidade do Porto	1 682	<u>Prevalência de artrite reumatóide:</u> H: 0,0% (IC95%: 0,0-0,6) M: 0,4% (IC95%: 0,1-1,0)

Legenda: H – homens; M – mulheres; IC95% - intervalos de confiança a 95%.

Utilização de cuidados de saúde

a) Consultas e consumo de medicamentos em meio hospitalar

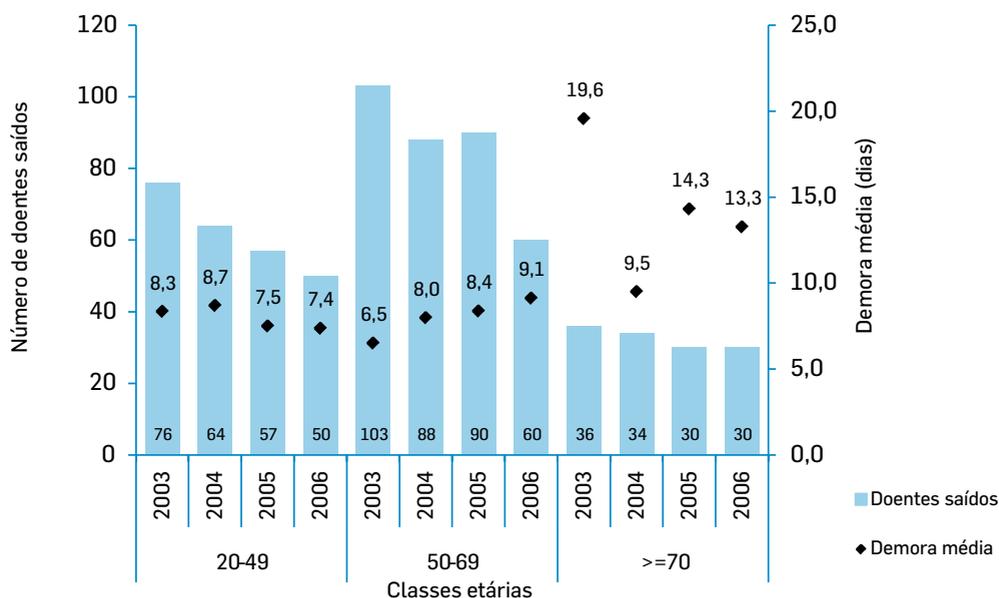
De acordo com o relatório de execução do projecto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, em Novembro de 2009 existiam registos de 725 doentes com diagnóstico de artrite reumatóide em quatro dos dezoito Serviços e Unidades de Reumatologia participantes (base de dados RegistAR). Relativamente ao tratamento com fármacos biotecnológicos, na mesma data, existiam registos correspondentes a 491 doentes, distribuídos por 13 Serviços e Unidades (base de dados BioReportAR).

b) Internamentos hospitalares

Nos Gráficos 43 e 44 é apresentada a evolução do número e da duração média dos internamentos por artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias a partir dos 20 anos de idade (CID-9: 714) em hospitais do SNS no período entre 2003 e 2006, por classe etária, em homens e em mulheres, respectivamente. O número absoluto de internamentos manteve-se substancialmente mais elevado nas mulheres. No entanto, foi possível observar, nos dois sexos, uma tendência global para a diminuição no número total de internamentos por este grupo de patologias ao longo do período de

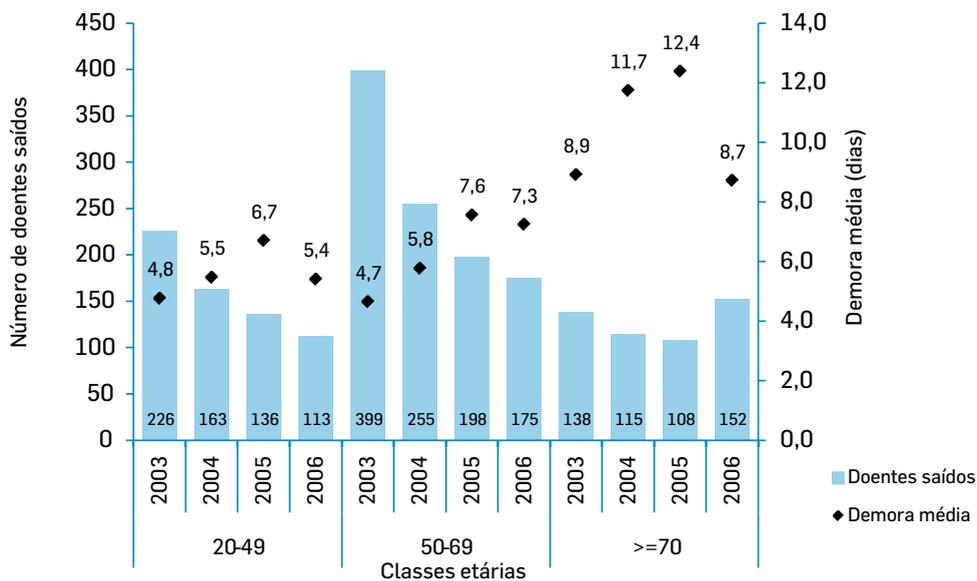
tempo referido em todas as classes etárias, com a excepção das mulheres com idade igual ou superior a 70 anos. No que diz respeito à duração média dos internamentos e no sexo feminino, para o qual as medidas são mais robustas, observámos uma tendência global de aumento da demora média até 2005 nas mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Na interpretação desta informação deve ter-se em conta que os dados aqui agregados incluem outras poliartropatias inflamatórias que não a artrite reumatóide, ainda que esta seja a patologia de maior frequência neste grupo.

