



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**ANA CRISTINA ISIDORO LOGRADO CARDOSO**

***DOENÇA CRÓNICA: IATROGENIA, LIMITAÇÕES E QUALIDADE DE VIDA***

***ARTIGO DE REVISÃO***

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

***TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:***

**DOUTORANDO HERNANI POMBAS CANIÇO**

**PROFESSOR DOUTOR JOSÉ MANUEL MONTEIRO DE CARVALHO E SILVA**

**ABRIL DE 2013**

# ***DOENÇA CRÓNICA: IATROGENIA, LIMITAÇÕES E QUALIDADE DE VIDA***

**Ana Cristina Isidoro Logrado Cardoso<sup>1</sup>**

**Doutorando Hernâni Pombas Caniço<sup>2</sup>**

**Professor Doutor José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

anacristina.logrado@gmail.com

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal – ACES Baixo Mondego I, ARS Centro

hernanicanico@gmail.com

<sup>3</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

jcsilva@fmed.uc.pt

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b> .....	<b>2</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	<b>5</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>PALAVRAS-CHAVE</b> .....	<b>9</b>
<b>KEY WORDS</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>12</b>
<b>1. DOENÇA IATROGÉNICA</b> .....	<b>13</b>
1.1. O PROBLEMA DA IATROGENIA .....	15
1.2. FATORES DE RISCO.....	16
1.3. REAÇÕES IATROGÉNICAS MAIS COMUNS – CONSEQUÊNCIAS E FÁRMACOS ENVOLVIDOS .....	22
1.4. PREVENÇÃO.....	29
<b>2. LIMITAÇÕES E CONDICIONANTES</b> .....	<b>39</b>
2.1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE.....	39
2.1.1. <i>Relação médico-doente</i> .....	43
2.1.2. <i>Adesão ao tratamento</i> .....	44
2.1.3. <i>Custos e utilização dos serviços médicos</i> .....	45
2.1.4. <i>Perceção da sintomatologia médica</i> .....	46
2.1.5. <i>Risco</i> .....	48
2.1.6. <i>Limitações funcionais</i> .....	49
2.2. MOBILIDADE E ATIVIDADE FÍSICA .....	51
2.3. DOR CRÓNICA .....	64
2.4. AUTO-ESTIMA E AUTO-IMAGEM .....	78
2.4.1. <i>Auto-conceito, auto-estima e identidade social</i> .....	78
2.4.2. <i>Auto-imagem</i> .....	79
2.4.3. <i>Estigma</i> .....	81
2.5. AUTONOMIA – RELAÇÃO COM O CUIDADOR E MEIO SOCIAL .....	83
2.5.1. <i>Autonomia Decisional VS Autonomia Executiva</i> .....	85
2.5.2. <i>Dependência e Independência</i> .....	88
2.5.2.1 Modelo Conceptual de dependência e independência.....	89
A) Níveis de dependência .....	90
B) Áreas de Incapacidade Funcional/Física.....	93
C) Perceções Subjetivas .....	97
D) Determinantes de dependência .....	98
D1) Natureza da Relação com os Cuidadores .....	101
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>109</b>

## ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

---

TABELA 1 – PRINCIPAIS FÁRMACOS UTILIZADOS E RESPETIVOS EFEITOS ADVERSOS MAIS FREQUENTEMENTE REGISTRADOS	23
TABELA 2 – EXEMPLOS DE EFEITOS ADVERSOS SIGNIFICATIVOS, SÉRIOS E DE AMEAÇA À VIDA	24
GRÁFICO 1 – FREQUÊNCIA DOS DIFERENTES TIPOS DE EAM DE ACORDO COM O ESTUDO DE GURWITZ JH <i>ET AL</i>	26
TABELA 3 – PRINCIPAIS ERROS IDENTIFICADOS NAS FASES DE PRESCRIÇÃO E MONITORIZAÇÃO	28
TABELA 4 – PROBLEMAS E LIMITAÇÕES DOS CRITÉRIOS DE BEER E DA IPET	31
TABELA 5 – QUADRO CONCEPTUAL PARA MINIMIZAÇÃO DA PI NOS IDOSOS	37
TABELA 6 – MÉTODOS PARA MAXIMIZAR A ADERÊNCIA DO DOENTE AO TRATAMENTO	38
TABELA 7 – CARACTERÍSTICAS PREDITIVAS DE ALTO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE RAM	38
FIGURA. 1 – RELAÇÃO BIDIRECIONAL ENTRE DEPRESSÃO E PATOLOGIA MÉDICA CRÓNICA	41
TABELA 8 - EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE ASSOCIADA ÀS PRINCIPAIS PATOLOGIAS CRÓNICAS	42
TABELA 9 - RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO/ANSIEDADE E O AUMENTO DE SINTOMATOLOGIA CLÍNICA EM DOENTES COM COMORBILIDADES MÉDICA CRÓNICAS	47
TABELA 10 - FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO, DE ALGUMAS DAS PATOLOGIAS CRÓNICAS MAIS FREQUENTES	49
TABELA 11 – DOENÇAS CRÓNICAS E PARÂMETROS DE GRAVIDADE CLÍNICA AVALIADOS	54
GRÁFICO 2 – PATOLOGIAS CRÓNICAS MAIS FREQUENTEMENTE ASSOCIADAS A LIMITAÇÕES DA MOBILIDADE	55
TABELA 12 – PARÂMETROS DE GRAVIDADE CLÍNICA QUE JUSTIFICAM LIMITAÇÕES DA MOBILIDADE PARA CADA TIPO DE DOENÇA CRÓNICA	56
TABELA 13– DOENÇAS CRÓNICAS INCLUÍDAS NO ESTUDO DE RICHARD SAWATZKY <i>ET AL</i>	61
GRÁFICO 3 – PRINCIPAIS LIMITAÇÕES ENCONTRADAS DE ACORDO COM O SCORE HUI3	62
TABELA 14 – PATOLOGIAS EM QUE SE VERIFICA IMPACTO SIGNIFICATIVO DA FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA NO APARECIMENTO DE LIMITAÇÕES NA ÁREA DA MOBILIDADE, DOR E BEM-ESTAR EMOCIONAL	63
GRÁFICO 4 – DURAÇÃO DA DOR CRÓNICA DE INTENSIDADE $\geq 5$ NUMA ESCALA DE INTENSIDADE DE 1-10	66
GRÁFICO 5A – % INQUIRIDOS QUE CLASSIFICARAM A DOR ENTRE 5-10 NUMA ESCALA DE 10 PONTOS	66
GRÁFICO 5B – NÍVEL DE TOLERÂNCIA PARA A MAIOR DOR	67
GRÁFICO 6 – IMPACTO DA DOR CRÓNICA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS	69
GRÁFICO 7 – MUDANÇAS NA SITUAÇÃO PROFISSIONAL CAUSADAS PELA DOR CRÓNICA	71

## Doença Crónica: Iatrogenia, Limitações e Qualidade de Vida

GRÁFICO 8 – NÚMERO DE ESPECIALISTAS A QUE OS INQUIRIDOS RECORRERAM	71
TABELA 15 – CAUSAS COMUNS DE DOR CRÓNICA	72
TABELA 16 – TIPOS DE DOR CRÓNICA	73
GRÁFICO 9 – FÁRMACOS PRESCRITOS PARA O TRATAMENTO DE DOR CRÓNICA	75
TABELA 17 - CONCLUSÕES ACERCA DAS ATITUDES, CRENÇAS E SENTIMENTOS DOS INDIVÍDUOS, RELATIVAMENTE À SUA DOR, TRATAMENTO, RELAÇÃO COM OS OUTROS E IMPACTO NA VIDA DIÁRIA	76
TABELA 18- FATORES QUE INFLUENCIAM O CONCEITO DE AUTO-IMAGEM	79
TABELA 19- FATORES QUE INFLUENCIAM O GRAU DE ALTERAÇÃO DA AUTO-IMAGEM	80
TABELA 20- EFEITOS PSICOLÓGICOS NEGATIVOS QUE ADVÊM DAS MUDANÇAS NA AUTO-IMAGEM E DO ESTIGMA SOCIAL INERENTE	83
TABELA 21- CONSEQUÊNCIAS DA PERDA DE INDEPENDÊNCIA FÍSICA	84
TABELA 22- DIMENSÕES DA AUTONOMIA DECISIONAL E EXECUTIVA DE ACORDO COM A TEORIA DE AÇÃO AUTÓNOMA DE FADEN E BEAUCHAMP (1986)	88
FIGURA. 2 - MODELO CONCEPTUAL DE DEPENDÊNCIA E INDEPENDÊNCIA DE MONIQUE GIGNAC E CHERYL COTT	90
TABELA 23- ESTRATÉGIAS QUE O DOENTE ADOTA NO SENTIDO DE ULTRAPASSAR O OBSTÁCULO DA AUSÊNCIA DE ASSISTÊNCIA, TENTANDO MANTER ALGUM GRAU DE INDEPENDÊNCIA	92
TABELA 24- TAREFAS INCLUÍDAS EM CADA UMA DAS ÁREAS DE INCAPACIDADE FUNCIONAL/FÍSICA	93
TABELA 25 - SOLUÇÕES NECESSÁRIAS PARA DIMINUIR AS LIMITAÇÕES E DIFICULDADES NA ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL	97
TABELA 26 – BARREIRAS FÍSICAS QUE PODEM ACARRETAR A NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA AO DOENTE	99
TABELA 27 – FERRAMENTAS E SOLUÇÕES IMPORTANTES NOS VÁRIOS DOMÍNIOS E ÁREAS DE POSSÍVEL DIFICULDADE	104

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

AINEs – Anti-inflamatórios Não Esteróides

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Eventos Adversos Medicamentosos

EUA – Estados Unidos da América

HTA – Hipertensão Arterial

HUI3 – Health Utility Index Mark 3

IECAs – Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

IMC – Índice de Massa Corporal

IOM – Institute of Medicine

IPET – Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool

IPSET – International Patient Safety Event Taxonomy

ISRSs – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

JCAHO – Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI – Prescrição Inapropriada

PSET - Patient Safety Event Taxonomy

RAM – Reações Adversas Medicamentosas

START – Screening Tool to Alert doctor's to Right Treatment

STOPP - Screening Tool of Older Person's Potentially inappropriate Prescriptions

## RESUMO

---

A doença crónica, principalmente no idoso, faz parte das grandes problemáticas das sociedades e sistemas de saúde atuais. Estudos e investigações adicionais são necessários no sentido de construir possibilidades de abordagens cada vez mais eficazes e adequadas a este tipo de doentes. O trabalho realizado teve por objetivo sumariar e destacar as principais problemáticas que envolvem a esfera do doente crónico, com enfoque no idoso. Os temas abordados foram: doença iatrogénica, limitações, relação com o(s) cuidador(es) e com o meio social, tendo sido destacados os problemas com maior impacto na qualidade de vida do doente crónico, bem como os principais pontos de intervenção e que necessitam de novas estratégias preventivas. Analisaram-se limitações como depressão e ansiedade, alterações da mobilidade e incapacidade física, dor crónica, alteração da auto-estima e auto-imagem e mudanças na autonomia. Conclui-se que a doença iatrogénica consiste numa problemática, estatisticamente comprovada, principalmente em indivíduos idosos, com múltiplas comorbilidades e polimedicados. Foram, também, identificadas várias medidas preventivas, passíveis de serem aplicadas, que podem diminuir o impacto deste problema. Todas as limitações abordadas revelaram relação sólida e significativa com várias doenças crónicas, pelo que maior atenção deve ser conferida, a cada um destes pontos, para prevenir ou retardar o surgimento de tais condicionantes. Por último, constatou-se que a relação que o doente crónico estabelece com o(s) seu(s) cuidador(es) e com o meio social envolvente é crucial tanto para a aceitação da doença e da disfunção que esta acarreta, como para a manutenção de vários parâmetros de qualidade de vida.



## ABSTRACT

---

Chronic illness, especially in the elderly, it is part of the greatest problems of societies and health systems of today. Studies and further investigations are needed in order to build approaches increasingly effective and appropriate for these types of patients. This essay is aimed to summarize and highlight the main issues that involve the chronically ill, focusing on the elderly. The topics covered were: iatrogenic disease, limitations, relationship with the career(s) and with the social environment and the highlighted problems of the quality of life for chronic patient, as well as key intervention points that require new preventive strategies. Limitations like depression and anxiety, changes in mobility or physical disability, chronic pain, change in self-esteem and self-image and autonomy changes were also be analyzed. It was concluded that iatrogenic disease, especially in the elderly, is a problem, statistically proven, with multiple co morbidities and polymedicated. Several preventative measures were also identified and can be applied in order to reduce the impact of these problems. All limitations discussed revealed significant and solid connections with several chronic illnesses, so we should pay more attention to each of these points, to prevent or delay the onset of such conditions. Finally, it was found that the relationship between the patient, the chronic (s) career (s) and the surrounding social environment is crucial for the acceptance of the disease and this dysfunction and to maintaining various parameters of quality of life.

## **PALAVRAS-CHAVE**

---

Doente Crónico; Idoso; Iatrogenia; Depressão; Mobilidade; Dor; Auto-estima; Autonomia; Qualidade de Vida.

## **KEY WORDS**

---

Chronic Patient; Elderly; Iatrogeny; Depression; Mobility; Pain; Self-esteem; Autonomy; Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

---

As doenças crónicas são, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), “doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”.<sup>1</sup> Esta mesma entidade identifica as doenças crónicas - doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes - como a principal causa de mortalidade no mundo, assim como de incapacidade, até 2020, alertando para o facto de estas se tornarem, caso não sejam devidamente geridas, no mais dispendioso problema para os sistemas de saúde. A OMS estima que das 58 milhões de mortes ocorridas em 2005, cerca de 35 milhões são devidas a doenças crónicas como doenças cardiovasculares, cancro, patologia respiratória crónica e diabetes.<sup>2</sup> A OMS alerta ainda que a doença crónica constitui uma causa subvalorizada de pobreza, atrasando o desenvolvimento económico de muitos países.<sup>3</sup> Além disso, caso não se encontrem soluções adequadas para diminuir a prevalência deste tipo de patologias e aumentar a eficácia do tratamento, estima-se que entre 2005 e 2015 o número de mortes por patologia crónica aumente cerca de 17%.<sup>2</sup>

A emergência deste tipo de patologias tem por base, principalmente nos países desenvolvidos, o aumento da esperança média de vida e a introdução de novos hábitos, designadamente no que concerne a dietas alimentares desequilibradas, *stress*, inatividade física, comportamentos aditivos como o tabagismo, entre outros, assim como condições ambientais adversas (ex: poluição) e situações de vida precárias.

O indivíduo com doença crónica depara-se com problemas multidimensionais, sejam eles de ordem física, familiar, económica, laboral, emocional ou social, que se poderão traduzir no seu isolamento, fragilização e perturbação da sua qualidade de vida.

A relevância e importância do tema justificam a realização deste trabalho, que visa fazer uma análise acerca das particularidades comuns ao doente crónico, principalmente do doente idoso. Desta forma, como objetivos, destacam-se a análise dos principais efeitos secundários decorrentes da terapêutica farmacológica, abordando o impacto da doença iatrogénica; assim como o estudo de limitações ou condicionantes físicas e psicológicas inerentes ou coexistentes com a patologia, de que são exemplos a depressão e ansiedade, alterações da mobilidade, dor crónica, auto-estima e limitações da autonomia. Além disso, esta revisão bibliográfica pretende, também, avaliar a relação entre o doente crónico e o(s) seu(s) cuidador(es), assim como com o meio social envolvente, definindo limitações e benefícios para o próprio doente, no que respeita à autonomia e qualidade de vida.

Em suma, esta reflexão pretende fazer uma revisão dos conhecimentos atuais relativos às principais limitações, características e problemáticas que envolvem o doente crónico, relacionando-as entre si e determinando o impacto na qualidade de vida do doente e de quem o rodeia.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

---

Para a realização deste trabalho, efetuou-se uma pesquisa de artigos publicados em revistas indexadas das áreas de Medicina Geral e Familiar, Sociologia e Geriatria, a nível da PubMed e da Web of Knowledge. Os artigos selecionados têm datas de publicação entre 1986 e 2012. Os termos de pesquisa utilizados foram “Doente Crónico”/“Doente Crónico Idoso” e os termos relacionados “Iatrogenia”, “depressão e ansiedade”, “Mobilidade e Atividade Física”, “Dor Crónica”, “Auto-estima e Auto-imagem”, “Autonomia”, “Aspetos psicossociais” e “Relação com Cuidador”. Não se restringiram as referências bibliográficas por idioma de publicação. Foi utilizado o sistema de citação de *Vancouver*.

## 1. DOENÇA IATROGÉNICA

---

Iatrogenia ou doença iatrogénica são termos que têm vindo a sofrer constante evolução ao longo do tempo. De facto, a doença iatrogénica começou por ser definida como qualquer doença ou alteração inevitável causada por intervenção médica, mesmo que a sua atuação tenha sido apropriada e adequada. Posteriormente o conceito foi alargado, considerando todas as alterações resultantes dos cuidados médicos ou de enfermagem prestados, quer estes tenham sido apropriados ou não.<sup>4,5</sup> Mais recentemente definiu-se iatrogenia como qualquer alteração patológica causada ao doente por qualquer profissional de saúde ou prestador de cuidados que, direta ou indiretamente, exerça dano sobre a saúde do indivíduo doente.<sup>5,6</sup> Contudo, outros autores como Batavia *et al*<sup>7</sup> propõem, ainda, que o conceito inclua qualquer problema de saúde causado por qualquer indivíduo que faça parte do processo de cuidado e tratamento do doente, incluindo os próprios doentes e os seus familiares. De facto, o doente ou o seu cuidador devem ser considerados como indivíduos conscientes, capazes e responsáveis, que podem contribuir de forma positiva ou negativa no processo de cuidados de saúde.<sup>8,9</sup>

Neste contexto, a doença iatrogénica pode ser classificada de acordo com 3 categorias.<sup>7</sup> Na categoria 1 encontram-se as alterações patológicas que decorrem da atuação, na maior parte das vezes negligente, de médicos, enfermeiros ou outros profissionais que façam parte do sistema de cuidados de saúde que presta assistência ao doente. As complicações que resultam de erros cometidos pelo próprio doente ou por qualquer um dos seus cuidadores que não pertença ao sistema de cuidados de saúde (familiares, amigos ou outros) fazem parte da categoria 2 da doença iatrogénica. Embora muito seja conhecido acerca das reações da categoria 1, poucos estudos foram feitos no sentido de investigar a doença iatrogénica que ocorre em ambulatório, tanto

induzida pelos cuidadores como a provocada pelo próprio doente. Este último tipo de reações coloca o doente, em si, como uma possível e importante fonte de iatrogenia, no sentido em que este desempenha, cada vez mais, um papel central e ativo no seu próprio processo de tratamento. A não aderência ao tratamento (falta de *compliance*), por parte do doente, apesar de não fazer parte da definição mais tradicional de iatrogenia, deve ser fortemente incluída nesta esfera problemática.<sup>7</sup> Contudo é importante ter em conta que esta falta de *compliance* pode, e muitas vezes tem por base, uma relação médico-doente disfuncional que impede a correta expressão e respetivo entendimento das principais diretrizes e indicações que constituem a plataforma do sucesso da terapêutica que o clínico pretende implementar. Por último, constituem a categoria 3, as complicações médicas que se desenvolvem em consequência de situações em que nenhum indivíduo contribui diretamente para o erro que, no entanto, não deixa de afetar negativamente o doente. Este tipo de reações inclui as situações como incidentes ou acontecimentos inesperados que o clínico mais competente, diligente e cauteloso não consegue evitar.

Outro conceito importante é o de cascata iatrogénica, que não é mais do que uma série de eventos ou efeitos adversos decorrentes da atuação médica ou de enfermagem com o objetivo inicial de resolver e tratar um sintoma ou condição primária.<sup>10</sup> Facilmente se percebe que este seja um fenómeno que ocorre, mais frequentemente, em idosos com história pregressa de diversos tipos de patologias que resulta inevitavelmente no maior comprometimento funcional. Um exemplo claro desta cascata iatrogénica é a utilização de Haldol para o tratamento de um quadro de delirium causado por desidratação, que por sua vez pode ter tido origem na ingestão reduzida de líquidos ou utilização excessiva de laxantes ou diuréticos, e assim sucessivamente.<sup>11</sup>

Ethel Mitty *et al*<sup>10</sup> consideram que a forma mais comum de doença iatrogénica são os eventos ou reações adversas medicamentosas (EAM e RAM, respetivamente), sendo importante fazer a sua

distinção. Por definição uma RAM difere de EAM uma vez que a primeira consiste num efeito indesejável decorrente do uso de um determinado fármaco, enquanto que a segunda pode ser definida como um efeito que ocorre durante a terapêutica com uma substância farmacológica, mas cujo dano resultante não decorre necessária ou diretamente do uso desse mesmo fármaco.

### **1.1. O PROBLEMA DA IATROGENIA**

A evolução das ciências médicas tornou possível que muitas das doenças, outrora consideradas incuráveis, tenham hoje tratamento, seja ele curativo ou simplesmente sintomático, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida. Contudo, estes benefícios terapêuticos acarretam, inevitavelmente, alguns riscos, nomeadamente no que diz respeito a reações iatrogénicas que se manifestam principalmente por EAM. Vários estudos documentam este tipo de eventos sobretudo em doentes hospitalizados. Neste contexto estima-se que, por ano, ocorram cerca de 850 mil EAM nos Hospitais do Reino Unido.<sup>12</sup> Já Schneeweiss S. *et al* afirmam que 2,4 a 6,2% das hospitalizações são devidas a reações ou eventos relacionados com a toma de medicamentos<sup>13</sup>, sendo que muitos destes eventos ou reações podem ser preveníveis (cerca de 28%).<sup>14</sup> Um outro estudo realizado na Holanda em 2006<sup>15</sup> estima que, por ano, cerca de 41 mil admissões hospitalares têm como causa EAM, sendo que quase metade são potencialmente preveníveis, constatando-se que o risco duplica se considerarmos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos. Uma recente meta-análise mostrou, ainda, que a incidência de doença iatrogénica entre os doentes hospitalizados poder-se-á situar entre 3,4 e 33,9%. Nesse mesmo trabalho demonstrou-se que a maior parte dos eventos iatrogénicos foram observados em doentes com patologia cardíaca, hipertensão, problemas gastrointestinais e tratamento com anticoagulantes ou com anti-inflamatórios não esteroides.



Apesar de muito ser conhecido acerca da ocorrência destes eventos a nível hospitalar, muito menos estudos documentam a situação a nível dos cuidados primários de saúde ou em ambulatório.<sup>16,17</sup> Um trabalho retrospectivo de 2000 demonstrou que em cerca de 17% dos doentes seguidos em ambulatório foram registados eventos adversos relacionados com a terapêutica instituída.<sup>18</sup> Jerry H. Gurwitz *et al* (2003) analisaram a incidência de EAM numa população com mais de 65 anos de idade tratada em ambulatório, tendo determinado uma taxa anual de cerca de 5% deste tipo de eventos.<sup>19</sup> Considerando a população com mais de 65 anos de idade a fazer tratamento em ambulatório, estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) concluíram que, por ano, ocorrem cerca de 180 mil RAM fatais ou que originam risco de vida, sendo que pelo menos metade podem ser prevenidas ou evitáveis.<sup>20</sup> Apesar da existência de alguns trabalhos retrospectivos, poucos estudos prospetivos foram realizados no sentido de determinar a incidência de doença iatrogénica nos doentes seguidos em ambulatório. Contudo depreende-se o forte impacto, quer económico, quer social, que a patologia iatrogénica tem atualmente, principalmente se considerarmos 2 fenómenos demográficos muito importantes: o aumento muito significativo da população idosa em paralelo com o aumento da prevalência de doença crónica e consequentemente de doença iatrogénica com a idade.<sup>21</sup>

## **1.2. FATORES DE RISCO**

Vários estudos comprovam que os idosos (indivíduos com mais de 65 anos de idade) constituem o grupo etário com maior risco de desenvolvimento de doença iatrogénica, principalmente sob a forma de EAM. Em 2005, Francis DC concluiu que EAM e RAM constituem cerca de 15% das hospitalizações em doentes idosos, contrastando com os 6% para doentes mais novos.<sup>22</sup> Neste sentido, o aumento da população idosa, principalmente nos países desenvolvidos, torna esta

realidade um dos maiores e principais problemas dos atuais sistemas de saúde. De facto, a ocorrência deste tipo de EAM acarreta consequências tanto no doente (perda de confiança, morbi e mortalidade), como nos profissionais de saúde (stress, por exemplo), revelando-se um dos principais fardos financeiros das sociedades atuais.<sup>17</sup>

Os idosos constituem um grupo específico e singular de doentes que reúnem entre si condições e circunstâncias que os tornam predispostos a este tipo de eventos. Destacam-se a diminuição das reservas fisiológicas e alteração dos mecanismos de compensação e funcionamento orgânico (diminuição da função renal e hepática, por exemplo), a maior incidência de múltiplas comorbilidades e/ou patologias crónicas (*polipatologia*), assim como a sua apresentação atípica, que levam, inevitavelmente, à toma de um amplo conjunto de fármacos (*polimedicação*). Esta *polimedicação* acarreta riscos não só devido à interação entre os diferentes fármacos (alteração da farmacocinética e farmacodinâmica), mas também, à interação entre esses mesmos fármacos e a *polipatologia* que o doente detém,<sup>23</sup> principalmente em doentes com malnutrição ou insuficiência renal.<sup>24</sup> Nos EUA, em 2006, 60% dos doentes idosos tomavam 5 ou mais fármacos, sendo que, aproximadamente, 20% tomava 10 ou mais drogas medicamentosas.<sup>25</sup> Hanlon JT *et al* determinaram, ainda, que aproximadamente 1/3 dos idosos tratados em ambulatório e a tomar, pelo menos, 5 fármacos diferentes terão uma RAM no período de 1 ano.<sup>26</sup> Além disso, um outro estudo revelou que mais de 20% dos idosos em tratamento ambulatório faz, pelo menos, uma medicação inapropriada,<sup>27</sup> sendo que doentes que façam mais de 5 drogas medicamentosas diferentes aumentam o risco, em cerca de 3 vezes, de fazerem uma medicação inapropriada para a sua situação, relativamente aos doentes que façam menos de 5 fármacos diferentes.<sup>28</sup>

Além das características já mencionadas que contribuem para o aumento da incidência de doença iatrogénica no idoso, a *compliance* apresenta-se, também, relativamente comprometida neste

grupo etário devido, entre outros, à coexistência de fragilidade, diminuição da autonomia e problemas de memória.<sup>23</sup>

Sem dúvida que pelas razões já apresentadas, os idosos são o grupo de doentes com maior predisposição para a doença iatrogénica. Contudo é importante salientar que a veracidade desta afirmação reside, essencialmente, na maior prevalência de comorbilidades e condições ou patologias crónicas, precisamente neste grupo etário. A presença de *pluripatologias* acarreta um risco aumentado do tratamento de determinada morbidade poder exacerbar ou descompensar as demais condições coexistentes. Adicionalmente, a existência destas condições crónicas pode tornar difícil a distinção inequívoca de um sintoma ou sinal fruto de doença iatrogénica dos restantes problemas que afetam o indivíduo doente. A existência de patologia crónica coloca, ainda, a problemática da acessibilidade aos cuidados de saúde essenciais e adequados de acordo com a situação específica de cada doente. Batavia *et al*<sup>7</sup> sugerem que indivíduos com condições crónicas estão em desvantagem relativamente aos indivíduos ditos saudáveis, já que recebem poucos dos serviços de que realmente precisam e muitos dos serviços que podem acarretar danos ou riscos significativos. Os indivíduos com condições crónicas podem estar limitados no acesso a cuidados de saúde primários, mas também secundários e terciários que sejam específicos para a sua situação e essenciais para o seu tratamento e manutenção da qualidade de vida.<sup>29</sup> Na realidade, raros são os sistemas de saúde que oferecem a assistência de que os doentes crónicos realmente precisam, tanto por dificuldade de acesso a cuidados secundários, como por falta de treino ou formação dos profissionais no âmbito do doente com *pluripatologia* e *polimedicação* crónica.<sup>30</sup> Por outro lado, os doentes que acedem a determinado tipo de cuidados de saúde podem estar particularmente sujeitos a um maior risco de doença iatrogénica, isto é, indivíduos com patologia crónica experienciam níveis mais elevados de doença iatrogénica da categoria 1, já que

indivíduos com comorbilidades severas têm um risco 7 vezes superior de desenvolver EAM em comparação com os demais indivíduos doentes.<sup>31</sup> É importante, ainda, salientar que a coexistência de determinadas patologias crónicas, como estados de demência, podem acarretar uma diminuição da capacidade intelectual, cognitiva e de memória que poderão afetar a compreensão dos esquemas e regimes terapêuticos.<sup>32</sup> Se o clínico não estiver preparado para lidar com este tipo de situações, não conseguindo assegurar a *compliance* por parte do doente, muitos destes indivíduos poderão experienciar doença iatrogénica da categoria 2. No que concerne à terceira categoria de doença iatrogénica, facilmente se depreende que este tipo de doentes incorre num risco acrescido de complicações iatrogénicas devido ao maior uso dos mais diversos serviços e de saúde, assim como ao maior recurso a técnicas e instrumentalizações (tubos de gastrostomia ou cateteres urinários) que aumentam, inevitavelmente o risco de infeção, por exemplo.<sup>7</sup>

Tal como referido anteriormente, o doente idoso com patologia crónica tem, também, outras características que tornam maior a probabilidade de ocorrência de doença iatrogénica relativamente à restante população, tais como fragilidade, apresentação atípica de doenças e síndrome geriátrica.

