

O desafio da polipatologia crónica em Medicina Familiar

MARIANA TUDELA,* FILIPA ALMADA LOBO**

RESUMO

A necessidade de orientar doentes com polipatologia é um dos desafios da medicina familiar. As limitações funcionais e algias consequentes de doenças do foro reumatológico exigem uma boa articulação de cuidados. O médico de família, que melhor enquadra o contexto biopsicossocial do doente, assume um papel primordial nesta integração. Relata-se o caso de uma mulher de 49 anos, raça caucasiana, reformada por invalidez aos 46 anos, ex-promotora de vendas, natural de Matosinhos e residente em Rio Tinto. Inserida numa família nuclear com 3 filhos, estádio de Duvall VI, Graffar IV e Apgar familiar 10, apresenta um risco familiar médio de Segóvia-Dreyer. É apresentado o genograma, círculo de Thrower e linha de vida da doente. Esteve ligada à consulta de reumatologia durante cerca de quatro anos, após diagnóstico de artrite reumatóide, em 1993. Como complicação da corticoterapia crónica, desenvolveu diabetes. Durante 4 anos, foi cuidadora da mãe semi-acamada e, neste período, submetida a 4 cirurgias ortopédicas, apresentando uma limitação funcional importante. Poucos meses após a morte da mãe e diagnóstico de diabetes no filho, desenvolveu pancreatite aguda com choque séptico. Desde então, apresentou vários quadros de infeção osteoarticular, assistindo-se a uma degradação das relações familiares. Tem mantido dor crónica resistente à terapêutica e apresenta limitação significativa (Índice de Karnovsky 40-50%). Três vizinhas, que a doente considera como família, assumem o papel de principais cuidadoras. Este caso revela uma doente com múltiplas morbididades, cujo acompanhamento tem sido efectuado de forma descontinuada, sugerindo uma deficiente articulação entre cuidados primários e secundários. Não dissociados da dor crónica e marcada limitação funcional estiveram vários acontecimentos de vida e períodos de desequilíbrio familiar. Com o presente caso, salienta-se a importância da implementação de um modelo de cuidados centrado na pessoa, integrando toda a constelação das suas comorbidades.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide; Polipatologia; Comorbidade

ABSTRACT

One of the challenges of family medicine is the need to assist patients with polipathology. The functional and pain limitations due to rheumatologic diseases claim for a good health care articulation. The family doctor is the one who better frames the patient's biopsicosocial context and has an essential role in this integration. It's described a 49 year-old woman, retired for invalidity at 46 years, ex-seller promoter, natural from Matosinhos and living in Rio Tinto. Part of a nuclear family with 3 children, Duvall stadium VI, Graffar IV, family apgar 10 and a medium Segovia-Dreyer family risk. It's presented her genogram, Thrower circle and family lifeline. She had been followed in rheumatology consultations for about 4 years, after the rheumatoid arthritis diagnosis in 1993 and developed diabetes, as a complication of chronic corticotherapy. For 4 years she cared for her semi-bedfast mother and, during this time, she was submitted to 4 orthopedic surgeries with an important functional limitation. Some months after her mother's death and her son's diagnosis of diabetes, she developed acute pancreatitis with septic shock. Since then she suffered several osteoarticular infections, while watching some degradation of the family relationships. She has been keeping chronic resistant pain and a significant limitation (Karnovsky indice 40-50%). Three neighbours that the patient considers as family have assumed the main caretakers' role. This case reveals a patient with multiple morbidities whose follow-up has been discontinued, suggesting a deficient articulation of primary and secondary care. Not dissociated from her chronic pain and marked functional limitation, there were several life events and family disequilibrium periods. With the present case we show the importance of implementing a patient-centered healthcare model that integrates the whole constellation of their comorbidities.

Keywords: Rheumatoid Arthritis; Polipathology; Comorbidity.

You don't see something until
you have the right metaphor
to let you perceive it.
Robert Stetson Shaw

ENQUADRAMENTO



O envelhecimento da população e a mudança dos estilos de vida têm vindo a contribuir para o aumento da prevalência da morbilidade múltipla crónica.¹ Um dos desafios da medicina geral e familiar prende-se com a necessidade de

orientar doentes com polipatologia.

