

História Clínica em Medicina Física e de Reabilitação: Um Elemento para a Funcionalidade

Clinical History in Physical Medicine and Rehabilitation: An Element for Functionality

Joana Albuquerque Martins⁽¹⁾ | Sofia Maia Lopes⁽¹⁾ | João Páscoa Pinheiro^(1,2)

Resumo

Objetivo: Apresentar um modelo conceptual de história clínica em Medicina Física e de Reabilitação, tendo por base o seu papel de promoção da funcionalidade física e cognitiva.

Material e Métodos: Foi realizada uma revisão da literatura, partindo de pesquisa na base de dados PubMed e consultando fontes adicionais de informação.

Resultados: Verificou-se que o conteúdo da história clínica é relativamente consensual entre autores, porém a estrutura à qual esta obedece não está homogeneamente descrita. Neste artigo é apresentado um modelo de história clínica elaborado com base na literatura revista.

Conclusão: A história clínica é um elemento fundamental na abordagem de qualquer doente. Apesar de existir uma estrutura comum, as particularidades de cada especialidade exigem uma adequação deste modelo, de forma a orientar a colheita de dados para os seus objetivos específicos. No caso da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação, a avaliação funcional e contextual do doente assume particular importância, sendo determinante para o estabelecimento da estratégia de reabilitação.

Palavras-chave: História Clínica; Medicina Física e de Reabilitação.

Abstract

Aim: To present a conceptual model of clinical report in Physical and Rehabilitation Medicine, based on its role of promoting physical and cognitive functionality. **Material and Methods:** A review of the literature was performed, starting

with a search in the PubMed database and consulting additional sources of information.

Results: We observed that the content of the clinical report is relatively consensual among authors, but the structure to which it obeys is not homogeneously described. In this paper we present a model of clinical report based on the literature analyzed.

Conclusion: The clinical report is a key element in the assessment of any patient. Although there is a common structure, the particularities of each specialty require an adaptation of this model, in order to guide the collection of data for its specific objectives. In the case of Physical and Rehabilitation Medicine specialty, the functional and contextual assessment of the patient is of particular importance, since it is determinant for the establishment of the rehabilitation strategy.

Keywords: Medical History Taking; Physical and Rehabilitation Medicine.

Introdução

A abordagem médica de um doente inicia-se com a colheita de uma história clínica (HC) adequada. Apesar desta obedecer a uma estrutura global transversal a todas as especialidades, as especificidades da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) tornam necessária uma adequação da sua estrutura, no sentido de direcionar a colheita de dados para os objetivos do plano de reabilitação. Este artigo tem como objetivo sintetizar os elementos constituintes de uma HC numa perspetiva de valorização da funcionalidade do doente.

(1) Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

(2) Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Autor correspondente: Joana Albuquerque Martins. joanamarmartins@hotmail.com.

Data de submissão: março de 2018

Data de aceitação: março de 2019

Materiais e Métodos

Realizou-se uma pesquisa na base de dados PubMed com os termos MeSH “physical and rehabilitation medicine” e “medical history taking”, tendo sido excluídos os artigos cujo texto integral não estivesse disponível. Foram encontrados 14 artigos publicados entre 1970 e 2016. Após análise dos resumos, nenhum artigo continha informação relevante para o tema. Assim, foram utilizadas fontes de informação adicionais, nomeadamente livros de texto e páginas *web*, tendo sido consultadas algumas das suas referências.

A especialidade de MFR e o atual modelo de funcionalidade

O modelo atual da funcionalidade, incapacidade e saúde da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS (CIF) considera como elementos constituintes da funcionalidade: as estruturas e funções corporais, as atividades e a participação. Estes componentes influenciam-se entre si e correspondem, respetivamente, aos níveis corporal, individual e social da funcionalidade. Neste contexto, a funcionalidade surge intimamente relacionada não só com a condição de saúde, mas também com os fatores pessoais e ambientais do indivíduo.¹⁻⁴

A MFR assume assim o papel de promoção da funcionalidade física e cognitiva, atividade e participação, atuando também na modificação dos fatores pessoais e ambientais envolvidos.^{1,2} Neste sentido, os objetivos da HC são, não só o estabelecimento de um diagnóstico etiopatogénico para instituição de uma terapêutica curativa, mas também o estabelecimento de um diagnóstico funcional, com o propósito de estabelecer estratégias de promoção da funcionalidade e integração no meio ambiente.