Gráfico 43 – Internamentos por artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias a partir dos 20 anos de idade (CID-9: 714): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em homens



Fonte: ACSS, IP, 2007.

Gráfico 44 – Internamentos por artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias a partir dos 20 anos de idade (CID-9: 714): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em mulheres



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.3.10. Espondilartropatias

Frequência

No documento que estabeleceu a Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia a prevalência referida de espondilite anquilosante (EA) foi 0,3% [66].

Num estudo realizado numa amostra da população caucasiana com 50 ou mais anos da ilha Terceira, nos Açores, com o objectivo de estimar as prevalências de espondilartrite (definida pelos critérios do *European Spondyloarthritis Study Group* - ESSG) e de EA (definida de acordo com os critérios de Nova Iorque modificados), dos 490 indivíduos avaliados, 1,6% (IC95%: 0,8-2,7) tiveram diagnóstico de espondilartrite, designadamente 2,7% (IC95%: 1,1-5,6) dos homens e 0,4% das mulheres (IC95%: 0,0-2,5). A prevalência de EA foi estimada em 0,6% na totalidade da população e 1,2% (IC95%: 0,2-3,4) nos homens [43].

No estudo da coorte EPIPorto anteriormente referido, a prevalência de EA auto-declarada foi 0,6% (IC95%: 0,3-1,3) sendo semelhante nos dois sexos, 0,8% (IC95%: 0,3-1,7) nas mulheres e 0,4% (IC95%: 0,1-1,8) nos homens. Neste estudo também se quantificou a prevalência de artrite psoriática (AP), que não foi referida por nenhum dos inquiridos (prevalência: 0,0%; IC95% (unilateral): 0,0-0,4) [22]. Na avaliação de seguimento desta amostra, após selecção através de um questionário de sintomas e avaliação clínica por reumatologista, a prevalência de espondilartropatia inflamatória foi 0,5% (IC 95%: 0,1-1,4) nos homens e 0,1% (IC95%: 0,0-0,5) nas mulheres.

No estudo *Impacto da Campanha de Sensibilização sobre a Artrite Reumatóide* a prevalência de espondilite anquilosante auto-declarada na população portuguesa foi 1,5% (IC95%: 0,8-2,5) e prevalência de artrite psoriática auto-declarada foi 0,4% (IC95%: 0,1-1,0) [67].

Apesar de se estimar que a artrite psoriática está presente em menos de um terço dos indivíduos com psoríase cutânea, a prevalência desta última patologia poderá ser um indicador interessante da frequência das manifestações articulares desta espondilartropatia. Num trabalho no qual foi estimada a frequência de lesões dermatológicas numa comunidade, em 2000, encontrou-se uma prevalência de psoríase cutânea de 1,9% [44].^d

^d O estudo paleopatológico de Martin-Dupont *et al.* (2006) que estimou a prevalência de espondilartropatia numa amostra da população de Coimbra dos séculos XIX e XX constitui um interessante contributo de base populacional. Estes autores seleccionaram um conjunto de critérios para a definição de espondilartropatia (constituídos a partir dos critérios de Rogers e Rothschild, juntamente com critérios propostos pelos autores) que aplicaram a uma colecção de esqueletos pertencentes ao Museu Antropológico da Universidade de Coimbra. Nesta amostra foi encontrada uma elevada prevalência de espondilartropatia (6,7%). Entre estes, a maioria era do sexo feminino (58%) e tinha idade avançada (73% tinham 61 ou mais anos). (Martin-Dupont, S., et al., *Spondylarthropathy striking prevalence in a 19th-20th century Portuguese collection*. Joint Bone Spine, 2006. 73(3): p. 303-10.)