A formação médica tradicional baseia-se em modelos orientados para a doença, grupo de doenças ou sistemas orgânicos. É ainda frequente surgirem recomendações técnicas e normas de orientação desenvolvidas por grupos de peritos, que visam simplesmente a optimização do controlo de uma determinada doença isolada, apenas dirigidas às situações

*Interna de MGF, USF Horizonte, Matosinhos

**Ex-interna de MGF, USF Horizonte, Médica de Família, CS de S. Mamede Infesta

crónicas mais frequentemente associadas a essa doença. No entanto, a maioria dos pacientes com doenças crónicas não tem uma doença única, mas sim comorbilidade. Grande parte do acompanhamento destes doentes é realizado ao nível dos cuidados primários.² Os indivíduos com morbilidade múltipla são sistematicamente excluídos dos ensaios clínicos e dos estudos que suportam o actual conhecimento médico baseado na evidência (*evidence-based medicine*). Lidamos, por isso, diariamente, com o dilema da incerteza e da aplicabilidade individual do conhecimento científico disponível. Tanto os problemas como as medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, podem apresentar interdependências e interacções complexas, por vezes imprevisíveis. Cabe ao médico o engenho e a arte de abordar e resolver os problemas de saúde individuais com a melhor efectividade e eficiência possíveis.^{3,4}

No caso particular das doenças do foro reumatológico existe, geralmente, um atingimento multiorgânico. O efeito da comorbilidade nos resultados de saúde (*outcomes*) tem sido alvo de atenção crescente. Vários estudos têm demonstrado o seu impacto significativo na qualidade de vida dos doentes com artrite reumatóide, que não resulta apenas do somatório das múltiplas patologias, mas da interacção entre elas. As limitações funcionais e algícas consequentes apresentam grande variabilidade inter e intra-individual, exigindo uma boa articulação de cuidados por parte do médico de família, que integra o contexto familiar e psicossocial do doente.^{5,6}

RELATO DE CASO

Trata-se de uma doente do sexo fe-

minino, JCS, de 49 anos, raça caucasiana, casada, natural de Matosinhos e residente em Rio Tinto. Tendo completado o ensino primário, foi promotora de vendas até aos 46 anos, altura em que foi reformada por invalidez.

A doente insere-se numa família nuclear com 4 filhos, estágio de Duvall VI e Graffar IV (classe social média-baixa). O genograma representado na Figura 1, revela-nos uma doente sem antecedentes familiares relevantes, que vive com o marido e filho mais novo, portador de Diabetes tipo 1. Outra patologia a salientar é a asma intermitente dos dois filhos mais velhos. A psicofigura destaca uma relação conflituosa com a filha e uma boa relação com o marido, pontuada por períodos de maior conflito.

Tendo em conta a morbilidade crónica, invalidez e hospitalizações frequentes da mãe, a família apresenta um risco médio de Segóvia-Dreyer (3 pontos). A posição emo-

cional da JCS na família traduziu-se por um Apgar familiar altamente funcional. No entanto, quando foi convidada a representá-la graficamente no círculo de Thrower, enumerou os familiares numa linha, sem grande variação no tamanho dos círculos. Começou pelo marido, seguindo-se os filhos (do mais novo ao mais velho, excluindo a filha) e as três vizinhas que ajudam com os cuidados de higiene, compras e cuidados.

No diálogo que se estabeleceu sobre o significado atribuído ao desenho, referiu estar contente com a representação familiar. Afirmou ter «muita gente amiga», embora se denotasse uma mágoa no desabafo «só a minha filha me fez isto...». Se pudesse mudar alguma coisa pensa que não teria tido «os seus filhos» e, no caso de precisar de ajuda, recorreria às vizinhas, que considera como família, ou a primos chegados. Justifica-o, dizendo que o marido «não pode deixar de trabalhar» e que