A fragilidade resulta da combinação de mudanças e alterações relacionadas diretamente com a idade com outros problemas ou patologias médicas que afetem o doente idoso. A existência de fragilidade afirma-se pela presença de 3 ou mais das seguintes características: exaustão, perda de peso superior a 10 Kg no período de um ano, fraqueza muscular, dificuldades na mobilidade e baixo nível de atividade física.<sup>33</sup> Pela sua definição facilmente se depreende que a fragilidade é um ótimo indicador do declínio do estado de saúde do indivíduo que poderá incluir maior frequência de quedas, diminuição da mobilidade e da reserva funcional, cansaço fácil e maior

suscetibilidade para outro tipo de patologias, nomeadamente infecciosas.<sup>10</sup> Muitas das patologias crónicas que afetam o indivíduo idoso podem conduzir a este síndrome de fragilidade, tais como patologia oncológica; perturbações do humor, como depressão; síndromes demenciais, como doença de Alzheimer; aterosclerose, entre outros.<sup>33</sup> Assim a existência de fragilidade no contexto de indivíduos já por si vulneráveis, aumenta o desafio do clínico no sentido de desenvolver estratégias para diminuir a probabilidade de ocorrência de EAM ou outro tipo de doença iatrogénica.

Outra característica que é importante ter em conta, no contexto destes doentes, é a apresentação atípica de certas patologias ou doenças. Na verdade, muitas condições como infeções, incontinência urinária, enfarte agudo do miocárdio ou insuficiência cardíaca congestiva podem apresentar-se de forma pouco clara, sob a forma de sintomas mais vagos e inespecíficos, tais como delirium, anorexia, ausência de elevação da temperatura, mesmo no contexto de uma leucocitose, ausência de dor em condições que tipicamente a originam (úlceras gástricas, por exemplo), diminuição da mobilidade, astenia ou fadiga generalizada, alterações do estado cognitivo, quedas e incontinência urinária.<sup>10</sup> Neste âmbito o clínico deve pesquisar meticulosamente a presença de qualquer um destes sinais ou sintomas inespecíficos, que podem perfeitamente ser o reflexo de alterações provocadas quer por RAM/EAM quer por outra qualquer forma de doença iatrogénica que necessita de ser identificada e urgentemente prevenida.

Por último, resta falar de um outro conjunto de condições que pode estar patente neste grupo de doentes e que pode tanto ser fruto da própria doença iatrogénica, como pode dificultar a sua identificação por parte do clínico: a síndrome geriátrica. O termo refere-se a um conjunto de sinais e sintomas mais comuns em indivíduos idosos, nomeadamente alterações do sono, problemas nutricionais, incontinência, confusão, evidência de quedas, lesões cutâneas de pressão

e dor.<sup>34</sup> Para este conjunto de sinais e sintomas podem contribuir fatores como múltiplas doenças crónicas, alterações fisiológicas relacionadas com a idade, *polimedicação*, múltiplos prestadores de cuidados e efeitos adversos de técnicas terapêuticas ou de diagnóstico.<sup>10</sup> O desafio do clínico coloca-se, portanto, na capacidade de distinguir a origem etiológica de cada um destes sinais e sintomas que poderão estar presentes, identificando aqueles que advêm inevitavelmente da condição do seu doente e que podem, conseqüentemente, afetar a sua atuação futura, daqueles que decorrem de estratégias terapêuticas pouco adequadas e, que acima de tudo, poderão ser preveníveis.

Apesar da existência de múltiplos fatores de risco, inerentes ao doente, que podem contribuir para o aumento de doença iatrogénica as limitações e erros por parte dos clínicos, cuidadores e sistemas de saúde não podem deixar de ser considerados, já que estes se podem apresentar como importantes fontes de iatrogenia, conduzindo a um impacto negativo na saúde deste tipo de doentes. Assim vários estudos suportam que o stress, a fadiga e uma elevada carga de trabalho por parte dos profissionais de saúde acarretam um aumento significativo da probabilidade de ocorrência de erros.<sup>35</sup> Além disso, um ambiente de trabalho desfavorável, como interrupção constante de consultas ou ausência de condições adequadas para a avaliação do doente podem, também, contribuir para o acréscimo deste tipo de eventos. Da mesma forma, a presença de múltiplos clínicos no tratamento e orientação de um mesmo doente, se não for rigorosamente coordenada, pode originar a prestação de cuidados desnecessários e não complementares, assim como *exagerada polimedicação* que poderia ser perfeitamente evitável. Como resultado, alterações nos regimes terapêuticos podem ser, frequentemente, realizadas sem o consentimento do médico que as instaurou, o que poderá levar ao aumento do risco de complicações iatrogénicas.<sup>24</sup> Um outro aspeto que deve ser tido em conta prende-se com o facto de muitos dos

profissionais de saúde não receberem formação adequada e direcionada no âmbito de técnicas de comunicação, que os tornem aptos a assegurar a *compliance* do doente. Neste sentido, a ausência de programas de treino para determinadas situações, assim como de supervisionamento e monitorização de profissionais mais inexperientes, são fatores organizacionais que podem estar na base de muitos dos erros que poderiam ser preveníveis e evitáveis.<sup>36</sup>

### **1.3. REAÇÕES IATROGÉNICAS MAIS COMUNS – CONSEQUÊNCIAS E FÁRMACOS ENVOLVIDOS**

Vários estudos demonstraram quais as classes farmacológicas mais frequentemente envolvidas nos efeitos iatrogénicos na população idosa. Estas classes farmacológicas refletem, tanto a patologia crónica mais comum nesta faixa etária como as drogas medicamentosas a que mais comumente se recorre para o seu respetivo tratamento. Neste contexto, podemos mencionar então, diuréticos; inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs); beta-bloqueadores; anti-inflamatórios não esteróides (AINEs); varfarina; antidepressivos, nomeadamente os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs); hipoglicemiantes; anti-inflamatórios esteróides e analgésicos opióides.<sup>16,17,19</sup> Na Tabela 1 descrevem-se alguns exemplos de fármacos mais frequentemente prescritos, com os seus principais efeitos adversos registados.

TABELA 1 – PRINCIPAIS FÁRMACOS UTILIZADOS E RESPETIVOS EFEITOS ADVERSOS MAIS FREQUENTEMENTE REGISTRADOS.<sup>19</sup>

Fármacos	Efeitos Adversos
<b>IECAs</b>	Tosse
<b>Antibióticos</b>	Diarreia
<b>Beta-bloqueadores</b>	Bradicardia
<b>Digoxina</b>	Náuseas
<b>Diuréticos</b>	Hiponatremia Hipotensão
<b>Hipoglicemiantes</b>	Hipoglicémia Tremores
<b>AINEs</b>	Hemorragia Sintomas Gastrointestinais Insuficiência Renal
<b>Opióides</b>	Obstipação
<b>Inibidores da bomba de prótons</b>	Diarreia
<b>Antidepressivos</b>	Anorexia Obstipação Xerostomia Hipotensão Insónia Ansiedade
<b>Varfarina</b>	Hemorragia

Abreviaturas: IECAs, inibidores enzima de conversão da angiotensina; AINEs, anti-inflamatórios não esteróides

Tal como já mencionado, os EAM são a forma mais comum de iatrogenia<sup>10</sup> sendo que estes podem resultar de erros decorrentes das várias fases do processo de medicação (prescrição, transmissão, aquisição do fármaco, administração/*compliance* e monitorização)<sup>17</sup> ou, podem antes ser classificados como RAM, sendo que desta forma não existe um verdadeiro erro. Um estudo realizado em 2003 por Gurwitz JH *et al*<sup>19</sup> analisou a incidência e a previsibilidade de EAM numa população geriátrica (mais de 65 anos de idade) seguida em ambulatório durante cerca de 1 ano, sendo a amostra de 30 000 doentes. Tanto neste como em anteriores estudos com o mesmo propósito, os EAM são classificados de acordo com a sua severidade, previsibilidade, efeitos que desencadeiam no doente e altura do processo de medicação em que ocorrem. No que diz respeito à classificação de acordo com a sua severidade, os efeitos podem ser significativos, sérios, de



ameaça à vida ou fatais (Tabela 2). Os EAM podem, ainda, ser classificados de acordo com a sua previsibilidade, isto é, de acordo com a maior ou menor probabilidade de estes serem ou não preveníveis pelos meios à disposição do clínico. Relativamente a este parâmetro, alguns estudos definem, também, EAM não totalmente preveníveis mas que poderiam ser apaziguados quanto à sua duração ou severidade, caso outras atitudes tivessem sido tomadas. Como exemplo deste último tipo de eventos, temos o caso de doentes que mantêm a terapêutica com IECAs apesar da persistência de tosse e da existência de alternativas farmacológicas viáveis (antagonistas dos recetores da angiotensina) ou, ainda, o caso de doentes que mantêm distúrbios do sono sob a toma de antidepressivos, sem reportarem ao clínico a situação que, desta forma, não pode atuar no sentido de a solucionar.<sup>16</sup> Se se considerar os efeitos que os eventos iatrogênicos desencadeiam no doente podem identificar-se as seguintes situações: alteração de parâmetros laboratoriais sem sinais ou sintomas evidentes; sintomas com menos de um dia de duração; sintomas com um dia, ou mais, de duração; défice (físico ou funcional) não permanente; défice permanente e morte. Por último, estes erros podem, igualmente, ser categorizados de acordo com a(s) fase(s) do processo de medicação em que ocorrem.

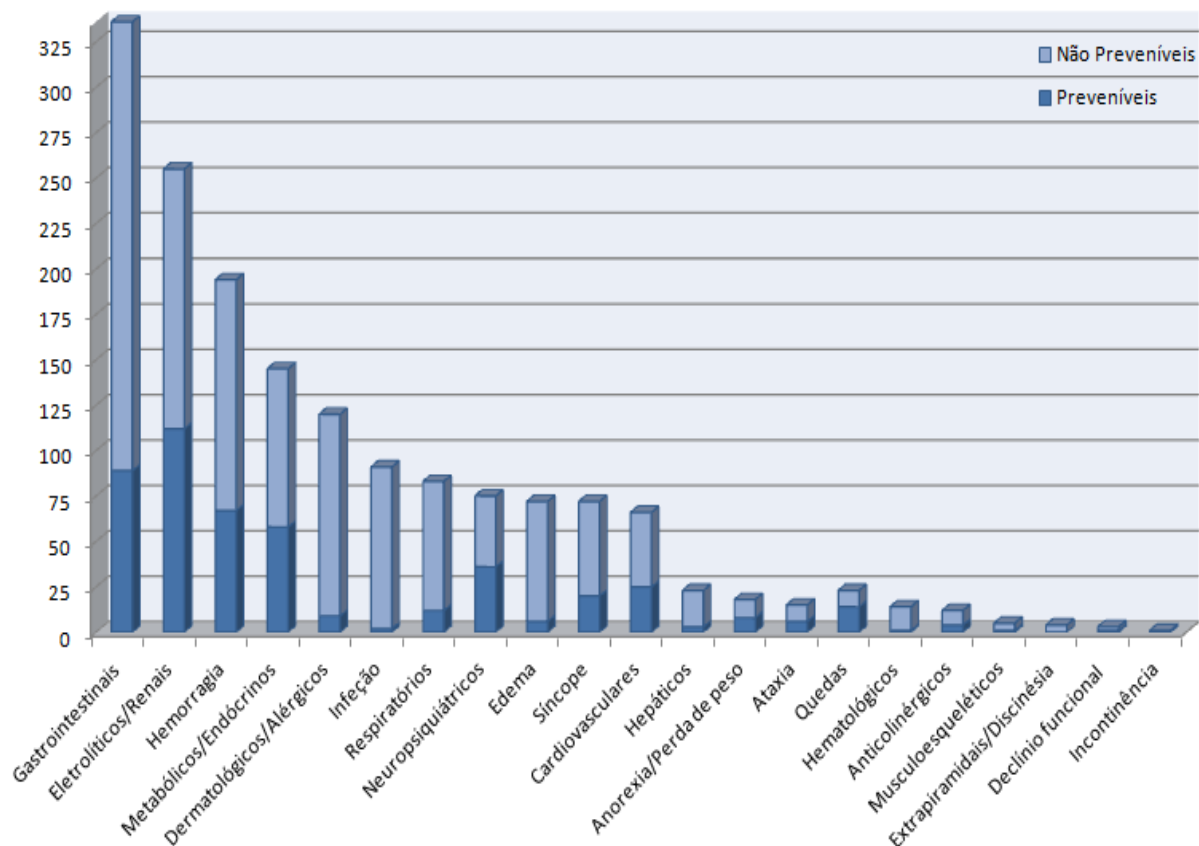
TABELA 2 – EXEMPLOS DE EFEITOS ADVERSOS SIGNIFICATIVOS, SÉRIOS E DE AMEAÇA À VIDA.

<b>Eventos</b>	<b>Efeitos</b>
<b>Significativos</b>	Rash cutâneo mas sem urticária Queda sem fratura associada Hemorragia que não requer transfusão ou hospitalização Sedação
<b>Sérios</b>	Urticária Queda com fratura associada Hemorragia que requer transfusão ou hospitalização, mas sem hipotensão Delirium
<b>Ameaça à vida</b>	Hemorragia com hipotensão associada Encefalopatia hipoglicémica Hiponatremia grave Insuficiência renal aguda que requer hospitalização

Dos vários estudos realizados nesta área os principais resultados e conclusões são relativamente transversais. Considerando o estudo de Gurwitz JH *et al* a totalidade de 1523 EAM encontrados permitiram o cálculo de uma taxa de cerca de 5% de reações adversas por ano, numa população com as mesmas características da analisada no referido estudo (indivíduos acima dos 65 anos de idade, seguidos em ambulatório). É importante salientar que dos EAM encontrados, aproximadamente  $\frac{1}{4}$  foram classificados como previsíveis e, como tal, preveníveis. Além disso, vários estudos salientam que os eventos mais sérios ou ameaçadores de vida são mais frequentemente preveníveis do que os erros menos significativos e com menor impacto no estado de saúde do doente.<sup>14,19,37</sup> Dos eventos cuja severidade ou duração poderiam ser diminuídas com a tomada de certas atitudes, alguns dos trabalhos verificaram que a maioria das situações são da responsabilidade do clínico que não é capaz de dar resposta adequada a determinado tipo de sintoma ou, então, falha do doente em reportar ao clínico as alterações encontradas.

Retomando o estudo de Gurwitz JH *et al*, e no que concerne aos efeitos no doente, mais de 70% dos EAM resultaram em sintomas com mais de um dia de duração. Além disso dos 1523 eventos encontrados 5 classificaram-se como défices permanentes (acidente vascular cerebral, hemorragia intracraniana, hemorragia oftálmica e lesão pulmonar) e 11 foram motivo de morte (hemorragias graves, úlcera péptica, neutropenia/infeção, hipoglicémia, toxicidade ao lítio e digoxina, anafilaxia e complicação de diarreia associada ao uso de antibióticos). Os eventos gastrointestinais foram identificados como o tipo mais comum de efeitos adversos e os segundos mais frequentes no que se refere a erros preveníveis, logo a seguir a eventos eletrolíticos/renais (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 – FREQUÊNCIA DOS DIFERENTES TIPOS DE EAM DE ACORDO COM O ESTUDO DE GURWITZ JH ET AL<sup>19</sup>



Efeitos anticolinérgicos: xerostomia, xeroftalmia, retenção urinária e obstipação; Declínio funcional: maior dificuldade na realização das atividades de vida diária

Como já referido atrás, os EAM encontrados foram associados a uma ampla variedade de fármacos mas, tal como outros estudos já concluíram, as drogas medicamentosas mais frequentemente envolvidas, na geração deste tipo de iatrogenia, coincidem com as mais comumente prescritas neste tipo de população. Controversamente, é interessante notar que apesar dos antibióticos serem uma importante fonte de EAM, estes estão associados a uma pequena percentagem de erros ditos preveníveis. Contudo muitos dos efeitos que este tipo de

fármacos origina, como rash ou diarreia, podem ser preveníveis se o seu uso for racionalizado e ponderado.

Tendo em conta as fases do processo de medicação em que os erros mais frequentemente ocorrem os estudos já citados são, mais uma vez, coincidentes relativamente às suas conclusões. A maior parte dos EAM preveníveis resultam de erros cometidos na fase de monitorização, seguida pela fase de prescrição, sendo que muitos dos eventos podem ter origem em lapsos de várias fases deste processo e não só de uma única. Na Tabela 3 descrevem-se os principais erros identificados em cada uma destas fases. Importa referir que, apesar de estas serem as fases em que é mais comum a ocorrência de erros, a fase de aderência do doente ao tratamento (*compliance*) revela-se, igualmente, como importante fonte de iatrogenia. Nesta fase, os principais erros encontrados são: toma de doses erradas, não descontinuação da terapêutica apesar das indicações do médico, recusa na toma de uma medicação necessária, insistência na continuidade de uma terapêutica apesar do reconhecimento dos seus efeitos secundários ou da sua interação com outras terapêuticas instituídas e toma de fármacos de outros indivíduos. Como já mencionado anteriormente, esta última fonte de iatrogenia tem revelado crescente importância na ocorrência deste tipo de eventos. Apesar de poucos estudos terem sido realizados acerca desta temática, a literatura constata que nos doentes tratados em ambiente hospitalar ou em unidades de cuidados continuados, pouca ou nenhuma importância é dada ao papel do doente, uma vez que todos os atos terapêuticos são praticamente da inteira responsabilidade dos vários profissionais de saúde. Contudo, por contraposição, nos doentes tratados em ambulatório tal responsabilidade recai quer sobre o doente, quer sobre os seus familiares ou cuidadores.<sup>38</sup> Neste contexto, falhas na transmissão ao doente serão da responsabilidade do clínico que terá que instruir de forma clara e precisa, para que o tratamento seja corretamente executado.

TABELA 3 – PRINCIPAIS ERROS IDENTIFICADOS NAS FASES DE PRESCRIÇÃO E MONITORIZAÇÃO

<b>Fase de Prescrição</b>	Escolha errada do fármaco ou da terapêutica Dose errada Falha na transmissão das orientações do tratamento Prescrição simultânea de fármacos com interações importantes documentadas
<b>Fase de Monitorização</b>	Monitorização laboratorial inadequada Atraso ou falha na resposta a sinais, sintomas ou evidências laboratoriais de toxicidade Falha na avaliação da informação clínica ou laboratorial

Analisando os fenómenos envolvidos na origem da doença iatrogénica, rapidamente se conclui que esta pode ocorrer em qualquer indivíduo, especialmente naqueles em que tanto a idade como as suas comorbilidades crónicas contribuem para um estado de maior vulnerabilidade, culminando na elevada necessidade dos mais variados tipos de terapêuticas farmacológicas. A iatrogenia que ocorre neste tipo de doentes pode e, geralmente tem, um grande impacto quer individual, quer social, acarretando consequências tão nefastas como défices psicomotores permanentes que colocam o indivíduo irremediavelmente dependente de cuidados de terceiros, com o comprometimento permanente da sua qualidade de vida. Neste contexto, o desenvolvimento de estratégias de prevenção nas várias fases do processo de tratamento revela-se crucial para a diminuição deste problema tão comum.

## **1.4. PREVENÇÃO**

Tal como demonstrado anteriormente, os indivíduos idosos com patologias ou comorbilidades crónicas apresentam-se como uma população de risco para a ocorrência de eventos adversos preveníveis, isto é, situações de carácter evitável, desde que se proceda à sua correta abordagem médica. Neste contexto a prevenção mantém-se como uma das mais eficazes estratégias para manter a qualidade de vida, diminuindo o impacto tanto social, como económico, que a doença iatrogénica acarreta para os mais diversos sistemas de saúde. Uma vez que a doença iatrogénica é o problema de carácter prevenível mais comum entre os idosos, a identificação de populações idosas em risco permitiria o desenvolvimento de estratégias preventivas como minimização da carga medicamentosa, reconhecimento e tratamento precoce da doença, assim como uma correta avaliação da doença crónica.<sup>6</sup>

Considerando a divisão tradicional dos níveis de prevenção no âmbito da doença iatrogénica no indivíduo idoso com comorbilidades crónicas, a prevenção primária tem por objetivo a atuação antes da ocorrência de eventos iatrogénicos, através da redução ou eliminação de fatores de risco. Um nível secundário de prevenção tem por finalidade a diminuição da morbi e mortalidade através da deteção ou tratamento precoce de possíveis situações iatrogénicas, antes que os sintomas ou perdas funcionais se manifestem. Por último, a prevenção terciária apenas pretende o manuseamento apropriado de uma doença iatrogénica já instituída, no sentido de prevenir a ocorrência de novas perdas ou danos funcionais.<sup>6</sup>

Conforme visto anteriormente, a prescrição inapropriada (PI) na população idosa é considerada um problema major de saúde pública, acarretando taxas significativas de morbi e mortalidade, assim como um impacto devastador nos recursos de saúde.<sup>39</sup> A PI pode ser definida como a impossibilidade de prescrever uma terapia farmacológica apropriada seja qual for a razão. Deste

modo o uso de um fármaco no contexto de uma indicação errada ou inexistente; que acarreta um elevado risco de EAM; que é desnecessariamente caro ou usado por um período demasiado curto ou longo constituem formas de PI.<sup>40</sup> Grande parte das situações de PI resultam de má escolha de medicação por parte do clínico<sup>41</sup> pelo que o desenvolvimento de ferramentas que impeçam ou minimizem a PI, com vista à otimização da escolha da terapêutica mais adequada por parte do médico, revela-se como emergente na tentativa de redução deste tipo de situações.

Neste contexto, os critérios de Beer, criados em 1991 e atualizados pela última vez em 2003, constituem um exemplo deste tipo de ferramentas.<sup>42</sup> Na sua forma original estes critérios definem-se como uma lista de 30 fármacos cuja prescrição a indivíduos idosos deve ser evitada. Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool (IPET) consiste numa outra ferramenta criada por uma equipa canadiana em 1997 que lista um conjunto de cerca de 14 erros de prescrição mais prevalentes.<sup>43</sup> Apesar de alguns estudos comprovarem a relativa eficácia destas ferramentas, poucos estudos demonstram uma redução consistente da incidência de RAM, da utilização de recursos de saúde ou das taxas de morbi e mortalidade associadas à doença iatrogénica.<sup>39</sup> Neste contexto, na Tabela 4 listam-se algumas das principais limitações e problemas tanto dos Critérios de Beer, como da IPET.

Mediante as deficiências demonstradas por este tipo de ferramentas torna-se necessário o desenvolvimento de novos critérios que devem preencher o máximo dos seguintes pressupostos<sup>41</sup>:

1. Organização com base em sistemas fisiológicos e rápida aplicação (menos de 5 min);
2. Compilação de erros de prescrição em idosos, tanto por omissão como por excesso;
3. Generalização à globalidade dos médicos e farmacêuticos;

4. Possibilidade de aceder às comorbilidades e lista de fármacos do doente;
5. Capacidade comprovada e validada de redução significativa da prevalência de PI;
6. Capacidade de reduzir a incidência de EAM e suas consequências.

Nesta perspetiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma outra ferramenta denominada IPSET (International Patient Safety Event Taxonomy) <sup>44</sup> cujo principal objetivo consiste no registo de erros médicos e EAM no sentido de melhor esclarecer as causas destes eventos iatrogénicos e, por conseguinte, desenvolver estratégias mais eficazes para a sua prevenção. Adicionalmente a JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) <sup>45</sup> criou uma outra ferramenta, a PSET (Patient Safety Event Taxonomy) que inclui a definição de vários termos, assim como a classificação de eventos. Além disso, esta última ferramenta tem em consideração o impacto dos EAM no doente, assim como o seu tipo e causas adjacentes. Formas de prevenção para contrariar a ocorrência de EAM ou, pelo menos, conseguir a minimização do seu impacto, estão incluídas na PSET.

TABELA 4 – PROBLEMAS E LIMITAÇÕES DOS CRITÉRIOS DE BEER E DA IPET

<b>Critérios de Beer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muitos dos fármacos incluídos não são verdadeiras contra-indicações absolutas na população idosa</li> <li>• Mais de 50% dos fármacos não são prescritos na Europa</li> <li>• Ordem aleatória dos fármacos que dependem, ou não, do diagnóstico e condições prévias do doente</li> <li>• Muitos fármacos usados por rotina não são considerados</li> <li>• Falta de associação significativa entre os critérios e o risco de EAM</li> <li>• Falta de referência a fármacos subutilizados</li> <li>• Não estão incluídas interações medicamentosas</li> <li>• Não há referência a utilização de mais de um fármaco da mesma classe</li> </ul>
<b>IPET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouco usado fora do Canadá</li> <li>• Apenas cita 14 situações de PI</li> <li>• Os critérios não seguem uma ordem ou estrutura particular</li> <li>• Algumas situações listadas estão desatualizadas (ex: beta-bloqueadores e insuficiência cardíaca congestiva)</li> </ul>

Abreviaturas: EAM, eventos adversos medicamentosos; PI, prescrição inapropriada



Com o objetivo de suplantar as limitações apresentadas pelos Critérios de Beer, Denis O'Mahony do Departamento de Medicina/Gerontologia da Universidade de Cork na Irlanda<sup>40</sup> desenvolveu novas ferramentas para a minimização da PI nos indivíduos idosos: 68 critérios STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions) e 22 critérios START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Os critérios STOPP estão relacionados com as situações mais comuns e mais perigosas de PI no doente idoso. Inversamente, os critérios START referem-se a um conjunto de 22 situações cuja omissão de determinada prescrição medicamentosa poderá acarretar efeitos iatrogénicos. Estas novas ferramentas revelaram utilidade clínica tanto a nível dos cuidados de saúde primários e secundários, como a nível dos cuidados de enfermagem no domicílio.<sup>40</sup>

Outro tipo de estratégia para a diminuição de eventos iatrogénicos consiste na utilização de sistemas de computador que incluam formas eficazes de comunicação, informação pronta e acessível, possibilidade de realização de cálculos rapidamente assim como alternativas para constante monitorização. Na generalidade, estes sistemas de computador permitem a integração do historial clínico referente ao doente (alergias, por exemplo) com a medicação que este realiza. Através desta integração da informação estes sistemas permitem a geração de alertas quando possíveis contraindicações estão em causa (uso de tetraciclina na insuficiência renal, por exemplo) ou reportando situações de interação medicamentosa. Outros sistemas fornecem, ainda, indicações acerca da melhor terapêutica farmacológica disponível, incluindo a dose mais adequada, de acordo com o doente e situação em questão.<sup>17</sup> Vários estudos demonstraram que este tipo de sistemas melhora a atuação clínica, diminuindo o número de erros médicos.<sup>46</sup> Além disso são especialmente eficazes quando se consideram fármacos e populações de alto risco, como os idosos com *polipatologia* e *polimedicação*.<sup>47</sup> Contudo, apesar da sua eficácia é

necessário ter em mente que este tipo de sistemas não substitui o bom senso clínico e o raciocínio humano, pelo que o médico não fica livre de proceder a uma correta e minuciosa avaliação do doente, determinando especificidades e características individuais que nenhum sistema informático poderá identificar.

Não deixando de reconhecer a utilidade clínica que os programas e sistemas informáticos possam ter no contexto da prevenção deste género de problemas Ian A. Scott *et al*<sup>48</sup> publicaram em 2012 um trabalho com o objetivo de minimizar a PI nos idosos através da elaboração de um quadro concetual, constituído por 10 passos, que fornece ao clínico indicações essenciais para a sua prática clínica, com o intuito de otimizar o ato de prescrição. Através da abordagem clínica sistemática, sugerida neste trabalho, os autores acreditam que é possível a diminuição da PI neste tipo de populações, acarretando, conseqüentemente, uma minimização da ocorrência de eventos iatrogénicos, assim como, o aumento da sua deteção precoce. Na Tabela 5 estão, então, explicitados os 10 passos desenvolvidos neste trabalho.