Estrutura da História Clínica

Na gestão do processo de reabilitação é essencial descrever de forma abrangente a funcionalidade dos doentes e avaliar as suas alterações ao longo do tempo, de forma a orientar os cuidados a prestar para a reabilitação funcional.⁵ Uma das abordagens mais utilizadas neste processo é o ciclo de reabilitação, no qual se inicia a abordagem ao doente com a identificação dos problemas (*assessment*), ao que se segue a planificação de estratégias terapêuticas (*assignment*) e respetiva implementação (*intervention*), com posterior avaliação dos seus resultados (*evaluation*),⁶ como pode ser observado na Fig. 1.

A HC assume-se assim como o veículo que reúne todas as informações clínicas e os diversos elementos do exame físico, permitindo caracterizar a funcionalidade e elaborar um diagnóstico que correlacione todos os achados, de forma a construir um plano terapêutico adequado.⁷

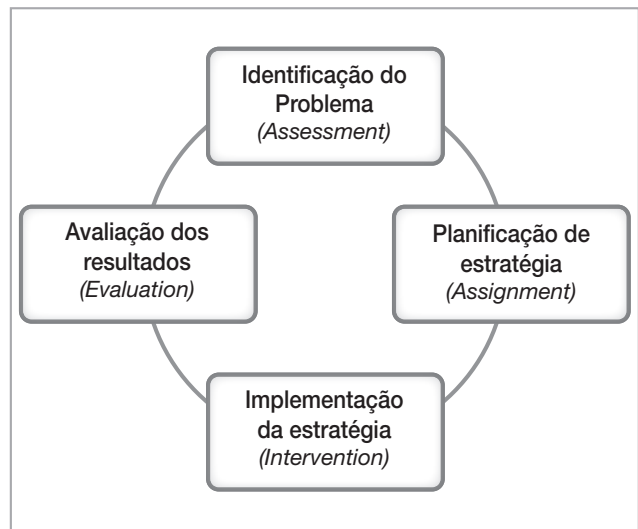


Figura 1 - Estrutura do Ciclo de Reabilitação.

Adaptado de Rauch A, et al How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008; 44: 329-42.⁶

Apesar do conteúdo da HC ser relativamente consensual entre autores, a estrutura à qual esta obedece não está homoganeamente descrita na literatura. Neste artigo é feita uma sugestão de modelo de HC (Tabela 1), elaborado com base na literatura revista.^{2,11-13}

Tabela 1 - Estrutura global da História Clínica na especialidade de MFR

| |
|--|
| 1. Motivo de Consulta/Internamento |
| 2. História da Doença Atual |
| 3. História Funcional |
| 4. Antecedentes Pessoais |
| 5. Revisão de Sistemas |
| 6. Perfil do Doente |
| 7. Antecedentes Familiares |
| 8. Exame Físico |
| 9. Diagnósticos Diferenciais e Exames Complementares |
| 10. Lista de Problemas/Diagnóstico |
| 11. Plano Terapêutico |

1. Motivo de Consulta/Internamento

Corresponde ao motivo que leva à procura de aconselhamento médico, devendo o seu registo ser feito, se possível, nas palavras do doente.⁸⁻¹⁰ Na especialidade de MFR, estão com mais frequência envolvidos os sistemas músculo-esquelético, nervoso e cardiorrespiratório, sendo frequentes as queixas de dor, perda de força, alterações da mobilidade, entre outras.^{2,11,12}

2. História da Doença Atual

Nesta secção, a queixa principal é caracterizada e é efetuada a descrição de todo o complexo sintomático, seguindo uma linha cronológica.^{8,9}

É ainda essencial registar a lista de medicação, dados os seus eventuais efeitos poderem concorrer para o quadro clínico, ou até mesmo comprometer os esforços de reabilitação.^{9,13}

