

# O desafio da comorbilidade para os serviços de saúde

*“One could make the case that comorbidity, the simultaneous existence of multiple competing medical problems in the same patient, is what primary care is all about”*

*Thomas L. Schwenk<sup>1</sup>*

ISABEL SANTOS\*

## RESUMO

**Neste artigo de opinião, a autora descreve o papel relevante dos médicos de família (MF) na gestão das situações de comorbilidade e o impacto destas situações na prática clínica e nos serviços de saúde. A importância do papel desempenhado pelos MF na gestão de múltiplos problemas de saúde, que existem em simultâneo, num mesmo indivíduo, advém das características do tipo de cuidados prestados, globais, continuados e centrados na pessoa e não na doença, e coloca, a estes profissionais, vários desafios, quotidianos, quer no âmbito clínico quer no âmbito da gestão de cuidados. Para a autora, a gestão eficiente da comorbilidade das doenças crónicas para além de estar ligada aos próprios pacientes e aos médicos, também está ligada ao modelo de organização e à orientação dos cuidados de saúde. Deste modo, critica-se a escassa atenção dada a este fenómeno de enorme impacto no desempenho profissional e dos serviços.**

## Os médicos de família, por definição, focam-se na pessoa e não na/s doença/s

Como médicos de família sabemos que a nossa clínica é muito rica. Tão rica quanto a capacidade em se ver o que faz a diferença. No entanto, na nossa prática, as pessoas sem diagnóstico com várias doenças em simultâneo, analfabetos ou com cursos superiores, de diferentes raças/etnias e religiões, muito pobres ou da classe média alta, homo ou heterossexuais, doentes e sem doença, crianças ou muito idosos, independentes ou dependentes são vistas como iguais, pois todas partilham

elementos comuns. Esta desigual igualdade permite-nos, ao longo da vida, adquirir «truques» para lidar com as idiossincrasias de cada uma das pessoas que nos consulta. Apercebemo-nos que cada indivíduo é um sujeito único e, por isso, em cada um, procuramos a identificação precoce dos elementos-chave, da sua vida que tem relevância clínica nas decisões a tomar quanto à situação que nos apresentam. O genograma e a psicofigura fazem parte dos dados de base dos nossos registos clínicos. Em cada doente sabemos quais são os acontecimentos de vida que se ligam a uma expressão física ou psicológica de sofrimento.

Mesmo os Médicos de Família (MF) que não aplicam este método de uma forma racionalmente explícita, percebem as pessoas que os consultam como seres únicos, tendo há muito compreendido que as categorias diagnósticas, embora essenciais, são meras abstrações da realidade que tanto nos podem facilitar como complicar a vida. A essência do sofrimento ou do mal-estar raramente se encerra dentro de uma qualquer categoria taxonómica.

Relativamente à comorbilidade ou à multimorbilidade, mais uma vez a soma das partes também não é igual ao todo. A expressão de cada doença depende do contexto social onde se insere e das idiossincrasias de cada um. Assim sendo, a gestão eficiente dos doentes com várias doenças crónicas ou agudas em simultâneo, para além do método clínico centrado na pessoa, precisa de uma organização e de um sistema de cuidados de saúde que compreenda a saúde como um padrão e não como um conjunto de diagnósticos.

No editorial «A doença crónica e o desafio da comorbilidade», do nº 21 da RPCG, Jaime Correia de Sousa<sup>2</sup> alertava para a necessidade de uma

*Chefe de Serviço, CS de Oeiras  
Assistente Convidada, Faculdade de Ciências  
Médicas – Universidade Nova de Lisboa  
Doutorada em Clínica Geral (FCM-UNL)*

mudança de orientação de um modelo tradicional baseado numa abordagem por doença para um novo modelo de cuidados crónicos. Nesse mesmo editorial referia que, para além de aspectos relacionados com o médico e com o seu modelo de prestação de cuidados, é necessário que a organização e o sistema de cuidados também mudem.

Este artigo pretende, nesse contexto, alertar para a necessidade de não separar o que se quer junto. Ultimamente alguns especialistas querem vender para os CSP um modelo que designam de «Modelo de gestão de doença crónica» que, eventualmente, poderá aplicar-se de novo às suas especialidades. Aliás, como diz Barbara Starfield no editorial «*Threads and Yarns: weaving the tapestry of comorbidity*», publicado na *Annals of Family Medicine*<sup>3</sup>, quase nada se sabe sobre a extensão, o reconhecimento e a gestão da comorbilidade nos cuidados secundários. Os médicos de família, com algum esforço, lá vão procurando saber o que passa nesta área e antes de falar de modelos procuram reconhecer padrões de doença<sup>4</sup> e descrever mapas de problemas<sup>5</sup>.