Uma relação médico-doente baseada na confiança mútua constitui-se como a base de uma adequada *compliance* por parte do doente, sendo determinante no processo de tratamento do mesmo. Na Tabela 6 estão explicitadas alguns dos principais métodos que podem ser utilizados, no sentido de maximizar a aderência ao tratamento, por parte do doente.

Durante o processo de tratamento, o regime terapêutico do doente deve ser constantemente revisto com o intuito de minimizar os possíveis problemas iatrogénicos que possam advir, maximizando os possíveis benefícios da terapêutica implantada. Com o objetivo de otimizar o ato de prescrição, a intervenção de farmacêuticos poderá ser útil na minimização das potenciais complicações causadas pela *polimedicação* e pelo uso de fármacos inapropriados (PI).<sup>24</sup> Apesar de alguns estudos comprovarem a eficácia deste tipo de intervenção na redução de EAM, no

contexto de cuidados de saúde secundários, a evidência desta eficácia nos cuidados de saúde primários ainda está por comprovar, embora alguns dados apontem para a redução de admissões hospitalares por eventos iatrogénicos, no contexto deste tipo de doentes.<sup>17</sup> Ainda que a eficácia da intervenção deste tipo de profissionais possa estar por provar, pode afirmar-se que os farmacêuticos poderão desenvolver um papel muito importante na prevenção de eventos iatrogénicos no sentido de realizarem uma revisão periódica de todo arsenal terapêutico do doente (pelo menos 2 vezes por ano), incluindo substâncias muitas vezes esquecidas pelo médico e pelo próprio doente, como suplementos dietéticos, chás e produtos naturais ou herbanários.<sup>49</sup>

Apesar das muitas estratégias preventivas desenvolvidas, muitos problemas iatrogénicos acabam, na realidade, por ocorrer. Portanto, o desenvolvimento e a existência de sistemas para registo de incidentes e EAM podem ser de extrema importância no âmbito desta problemática. O objetivo deste tipo de sistemas é proceder à compreensão das principais circunstâncias que levaram à ocorrência de determinado evento (como e porquê), facilitando o entendimento acerca deste tipo de incidentes de forma a criar estratégias de prevenção futuras mais eficazes, envolvendo a identificação de semelhanças, diferenças, causas e fatores de risco.<sup>17</sup> O papel destes sistemas no contexto dos cuidados de saúde primários foi já bastante realçado,<sup>44</sup> pelo que a sua eficaz implementação poderia contribuir para uma diminuição efetiva deste tipo de erros e incidentes. Contudo será necessário encorajar o médico para o registo ativo e voluntário deste tipo de eventos sejam eles significativos, sérios ou mesmo fatais, o que muitas vezes não se torna uma tarefa fácil. O anonimato poderá ser uma forma de suplantar este problema e incentivar a identificação destas situações. No entanto deverá ser incutido no clínico que o seu erro é, acima de tudo, humano sendo que o seu registo será crucial para que, em primeira instância, se evite a repetição da sua ocorrência, tendo sempre em vista a saúde, segurança e bem-estar do doente.

Pelo já explicitado, compreende-se que a avaliação multidimensional deste tipo de doentes é um aspeto muito importante que contribui para o correto desenvolvimento de um regime terapêutico que acarrete o aumento da qualidade de vida do doente idoso com comorbilidades. Deste modo, a existência de uma equipa geriátrica multidisciplinar poderá fornecer uma melhor e mais eficaz prestação de cuidados, através da avaliação das reais necessidades dos doentes e do desenvolvimento de um plano de cuidados coordenado e que esteja de acordo com as exigências específicas de cada indivíduo. Assim, a colaboração entre médicos e farmacêuticos poderá constituir uma mais-valia para o doente. Além disso a intervenção da equipa de enfermagem pode ser essencial tanto na prevenção como na identificação precoce de EAM ou outras formas de iatrogenia.<sup>6</sup>

Considerando o potencial de muitas das estratégias preventivas mencionadas, muitos autores acreditam que mudanças simples nos sistemas/serviços de saúde podem acarretar diminuições significativas na taxa de eventos iatrogénicos ocorridos no âmbito de uma população idosa com *polipatologia e polimedicação*.<sup>17</sup> De acordo com esta máxima, o simples estado de alerta para o potencial risco, tanto dos fatores intrínsecos ao doente/medicação (Tabela 7) como dos fatores que dizem respeito ao próprio clínico (trabalhar sob pressão de tempo, stress, muitas horas de trabalho consecutivas, cansaço, etc.) poderá bastar para uma minimização importante da frequência de ocorrência destes eventos. Além disso, é essencial proceder a uma atualização constante dos critérios de segurança para a prescrição medicamentosa no idoso. Outro aspeto simples que o médico deve ter em conta é a abordagem centrada no doente e no seu cuidador, estabelecendo estratégias de comunicação e de educação para ambos e promovendo a discussão aberta de hipóteses, assim como a partilha da responsabilidade nas decisões terapêuticas. Esta parceria, entre o médico e o doente/cuidador, na tomada de decisões, poderá ser essencial na

adoção de medidas terapêuticas mais adequadas às especificidades de cada doente, permitindo, também, maior facilidade na monitorização e na troca de informação acerca de possíveis EAM.

Por último, o médico não deve esquecer que cada vez mais os doentes e os seus cuidadores têm acesso a uma panóplia de informação acerca das suas patologias, medicações e respetivas RAM. Informação essa que, na maioria das vezes, não tem validade científica, podendo constituir uma importante fonte de erros. Desta forma o médico deve estar ciente do tipo de informação a que o seu doente ou respetivo cuidador terão acesso, de modo a esclarecer a veracidade e validade científica de determinadas fontes, fornecendo alternativas (como folhetos informativos, por exemplo), para garantir o melhor e mais eficaz esclarecimento do doente/cuidador.

Apesar de poucos estudos terem sido realizados no sentido de comprovar a validade e efetividade de muitas das estratégias terapêuticas mencionadas, grande parte dos países desenvolvidos tem implementado este tipo de medidas preventivas de forma a garantir a segurança dos seus doentes, estando alerta para os principais fatores de risco que poderão acarretar eventos iatrogénicos. Contudo a integração de noções de segurança do doente nas principais escolas médicas é um dos pontos em desenvolvimento para o combate a este tipo de problemática.<sup>17</sup>

TABELA 5 – QUADRO CONCEPTUAL PARA MINIMIZAÇÃO DA PI NOS IDOSOS<sup>48</sup>

<b>1. Verificar todos os fármacos</b>	Pesquisar exaustivamente toda a medicação, incluindo produtos “naturais” ou herbanários; Depreender outras informações como <i>compliance</i> , efeitos colaterais e custos.
<b>2. Identificar doentes de alto risco para eventos iatrogénicos ou com RAM já estabelecidas (Ver Tabela 6)</b>	Identificar todos os fatores de risco relevantes
<b>3. Estimar a expectativa de vida</b>	Utilizar um método preditivo de esperança média de vida que mais se adapte ao doente em questão
<b>4. Definir objetivos de acordo com esperança de vida, nível de incapacidade funcional, qualidade de vida prioridades do doente/cuidador</b>	Ter em atenção que todos estes parâmetros podem alterar-se ao longo do tempo; Os objetivos definidos devem ter a finalidade de: prolongar a sobrevivência, prevenir ocorrência de EAM, melhorar ou manter a capacidade funcional, promover o alívio de sintomas.
<b>5. Definir e confirmar se há indicação para o tratamento em curso, relativamente aos objetivos definidos</b>	Comparar a medicação instituída com os diagnósticos realizados, avaliando possíveis falhas; Avaliar a atividade das patologias identificadas e respetiva resposta às terapêuticas específicas.
<b>6. Determinar o tempo de benefício de terapêuticas específicas para prevenção de doença</b>	Comparar o tempo de benefício com a esperança média de vida do doente em causa.
<b>7. Determinar o limiar de risco-benefício de patologias específicas para a descontinuação do tratamento de suporte</b>	Determinar o risco de acordo com as características específicas do doente; Estimar o potencial de risco-benefício de determinada terapêutica; Determinar limiares específicos para a continuação/descontinuação da terapêutica.
<b>8. Rever a utilidade relativa de cada fármaco individualmente</b>	Classificar a utilidade dos fármacos de acordo com a sua efetividade e toxicidade;
<b>9. Identificar fármacos que podem ser descontinuados ou sofrer modificação de dose</b>	Usar informação obtida nos passos anteriores, principalmente no 8; Doentes, cuidadores e médicos podem ter dificuldade na identificação de determinados sintomas como EAM; A descontinuação de determinada terapêutica pode ser difícil de compreender, por parte de alguns doentes e cuidadores
<b>10. Implementar um sistema de monitorização e revisão do plano terapêutico, com revisão da utilidade dos fármacos e da <i>compliance</i> do doente</b>	Monitorização no sentido de detetar sinais e sintomas de novo que possam ser fruto de doença iatrogénica; Implementar estratégias para maximizar a aderência do doente, principalmente a terapêuticas claramente indicadas, estando atento a possíveis sinais de pouca <i>compliance</i> , que pode levar à descontinuação da terapêutica em questão; Refazer o plano terapêutico de acordo com a mudança de circunstâncias no doente e, portanto, de acordo com os novos objetivos; Manter a vigilância da terapêutica por um único médico.

Abreviaturas: RAM, reações adversas medicamentosas; EAM, eventos adversos medicamentosos.

TABELA 6 – MÉTODOS PARA MAXIMIZAR A ADERÊNCIA DO DOENTE AO TRATAMENTO<sup>48</sup>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas de follow-up regulares e programadas</li> <li>• Preferência por formas farmacêuticas com doses definidas para cada toma</li> <li>• Revisão ocasional da medicação por farmacêutico</li> <li>• Explicitação simples e adequada do regime terapêutico</li> <li>• Regimes terapêuticos simples (dose única diária de fármacos de libertação lenta ou de longa ação, combinação de fármacos quando apropriado, por exemplo)</li> <li>• Calendários para a medicação</li> <li>• Registo em diário ou recurso a lembretes</li> <li>• Suporte telefónico</li> <li>• Promoção de auto-monitorização</li> </ul>
---

TABELA 7 – CARACTERÍSTICAS PREDITIVAS DE ALTO RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE RAM<sup>48</sup>

<p><b>Número de fármacos</b>                  ≥8 fármacos = alto risco                  5-7 fármacos = risco intermédio</p>
<p><b>História de RAM</b></p>
<p><b>≥4 comorbilidades médicas</b></p>
<p><b>Doença Hepática</b></p>
<p><b>Insuficiência Cardíaca</b></p>
<p><b>Insuficiência Renal</b></p>
<p><b>Toma de fármacos de alto risco:</b>                  Anticoagulantes                  Insulina ou Hipoglicemiantes orais                  Psicotrópicos                  Sedativos/Hipnóticos                  Fármacos cardiovasculares (principalmente digoxina, nitratos e vasodilatadores)                  AINEs</p>
<p><b>Défice cognitivo</b></p>
<p><b>Residir sozinho</b></p>
<p><b>História de não aderência à terapêutica</b></p>
<p><b>Distúrbios psicológicos conhecidos ou história de abuso de substâncias</b></p>

Abreviaturas: RAM, reações adversas medicamentosas; AINEs, anti-inflamatórios não esteróides

## **2. LIMITAÇÕES E CONDICIONANTES**

---

Considerando o doente crónico em geral, facilmente identificamos uma panóplia de limitações e condicionantes comuns que podem influenciar e alterar tanto o curso da doença crónica em questão, como a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo. Vários estudos têm sido feitos no sentido de identificar e caracterizar este tipo de limitações, assim como a sua relação com as principais doenças crónicas que acometem as populações atuais. Entre as condicionantes mais comuns que surgem associadas a vários tipos de comorbilidades identificam-se a depressão e a ansiedade, alterações da mobilidade ou incapacidade física, dor crónica, alterações da autoestima e autoimagem, mudanças ou perda de autonomia.

O aprofundamento dos conhecimentos acerca desta temática é essencial, por um lado, para que se possa proceder ao diagnóstico precoce deste tipo de complicações e, por outro, para que seja possível o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária que impeçam ou retardem a ocorrência destas limitações, no sentido de manter a qualidade de vida e o bem-estar biopsicossocial do doente crónico.

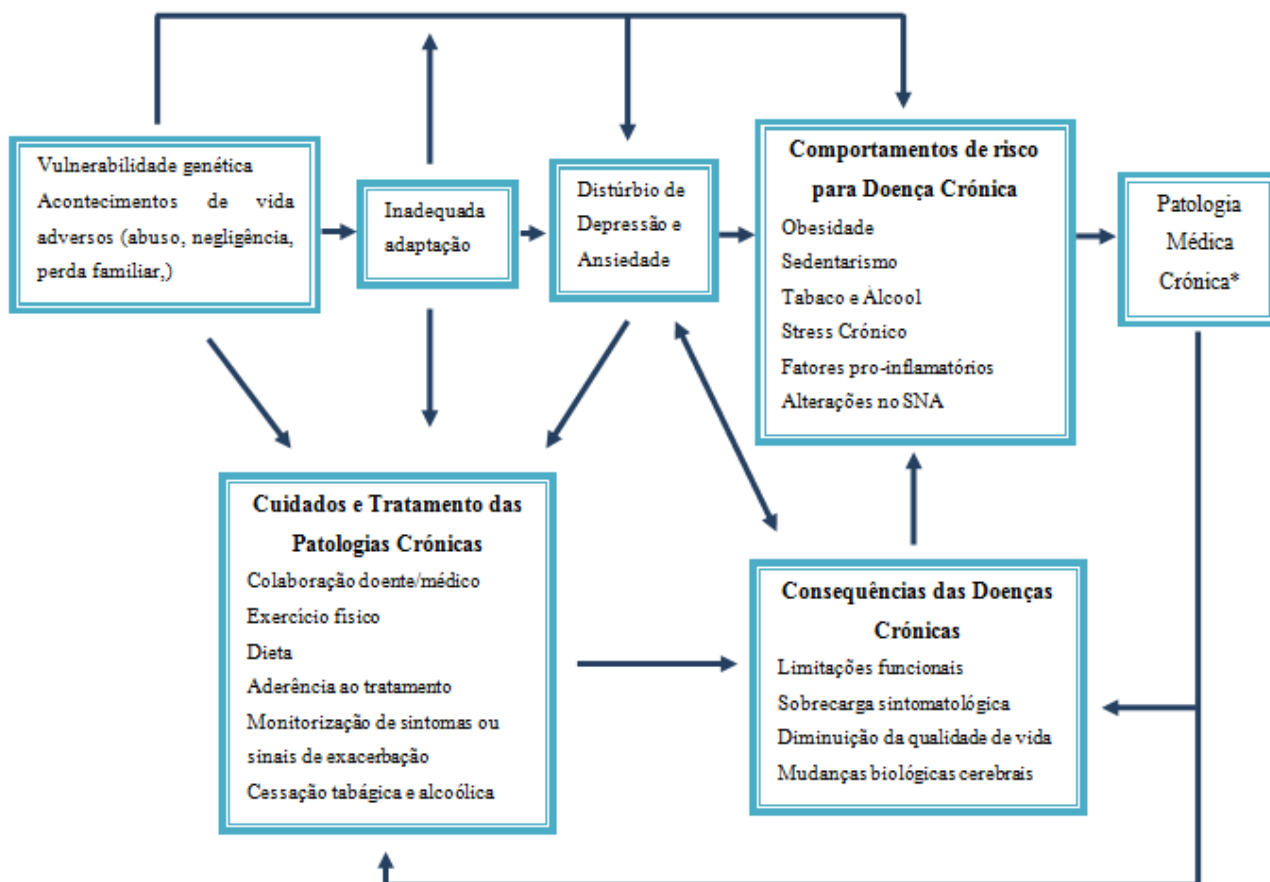
### **2.1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE**

A ocorrência de depressão e doença física no mesmo indivíduo constitui importante problema dos sistemas de saúde atuais.<sup>50</sup> De facto, um estudo realizado na Austrália constatou que cerca de 18% dos australianos possuem distúrbios de ordem mental, como depressão ou ansiedade, sendo que destes, aproximadamente 43% apresentam, simultaneamente, uma doença física.<sup>51</sup> Outros trabalhos comprovam que ter uma doença física é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão.<sup>52</sup> Além disso, a relação inversa também se verifica já que a depressão constitui, igualmente, uma importante fonte de doença física ou morte precoce.<sup>53</sup> Neste contexto, Von



Korff *et al* demonstraram que adversidades e história de depressão na infância e adolescência são fatores de risco independentes para o desenvolvimento de diversas comorbidades na idade adulta, que incluem diabetes, doença coronária, asma, osteoartrite, epilepsia e hipertensão arterial.<sup>54</sup> Na verdade, vários outros estudos afirmam que doentes com depressão morrem 5 a 10 anos mais cedo quando comparados com doentes que não sofrem de doença psiquiátrica<sup>55</sup>, sendo as causas de morte, geralmente, patologias como doença vascular, diabetes, DPOC/asma e cancro. Esta realidade justifica-se pelo desenvolvimento deste tipo de comorbidades em idades mais precoces, relativamente aos indivíduos sem doença depressiva ou perturbações de ansiedade. Indivíduos nestas condições adquirem comportamentos de risco que refletem uma inadequada adaptação às suas condições de saúde. Além disso, novas evidências sugerem que a perturbação de *stress (distress)*, as limitações funcionais e as mudanças fisiológicas decorrentes das condições médicas crónicas, na maioria das vezes, influenciam de forma negativa o curso das doenças afetivas, como a depressão.<sup>56</sup> Assim, Wells *et al*<sup>57</sup> demonstraram que indivíduos que sofram de uma ou mais das doenças crónicas avaliadas no seu estudo (artrite, cancro, doenças pulmonares, patologia neurológica, doença cardíaca, défice motor, diabetes e hipertensão) têm risco aumentado, de 41%, para o desenvolvimento de patologia psiquiátrica (depressão, distúrbio de ansiedade ou abuso de substâncias). A Figura 1<sup>58</sup> pretende, então, esquematizar a relação bidirecional que se verifica entre depressão e patologia médica crónica. Sendo que a ocorrência 2 vezes mais comum de depressão major no contexto de doentes com patologia crónica, relativamente aos indivíduos sem outras comorbidades, comprovada em 2006 por Ali S. *et al*<sup>59</sup>, reflete, mais uma vez, o nexos de causalidade entre ambas as patologias.

FIGURA. 1 - RELAÇÃO BIDIRECIONAL ENTRE DEPRESSÃO E PATOLOGIA MÉDICA CRÓNICA.<sup>58</sup>



\*Diabetes, Patologia Cardíaca, Hipertensão Arterial, por exemplo

Tal como já mencionado anteriormente, a prevalência de depressão, nos indivíduos com doença cardíaca, AVC, diabetes mellitus, cancro, artrite reumatóide e osteoporose, comprovou-se ser marcada e consistentemente elevada, relativamente aos indivíduos sem outras comorbilidades. Uma revisão realizada em 2009 por David Clarke *et al*<sup>50</sup> demonstrou esta mesma realidade sumariando numa tabela (Tabela 8) os resultados e conclusões encontrados nos demais estudos realizados nesta área.

TABELA 8 - EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO E ANSIEDADE ASSOCIADA ÀS PRINCIPAIS PATOLOGIAS CRÓNICAS<sup>50</sup>

Doença	Prevalência		Efeito do tempo	Idade e Sexo
	Depressão	Ansiedade		
<b>Doença Cardíaca</b>	Após EAM ou doença arterial coronária: 20%; 1.6%-50%; 15%-20%; 20%-28%. Antes de EAM: 33%-50%. Insuficiência cardíaca: 25%-30%; 14%-26%.	Ataques de pânico em doentes com doença arterial coronária e doentes em ambulatório: 10%-50%.	Depressão durante o follow-up após EAM: 60%-70%.	Mulheres com doença cardíaca apresentam maior sintomatologia de ansiedade e depressão do que homens.
<b>AVC</b>	Pós-AVC: 5%-44%; 6%-34%; 30%-36%.	Aumento da incidência de distúrbio de ansiedade generalizado.	Taxas de depressão pós-AVC persistem >6 meses.	Depressão pós-AVC não está associada a idade ou sexo.
<b>Diabetes Mellitus</b>	Tipo 2: 8%-52%. Tipo 1: 12%.	Distúrbio de ansiedade generalizado em 14% dos doentes diabéticos; mais alto naqueles com DM2.	Não encontrada nenhuma revisão sistemática.	Taxa de prevalência de depressão e ansiedade consistentemente mais elevada em mulheres do que em homens.
<b>Asma</b>	Dados pesquisados mostram Depressão Major em 14.4% (quando comparados com 5.7% em doentes sem asma).	Não encontrada nenhuma revisão sistemática.	Não encontrada nenhuma revisão sistemática.	Não encontrada nenhuma revisão sistemática.
<b>Cancro</b>	No diagnóstico: 50%. No decorrer da doença: 20%-35%. Cancros com prognóstico reservado: 20%-50%; 7%-50%.	Geral: 15%-23%. Cancro colo-rectal: 15%-23%. Com a progressão da doença sobe para 69%.	Stress pós-traumático em sobreviventes de cancros infantis: prevalência, 4.7%-21%; prevalência ao longo da vida, 20.5%-35%.	Não encontrada nenhuma revisão sistemática.
<b>Artrite e Osteoporose</b>	Artrite Reumatóide: 13%-17%; até 80%. Níveis elevados de problemas de ajustamento psicológico observados em crianças e adolescentes. Osteoporose: Forte e consistente associação com depressão.	Alguns estudos isolados mostram uma relação entre artrite e ansiedade.	Não encontrada nenhuma revisão sistemática.	Doentes jovens com artrite tendem para a depressão, ansiedade e isolamento social.

Abreviaturas: EAM, enfarte agudo do miocárdio; AVC, acidente vascular cerebral; DM2, diabetes mellitus tipo 2.

Nota: Os dados apresentados dizem respeito a estudos citados pelos autores do artigo de revisão “*Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence*”<sup>50</sup>

### **2.1.1. RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE**

O controlo e tratamento de uma doença crónica exigem um contacto próximo e permanente entre o médico, o doente e a sua família ou cuidadores. Este seguimento adequado torna-se ainda mais importante no contexto do doente crónico com comorbilidades psiquiátricas, como depressão ou distúrbios de ansiedade, uma vez que a avaliação e o tratamento destes indivíduos é significativamente mais difícil.<sup>60</sup>

Tal como referido atrás, estes indivíduos possuem características, como inadequada adaptação às suas circunstâncias de saúde e comportamentos de risco, que os tornam menos colaborantes relativamente à terapêutica instituída e, conseqüentemente, menos satisfeitos em relação aos cuidados de saúde primários que recebem.<sup>61</sup> Essencialmente, trata-se de doentes instáveis e imprevisíveis. Se por um lado se verifica um atraso e adiamento de consultas por sintomatologia clínica realmente relevante, por outro há um recurso exagerado (o dobro de visitas médicas em comparação com doentes sem comorbilidades afetivas)<sup>62</sup> e inadequado aos serviços de saúde, na maioria das vezes, por sintomatologia física vaga e insignificante, que não constitui sinal de alarme ou de agravamento, relativamente ao estado de saúde em geral.

A consulta de um doente crónico com patologia depressiva requer, quase sempre, mais tempo por parte do médico devido às múltiplas exigências destes indivíduos, tais como: necessidade de discussão e análise de elementos da vida desestabilizadores e geradores de níveis aumentados e nocivos de *stress (distress)*, pesquisa de problemas relacionados com a não adesão ao tratamento instituído para as comorbilidades médicas crónicas (dieta, exercício, toma da medicação), avaliação de sintomatologia aguda frequente, como cefaleias e dor abdominal, e análise e constatação do deficiente controlo da patologia médica crónica inerente, muito comum nestes indivíduos.<sup>58</sup> A pobre aderência ao tratamento médico instituído, e o conseqüente controlo

inadequado das comorbilidades médicas crónicas, justificam-se pelo medo e receio da perda de independência e autonomia, por parte do doente.<sup>63</sup> De facto, doentes com perturbações de ansiedade podem revelar-se extremamente dependentes do seu médico, recorrendo permanentemente a consultas por sintomas somáticos mínimos e sem relevância clínica, realizando múltiplas chamadas telefónicas e, aumentando, assim, a frustração do profissional de saúde.<sup>64</sup>

Em suma, o médico deve estar preparado para as particularidades e exigências deste tipo de doentes, munindo-se de ferramentas para uma correta abordagem que possibilite um acompanhamento adequado e eficaz, mas que mantenha sempre em vista a autonomia e o bem-estar físico e emocional do doente.

### **2.1.2. ADESÃO AO TRATAMENTO**

O tratamento de doenças crónicas requer, por parte do doente, tempo, capacidade de planear, paciência e motivação. Assim, a coexistência de patologia depressiva, com os sentimentos de solidão e desesperança associados, pode condicionar e limitar estas competências levando à perda de memória, energia e motivação e à diminuição de capacidades funcionais.<sup>65</sup> Dimatteo *et al*<sup>66</sup> constataram esta realidade comprovando que a coexistência de depressão em indivíduos com patologia médica crónica diminui, cerca de 3 vezes, a adesão aos regimes terapêuticos instituídos.

A título de exemplo, podemos considerar o impacto da depressão no doente diabético. Indivíduos com diabetes e patologia depressiva apresentam uma menor aderência à terapêutica no que diz respeito a regimes de dieta e exercício físico, cessação tabágica e toma da principal medicação de

controlo da diabetes em si (hipoglicemiantes orais, medicação para controlo de dislipidémias e anti-hipertensivos).<sup>67</sup>

No que diz respeito à doença cardíaca coronária, vários estudos comprovam que a coexistência de depressão diminui a aderência à terapêutica farmacológica (como por exemplo diminuição da toma da dose diária de aspirina<sup>68</sup>) e não farmacológica (dieta hipolipimante, exercício físico e diminuição dos níveis de stress)<sup>69</sup>, assim como aos programas de reabilitação cardíaca.<sup>70</sup>

### **2.1.3. CUSTOS E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS**

Vários estudos demonstraram que doentes com patologia afetiva, principalmente depressão, são grandes utilizadores do sistema de saúde, isto é, em 6 meses recorrem mais de 6 vezes a serviços médicos gerais (consultas, serviços de urgência, etc) quando em comparação com doentes sem patologia do foro psiquiátrico.<sup>71</sup> Um estudo de Katon *et al*<sup>72</sup> revelou que mais de 50% dos 1000 grandes utilizadores dos sistemas de saúde identificados apresentam distúrbios afetivos, sendo que destes cerca de dois terços possui diagnóstico de depressão major recorrente e uma ou mais patologias médicas crónicas.

Além da maior utilização dos serviços de saúde, este tipo de doentes acarreta, naturalmente, custos aumentados de cerca de 50 a 100%<sup>73</sup> em termos de cuidados de saúde. Exemplificando, doentes reunindo condições como diabetes e depressão exigem um aumento de gastos de saúde de cerca de 50%.<sup>74</sup> Já os que sofrem de doença cardíaca congestiva juntamente com depressão aumentam este valor para cerca de 30%<sup>75</sup>, relativamente aos doentes sem comorbilidades depressivas. Ambos os valores consideram variáveis de enviesamento como fatores sociodemográficos e severidade clínica das condições médicas crónicas.

#### **2.1.4. PERCEÇÃO DA SINTOMATOLOGIA MÉDICA**

Para além das particularidades já mencionadas acerca dos doentes com comorbilidades médicas e depressão ou distúrbios de ansiedade é, também, interessante constatar que estes indivíduos têm cerca de 2 a 3 vezes mais sintomas médicos, comparando com outros doentes com a mesma patologia física mas sem distúrbios afetivos, depois de considerados fatores sociodemográficos e de severidade de doença.<sup>76</sup> Esta realidade pode facilmente ser justificada se atendermos ao facto do simples diagnóstico de uma qualquer patologia crónica exigir no doente capacidade de adaptação e habituação a um conjunto de sintomas adversos e crónicos, tais como fadiga ou dor, assim como a novas situações, como toma diária de medicação ou instituição de novos hábitos. Quando os doentes não estão deprimidos, esta adaptação à sintomatologia crónica adversa é, na maioria das vezes, conseguida com sucesso. Contudo, alguns estudos sugerem que a coexistência de depressão e ansiedade nestes indivíduos interfere e dificulta este processo de adaptação, desviando o foco do doente tanto para a sintomatologia física que decorre da patologia médica crónica documentada, como para sintomas físicos associados a outros sistemas ou órgãos.<sup>76</sup>

Neste contexto, uma análise sistemática de 31 estudos, relativamente recente, evidenciou que a coexistência de depressão e/ou distúrbios de ansiedade em doentes com patologia médica crónica como diabetes mellitus, patologia pulmonar, cardíaca e osteoarticular resulta num aumento significativo da principal sintomatologia médica associada a estas patologias, depois de considerados fatores de severidade clínica de doença.<sup>77</sup>

A Tabela 9 reflete as principais conclusões, acerca da relação entre depressão/ansiedade e o aumento de sintomatologia clínica que decorre da coexistência de comorbilidades médicas crónicas, encontradas nos 31 estudos analisados no trabalho de Katon et al.<sup>77</sup> Pela análise da Tabela 9, rapidamente se depreende o impacto negativo que a depressão tem nas mais diversas

patologias crónicas, aumentando a severidade e gravidade clínica da sintomatologia que estas normalmente acarretam e dificultando, ainda mais, a instituição de medidas terapêuticas eficazes.