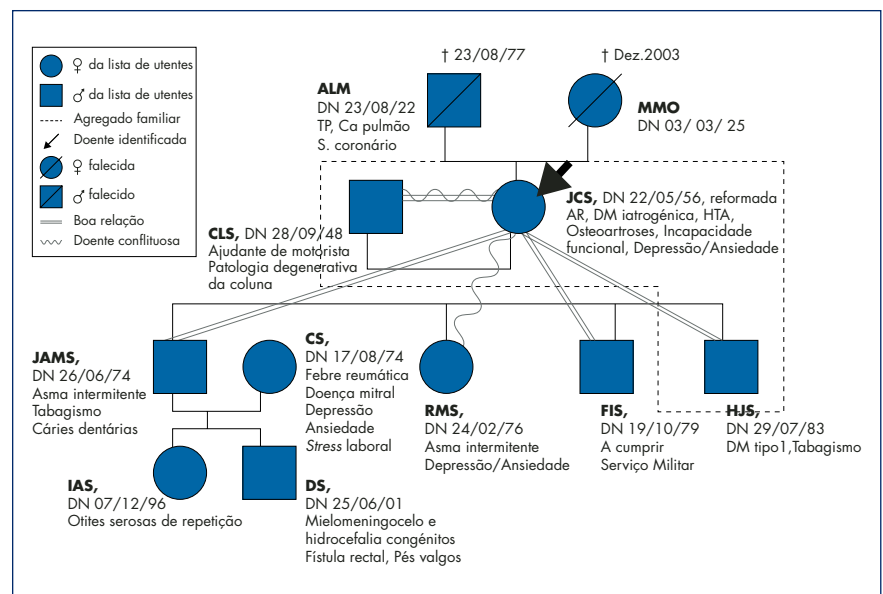


Figura 1. Genograma da família.

†: morte; DN: data de nascimento; TP: tuberculose pulmonar; Ca: cancro; AR: artrite reumatóide; DM: diabetes; HTA: hipertensão

o filho mais novo «também fica muitas vezes internado, porque não tem cuidado com a boca, como eu».

De seguida, é apresentada a linha de vida de Medalie, tendo em conta os inúmeros problemas de saúde da doente, ao longo da vida (Quadro I).

História da Doença

Aos 37 anos foi-lhe diagnosticada Artrite Reumatóide, na sequência de poliartrite das mãos, segundo se recorda. Desde então, terá sido seguida em consultas de Reumatologia. A única informação disponível no processo clínico é de que, em 1994, seria seguida nessa consulta e medicada apenas com corticosteróides e anti-inflamatórios não esteróides (AINES). Não foi encontrada qualquer informação de retorno ou referência a tratamentos de longa acção com DMARD (*disease modifying antirheumatic drug*). Em início de 1997, mantinha o mesmo tratamento, recorrendo à consulta com um «pedido para radioterapia local», por artrite bilateral das articulações mediotársicas.

Em 1998, foi-lhe diagnosticada diabetes (secundária à corticoterapia crónica instituída) e, em 2000, hipertensão arterial. É submetida a colocação de prótese total no joelho direito, em Outubro de 2000 e, um ano depois, a artrodese da tibiotársica esquerda, por osteoartrose grave. Em 2003 é operada à hernia discal (L5-S1), por lombociatalgias incapacitantes. Segundo a doente, foi nessa altura que abandonou as consultas de Reumatologia, tendo estado acamada durante muito tempo.

Em Abril de 2004, é internada por pancreatite aguda edematosa, com falência multiorgânica, seguida de choque séptico e coma hiperosmolar, de que resultou um pseudoquistite pancreático e trombose da veia central da retina. Durante o interna-

mento, terá sido reorientada para a consulta de Reumatologia.

Desde então as complicações infecciosas foram-se multiplicando, com necessidade de nova intervenção ortopédica para limpeza cirúrgica de artrite séptica e montagem de um sistema de perfusão, o que condicionou um agravamento significativo da funcionalidade. Passou a estar permanentemente em cadeira de rodas, fornecida pela assistente social do Centro de Saúde. Cerca de 6 meses depois, é realizada nova cirurgia para extrair a prótese do joelho direito infectada.

Durante este período, assistiu-se a uma degradação progressiva da relação com a filha RMS, que culminou com a sua saída de casa, em Julho de 2005. Também a sua relação conjugal se ressentiu, tornando-se mais conflituosa, numa altura em que a doente recorreu repetidamente à consulta com queixas de cervicobraquialgias e gonalgias incapacitantes, resistentes ao tratamento efectuado. Foi então referenciada à consulta da dor e, novamente, à consulta de Reumatologia, para a qual não tinha sido ainda chamada.

Após meio ano de fisioterapia, recuperou alguma funcionalidade e voltava a usar o andarilho, quando surgiu nova infecção na perna direita. Esta evoluiu para osteomielite, sendo necessário submeter-se a uma sexta cirurgia ortopédica.

Dor e Limitação Funcional

A doente tem mantido uma dor persistente moderada a grave, pelo menos desde 2002, quando o processo clínico revela um primeiro registo da escala visual analógica. Até Outubro de 2005, manteve-se medicada apenas com AINES e corticóides em SOS (escalão 1 da analgesia da OMS), altura em que vai à consulta da dor. Para uma dor que a doente

classificou como intensa e persistente, impedindo-a de dormir, é medicada com tramadol, amitriptilina, gabapentina, AINES e corticóides (em SOS). Suspendeu a gabapentina pouco depois, por intolerância gastrointestinal. Usa um colar cervical e uma tala a imobilizar o membro inferior direito, efectuando regularmente fisioterapia. Ainda assim, não refere melhoria da dor.

