

# **O impacto da multimorbilidade na qualidade de vida dos doentes dos cuidados de saúde primários**

**Bruno Manuel Lavoura da Silva**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Filipe Chaves Pereira Prazeres  
Co-orientador: Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões

**maio de 2022**



# Dedicatória

*“Have the courage to follow your heart  
and intuition. They somehow already  
know what you truly want to become.”*

*(Steve Jobs)*

Dedicado àquele que tornou tudo possível: Pedro Sousa.



# Agradecimentos

A Deus, por me dar sabedoria antes de ser competência humana, por ser a minha luz, a minha força, o meu sustento nas adversidades e pelas inúmeras bênçãos ao longo da minha vida.

Ao Pedro Sousa, por acreditar sempre em mim, pelo incentivo nos momentos difíceis, por me ajudar desmedidamente a concluir o mestrado com alegria e parceria, com generosidade preciosa.

Aos meus pais e ao meu irmão, pela educação, pelo carinho e pelo incentivo.

O meu profundo agradecimento ao meu orientador, Prof. Doutor José Filipe Chaves Pereira Prazeres e ao meu co-orientador, Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões, por tornarem possível a realização deste trabalho, pela confiança em mim depositada, pela paciência, pelos conselhos, pelas sugestões e correções desta dissertação, que tanto contribuíram para a sua melhoria. Acima de tudo, o meu agradecimento pela sua dedicação à medicina e ao ensino.

A todos os docentes e demais funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde, em particular àqueles com quem tive a honra de privar e que participaram na minha formação como médico.

À Universidade da Beira Interior, por me ter acolhido com apreço e acompanhado com rigor nesta jornada.

A todos os meus colegas de curso que, de alguma forma, ajudaram a tornar-me um ser humano melhor, pelo respeito e consideração e pela ajuda que me deram para vencer as dificuldades que foram surgindo ao longo do curso de Medicina.



# Resumo

O processo de envelhecimento está acelerado, a nível mundial, como consequência do aumento da esperança de vida. À medida que envelhecemos, a ocorrência de doenças crónicas torna-se frequente, assim como a multimorbilidade, que se define como a ocorrência de duas ou mais doenças crónicas no mesmo indivíduo. Atualmente, em Portugal, existe uma elevada prevalência desta condição, afetando cerca de 72,7% dos utentes adultos dos cuidados de saúde primários, seguindo o mesmo padrão do resto do mundo.

Também, de acordo com a tendência atual, é esperado um envelhecimento significativo da população portuguesa nas próximas décadas, prevendo-se que, em 2050, cerca de 32% da população tenha uma idade igual ou superior a 65 anos.

A multimorbilidade está associada a pior qualidade de vida, a um nível de saúde mais baixo e a mortalidade mais elevada. Estes doentes têm necessidades de saúde mais complexas e são responsáveis por uma elevada utilização dos serviços de saúde.

Este trabalho pretende, preliminarmente, dar a conhecer o impacto e a carga da multimorbilidade no plano da qualidade de vida, não obstante a ser objeto de reflexão sobre um tema tão complexo e que traz tantas implicações, quer para o indivíduo, quer para a sociedade.

Para a presente revisão narrativa da literatura, a pesquisa bibliográfica foi realizada entre janeiro e abril de 2021. As bases de dados incluíram a Pubmed, o Google Académico, e ainda livros e revistas médicas portuguesas e brasileiras. As palavras-chave utilizadas foram “multimorbidity” AND “health-related quality of life” AND “primary care”. Foram considerados, para estudo e análise, os textos completos dos artigos desde o ano de 1989 até 2021, escritos na língua portuguesa e inglesa.

Em conclusão, a multimorbilidade é uma condição com frequência crescente com o avanço da idade, sendo muito comum nas pessoas idosas, que afeta significativamente a qualidade de vida, o estado funcional e expectativa de vida. Mas a multimorbilidade também é um fenómeno complexo, com um número quase infinito de combinações de doenças possíveis e de implicações pouco claras. Portanto, não será de estranhar que

haja apenas evidências marginais sobre as causas e o impacto da multimorbilidade. Para tornar as coisas ainda mais enigmáticas, existe uma grande diversidade de definições e critérios de multimorbilidade, uma miríade de diferentes medidas e instrumentos de avaliação, além de diferenças consideráveis nas populações estudadas.

## **Palavras-chave**

Multimorbilidade; Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde; Cuidados de Saúde Primários

# Abstract

The aging process is accelerated worldwide as a result of the increase in life expectancy. As we age, the occurrence of chronic diseases becomes frequent, as well as multimorbidity, which is defined as the occurrence of two or more chronic diseases in the same individual. Currently, in Portugal, there is a high prevalence of this condition, affecting about 72.7% of adult users of primary health care, following the same pattern as in the rest of the world.

Also, according to current trends, a significant aging of the Portuguese population is expected in the coming decades, with an estimated 32% of the population aged 65 or over in 2050.

Multimorbidity is associated with worse quality of life, a lower level of health and higher mortality. These patients have more complex health needs and are responsible for a high use of health services.

This work intends, preliminarily, to make known the impact and burden of multimorbidity in terms of quality of life, despite being the object of reflection on such a complex topic that has so many implications for the individual and for society.

For the present narrative literature review, the search of literature was carried out between January and April 2021. The databases included were Pubmed, Google Scholar, and Portuguese and Brazilian medical books and journals. The keywords used were “multimorbidity” AND “health-related quality of life” AND “primary care”. For study and analysis, the full texts of articles from 1989 to 2021, written in Portuguese and English, were considered.

In conclusion, multimorbidity is a condition with increasing frequency with advancing age, being very common in the elderly, which significantly affects quality of life, functional status and life expectancy. But multimorbidity is also a complex phenomenon, with an almost infinite number of possible disease combinations and unclear implications. Therefore, it is not surprising that there is only marginal evidence on the causes and impact of multimorbidity. To make matters even more puzzling, there is a great diversity of definitions and criteria for multimorbidity, a myriad of different measures and assessment instruments, and considerable differences in the studied populations.

# Keywords

Multimorbidity; Health-related Quality of Life; Primary Care

# Índice

Lista de Acrónimos	xiii
1. Introdução	1
1.1 Multimorbilidade	1
1.2 Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	1
2. Prevalência da Multimorbilidade	3
3. Determinantes da Multimorbilidade	5
4. Instrumentos Clínicos de Avaliação da Qualidade de Vida e suas limitações	7
4.1 Genéricos versus Específicos	7
4.2 Instrumentos Genéricos	8
4.3 Instrumentos Específicos	10
4.3.1 Oncologia	11
4.3.2 Dermatologia	12
4.4 Vantagens e Desvantagens dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	13
5. Consequências da Multimorbilidade	15
6. Qualidade de Vida dos doentes com Multimorbilidade	17
7. Intervenções em Multimorbilidade e Estratégias de Promoção da Qualidade de Vida	19
7.1 Modificação de Estilos de Vida	19
7.2 Adesão à Terapêutica	20
7.3 Apoio à Autogestão das doenças	21
7.4 Apoio Familiar	22
7.5 Apoio Psicológico	23
8. Considerações Finais	25
Bibliografia	27



# Lista de Acrónimos

DLQI	Dermatology Life Quality Index
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EQ-5D	EuroQoL Five Dimension Health Utility Index
EQ-5D-3L	EuroQoL Five Dimension – Three Level
EQ-5D-5L	EuroQoL Five Dimension – Five Level
EQ-VAS	EuroQoL Visual Analogue Scale
EQ-5D-Y	EuroQoL Five Dimension – Young
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy – G
HUI	Health Utilities Index
IDQoL	Infant’s Dermatitis Quality of Life Index
IMC	Índice de Massa Corporal
MCS	Mental Component Summary
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCS	Physical Component Summary
QALYs	Quality Adjusted Life Years
QLQ-C30	Core Quality of Life Questionnaire
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
QWB	Quality of Well-Being
RosaQoL	Rosacea-Specific Quality of Live Instrument
SIP	Sickness Impact Profile
SF-36	The MOS 36-Item Short-Form Health Survey
TIQ	Therapy Impact Questionnaire
WHOQoL-100	World Health Organization 100-Item Quality of Live Instruments
WHOQoL-Breef	World Health Organization Breef Quality of Live Instruments



# 1. Introdução

Atualmente as doenças crônicas são um dos mais dominantes problemas de Saúde Pública e são a principal causa de morte no mundo, prevendo-se que em 2030 o número total anual de mortes causadas por doenças crônicas seja de 52 milhões, previsão que ultrapassa em larga escala as 38 milhões de mortes verificadas em 2012. Estas doenças são determinadas por diversos fatores, muitos deles relacionados com estilos de vida [1][2].