TABELA 9 - RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO/ANSIEDADE E O AUMENTO DE SINTOMATOLOGIA CLÍNICA EM DOENTES COM COMORBILIDADES MÉDICA CRÓNICAS<sup>77</sup>

Patologia	Depressão e Ansiedade	Depressão
<b>Diabetes Mellitus</b>	<p>Diminuem os níveis de energia e aumentam a fadiga; Aumentam os níveis de severidade da dor neuropática.</p> <p>Patologia Psiquiátrica: Condiciona 2 vezes mais sintomatologia clínica.</p>	<p>O aumento da sua severidade conduz ao aumento do número de sintomas clínicos; Aumenta a probabilidade de existência de 10 sintomas clínicos da diabetes <sup>(a)</sup>, com OR entre 2 e 5, quando em comparação com diabéticos sem depressão; Aumenta a ocorrência de sintomatologia que decorre, diretamente, da má adesão à terapêutica; Aumenta o número e gravidade de sintomas de hipoglicémia</p>
<b>Asma</b>	<p>Aumentam significativamente a probabilidade de ocorrência de 6 sintomas específicos <sup>(b)</sup> e de 5 sintomas relacionados <sup>(c)</sup> com asma; Aumentam a severidade de sintomas clínicos; Aumentam a probabilidade de dispneia, sintomas noturnos e sintomas matinais.</p>	<p>Aumenta a severidade clínica da asma, assim como o número de hospitalizações;  Aumenta a severidade da dispneia.</p>
<b>DPOC</b>		<p>Aumenta a severidade da dispneia e o número de exacerbações em doentes com DPOC suave a moderada; Aumenta a gravidade da dispneia; Aumenta a severidade da fadiga em doentes com DPOC moderada a grave; O tratamento com nortriptilina foi associado a melhoria da sintomatologia somática e dos sintomas relacionados como agravamento da patologia respiratória <sup>(d)</sup></p>
<b>DAC</b>	<p>Possuem uma forte correlação com o agravamento de sintomas de fadiga e dor;</p> <p>Aumentam a sintomatologia física nos 6 meses após cirurgia cardíaca.</p>	<p>Está associada ao aumento da severidade de angina e dos níveis de stress, ao maior recurso a medicação e a diminuição do suporte social; Em doentes com EAM e AI aumenta as limitações físicas e o número de episódios de angina e diminui a qualidade de vida; Intensifica sintomas <sup>(e)</sup> cardíacos e somáticos; Aumenta a severidade e o número de episódios de angina.</p>
<b>ICC</b>	<p>Estão fortemente associadas ao aumento de dor pré-cordial, dispneia e fadiga, assim como à diminuição em cerca de 6 minutos na distância máxima conseguida.</p>	<p>Aumenta a sintomatologia clínica (medida pela escala KCCQ) e diminui em cerca de 6 minutos a distância máxima conseguida; Aumenta a sintomatologia clínica (medida pela escala MLHFQ).</p>
<b>AR</b>	<p>Aumentam a severidade da dor.</p>	<p>Aumenta a intensidade da dor, incapacidade física e fadiga.</p>
<b>Osteoartrite</b>		<p>O tratamento da depressão melhora a severidade da sintomatologia dolorosa.</p>



Abreviaturas: OR, odds ratio; DAC, doença arterial coronária; EAM, enfarte agudo do miocárdio; AI, angina instável; ICC, insuficiência cardíaca congestiva; KCCQ, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (questionário de cardiomiopatia da cidade de Kansas); MLHFQ, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (questionário viver no Minnesota com insuficiência cardíaca); AR, artrite reumatóide.

- (a) Dor ou parestesias das extremidades; extremidades frias; poliúria; polidipsia; polifagia; tremores; dificuldades visuais; sonolência; sensação de desmaio.
- (b) Dispneia; sensação de aperto no peito; sibilos sem patologia respiratória associada; tosse; infecção respiratória permanente; sibilos associados a infecção respiratória.
- (c) Cefaleia; erupção cutânea; prurido oftálmico; congestão nasal; problemas em adormecer ou acordar durante a noite com tosse ou dispneia.
- (d) Cansaço fácil; sensação de falta de ar; tonturas.
- (e) Sensação de aperto no peito; dor no braço esquerdo; angina durante a noite; dor pré-cordial em facada; uso de nitratos.

Nota: Os dados apresentados dizem respeito a estudos citados pelos autores do artigo de revisão “*The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness*”<sup>77</sup>

### 2.1.5. RISCO

Tal como dito anteriormente, a depressão constitui um importante fator de risco para o aumento da severidade clínica de patologias crónicas, essencialmente pela não aderência à terapêutica instituída, mas também pelo aumento da incidência de complicações<sup>78</sup>. Além disso, no contexto de uma qualquer doença crónica, a depressão está associada ao aumento de internamentos hospitalares e das taxas de morbimortalidade.<sup>66,79</sup>

Além de acentuar a gravidade clínica de patologia crónica já instalada, a depressão pode, igualmente, constituir um fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de patologias, tais como doença cardíaca<sup>80</sup>, AVC<sup>81</sup>, diabetes mellitus<sup>78</sup> e osteoporose.<sup>82</sup>

Uma vez que a relação entre patologia crónica e depressão é bidirecional, muitas condições e especificidades que os mais diversos tipos de doenças crónicas acarretam podem conduzir a estados depressivos. Assim, situações como agravamento das condições clínicas, dor intratável, disfasia, limitação funcional, isolamento social, história de distúrbio psicológico e determinados regimes terapêuticos e diagnósticos podem constituir fatores desencadeantes de patologia depressiva.<sup>50</sup> Na Tabela 10, exemplificam-se os fatores de risco de algumas das patologias

crónicas mais frequentes para o desenvolvimento de depressão, de acordo com a revisão realizada por David M *et al.*<sup>50</sup>

TABELA 10 - FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DEPRESSÃO, DE ALGUMAS DAS PATOLOGIAS CRÓNICAS MAIS FREQUENTES.

Patologia	Fatores de Risco para o desenvolvimento de Depressão
<b>AVC</b>	História de depressão ou outro distúrbio psiquiátrico; disfasia; limitação funcional; viver sozinho; isolamento ou falta de suporte social; incapacidade física; severidade do AVC; limitação cognitiva.
<b>Diabetes Mellitus</b>	Diabetes Mellitus tipo 2; sexo feminino; condições socioeconómicas desfavoráveis.
<b>Asma</b>	Severidade clínica da asma.
<b>Cancro</b>	Indivíduos jovens; agravamento repentino das condições clínicas; estadio avançado; recorrência; sintomas intratáveis; dor; medicação com efeitos secundários depressivos; alterações físicas (mudança na autoimagem); quimio ou radioterapia; doença progressiva nos cuidados paliativos; linfedema secundário.
<b>Artrite e Osteoporose</b>	Baixo nível de escolaridade; suporte profissional inadequado; falta de suporte social; grandes limitações no exercício da sua profissão.

Abreviaturas: AVC, acidente vascular cerebral;

### 2.1.6. LIMITAÇÕES FUNCIONAIS

A limitação funcional acompanha geralmente o diagnóstico de depressão. Na realidade, alguns estudos comprovaram que o diagnóstico de depressão acarreta limitações funcionais em tudo semelhantes às demais patologias crónicas como diabetes, doença cardíaca coronária e artrite. Além disso, a coexistência de comorbilidades físicas e depressão conduz a limitações funcionais adicionais.<sup>83</sup> Também neste ponto se define uma relação bidirecional, já que limitações funcionais em idosos com patologia crónica originam o desenvolvimento de depressão, assim como o diagnóstico de depressão major e a sintomatologia resultante foram definidos como fatores de risco para a progressão e agravamento da incapacidade física.<sup>58</sup> Neste contexto, Von Korff *et al*<sup>84</sup> demonstraram que sintomas depressivos e incapacidade física sofrem modificações

síncronas ao longo do tempo, isto é, a melhoria do quadro depressivo resulta na diminuição de limitações funcionais.

Já que a patologia depressiva aumenta a probabilidade de ocorrência de limitações funcionais, que podem acarretar o declínio clínico dos indivíduos com comorbilidades crónicas, o seu tratamento e manuseamento adequados são essenciais para a melhoria da autonomia, autoestima e, em última instância, da qualidade de vida destes indivíduos.

Em suma, depressão e ansiedade estão, de forma bidirecional, relacionadas tanto com o desenvolvimento precoce de patologia médica crónica, como com a severidade e agravamento dos sintomas médicos que dela decorrem. Além de aumentar a severidade do quadro crónico pré-existente, a patologia depressiva está também associada ao aumento de sintomas relacionados com sistemas e órgãos até então não afetados.<sup>85</sup> Tal como já mencionado, a patologia do foro afetivo está fortemente associada a uma baixa adesão aos regimes terapêuticos (dieta, exercício físico, cessação tabágica, tratamento farmacológico) que conduz ao aumento de complicações médicas. Esta situação culmina no desequilíbrio psíquico do doente que deixa de ser capaz de se adaptar à sua condição clínica. Adicionalmente, a coexistência de depressão e ansiedade provoca no doente crónico o aumento da consciencialização dos sintomas físicos, causados pela patologia crónica inerente.<sup>77</sup> Este aumento da perceção da sintomatologia física resulta em limitações funcionais, causadas por complicações médicas, que por si só podem piorar ou desencadear novos episódios de ansiedade ou depressão<sup>65</sup>, desenvolvendo-se um ciclo vicioso muitas vezes difícil de quebrar. No sentido de travar esta tendência, é essencial melhorar o reconhecimento e tratamento da depressão e ansiedade no âmbito de doentes com comorbilidades médicas. Se for possível identificar precocemente o desenvolvimento de estados depressivos no doente crónico, poder-se-á evitar o agravamento progressivo das condições clínicas, assim como o surgimento de

limitações funcionais. Só um diagnóstico prematuro permitirá destrinçar o doente com exacerbação da sintomatologia clínica por causa orgânica daquele cujo agravamento clínico se deve ao surgimento de depressão ou distúrbios de ansiedade.

Tendo em conta os factos anteriormente referidos, reveste-se de crucial importância a necessidade de proceder paralelamente ao tratamento e orientação tanto da patologia crónica em si, como das alterações psiquiátricas que eventualmente se possam ter desenvolvido. Desta forma, poder-se-á conseguir a minimização dos sintomas psicológicos e somáticos, otimizando a qualidade de vida do doente. Este modelo de cuidados integrados será essencial para o sucesso e efetividade da terapêutica instituída.

## **2.2. MOBILIDADE E ATIVIDADE FÍSICA**

A mobilidade e a atividade física podem ser analisadas sob dois pontos de vista, relativamente à sua relação com as doenças crónicas mais prevalentes. Por um lado, falamos de limitações em termos de mobilidade (incapacidade física), que podem advir diretamente dessas mesmas doenças crónicas. Por outro lado, a falta de atividade física pode ser encarada como um importante fator de risco ou de agravamento de determinadas condições patológicas crónicas.

Analisando a questão de acordo com o primeiro ponto de vista, alguns estudos afirmam que grande número de patologias crónicas está comprovadamente associado com o aumento da prevalência de limitações da mobilidade.<sup>86,87</sup> Contudo, investigações mais recentes estabelecem uma associação entre a perda ou limitação da mobilidade e a existência de doenças crónicas específicas que incluem artrite, doenças cardíacas, patologias cerebrovasculares, doença

pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes mellitus (DM), cancro e aterosclerose.<sup>86,88,89</sup>

Apesar desta relação entre doença crónica e limitações da mobilidade estar mais do que comprovada, a simples presença de determinada patologia crónica é insuficiente para explicar a existência de incapacidade física no idoso.<sup>90</sup> Na realidade, poucos estudos foram feitos no sentido de avaliar se existem sinais de severidade clínica que possam ser associados a maior limitação da mobilidade. Neste contexto, se fosse possível apurar através de questionários clínicos que avaliem a severidade e gravidade clínica da doença que tipo de comorbilidades/condições predizem a perda de mobilidade, seria exequível desenvolver estratégias futuras para travar e retardar essa mesma perda. Assim, um estudo realizado por Kriegsman *et al*<sup>90</sup> numa população idosa (55 a 85 anos de idade) da Holanda, propôs-se avaliar se a presença de sinais e sintomas que traduzem a severidade clínica da doença, podem também explicar as limitações da mobilidade em indivíduos com doença crónica específica. Além disso, o mesmo estudo analisou se a presença de certas doenças crónicas explica a existência de limitações da mobilidade da população idosa. Para este fim, foram selecionados 7 tipos de doenças crónicas específicas com elevada prevalência na população idosa, tendo sido realizados questionários para apurar a severidade e gravidade clínica de cada doença em questão. As doenças crónicas selecionadas e os parâmetros de gravidade pesquisados no estudo estão explicitados na Tabela 11. A presença de limitações da mobilidade foi avaliada a partir da aplicação de outro questionário, que consiste num conjunto de 3 questões que refletem a atividade na vida diária (ser capaz de subir e descer 15 degraus, usar transportes públicos ou privados e conseguir cortar as suas próprias unhas dos pés). No final obtém-se um score (0 – sem qualquer tipo de limitação; 1 – dificuldade em realizar pelo menos uma das 3 atividades) que define um índice global de limitação da mobilidade que é válido para todas as doenças do estudo.

Considerando os principais objetivos do estudo, o Gráfico 2 demonstra quais as patologias crónicas de correlação mais forte com limitações da mobilidade, após ajustamento adequado para idade e sexo dos indivíduos. Este mesmo trabalho concluiu que o simples diagnóstico de cada doença crónica analisada se correlaciona, de forma significativa, com o surgimento de limitações físicas.

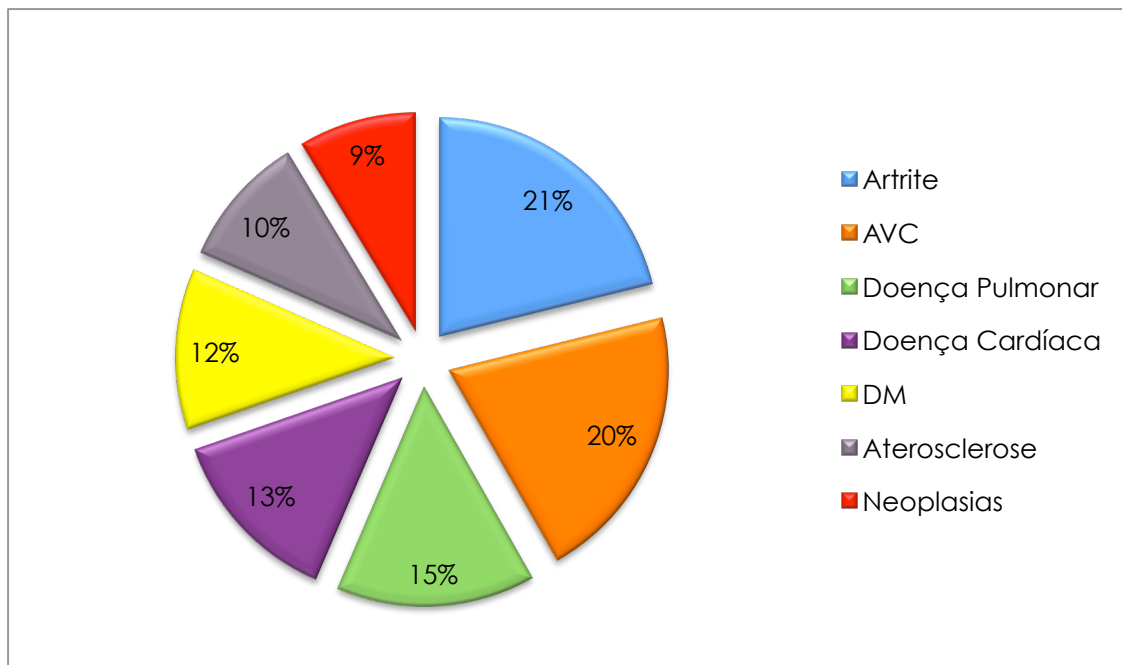
TABELA 11 – DOENÇAS CRÓNICAS E PARÂMETROS DE GRAVIDADE CLÍNICA AVALIADOS

Doenças Crónicas	Parâmetros de Gravidade
<b>Doença Pulmonar Crónica</b> Asma Bronquite Crónica Enfisema Pulmonar	Tratamento médico Tosse diária Expetoração diária Dispneia Exacerbação no último ano Sibilos no repouso e em atividade Sintomas durante a noite Outras comorbilidades*
<b>Doença cardíaca</b> (incluindo EAM)	Tratamento médico EAM Angina de peito Outras doenças cardíacas isquémicas ICC Doença Valvular Pacemaker Outras doenças cardíacas Outras comorbilidades*
<b>Aterosclerose</b>	Tratamento médico Claudicação Intermitente Cirurgia arterial Outras doenças arteriais periféricas Outras comorbilidades*
<b>AVC</b>	Tratamento médico ≥ 2 AVC's Sequelas motoras ou visuais Afasia expressiva ou percetiva Outras comorbilidades*
<b>DM</b>	Tratamento médico Complicações macrovasculares Retinopatia diabética Neuropatia diabética Outras comorbilidades*
<b>Artrite</b> Artrite Reumatóide Osteoartrite	Tratamento médico Dor ou Rigidez articular nos últimos 3 meses Edema articular no último mês Queixas articulares inferiores ou superiores Cirurgia articular inferior ou superior Outras comorbilidades*
<b>Neoplasias Malignas</b>	Tratamento médico ≥ 2 tumores primários Prognóstico Metástases Tratamento cirúrgico Quimio ou Radioterapia Outras comorbilidades*

\*Presença de outras condições ou patologias que não a doença em causa

Abreviaturas: EAM, enfarte agudo do miocárdio; ICC, insuficiência cardíaca congestiva; AVC, acidente vascular cerebral; DM, diabetes mellitus.

GRÁFICO 2 – PATOLOGIAS CRÔNICAS MAIS FREQUENTEMENTE ASSOCIADAS A LIMITAÇÕES DA MOBILIDADE.



Abreviaturas: AVC, acidente vascular cerebral; DM, diabetes mellitus.

Não é de estranhar que tanto a artrite como o acidente vascular cerebral (AVC) estejam mais fortemente relacionados com limitações da atividade física, já que ambas as patologias originam sintomatologia motora, tal como sintomatologia articular inferior, no caso da artrite, e sequelas locomotoras, no caso do AVC. Do mesmo modo, patologias do foro pulmonar ou cardíaco também ocupam fatias importantes deste gráfico, já que acarretam uma diminuição da capacidade de resistência e compensação ao esforço físico.

Tendo em conta o objetivo principal deste estudo, a Tabela 12 mostra quais os parâmetros de severidade clínica de cada patologia específica que estão, de forma estatisticamente significativa, relacionados com limitações da mobilidade detetadas.



TABELA 12 – PARÂMETROS DE GRAVIDADE CLÍNICA QUE JUSTIFICAM LIMITAÇÕES DA MOBILIDADE PARA CADA TIPO DE DOENÇA CRÓNICA.

Doenças Crónicas	Parâmetros que justificam limitações da mobilidade
<b>Doença Pulmonar Crónica</b> Asma Bronquite Crónica Enfisema Pulmonar	Dispneia Sintomas durante a noite Outras comorbilidades Tratamento médico
<b>Doença cardíaca</b> (incluindo EAM)	Angina de peito ICC Outras comorbilidades Tratamento médico
<b>Aterosclerose</b>	<u>(Nenhuma característica específica da doença explica, significativamente, as limitações da mobilidade)</u> Outras comorbilidades
<b>AVC</b>	Sequelas visuais ≥ 2 AVC's Tratamento médico
<b>DM</b>	<u>(Nenhuma característica específica da doença explica, significativamente, as limitações da mobilidade)</u> Outras comorbilidades
<b>Artrite</b> Artrite Reumatóide Osteoartrite	Rigidez articular Queixas articulares inferiores Cirurgia articular inferior Outras comorbilidades Tratamento médico
<b>Neoplasias Malignas</b>	<u>(Nenhuma característica específica da doença explica, significativamente, as limitações da mobilidade)</u> Outras comorbilidades

Abreviaturas: EAM, enfarte agudo do miocárdio; ICC, insuficiência cardíaca congestiva; AVC, acidente vascular cerebral; DM, diabetes mellitus.

No que diz respeito à doença pulmonar crónica, os sintomas mais relacionados com incapacidade física são, como esperado, aqueles que refletem a perda de tolerância ao esforço físico, por diminuição da capacidade respiratória. Pelo contrário, sintomas limitados a um determinado episódio, como tosse ou sibilos, não interferem com a resistência ao exercício físico, não estando, portanto, tão fortemente relacionados com a perda da mobilidade.

Tal como na doença pulmonar crónica, na patologia cardíaca são também os sintomas que refletem a diminuição da resistência ao esforço físico que estão mais fortemente correlacionados com limitações da mobilidade que surgem neste tipo de doentes.

Surpreendentemente, nenhum sintoma específico relacionado com a aterosclerose revelou relação significativa com limitações da mobilidade. Os autores explicam este facto pela baixa precisão das respostas aos questionários fornecidas por parte dos doentes devido, sobretudo, à confusão entre sinais/sintomas de insuficiência venosa (varizes, por exemplo) e os que refletem mau funcionamento arterial. Contudo, nestes doentes, o peso das comorbilidades no surgimento de limitações da atividade física revela-se bastante superior ao das restantes doenças crónicas estudadas.

Relativamente ao AVC, ao contrário do que seria esperado, sequelas motoras não revelaram relação significativa com alterações da mobilidade nestes doentes. A história de 2 ou mais episódios de AVC e a presença de sequelas visuais parecem ser causa mais frequente de limitação na realização das atividades analisadas no estudo. Além disso, diferentemente das outras doenças, a presença de comorbilidades também não se revelou um importante fator para as limitações da atividade física.

Tal como se pode observar na Tabela 12 a presença de complicações micro ou macrovasculares não explica, de forma estatisticamente significativa, a presença de limitações da mobilidade dos doentes com DM. Contudo, a coexistência de comorbilidades, como doença cardíaca ou aterosclerose, está amplamente associada ao surgimento de limitações da atividade física neste tipo de doentes. Considerando estes factos, facilmente se conclui que a decisão, por parte dos autores, da não inclusão de doença cardíaca e aterosclerose como complicações macrovasculares, mas sim como comorbilidades, é a grande responsável por este tipo de resultados. De facto, a

prevalência de doença cardíaca e aterosclerose nos doentes com DM é superior relativamente à prevalência no total da amostra (29% versus 19% para doença cardíaca; 19% versus 9% para aterosclerose).

No que concerne à patologia articular (artrite), tal como esperado, o atingimento das articulações inferiores revela-se como o parâmetro clínico de severidade que mais fortemente se correlaciona com alterações da mobilidade. Apesar da cirurgia das articulações inferiores constituir um ato terapêutico que pretende a melhoria das condições clínicas (em termos de dor e mobilidade, por exemplo), nem sempre há restauro completo da funcionalidade das articulações em questão, sendo, assim, um importante fator limitativo da atividade física.

Por último, analisando os resultados que dizem respeito às neoplasias malignas, à exceção da presença de outras comorbilidades, nenhuma característica que indique a severidade da doença está, de forma significativa, relacionada com limitações de ordem física. No entanto, a única característica específica que revelou influência na limitação da mobilidade, com valor *borderline*, no que diz respeito à significância estatística, foi a presença de metástases.

Tendo em conta os principais achados do estudo de Kriegsman *et al*<sup>90</sup> conclui-se que a presença de certas características clínicas de determinadas patologias crónicas se correlaciona, de forma significativa, com alterações dos parâmetros de mobilidade dos indivíduos doentes, podendo servir como fatores preditivos deste tipo de défices e, como tal, constituir pontos de atuação para o desenvolvimento de estratégias preventivas. O tratamento precoce de determinadas comorbilidades ou condições que reflitam o agravamento clínico do doente poderá constituir uma forma eficaz para a diminuição da prevalência de limitações da mobilidade associadas a *pluripatologia* crónica, conferindo qualidade de vida ao doente.

Tal como já referido, a problemática da mobilidade no doente crónico também pode ser analisada de outro ponto de vista. Na verdade, alguns estudos afirmam que a atividade física regular pode modificar a severidade clínica e a progressão de determinadas condições crónicas nos doentes idosos, através da redução da morbi e mortalidade destas patologias e da prevenção de défices funcionais e/ou motores.<sup>91</sup> Nos idosos com patologia crónica, a atividade física poderá acarretar bastantes benefícios, atuando de forma multifatorial. Assim, o exercício físico regular pode permitir a manutenção ou melhoria das funcionalidades fisiológicas, reduzir a tendência que estes doentes têm para adquirir novas comorbilidades crónicas, retardar a progressão das patologias coexistentes e, deste modo, melhorar tanto o bem-estar físico como o bem-estar emocional e mental.<sup>92</sup> Isto é crucial para a preservação da sua mobilidade, independência e, por conseguinte, da sua qualidade de vida.<sup>93</sup> A atividade física regular desempenha um papel extremamente importante, já que aumenta a eficácia e a biodisponibilidade de endorfinas e neurotransmissores, responsáveis pelo aumento do bem-estar psicoemocional.<sup>94</sup> Para além das vantagens já apontadas da atividade física na promoção da mobilidade no idoso (aumento da força muscular e melhoria do balanço postural), a redução do risco de quedas e fraturas pode constituir um benefício indireto do exercício físico regular. Apesar de todos os benefícios comprovados do exercício físico regular, no âmbito do doente idoso com patologia crónica, muitos estudos demonstraram uma queda progressiva da atividade física com o aumento da idade<sup>95</sup> e a maioria das patologias crónicas mais prevalentes está associada a elevada inatividade física que precipita, por si só, o desenvolvimento de fatores de risco importantes para o agravamento das condições clínicas do doente crónico.

Richard Sawatzky *et al*<sup>92</sup> realizaram um estudo numa população canadiana de 130 880 indivíduos com mais de 65 anos de idade. Os autores propuseram-se examinar e avaliar de que

forma o impacto negativo de doenças crónicas específicas em vários parâmetros que definem qualidade de vida (por exemplo: problemas emocionais, limitações na mobilidade, dor, bem-estar emocional e limitações cognitivas) pode ser atribuído à falta de atividade física. Avaliar se estes possíveis efeitos da falta de atividade física se verificam nas doenças crónicas mais comuns entre os idosos foi, igualmente, um dos principais objetivos deste trabalho.

Para o estudo em questão, foram selecionados doentes sem patologia crónica e aqueles com uma ou mais condições crónicas descritas na Tabela 13. Cada indivíduo foi submetido ao questionário Health Utility Index Mark 3 (HUI3)<sup>96</sup>, que consiste numa ferramenta que permite determinar o estado de saúde e qualidade de vida através de um conjunto de 31 questões que analisa e pretende detetar limitações e défices em 8 áreas: audição, visão, linguagem, cognição, mobilidade, destreza/habilidade, dor e bem-estar emocional. Esta ferramenta foi igualmente usada para examinar o impacto das diversas patologias crónicas e da atividade física no estado de saúde de cada indivíduo. O estudo avaliou ainda os indivíduos, de acordo com a prática de atividade física (consoante o gasto energético superior ou inferior a 1000 Kcal/semana), consumo de álcool ou tabaco e valor do índice de massa corporal (IMC). Em suma, ao longo do estudo foram analisadas as relações entre a presença de condições crónicas, atividade física e qualidade de vida (através do score HUI3), considerando variáveis como idade, sexo, IMC e consumo de álcool ou tabaco.