Desde Julho de 2004 que se encontra dependente de cadeira de rodas, com uma limitação funcional muito significativa. Actualmente apresenta um Índice de Katz D-E, Índice de Karnovsky 40-50% e, no *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), apresenta incapacidade para quase todas actividades de vida diária (AVD). Têm sido três vizinhas a assumir o papel de cuidadoras, as quais são consideradas como família para a doente.

A artrite reumatóide encontra-se em fase activa, com várias articulações tumefactas, sinais de artrite, rigidez matinal superior a uma hora e deformação articular das mãos e dos pés. Nos últimos doseamentos, os marcadores de inflamação têm-se encontrado aumentados (velocidade de sedimentação de 95 mm e proteína C reactiva de 2,5 mg/dl).

Na fotografia das mãos (Figura 2), é notória a deformação articular, com polegar esquerdo em Z (por subluxação trapézio-metacarpiana), alargamento do punho direito e tumefacção das IF proximais do 4º dedo da mão esquerda e 3º dedo da mão direita. Esta última articulação apresenta francos sinais de artrite.

O Rx das mãos (Figura 3) mostra o desvio cubital característico, uma carpíte fusional e um estreitamento acentuado das interlinhas articulares IF, também sugestivo de fusão óssea. Nesta e noutras imagens radiológicas, é de realçar uma osteo-

QUADRO I

LINHA DE VIDA DE MEDALIE DA DOENTE

DATA	ETAPA/ CRISE	DATA	PROBLEMA
1974	Nascimento 1º filho, JAMS		
1976	Nascimento da filha RMS		
1977	Morte do pai		
1978	Vários internamentos da filha por asma	1978	Tuberculose pulmonar (22 anos)
1979	Nascimento do filho FIS		
1983	Nascimento do filho HJS	1983	Laqueação tubar e infecção ferida operatória Bócio Nodular Tóxico
		1998	Histerectomia total e ooforectomia bilateral (causa desconhecida) → menopausa precoce (32 anos)
		1991	Cirurgia de cicatriz abdominal (reação de corpo estranho a um ponto de sutura)
1991/92	Início de trabalho como promotora de vendas de laticínios		
		1993	Artrite Reumatóide → Referenciação: consulta de Reumatologia
1996	Casamento do filho e nascimento da 1ª neta		
		1998	Diabetes iatrogénica Cefaleias → Referenciação: consulta de Neurologia → Referenciação: consulta de Psiquiatria Baixa
1999	Mãe semi-acamada após AVC, de quem passa a ser cuidadora		
		Jun 99	Gastrite do antro
		Nov 99	Síndrome depressivo
		Jun 00	Hipertensão arterial
		Out 00	Prótese total do joelho direito (por gonartrose) e → novo pedido de referenciação à consulta de Reumatologia (por ter faltado?)
Fev 01	Mudança de casa (Rio Tinto)		
		Mar 01	Cirurgia ortopédica (tríplice artrodese do tornozelo esquerdo por artrose do tarso)
Jun 01	Nascimento 2º neto		
2002	Reforma	2002	Hérnia discal L5-S1 - com limitação funcional acentuada (abandonou consulta Reumatologia)
		Mar 03	Cirurgia a hérnia discal
		Maio 03	Edema periorbitário/ prurido e redução da acuidade visual → Referenciação: consulta de Oftalmologia
		Set 03	Insuficiência Renal → Referenciação: consulta de Nefrologia Novo quadro depressivo
Dez 03	Morte da mãe		
Fev 04	Filho HJM com diabetes tipo 1	Mar 04	Pancreatite aguda edematosa com falência multiorgânica, choque séptico e coma hiperosmolar, de que resultou pseudoquisto e necrose pancreática Trombose da Veia Central Retina (olho direito)

Continua na página seguinte

QUADRO I

LINHA DE VIDA DE MEDALIE DA DOENTE (CONTINUAÇÃO)