3. História Funcional

A história funcional corresponde à parte nobre da HC em MFR, sendo a chave para a implementação do Ciclo de Reabilitação. É considerada por alguns autores como parte da história da doença atual, enquanto outros a consideram como uma secção separada. O seu objetivo, porém, é consensual e consiste em determinar o estado funcional prévio e associado à doença, permitindo assim caracterizar a incapacidade que desta resultou e as capacidades funcionais remanescentes.^{3,11,13}

É efetuada uma abordagem de diversos elementos de independência funcional, registando-se o nível de dependência em cada atividade.⁷ Esta avaliação pode ser qualitativa, estando esquematizados na tabela 2 exemplos de questões que podem auxiliar essa avaliação; ou quantitativa, através da utilização de instrumentos métricos. Relativamente a esta última, a medida de independência funcional é o instrumento mais utilizado como forma de avaliação da funcionalidade global, embora ainda não esteja validado para a população portuguesa. No entanto, outras escalas, tais como o índice de Barthel e a escala de Lawton e Brody, encontram-se já validadas para a nossa população.^{14,15}

a) Comunicação

Do ponto de vista funcional os elementos da comunicação articulam em quatro capacidades relacionadas com o discurso e a linguagem: ouvir, falar, ler e escrever, devendo cada uma delas ser abordada de forma sistemática.¹³ Os doentes que não são capazes de comunicar de forma verbal podem no entanto, dependendo do tipo de disfunção, ser capazes de o fazer através de outros meios, num processo denominado de comunicação aumentativa e alternativa. Podem ainda utilizar auxiliares de comunicação, que

podem ir desde uma simples figura ou quadro de palavras até à utilização de dispositivos eletrónicos.¹¹

b) Alimentação

Um aumento de complicações a longo prazo, tais como desnutrição, pneumonia de aspiração ou depressão, está associado à perda de autonomia na capacidade de alimentação. Além disso, a associação entre dependência e alimentação passiva é muito forte na nossa sociedade, levando frequentemente ao isolamento destes indivíduos, pelo que a abordagem desta capacidade assume extrema importância.^{12, 13}

c) Higiene Pessoal

A incapacidade em realizar atividades relacionadas com a limpeza e preparação associa-se a consequências dramáticas, quer a nível físico (por ex. maceração da pele e infeções), quer psicológico (ex. alterações da imagem corporal e autoestima).¹² A existência de barreiras arquitetónicas pode comprometer ainda mais a execução destas atividades, pelo que deve ser pesquisada de forma sistemática perante todos os doentes com limitação da mobilidade.

d) Utilização da Sanita/ Função Esfincteriana

A autoestima, imagem corporal e até mesmo a sexualidade do doente podem ser gravemente afetadas perante perda de autonomia na utilização da sanita ou alterações da função esfincteriana, o que pode inclusivamente condicionar uma restrição de participação. Além disso, a sujidade da pele e roupas pode resultar em complicações cutâneas e urológicas, sendo a sua abordagem essencial.¹³

e) Vestir

A autonomia na capacidade de vestir está intimamente relacionada com a readaptação social após a instalação da incapacidade, visto que uma pessoa que não seja capaz de se vestir sozinha tem menor probabilidade de ingressar em atividades na comunidade ou de receber convidados em casa.¹³ Torna-se importante, não só perceber se o doente se consegue vestir autonomamente, mas também se existem dificuldades em utilizar algum tipo específico de vestuário (exemplo: meias, calças, roupas com botões).

f) Mobilidade

A mobilidade consiste num conceito complexo que traduz o somatório do estado global das amplitudes articulares, do tónus e força musculares, da capacidade de coordenação, etc. A compreensão do grau de mobilidade é essencial para determinar o nível de dependência e eventual prescrição de produtos de