Relativamente aos resultados encontrados, no referido estudo, apenas cerca de 25% dos indivíduos revelaram atividade física adequada, com gastos energéticos de, pelo menos, 1000 Kcal/semana, sendo que destes a maioria não tinha qualquer uma das doenças crónicas avaliadas no estudo. Tendo em conta as respostas dadas ao questionário HUI3 determinou-se que em 79% de indivíduos com, pelo menos, uma doença crónica, as principais limitações foram encontradas nas áreas da cognição, dor e mobilidade, tal como se pode observar no Gráfico 3. Além disso, os

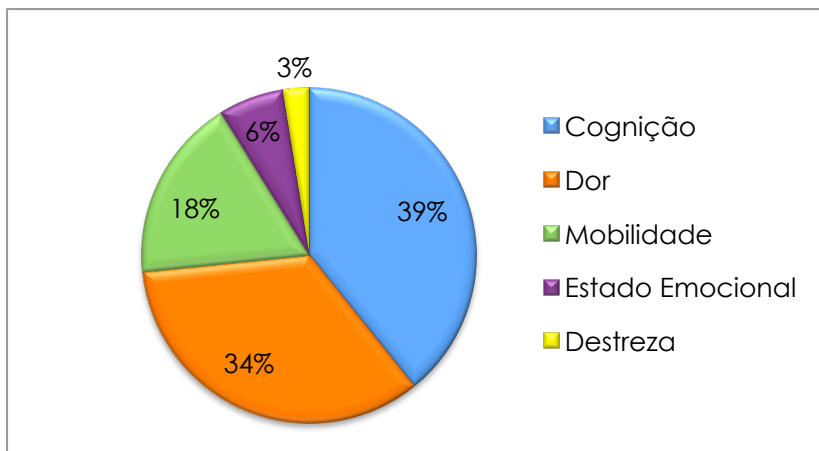
autores concluíram que os indivíduos com doença crónica revelaram um score HUI3 inferior ao daqueles sem patologia crónica, assim como um IMC mais elevado, mas um menor consumo de tabaco e álcool. Adicionalmente, e de forma condizente com outros trabalhos, scores mais elevados de HUI3 foram registados em indivíduos que praticam níveis superiores de atividade física. Concluiu-se, então, que dos parâmetros considerados no estudo, os que mais influenciaram a variabilidade do score HUI3 foram: a idade, ter pelo menos uma doença crónica, a atividade física e o consumo de álcool.

TABELA 13– DOENÇAS CRÓNICAS INCLUÍDAS NO ESTUDO DE RICHARD SAWATZKY *ET AL* <sup>92</sup>

<b>Patologia Respiratória</b>	Asma Bronquite Crónica Enfisema DPOC
<b>Patologia Musculo-esquelética</b>	Artrite Fibromialgia Patologias da coluna
<b>Patologia Cardiovascular</b>	HTA Doenças Cardíacas
<b>Diabetes Mellitus</b>	
<b>Patologia Urinária ou GI</b>	Incontinência urinária Doença de Crohn Colite
<b>AVC</b>	
<b>Cancro</b>	
<b>Demências</b>	Doença de Alzheimer Outras demências
<b>Outras Patologias Neurológicas</b>	Doença de Parkinson Esclerose Múltipla

Abreviaturas: DPOC, doença pulmonar obstrutiva crónica; HTA, hipertensão arterial; GI, gastrointestinal; AVC, acidente vascular cerebral.

GRÁFICO 3 – PRINCIPAIS LIMITAÇÕES ENCONTRADAS DE ACORDO COM O SCORE HUI3



A relação entre a coexistência de patologia crónica e o nível de atividade física exercido foi minuciosamente analisada, tendo-se concluído que o impacto negativo, objetivado no score HUI3, quanto a ter uma doença crónica é parcialmente mediado pela falta de exercício físico, correspondendo a um valor de 14%, estatisticamente significativo. De forma semelhante, se se particularizar o impacto negativo de uma doença crónica (que se deva à falta de atividade física) a cada área considerada no HUI3, o estudo conclui que a falta de atividade física é responsável por 27% do impacto negativo causado pela doença crónica na área da mobilidade; 16% na área emocional e 12% das situações de dor. Estes efeitos indiretos da atividade física não foram observados, com valores estatisticamente significativos, nas áreas de destreza e cognição. Com estes últimos resultados, é possível concluir que uma atividade física com gastos energéticos de, pelo menos, 1000 Kcal/semana está associada a diminuição das limitações da mobilidade e da dor, assim como a aumento do bem-estar emocional. Neste contexto, a Tabela 14 mostra em que doenças crónicas, avaliadas no estudo, se verifica um impacto estatisticamente significativo da falta de atividade física no aparecimento de limitações na área da mobilidade, dor e bem-estar

emocional. De destacar que, na maioria das patologias analisadas, as limitações da mobilidade têm um contributo significativo da inatividade física.

TABELA 14 – PATOLOGIAS EM QUE SE VERIFICA IMPACTO SIGNIFICATIVO DA FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA NO APARECIMENTO DE LIMITAÇÕES NA ÁREA DA MOBILIDADE, DOR E BEM-ESTAR EMOCIONAL.

Limitações	Doenças Crónicas
Mobilidade	Patologia Respiratória Patologia Musculo-esquelética Patologia Cardiovascular Diabetes Mellitus AVC Patologia Urinária ou GI
Dor	Patologia Musculo-esquelética Patologia Cardiovascular Diabetes Mellitus Patologia Urinária ou GI
Bem-estar emocional	Patologia Musculo-esquelética Patologia Cardiovascular

Abreviaturas: AVC, acidente vascular cerebral; GI, gastrointestinal.

Para além dos importantes resultados já mencionados deste estudo, os autores puderam demonstrar outras 3 importantes conclusões. Primeiro, todas as doenças crónicas consideradas revelaram uma associação significativa com o aumento de limitações da mobilidade, dor e problemas emocionais, identificando pontos e áreas essenciais para possível intervenção preventiva. Segundo, indivíduos mais fisicamente ativos evidenciam menos limitações na mobilidade e menos dor em todas as doenças crónicas avaliadas, demonstrando-se o importante papel da atividade física na manutenção de bem-estar sanitário, mesmo no doente com *pluripatologia*. Terceiro, concluiu-se que o aumento da atividade física foi, também, associado ao aumento do bem-estar emocional e à diminuição de problemas cognitivos e limitações da destreza em algumas das doenças consideradas.



Em suma, o referido estudo foi o primeiro a analisar o impacto negativo de doenças crónicas na qualidade de vida, em idosos, que pode ser atribuído à inatividade física.

Apesar deste e outros estudos terem comprovado o benefício de uma atividade física adequada, outros trabalhos demonstram que indivíduos com comorbilidades crónicas têm um risco elevado de inatividade física<sup>97</sup> o que os coloca num risco acrescido para a aquisição de patologia crónica adicional. A relevância desta problemática é perfeitamente demonstrada por Booth FW *et al*<sup>91</sup>, que afirmam que a inatividade física é um dos principais fatores ambientais que contribuiu para o aumento substancial da incidência de patologia crónica, na segunda metade do século XX.

Face aos resultados e conclusões apresentados, depreende-se a importância de uma atuação específica e dirigida a esta problemática, no sentido de enfatizar, junto dos doentes, a necessidade da manutenção de uma atividade física adequada e regular como forma de atingir bem-estar físico e emocional, que torne o doente menos suscetível ao aparecimento de outro tipo de comorbilidades que possam agravar as condições clínicas já existentes. Contudo, outros estudos serão necessários para que se possa determinar quais os tipos de exercício e atividade física mais adequados à idade e à patologia específica de cada doente.<sup>92</sup>

### **2.3. DOR CRÓNICA**

Analisando este sintoma cardinal, vários estudos apontam que a dor é o motivo que mais frequentemente origina ida ao médico, sendo a principal justificação para a toma de medicação. Além disso, a dor constitui, ainda, a principal causa de incapacidade para o trabalho.<sup>98</sup> De facto, os números de vários estudos indicam que a dor crónica se define, atualmente, como um dos principais problemas de saúde pública. Só nos EUA cerca de 10% da população sofre de dor crónica severa e incapacitante,<sup>99</sup> o que corresponde a cerca de 100 milhões de americanos – mais

do total de indivíduos afetados por patologia cardíaca, cancro e diabetes.<sup>100</sup> Um relatório recente (2011) do Instituto de Medicina (IOM)<sup>100</sup> revelou que 80% dos doentes submetidos a uma cirurgia experimentam dor pós-operatória e destes cerca de 88% classificam essa mesma dor como moderada, severa ou extrema. Adicionalmente, 10 a 50% dos doentes com dor pós-cirúrgica virão a desenvolver dor crónica. O mesmo relatório afirma, ainda que 62% dos indivíduos institucionalizados sofrem de dor crónica e que cerca de 6 milhões de homens e mulheres americanos são acometidos por dor crónica neuropática.

No que diz respeito às estatísticas europeias, um estudo realizado por Harald Breivik *et al*<sup>101</sup>, em 2005, revelou que 19% dos 46 394 indivíduos de 15 países europeus e Israel sofrem de dor crónica moderada a severa, sendo a população mais idosa (> 60 anos) os principais afetados. Avaliando a duração da dor, o mesmo estudo mostra que apenas 12% dos indivíduos analisados apresentam uma dor crónica com duração inferior a 2 anos. Quase 60% têm dor desde há 2 a 15 anos e mais de 20% sofrem de dor há mais de 20 anos (Gráfico 4). Os autores avaliaram ainda a intensidade e a tolerância à dor através da aplicação de escalas de dor numeradas de 1 a 10 (em que 1 corresponde a ausência de dor e 10 à pior dor imaginada) e considerando quatro níveis de tolerância (Gráfico 5b). Pela observação do Gráfico 5a conclui-se que cerca de 66% dos indivíduos sofrem de dor moderada (classificação de 5 a 7 na escala de dor) e mais de 1/3 de dor severa (8 a 10 na escala de dor). Além disso, quase metade da população de estudo (46%) afirma ter dor constante. Do Gráfico 5b realça-se que mais de ¾ dos indivíduos revelam níveis de dor no limiar da tolerância.

## Doença Crónica: Iatrogenia, Limitações e Qualidade de Vida

GRÁFICO 4 – DURAÇÃO DA DOR CRÓNICA DE INTENSIDADE  $\geq 5$  NUMA ESCALA DE INTENSIDADE DE 1-10<sup>101</sup>

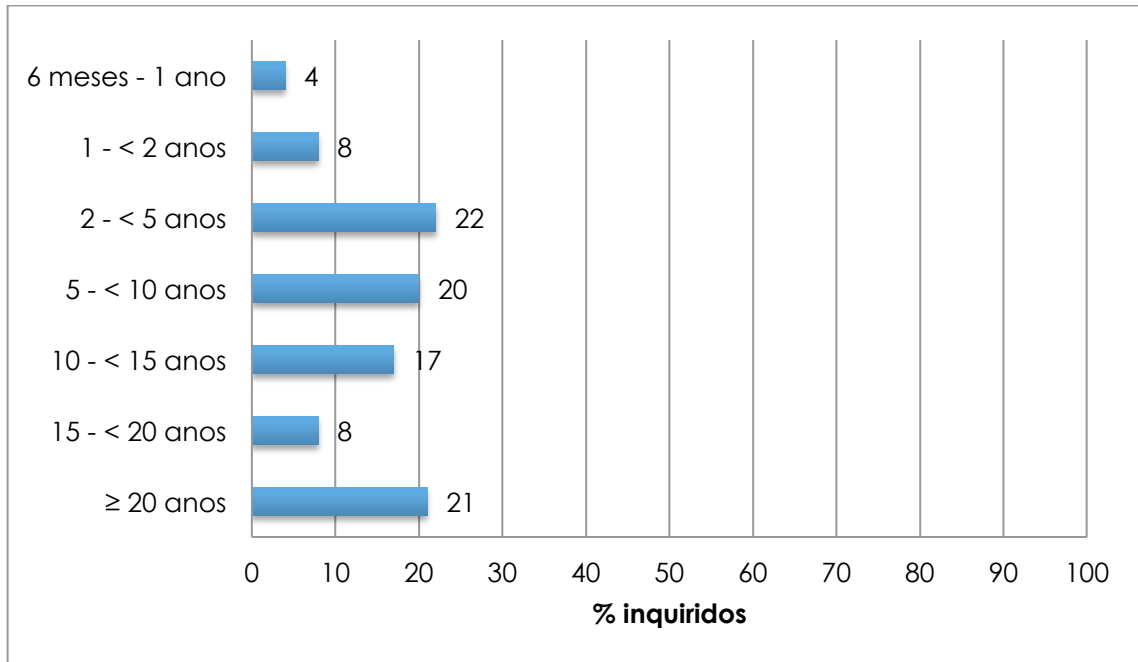


GRÁFICO 5A – % INQUIRIDOS QUE CLASSIFICARAM A DOR ENTRE 5-10 NUMA ESCALA DE 10 PONTOS<sup>101</sup>

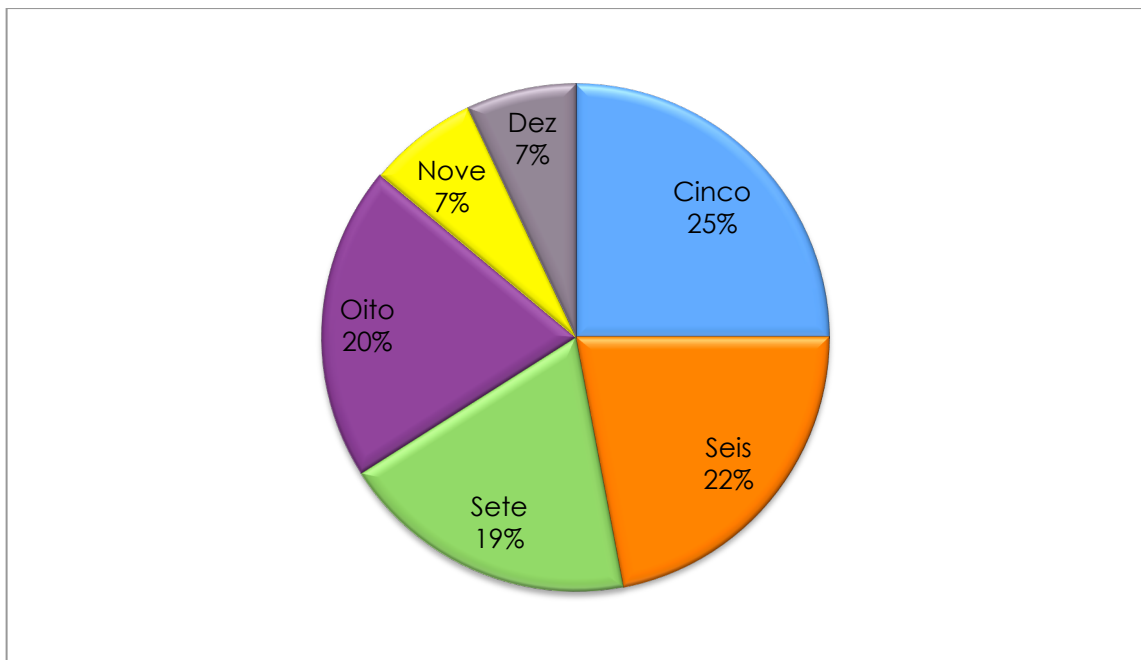
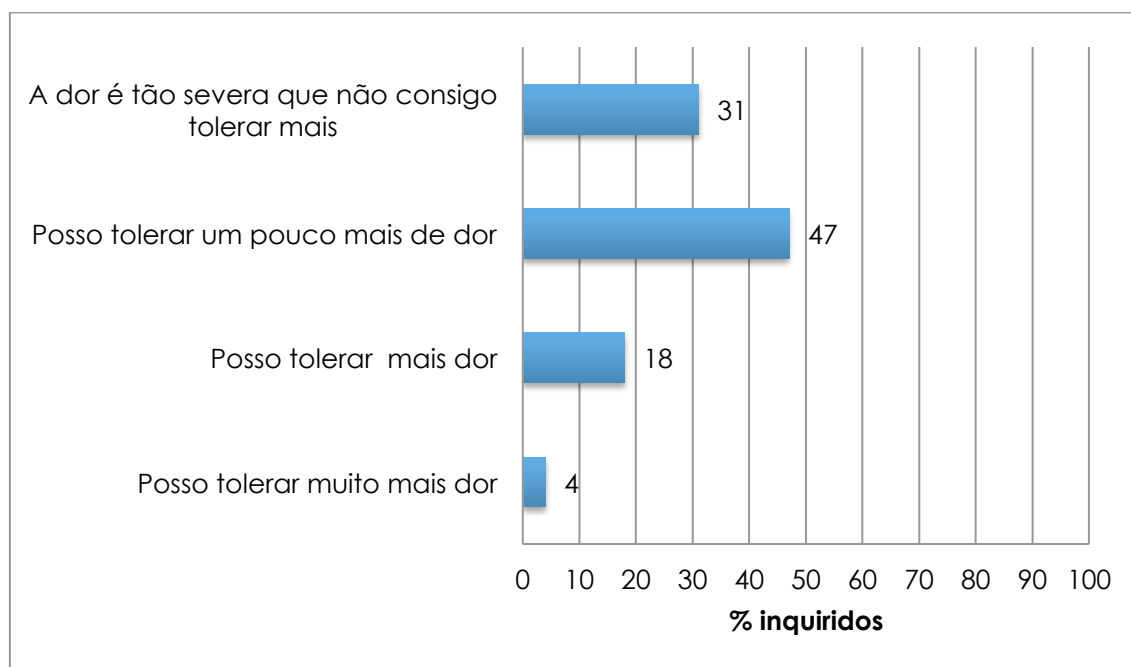


GRÁFICO 5B – NÍVEL DE TOLERÂNCIA PARA A MAIOR DOR<sup>101</sup>



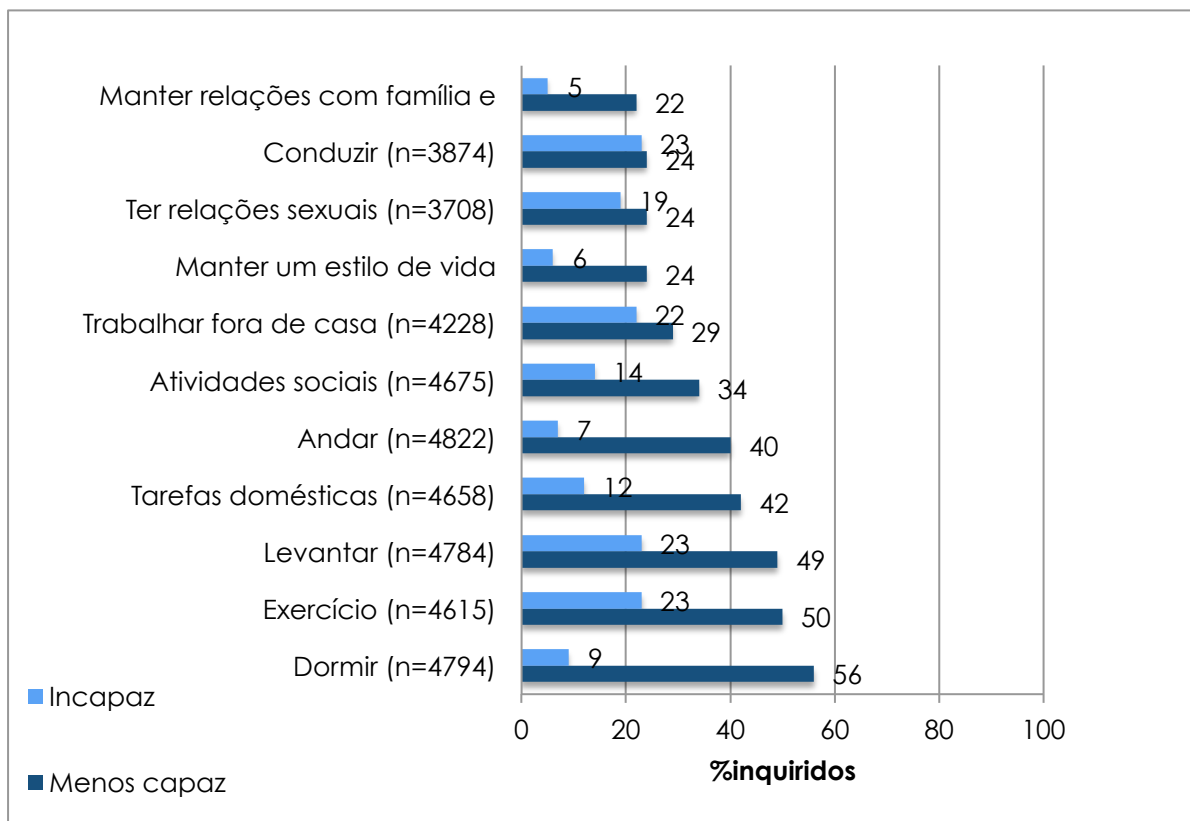
Os números apresentados confirmam que a dor crónica representa um desafio a nível mundial que requer mudanças e transformações culturais para o desenvolvimento de mais e melhores estratégias de prevenção, diagnóstico, tratamento e compreensão de todos os tipos de dor.

Apesar de representar um importante problema dos sistemas de saúde atuais, a dor constitui um sintoma de alarme que indica a presença de patologia que necessita de ser identificada e orientada da forma mais adequada possível. A dor pode ser classificada em aguda ou crónica. A dor aguda surge repentinamente, sendo o evento inicial facilmente identificável (fratura, cólica renal, apendicite, por exemplo) e onde o tratamento da patologia de base soluciona geralmente a situação. Contrariamente, a dor crónica reflete uma resposta de má adaptação que persiste ou recorre frequentemente durante 3 a 6 meses, de difícil tratamento e geralmente associada a lesões ou patologias sem resolução em que a melhoria é possível mas a cura é ilusória. Este tipo de dor reflete uma resposta patológica do sistema nervoso e constitui por si só uma doença. O grande

mistério da dor é a sua natureza subjetiva, isto é, um doente com determinada lesão pode não revelar qualquer tipo de dor, enquanto outro, exatamente com a mesma patologia, pode apresentar níveis elevados de dor. Além disso, doentes com o mesmo tipo de dor podem demonstrar respostas totalmente diferentes ao mesmo tratamento.<sup>98</sup> A dor pode estar associada a grande número de patologias cuja extensão e severidade influenciam o nível em que aquela ocorre. Contudo, outros fatores devem ser considerados no que diz respeito à perceção da dor incluindo: características genéticas; estado geral e comorbilidades; experiências anteriores de dor; sistemas de processamento cerebral, como emoções e pensamentos; assim como fatores sociais e culturais. Neste contexto, o risco para o desenvolvimento de dor aguda ou crónica é influenciado pela idade, raça, sexo, educação e até mesmo o meio social em que o indivíduo se insere (rural ou citadino).<sup>98</sup>

A dor crónica pode influenciar o doente sob o ponto de vista individual, social, cultural e económico. Na realidade, vários estudos comprovam que a dor acarreta sofrimento e limitações funcionais, estando frequentemente associada a: diminuição da capacidade física e psicológica, ansiedade, humor depressivo, insónia e fadiga. O estudo de Harald Breivik *et al.* afirma que muitos dos indivíduos com dor crónica são menos capazes, ou incapazes de todo, de desenvolver as suas atividades quotidianas. Os autores salientam que 79% dos indivíduos referem aumento da dor durante o dia como resultado das suas atividades. O Gráfico 6 ilustra, de forma clara, o modo como a dor crónica afeta severamente o sono, exercício físico, tarefas domésticas, atividades sociais, condução, atividade sexual e a manutenção de um estilo de vida independente com relações familiares saudáveis.

GRÁFICO 6 – IMPACTO DA DOR CRÓNICA NAS ATIVIDADES DIÁRIAS. <sup>101</sup>



O gráfico mostra a % de pessoas que são menos capazes ou incapazes de realizar atividades quotidianas.

Analisando o gráfico, conclui-se que cerca de  $\frac{2}{3}$  dos indivíduos em estudo são menos capazes ou incapazes de dormir por causa da sua dor, e cerca de metade consideram que a dor interfere com a capacidade de caminhar e realizar tarefas domésticas. Aproximadamente  $\frac{2}{5}$  relatam dificuldades respeitantes à sua vida sexual, sendo que  $\frac{1}{5}$  se sente desconfortável na relação com o cônjuge. Um terço afirma que se sentem menos capazes ou incapazes de manter um estilo de vida independente e  $\frac{2}{5}$  consideram que a sua dor suscita sentimentos de desesperança e sensação de incapacidade funcional. Os autores concluíram igualmente que 21% dos indivíduos em estudo desenvolveram diagnóstico de depressão devido à sua dor.

Considerando as repercussões económicas e sociais da dor, o estudo de Harald Breivik *et al.* concluiu que um em cada quatro doentes reconhece o impacto da sua dor no cargo profissional que desempenha. Cerca de  $\frac{1}{5}$  afirma ter perdido o emprego devido à dor, 16% mudaram de responsabilidades e 13% viram o seu cargo profissional completamente alterado (Gráfico 7). Este efeito da dor crónica na capacidade de trabalhar tem grandes implicações na economia da sociedade. Aliado à diminuição de produtividade está a diminuição das capacidades dos indivíduos que se vêem forçados a reduzir horas de trabalho ou, até mesmo, a desistir da sua atividade profissional.<sup>102</sup> Em prejuízo da economia, acresce ainda o peso das reformas antecipadas, dos subsídios por invalidez e outras formas de compensação social. A este efeito indireto da dor crónica na economia mundial, soma-se ainda o seu efeito direto no que concerne à sobreutilização dos serviços de saúde que se reflete no maior número de consultas médicas. De facto, o estudo de Breivik determinou que cerca de 60% dos indivíduos haviam tido duas a nove consultas médicas nos últimos seis meses devido à sua dor e 11% recorreram ao médico pelo menos dez vezes. A esta realidade somam-se, também, os casos de doentes que recorrem a mais do que um especialista, tal como comprova Breivik ao afirmar que 54% dos indivíduos em estudo consultaram dois a seis médicos diferentes nos últimos seis meses (Gráfico 8). Neste contexto, o relatório do IOM<sup>103</sup> afirma que 365 a 560 biliões de dólares são gastos anualmente nos EUA devido à dor crónica. Todavia, esta estimativa de custos exclui indivíduos institucionalizados, militares, crianças (<18 anos), gastos em cuidadores pessoais, perda de produtividade dos trabalhadores assim como os dispêndios inerentes ao rebate emocional. Em suma, para a sociedade, a dor está associada a biliões de dólares em perda de produtividade anual e em mais biliões em custos nos principais serviços de saúde.