DATA	ETAPA/ CRISE	DATA	PROBLEMA
			→ Reorientada para consulta de Reumatologia (pedido intra-hospitalar)
Jul 04			Artrite séptica do joelho direito – artrotomia, limpeza cirúrgica e sistema de perfusão Limitação funcional acrescida (cadeira de rodas)
Jan 05			Infecção de artroplastia do joelho direito, extracção de prótese, colocação de <i>Spacer K</i> e montagem de sistema de perfusão Leucoma corneano (Consulta Oftalmologia)
Maio 05			Esteatose hepática Cervicobraquialgias e gonalgias crónicas → Referenciação: consulta da dor → Nova referenciação: consulta de Reumatologia
Jul 05	Relação conflituosa com filha, que sai de casa		
Nov 05	Relação conflituosa com marido		
		Jan 06	Erisipela membro inferior esquerdo
		Fev 06	Osteomielite da tibia esquerda → Referenciação SU e cirurgia com transposição tibial e montagem de sistema de perfusão – aspiração
		Mar 06	Pré-cordialgia → Referenciação SU
		Jul 06	Ferida cirúrgica ainda em cicatrização, com complicação infecciosa

AVC: acidente vascular cerebral; Jan: Janeiro; Fev: Fevereiro; Mar: Março; Jun: Junho; Jul: Julho; Set: Setembro; Nov: Novembro; Dez: Dezembro.

penia generalizada, mais evidente no tarso, que já não se limita à região justarticular. Outras alterações radiológicas são o desvio peroneal, sinais de gonartrose secundária e um atingimento provável da subastragalina, cuja visualização é dificultada pela sobreposição óssea.

Complicações e Comorbilidades

A doente apresenta diabetes de provável origem iatrogénica, que tem mantido compensada com dieta e uma associação de metformina e glibenclamida. Faz auto-vigilância da glicemia no domicílio. A hemoglobina glicosilada tem oscilado entre os 5-6%, embora por vezes apresente hipoglicemias. Como complicações da diabetes, apresenta neuropatia sensitivo-motora, com hipostesia em péua e atrofia muscular

acentuada à esquerda.

A hipertensão tem estado igualmente controlada, razão porque auto-suspende frequentemente o inibidor da enzima de conversão da angiotensina com que está medicada. A trombose da veia central da retina terá sido uma complicação desta patologia.

Secundariamente à artrite reumatóide, apresenta também osteoartrose grave, em múltiplas articulações, que esteve na origem das intervenções cirúrgicas efectuadas ao joelho direito e tibiotársica esquerda. Estas cirurgias acarretaram complicações infecciosas importantes, que em muito contribuíram para a limitação algica e funcional da doente.

Decorrente dos inúmeros factores de risco, tem osteoporose, cujo tratamento não tem sido o adequado.

Por duas vezes iniciou terapia hormonal de substituição, 6 e 10 anos após a menopausa, tendo na globalidade completado cerca de quatro anos do tratamento.

COMENTÁRIO

Apresenta-se um caso de uma doente com múltiplas morbilidades, cuja inter-relação representa um desafio constante para o médico de família. Está descrito que a ausência de controlo para as comorbilidades frequentes da artrite reumatóide pode provocar vieses na interpretação dos resultados das escalas de avaliação funcional.⁷

Conforme esquematizado na Figura 4, as limitações funcionais e algicas condicionadas pela artrite



Figura 2. Fotografia das mãos da doente.



Figura 3. Radiografia das mãos da doente.

reumatóide resultam de manifestações e complicações da doença, mas são também secundárias à corticoterapia crónica. De facto, esta pode contribuir para complicações infecciosas (potenciadas pela diabe-

tes, igualmente secundária), condrotóxicas e osteoporóticas. A osteoporose também se relaciona com outros antecedentes da doente, como a menopausa precoce e o hipertiróidismo.

As complicações infecciosas são uma causa comum de morbilidade em doentes com artrite reumatóide, como se observou neste caso clínico.^{8,9} Estas localizaram-se sobretudo a nível osteoarticular e do tecido celular subcutâneo. Alguns estudos identificaram factores preditivos de infecção, que devem ser sistematicamente procurados, de modo a reduzir o seu impacto na evolução da doença.¹⁰ A doente apresentava alguns destes factores: artrite reumatóide grave (factor reumatóide positivo, velocidade de sedimentação aumentada, manifestações extra-articulares e limitação funcional), diabetes e corticoterapia prolongada.