## 1.1 Multimorbilidade

O envelhecimento da população contribui para o aumento do número de indivíduos com doenças crônicas e com múltiplos diagnósticos.

Geralmente, a maioria dos doentes não sofrem apenas de uma condição crônica, mas de várias. Desta forma, emergiu o conceito de multimorbilidade, definindo-se como qualquer combinação de uma doença crônica com pelo menos uma outra doença (aguda ou crônica), ou com um fator biopsicossocial (associado ou não), ou com um fator de risco somático [3]. Pela maior facilidade de operacionalização, define-se também pela presença de duas ou mais doenças crônicas no mesmo indivíduo [49].

Nos dias de hoje, esta entidade é um desafio para os sistemas de saúde, não apenas pela carga social e econômica que representa o efeito cumulativo das doenças crônicas, mas também devido às consequências físicas, cognitivas e psicossociais que estas têm nos doentes [4].

## 1.2 Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Qualidade de Vida (QV) e saúde são conceitos distintos, contudo, a saúde é considerada uma das esferas da QV, talvez a mais importante [5], na medida em que uma definição substancial da saúde expõe a avaliação do bem-estar, apesar da noção imediata ser relacionada à mortalidade ou morbilidade.

A definição de saúde adotada pela OMS, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”, tem sido

utilizada na elaboração do conceito da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) e no desenvolvimento de instrumentos para a sua avaliação.

Atualmente, é determinante ter em conta as dimensões, positivas e negativas que constituem a vida de uma pessoa, fundadas no ponto de vista da doença ou tratamento, assim como o carácter multidimensional, subjetivo e dinâmico do conceito de QVRS [6]. Assim, este termo pode ser interpretado de diferentes formas, de acordo com diferentes perspetivas: a do indivíduo, a da comunidade ou a da investigação científica.

Na perspetiva do indivíduo, a QVRS considera a perceção que este tem em relação à sua saúde física e mental, assim como outras circunstâncias relacionadas com estas dimensões, como por exemplo, condições de saúde, estado funcional, apoio social e estado socioeconómico. Por outro lado, a QVRS pode ser vista de uma forma mais geral, no contexto da comunidade, o que engloba os recursos, condições, políticas e práticas, influenciando a perceção dessa população em relação à saúde. Já na literatura científica, este conceito é definido como “a saúde física e mental percebida pelo indivíduo ou grupo de indivíduos, ao longo do tempo”.

Assim, o carácter multidimensional deste conceito surge da junção das várias características da vida do indivíduo e/ou da comunidade. E é devido à multidimensionalidade assumida pela definição de QVRS, que a sua avaliação abrange o impacto que a doença e o respetivo tratamento irão causar nas diversas vertentes que compõem o indivíduo, não se limitando exclusivamente aos resultados obtidos nas intervenções médicas [4][7].

A multimorbilidade está associada a uma baixa qualidade de vida, um estado funcional diminuído, uma alta taxa de consumo de recursos de saúde e a um elevado grau de mortalidade [50].

Esta dissertação tem como objetivo genérico levar a uma reflexão global sobre a qualidade de vida dos doentes com multimorbilidade. Especificamente, tem como objetivos analisar o impacto e carga da multimorbilidade e variáveis associadas e perceber a importância da melhor intervenção em doentes com multimorbilidade, intervenções essas, que reduzam o consumo de recursos de saúde, melhorem a qualidade de vida relacionada com a saúde e aumentem o tempo de vida, ou seja, que possibilitem que doentes com multimorbilidade possam viver mais tempo e com qualidade.

## 2. Prevalência da multimorbilidade

A multimorbilidade é cada vez mais tida como um problema importante de saúde pública. Mas as estimativas da sua prevalência variam amplamente, muito à custa de diferenças na definição, fontes de dados, populações em estudo e também quais as doenças crónicas incluídas em cada estudo [8]. Os dados da prevalência da multimorbilidade, existentes na literatura, divergem entre 12,9% em maiores de 18 anos e 95,1% nos participantes maiores de 65 anos [6].

Barnett *et al.* [9] estudaram uma amostra da população escocesa que apresentou uma taxa de 23,2% de multimorbilidade, definida pela presença de 2 ou mais doenças crónicas, entre as 40 condições consideradas no estudo.

Num outro estudo, Roberts *et al.* [5] caracterizaram uma amostra da população canadiana em função de dois diferentes conceitos de multimorbilidade: pela presença de duas ou mais doenças crónicas ou pela presença de três ou mais doenças crónicas, de um conjunto de nove doenças consideradas (artrose, distúrbio mental, asma, diabetes, doenças cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, cancro, acidente vascular cerebral e doença de Alzheimer ou demências relacionadas). Neste estudo, ficou demonstrado que 12,9% da população canadiana tem duas ou mais destas doenças e 3,9% tem três ou mais.

Por outro lado, os autores de um estudo feito na Sérvia [10] constataram que a multimorbilidade, definida pela presença de duas ou mais doenças crónicas, estava presente em 30,2% da amostra e era mais frequente nas mulheres (34,9%) do que nos homens (24,6%). De referir ainda que, destes estudos aqui apresentados, foi este país que mostrou ter a maior prevalência de multimorbilidade.

Num grande estudo transversal, envolvendo 28 países, Afshar *et al.* [11] confirmaram, novamente, que o envelhecimento da população está a acontecer tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento embora, a taxa de crescimento de adultos mais velhos nos países de baixo e médio rendimento permanecerá significativamente mais alta do que na maioria dos países de alto rendimento, por muitas décadas. Isto sugere que, nos países em desenvolvimento, a prevalência da multimorbilidade será maior. Na verdade, este estudo apura que a multimorbilidade é comum nos países de baixo e médio rendimento, sendo significativamente associada à idade e inversamente relacionada com o nível educacional.

No que respeita a Portugal, Quinaz Romana *et al.* [12] concluíram que a multimorbilidade atinge 38,3% da população com idades entre os 25 e os 74 anos e cujo risco é consideravelmente maior no sexo feminino, em idades mais avançadas e nos indivíduos com menor nível educacional.

Também, o estudo de Prazeres F. e Santiago L. [13] concluiu que quase nove em cada dez participantes do estudo (87,0%) tinham, pelo menos, uma doença crónica, com uma média geral de 3,4 (3,6 nos homens e 3,3 nas mulheres). A multimorbilidade, definida como a presença de duas ou mais doenças crónicas num indivíduo, esteve presente em 72,7% da amostra. Consistentemente, quando o cut-off de três ou mais doenças foi usado, uma percentagem expressiva de multimorbilidade (57,2%) permaneceu presente.

### 3. Determinantes da multimorbilidade

A idade é o determinante de multimorbilidade mais estudado, verificando-se sempre uma associação significativa entre esta variável e a sua prevalência. Também, alguns estudos constataam que o género feminino está associado à multimorbilidade e, geralmente, todos os estudos mostram uma relação inversa entre o nível socioeconómico (rendimentos, nível de educação, etc) e multimorbilidade [6].

Barnett *et al.* [9] revelaram no seu estudo que o número de doenças crónicas e o número de pessoas com multimorbilidade aumenta consideravelmente com a idade. Metade dos indivíduos com 50 anos tem pelo menos uma doença crónica e aos 65 anos a maioria das pessoas tem duas ou mais condições. Embora a prevalência da multimorbilidade seja muito mais elevada nas pessoas idosas, mais de metade da população com multimorbilidade neste estudo tinha uma idade inferior a 65 anos. Apesar do fator idade estar intimamente associado com a multimorbilidade, estes autores verificaram que também existe um excesso importante em adultos e adultos jovens socialmente mais desfavorecidos. Este estudo também encontrou forte relação entre os distúrbios de saúde mental, em particular a depressão, e o número de doenças físicas. Ou seja, quanto maior o número de doenças do foro físico, maior a probabilidade de sofrer, concomitantemente, de um distúrbio mental.

Já o objetivo do estudo de Robert *et al.* [5] foi o de analisar os determinantes de multimorbilidade na população adulta canadiana, entre os quais: sexo, idade, nível de educação e nível de rendimento familiar. Adicionalmente, foram ainda considerados comportamentos de risco, entre os quais: consumo de tabaco, hábitos alimentares, atividade física e obesidade (IMC>30). Concluíram que, para duas ou mais doenças crónicas ou para três ou mais doenças crónicas, a prevalência de multimorbilidade apresentou uma tendência semelhante em relação às variáveis socioeconómicas e aos fatores de risco. De referir ainda que, dos participantes que apresentaram três ou mais doenças crónicas, a prevalência da multimorbilidade foi mais marcada nas mulheres, idosos, pessoas com baixos rendimentos e baixo nível educacional.