A Tabela 38 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de espondilartropatias em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 38 – Resumo das estimativas da frequência de espondilartropatias em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Bruges-Armas J, 2002 [43]	Exame clínico	CrITÉrios do <i>European Spondyloarthritis Study Group</i> para espondilartrite e critérios de Nova Iorque modificados para espondilite anquilosante	População caucasiana com mais de 50 anos da ilha Terceira (Açores)	490	<u>Prevalência de espondilartrite</u> Ambos os sexos: 1,6% (IC95%:0,8-2,7) H: 2,7% (IC95%:1,1-5,6) M: 0,4% (IC95%: 0,0-2,5) <u>Prevalência de espondilite anquilosante</u> Ambos os sexos: 0,6% (0,1-1,8) H: 1,2% (IC95%: 0,2-3,4) M: 0,0% (IC95%: 0,0-1,6)
Costa L, 2004 [22]	Entrevista presencial	História de diagnóstico médico de espondilite anquilosante ou artrite psoriática (auto-declarada)	População adulta residente na cidade do Porto	1 238	<u>Prevalência de espondilite anquilosante</u> Ambos os sexos: 0,6% (IC95%: 0,3-1,3) H: 0,4% (IC95%:0,1-1,8) M: 0,8% (IC95%: 0,3-1,7) <u>Prevalência de artrite psoriática</u> Ambos os sexos: 0,0% (IC95%: 0,0-0,4) H: 0,0% (IC95%: 0,0-1,1) M: 0,0% (IC95%: 0,0-0,6)
ONDOR, 2007 [67]	Entrevista telefónica	História de diagnóstico médico de espondilite anquilosante ou artrite psoriática (auto-declarada)	População adulta residente em Portugal Continental, com telefone fixo da Portugal Telecom	980	<u>Prevalência de espondilite anquilosante</u> Ambos os sexos: 1,5% (IC95%: 0,8-2,5) <u>Prevalência de artrite psoriática</u> Ambos os sexos: 0,4% (IC95%: 0,1-1,0)
ONDOR, 2009 [não publicado]	Entrevista presencial e exame clínico	Exame clínico e radiográfico sugestivo de espondilartropatia	População adulta residente na cidade do Porto	1 682	<u>Prevalência de espondilartropatia:</u> H: 0,5% (IC 95%: 0,1-1,4) M: 0,1% (IC95%: 0,0-0,5)

Legenda: H – homens; M – mulheres; IC95% - intervalos de confiança a 95%.

Utilização de cuidados de saúde

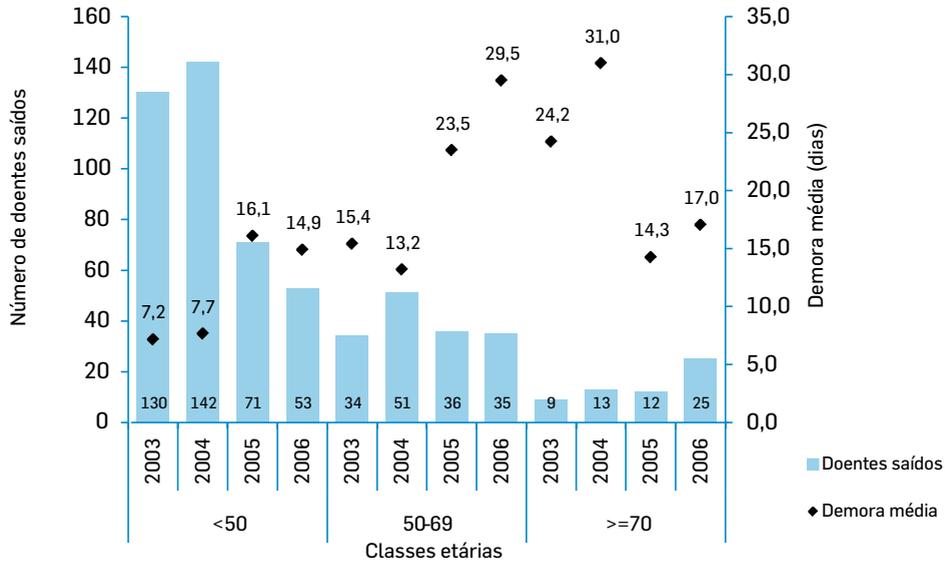
a) Consultas e consumo de medicamentos em meio hospitalar