GRÁFICO 7 – MUDANÇAS NA SITUAÇÃO PROFISSIONAL CAUSADAS PELA DOR CRÓNICA

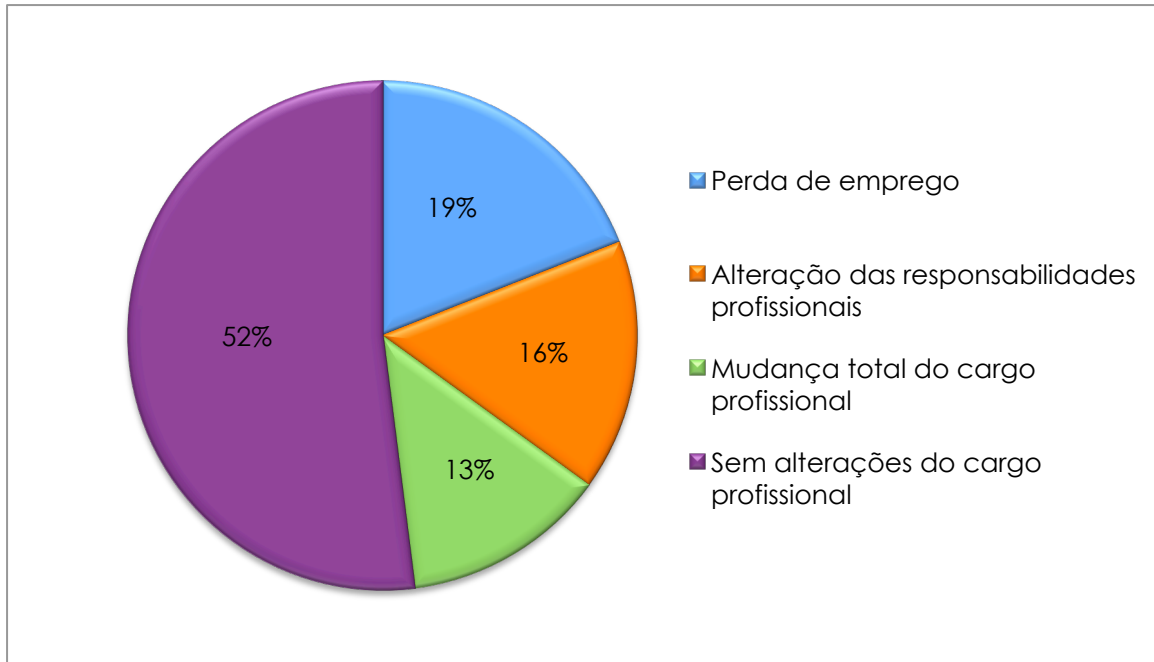
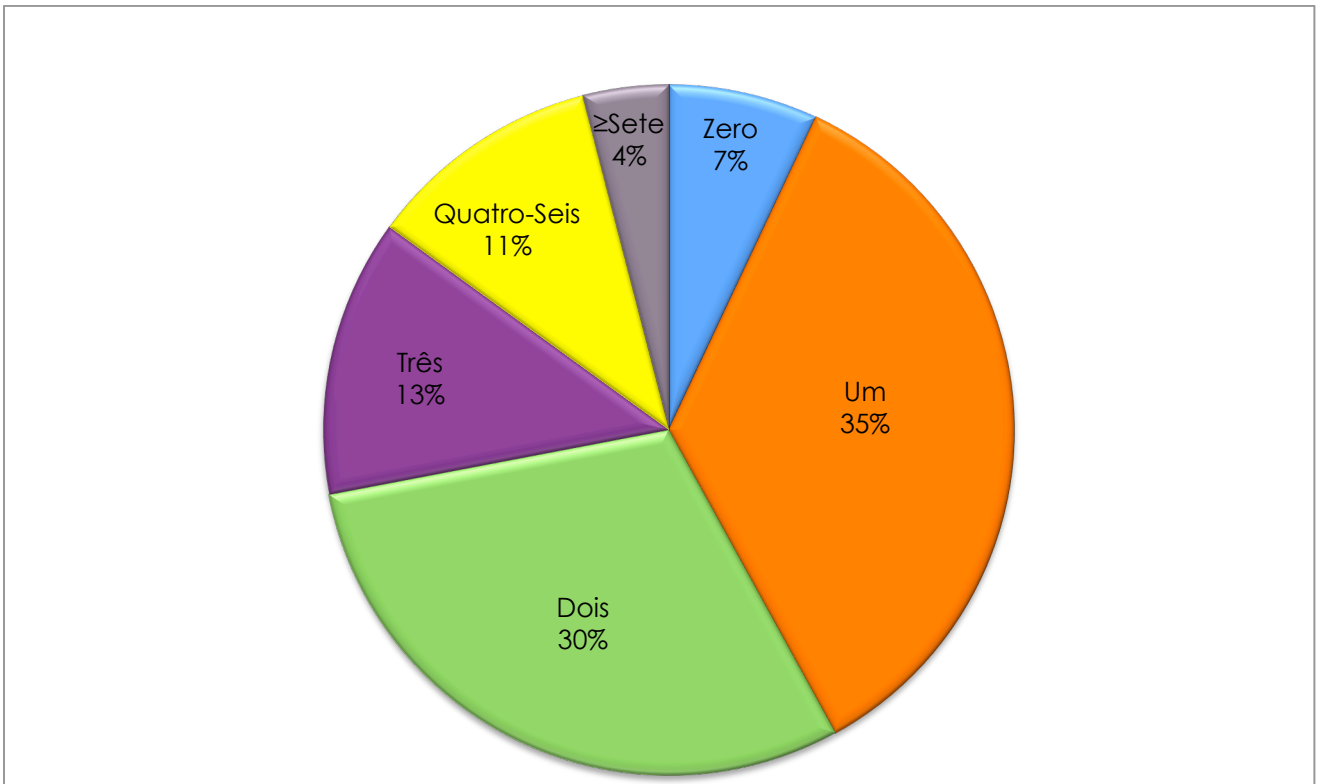


GRÁFICO 8 – NÚMERO DE ESPECIALISTAS A QUE OS INQUIRIDIDOS RECORRERAM<sup>101</sup>





Ao longo da vida, qualquer indivíduo está sujeito a sofrer de dor crónica, principalmente aqueles que são acometidos por patologias listadas na Tabela 15.

TABELA 15 – CAUSAS COMUNS DE DOR CRÓNICA<sup>98</sup>

• Migraíne e outro tipo de cefaleias	• Patologia musculoesquelética
• Artrite reumatóide e osteoartrite	• Herpes Zoster
• Fibromialgia	• Anemia Falciforme
• Cistite intersticial crónica	• Doença coronária
• Dor pós-traumática ou pós-cirurgia	• AVC
• Lombalgia crónica	• Diabetes

Abreviaturas: AVC, acidente vascular cerebral;

Pela observação da Tabela 15, constata-se que a dor pode surgir no decorrer de patologias que se adquirem com a idade (osteoartrite, por exemplo), por predisposição genética (migraíne e anemia falciforme, por exemplo), na sequência de trauma e/ou cirurgia ou ainda de condições crónicas como o cancro, patologia cardíaca e diabetes.

Pelo já exposto, torna-se evidente que todos os profissionais de saúde devem entender os profundos benefícios que o melhor tratamento da dor poderá trazer tanto aos indivíduos como às sociedades.<sup>98</sup> O estudo de Breivik afirma que 70% dos indivíduos com dor são seguidos pelo seu médico de família e apenas 2% recorrem a consultas da dor. Os médicos de cuidados primários devem ser os primeiros a reconhecer que a dor crónica constitui um sério problema de saúde que, como tal, deve ser caracterizado e valorizado de forma adequada, para que a melhor orientação possa ser oferecida. Quando não é possível identificar, à priori, a origem da dor, ou ainda que identificada o seu tratamento não seja viável, a dor e a incapacidade funcional que a mesma acarreta devem então ser vistos como os principais alvos terapêuticos. Deste modo, o alívio sintomático passa a ser o principal objetivo, ao invés da cura da patologia de base. É essencial

que os médicos de cuidados primários se mostrem capazes de minimizar as sérias consequências que advêm da patologia da dor, inculcando-se a tais profissionais a responsabilidade de agir em conformidade com as necessidades do doente. O desafio do médico de primeira linha será estabelecer a ligação entre os vários tipos de dor crónica mais comumente vistos na prática clínica, classificados de acordo com categorias patofisiológicas, e a terapia adequada, de forma a promover o alívio algico (Tabela 16).

TABELA 16 – TIPOS DE DOR CRÓNICA

<b>Dor nociceptiva</b>		Osteoartrite Cancro
<b>Dor neuropática</b>	Periférica	Neuropatia Diabética Lombalgia
	Central	Esclerose Múltipla Lesão da Medula Espinhal Dor pós-AVC Doença de Parkinson
	Periférica/Central	Nevralgia pós-herpética
<b>Dor indeterminada</b>		Migraine Fibromialgia Cistite intersticial crónica
<b>Condições combinadas de dor neuropática e nociceptiva</b>		Lombalgia crónica Cancro

Abreviaturas: AVC, acidente vascular cerebral;

Apesar da óbvia importância de uma atuação médica adequada, vários são os erros identificados na prática clínica. O estudo europeu de Breivik revela, assim, as principais lacunas nesta área. De facto,  $\frac{1}{5}$  dos indivíduos sente que o médico não vê a sua dor como um problema e aproximadamente a mesma proporção refere nunca ter sido questionada acerca da mesma. Embora as escalas de dor constituam um método reconhecido e validado para a monitorização da sua intensidade e da efetividade do tratamento, apenas 9% dos doentes afirmam que o seu médico recorreu a estas ferramentas para avaliação algica. Adicionalmente, 40% dos inquiridos referem

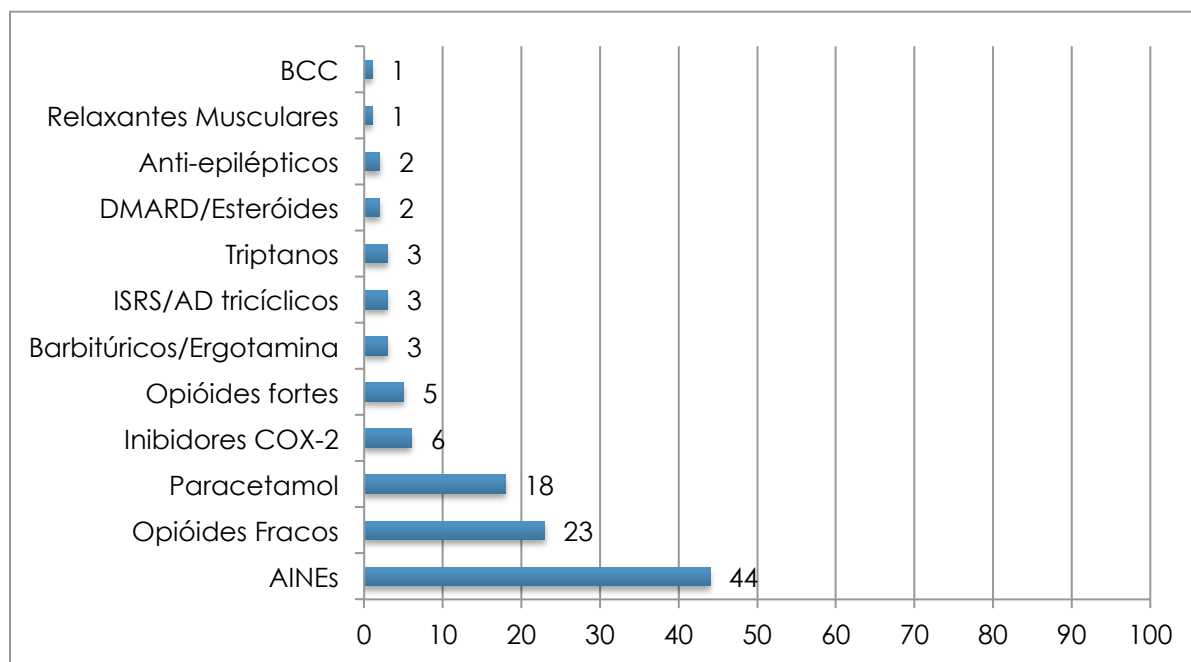
ser prioridade do médico o tratamento e resolução da patologia de base, colocando em segundo plano o alívio sintomático da dor. Neste contexto, compreende-se que cerca de 28% dos indivíduos acreditam que o médico não sabe como controlar a sua dor.

Relativamente ao tratamento da dor, o estudo de Breivik afirma que 70% dos indivíduos com dor crónica são tratados por métodos não farmacológicos, mais frequentemente terapia física, massagem e acupunctura. Apesar das abordagens multidisciplinares e as terapias cognitivas comportamentais terem demonstrado efeitos benéficos significativos na diminuição da dor crónica <sup>101</sup>, poucos indivíduos revelaram ser submetidos a este tipo de abordagens. Assim, facilmente se entende que este tipo de doentes opte, muitas vezes, pela toma de medicamentos não prescritos pelo médico. De facto, o mesmo estudo demonstrou que mais de  $\frac{1}{3}$  dos indivíduos tomou um ou dois medicamentos não prescritos pelo médico nos últimos seis meses. Destes, mais de metade optaram por AINEs, 43% por paracetamol e 13% por analgésicos opióides (codeína ou dihidrocodeína+paracetamol). Porém, quase 70% dos indivíduos que optaram por auto-medicação sentem que os fármacos escolhidos são pouco ou nada efetivos.

Considerando agora o tratamento medicamente prescrito, no mesmo estudo, cerca de  $\frac{1}{4}$  dos indivíduos que iniciaram a terapêutica acabaram por interrompê-la, citando razões como: demasiados efeitos secundários, medicação excessiva e/ou inefetiva e receio de adição/dependência. Dos doentes que iniciaram medicação analgésica prescrita pelo médico, cerca de 10% tomaram 4 ou mais fármacos para controlo da dor. Os fármacos mais frequentemente prescritos podem deprender-se pela observação do Gráfico 9, onde se destacam os AINEs, analgésicos opióides fracos e o paracetamol. De referir, ainda, que apenas 5% dos indivíduos tomam analgésicos opióides fortes. Adjuvantes como anti-epilépticos e antidepressivos tricíclicos são pouco utilizados (<5% das situações). Apesar de apenas 15 % dos

indivíduos afirmarem que a terapêutica medicamentosa é muito pouco, ou nada, efetiva para o alívio da dor, 64% dos doentes afirmam que existem alturas em que a terapêutica realizada não é suficiente para controlo ótimo, principalmente quando esta aumenta em associação com a atividade diária. Tendo em conta a satisfação global relativamente ao tratamento analgésico, 40% dos indivíduos do estudo de Breivik mencionam estar insatisfeitos com os resultados no alívio da sua dor.

GRÁFICO 9 – FÁRMACOS PRESCRITOS PARA O TRATAMENTO DE DOR CRÓNICA.<sup>101</sup>



Abreviaturas: BCC, bloqueadores dos canais de cálcio; DMARD, fármacos anti-reumáticos modificadores de doença; ISRS, inibidores seletivos da recaptção de serotonina; AD, antidepressivos; COX-2, cicloxigenase-2 ; AINEs, anti-inflamatórios não esteróides

Da análise efetuada depende-se que o estudo de Breivik demonstra as principais particularidades, angústias e problemas que envolvem o doente com dor crónica. Na Tabela 17

estão listadas as principais conclusões acerca das atitudes, crenças e sentimentos dos indivíduos, relativamente à sua dor, tratamento, relação com os outros e impacto na vida diária.

TABELA 17 - CONCLUSÕES ACERCA DAS ATITUDES, CRENÇAS E SENTIMENTOS DOS INDIVÍDUOS, RELATIVAMENTE À SUA DOR, TRATAMENTO, RELAÇÃO COM OS OUTROS E IMPACTO NA VIDA DIÁRIA.

<p><b>Atitudes e crenças relativamente ao tratamento da dor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quase 2/3 preocupados com possíveis efeitos secundários da medicação;</li> <li>• Mais de metade preferem tomar medicação para a sua patologia do que para a sua dor;</li> <li>• 40% revelam receio de adição à terapêutica farmacológica;</li> <li>• 40% confessam que gastariam todo o seu dinheiro no tratamento da dor se houvesse garantias de resultados eficazes</li> </ul>
<p><b>Atitudes e crenças acerca da sua dor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¾ consideram a dor como parte da sua condição patológica</li> <li>• Metade dos indivíduos sentem-se permanentemente cansado</li> <li>• 40% encaram a sua dor como geradora de limitações funcionais e de sentimentos de desesperança/inutilidade, impedindo, simultaneamente, a capacidade de concentração</li> <li>• Quase 1/3 refere que já esqueceram a sensação de estar sem dor</li> <li>• 16% confessam que por vezes a dor é tão forte, que preferiam morrer</li> </ul>
<p><b>Perceção dos indivíduos acerca das atitudes daqueles que os rodeiam, em relação à sua dor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cerca de 1 em cada 4 indivíduos sente que os seus colegas de trabalho, família e médicos não consideram a sua dor como um problema, não percebendo como os afeta negativamente.</li> </ul>

Os resultados apresentados por Breivik et al corroboram aquilo que muitos outros estudos vêm afirmando acerca desta temática: a dor crónica constitui um dos principais problemas de saúde atuais, afetando o indivíduo na sua esfera biopsicossocial e acarretando efeitos económicos devastadores, nas mais diversas sociedades. Todavia, apesar da importância irrevogável deste tema, a dor crónica continua a ser um problema de saúde subvalorizado, subdiagnosticado e subtratado. Deste modo, Russell Portenoy et al <sup>98</sup> afirmam que idosos, mulheres, crianças, indivíduos com baixo nível de instrução e doentes neoplásicos, cirúrgicos ou em fase terminal são os mais predispostos a uma abordagem terapêutica menos adequada ou eficaz. Os autores asseguram, ainda, que a combinação de um diagnóstico incerto com o estigma social que envolve o doente com dor, particularmente se não houver resposta à terapêutica, constitui uma importante

barreira à correta abordagem da dor crónica e persistente. Uma relação médico-doente saudável e adequada, que permita uma boa comunicação, assim como protocolos objetivos para o tratamento da dor, poderão constituir a chave para o atingimento de um tratamento eficaz, individual e direcionado que devolva ao doente a sua qualidade de vida nas várias esferas e circunstâncias de que esta depende.

Em suma, a dor crónica representa um problema mundial major, a nível social e individual, afetando negativamente aspetos essenciais à manutenção da qualidade de vida. O estudo europeu de Breivik revela conclusões assustadoras, concluindo que muitos dos doentes não recebem tratamento ou abordagens adequadas; experienciam múltiplas atitudes negativas por parte dos colegas de trabalho, família e do próprio médico; são alvo de isolamento social e evidenciam importantes limitações funcionais. A solução para esta problemática poderá partir da transformação de como a dor é percebida, avaliada e julgada, com o objetivo de aumentar o conhecimento acerca dos vários tipos de dor crónica, tendo em vista a otimização do seu diagnóstico, abordagem e tratamento. Para isso é necessário uma parceria mútua entre serviços de saúde primários e secundários e o desenvolvimento de equipas multidisciplinares capazes de abordar o doente nas suas muitas vertentes. Russell Portenoy *et al* afirmam, ainda, que o tratamento deste tipo de doentes poderá ser realizado no âmbito de cuidados primários, reservando os casos complexos e refratários a especialistas da dor.

A dor crónica deve ser reconhecida como uma entidade patológica, e não somente como sintoma, devendo ser tratada e valorizada como qualquer outra doença ou enfermidade.<sup>101</sup> Lidar com a dor representa ainda uma capacitação que o doente pode adquirir, de acordo com o seu médico e a equipa de saúde, na compreensão da família e cuidadores.

## **2.4. AUTO-ESTIMA E AUTO-IMAGEM**

Para compreender a problemática da auto-estima e auto-imagem no contexto do doente crónico é necessário definir auto-conceito, auto-estima e identidade social.

### **2.4.1. AUTO-CONCEITO, AUTO-ESTIMA E IDENTIDADE SOCIAL**

O auto-conceito inclui as perceções e crenças do indivíduo e dos outros, acerca das suas qualidades e fraquezas. Assim, o auto-conceito está intimamente relacionado com auto-estima e identidade própria.<sup>104</sup> De acordo com este raciocínio, auto-estima pode ser definida como um componente evolutivo do auto-conceito de um mesmo indivíduo. A auto-estima representa o grau de valorização que o indivíduo faz acerca das suas próprias qualidades e mais-valias, relativamente àqueles que o rodeiam. A auto-estima individual relaciona-se, deste modo, com o auto-conceito e com as perceções que os outros formulam em relação ao indivíduo: um auto-conceito negativo produz, naturalmente, efeitos negativos nos outros, pelo contrário, um auto-conceito que transmita positividade aumenta a probabilidade dos outros reagirem de forma positiva.<sup>104</sup>

O auto-conceito e a auto-estima, intimamente relacionados, contribuem para a definição de identidade social. Esta não é mais do que o auto-conceito que deriva da perceção dos membros de um determinado grupo social. Um mesmo indivíduo poderá ter diferentes identidades sociais, de acordo com o contexto social de um determinado momento, temporal e espacial. Quanto mais o indivíduo se identifica com os pressupostos do grupo social que integra, mais forte será a identidade social com esse mesmo grupo<sup>105</sup>. A identidade social tem um impacto crucial no indivíduo, podendo mesmo influenciar a sua forma de pensar, agir e sentir. Se um determinado indivíduo percebe o grupo social em que se insere de forma positiva, o sentimento de inclusão

resultante incrementa, em larga escala, o conceito de auto-estima. Por outro lado, percepções de exclusão de um determinado grupo social poderão ter um efeito oposto, afetando negativamente a auto-estima do indivíduo.

#### **2.4.2. AUTO-IMAGEM**

Auto-imagem é uma importante parte da definição de auto-conceito que envolve a imagem mental que um dado indivíduo gera do seu próprio corpo, considerando pressupostos como aparência, sexualidade e capacidade para executar determinadas tarefas físicas.<sup>104</sup> Contudo, Biori *et al*<sup>106</sup> afirmam que a percepção que cada indivíduo faz acerca do seu próprio corpo implica mais do que preocupações cosméticas. Assim, a auto-imagem influencia e é influenciada pela saúde do indivíduo, pelas relações íntimas e pessoais e pelo bom estado geral. É um reflexo do próprio indivíduo e de como este acredita que os outros o vêem.<sup>104</sup> Na Tabela 18 encontra-se um conjunto de fatores que influenciam o conceito de auto-imagem.<sup>104</sup>

TABELA 18- FATORES QUE INFLUENCIAM O CONCEITO DE AUTO-IMAGEM<sup>104</sup>

Sensações corporais
Expetativas socioculturais
Experiências de vida anteriores
Percepção individual do conceito de “atrativo”
Influências socioculturais
Fatores biológicos
Alterações da aparência
Alterações das capacidades
Estado Funcional
Papel social de acordo com o ciclo de vida



Da análise da Tabela 18 depreende-se que a doença crónica ou qualquer forma de incapacidade podem modificar a auto-imagem, requerendo uma alteração do auto-conceito de forma a acomodar as mudanças ocorridas. O grau desta mesma alteração é influenciado por vários fatores inerentes quer à patologia e ao indivíduo em si, como ao meio social envolvente. (Tabela 19). As alterações físicas que advêm da patologia crónica têm um impacto negativo na auto-estima do indivíduo doente influenciando interações sociais, a capacidade funcional e o sucesso a nível profissional.<sup>107</sup>

TABELA 19- FATORES QUE INFLUENCIAM O GRAU DE ALTERAÇÃO DA AUTO-IMAGEM<sup>104</sup>

Visibilidade da mudança
Rebate, em termos funcionais, da mudança
Velocidade a que a alteração se instalou
Importância da mudança física e/ou limitação da funcionalidade para o indivíduo
Reações dos outros (rebate social)

Muitos dos doentes crónicos experimentam mudanças e alterações que influenciam grandemente a imagem corporal e conseqüentemente a auto-estima. Estas transformações físicas que ocorrem com doenças crónicas graves, especialmente doenças auto-imunes, reumáticas e condições que provoquem dor crónica <sup>108</sup> podem ter conseqüências psicológicas devastadoras. Entre as alterações mais frequentes estão: mudança rápida de peso, limitação ou perda da mobilidade, limitação ou perda de controlo de funções corporais, mudanças na pele ou unhas (*rash* cutâneo, queda/deformidade do leito ungueal), queda de cabelo, deformidades articulares evidentes, entre outras.<sup>108</sup> As conseqüências que estas alterações acarretam na imagem variam de pessoa para

pessoa, dependendo do significado que cada mudança específica tem para cada doente em particular. Uma alteração considerada mínima para um indivíduo pode ser catastrófica para outro. É importante ressaltar que as mudanças não precisam de ser visíveis para alterar a auto-imagem. Mesmo lesões cutâneas cobertas pela roupa ou colostomias podem causar alterações muito significativas na auto-imagem e na forma como o indivíduo se sente no seu corpo, embora não sejam percebidas pelos outros.

### **2.4.3. ESTIGMA**

O estigma é um conceito social que geralmente se associa aos sentimentos de vergonha, culpa e desvalorização que um indivíduo experimenta em consequência da marginalização e rejeição por parte do meio social em que aquele se insere. O estigma social impede uma completa aceitação e integração do indivíduo, fazendo-o sentir-se diferente e deslocado do seu próprio meio. Embora o conceito seja universal, o seu grau e pressupostos variam de sociedade para sociedade, de acordo com o que cada uma considera ser o “normal”. Indivíduos que se desviem do estereótipo de normalidade são rotulados de “diferentes” e, como tal, menos desejados: são indivíduos estigmatizados.<sup>104</sup> Assim, indivíduos com doença crónica ou incapacidade experimentam, muitas vezes, um estigma social fruto de julgamentos e pressupostos errados. Recear que uma lesão eritematosa que decorre de um Lúpus Eritematoso Sistémico tem carácter contagioso ou demonstrar sentimentos de pena pelo doente oncológico são exemplos de estigmatização decorrente da ignorância das sociedades mas que gera discriminação, isolamento social, desvalorização e, por vezes, ameaças à segurança e ao bem-estar de indivíduos já por si fragilizados. Doentes crónicos continuam, assim, a vivenciar atitudes estigmatizantes em pleno século XXI. Os valores que as sociedades modernas defendem, como juventude, auto-suficiência

e produtividade constituem as principais barreiras àqueles considerados menos capazes e dependentes, em maior ou menor grau. Denota-se assim o impacto no auto-conceito e na auto-estima destes doentes formando-se obstáculos que os impedem de atingir o seu potencial máximo. Esta dificuldade em manter as capacidades funcionais implica, muitas vezes, a rejeição, por parte do doente crónico, da sua patologia ou défice. Neste ponto, a idade avançada poderá ser um problema adicional para a aceitação da doença e a manutenção da capacidade funcional. A recusa em aceitar a própria patologia, como forma de evitar o estigma social, pode acarretar consequências nefastas pela má adesão à terapêutica, que levará ao agravamento do estado de saúde, formando-se um ciclo vicioso difícil de quebrar.

O estigma social afeta não só o indivíduo doente mas também os membros da sua família que podem igualmente experimentar isolamento social e discriminação.<sup>104</sup> Além do comprometimento das estratégias de *coping*, que a família pode desenvolver com o doente, as inter-relações familiares podem ser enfraquecidas, gerando-se sentimentos desestabilizadores que agravam o impacto psicológico que a doença, por si só, já induz no indivíduo.

Em suma, apesar de qualquer indivíduo estar sujeito ao desenvolvimento de patologia, aqueles que experimentam as alterações de uma doença crónica estão especialmente predispostos à estigmatização social. Ao mesmo tempo que a patologia, em si, desencadeia um impacto negativo no auto-conceito, estes indivíduos experienciam situações como dor, desconforto, mudanças de imagem e perda de controlo do seu próprio corpo. Adicionalmente, o estigma social que advém de condições crónicas sérias pode levar a importantes alterações da auto-estima e auto-imagem. Tanto a experiência física da doença como o estigma que esta acarreta podem culminar em efeitos psicológicos negativos. (Tabela 20)

TABELA 20- EFEITOS PSICOLÓGICOS NEGATIVOS QUE ADVÊM DAS MUDANÇAS NA AUTO-IMAGEM E DO ESTIGMA SOCIAL INERENTE.<sup>108</sup>

<b>Sentimentos de Medo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rejeição</li> <li>• Perda de controlo sobre o próprio corpo e estado emocional</li> <li>• Exposição de assuntos da esfera privada</li> </ul>
<b>Integração Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em manter interações sociais “normais”</li> </ul>
<b>Perda de Auto-estima</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimento de diferença, deficiência ou pouco atrativo.</li> </ul>

Ajudar e fomentar a adaptação dos indivíduos doentes à sua condição patológica, integrando as principais mudanças num novo conceito de auto-imagem e auto-estima, poderá constituir um ponto de partida para a aceitação da doença e para a conseqüente reestruturação da vida diária que implicará uma redução do impacto negativo no indivíduo.

## **2.5. AUTONOMIA – RELAÇÃO COM O CUIDADOR E MEIO SOCIAL**

O desenvolvimento de doença crónica ou qualquer outro tipo de incapacidade física pode originar enormes mudanças na vida dos indivíduos. Considerando o adulto, podemos identificar vários tipos de patologia crónica frequentemente associados a défices funcionais/incapacidade física, tais como: doenças musculoesqueléticas (osteoartrite e artrite reumatóide, por exemplo), lombalgia crónica, patologia cardíaca isquémica e problemas do foro respiratório (DPOC, por exemplo). A ocorrência deste tipo de patologias é frequentemente considerada como um sinónimo de deterioração, diminuição da competência, aumento das necessidades e dor física ou emocional. Poderá ser difícil desempenhar determinadas atividades ou papéis sociais, havendo dependência de terceiros. Planos futuros poderão necessitar de ajustamento, tornando-se um verdadeiro desafio a preservação da auto-determinação. Indivíduos com doença crónica são obrigados a uma negociação constante da sua autonomia na realização de atividades diárias e na relação com os seus familiares, amigos e sociedade.<sup>109</sup> Vários estudos anteriores comprovaram e

identificaram as principais ameaças à autonomia, tais como: declínio funcional, institucionalização, atitude paternalista por parte dos profissionais de saúde, atitude negativista do doente e falta de clarificação de objetivos, aspirações e propósitos de vida.<sup>109</sup> A perda de independência física tem importantes consequências a nível individual, económico, social e político<sup>110</sup>, tal como se pode observar na Tabela 21.