Também a exclusão social está mais associada à prevalência da multimorbilidade na idade média, o que é concordante com o estudo de Barnett *et al.* [9], que verificou o aparecimento de multimorbilidade, 10 a 15 anos antes, em pessoas socioeconomicamente mais desfavorecidas. Por outro lado, estilos de vida não saudáveis também se associam fortemente à multimorbilidade, como por exemplo, o sedentarismo nos indivíduos com idades superiores a 50 anos. Já em idades mais

jovens (20 a 34 anos), o único fator socioeconómico relacionado com a multimorbilidade é o baixo rendimento, no entanto, o excesso de peso ou o elevado nível de stress demonstraram contribuir de forma significativa para a prevalência desta condição nestes indivíduos [5].

À semelhança dos estudos acima referenciados, Jankovic *et al.* [10] verificaram que a multimorbilidade se associava a idades mais avançadas, em ambos os géneros, e dentro destas, as mulheres e os homens com nível educacional mais baixo têm maior probabilidade de desenvolver doenças crónicas, em comparação com indivíduos com mais escolaridade ou idades mais jovens. A explicação para o aumento da prevalência da multimorbilidade em função da idade pode ser dada pelo maior tempo de exposição e vulnerabilidade aos fatores de risco, pelo facto do fator idade ser inversamente associado ao estado de saúde e pela relação do envelhecimento com a acumulação de doenças crónicas [10][14]. Na generalidade, constata-se que são as mulheres que sofrem mais com a multimorbilidade por viverem mais tempo e porque são mais atingidas por determinadas doenças crónicas, como por exemplo a osteoartrose [14].

No que respeita à realidade portuguesa dos cuidados de saúde primários, Prazeres F. e Santiago L. [13] verificaram uma consistente relação entre a multimorbilidade e as variáveis demográficas incluídas no estudo. Destas, pertencer ao sexo masculino, ter mais idade, residir em áreas rurais, ser viúvo ou viúva, viver sozinho, ter um baixo nível educacional, ser pensionista ou reformado e ter uma perceção de baixos rendimentos mensais foram associadas a taxas de multimorbilidade mais elevadas. A mesma tendência foi observada para um cut-off de três ou mais doenças crónicas, com exceção aos rendimentos mensais. Para um cut-off de dois problemas de saúde crónicos, este estudo mostra um aumento da multimorbilidade em ambos os sexos. Apesar dos homens com idades entre os 50 e os 64 anos apresentarem maior prevalência da multimorbilidade em relação às mulheres do mesmo grupo etário, em todos os restantes as mulheres ultrapassam os homens, independentemente dessas diferenças terem pouco significado estatístico.

## **4. Instrumentos Clínicos de Avaliação da Qualidade de Vida e suas limitações**

Neste capítulo, apesar de serem abordados vários instrumentos clínicos de avaliação da qualidade de vida, apenas o SF-36, o EQ-5D, o SIP, o WhoQoL, o WhoQoL-Brief e o QLQ-C30 têm tradução na língua portuguesa, sustentada por estudos de validação que garantem a equivalência cultural [50]-[52].

### **4.1 Genéricos versus Específicos**

A avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) permite medir e objetivar as componentes subjetivas da Qualidade de Vida (QV) e traz vantagens que se prendem com o reconhecimento dos problemas de saúde, com a definição de prioridades, com a ajuda na tomada de decisões e com o acompanhamento da evolução do doente [15]. Por outro lado, a avaliação da QVRS também permite a perceção do impacto que a saúde tem na QV e, nesta medida, a autoavaliação do estado de saúde constitui um instrumento mais eficaz na determinação da mortalidade e da morbilidade, em comparação com outras ferramentas de avaliação de saúde [16].

Existem dois grandes grupos de instrumentos de avaliação da QVRS: os genéricos e os específicos. Podemos considerar os primeiros como medidas multidimensionais, constituídas por várias componentes. São ferramentas que se aplicam facilmente às diversas condições de saúde, populações e terapêuticas. São instrumentos que incidem em vertentes que se relacionam, essencialmente, com o conceito de saúde nas suas dimensões física, social e psicológica. Os instrumentos genéricos, podem ser utilizados em estudos de custo-utilidade, uma vez que se consegue obter um valor correspondente à QV. Além de mais, também são usados em comparações entre terapêuticas, no mesmo grupo de doentes, incluindo-se estudos de custo-efetividade [17].

Por outro lado, os instrumentos específicos permitem a quantificação da QVRS resultante de um problema ou doença em particular, pelo que, incidem essencialmente na avaliação de sintomas, limitações ou incapacidades relacionadas com a doença [18]. Estas ferramentas permitem a comparação entre indivíduos com características comuns (ex.: crianças, adultos ou idosos) [17] e existem ainda outras criadas para avaliar quer problemas estritos a uma parte do corpo, quer sintomas físicos ou psicológicos específicos, nomeadamente, dor, energia, vitalidade, fadiga, dispneia, náusea, irritabilidade, apetite, sono e repouso. Através destes instrumentos

conseguimos analisar um domínio da saúde, seja na sua dimensão física, mental ou social. Assim, estas escalas permitem uma compreensão mais pormenorizada da QVRS, uma vez que consideram aspetos como a dor, a capacidade funcional e o estado funcional [18].

A escolha da escala a usar para a medição da QVRS faz-se com base nos objetivos propostos para determinada investigação ou prática clínica, tendo em consideração as suas características, como por exemplo, a aplicabilidade e as propriedades psicométricas. Desta forma, se quisermos comparar dois estudos, devemos escolher um instrumento genérico, o qual se baseia na avaliação de condições de saúde e ações terapêuticas. Por outro lado, se pretendermos determinar sintomas associados a um determinado tratamento ou analisar os efeitos de uma doença concreta num grupo populacional, será mais útil optar por um instrumento específico [19].

## **4.2 Instrumentos Genéricos**

O MOS36 – Item Short-form Health Survey é o instrumento genérico mais estudado e validado, tendo surgido para colmatar a falta de interligação dos questionários existentes na altura. É considerado por muitos a escala de referência, uma vez que possibilita a monitorização de doentes com múltiplas condições distintas e compara o estado de saúde dos doentes com o da população em geral [20]-[22].

O SF-36 foi criado para ser usado na prática clínica, investigação, avaliação política da saúde e em inquéritos populacionais [23]. É uma ferramenta que permite a conjugação de 8 domínios, cada um avaliado numa quantidade variável de perguntas, perfazendo um total de 36 questões. Estes 8 conceitos que constituem o SF-36 referem-se à capacidade funcional (10 itens), aos aspetos físicos (4 itens), à dor (2 itens), ao estado geral de saúde (5 itens), à vitalidade (4 itens), aos aspetos sociais (2 itens), aos aspetos emocionais (3 itens), à saúde mental (5 itens) e, para além destes, ainda contém uma questão que compara as condições de saúde atual com as de há um ano atrás.

Já o WhoQoL-100 é uma escala criada pela OMS, constituída por 100 perguntas, que surgiu pela falta de instrumentos que abordassem a QV de forma ampla [24], tendo sido considerada de carácter internacional e transcultural, pois foi construída com base em diferenças entre países, ao nível da industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância familiar e religião dominante, a partir de relatos de doentes com várias patologias, inseridos em diferentes culturas [25][8]. Com a necessidade de simplificar e reduzir o tempo na aplicação destes questionários, nomeadamente em

estudos epidemiológicos, foi elaborada uma abreviação da versão do WhoQoL-100 com apenas 26 perguntas, o WhoQoL-Brief. Apesar de ser uma versão encurtada, respeita as características psicométricas, os domínios e as questões do instrumento original [26][27]. Quanto à aplicabilidade, estes instrumentos auxiliam o médico nas melhores escolhas para o doente, avaliam a QV durante o tratamento, melhoram a relação médico-doente na medida em que há percepção da influência da terapêutica na QV do doente, avaliam a eficácia e o mérito do tratamento através da apreciação das mudanças no bem-estar do doente, avaliam o funcionamento dos serviços de saúde através da relação entre os cuidados prestados e a QV do doente, permitem perceber a natureza da doença e a forma como esta influencia o bem-estar do doente e monitorizam novas condutas implementadas pelos profissionais de saúde ou servem de guias para políticas de saúde [25].