De acordo com o relatório de execução do projecto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, em Novembro de 2009 existiam registos de 138 doentes com diagnóstico de espondilite anquilosante em tratamento com fármacos biotecnológicos em seis dos dezoito Serviços e Unidades de Reumatologia participantes (base de dados BioReportEA). Na mesma data estavam também registados 70 doentes com artrite psoriática em tratamento com fármacos biotecnológicos em quatro dos dezoito Serviços e Unidades (base de dados BioReportAP).

b) Internamentos hospitalares

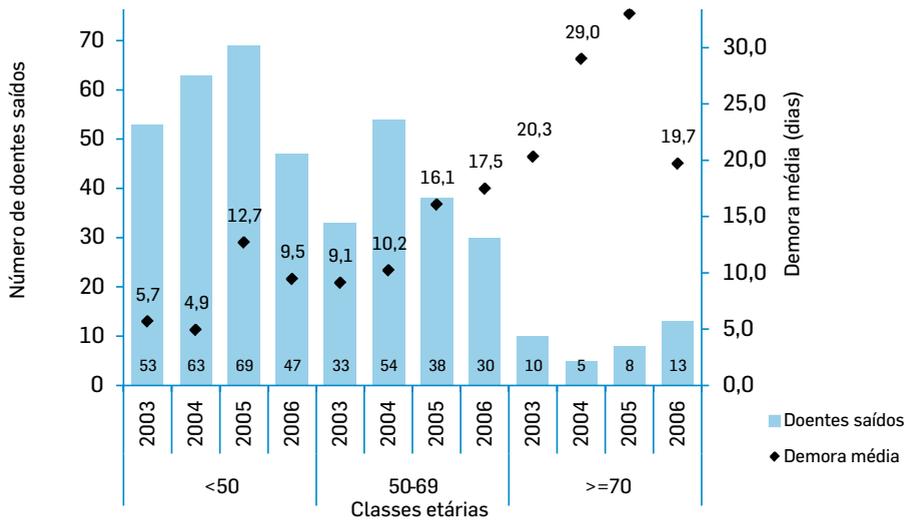
Nos Gráficos 45 e 46 é apresentada a evolução do número e da duração média dos internamentos por EA e outras espondilartropatias inflamatórias (CID-9: código 720) em hospitais do SNS no período entre 2003 e 2006, por classe etária, em homens e em mulheres, respectivamente. Reflectindo o padrão epidemiológico deste grupo de patologias, os internamentos foram mais frequentes no sexo masculino, em particular nos homens com idade inferior a 50 anos. De uma forma geral, nos dois sexos, a duração média dos internamentos aumentou no período considerado nos indivíduos com idade inferior a 70 anos.

Gráfico 45 – Internamentos por espondilite anquilosante e outras espondilartropatias inflamatórias (CID-9: 720): número de doentes saídos e demora média por classe etária, entre 2003 e 2006, em homens



Fonte: ACSS, IP, 2007.

Gráfico 46 – Internamentos por espondilite anquilosante e outras espondilartropatias inflamatórias (CID-9: 720): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em mulheres



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.3.11. Doenças reumáticas sistémicas

Frequência

Reconhecendo a escassez de informação de base populacional relativa à frequência de doenças reumáticas sistémicas na população portuguesa, a prevalência de conectivites referida no documento que estabeleceu a Rede de Referência Hospitalar de Reumatologia foi 0,1% [66].

No estudo já referido em que foi quantificada a actividade clínica dos internistas portugueses, a prevalência de lúpus eritematoso sistémico (LES) foi estimada em 15 a 50 por 100 000 habitantes, a prevalência de Síndrome de Sjögren em 3 000 por 100 000, a prevalência da doença de Behçet em 10 a 300 por 100 000 e de dermatopolimiosite em 20 a 50 por 100 000 habitantes [42].

A frequência de LES auto-declarado nos adultos residentes no Porto foi 0,2% (IC95%: 0,1-0,8), sendo 0,3% (IC95%: 0,0-1,0) nas mulheres e 0,2% (IC95%: 0,0-1,4) nos homens [22].

No estudo *Impacto da Campanha de Sensibilização sobre a Artrite Reumatóide* a prevalência de lúpus eritematoso sistémico auto-declarado foi 0,4% (IC95%: 0,1-1,0) [67].

Em 2005 foi realizado um estudo retrospectivo das crianças internadas no Hospital Fernando da Fonseca com Doença de Kawasaki entre Junho de 1996 e Dezembro de 2003. O diagnóstico baseou-se na presença de febre associada a 4 dos 5 critérios clássicos ou 3 destes em associação com aneurismas coronários (*guidelines* de diagnóstico da *American Heart Association*). Neste estudo estimou-se uma incidência de 8,2 por 100 000 crianças com idade inferior a 5 anos da área de residência deste hospital [45].