Do mesmo modo, as complicações conhecidas da diabetes, nomeadamente neuropáticas e macrovasculares, podem apresentar uma etiologia mista. Para um risco cardiovascular acrescido contribuem os tratamentos com corticóides e AINES, além da própria artrite reumatóide. O valor elevado da proteína C reactiva é ainda um factor preditivo independente.¹¹ Constituindo as complicações cardiovasculares uma das principais causas de morbimortalidade nestes doentes, é essencial o investimento na sua detecção precoce.^{8,12,13}

A artrite reumatóide, como doença crónica que condiciona importante limitação funcional, leva muitas vezes a quadros de depressão. Por sua vez, estes contribuem para um agravamento da limitação e estão associados a um aumento da própria mortalidade.^{14,15} A paciente em causa tem desenvolvido episódios depressivos. Como exemplo, alguns meses após ter sido avó, foi-lhe detectada diabetes e apresentou queixas persistentes de cefaleias. Depois de consultar diferentes especialistas e ser excluída patologia do foro neurológico, as cefaleias associaram-se

a uma gastrite do antro, culminando no diagnóstico de síndrome depressiva. Esta evolução reforça a necessidade de estar atento a determinados sintomas físicos da doente, que podem corresponder a somatizações depressivas. Tendo em conta as repercussões da artrite reumatóide e outras comorbilidades, é necessário vigiar recorrências da sintomatologia.

As comorbilidades interligadas da doente implicam uma articulação delicada por parte do médico de família, a vários níveis. A comunicação entre cuidados primários e secundários tem sido deficiente, com falta de resposta por parte da reumatologia. Não existe informação no processo clínico sobre qualquer tratamento de fundo, que poderia ter sido efectuado. Actualmente, dado o grau de evolução da doença, o nível de actividade e as complicações associadas, é pouco consensual a indicação para a terapêutica com fármacos modificadores da doença ou biológicos.¹⁶⁻¹⁹

A avaliação e tratamento adequado da dor foram realizados de forma irregular. Apesar da doente por diversas vezes referir uma dor moderada a grave, só iniciou tratamento com analgésicos do escalão 2 (OMS) na altura em que foi referenciada à consulta da dor. No entanto, é discutível a caracterização desta dor, considerada sempre máxima ou sub-máxima, em diferentes avaliações. Por um lado, a escala da dor foi aplicada em períodos de exacerbação e não em períodos de melhoria sintomática. Por outro, é lícito questionar até que ponto esta dor não estará a ser sobrevalorizada como sintoma, dado que o exame objectivo não desencadeia a sua manifestação com o mesmo grau de intensidade.

Igualmente importante torna-se

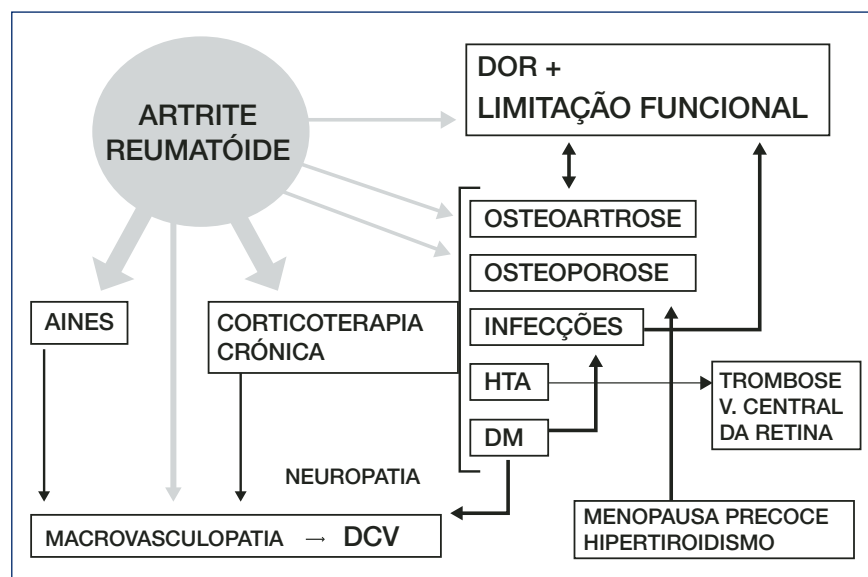


Figura 4. Mapa de problemas da doente.

AINES: anti-inflamatórios não estróides; HTA: hipertensão arterial; DM: diabetes; DCV: doença cardiovascular

o investimento na prevenção de sequelas da imobilização e risco de quedas. Para isso, seria ideal uma visita ao domicílio que permitisse observar as condições em que vive, tendo em atenção todos os obstáculos à mobilidade. No entanto, a doente não mostra qualquer interesse em recorrer aos cuidados médicos do centro de saúde da sua área de residência. Sendo esta ainda distante, torna-se de certo modo inviável realizar consultas domiciliárias regulares.

Outros níveis de actuação dizem respeito aos cuidados preventivos, adequados ao seu grupo etário, e vigilância de patologias como a diabetes, a hipertensão e osteoporose. Estes aspectos têm sido algo descuidados, o que pode derivar do facto da paciente apresentar múltiplas queixas e das limitações impostas dificultarem um exame físico adequado.