O SIP (Sickness Impact Profile) é um questionário, constituído por 136 itens, para ser aplicado no mesmo perfil cultural, em doentes com as mais variadas patologias e em subgrupos populacionais. É um instrumento que avalia o estado de saúde, em função do comportamento, dividido em 12 domínios: sono/descanso, alimentação, emprego, gestão da casa, recreação, deambulação/mobilidade, cuidado com o corpo e movimento, interação social, comportamento de vigília, comportamento emocional e comunicação, distribuídos em dois grupos: físico e psicossocial [20]. O SIP tem aplicação na avaliação dos efeitos ou resultados dos cuidados de saúde, na organização de programas de intervenção terapêutica e no estabelecimento de políticas de saúde [8].

O EQ-5D é um sistema descritivo que define a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. A escolha de uma das três categorias (nenhum problema – nível 1, alguns problemas – nível 2, problemas extremos – nível 3) para cada dimensão, permite obter um perfil de saúde do indivíduo ou um “single summary index number” de cinco dígitos [28]. Além do questionário, este instrumento ainda possibilita o registo do estado de saúde do doente numa escala visual analógica, conhecida por termómetro EQ-VAS, que varia entre 0 (pior estado de saúde imaginável) e 100 (melhor estado de saúde imaginável), permitindo perceber o grau de alteração na saúde, ao longo do último ano, sem que esta escala esteja relacionada a qualquer dos domínios [29][21]. Pelo seu carácter quantitativo dos resultados em saúde, este instrumento tem tido aplicabilidade em estudos clínicos e observacionais, avaliações de custo-utilidade e pesquisas de saúde populacional [28][29]. Atualmente existem três versões do EQ-5D: o EQ-5D-5L, no qual, para as cinco dimensões existem cinco níveis de gravidade; o EQ-5D-3L, que

então passou a dar nome ao EQ-5D; e o EQ-5D-Y, mais direcionado para crianças e adolescentes.

Já o Quality of Well-Being, QWB, é constituído por três domínios: mobilidade, atividade física e atividade social. Apresenta, também, uma lista de problemas e sistemas classificados entre 0 e 1. Destaca-se por permitir elaborar juízos de valor em relação aos estados de saúde e permite também avaliar a eficácia de políticas e programas de saúde ou comparar a QV de doentes com patologias distintas [17][18]. Contudo, pelo seu preenchimento extenso e complexo e necessidade de um entrevistador treinado a sua utilização tem sido reduzida. Apesar disso, surgiu, em 1996, uma versão de autopreenchimento, a Quality of Well-Being Scale Self-Administered.

O Health Utilities Index, HUI, é baseado nas preferências da população e mede o estado de saúde e a QVRS. Tem a mais-valia de permitir obter um valor correspondente à QV, através do cálculo dos QALY's, pelo que tem sido aplicado em estudos de custo-utilidade [17][30]. As duas versões mais recentes, HUI II e HUI III, são baseados na original, e esta, por sua vez, no sistema QWB, sendo composta por seis atributos: capacidade sensorial e de comunicação, felicidade, cuidados pessoais, dor e desconforto, capacidade de aprendizagem e atividade física. Para além destes, ao HUI II foi ainda adicionado o atributo da fertilidade. Por outro lado, o HUI III foi dividido em oito atributos: visão, audição, fala, ambulatório, destreza, emoção, cognição e dor/desconforto. Estes sistemas são compostos por estados de saúde e por uma ou mais fórmulas de cálculo [22].

### **4.3 Instrumentos Específicos**

A quantidade existente de escalas para avaliação da QVRS nos mais variados domínios da medicina é considerável. Por este motivo, serão aqui abordados apenas alguns exemplos nas áreas de Oncologia e Dermatologia. Estas duas áreas do conhecimento médico foram escolhidas porque, por um lado, é relevante a avaliação da QV do doente oncológico, nas várias fases da doença, sendo considerado um ato clínico indispensável [31], uma vez que é imperativo uma nova adaptação dos doentes com cancro aos novos problemas clínicos e sociais. Por outro lado, na área da Dermatologia, a medição da QVRS veio tornar-se uma importante ferramenta na quantificação de gravidade de doença, na avaliação das intervenções terapêuticas ou na tomada de decisões aquando da alocação de recursos. Isto é validado pelo facto de as doenças dermatológicas serem consideradas as causadoras de maior impacto psicológico e social e acarretarem

consequências para as atividades do quotidiano. E ainda, uma grande porção dos doentes do foro dermatológico recorre em primeiro lugar ao seu médico de família [47].

### **4.3.1 Oncologia**

O QLQ-C30 é um instrumento que permite a avaliação da QV dos doentes com cancro e encontra-se traduzido e validado em mais de 100 línguas. É constituído por cinco escalas funcionais (física, desempenho, emocional, cognitiva e social), uma dimensão global do estado de saúde ou da QV, três escalas de sintomas gerais (fadiga, dor e náuseas e vômitos) e seis itens simples, correspondentes a sintomas específicos (dispneia, distúrbio do sono, perda de apetite, constipação, diarreia e impacto financeiro) [31]. O QLQ-C30 tem a particularidade de ser preenchido pelo próprio doente e pode ser empregue numa grande variedade de populações oncológicas [33]. Apesar de ter havido necessidade de criar módulos específicos para cada tipo de patologia oncológica, uma vez que existem condições concretas de morbilidade e sintomas afetos a cada tipo de cancro, o questionário central é comum, independentemente da localização, do tipo de intervenção terapêutica ou da perceção da QV pelo indivíduo [21].

O TIQ (Therapy Impact Questionnaire) tem como objetivo avaliar a QV dos doentes oncológicos numa fase mais avançada da doença. Para tanto, permite calcular o impacto da doença e o modo como a terapêutica influenciará a QV do doente, através de um questionário com 36 itens, divididos por 4 dimensões (sintomas físicos – 24 itens, limitação funcional – 3 itens, fatores emocional e cognitivo – 6 itens e interação social – 2 itens). Inicialmente, esta ferramenta foi desenvolvida com o propósito de avaliar as escalas de medição da QVRS até então existentes, de definir os itens a considerar em cuidados paliativos, de verificar a compreensão e aceitação do doente em relação à avaliação da QVRS e de verificar os padrões de resposta dos doentes. Pode ser preenchido pelo próprio doente ou por médico/enfermeiro, caso as condições do doente não permitam realizá-lo de forma autónoma [31][34].

O FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – G) permite avaliar a QVRS dos doentes oncológicos sob terapia. Conta já com uma 4ª versão e pode ser autopreenchido. Este instrumento tem uma versão genérica composta por 27 questões que avaliam o bem-estar físico, social e familiar, emocional e funcional. No entanto, também apresenta módulos específicos, de acordo com o órgão afetado: mama, bexiga, cérebro, colo retal, sistema nervoso central, cervical, esofágico, hepatobiliar, cabeça e pescoço, pulmão, ovário e próstata. Outros itens que poderão ser considerados nestas

versões específicas incluem sintomas (anorexia, anemia, diarreia, sintomas endócrinos, fadiga, incontinência fecal, incontinência urinária), terapêuticas específicas (Infeção HIV, transplante ósseo, neurotoxicidade), entre outros [21][31].

Apesar dos três instrumentos aqui apresentados medirem, especificamente, a QVRS dos doentes oncológicos, não é possível fazer-se uma comparação fiável entre os resultados obtidos por cada um deles, uma vez que avaliam aspetos profundamente distintos [19].

### **4.3.2 Dermatologia**

O DLQI (Dermatology Life Quality Index) foi a primeira escala desenvolvida para doenças relacionadas com a pele, encontra-se validada em mais de 90 línguas e pode ser aplicada em mais de 40 condições dermatológicas distintas. Em dermatologia, o DLQI é a ferramenta mais utilizada em ensaios clínicos randomizados [34]. Este instrumento de medição da QVRS aplica questões de retrospeção à rotina da semana anterior à da realização do questionário a doentes com idades compreendidas entre os 15 e os 70 anos, que apresentem doenças cutâneas [33][35]. O questionário contém dez perguntas divididas em seis áreas, nomeadamente: sintomas e sentimentos, atividades diárias, lazer, trabalho/escola, relações pessoais e tratamento. O valor atribuído a cada questão varia entre 0 e 3 (escala de Likert de 4 pontos), em que, quanto maior a pontuação atribuída corresponde a uma maior incapacidade do doente [33]. O score total resulta da soma das pontuações dadas a cada item.