TABELA 21- CONSEQUÊNCIAS DA PERDA DE INDEPENDÊNCIA FÍSICA<sup>110</sup>

<b>Nível individual</b>	Impacto no bem-estar psicológico e na qualidade de vida
<b>Nível económico</b>	Diminuição de oportunidades de emprego Abandono prematuro da atividade laboral Diminuição do rendimento mensal
<b>Nível social</b>	Estigma social e marginalização
<b>Nível político</b>	Não cumprimento de direitos pessoais Diminuição ou inexistência de oportunidades Atitudes discriminatórias

De acordo com Feinberg,<sup>111</sup> um indivíduo diz-se autónomo se for detentor de virtudes como autenticidade, identificação, iniciativa e auto-responsabilidade. O autor define, neste contexto, um conjunto de 3 pré-requisitos nos quais assenta o conceito de autonomia. Primeiro, exige-se que o indivíduo possua a capacidade de auto-governança, o que implica aptidão para fazer escolhas racionais. Segundo, o indivíduo deve ser soberano na sua autoridade. Por último, são necessárias oportunidades para que o indivíduo possa exercer a sua autonomia. A patologia crónica pode afetar um ou mais dos pré-requisitos de autonomia mencionados. Assim, doenças como Alzheimer e AVC podem afetar a capacidade intelectual, sendo que o doente pode experienciar dificuldade em definir o que é melhor para si, assim como dificuldade em transmitir os seus desejos aos outros. Dor e fadiga podem, igualmente, afetar a capacidade de tomar decisões. Além disso, o direito a uma autoridade soberana pode ser alterado se a capacidade legal do indivíduo doente for questionada ou se este for submetido a regulamentação restrita de

determinadas instituições. No que respeita às oportunidades, estas podem diminuir como resultado da doença e/ou da organização social, do ambiente em que o indivíduo se insere, que pode não ter em consideração as necessidades de elementos com patologia crónica.

### **2.5.1. AUTONOMIA DECISIONAL VS AUTONOMIA EXECUTIVA**

Tendo em conta o já exposto, pode afirmar-se que a patologia crónica pode afetar a autonomia individual, implicando alterações na capacidade de tomar decisões (autonomia decisional) e/ou na competência para as executar (autonomia executiva).

Apesar de influenciada por fatores físicos, a capacidade para tomar decisões é geralmente considerada uma capacidade mental. Crianças e doentes com patologias do foro mental são os indivíduos vulgarmente considerados com limitação da capacidade decisional. Contudo, doentes com importante patologia crónica física (infecção por HIV, neoplasia em estadio avançado, AVC, doença de Parkinson e esclerose múltipla, por exemplo) considerados, na maioria das vezes, mentalmente competentes, podem desenvolver limitações na capacidade de tomar decisões relativamente à sua vida diária e ao seu tratamento médico.<sup>112</sup> A patologia crónica pode, neste sentido, ser verdadeiramente incapacitante para o indivíduo, originando problemas na cognição, distúrbios da realidade, restrições da mobilidade, diminuição dos níveis de energia, tanto pela doença em si, como por exigências do tratamento. Considerando este impacto negativo que qualquer patologia crónica acarreta num dado indivíduo, a sua classificação como capaz ou incapaz está comumente a cargo daqueles que o rodeiam, tendo em conta uma série de avaliações normativas e morais. O facto de um indivíduo ser acometido por determinado tipo de patologia não o torna necessariamente incapaz de tomar decisões, quer sejam de índole terapêutica ou pessoal. Contudo, existe uma constante e permanente tendência para desvalorizar a

capacidade de um doente crónico decidir por si mesmo, principalmente aqueles com malformações externas consideráveis ou com limitações funcionais importantes.<sup>112</sup> No sentido de travar esta tendência deve perceber-se que o grau de (in)capacidade decisional não é totalmente definido pela presença de determinada disfunção física e/ou mental, devendo considerar-se, de igual forma, fatores situacionais e inerentes ao próprio indivíduo. Desta forma, a capacidade de decidir pode variar ao longo do tempo e de acordo com características específicas do doente, estando dependente de decisões, em particular, que têm de ser tomadas: um indivíduo pode ser capaz de tomar determinado tipo de decisões mas revelar-se incompetente para optar numa outra situação particular.

No que concerne à terapêutica o médico deve estar alerta para comportamentos incongruentes com o tratamento implementado, uma vez que estes podem refletir duas situações: uma recusa autónoma das recomendações médicas ou o resultado de um prejuízo significativo da autonomia decisional, que necessita de ser identificado e orientado da melhor forma possível, evitando consequências para o próprio doente.<sup>113</sup>

Mesmo revelando uma capacidade decisional intacta, o indivíduo pode ter um comprometimento muito significativo da sua autonomia se se verificar uma diminuição substancial da capacidade e competência para desenvolver e executar tarefas – alterações na autonomia executiva. O doente pode ser capaz de participar em decisões complexas, acerca de objetivos e processos terapêuticos, mas ser física ou cognitivamente incapaz (e muitas vezes não ciente dessa incapacidade) de participar na implementação do plano de tratamento.<sup>113</sup> Doentes com autonomia decisional plena podem, mesmo assim, ter de enfrentar barreiras físicas, incluindo estado funcional e outras comorbilidades; cognitivas, como estados depressivos e de maior ansiedade; sociais e educacionais que os impedem de levar a cabo tarefas mais ou menos complexas,<sup>113</sup> como as

relacionadas com o esquema terapêutico implementado. Melhorar o conhecimento e manuseamento destes fatores poderão constituir formas de fomentar a competência executiva e, como tal, aumentar o respeito pela autonomia individual no âmbito dos cuidados em patologia crónica. Assim sendo, sempre que o médico se depare com exacerbações frequentes da patologia crónica em causa, eventos adversos medicamentosos, flutuações agudas do estado funcional, tal como outros indicadores de não aderência à terapêutica (principalmente em doentes motivados), deve avaliar e aferir possíveis problemáticas inerentes tanto à autonomia decisional, como executiva.<sup>113</sup> A Tabela 22 mostra, de acordo com a teoria de ação autónoma de Faden e Beauchamp (1986), as dimensões da autonomia decisional e executiva, que o médico deve avaliar, tendo em conta 3 aspetos inerentes ao indivíduo doente: compreensão, intencionalidade e voluntariedade. Sem uma correta apreciação clínica de ambos os tipos de autonomia, a aderência à terapêutica pode estar comprometida, dificultando a evolução favorável do doente crónico. O clínico não deve esquecer, na sua avaliação, que ambos os componentes que constituem a autonomia individual são fortemente influenciados por processos quer biológicos, quer psicológicos, a que o médico deve aceder constantemente, de forma a encontrar défices e alterações que possam comprometer a continuidade do tão desejado sucesso terapêutico.



TABELA 22- DIMENSÕES DA AUTONOMIA DECISIONAL E EXECUTIVA DE ACORDO COM A TEORIA DE AÇÃO AUTÓNOMA DE FADEN E BEAUCHAMP (1986)<sup>113</sup>

Autonomia Decisional	Autonomia Executiva
<b>Compreensão</b>	
Compreensão das circunstâncias e factos que envolvem a decisão terapêutica	Compreensão do tipo de tarefas necessárias para a execução do tratamento
Noção das consequências pessoais que determinada escolha terapêutica acarreta	
Aptidão racional para escolher uma versus outra opção	
<b>Intencionalidade</b>	
Capacidade para fazer e expressar uma escolha	Identificar estratégias e opções para a implementação do plano
Elaboração de um plano terapêutico	Executar estratégias e fazer adaptações nas mudanças de circunstâncias
<b>Voluntariedade</b>	
Ações livres de coação externa	Ações livres de coação externa
	Ações não desencadeadas ou inibidas por obstáculos intrínsecos ao indivíduo

### 2.5.2. DEPENDÊNCIA E INDEPENDÊNCIA

Os conceitos de dependência e independência são multidimensionais e determinados pelos mais diversos fatores.

Vários autores têm vindo a definir o conceito de dependência, concluindo que esta se trata de uma incapacidade funcional para o desenvolvimento de determinadas tarefas, agravada pelo diminuído acesso a recursos e que culmina num permanente estado de necessidade. Outros autores afirmam, ainda, que para além da dificuldade em planear e/ou executar certas tarefas, o conceito de dependência engloba, também a dificuldade em estabelecer relações sociais, auto-suficiência económica e um bem-estar psicológico.<sup>110</sup> A dependência está, desta forma, relacionada com sentimentos negativos de desesperança, diminuição do poder social, necessidade

e incompetência. Pelo contrário, o conceito de independência está intimamente relacionado com sentimentos positivos de autonomia, escolha, controlo e auto-governança.<sup>110</sup> Este conceito coloca ênfase nas características pessoais, como auto-regulação, controlo e capacidade/oportunidade para fazer escolhas acerca de aspetos importantes da vida. As oportunidades em vários domínios são, para muitos autores,<sup>110</sup> cruciais para a definição de um estado de independência, correspondendo a atividades recreativas e hobbies, oportunidades de socializar com outros, assim como possibilidade de participar em atividades religiosas ou culturais. A definição de independência acarreta ainda a habilidade para construir e desenvolver planos e objetivos futuros, sem interferência de terceiros.

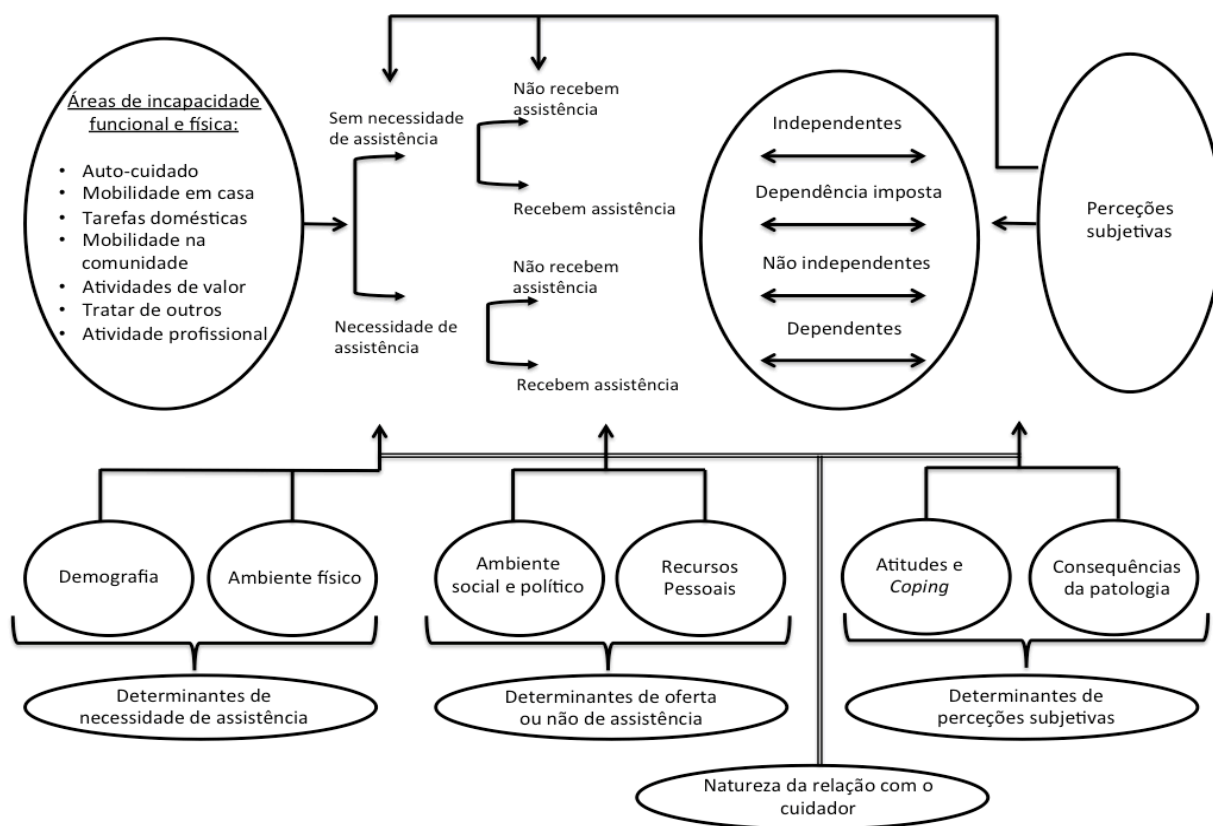
Esta dicotomia, e quase antagonismo, dos conceitos de dependência versus independência pode desencadear, de acordo com alguns autores erros na abordagem ao doente idoso com patologia crónica.<sup>114</sup> Desta forma, sugere-se que os indivíduos sejam identificados como dependentes em determinados aspetos da vida e independentes em outras áreas ou então classificados como interdependentes nos vários domínios do dia-a-dia. Assim, a ocorrência de défice funcional leve a moderado acarretará, não um conceito absoluto de dependência mas uma nova forma de interdependência.

#### **2.5.2.1 MODELO CONCEPTUAL DE DEPENDÊNCIA E INDEPENDÊNCIA**

Tal como se pode constatar, as definições anteriormente apresentadas de dependência/independência simplificam o conceito de autonomia, reduzindo-o praticamente à capacidade de executar (ou não) tarefas e à necessidade (ou não) de receber assistência de terceiros. Contudo, a patologia e o défice funcional afetam o indivíduo na sua esfera biopsicossocial, acarretando problemas e limitações que podem abarcar os vários domínios da vida. Como tal, os conceitos de dependência/independência, e consequentemente o de autonomia,

devem considerar as mudanças e alterações nas diversas áreas que definem o indivíduo como um todo. Monique Gignac e Cheryl Cott <sup>110</sup> definiram um modelo conceptual de dependência e independência (Figura 2) que considera a autonomia (ou falta dela) no doente crónico tendo em conta níveis de dependência, áreas de incapacidade funcional/física, percepções subjetivas, determinantes de dependência e natureza da relação com os cuidadores.

FIGURA. 2 - MODELO CONCEPTUAL DE DEPENDÊNCIA E INDEPENDÊNCIA DE MONIQUE GIGNAC E CHERYL COTT <sup>110</sup>



### A) NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA

Pela análise do referido modelo conceptual, pode observar-se que, tendo em conta a necessidade e a recetividade efetiva de assistência, o indivíduo pode ser classificado como independente, com dependência imposta, como não independente ou como dependente.

A dependência imposta diz respeito a situações em que o doente crónico é capaz de efetuar determinada tarefa mas que recebe assistência de outrem para o fazer. Este tipo de situações reforça a dependência do indivíduo e pode ser efetuada tanto por instituições (lares, por exemplo) como pela sociedade em si. Não podemos esquecer neste contexto os sobrecuidados e a sobreproteção que os familiares e outro tipo de cuidadores podem exercer sobre o doente, acabando por oferecer mais assistência do que aquela que este realmente precisa. Neste âmbito, temos ainda de considerar a dependência que o doente pode impor voluntariamente a si próprio (auto-imposição). O doente procura assistência para tarefas que ele ainda consegue executar mas que teme deixar de o poder fazer, pretendendo o adiamento desta situação. Chama-se a isto auto-regulação da dependência, isto é, os doentes procuram assistência para tarefas como a lide doméstica, no sentido de poupar energia para outras situações que lhes dêem mais prazer. Este tipo de atuação pode mesmo constituir uma resposta adaptativa em que o indivíduo, voluntariamente, opta por dependência em certas áreas de forma a manter total independência noutras.

Quando o doente tem dificuldade em desenvolver e executar certas tarefas, mas não recebe qualquer assistência ou a necessária para o fazer, diz-se não independente. A assistência pode não ser oferecida por não estar disponível ou porque o indivíduo prefere não a receber. Além disso, os indivíduos podem procurar assistência mas encontram dificuldade no esclarecimento acerca dos serviços e programas disponíveis e adequados e da melhor forma de lhes aceder. Adicionalmente, a assistência pode estar disponível para determinadas tarefas mas ser inviável para muitas outras, principalmente no que concerne a hobbies e atividades de lazer. Apesar destas últimas constituírem atividades de valor, são muitas vezes ignoradas pelos outros, por as considerarem desnecessárias ou pouco importantes para a manutenção da funcionalidade diária. Contudo, as

consequências da perda deste tipo de atividades para o indivíduo doente podem ser avassaladoras no que diz respeito ao sentimento de (in)dependência do mesmo. Na Tabela 23 encontram-se listadas algumas das estratégias que este tipo de indivíduos adota no sentido de ultrapassar o obstáculo da ausência de assistência adequada, com o intuito de manter um sentimento de controlo da situação e, como tal, de algum grau de independência. Em alguns casos, o doente pode compensar estas dificuldades em realizar determinada atividade, optando por desistir ou diminuir a frequência da mesma. Se a atividade não tiver para o doente um valor significativo, é pouco provável que o nível de independência/dependência seja grandemente afetado. Porém, para aqueles que abdicam de atividades e oportunidades que consideram importantes o resultado será uma grande perda de independência. Posto isto, conclui-se que o nível de independência/dependência física de um indivíduo não se define unicamente pela necessidade e recetividade de assistência, mas também pela natureza da tarefa ou atividade em questão, assim como a valorização que esta tem para o indivíduo.<sup>110</sup> Por conseguinte, esta valorização depende de valores e atitudes individuais, estratégias de *coping*, normas culturais e valores sociais e políticos.

TABELA 23- ESTRATÉGIAS QUE O DOENTE ADOTA NO SENTIDO DE ULTRAPASSAR O OBSTÁCULO DA AUSÊNCIA DE ASSISTÊNCIA, TENTANDO MANTER ALGUM GRAU DE INDEPENDÊNCIA

<b>Preservação da atividade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituição da atividade pretendida por uma semelhante que sirva o mesmo propósito (por exemplo, tomar duche em vez de banho)</li> </ul>
<b>Ajuste da duração e frequência da atividade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O indivíduo pode calendarizar a altura mais conveniente do dia para executar determinada tarefa, realizando-a apenas quando se sentir bem para isso</li> <li>• Realização da atividade com menor frequência e menor duração</li> </ul>
<b>Modificação da forma como a atividade é executada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercício da atividade com maior precaução</li> <li>• Planeamento de tarefas com antecipação de problemas e respetivas soluções</li> <li>• Descanso intermitente durante a atividade de forma a evitar a dor ou a incapacidade</li> </ul>

## B) ÁREAS DE INCAPACIDADE FUNCIONAL/FÍSICA

O modelo conceptual de Monique Gignac e Cheryl Cott <sup>110</sup> analisa também os níveis de autonomia de acordo com várias áreas do dia-a-dia de qualquer indivíduo, dividindo-as em 7 domínios: auto-cuidado, mobilidade em casa, tarefas domésticas, mobilidade na comunidade, atividades de valor, tratar de outros e atividade profissional. Na Tabela 24 estão identificados exemplos de tarefas de cada um destes domínios. De notar que a inclusão de atividades de valor neste modelo, revela a importância e impacto que este tipo de tarefas possui no bem-estar e autonomia do doente. De facto, quanto maior for a interferência da patologia, em termos funcionais, neste tipo de atividades, menor será o bem-estar individual e maior a perceção de perda de independência, por parte do doente.

TABELA 24- TAREFAS INCLUÍDAS EM CADA UMA DAS ÁREAS DE INCAPACIDADE FUNCIONAL/FÍSICA. <sup>110</sup>

Áreas de Incapacidade Funcional/Física	Exemplos de Tarefas
<b>Auto-cuidado</b>	Atividades de vida diária como comer, beber, realização da higiene pessoal, vestir, usar a casa-de-banho, etc.
<b>Tarefas Domésticas</b>	Preparação de refeições, limpeza da casa, tratar do jardim/quintal, fazer compras, etc.
<b>Mobilidade em Casa</b>	Levantar e deitar na cama; sentar e levantar de cadeiras e sofás; deambular pela casa; descer e subir escadas; etc.
<b>Mobilidade na Comunidade</b>	Sair de casa; entrar e sair do carro; usar outros tipos de transporte como autocarros e comboios; deambular em áreas cobertas (edifícios) ou abertas.
<b>Atividades de Valor</b>	Atividades de lazer; hobbies; socialização com outros; atividades de entretenimento em casa (ver televisão, ouvir música, por exemplo); viajar por prazer.
<b>Tratar de Outros</b>	Prestar assistência a idosos, crianças ou outros indivíduos dependentes, geralmente familiares
<b>Atividade Profissional</b>	-----

Considerando estes 7 domínios, conclui-se que um mesmo indivíduo pode ser simultaneamente dependente nalgumas áreas da sua vida e completamente autónomo (independente) na realização de outras tarefas diárias. Além disso, a natureza das atividades influencia fortemente o nível de dependência do indivíduo. Por exemplo, atividades no domínio do auto-cuidado e mobilidade em casa são geralmente consideradas essenciais e necessárias para a manutenção de funcionalidade diária. Assim, dificuldades neste tipo de tarefas não podem, de todo, ser ignoradas ou desvalorizadas, quer pelo cuidador ou pelo próprio doente, isto é, se um indivíduo necessita de assistência, normalmente recebe-a, tornando-se dependente. Além disso, a sobrevalorização da dependência neste tipo de tarefas também é incomum, principalmente por parte do doente, pelo que, quando não há necessidade de assistência, na maioria das vezes esta não é imposta e o indivíduo continua independente. Desta forma, pode afirmar-se que no âmbito de auto-cuidado e mobilidade em casa verificam-se menos situações de não independência ou de dependência imposta.

Já no que respeita a atividades de valor, a natureza das tarefas torna menos provável a oferta de assistência por parte de outros, pelo que situações de dependência imposta e de dependência são menos prováveis de ocorrer do que situações de independência ou não independência.

A mobilidade na comunidade coloca, pelo contrário, problemas de não independência, com alguma frequência. Muitas vezes, indivíduos com doença crónica e incapacidade funcional adiam, até ao limite, o pedido de ajuda a familiares ou outros cuidadores, no sentido de sair de casa e movimentar-se na sociedade. O doente acaba por receber pouca ou nenhuma assistência de que realmente necessita. Adicionalmente, muitos indivíduos desconhecem ou não têm acesso a serviços adequados, na maioria das vezes por défices económicos.<sup>110</sup>

Relativamente às tarefas domésticas, é expectável que vários níveis de dependência possam ocorrer. As pessoas podem desenvolver as atividades da lide doméstica sem necessidade de ajuda, sendo independentes, ou com necessidade e respetiva oferta de assistência, tornando-se dependentes nesta área. Contudo, muitos indivíduos podem realmente requerer assistência na execução de tarefas domésticas, mas esta não ser corretamente oferecida, criando-se uma situação de não independência. Neste caso, o doente tem de procurar novas formas de cumprir as mesmas tarefas, passando por cozinhar refeições pré-preparadas, realizar tarefas com menor frequência (limpeza da casa, por exemplo) ou até mesmo deixar de cumprir certas atividades (passar a ferro, tratar do jardim, etc.). Antagonicamente, amigos e familiares podem forçar o doente crónico a aceitar ajuda e assistência para tarefas domésticas, alegando dificuldade na sua realização, dificuldade essa que na realidade não existe. Este estado de dependência imposta pode ser tolerado tanto pelo prestador de cuidados como pelo doente mas, noutros casos, este último pode encarar a assistência de forma negativa e desnecessária, gerando mal-estar emocional e agravando a sensação de perda de autonomia.

O nível de incapacidade que certo indivíduo detém determina, inevitavelmente, a sua capacidade para cuidar e tomar conta de outros, como idosos ou crianças, habitualmente membros da família. Se um doente possuir limitações no âmbito do auto-cuidado e na mobilidade em casa, certamente será difícil que esse mesmo doente seja capaz de assistir outros indivíduos. Porém, se as limitações se restringirem a atividades de valor ou a mobilidade na comunidade, é possível que estes indivíduos se mantenham capazes de prestar alguma assistência a outros, nomeadamente na realização de tarefas domésticas, por exemplo. Esta possibilidade poderá gerar no indivíduo um sentimento de maior utilidade e, por isso, de maior autonomia e independência.



Trabalhar ou possuir uma atividade profissional envolve muito mais do que remuneração e não implica, necessariamente incentivos financeiros.<sup>104</sup> Para muitos indivíduos, a atividade profissional constitui parte da sua identidade e revela-se um propósito de vida e importante meio de interação social. O exercício de atividade laboral possibilita, então uma sensação de contribuição e auto-realização, constituindo um propósito de vida, indispensável para muitos. Neste contexto, a perda ou diminuição da capacidade para trabalhar acarreta mais do que a quebra de rendimentos, conduzindo, também à privação de um papel social e de sentimentos como auto-realização, utilidade e contribuição. O impacto que as dificuldades neste domínio têm no indivíduo doente justifica, plenamente, que a procura de assistência e ajuda nesta área seja consistentemente recusada e adiada. Logicamente, situações de dependência imposta são raras, neste domínio. Infelizmente, situações de dependência no que diz respeito à atividade profissional são, igualmente pouco frequentes.<sup>110</sup> Apesar de se verificar o aumento da necessidade de assistência para o trabalho em si em doentes crónicos com limitações nesta área, a assistência adequada raramente é oferecida. Assim, a entidade empregadora prefere aguardar até que o indivíduo se veja obrigado a abandonar a sua atividade profissional, a menos que seja possível efetuar mudanças fáceis e pouco dispendiosas. O grau com que a doença crónica afeta a capacidade de o indivíduo desempenhar o seu trabalho regular, depende de um grande conjunto de fatores, desde as características limitadoras da patologia em si até a particularidades do acesso ao local de trabalho. Neste sentido, podem ser identificados inúmeros obstáculos que dificultam a prática de uma atividade profissional sem alterações, entre os quais: natureza do trabalho em si, nomeadamente no que concerne às exigências físicas que este pode acarretar; atitudes e reações por parte de colegas e outros trabalhadores; condições de acesso e transporte para o local de trabalho; existência de problemas legais relativamente à entidade empregadora; necessidade de

tratamentos ou consultas médicas frequentes, assim como o estado psicológico e emocional do indivíduo em si. Na Tabela 25 expõem-se algumas soluções necessárias para diminuir as limitações e dificuldades nesta área.

TABELA 25 - SOLUÇÕES NECESSÁRIAS PARA DIMINUIR AS LIMITAÇÕES E DIFICULDADES NA ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL <sup>110</sup>

<b>Fomentar o cumprimento de legislação específica</b>	Acessos facilitados para indivíduos portadores de incapacidade física, materiais adaptados, etc.
<b>Alterações nas condições de trabalho</b>	Permissão de horário laboral flexível e adaptado às necessidades do doente
<b>Trabalho partilhado ou em part-time</b>	Permite que indivíduos com limitações e défices de energia, mantenham o seu emprego

### C) PERCEÇÕES SUBJETIVAS

Apesar de muitos efeitos da patologia crónica na autonomia individual serem perfeitamente objetiváveis, muitos outros aspetos podem depender da subjetividade inerente quer ao doente em si, quer ao cuidador e a todos aqueles que o rodeiam. A classificação do nível de independência/dependência de um indivíduo é influenciada, desta maneira, por perspectivas subjetivas do mesmo, dos seus cuidadores e da sociedade ou meio cultural em que se insere. Neste ponto, é interessante notar que indivíduos que recebem assistência substancial da parte de outros podem continuar a manter uma sensação de relativa independência, caso essa mesma ajuda provenha de familiares próximos, como o cônjuge, por exemplo. Denota-se, desta forma, que a natureza das relações influencia a perceção que o indivíduo tem da sua própria autonomia: a ajuda recebida de um familiar próximo é muito diferente da recebida de um cuidador contratado para tal. Quando a assistência vem de um cuidador mais distante, em termos de interrelações, o

indivíduo tem tendência a melhor aperceber-se das mudanças e alterações que a sua patologia acarretou, convencendo-se de uma maior dependência.

As percepções subjetivas de independência/dependência variam de acordo com os domínios discutidos anteriormente. Por exemplo, mesmo que o indivíduo receba pouca assistência no domínio do auto-cuidado, a importância deste tipo de tarefas na definição de autonomia abarca uma percepção significativa de perda de independência, ainda que seja necessária apenas ajuda mínima. A mesma necessidade de assistência num outro qualquer domínio, já poderá condicionar menor percepção de perda de independência. A área da atividade profissional revela algumas particularidades, uma vez que dificuldades neste âmbito poderão trazer fortes percepções subjetivas de dependência económica, mais do que de dependência física.

Pelo já exposto, deve salientar-se que o nível de dependência ou independência de um indivíduo está diretamente relacionado com aquilo que ele considera mais importante para a sua vida e que lhe traz melhor bem estar biopsicossocial.

#### D) DETERMINANTES DE DEPENDÊNCIA

Da análise da Figura 2 pode observar-se que as autoras do modelo conceptual identificam variáveis e determinantes que têm impacto direto na independência/dependência do indivíduo. Estas variáveis agrupam-se de acordo com a sua interferência a três níveis: necessidade de assistência, oferta de assistência e percepções subjetivas de dependência/independência.

