

A Doença Crónica e o desafio da Comorbilidade

JAIME CORREIA DE SOUSA*

Atendência de evolução dos cuidados de saúde no Mundo aponta para um aumento considerável da expressão das doenças crónicas na prática clínica dos médicos de família, em grande parte como consequência das mudanças demográficas nos países mais industrializados que se traduzem num considerável envelhecimento da população.¹ Os novos padrões de doença, entre os quais as doenças crónicas, particularmente as que se relacionam com factores ligados ao ambiente, aos estilos de vida e aos comportamentos estão igualmente a condicionar a procura de cuidados de saúde; existe uma modificação da epidemiologia das doenças oncológicas, as doenças infecciosas crónicas têm vindo a adquirir uma considerável expressão, há um aumento das doenças nutricionais e os problemas de saúde mental têm alterado muito o seu padrão desde a segunda metade do século passado.² As doenças crónicas tendem assim a ocupar uma parte substancial da actividade diária dos médicos de família em todo o mundo.^{3,4}

Grande parte da formação médica tradicional baseia-se em modelos orientados para a doença, grupo de doenças ou sistema orgânico e é ainda frequente surgirem recomendações técnicas e normas de orientação desenvolvidas por grupos de peritos que visam simplesmente a optimização do controlo de uma determinada doença em separado, apenas mencionando algumas recomendações dirigidas às situações crónicas mais frequentemente associadas a essa doença.

No entanto, a maior parte dos pa-

cientes com doenças crónicas não têm uma doença única. Na realidade, a maior parte das pessoas com situações crónicas têm comorbilidade, entendida como a presença simultânea de múltiplas doenças crónicas,⁵ e os doentes procuram habitualmente cuidados de saúde para as várias doenças em simultâneo, e não para uma situação única, principal.^{6,7}

Embora muitas especialidades hospitalares dediquem um tempo substancial da sua actividade a cuidados a doentes crónicos, a maior parte das consultas por problemas crónicos, quer da doença principal, quer das comorbilidades associadas, são feitas a médicos de cuidados primários.⁵ Exceptuando as doenças raras ou altamente complexas que devem ter uma responsabilidade maior dos especialistas hospitalares, a maior parte das situações crónicas devem ser essencialmente seguidas por médicos de família, em colaboração com os outros especialistas e com a equipa de saúde. A importância de um médico de família que presta cuidados a pessoas com várias situações comórbidas é cada vez mais reconhecida pelos próprios doentes.^{8,9}

Embora exista uma necessidade crescente da promoção de cuidados partilhados entre médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, equipas hospitalares, outros profissionais da comunidade e o próprio paciente e a sua família, para lidar com esta realidade os médicos de família necessitam de implementar um modelo de cuidados que se dirija à pessoa total integrando toda a constelação de comorbilidades dessa pessoa. Para isso será necessária uma mudança de orientação

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

de um modelo tradicional baseado numa abordagem por doença para um novo modelo de cuidados crónicos.

Este modelo deverá ter como componentes principais: a capacidade de mobilizar os recursos comunitários que vão ao encontro das necessidades dos doentes; a capacidade de criar uma cultura, organização e mecanismos que promovam a qualidade de cuidados seguros e de grande qualidade; o apoio à autogestão da doença, capacitando e preparando os doentes para gerirem a sua própria saúde e cuidados de saúde; conceber um sistema de prestação de cuidados, eficaz, eficiente e auto-suficiente; promover cuidados que sejam consistentes com a evidência científica e as preferências dos pacientes; organizar um sistema de informação clínica que facilite cuidados eficientes e efectivos.¹⁰⁻¹²

Como a pessoa doente é um elemento essencial da gestão da sua própria doença, o modelo de cuidados crónicos terá que ser desenvolvido numa perspectiva generalista, orientada para cuidados de saúde primários, mas que seja centrado na pessoa; este modelo é conhecido pela designação de Modelo Centrado no Paciente e promove uma abordagem em que se explora tanto a doença como a experiência de doença, se procura compreender a pessoa total, encontrar um terreno comum para a gestão dos problemas, incorporar prevenção de doença e promoção de saúde e realçar a relação Médico-Paciente de forma realista.¹³

Os desafios das próximas décadas implicam a preparação de equipas e de profissionais equipadas com os meios técnicos, recursos humanos e modelo organizacional capazes de responder às necessidades de saúde da população apoiadas em normas de orientação clínica baseadas em evidência com interesse para o doente. Para isso é necessário um novo paradigma de concepção e organização de cuidados de saúde,

um Modelo de Cuidados Crónicos baseado na Medicina Familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sector Futures. The future of health and social services in Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. Disponível em: URL: http://www.emcc.eurofound.eu.int/publications/2003/sf_hss_1.pdf [Acedido em 29/12/2005]
2. Sousa JC. O futuro da saúde e dos serviços de saúde e as consequências para o planeamento da saúde. *Rev Port Clin Geral* 1999; 15: 22-9.
3. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M, et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WRen study. *Ann Fam Med* 2004 Sep-Oct; 2 (5): 405-10.
4. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract* 2004 Aug; 21 (4): 381-6.
5. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med* 2003 May-Jun; 1 (1): 4-7.
6. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003 May-Jun; 1 (1): 8-14.
7. Schellevis FG, Van de Lisdonk EH, Van der Velden J, Hoogbergen SH, Van Eijk JT, Van Weel C. Consultation rates and incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice. *Br J Gen Pract* 1994 Jun; 44 (383): 259-62.
8. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med* 2005 May-Jun; 3 (3): 215-22.
9. Green LA, Fryer GE, Dovey SM, Phillips RL. The contemporary ecology of US medical care confirms the importance of primary care. *Am Fam Physician* 2001 Sep 15; 64 (6): 928.
10. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002 Oct 9; 288 (14): 1775-9.
11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness, the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002 Oct 16; 288 (15): 1909-14.
12. Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. *BMJ* 2004 Jan 24; 328 (7433): 220-2.
13. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986 Mar; 3 (1): 24-30.