Tabela 2 - Exemplos de questões para avaliação qualitativa das capacidades funcionais

| | |
|-----------------------------|---|
| Comunicação | Tem dificuldade em ouvir? Utiliza algum auxiliar de audição? Tem dificuldade em ler? As pessoas acham difícil compreender o que diz? Tem dificuldade em encontrar palavras? Consegue escrever? Utiliza algum auxiliar de comunicação? |
| Alimentação | Consegue comer sem ajuda? Consegue cortar carne? Tem dificuldade em manusear os talheres? Tem dificuldade em trazer comida ou bebida à boca? Tem problemas a mastigar? Tem dificuldade de ingestão de líquidos ou sólidos? Regurgita comida ou líquidos pelo nariz? |
| Higiene Pessoal | Consegue escovar os dentes sem ajuda? Consegue aplicar maquiagem? Consegue pentear o cabelo? Consegue aplicar desodorizante sem ajuda? Tem problemas em se barbear? Consegue tomar banho sem ajuda? Utiliza banco ou cadeira de banho? |
| Utilização da Sanita | Consegue usar a sanita sem ajuda? Precisa de ajuda para vestir antes ou depois de usar a sanita? Precisa de ajuda para se limpar? |
| Função Esfincteriana | A incontinência urinária ou fecal são um problema para si? Se sim, com que frequência e em que circunstâncias? |
| Vestir | Veste-se diariamente? Que tipo de roupa usa? Precisa de ajuda com botões ou fechos? Precisa de ajuda para vestir a metade superior do corpo (camisola, casaco)? Consegue vestir sem ajuda a metade inferior do corpo (calças ou saia, meias)? Consegue calçar-se sozinho? |
| Mobilidade no Leito | Quando está deitado, consegue virar-se de barriga para baixo/ para cima/ de lado sem ajuda? Consegue levantar as ancas da cama quando está deitado de costas? Necessita de ajuda para sentar ou deitar? Consegue manter a posição de sentado? |
| Transferências | Consegue mover-se de e para a cadeira de rodas, sanita, cadeira de banho, cadeira ou carro, sem ajuda? Consegue sair da cama sem dificuldade? Tem dificuldade em se colocar de pé a partir de um assento baixo? Consegue ir à sanita e sair sem ajuda? |
| Deambulação | Caminha sem auxiliares? Quanto tempo consegue deambular sem ter de descansar? Costuma cair? Consegue subir ou descer estadas sem ajuda? Sai para lojas, restaurantes, casas de amigos? Consegue propulsionar a cadeira de rodas sozinho? Necessita de ajuda para atravessar carpetes, pavimento irregular ou rampas? Consegue subir/descer rampas? Consegue transferir a cadeira de rodas para o carro? |

apoio. Consideram-se como componentes da mobilidade: a mobilidade no leito, a capacidade de realizar transferências e a capacidade de deambulação.¹¹

Mobilidade no leito

A mobilidade no leito corresponde ao estágio mais básico da mobilidade funcional. A perda desta capacidade, no entanto, está relacionada com uma série de complicações (ex. desenvolvimento de úlceras de pressão ou trombose venosa profunda) e com um pior prognóstico a longo prazo, pelo que não deve ser subestimada.^{11,13}

Transferências

As transferências são movimentos que envolvem mudanças de posição num lugar e incluem atividades como sair da cama para uma cadeira. A capacidade de as executar corresponde ao segundo estágio na mobilidade funcional e frequentemente serve de percussor para a independência em outras áreas.¹³

Deambulação

A deambulação, num sentido mais estrito, refere-se ao ato de caminhar, porém num sentido mais amplo, pode ser considerada como o movimento entre dois lugares, considerando também, por exemplo, o uso da cadeira de rodas. É neste sentido lato que habitualmente é utilizado este termo na especialidade de MFR. Esta capacidade pode ser quantificada de diversas formas, nomeadamente em termos de distância ou tempo que o doente consegue deambular sem descansar ou descrevendo o espaço físico no qual o doente é capaz de se deslocar.¹³

4. Antecedentes Pessoais

Na especialidade de MFR, o registo dos antecedentes pessoais tem como objetivo principal identificar condições que possam comprometer a capacidade funcional residual do doente e concorrer para a incapacidade¹¹ ou contraindicar intervenções terapêuticas. Todos os elementos devem ser completos, contudo, história de doenças neurológicas, cardiopulmonares ou musculoesqueléticas assumem particular importância.