Não dissociados da dor crónica e marcada limitação funcional estiveram vários acontecimentos de vida

e períodos de desequilíbrio familiar, o que realça o papel do médico de família na integração da patologia orgânica com a funcionalidade familiar. Na linha de vida de Medalie encontram-se alguns paralelismos entre períodos de agravamento da doente e a degradação das suas relações familiares, assim como entre as comorbilidades associadas e determinadas etapas da sua vida. Como exemplo já citado, alguns meses depois do casamento do filho e nascimento da primeira neta, foi efectuado o diagnóstico de diabetes e, no seguimento de um quadro de cefaleias persistentes e gastrite, detectada depressão. Um outro exemplo de paralelismo foi o desenvolvimento de uma pancreatite, associada a complicações sépticas graves, logo após o diagnóstico de diabetes tipo 1 no filho mais novo. Ironicamente, assistiu-se ao envolvimento do mesmo órgão, na mãe e no filho. Estes paralelismos não nos permitem tirar conclusões concretas, mas sim procurar um padrão.

QUADRO II

PLANO DE ACTUAÇÃO PROPOSTO PARA A DOENTE

VIGILÂNCIA DAS COMORBILIDADES	CUIDADOS PREVENTIVOS	INTERVENÇÃO FAMILIAR
Vigilância regular da artrite reumatóide → Articulações tumefactas, sinais de artrite e doseamento de marcadores de fase aguda → Avaliação e tratamento adequados da dor → Manter esforços para que a doente seja observada por um reumatologista	Prevenção de quedas → Condições do domicílio (rampas, tapetes e outros obstáculos)	Explorar as representações e impacto emocional que a doença crónica da mãe tem tido nos restantes elementos da família
Garantir uma vigilância regular da diabetes e hipertensão → Se mantiver hipoglicemias, ponderar a substituição da glibenclamida por uma glicazida (de acção menos prolongada)	Prevenção de sequelas da imobilização → Exercícios diários para evitar maior rigidez articular e atrofia muscular → Repouso ponderado → Utensílios de apoio à funcionalidade (pegas na banheira, banco para tomar banho, apoio da sanita, pinças de preensão, etc)	Promover a autonomia dos filhos
Tratar a osteoporose secundária	Tratamento com bifosfonatos Rastreamento neoplásicos adequados à idade Vacina da gripe e anti-tetânica	

A doente parece recorrer à sintomatologia da doença crónica para expressar os seus sentimentos de mal-estar. Da mesma forma, parece utilizar a doença para controlar as relações intra e extra-familiares, mobilizando todos os recursos ao seu alcance. Apesar de achar que cumpriu o papel de cuidadora da mãe, sente que não pode contar com nenhum dos elementos do agregado familiar (sobretudo a filha) para assumir esse papel consigo. Este sentimento foi bem expresso quando a doente afirmou que, se pudesse mudar alguma coisa na vida, não teria tido os filhos.

Em termos de intervenção familiar, é importante ter em conta todos estes aspectos, ao abordar o impacto emocional e representações que a doença de JCS tem para os restantes elementos da família. Ao mesmo tempo torna-se fundamental promover a sua autonomia.

No Quadro II encontra-se siste-

matizado o plano de actuação proposto para a paciente.

CONCLUSÃO

O presente caso clínico mostra bem como um modelo linear, causa-efeito, de cuidados pode não ter aplicabilidade na Medicina Familiar. Deste modo, o médico de família deve ter competências para compreender a linguagem e metáforas das pessoas com quem lida, sabendo interligá-las com a própria linguagem médica.²⁰ Não é suficiente reconhecer que os factores psicossociais podem ter um efeito significativo no estado de saúde dos indivíduos, é também necessário tentar prever quais destas pessoas serão afectadas e de que maneira. Como mostrar que estes incidentes não são apenas coincidências? Como prever quais as pessoas que vão desenvolver doença e quais as que se vão manter saudá-

veis, após um *stress* prolongado ou crise súbita?²¹

Os médicos de família precisam de implementar um modelo de cuidados que se dirija à pessoa total, integrando toda a constelação de comorbilidades dessa pessoa. Para isso será necessária uma mudança de orientação de um modelo tradicional, baseado numa abordagem por doença, para um novo modelo de cuidados crónicos. Este deverá centrar-se no paciente, de modo a promover a abordagem e gestão integrada dos seus problemas, explorando tanto a doença, como a experiência de doença. Assim, é possível alcançar uma relação médico-paciente eficaz.²²

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broeiro P. Multipatologia: raciocínio clínico e a tomada de decisão: aquisição da competência. Rev Port Clín Geral 2001; 17: 307-26.

2. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities and the need for medical generalism. *Ann Fam Med* 2003 May-Jun; 1 (1): 4-7.
3. Djulbegovic B. Lifting the fog of uncertainty from the practice of medicine. *BMJ* 2004 dec 18; 329 (7480): 1419-20.
4. Griffiths F, Green E, Tsouroufli. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005 Mar 5; 330 (7490): 511-5.
5. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos G. Comorbidity in patients with rheumatoid arthritis: effect on health-related quality of life. *J Rheumatol* 2004 Jan; 31 (1): 58-65.
6. Rupp I, Boshuizen HC, Roorda LD, Dinant HJ, Jacobi CE, van den Bos G. Poor and good health outcomes in rheumatoid arthritis: the role of comorbidity. *J Rheumatol* 2006 Aug; 33 (8): 1488-95.
7. Krishnan E, Häkkinen A, Sokka T, Hannonen P. Impact of age and comorbidities on the criteria for remission and response in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005 Sep; 64 (9): 1350-2.
8. Thomas E, Symmons DP, Brewster DH, Black RJ, Macfarlane GJ. National study of cause-specific mortality in rheumatoid arthritis, juvenile chronic arthritis, and other rheumatic conditions: a 20 year follow-up study. *J Rheumatol* 2003 May; 30 (5): 958-65.
9. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2002 Sep; 46 (9): 2287-93.
10. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Predictors of infection in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002 Sep; 46 (9): 2294-300.
11. Gonzalez-Gay MA, Gonzalez-Juanatey C, Piñeiro A, Garcia-Porrúa C, Testa A, Llorca J. High-grade C-reactive protein elevation correlates with accelerated atherogenesis in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005 Jul; 32 (7): 1219-23.
12. Maradit-Kremers H, Crowson CS, Nicola PJ, Ballman KV, Roger VL, Jacobsen SJ, et al. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Arthritis Rheum* 2005 Feb; 52 (2): 402-11.
13. Maradit-Kremers H, Nicola PJ, Crowson CS, Ballman KV, Gabriel SE. Cardiovascular death in rheumatoid arthritis: a population-based study. *Arthritis Rheum* 2005 Mar; 52 (3): 722-32.
14. Ang DC, Choi H, Kroenke K, Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol* 2005 Jun; 32 (6): 1013-9.
15. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003 Dec; 45 (12): 1257-66.
16. Möttönen T, Hannonen P, Korpela M, Nissilä M, Kautiainen H, Ilonen J, et al; FIN-RACo Trial Group. Finnish Rheumatoid Arthritis Combination therapy. Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination-disease-modifying antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002 Apr; 46 (4): 894-8.
17. Gordon P, West J, Jones H, Gibson T. A 10 year prospective followup of patients with rheumatoid arthritis 1986-96. *J Rheumatol* 2001 Nov; 28 (11): 2409-15.
18. Rau R, Schleusser B, Herborn G, Karger T. Long-term treatment of destructive rheumatoid arthritis with methotrexate. *J Rheumatol* 1997 Oct; 24 (10): 1881-9.
19. Smolen JS, Van Der Heijde DM, St Clair EW, Emery P, Bathon JM, Keystone E, et al.; Active-Controlled Study of Patients Receiving Infliximab for the Treatment of Rheumatoid Arthritis of Early Onset (ASPIRE) Study Group. Predictors of joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with high-dose methotrexate with or without concomitant infliximab: results from the ASPIRE trial. *Arthritis Rheum* 2006 Mar; 54 (3): 702-10.
20. Fabb WE, Chao DV, Chan CS. The trouble with family medicine. *Fam Pract* 1997 Feb; 14 (1): 5-11.
21. Medalie JH, Zyzanski SJ. Problems and issues in family medicine psychosocial research. *Fam Pract* 1992 Jun; 9 (2): 222-30.
22. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986 Mar; 3 (1): 24-30.

Endereço para correspondência:

Mariana Tudela
R. Alfredo Keil, nº 371, 5º Esq
4150-049 Porto
Telef: 962 474 322
E-mail: marianatudela@gmail.com

Filipa Almada Lobo
E-mail: f.almadalobo@netcabo.pt

Recebido em 10/01/2007
Aceite para publicação em 11/02/2008