Considerando as primeiras, e no que respeita ao ambiente físico que rodeia o doente, a simples presença de escadas pode definir uma barreira física que implica a necessidade de assistência no indivíduo previamente saudável, mas que agora possui determinada incapacidade física advinda

de qualquer patologia crónica. Na Tabela 26 encontram-se outros exemplos de barreiras físicas que podem acarretar a necessidade de assistência ao doente.

TABELA 26 – BARREIRAS FÍSICAS QUE PODEM ACARREAR A NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA AO DOENTE.<sup>110</sup>

Acesso a transporte
Tipo de habitação em que o indivíduo reside
Facilidade no acesso à comunidade
Clima
Impossibilidade de conduzir
Habitções que requerem constante manutenção
Dificuldades de acesso em casa, como escadas
Climas rigorosos com nevões frequentes

Informações demográficas como o nível de incapacidade funcional de um doente crónico, a presença de complicações agudas e/ou outras comorbilidades crónicas, o grau de dor e a idade constituem igualmente determinantes da necessidade, ou não, de assistência por parte dos indivíduos doentes.

A um outro nível, o ambiente político e social, assim como os recursos pessoais, constituem variáveis que determinam se um dado indivíduo recebe efetivamente assistência. O ambiente político considera os serviços, oportunidades, compensações e programas que os diversos sistemas políticos nacionais oferecem aos seus doentes para que estes tenham acesso ao maior e mais adequado nível de assistência, de acordo com as suas necessidades. O ambiente social desempenha um papel muito importante no bem-estar do indivíduo, já que este é definido pela auto-perceção do envolvimento nas relações e atividades pessoais, familiares, de grupo e de comunidade.<sup>104</sup> O bem-estar social baseia-se na satisfação emocional ao realizar experiências sociais que integram o indivíduo no grupo a que pertence. A doença crónica leva frequentemente

a uma alteração deste *status* social, com desvalorização das atividades e relações interpessoais e com consequente isolamento social. Este isolamento poderá então constituir um obstáculo à receção da ajuda ou assistência necessárias, agravando-se a sensação de dependência e perturbando-se o bem-estar do indivíduo. A patologia crónica surge com importantes alterações na vida do indivíduo e da sua família. Assim, o impacto das necessidades de uma só pessoa pode ser facilmente tolerado por outros ou, antagonicamente, interferir com as suas exigências. As consequências de dar e receber assistência para a relação entre um indivíduo e o cuidador e para o bem-estar do primeiro vão, deste modo, certamente variar. Exemplificando, um indivíduo pode receber ajuda e além de um sentimento aumentado de dependência, pode sentir-se deprimido, desesperado e pouco satisfeito com a sua relação com o cuidador. Pelo contrário, um outro indivíduo pode sentir igual grau de dependência ao receber a mesma assistência, mas simultaneamente sentir-se agradecido, capacitado para outras tarefas e satisfeito com a relação estabelecida com o seu cuidador. Finalmente, educação, possibilidades económicas e conhecimento dos melhores serviços são outro tipo de recursos, só ao alcance de alguns, que facilitam o acesso a assistência de maior qualidade.

Por último, tal como referido anteriormente, a subjetividade da perceção individual de dependência/independência está então relacionada com variáveis psicológicas como estratégias de *coping*, avaliações, atitudes e recursos, que por sua vez são determinados tanto por normas culturais como por valores sociais. Consequentemente, auto-eficácia, crenças e expetativas positivas em relação ao auto-controlo dos eventos diários estão associados a um sentimento de maior independência. Pelo contrário, expetativas futuras negativas, receios, angústia, baixo auto-controlo e auto-eficácia, sentimentos de desesperança, baixa energia e poucas estratégias de *coping*, estarão definitivamente associadas a sentimentos de maior dependência.

### *D1) Natureza da Relação com os Cuidadores*

O modelo conceptual considera ainda a interferência da natureza da relação com o cuidador como importante ponto de influência, tanto a nível da necessidade e receptividade efetiva de assistência, como a nível das percepções subjetivas. Vários estudos anteriores concluem que o doente crónico recebe mais assistência de familiares próximos do que de amigos ou cuidadores de serviços especializados. Os familiares podem então funcionar como a principal fonte de suporte para o indivíduo fragilizado por qualquer patologia crónica. A família constitui-se como uma rede social da qual deriva a identidade de um indivíduo e por quem este nutre fortes laços afetivos. Apesar de cada indivíduo perceber a família de uma forma única, esta geralmente constitui uma fonte de proteção, cuidados, suporte, socialização e amor.<sup>104</sup> Cada elemento do agregado desempenha um papel importante na dinâmica familiar, sendo uma peça crucial para a manutenção da funcionalidade diária.

A doença crónica ou qualquer tipo de incapacidade física acarretam o mesmo nível de impacto emocional e económico tanto na família como no indivíduo. Assim sendo, as reações familiares à doença podem ser muito semelhantes àquelas que o indivíduo experiencia, tais como: choque, negação, raiva, culpa, ansiedade e depressão. Mais uma vez, tal como o indivíduo doente, a família necessita de fazer adaptações, ajustamentos e alterações nos papéis coletivos e individuais. A forma como a família se adapta à nova situação é essencial e influencia grandemente o comportamento subsequente do indivíduo à sua própria patologia.<sup>104</sup>

O agregado familiar constitui, então, o principal cuidador do indivíduo doente, pelo que as suas ações e formas de agir acabam por influenciar grandemente a capacidade funcional do doente. O modo como o agregado fomenta a continuidade da autonomia, revela aceitação/rejeição da patologia e ainda, promove a *compliance* terapêutica são “pontos-chave” da interferência da

família na dinâmica da doença. A família atua muitas vezes como advogado de defesa do doente, envolvendo-se ativamente com os profissionais de saúde e mostrando-se extremamente eficaz na obtenção de serviços e informação adequada para o seu familiar doente. Assim, quando o principal prestador de cuidados é um familiar muito próximo, o indivíduo pode manter sensação de relativa independência, apesar de esta situação constituir fonte de *stress* e até perda de autonomia e liberdade para o cuidador. Os membros familiares podem então revelar fadiga e cansaço, graças à responsabilidade e tarefas extra que lhes são exigidas, culminando no inevitável recurso a serviços formais de prestação de cuidados. Apesar da utilização destes serviços constituir uma possível resolução do problema do cuidador, agrava a situação do doente que passa a receber um tratamento, na maioria das vezes, despersonalizado e que implica um aumento da percepção de dependência com consequente perda de autonomia. É contudo interessante notar que, quando o doente paga pela prestação de serviços (como ajuda nas tarefas domésticas, por exemplo), mantém um controlo sobre a frequência e o grau de ajuda que recebe. Podemos assim referir-nos, nestes casos, a um certo grau de manutenção de independência, uma vez que é o próprio doente que define as áreas ou domínios em que recebe assistência e a frequência com que esta ocorre.

Apesar dos obstáculos que as famílias têm de enfrentar, equipamentos especiais podem ser fulcrais para a manutenção da qualidade da relação entre o cuidador e o doente. Uma grande variedade de ferramentas e soluções - mencionados na Tabela 27 - estão disponíveis no sentido de ajudar o doente nos mais diversos domínios anteriormente referidos. O recurso a este tipo de ferramentas permite que o doente possa continuar a realizar determinadas tarefas, diminuindo a necessidade de assistência por parte de outros: a diminuição do nível de dependência em relação

aos outros acompanha-se de sensação de controlo da *performance* ao realizar certas atividades, aumentando a percepção de independência e, portanto, de autonomia.

Para além das vantagens que o ambiente familiar pode oferecer ao indivíduo com doença crónica, por vezes este também pode ser fonte de sentimentos negativos e que interferem com a aceitação da patologia. A perda do sentimento de normalidade familiar acarreta um forte desejo de retorno à vivência antes da patologia, experimentando sentimentos de desapontamento quando há consciencialização da irreversibilidade da situação. Tal como os indivíduos, as famílias têm diferentes recursos e apoiam-se quer nas experiências anteriores de vida, quer nas personalidades individuais de cada elemento. As exigências à família são várias e de índole diversa, desde prestação de suporte emocional até cuidados físicos, supervisão, transporte ou toda uma variedade de serviços que a condição do familiar acarreta. O nível de cuidados que o doente requer pode levar a família ao limite, culminando em sentimentos de frustração e exaustão. Poderá ser necessária uma completa remodelação dos papéis familiares, para que a melhor adaptação possa ser feita, permitindo uma evolução o mais harmoniosa possível para o doente. O médico deve interferir no sentido de identificar os principais obstáculos e problemas, atuando precocemente pelo bem maior, tanto do doente como da família em si.



TABELA 27 – FERRAMENTAS E SOLUÇÕES IMPORTANTES NOS VÁRIOS DOMÍNIOS E ÁREAS DE POSSÍVEL DIFICULDADE.<sup>110</sup>

<b>Áreas de Incapacidade Funcional/Física</b>	<b>Exemplos de Ferramentas ou Soluções</b>
<b>Auto-cuidado</b>	Ferramentas auxiliares para apertar botões (“buttonhooks”); calçadeiras longas que evitam a necessidade de agachamento; colocação de barras de apoio na casa de banho, essencialmente na banheira; cadeiras para o banho; etc.
<b>Tarefas Domésticas</b>	Ferramentas que auxiliam a abertura de frascos; eletrodomésticos sofisticados (raladores e descascadores automáticos, trituradores de alimentos, etc.) ou o simples micro-ondas podem diminuir os obstáculos.
<b>Mobilidade</b>	Canadianas; cadeiras-de-rodas; andarilhos; “scooters”; etc.
<b>Atividades de Valor</b>	Adaptação de ferramentas e equipamentos para atividades de jardinagem, bricolage e bordados; recurso a carrinhos de golfe para a prática do desporto; utilização de almofadas adaptadas sempre que participam em atividades com necessidade de permanecer muito tempo sentado (cinema ou teatro, por exemplo).
<b>Atividade Profissional</b>	Ferramentas de escrita adaptadas; dispositivos para auxílio na acuidade visual e auditiva, associados a softwares especializados; acessórios de computador específicos.

## CONCLUSÃO

---

Com esta abordagem podemos concluir que a doença crónica, principalmente no idoso, constitui uma das grandes problemáticas das sociedades e sistemas de saúde atuais. A análise deste assunto requer investigações e estudos adicionais que permitam maior e melhor caracterização das suas particularidades, de forma a que soluções eficazes possam ser encontradas. Trata-se de um problema que deve ser abordado sobre diversas perspetivas, no sentido de analisar as inúmeras vertentes que o definem. De facto, a iatrogenia e as limitações abordadas ao longo deste trabalho constituem apenas uma pequena parte das reais dificuldades que um doente crónico atravessa no seu dia-a-dia. Dificuldades essas que o médico deve saber identificar e orientar de forma eficaz e dirigida ao doente em causa.

O trabalho elaborado permitiu concluir que a incidência de EAM aumenta consideravelmente na população com mais de 65 anos de idade tratada em ambulatório, sendo que parte significativa destes eventos são potencialmente preveníveis. Esta realidade é facilmente justificada pelo aumento progressivo da população idosa mundial, principalmente nos países desenvolvidos, em paralelo com o conseqüente aumento da prevalência de patologia crónica. Adicionalmente, este grupo etário reúne um conjunto de fatores de risco que predispõem à ocorrência e desenvolvimento de doença iatrogénica, tais como: *polipatologia*, *polimedicação*, baixa *compliance* terapêutica, fragilidade, apresentação atípica de doenças, síndrome geriátrica, consulta de vários clínicos de diferentes especialidades, etc. Verificou-se ainda que os fármacos mais frequentemente envolvidos na doença iatrogénica refletem a patologia e a medicação mais comuns no seio da população idosa. Os erros ocorrem com maior frequência nas fases de monitorização e prescrição e os EAM mais registados são os do foro gastrointestinal, alterações eletrolíticas/renais e hemorragia. A análise da doença iatrogénica revela-se, deste modo,

extremamente importante no sentido de fomentar a aplicação de estratégias, já existentes, que minimizem a ocorrência de determinados erros ou de incentivar o desenvolvimento de novas ferramentas que melhorem a abordagem ao doente, diminuindo os casos de prescrição inapropriada e, conseqüentemente, de doença iatrogénica na população idosa com comorbilidades crónicas.

As limitações, tanto sob a forma de condicionantes físicas como psicológicas, acarretam no doente crónico um forte impacto negativo que além de agravar as conseqüências diretas da patologia em si, gera alterações nos mais diversos domínios: pessoal, familiar, social, cultural e económico. A depressão e ansiedade estão, de forma bidirecional, relacionadas tanto com o desenvolvimento precoce de patologia médica crónica, como com a severidade e agravamento dos sintomas médicos que dela decorrem. No sentido de travar esta tendência, é essencial melhorar o reconhecimento e tratamento da depressão e ansiedade no âmbito de doentes com comorbilidades crónicas. Relativamente à mobilidade, o presente trabalho permitiu concluir que certas características clínicas de determinadas patologias crónicas correlacionam-se, significativamente, com alterações dos parâmetros físicos dos indivíduos doentes, que devem constituir pontos de atuação para o desenvolvimento de estratégias preventivas. Além disso, a diminuição da atividade física, principalmente no idoso, contribui para o agravamento do impacto negativo de múltiplas patologias crónicas em diversas áreas que definem o bem-estar biopsicossocial e qualidade de vida dos indivíduos doentes. Analisando a dor crónica, os trabalhos consultados permitem concluir que este sintoma representa um problema sanitário major, tanto a nível individual como social. O seu manuseamento e abordagem estão longe de ser os adequados, tornando-se necessário investir no sentido de tornar os profissionais de saúde mais aptos a lidar com este tipo de doentes e capazes de lhes oferecer a melhor orientação possível, de

acordo com as suas especificidades. Pôde também verificar-se que todo o indivíduo que padeça de patologia crónica está sujeito a alterações da auto-estima, auto-imagem e auto-conceito, mesmo que as alterações ocorridas não sejam aparentemente visíveis. A estigmatização social, que muitas vezes coexiste, agrava sobremaneira a dificuldade de aceitação da patologia crónica, interferindo com a reabilitação e adaptação às novas condições. Por último, o comprometimento da autonomia pode ser uma das problemáticas mais importantes que o doente crónico tem de enfrentar. O modelo conceptual analisado revela os principais pontos de atuação no sentido de minimizar os efeitos da perda de independência, que pode advir com qualquer patologia crónica. Coloca-se ênfase na relação com o cuidador (geralmente familiar próximo), assim como no meio social que constituem a rede de suporte com influência direta no doente.

Muito mais seria possível dizer acerca dos desafios a que a doença crónica geralmente conduz. Outros estudos serão necessários no intuito de entender e melhor clarificar as verdadeiras complicações que este tipo de comorbilidades pode trazer, tanto ao indivíduo, como aos seus familiares e meio social envolvente. Este claro entendimento e compreensão, que permita a construção de uma abordagem cada vez mais individualizada, só será possível quando se compreender que não existem dois doentes iguais. Na verdade, cada indivíduo é único, único nas suas escolhas, valorizações, reações, desejos, exigências ou estratégias adaptativas. É precisamente esta especificidade que o médico deve avaliar, adivinhando as reais necessidades e problemáticas do doente que tem à sua frente e definindo estratégias e soluções que impliquem melhoria direta nos parâmetros de qualidade de vida com maior significado para esse mesmo indivíduo. A qualidade de vida deve então ser encarada como um primordial direito do doente que acarrete um dos mais nobres deveres médicos: o dever de *Em todas as circunstâncias (...)*

exercer *a arte* de praticar Medicina *com pureza e honestidade* tendo sempre e somente *em mira o proveito dos doentes* (in Juramento de Hipócrates).

## BIBLIOGRAFIA

---

1. DGS. Definição de Doença Crónica 2012 *in* pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf
2. Organization WH. Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. 2005:33-45.
3. Organization WH. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases. A comprehensive approach. 2007:1-4.
4. Faden AI. Iatrogenic illness. An overview with particular reference to neurologic complications. *Neurologic clinics*. Feb 1998;16(1):1-8.
5. Sharpe VA, Faden AI. *Medical harm : historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness*. Cambridge ; New York, NY, USA: Cambridge University Press; 1998.
6. Permpongkosol S. Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. *Clin Interv Aging*. 2011;6:77-82.
7. Batavia AI, Batavia M. Disability, chronic condition, and iatrogenic illness. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. Jan 2004;85(1):168-171.
8. Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care*. 2002(11):76-80.
9. Fetter M. The role of patients and families in reducing medical errors. *Medsurg Nurs* 2001(10):163-164.
10. Mitty E. Iatrogenesis, frailty, and geriatric syndromes. *Geriatric nursing*. Sep-Oct 2010;31(5):368-374.
11. Menten J. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. *New York: Springer Publishing Company*. 2008;3rd ed. :369-390.
12. Health Do. An Organisation with a Memory. *London: HMSO*. 2000.
13. Schneeweiss S, Hasford J, Gottler M, Hoffmann A, Riethling AK, Avorn J. Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. *European journal of clinical pharmacology*. Jul 2002;58(4):285-291.
14. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. Jul 5 1995;274(1):29-34.
15. Sheldon T. Dutch doctors call for action on drug safety. *Bmj*. Dec 16 2006;333(7581):1238.
16. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *The New England journal of medicine*. Apr 17 2003;348(16):1556-1564.
17. Cresswell KM, Fernando B, McKinstry B, Sheikh A. Adverse drug events in the elderly. *British medical bulletin*. 2007;83:259-274.
18. Gandhi TK, Burstin HR, Cook EF, et al. Drug complications in outpatients. *Journal of general internal medicine*. Mar 2000;15(3):149-154.
19. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. Mar 5 2003;289(9):1107-1116.
20. Avorn J, Shrank WH. Adverse Drug Reactions in Elderly People: A substantial cause of preventable illness. *Bmj*. Apr 26 2008;336(7650):956-957.

21. Ungureanu G, Alexa ID, Stoica O. [Iatrogeny and the elderly]. *Revista medico-chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Iasi*. Oct-Dec 2007;111(4):803-810.
22. Francis D. Want to know more: Iatrogenesis. *New York: Hartford Institute for Geriatric Nursing*. 2005.
23. Lowe C, Raynor D. Intentional non-adherence in elderly patients: fact or fiction? *Pharm J*. 2000;265:19-20.
24. Pacala J. Prevention of iatrogenic complications in the elderly. *Geriatrics*. 2009.
25. Center SE. Patterns of medication use in the United States. *Slone survey*. 2006.
26. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society*. Aug 1997;45(8):945-948.
27. Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. Jul 27 1994;272(4):292-296.
28. Goldberg RM, Mabee J, Chan L, Wong S. Drug-drug and drug-disease interactions in the ED: analysis of a high-risk population. *The American journal of emergency medicine*. Sep 1996;14(5):447-450.
29. DeJong G. Primary care for persons with disabilities. An overview of the problem. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. May-Jun 1997;76(3 Suppl):S2-8.
30. Gans BM, Mann NR, Becker BE. Delivery of primary care to the physically challenged. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. Dec 1993;74(12 Spec No):S15-19.
31. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England journal of medicine*. Feb 7 1991;324(6):377-384.
32. Dunbar-Jacob J, Erlen JA, Schlenk EA, Ryan CM, Sereika SM, Doswell WM. Adherence in chronic disease. *Annual review of nursing research*. 2000;18:48-90.
33. Morley J. Frailty: management and treatment.
34. Wallace M, Fulmer T. Fulmer SPICES: an overall assessment tool for older adults. *Try This No. 1. New York: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing*. 2007.
35. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *Bmj*. Mar 18 2000;320(7237):745-749.
36. Hoff T, Jameson L, Hannan E, Flink E. A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors, and patient safety. *Medical care research and review : MCRR*. Mar 2004;61(1):3-37.
37. Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *The American journal of medicine*. Aug 1 2000;109(2):87-94.
38. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evidence report/technology assessment*. 2001(43):i-x, 1-668.
39. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Lancet*. Jul 14 2007;370(9582):173-184.
40. Hamilton HJ, Gallagher PF, O'Mahony D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC geriatrics*. 2009;9:5.
41. O'Mahony D, Gallagher PF. Age and Ageing. 2008(37):138-141.

42. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Archives of internal medicine*. Sep 1991;151(9):1825-1832.
43. Naugler CT, Brymer C, Stolee P, Arcese ZA. Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool. *The Canadian journal of clinical pharmacology = Journal canadien de pharmacologie clinique*. Summer 2000;7(2):103-107.
44. Safety WAF. Who Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From Information to Action. *World Health Organization*. 2005.
45. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. Apr 2005;17(2):95-105.
46. Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Archives of internal medicine*. Jun 23 2003;163(12):1409-1416.
47. Bobb A, Gleason K, Husch M, Feinglass J, Yarnold PR, Noskin GA. The epidemiology of prescribing errors: the potential impact of computerized prescriber order entry. *Archives of internal medicine*. Apr 12 2004;164(7):785-792.
48. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA. Minimizing inappropriate medications in older populations: a 10-step conceptual framework. *The American journal of medicine*. Jun 2012;125(6):529-537 e524.
49. Pirmohamed M, James S, Meakin S, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *Bmj*. Jul 3 2004;329(7456):15-19.
50. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical journal of Australia*. Apr 6 2009;190(7 Suppl):S54-60.
51. McLennan W. Mental health and wellbeing: profile of adults. *Canberra: Australian Bureau of Statistics*. 1998.
52. Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *Journal of affective disorders*. Jul 2003;75(2):155-162.
53. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic medicine*. Jan-Feb 1999;61(1):6-17.
54. Von Korff M, Scott K, Gureje O. Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys. *Cambridge, UK: Cambridge University Press*. 2009.
55. Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, et al. All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC psychiatry*. 2010;10:77.
56. Katon W, Russo J, Lin EH, et al. Depression and diabetes: factors associated with major depression at five-year follow-up. *Psychosomatics*. Nov-Dec 2009;50(6):570-579.
57. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *The American journal of psychiatry*. Aug 1988;145(8):976-981.
58. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2011;13(1):7-23.



59. Ali S, Stone MA, Peters JL, Davies MJ, Khunti K. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. Nov 2006;23(11):1165-1173.
60. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of general internal medicine*. Jan 1996;11(1):1-8.
61. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. Apr 5 1995;273(13):1026-1031.
62. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, et al. Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *General hospital psychiatry*. Jan-Feb 2006;28(1):9-17.
63. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic medicine*. Sep-Oct 2004;66(5):720-728.
64. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*. Jul-Aug 2002;64(4):660-667.
65. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological psychiatry*. Aug 1 2003;54(3):216-226.
66. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*. Jul 24 2000;160(14):2101-2107.
67. Lin EH, Katon W, Von Korff M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes care*. Sep 2004;27(9):2154-2160.
68. Rieckmann N, Gerin W, Kronish IM, et al. Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. *Journal of the American College of Cardiology*. Dec 5 2006;48(11):2218-2222.
69. Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of internal medicine*. Jun 26 2000;160(12):1818-1823.
70. Blumenthal JA, Williams RS, Wallace AG, Williams RB, Jr., Needles TL. Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*. Dec 1982;44(6):519-527.
71. Simon GE. Psychiatric disorder and functional somatic symptoms as predictors of health care use. *Psychiatric medicine*. 1992;10(3):49-59.
72. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General hospital psychiatry*. Nov 1990;12(6):355-362.
73. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of general psychiatry*. Sep 2003;60(9):897-903.

74. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, et al. Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *General hospital psychiatry*. Sep-Oct 2005;27(5):344-351.
75. Sullivan M, Simon G, Spertus J, Russo J. Depression-related costs in heart failure care. *Archives of internal medicine*. Sep 9 2002;162(16):1860-1866.
76. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of internal medicine*. May 1 2001;134(9 Pt 2):917-925.
77. Katon W, Lin EHB, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General hospital psychiatry*. Mar-Apr 2007;29(2):147-155.
78. Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological psychiatry*. Aug 1 2005;58(3):175-189.
79. Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clinical rehabilitation*. May 2002;16(3):231-247.
80. Frasure-Smith N, Lesperance F. Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. Oct 2006;51(12):730-737.
81. van Dixhoorn J, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*. Jun 2005;12(3):193-202.
82. Gold DT, Solimeo S. Osteoporosis and depression: a historical perspective. *Current osteoporosis reports*. Dec 2006;4(4):134-139.
83. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. Aug 18 1989;262(7):914-919.
84. Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Archives of general psychiatry*. Feb 1992;49(2):91-100.
85. Rutledge T, Reis SE, Olson M, et al. Depression is associated with cardiac symptoms, mortality risk, and hospitalization among women with suspected coronary disease: the NHLBI-sponsored WISE study. *Psychosomatic medicine*. Mar-Apr 2006;68(2):217-223.
86. Verbrugge LM, Lepkowski JM, Imanaka Y. Comorbidity and its impact on disability. *The Milbank quarterly*. 1989;67(3-4):450-484.
87. Guralnik JM LA, Everett DF. From the Centers for Disease Control. Comorbidity of chronic conditions and disability among older persons--United States, 1984. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1990 Jan 1990;263(2):209-210.
88. Boulton C, Kane RL, Louis TA, Boulton L, McCaffrey D. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *Journal of gerontology*. Jan 1994;49(1):M28-36.
89. den. BGv. The burden of chronic diseases in terms of disability, use of health care and healthy life expectancies. *Eur J Publ Health*. 1995(5):29-34.
90. Kriegsman DM, Deeg DJ, van Eijk JT, Penninx BW, Boeke AJ. Do disease specific characteristics add to the explanation of mobility limitations in patients with different

- chronic diseases? A study in The Netherlands. *Journal of epidemiology and community health*. Dec 1997;51(6):676-685.
91. Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ, Hamilton MT. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *Journal of applied physiology*. Feb 2000;88(2):774-787.
  92. Sawatzky R, Liu-Ambrose T, Miller WC, Marra CA. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. *Health and quality of life outcomes*. 2007;5:68.
  93. Abell JE, Hootman JM, Zack MM, Moriarty D, Helmick CG. Physical activity and health related quality of life among people with arthritis. *Journal of epidemiology and community health*. May 2005;59(5):380-385.
  94. Gold DT. The nonskeletal consequences of osteoporotic fractures. Psychologic and social outcomes. *Rheumatic diseases clinics of North America*. Feb 2001;27(1):255-262.
  95. (CDC). CfDCaP. Centres for Disease Control and Prevention: Surveillance for selected public health indicators affecting older adults - United States. 1999(48 (SS8)).
  96. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1:54.
  97. Services UDoHaH. Physical activity and health: a report of the surgeon general. *Atlanta (GA) , US Department of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*. 1996.
  98. Portenoy R, Fine P. PainTV: A Cry for Help. *Medscape Education Family Medicine*. 2011.
  99. P. C, FM. B, D. W. The global occurrence of chronic pain: an introduction. . *Chronic Pain Epidemiology: From Aetiology to Public Health*. Oxford, England: Oxford University Press. 2010:9-18.
  100. Medicine IO. Relieving Pain in America. A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. *National Academies*. 2011.
  101. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European journal of pain*. May 2006;10(4):287-333.
  102. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain*. May 2003;103(1-2):41-47.
  103. Medicine Io. Relieving Pain in American: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. *National Academies Press*. 2011.
  104. Falvo DR. Psychosocial and Functional Aspects of Chronic Illness and Disability *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability*. 2005;Chapter 2:10-33.
  105. Haslam AS. Psychology in organizations: The social identity approach. *London: Sage*. 2001.
  106. Biordi DL, Boville D, King DS, et al. Chronic illness: Impact and interventions. *In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds)*. 2002(5th ed.):261-277.
  107. Cusack L. Perceptions of body image: Implications for the workplace. *Employee Assistance Quarterly*. 2000;15(3):23-29.
  108. Boynes-Shuck A. Self Esteem, Body Image, and Chronic Illness 2012.

109. Mars GM, Kempen GI, Widdershoven GA, Janssen PP, van Eijk JT. Conceptualizing autonomy in the context of chronic physical illness: relating philosophical theories to social scientific perspectives. *Health*. Jul 2008;12(3):333-348.
110. Gignac MA, Cott C. A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Social science & medicine*. Sep 1998;47(6):739-753.
111. Feinberg J. Harm to self: The moral limits of the criminal law. *New York: Oxford University Press*. 1986.
112. Dekkers WJ. Autonomy and dependence: chronic physical illness and decision-making capacity. *Medicine, health care, and philosophy*. 2001;4(2):185-192.
113. Naik AD, Dyer CB, Kunik ME, McCullough LB. Patient autonomy for the management of chronic conditions: a two-component re-conceptualization. *The American journal of bioethics : AJOB*. Feb 2009;9(2):23-30.
114. Kaufman SR. The social construction of frailty: an anthropological perspective. *Journal of Aging Studies*. 1994;8:45-58.