O RosaQoL (Rosacea – Specific Quality of Life Instrument) é uma medida quantitativa da severidade da rosácea que, implicitamente, também avalia a QV dos doentes. Pode ser utilizada para avaliação de resultados dos tratamentos aplicados à rosácea ou para recolha de dados para o desenvolvimento de novas terapêuticas. É, também, considerada muito útil em estudos epidemiológicos. Esta ferramenta é composta por 21 itens, divididos em 3 categorias, que correspondem à forma como a rosácea afeta os doentes (sintomas, emoções e funcionamento) [36][37]. A pontuação dada a cada item é calculada de acordo com o impacto que a rosácea tem na QV de cada indivíduo, sendo que 1 corresponde ao “nunca”, 2 ao “raramente”, 3 ao “às vezes”, 4 ao “muitas vezes” e, por fim, 5 ao “sempre” [38].

O IDQoL (Infant’s Dermatitis Quality of Life Index) mede o impacto da dermatite atópica na infância e foi a primeira escala a surgir para medir a QVRS dos doentes com esta patologia [39]. É um instrumento que avalia crianças com idade inferior a 4 anos,

pelo que é necessário o preenchimento pelos pais, assumindo o ponto de vista destes. Todavia, permite a avaliação da QV não apenas do doente, mas também dos familiares, tendo em conta o impacto causado pela doença na semana anterior ao preenchimento do questionário [36]. À semelhança do DLQI, também é constituído por dez questões, mas, no entanto, estas abordam tópicos relacionados com prurido e coçar, humor da criança, quanto tempo leva para a criança adormecer, como o eczema interferiu com a participação em atividades da família, problemas durante as refeições, dificuldades causadas pelo tratamento, nível ou conforto ao vestir ou despir a criança e, por fim, dificuldades durante o banho. A pontuação total resulta da soma dos valores dados a cada item, variando entre 0 (sem impacto) e 30 (impacto máximo) [39].

#### **4.4 Vantagens e desvantagens dos instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

As escalas genéricas não permitem fazer uma avaliação pormenorizada da QVRS, dado que não são suficientemente sensíveis a pequenas alterações do estado clínico do doente, que poderão ocorrer ao longo do tempo [34]. Assim, estes instrumentos avaliam as dimensões da QVRS, nomeadamente, atributos do funcionamento e da saúde, de uma forma ampla e geral [40]. Contudo, podem ser usados numa miríade de problemas de saúde e possibilitam a comparação entre a efetividade da intervenção em grupos populacionais distintos. Desta maneira, permitem a colheita de dados de grupos de pessoas saudáveis que poderão servir de comparadores. Por outro lado, este tipo de instrumentos também conseguem detetar a forma como a multimorbilidade afeta os doentes e, pelo seu carácter mais generalista, conseguem determinar aspetos negativos e positivos de uma intervenção terapêutica, permitindo uma previsão do impacto de novas tecnologias, mais especificamente, em situações em que os efeitos terapêuticos ainda não são totalmente conhecidos [40]. As ferramentas genéricas têm uma grande aplicabilidade e, por isso, são muito utilizadas nas tomadas de decisão política, no que respeita aos cuidados de saúde [40].

Quanto aos instrumentos específicos da avaliação da QVRS, existem opiniões controversas no que toca ao seu uso. Alguns autores defendem que estes instrumentos contribuem mais eficazmente para a determinação das características de determinada doença. Outros, são da opinião que algumas destas medidas abordam, estritamente, determinados aspetos relacionados com sintomas e disfunções, levando a uma visão menos abrangente das características não-médicas da qualidade de vida [41]. Também é de considerar que os instrumentos específicos não permitem comparar doentes com

patologias distintas, contrariamente aos instrumentos genéricos, que possibilitam a diferenciação entre condições e intervenções terapêuticas [21]. Assim, a utilização destas ferramentas para fins de avaliação económica é bastante limitada, pela impossibilidade de comparação entre tratamentos de diferentes doenças [40]. No entanto, na prática clínica, as escalas específicas assumem maior importância que as genéricas, pois as alterações relevantes de uma dada doença, decorrentes de uma intervenção ou tratamento, orientam na escolha dos itens ou dimensões a serem considerados na construção do questionário. A profundidade deste tipo de abordagem permite uma maior sensibilidade em detetar alterações relacionadas com o tratamento, ao longo do tempo. Porém, esta visão mais estrita não prevê a eventualidade de surgirem efeitos colaterais ao tratamento [40].

## 5. Consequências da Multimorbilidade

A multimorbilidade está relacionada com piores resultados em saúde, na medida em que se verifica decréscimo da qualidade de vida dos doentes, perturbação psicológica, estadias hospitalares prolongadas, mais complicações pós-operatórias, alto custo dos cuidados prestados e elevada mortalidade. Também pode resultar em autocuidados complexos, problemas organizacionais (acessibilidade, coordenação, tempo de consulta), polifarmácia, aumento da utilização dos serviços de emergência, dificuldade em aplicar guidelines e cuidados dispendiosos, fragmentados e ineficazes [48].

Gruneir *et al.* [49] estudaram a influência que os dados demográficos dos doentes têm na relação entre morbilidade e número de hospitalizações. Para isso, descreveram o número de hospitalizações de acordo com o grau de multimorbilidade e testaram se as variáveis demográficas, como a idade ou o sexo, alteram este número. Este estudo verificou que a proporção de pessoas com pelo menos uma hospitalização aumentou de 4,6%, em doentes com uma doença crónica, para 26,9% em doentes com 5 ou mais doenças. Desta forma, os autores concluíram que a frequência da hospitalização aumenta significativamente com o número de doenças crónicas. Além do mais, as próprias hospitalizações tornam-se mais complicadas, nomeadamente, com estadias mais longas, maior número de atrasos na alta médica e maior mortalidade durante o internamento.

Paladino *et al.* [50] também analisaram a associação da multimorbilidade com o seu impacto nos serviços de saúde em vários países da Europa. Os resultados deste estudo mostraram que o número crescente de doenças crónicas estava associado a um maior número de visitas médicas em todos os países estudados. Também, nesses mesmos países, o maior grau de multimorbilidade estava associado a um maior consumo de cuidados de saúde secundários, aumentando a probabilidade de hospitalização, assim como a quantidade e duração das mesmas.

Consistentemente, o estudo de Jankovic *et al.* [10] verificou que o número crescente de doenças crónicas está associado a uma maior utilização dos serviços de saúde. Da amostra da população da República da Sérvia estudada, a proporção que teve, pelo menos, uma hospitalização no último ano, aumentou de 3% no sexo masculino, sem qualquer doença crónica, para 21% nos que tinham multimorbilidade. A mesma comparação, para o sexo feminino, refletiu um aumento de 4%, nas participantes sem doenças crónicas, para 15% naquelas com multimorbilidade. Para ambos os sexos,

também se verificou um aumento significativo do número médio de noites de internamento com o número de doenças crónicas.

O aumento da prevalência da multimorbilidade, como consequência do envelhecimento das populações, torna-se num sério problema para qualquer sistema de saúde, na medida em que consome muitos recursos dos serviços de saúde, levando a gastos avultados [20].

Já no que respeita à mortalidade, a sua ótima associação com a multimorbilidade é ainda incerta [29]. No entanto, os doentes com multimorbilidade estão mais propensos a morrer prematuramente e o grau com que são afetados pela multimorbilidade reduz consideravelmente a sua taxa de sobrevivência [51].

Rizzuto *et al.* [52] também demonstraram o elevado peso que a multimorbilidade tem na mortalidade, em comparação com doenças crónicas isoladas. Neste estudo, foi calculada a mediana do tempo de sobrevivência, aquando do diagnóstico de multimorbilidade, que se situou em cerca de 6,5 anos. Ao fim de um seguimento de 11 anos, observou-se uma percentagem de risco de morte de 69,3%, entre os doentes com multimorbilidade.

Outro estudo, que se desenvolveu numa população com idades entre os 25 e os 75 anos e procurou estimar a incidência da mortalidade a 10 anos, encontrou uma taxa de mortalidade de 10,8%, num follow-up de 1 ano [29].

Estes estudos mostram que a severidade das diversas doenças crónicas que acometem os indivíduos com multimorbilidade influencia muito os efeitos na mortalidade. Na verdade, não se verifica um maior impacto negativo na sobrevivência com o aumento do número de condições crónicas. Contudo, a severidade, a duração e as interações entre as várias doenças assumem, provavelmente, um papel preponderante nos efeitos de mortalidade do que o simples somatório de condições comórbidas [53].