A Tabela 39 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de doenças reumáticas sistémicas em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 39 – Resumo das estimativas da frequência de doenças reumáticas sistémicas em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Tamanho amostral	Estimativa
Costa L, 2004 [22]	Entrevista presencial	História de diagnóstico médico de lúpus eritematoso sistémico (auto-declarada)	População adulta residente na cidade do Porto	1 238	<u>Prevalência de lúpus eritematoso sistémico:</u> Ambos os sexos: 0,2% (IC95%: 0,1-0,8) H: 0,2% (IC95%: 0,0-1,4) M: 0,3% (IC95%:0,0-1,0)
ONDOR, 2007 [67]	Entrevista telefónica	História de diagnóstico médico de lúpus eritematoso sistémico (auto-declarada)	População adulta residente em Portugal Continental, com telefone fixo da Portugal Telecom	980	<u>Prevalência de lúpus eritematoso sistémico:</u> Ambos os sexos: 0,4% (IC95%: 0,1-1,0)
Gouveia C, 2005 [45]	Consulta dos registo de internamentos hospitalares	Guidelines diagnóstico da <i>American Heart Association</i> para doença de Kawasaki	Crianças com menos de 5 anos da área de residência do Hospital Fernando da Fonseca	NA	<u>Prevalência de doença de Kawasaki:</u> 8,2/100 000 crianças

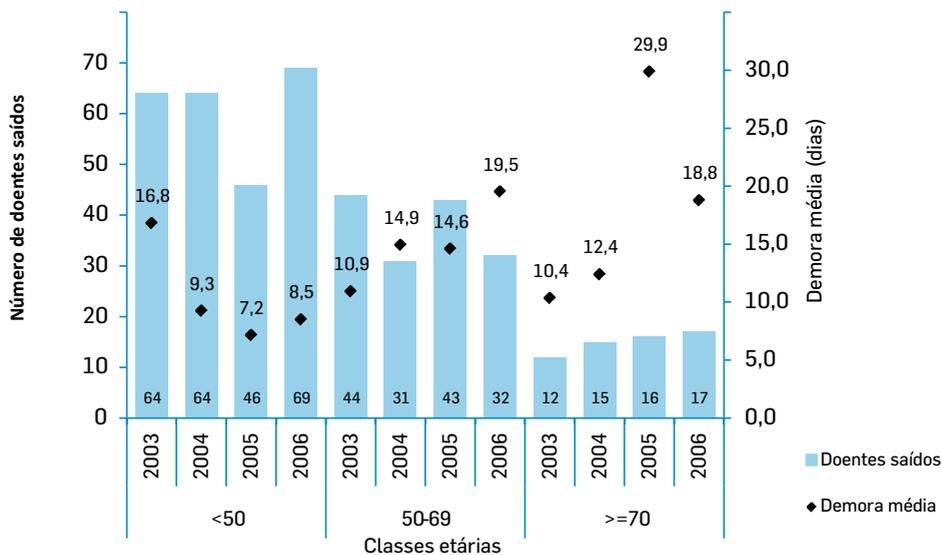
Legenda: NA – Não aplicável; H – homens; M – mulheres; IC95% - intervalos de confiança a 95%.

Utilização de cuidados de saúde

a) Internamentos hospitalares

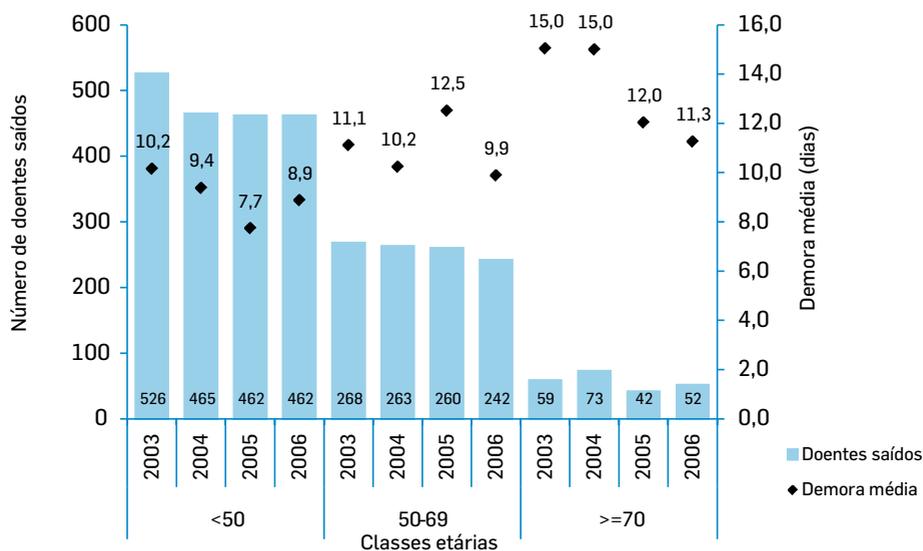
Nos Gráficos 47 e 48 é apresentada a evolução do número e da duração média dos internamentos por doenças difusas do tecido conjuntivo (CID-9: código 710) em hospitais do SNS no período entre 2003 e 2006, por classe etária, em homens e em mulheres, respectivamente. Globalmente é notória a preponderância do sexo feminino e da classe etária com menos de 50 anos no volume total de internamentos. Por outro lado, é também de salientar a elevada duração média dos episódios de internamento, em particular no sexo masculino. Nos dois sexos, parece haver uma tendência para o decréscimo da duração dos internamentos na classe etária mais jovem ao longo do período considerado.