### A demografia e a epidemiologia

Portugal, em 2002, foi o 6º país da Europa dos quinze com maior percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos<sup>6</sup>. Este fenómeno tem imensas repercussões em vários sectores e, em particular, na Medicina Geral e Familiar. Devido à precisão dos instrumentos diagnósticos, as doenças crónicas e degenerativas são detectadas cada vez mais, e mais precocemente, o que leva ao aumento de tempo<sup>a</sup> entre a data do diagnóstico e a mortalidade

a. Em inglês este aumento de tempo designa-se por «lead time».

específica.

As manifestações físicas e sociais das doenças crónicas resultam da interação simultânea e complexa de diferentes factores de risco e/ou doenças em diferentes etapas, de um *continuum*. O curso natural e as intervenções terapêuticas de uma doença podem influenciar a segunda (ou mesmo a terceira) doença<sup>8</sup>. As pessoas que sofrem de doenças crónicas correm maior risco de vir a ter complicações, complexas e sérias, e intervenções médicas parcialmente invasivas. A coexistência de outras doenças pode, potencialmente, alterar tanto a eficácia terapêutica como a evolução da doença primária, pondo em causa, nomeadamente, a sobrevida a longo prazo<sup>8</sup>. Vários estudos demonstram que estes doentes se encontram polimedicados e que a sua adesão à terapêutica, consoante as diferentes condições de saúde<sup>9,10</sup> é, com grande variabilidade, de cerca de 50%.

A extensão da comorbilidade aumenta progressivamente com a idade<sup>11,12</sup>, sendo que os doentes com mais comorbilidade têm uma utilização de recursos de saúde superior<sup>13</sup> e que quanto maior a comorbilidade, maior é o número de serviços solicitado e utilizado<sup>14</sup>.

A comorbilidade pode ainda afectar a funcionalidade assim como a esperança de vida, podendo ser usada como um indicador de prognóstico também para a duração dos internamentos hospitalares. Por uma ou outra razão, estes doentes são frequentemente sujeitos a re-internamentos hospitalares<sup>15,16</sup>.

Nos EUA, em 1984, 35%, 47% e 53% dos homens entre os 60 e 69 anos, entre os 70 e 79 e acima dos 80 anos, respectivamente, tinham duas ou mais doenças crónicas, sendo estas percentagens superiores nas mulheres<sup>13,14</sup>. Em 1987, 39 mi-

lhões de americanos viviam com mais de uma doença crónica<sup>15</sup> e só um terço das visitas ao médico de jovens adultos com hipertensão se devia a este diagnóstico<sup>16</sup>. Relativamente aos custos, Clouse e Osterhaus<sup>17</sup> concluíram que as despesas dos cuidados de saúde aos adultos com enxaqueca eram 30% mais elevadas comparativamente com os que não tinham enxaqueca, devido a situações de saúde não relacionadas com aquela situação e Ray *et al.*<sup>18</sup> concluíram que cerca de 1/8 das despesas com asma, otite média crónica e doenças da trompa de Eustáquio são atribuíveis ao diagnóstico e tratamento de uma só destas comorbilidades.

### O conteúdo dos cuidados prestados pelos Médicos de Família

Os cuidados prestados pelos Médicos de Família incluem diversas actividades diagnósticas e terapêuticas, tanto na fase inicial da doença como no seu seguimento ao longo do tempo. Segundo o INS realizado em 1998/1999<sup>22</sup>, a Medicina Geral e Familiar (MGF) é a especialidade mais consultada, por ambos os sexos em todos os grupos etários, para os problemas de saúde relativos aos 17 capítulos da ICD-9<sup>23</sup>, independentemente do tempo de duração do problema. Da análise mais em pormenor dos dados sobressai que, quanto mais velho é o inquirido e quanto maior é a duração do problema de saúde, maior é a procura desta especialidade relativamente às restantes, chegando ao ponto de os inquiridos com mais de 85 anos praticamente só consultarem o médico de família (87,2% do total das consultas).