5. Revisão de Sistemas

A revisão de sistemas, tal como em qualquer outra especialidade permite identificar sinais e sintomas de doença que não foram abordados pela história da doença atual ou antecedentes pessoais. Considera a

avaliação de todos os sistemas orgânicos através de perguntas dirigidas, seguindo-se habitualmente a abordagem “*head to toe*”.^{9,13}

6. Perfil do Doente

Esta secção, juntamente com a história funcional, pertence por excelência à especialidade de MFR. São registados dados que permitem compreender a personalidade do doente, os fatores ambientais que concorrem para a doença e a interação do doente com o meio, o que permite a avaliação da capacidade de adaptação à incapacidade e serve de base para o estabelecimento de uma estratégia de reabilitação.

Fazem parte desta avaliação: a percepção do estilo de vida, a história social, a história profissional e a história psicológica.¹¹⁻¹³

a) Estilo de Vida

É importante saber quais são as atividades de lazer do doente, visto que, por um lado poderão ser um fator promotor de saúde ou de risco, e por outro, poderão eventualmente ser integradas no plano de reabilitação e integração comunitária.^{9, 13}

Dada a sua potencial interferência com os esforços de reabilitação, a pesquisa de uma nutrição inadequada e da utilização de álcool, tabaco ou drogas é essencial, sendo esta identificação uma oportunidade para modificação do comportamento.

b) História Social

Consideram-se parte desta secção a avaliação da dinâmica familiar e das características da habitação.

No que diz respeito à dinâmica familiar, deve ser registado o estado civil, os nomes e idades das pessoas que coabitam, bem como os respetivos papéis e disponibilidade para participar nos cuidados ao doente.^{9,11,13} É também importante compreender a capacidade económica familiar e compreender a rede de suporte para além da família¹⁰ Esta rede pode ser constituída quer por cuidadores formais, remunerados e com preparação profissional, quer por cuidadores informais, tais como amigos ou vizinhos que se disponibilizem para auxiliar o doente.

Relativamente à habitação, importa registar as suas características e localização e pesquisar barreiras arquitetónicas (exemplo: degraus, dimensões reduzidas da casa-de-banho, acessibilidade da cozinha) que possam eventualmente ser um fator limitante da atividade e participação.^{3,11,13}

c) História Profissional

No que diz respeito à história profissional, é necessário compreender a inter-relação entre a doença, a perda de função e a realização das atividades de vida diária e tarefas do emprego.^{3,11,13}

Poderão ser importantes questões adicionais no caso de o emprego atual ser incompatível com a doença, como por ex.: “Que tipo de trabalho pensa fazer no futuro? Que tipo de trabalho fez no passado? Tinha interesse em voltar a fazê-lo? Que qualificações tem que permitam mudar de emprego no futuro?”

d) História Psicológica

A importância da obtenção da história psicológica prende-se com o facto de qualquer doença acompanhada de perda de funcional poder ser psicologicamente desafiante. Assim, deve-se pesquisar antecedentes de ansiedade, depressão, outra doença psiquiátrica, bem como hospitalizações ou intervenções farmacológicas psicotrópicas, com o objetivo de otimizar as respostas comportamentais à doença.^{11,12}

7. Antecedentes Familiares

Devem ser registados a idade e o estado de saúde ou a causa de morte dos familiares^{9,11} No contexto da MFR, a importância deste registo prende-se não só com a identificação de doenças com base genética, mas também com a avaliação do estado de saúde das pessoas que constituem a rede de suporte do doente.^{11,13}

8. Exame Físico

O exame físico assume grande importância na recolha de elementos para a elaboração dos diagnósticos diferenciais. A informação obtida pelo exame físico de uma pessoa com incapacidade tem três objetivos principais: pesquisar sinais que correspondem a uma alteração da estrutura e função normais (i.e. identificar a deficiência); pesquisar sinais de problemas secundários que não são necessariamente consequência da doença; avaliar a função residual dos sistemas que não são afetados pela doença, que servirá como base sobre a qual se estabelece uma estratégia de reabilitação.¹²