Gráfico 47 – Internamentos por doenças difusas do tecido conjuntivo (CID-9: 710): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em homens



Fonte: ACSS, IP, 2007.

Gráfico 48 – Internamentos por doenças difusas do tecido conjuntivo (CID-9: 710): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, em mulheres



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.3.12. Artrites idiopáticas juvenis

Frequência

Em 2004 foi realizado um trabalho no qual se estimaram a prevalência e a incidência de doença reumática pediátrica e de artrites idiopáticas juvenis (AIJ) na Região Centro do país, usando os dados da Consulta de Reumatologia do Hospital Pediátrico (CRHP) em Coimbra. Para esta estimativa foi considerada em risco a população com idade inferior a 16 anos da área de influência directa da CRHP de Coimbra, dos Censos 2001. A prevalência de doença reumática pediátrica foi estimada em 56 casos por 100 000 crianças e, especificamente, a prevalência de AIJ foi 31 por 100 000 crianças. A incidência anual foi calculada para os três anos anteriores (Outubro 2001 a Setembro de 2004) usando a população pediátrica (idade inferior a 16 anos) da mesma área geográfica. Assim, de Outubro de 2001 a Setembro de 2004, a incidência de doença reumática pediátrica foi estimada em 8,4 novos casos por 100 000 crianças e a de AIJ em 4,3 novos casos por 100 000 crianças [46].

A Tabela 40 apresenta um resumo dos resultados de estudos originais de base populacional que estimaram a frequência de artrites idiopáticas juvenis em Portugal, com data de publicação entre 2000 e 2009.

Tabela 40 – Resumo das estimativas da frequência de artrites idiopáticas juvenis em Portugal (2000 a 2009)

Primeiro autor, ano publicação [referência]	Método de recolha de informação	Definição de caso	População em estudo	Estimativa
Salgado M, 2004 [46]	Registos hospitalares	Critérios de diagnóstico de artrites idiopáticas juvenis da <i>International League of Associations for Rheumatology</i>	Crianças 16 anos da região Centro do país	<u>Prevalência de artrites idiopáticas juvenis:</u> 31/100 000 crianças
Salgado M, 2004 [46]	Registos hospitalares	Critérios de diagnóstico de artrites idiopáticas juvenis da <i>International League of Associations for Rheumatology</i>	Crianças 16 anos da região Centro do país	<u>Incidência de artrites idiopáticas juvenis:</u> 4,3/100 000 crianças-ano

Utilização de cuidados de saúde

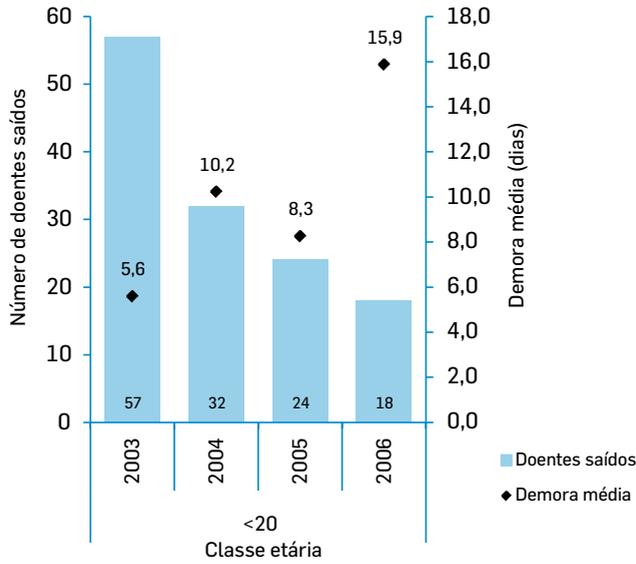
a) Consultas e consumo de medicamentos em meio hospitalar