## 6. Qualidade de Vida dos doentes com Multimorbilidade

Um estudo de Fortin *et al.* [54] avaliou o efeito do número e da severidade das doenças crónicas coexistentes na qualidade de vida de doentes adultos, utentes dos cuidados de saúde primários. A qualidade de vida foi medida através da escala SF-36, na qual pontuações mais elevadas correspondem a melhor saúde [19]. Os valores do “Physical Component Summary” (PCS) e do “Mental Component Summary” (MCS) foram  $42,22 \pm 12,28$  e  $50,37 \pm 10,2$  (média e desvio padrão), respetivamente [55]. Este estudo concluiu que a QVRS era negativamente afetada pela multimorbilidade, quando controlada para variáveis como a idade, o sexo, a perceção de apoio social, o rendimento familiar e a perceção do nível socioeconómico e de educação. Verificou-se também que quando era tido em conta apenas o número de doenças e não a sua severidade, a multimorbilidade estava unicamente relacionada com a componente física do indivíduo. Mas quando a severidade das doenças crónicas foi posta em evidência, a multimorbilidade atingiu piores resultados em todas as componentes do domínio físico e algumas do domínio mental de SF-36. O cálculo da severidade constitui uma melhor medida da sobrecarga de doença do que apenas contabilizar as doenças em número [54].

Peters *et al.* [56] também estudaram a relação entre a qualidade de vida, o número de doenças crónicas e o grau de multimorbilidade de utentes dos cuidados primários, procurando o que mais afeta a qualidade de vida. A escala utilizada para medir a qualidade de vida foi a EQ-5D-5L, que apurou uma pontuação e desvio padrão de  $0,69 \pm 0,28$  e, para o EQ-VAS, de  $65,44 \pm 23,66$ . O valor do EQ-5D variou bastante com o género (menor para as mulheres), estado civil (menor para divorciados ou separados) e situação laboral (menor para desempregados), enquanto que o EQ-VAS variou com o género, estado civil, emprego e idade. Na população estudada, os participantes separados/divorciados e aqueles permanentemente doentes tendem a ter pontuações mais baixas. O número de doenças crónicas em cada indivíduo também mostrou grande relação com os resultados obtidos no EQ-5D-5L e no EQ-VAS, pois verificaram-se pontuações decrescentes com o aumento do número de doenças. Curiosamente, apesar do número de condições crónicas aumentar com a idade, as pontuações de ambos os questionários foram mais altas nos indivíduos mais velhos. Uma explicação possível para este fenómeno poderá ser de que as pessoas de meia idade e que têm pontuações mais baixas no EQ-5D-5L possam sentir-se mais sobrecarregadas com

outras responsabilidades para além do próprio estado de saúde, como trabalho ou filhos ou idosos, por exemplo. Por outro lado, os mais jovens mostraram-se mais suscetíveis a problemas mentais o que pode afetar negativamente o resultado do EQ-5D-5L. Concluiu-se, portanto, que a qualidade de vida relacionada com a saúde decresce com o aumento de condições crónicas coexistentes, assim como a sua severidade. A multimorbilidade associa-se a pior qualidade, mais especificamente a uma pior saúde física, em doentes adultos [15].

De forma semelhante, Prazeres F. e Santiago L., através de um estudo transversal multicêntrico [66], que analisou a QVRS entre os utentes adultos com multimorbilidade no contexto dos cuidados de saúde primários, mostraram que, em Portugal, a QVRS decresce inversamente com o aumento do número de doenças crónicas. Também, invariavelmente, o envelhecimento foi associado a pior saúde física, mas não mental. Outras variáveis, como o sexo feminino, o baixo nível educacional e baixos rendimentos económicos estão, igualmente, relacionados a má QVRS, sendo estes achados congruentes com os demais estudos existentes. No que toca à perceção do suporte familiar, estes autores referenciaram ainda uma pior saúde física e mental nos doentes com multimorbilidade de famílias disfuncionais, evidenciando o impacto que o suporte familiar tem na QVRS. Do mesmo modo, os doentes com necessidades de saúde não atendidas têm maior perceção de pertencerem a famílias disfuncionais, comparativamente com aqueles sem necessidades de saúde não atendidas, relacionando-se a uma QVRS mais baixa.

## **7. Intervenções em Multimorbilidade e Estratégias de Promoção da Qualidade de Vida**

### **7.1 Modificação de Estilos de Vida**

Existem várias evidências sobre adoção de comportamentos saudáveis em doentes com doenças crónicas, mas pouca evidência acerca da eficácia das alterações de estilos de vida para doentes com multimorbilidade [21]. A relação entre os estilos de vida e doenças crónicas tem sido estudada, maioritariamente, pela análise de estilos de vida individuais ou pelas combinações destes associadas a doenças crónicas individuais [57].

Fortin et al. [57] analisaram a relação entre estilos de vida individuais e as suas combinações com o surgimento de multimorbilidade, com o intuito de verificar se a prática de estilos de vida não saudáveis está associada a um maior risco de multimorbilidade. Estes autores demonstraram que a atividade física, o consumo de álcool e a não ingestão de frutas ou vegetais não estão relacionados com a presença de multimorbilidade. No entanto, verificaram que o Índice de Massa Corporal (IMC) e os hábitos tabágicos têm relação com maior prevalência da multimorbilidade. Por outro lado, a acumulação de estilos de vida não saudáveis tem, igualmente, um efeito cumulativo progressivo no risco de multimorbilidade.

Outro estudo [22], realizado em indivíduos do sexo masculino de uma cidade alemã, com idades entre os 65 e 94 anos, encontrou uma relação inversa entre a prática de exercício físico e multimorbilidade. Também se constatou que uma alimentação mais saudável, com consumo de frutas, vegetais e produtos de cereais integrais, está associada a um menor risco de multimorbilidade.

De entre os vários estudos que analisaram a relação entre estilos de vida e multimorbilidade [22][25][57], a conclusão mais consistente é a da relação positiva entre obesidade e multimorbilidade, além de que, Booth, Prevost e Gulliford [25] também verificaram a forte associação entre o IMC e a multimorbilidade.

O risco aumentado de multimorbilidade resultante do efeito de estilos de vida não saudáveis indica que a promoção de estilos de vida saudáveis pode ser uma ferramenta importante na intervenção contra a multimorbilidade [57]. As mudanças nos estilos de vida dos indivíduos com doenças crónicas pode significar uma melhoria dos resultados relativos ao próprio doente, conseguir resultados clínicos mais interessantes e reduzir gastos e sobrecarga no sistema de saúde [26].

## **7.2 Adesão à Terapêutica**

A adesão à terapêutica é definida como a medida em que um doente continua o modo de tratamento como foi prescrito pelos seus cuidadores de saúde [28], sendo uma componente fundamental para atingir objetivos terapêuticos em doentes com doenças crónicas, especialmente aqueles que têm multimorbilidade, devido à sua vulnerabilidade. A medicação ajuda a controlar sintomas e desacelera a progressão da doença, possibilitando que a pessoa mantenha a sua saúde e a sua vida, por mais tempo possível. A não-adesão à medicação é geralmente definida como tomar menos de 80% da dose prescrita. No entanto, a não-adesão pode também resultar de tomar demasiadas doses e está associada a um risco elevado de baixo nível saúde e mortalidade [58].

Doentes com multimorbilidade podem ter prescrições com medicação diferente, cada uma recomendada para uma doença específica e a carga total de medicação pode ser difícil para os doentes gerirem, além de potencialmente perigosa. Por isso, melhorar a adesão à terapêutica é de extrema importância porque pode melhorar os resultados relativos aos doentes, principalmente através da ação direta da medicação, mas também porque a baixa adesão à terapêutica está, independentemente, associada a um maior risco de morte [59]. Uma baixa adesão à terapêutica compromete a efetividade de um tratamento médico e resulta num baixo controlo da doença. Isto pode levar a um aumento do consumo de recursos de saúde e gastos, bem como a uma redução da qualidade de vida do doente [30][59].

Genericamente, 30 a 60% das pessoas são não aderentes à terapêutica prescrita e esta proporção tende a aumentar quando várias doenças crónicas estão presentes [31]. São apontadas como razões mais comuns para a não adesão à medicação os efeitos adversos, a falta de instruções, a falta de memória, a falta de capacidade económica para pagar os medicamentos, o desacordo acerca da necessidade de tratamento e a falta de confiança do doente nos profissionais de saúde [27].

As intervenções para promover a adesão à medicação são geralmente educacionais e comportamentais, envolvendo profissionais de saúde na instrução sobre potenciais riscos relacionados com os fármacos e na simplificação do regime terapêutico. Apesar de existirem diferentes estudos acerca da eficácia de intervenções que melhorem a adesão à terapêutica em doentes com várias doenças crónicas, estas apenas se focam nas doenças individuais, tornando essas estratégias pouco interessantes para doentes com multimorbilidade. Dos estudos existentes na literatura atual, acerca da eficácia da adesão à medicação, nenhum é dirigido, especificamente, para doentes com multimorbilidade, contudo, consideram doentes com múltiplas doenças crónicas, doentes polimedicados ou com doenças crónicas, que são geralmente associadas a multimorbilidade [32].