9. Diagnósticos Diferenciais e Exames Complementares de Diagnóstico

Quando o doente chega à consulta de MFR poderá necessitar de uma abordagem diagnóstica *ab initio* ou poderá ter já um diagnóstico médico estabelecido,

importando nesse caso aperfeiçoar o diagnóstico etiopatogénico e definir o diagnóstico funcional. Neste sentido, após elaborar uma lista de diagnósticos diferenciais por ordem decrescente de probabilidade, será oportuna a requisição de exames complementares, de acordo com as hipóteses elaboradas. Alguns exames estão, por excelência, mais relacionados com a prática clínica da especialidade de MFR, como por exemplo ecografias de tecidos moles, estudos electrofisiológicos, posturografia dinâmica e estudos urodinâmicos.²

10. Diagnóstico Final e Lista de Problemas

Após o estabelecimento do diagnóstico clínico, deve ser estabelecido um diagnóstico funcional, sendo definidas as consequências de doença ativa, nomeadamente as deficiências, restrições de atividade e de participação. Será então elaborada a lista de problemas, habitualmente disposta por ordem de gravidade, que inclui não só as doenças e complicações secundárias, mas também as consequentes perdas de funcionalidade física, social, vocacional e psicológica.^{7,11}

11. Plano Terapêutico

A elaboração de um plano no contexto da MFR pode ser particularmente desafiante, dadas as inúmeras áreas abrangidas pela especialidade.² Deste plano pode constar a intervenção farmacológica ou a prescrição de agentes físicos, técnicas cinesiológicas, condicionamento ao esforço, próteses, ortóteses e outros produtos de apoio, bem como modificações ambientais.

No geral, podemos considerar uma linha de orientação comum que engloba seis categorias de intervenção: 1) prevenir/corrigir a incapacidade adicional, 2) otimizar os sistemas afetados, 3) otimizar os sistemas não afetados, 4) utilizar equipamento adaptativo, 5) modificar o ambiente e 6) utilizar técnicas psicológicas para melhorar estratégias de *coping*.^{11,16} Assim, devem ser claramente definidos os objetivos a curto e a longo prazo, bem como os tempos expectáveis para os atingir.^{3,12}

Conclusão

Na perspetiva da MFR, o estado de saúde e a funcionalidade apresentam-se associados, devendo ser abordados à luz de uma estreita interação com o contexto individual e ambiental. Neste contexto, a HC em MFR assume o formato médico *standard*, mas ultrapassa-o ao assumir uma dimensão biopsicossocial, apresentando a funcionalidade como um conceito estruturante.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho. Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare. Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Referências / References

1. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA, editors. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med. 2007; 45 Suppl: 6-47.
2. Pinheiro JP. Medicina Física e Reabilitação/ Rehabilitation Medicine. [consultado 2017 Nov 30]. Disponível em: <http://mfr-fmed-uc.blogspot.com>
3. Weiss LD, Weiss JM, Pobre T. Oxford American Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation. New York: Oxford University Press; 2010.
4. Rondinelli RD, editor. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. 6th ed. Philadelphia: American Medical Association; 2008.
5. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther. 2002; 82: 1098-107.
6. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur J Phys Rehabil Med. 2008; 44: 329-42.
7. Emedicine.medscape.com. New York: Medscape, LLC. Adult Psychiatric History and Examination: Introduction and overview. [consultado a 2017 Dez 5]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/317515-overview>
8. Emedicine.medscape.com. New York: Medscape, LLC. History and Mental Status Examination. [consultado a 2017 Dez 5]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/293402-overview>
9. Bickley LS, editor. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 9th ed. New York: Lippincott Williams & Williams; 2007.
10. Monahan FD, editor. Mosby's Expert Physical Exam Handbook. 3rd ed. Berlin: Mosby Elsevier; 2009.
11. Kaelin DL, editor. Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation. 5th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
12. Harrast MA. Clinical Practice of Physical Medicine & Rehabilitation. Washington: University of Washington, School of Medicine; 2005. 13-31.
13. Frontera WR, editor. DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
14. Araújo F, Pais Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C, Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 2008; 217-220.
15. Araújo F, Pais Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev Port Saúde Pública. 2007; 25: 59-66.
16. Stolov WC, Hayes RM, Kraft GH. Treatment strategies in chronic disease and disability: a contemporary approach to medical practice. Demos; 1994.