De acordo com o relatório de execução do projecto de Registo Nacional de Doentes Reumáticos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, em Novembro de 2009 existiam registos de 56 doentes com diagnóstico de artrites idiopáticas juvenis em tratamento com fármacos biotecnológicos em três dos dezoito Serviços e Unidades de Reumatologia participantes (base de dados BioReportAIJ).

b) Internamentos hospitalares

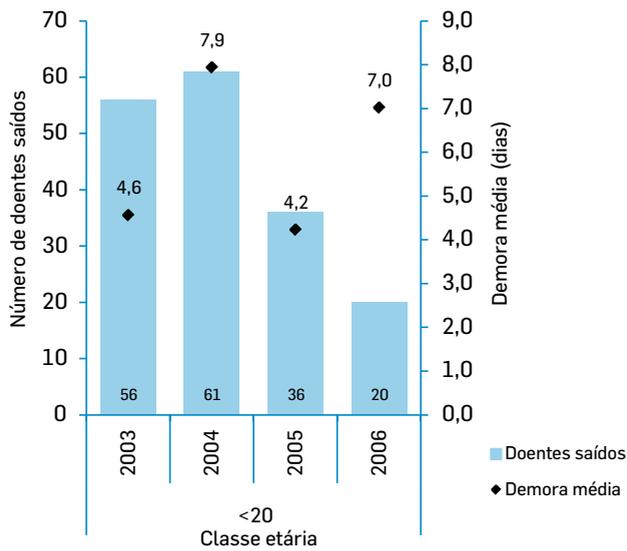
Nos Gráficos 49 e 50 é apresentada a evolução do número e da duração média dos internamentos cuja causa foi classificada como artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias (CID-9: código 714) em indivíduos com idade inferior a 20 anos, em hospitais do SNS, no período entre 2003 e 2006, nos sexos masculino e feminino, respectivamente. De uma forma geral, nos dois sexos, verificou-se uma tendência de diminuição no número de internamentos entre 2003 e 2006. Apesar de a AIJ designar um grupo de doenças inflamatórias que afectam crianças com idade inferior a 16 anos, a organização por classes etárias dos dados de origem não permitiu que fosse usado este ponto de corte clínico, tendo-se optado por considerar todos os internamentos em indivíduos com idade inferior a 20 anos.

Gráfico 49 – Internamentos por artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias antes dos 20 anos de idade (CID-9: 714): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, no sexo masculino



Fonte: ACSS, IP, 2007

Gráfico 50 – Internamentos por artrite reumatóide e outras poliartropatias inflamatórias antes dos 20 anos de idade (CID-9: 714): número de doentes saídos e demora média, por classe etária, entre 2003 e 2006, no sexo feminino



Fonte: ACSS, IP, 2007.

4.4. Indicadores de monitorização do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas

Foi atribuída ao Observatório Nacional das Doenças Reumáticas a avaliação dos ganhos em saúde resultantes do Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, através da utilização de quinze indicadores de monitorização periódica pré-definidos, cujas estimativas são apresentadas nesta secção.

4.4.1. Indicadores de incidência

a) Incidência de lombalgia

Medida	Data de recolha da informação	População	Estimativa	Referência
Taxa de incidência de episódio agudo de lombalgia	2004	Listas de utentes dos centros de saúde da Rede Médicos-Sentinela	Homens: 1 446,7 por 100 000 Mulheres: 2 157,4 por 100 000	[86]

b) Incidência de fracturas osteoporóticas vertebrais

Não foram identificadas publicações nas quais fosse estimada a incidência de fracturas osteoporóticas vertebrais na população. No âmbito das actividades do ONDOR, a anteriormente referida amostra de adultos residentes na cidade do Porto foi extensamente avaliada no que diz respeito à patologia musculoesquelética. Foram obtidos radiogramas da coluna vertebral de aproximadamente 1 000 participantes comunitários. Através da análise desta informação será possível estimar a prevalência de fracturas osteoporóticas vertebrais numa amostra da população em geral. O seguimento desta coorte permitirá a quantificação da incidência de novas fracturas vertebrais de etiologia osteoporótica.