### **7.3 Apoio à Autogestão das Doenças**

A autogestão refere-se ao envolvimento do próprio doente na gestão da sua doença, ou seja, será a capacidade que tem de gerir os seus sintomas, tratamento, consequências físicas e psicológicas e mudanças na sua forma de viver que possam decorrer por força da própria condição crónica. Uma autogestão eficaz consiste na capacidade de monitorizar a sua doença e em efetuar respostas cognitivas, comportamentais e emocionais necessárias para manter uma qualidade de vida satisfatória [60].

Conseguir uma autogestão efetiva é um desafio para os doentes com multimorbilidade, pois estes têm que gerir regimes de tratamentos complexos e encarar decisões acerca de tarefas prioritárias para diferentes condições crónicas. As estratégias de autogestão têm que englobar interações entre diferentes doenças crónicas, bem como habilidades de cuidar de doenças individuais [37]. É necessário dar importância a intervenções de autogestão de forma a ajudar os doentes com doenças crónicas a gerirem as suas condições de forma mais efetiva, em termos de desacelerar a progressão da doença, reduzir complicações e baixar os custos associados aos cuidados de saúde [33].

Apesar de existirem grandes semelhanças nas diferentes abordagens de autogestão e nas técnicas com que são transmitidas aos doentes, também existem diferenças dependendo da doença crónica em questão. Por exemplo, a autogestão relacionada com a asma incide, maioritariamente, nas capacidades necessárias para gerir a medicação e os sintomas, enquanto que na artrose a abordagem tende a ser diferente, na medida em

que se foca na gestão das consequências psicológicas e sociais e alterações dos estilos de vida [60].

## **7.4 Apoio Familiar**

Em doentes que sofrem de doenças crónicas, o apoio social é fundamental. Este é tido como a quantidade prática e emocional de apoio que os doentes recebem. Um maior apoio social está associado a uma melhor gestão e controlo da doença e a menor risco de mortalidade. A perceção que um doente tem de apoio social reflete comportamentos específicos dos membros da família, que podem ter efeitos positivos ou negativos na perceção de apoio e no sucesso da gestão da própria doença. Por isso, os comportamentos familiares são particularmente importantes no apoio a doenças crónicas que requerem uma gestão ativa e contínua [34].

O apoio social pode facilitar a adaptação ao manejo das doenças crónicas e da multimorbilidade. Os principais recursos de apoio social podem ser amigos ou familiares do doente ou, até mesmo, cuidadores que estejam envolvidos na gestão das condições crónicas dos que lhes são próximos. Estes podem proporcionar apoio através de ajuda emocional, prática ou material. A perceção de apoio social ajuda a prevenir distúrbios mentais e doenças físicas, mas, por outro lado, uma falta de apoio pode levar a problemas emocionais, stress mental, perda de saúde e depressão [36].

Apesar de já ter sido constatada a influência positiva do apoio social na QVRS, em doentes com doenças crónicas isoladas, como nas doenças cardíacas [35], existem poucas evidências do seu impacto em doentes com multimorbilidade [61].

Os elementos familiares, como cuidadores informais, têm grande repercussão na acomodação psicológica do doente e na gestão da doença, incluindo na adesão ao tratamento e na adoção de comportamentos saudáveis [38]. A perceção dos vínculos entre as doenças físicas e as relações familiares tem levado os investigadores a desenvolverem ou modificarem estratégias psicossociais que incluam a família do doente como cuidadores [62]. Estas intervenções promissoras, centradas no apoio familiar, parecem não ter qualquer efeito negativo para o doente, nem para os membros familiares envolvidos. Pelo contrário, familiares próximos e amigos representam a principal proveniência de apoio para muitas pessoas, bem como o apoio com maior impacto [38].

Estudos que relacionam cuidados médicos básicos com a assistência familiar, abordam, predominantemente, doenças físicas que necessitam de auxílio físico nas atividades de vida diárias ou supervisão durante longos períodos de tempo (demência), que correm perigo de vida (câncer), que são condições dolorosas (artrite reumatoide), ou doenças cuja evolução é fortemente afetada por mudanças nos estilos de vida (doenças cardíacas); concluindo-se que a vida dos doentes é muito influenciada pela atuação e conduta dos elementos familiares [38].

A maioria das estratégias de apoio familiar conjugam variadas abordagens psicossociais ou comportamentais, englobando educação através de apoio emocional, planejamento dos cuidados de saúde e programas de exercício [38].

## **7.5 Apoio Psicológico**

É muito comum verificar-se a concomitância das doenças crônicas com transtornos depressivos ou ansiedade, sendo por isso frequentes os distúrbios do foro mental nos indivíduos com multimorbilidade [63].

Estudos da prevalência de comorbilidades em pessoas com importantes desequilíbrios da saúde mental rondam os 90% [67], designadamente, como na diabetes, na hipertensão, na insuficiência cardíaca ou na DPOC [64].

Também, curiosamente, os indivíduos com problemas de saúde mental que têm comorbilidades físicas muitas vezes não recebem o mesmo tipo de tratamento para os seus problemas físicos que os doentes sem doenças mentais recebem, ou seja, aqueles são, com frequência, inadequadamente tratados em relação a estes. A multimorbilidade física e mental tem uma prevalência elevada entre os doentes dos cuidados de saúde primários, no entanto, existem poucas intervenções com o objetivo de melhorar os resultados relativos à saúde mental destes doentes [9].

Existe, cada vez mais, evidência científica que apoia as estratégias que abordem as vertentes emocionais, psicológicas e sociais do envelhecimento e dos cuidados de saúde. No entanto, a eficácia de modelos que contribuam para a recuperação da depressão e outras condições, em indivíduos com multimorbilidade física e mental, permanece inconsistente.

As consequências psicológicas de uma doença crónica podem ser consideráveis e, gerir uma doença crónica, comumente, requer muita energia, além de que, as tarefas relacionadas com essa gestão interferem com as atividades da vida social normal.

Os doentes que padecem de doenças crónicas estão mais vulneráveis à depressão, em particular aqueles que experimentam níveis elevados de dor. A associação de uma condição crónica com a depressão é correlacionada à deterioração da qualidade de vida e a maior mortalidade [65].

## 8. Considerações Finais

A multimorbilidade está relacionada a baixa qualidade de vida, a um estado funcional reduzido, a elevado consumo de recursos de saúde e a uma elevada taxa de mortalidade.

O impacto da multimorbilidade está associado à auto-perceção negativa da saúde e à polifarmácia. A gravidade das doenças provoca maior ou menor prejuízo na saúde dos indivíduos. Prejuízos esses resultantes da progressão e das complicações das doenças crónicas e que levam ao aumento do consumo de medicamentos e afetam a sua qualidade de vida.

A multimorbilidade também tem impacto na família, nos serviços de saúde em resultado das despesas públicas e nos profissionais que têm o desafio de avaliar o doente de forma ampla, mas articulada, ao que acresce uma maior dificuldade associada aos cuidados fragmentados e que contribui, em grande medida, para o uso da polifarmácia.

Existem dificuldades no tratamento da multimorbilidade porque, na generalidade, há um enfoque no tratamento de cada doença crónica isoladamente, em detrimento de uma abordagem abrangente de todas as condições que coexistem no mesmo indivíduo e que, muitas vezes, interagem entre si.

É necessário compreender melhor a epidemiologia da multimorbilidade para que, desse conhecimento, se elaborem e aperfeiçoem estratégias que a possam prevenir, reduzir a sua carga e pôr os serviços de saúde ao mesmo nível das necessidades desses doentes. As pessoas com multimorbilidade encontram maiores obstáculos na complexidade da fragmentação dos cuidados de saúde e são mais vulneráveis ao erro médico, porque os cuidados dos vários especialistas são, quase exclusivamente, aplicados ao tratamento de uma doença, e não a todas numa atuação integral.

É fundamental melhorar a coordenação dos cuidados de saúde para doentes com multimorbilidade e garantir-lhes acompanhamento de continuidade, base de um sistema de saúde multifacetado, universal e diligente.



# Bibliografia

1. Skevington SM, Lotfy M, Connell KAO. The World Health Organization' s WHOQoL-BREF quality of life assessment : Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQoL Group. *Qual Life Res.* 2004;13:299–310.
2. Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa : contributo para a definição de normas portuguesas. *Rev Port Saúde Pública.* 2003;21:15–30.
3. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *Onder G, ed. Biomed Res Int.* 2015;2015:965025. doi:10.1155/2015/965025
4. Anes EJ, Ferreira PL. Qualidade de vida em diálise. *Rev Port Saúde Pública.* 2009;8:67–82.
5. Németh G. Health related quality of life outcome instruments. *Eur Spine J.* 2006;15:44–51.
6. Janodia MD. Health Related Quality of Life (HRQOL) Measures in Healthcare Delivery System : Indian Perspective. *J Young Pharm.* 2016;8(3):164–7.
7. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention National. Measuring Healthy Days - Population Assessment of Health-Related Quality of Life. 2000. 44 p.
8. Alves E. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. *Rev Bras Qual Vida [Internet].* 2011;3(1):16–23.
9. Post MWM. Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2014;20(3):167–80.
10. Kaasa S, Ha J. Review Quality of life in palliative care : principles and practice. *Palliat Med.* 2003;17.
11. Afshar, S., Roderick, P. J., Kowal, P., Dimitrov, B. D., & Hill, A. G. (2015). Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC public health*, 15, 776.
12. Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M., Gonçalves, S., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidity in Portugal: Results from The First National Health Examination Survey. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30-37. doi:http://dx.doi.org/10.20344/amp.11227

13. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015; **5**:e009287.
14. Romero M, Vivas-consuelo D, Alvis-guzman N. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? *SpringerOpen J.* 2013;2:1–7.
15. Araújo J, Dourado M, Ferreira PL. Instrumentos de Medição da Qualidade de Vida em Idade Pediátrica em Cuidados Paliativos. *Acta Med Port [Internet].* 2015;28(4):501.
16. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention National. Measuring Healthy Days - Population Assessment of Health-Related Quality of Life. 2000. 44 p.
17. Ferreira LN. Utilidades, QALYS e Medição da Qualidade de Vida. 2002.
18. Profile C, Impact D, Scales M, Profile DH. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Melito. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008;52(6):931–9.
19. Langenhoff BS, Krabbe PFM, Wobbes T, Ruers TJM. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *Bristish J Surg.* 2001;88:643–52.
20. Both H, Essink-Bot M-L, Nijsten T, Busschbach J. Critical Review of Generic and Dermatology-Specific Health-Related Quality of Life Instruments. *Soc Investig Dermatology.* 2007;127:2726–39.
21. Oliveira R. Qualidade de Vida do Doente Oncológico: comparação entre a avaliação realizada pelo doente e pelo cuidador. 2005.
22. Coons SJ, Hays RD, Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A Comparative Review of Generic Quality-of- Life Instruments. *Pharmacoeconomics.* 2000;17(1):13–35.
23. Ware J. The MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey (SF-36), I : Conceptual framework and item selection. Vol. 30, *PharmacoEconomics.* 1992.
24. Tiago Paredes, Mário R. Simões, Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Marco Pereira MJQ, Rijo, Daniel Carona SG& CB. Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor Tiago. *Psicol Saúde Doenças.* 2008;9(1):73–87.
25. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization. WHOQoL – Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health. 1997.

26. Pio M, Fleck DA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQoL-100): características e perspectivas. *Cien Saude Colet*. 2000;5:33–8.
27. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Santos L, Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida «WHOQoL-bref». *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178–83.
28. M. Herdman, C. Gudex, A. Lloyd, MF. Janssen, P. Kind, Parkin, D., Bonsel, G., Badia X. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20:1727–36.
29. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port*. 2013;26(6):664–75.
30. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI ®): concepts , measurement properties and applications. *BioMed Cent*. 2003;13:1–13.
31. Ferreira PL, Pinto AB. Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Med Port*. 2008;21:111–24.
32. Farage MA, Miller KW, Sherman SN. Assessing Quality of Life in Older Adult Patients with Skin Disorders. *Glob J Health Sci*. 2012;4(2):119–31.
33. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994 – 2007 : a comprehensive review of validation data and clinical results. *Bristish J Dermatology*. 2008;169:997–1035.
34. Tamburini M, Rosso S, Gamba A, Mencaglia E, De Conno F V V. A therapy impact questionnaire for quality-of-life assessment in advanced cancer research. 1992;3(7):565–70.
35. Finlay A, Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI)— a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:210–6.
36. Alvarenga TMM. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes pediátricos com dermatite atópica da cidade de Montes Claros – Minas Gerais – Brasil. 2009.
37. Linden MMDVander, Rappard DCVan, Daams JG, Sprangers MAG, Phyllis I, Korte JDE. Health-related Quality of Life in Patients with Cutaneous Rosacea : A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2015;95:395–400.
38. Nicholson K, Abramova L, Chren M, Yeung J, Chon SY, Chen SC, et al. A pilot quality-of-life instrument for acne rosacea. *J AM ACAD DERMATOL*. 2007;57(2):213–21.
39. Basra MKA, Gada V, Ungaro S, Finlay AY, Salek SM. Infants ’ Dermatitis Quality of Life Index : a decade of experience of validation and clinical application. *Bristish J Dermatology*. 2013;169:760–8.

40. Cella D, Nowinski CJ. Measuring Quality of Life in Chronic Illness: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83:10–7.
41. Seidl E, Zannon C. Qualidade de vida e saúde : aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):580–8.
42. M. Fortin, G. Bravo, C. Hudon, A. Vanasse, and L. Lapointe, “Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice,” *Ann. Fam. Med.*, vol. 3, no. 3, pp. 223–228, May 2005.
43. K. Barnett, S. W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke, and B. Guthrie, “Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study,” *Lancet*, vol. 380, no. 9836, pp. 37–43, 2012.
44. Ferreira, Pedro. (1998). A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36.
45. Pais-Ribeiro J, Pinto C, Santos C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde e Doenças [Internet].* 2008;9(1):89–102.
46. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port [Internet]* 2013;26(6):664–75.
47. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, et al: Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol* 45:250, 2001
48. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ* 2007; 334(7602): 1016-7.
49. Gruneir A, Bronskill SE, Maxwell CJ, et al. The association between multimorbidity and hospitalization is modified by individual demographics and physician continuity of care: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):154. doi:10.1186/s12913-016-1415-5
50. Lopes PCL. Qualidade de vida em saúde: evidência para Portugal. 2013
51. Ferreira PL. Criação da Versão Portuguesa do MOS-36. *Acta Med Port.* 2000;13:55–66.
52. Ware J. The MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey (SF-36), I : Conceptual framework and item selection. Vol. 30, *PharmacoEconomics.* 1992.
53. Anes EJ, Ferreira PL. Qualidade de vida em diálise. *Rev Port Saúde Pública.* 2009;8:67–82.
54. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship Between Multimorbidity and Health-Related Quality of Life of Patients in Primary Care. *Qual Life Res.* 2006;15(1):83–91. doi:10.1007/s11136-005-8661-z

55. Cunningham SJ. Economic evaluation of healthcare--is it important to us? *Br Dent J* [Internet]. 2000;188(5):250-4.
56. Silva EA da, Pinto CG, Sampaio C, Pereira J, Drummond M, Trindade R. Orientações metodológicas para estudos de avaliação económica de medicamentos. 1998.
57. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida «Medical outcomes study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)» Tese. 1997.
58. M. Herdman, C. Gudex, A. Lloyd, MF. Janssen, P. Kind, Parkin, D., Bonsel, G., Badia X. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20:1727-36.
59. PEREIRA ÉF, Teixeira CS, Santos A dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ F isica Esporte.* 2012;26(2):241-50.
60. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994 – 2007 : a comprehensive review of validation data and clinical results. *British J Dermatology.* 2008;169:997-1035.
61. Linden MMDVander, Rappard DCVan, Daams JG, Sprangers MAG, Phyllis I, Korte JDE. Health-related Quality of Life in Patients with Cutaneous Rosacea : A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2015;95:395-400.
62. Ferreira PL. A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. 1998.
63. Ferreira P. The Portuguese version of the EORTC QLQ-C30. 1997.
64. Hogg FRA, Peach G, Price P, Thompson MM, Hinchliffe RJ. Measures of health-related quality of life in diabetes-related foot disease : a systematic review. *Diabetologia.* 2012;55:552-65.
65. Gurková E. Issues in the definitions of HRQoL. *J Nursing, Soc Stud Public Heal Rehabil.* 2011;3-4:190-7.
66. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2016 Nov 11;14(1):156. doi: 10.1186/s12955-016-0559-7. PMID: 27835995; PMCID: PMC5106778.