c) Incidência de fracturas osteoporóticas da extremidade proximal do fémur

Medida	Data de recolha da informação	População	Estimativa	Referência
Taxa de incidência de fractura do colo do fémur	2007	Listas de utentes dos centros de saúde da Rede Médicos-Sentinela com idade igual ou superior a 45 anos	Homens: 80,7 por 100 000 Mulheres: 210,1 por 100 000	[21]
Taxa de incidência de internamentos por fractura osteoporótica do fémur proximal	2007	População residente no distrito de Viana do Castelo com idade igual ou superior a 65 anos	Homens: 154 por 100 000 Mulheres: 481 por 100 000	[33]
Taxa de incidência de internamentos por fractura osteoporótica do fémur proximal	2004-2006	População residente na área de influência do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	2004: 80 por 100 000 2005: 100 por 100 000 2006: 80 por 100 000	[31]
Taxa de incidência de internamentos por fractura do colo do fémur (CID-9: 820)	2000-2002	População residente em Portugal Continental com idade igual ou superior a 50 anos	Homens: 129,4 por 100 000 Mulheres: 351,9 por 100 000	[30]

d) Incidência de doenças reumáticas periarticulares

Não foram identificadas publicações nas quais fosse estimada a incidência de doenças reumáticas periarticulares na população.

Durante o ano de 2009, a Rede Médicos-Sentinela recolheu sistematicamente informação relativa aos episódios incidentes de ombro doloroso. Mesmo tendo em consideração que o estudo foca um sintoma não específico das doenças periarticulares e que diz respeito apenas a uma localização anatómica, esta informação poderá ter grande utilidade na estimação da incidência de patologia reumática periarticular.

e) Incidência de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho por áreas de actividade profissional

Não foram identificadas publicações de base populacional estimando a incidência de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho. Durante o ano de 2008, foi realizado um estudo da frequência das lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em 515 empresas com mais de 250

trabalhadores em Portugal. O eventual seguimento destes trabalhadores poderá fornecer informação valiosa na quantificação da incidência de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em diversas áreas de actividade profissional.

4.4.2. Indicadores de prevalência

a) Prevalência de osteoartrose

Medida	Data de recolha da informação	População	Estimativa	Fonte
Prevalência de alterações radiográficas sugestivas de osteoartrose	2005-2008	População adulta residente na cidade do Porto	Gonartrose Homens: 56,9% Mulheres: 57,7% Coxartrose Homens: 31,2% Mulheres: 24,5%	ONDOR
Prevalência de osteoartrose clínica com confirmação radiológica	2005-2008	População adulta residente na cidade do Porto	Gonartrose Homens: 6,0% Mulheres: 15,8% Coxartrose Homens: 0,4% Mulheres: 2,2%	ONDOR
Prevalência de osteoartrose autodeclarada	2005-2008	População adulta residente na cidade do Porto	Gonartrose Homens: 8,1% Mulheres: 19,4% Coxartrose Homens: 2,8% Mulheres: 10,0%	ONDOR

b) Prevalência de raquialgia

Medida	Data de recolha da informação	População	Estimativa	Referência
Prevalência de lombalgia nos 6 meses anteriores	2004	Utentes adultos do Centro de Saúde da Senhora da Hora	Homens: 44,2% Mulheres: 54,2%	[27]
Prevalência de raquialgia nos seis meses anteriores e ao longo da vida	2003-2004	Alunos do 5º ano de escolaridade de escolas da Região Centro de Portugal	Seis meses anteriores: 15,8% Ao longo da vida: 69,8%	[71]
Prevalência de lombalgia no ano anterior	2002-2003	Adolescentes frequentadores de estabelecimentos de ensino oficial e particular, associações, clubes ou sociedades juvenis da região da Grande Lisboa	Rapazes: 36,9% Raparigas: 41,9%	[70]

Prevalência de lombalgia nos sete dias anteriores	2002	População adulta residente em Portugal Continental	Homens: 36,5% Mulheres: 59,4%	[19]
Prevalência de lombalgia crónica (com duração superior a 3 meses) ao longo da vida	1999-2003	População adulta residente na cidade do Porto	Homens: 6,4% Mulheres: 15,6%	[22]
Prevalência de raquialgia nos três meses anteriores	1999-2000	Alunos de escolas públicas da área metropolitana de Lisboa	Rapazes: 4,3% Raparigas: 11,0%	[25]
Prevalência de lombalgia nos seis meses anteriores	1998	Alunos dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade em escolas portuguesas	Rapazes: 38,0% Raparigas: 44,0%	[69]

c) Prevalência de doenças reumáticas periarticulares

Não foram identificadas publicações nas quais fosse estimada a prevalência de doenças reumáticas periarticulares na população em geral.

d) Prevalência de artropatia úrica

Não foram identificadas publicações nas quais fosse estimada a prevalência de artropatia úrica na população em geral.

e) Prevalência de nefropatia úrica

Não foram identificadas publicações nas quais fosse estimada a prevalência de nefropatia úrica na população em geral.

f) Prevalência de cegueira associada às artrites idiopáticas juvenis

Não foram identificadas publicações nas quais fosse estimada a prevalência de cegueira associada às artrites idiopáticas juvenis na população em geral.