Assim, em Portugal, tal como noutros países<sup>24-26</sup>, a maioria dos doentes com doenças crónicas, com

excepção das doenças pouco comuns, é seguida pelos médicos de família, quer para o problema crónico de saúde comum isolado – «doença «índice» (46) –, quer para situações de elevada comorbilidade. Os doentes com hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca isquémica e asma seguidos por MF têm em média 6 problemas de saúde crónicos em simultâneo, sendo que 25% destes doentes tem mais de 8 problemas<sup>4</sup>. A duração destas doenças índice é de 20 anos para a asma e de 8 a 14 anos para as restantes

Alguns autores revelam que o número de visitas ao médico de família, devidas à presença das doenças adicionais, é superior às efectuadas tendo por referência o diagnóstico inicial da doença considerada principal<sup>27</sup>, excepto nos grupos com baixa comorbilidade.

#### **A aquisição de mais conhecimento sobre padrões de comorbilidade**

No entanto, no século XXI, a MGF continua a trabalhar na era pré-informática. Os registos clínicos mantêm-se em papel. Fazer resumos periódicos, anuais, do seguimento de um doente com várias doenças, revela-se difícil de praticar, os instrumentos de ajuda à decisão diagnóstica e terapêutica por via electrónica, a facilitação de respostas integradas assentes em forte trabalho em equipa e na colaboração com outros especialistas e a coordenação de cuidados são pura retórica.

A eficiência do sistema tem vindo progressivamente a ganhar terreno nas políticas de saúde, preocupando-se os governos cada vez mais com a racionalização, os cidadãos com a equidade no acesso e quase ninguém com a capacidade de autonomia dos doentes na resolução dos seus problemas. A maioria dos pro-

blemas de saúde crónicos, como o seu nome indica, precisam ser controlados a partir do momento em que são detectados principalmente pelos doentes embora requeiram avaliações periódicas pelo serviço de saúde. Nesta perspectiva, importa medir as consequências económicas, na gestão e organização dos serviços, que a comorbilidade de doenças crónicas, associada a uma utilização mais frequente dos serviços de saúde, acarreta. Os doentes com doenças crónicas consultam mais vezes<sup>18</sup> e frequentemente solicitam renovação de receituário<sup>28</sup>. Se o número de vezes que o doente consulta o médico e a relação personalizada que com ele estabelece mostram o potencial da relação continuada na prestação de um leque de serviços, simultaneamente constituem uma condicionante da prestação de cuidados a um grande número de pacientes e, conseqüentemente, de acessibilidade geral.

Um outro problema relacionado com a qualidade dos serviços prestados é a gestão dos tempos de consulta. O tipo de cuidados providenciados é, segundo Stange *et al.*<sup>29</sup>, condicionado pelo tempo de consulta e pela forma como os médicos são pagos. A duração média de consulta e a marcação de consultas pelo sistema SINUS<sup>b</sup>, no Serviço Nacional de Saúde, é de 15 minutos<sup>30</sup>, independentemente do motivo de consulta e do doente, estabelecendo-se em alguns Centros de Saúde que as primeiras consultas de vigilância de gravidez e de saúde infantil possam ter marcações de 20 a 30 minutos. Deste modo, o tempo previsto para uma consulta a um doente pobre, analfabeto com hipertensão arterial,

b. SINUS =Designação do sistema de gestão administrativa de doentes criado pelo MS – IGIF para os Cuidados Primários de Saúde

diabetes, obesidade, alterações do metabolismo lipídico e perturbações depressivas no actual contexto organizativo é menor do que o previsto para uma consulta de planeamento familiar.

Por outro lado, os indicadores de avaliação de desempenho partem do pressuposto que os Centros de Saúde e as listas de utentes são semelhantes e que a comorbilidade tem uma distribuição aleatória. Sabemos que as coisas não são bem assim. Existem áreas com maior morbilidade do que outras, com população mais envelhecida, com maiores níveis de analfabetismo<sup>4,31</sup>. Mesmo sabendo que alguns indicadores de saúde estão a melhorar em termos absolutos, também sabemos que se aprofundam as desigualdades entre pobres e ricos<sup>32</sup>.

Deste modo, a gestão eficiente da comorbilidade das doenças crónicas, para além de estar ligada aos próprios pacientes e aos médicos, também está ligada à organização e à orientação dos cuidados de saúde, sendo que em muitos casos os serviços seguem uma estratégia paternalista de prestação de cuidados orientando-se para reagir a doenças agudas<sup>33</sup> ou doenças crónicas isoladas, para «vender» diagnósticos que justifiquem o mercado de intervenções que lhe estão associadas, não «apadrinhando» a investigação em Medicina Geral e Familiar no âmbito dos serviços de saúde nem o conseqüente desenvolvimento de índices de comorbilidade que permitissem medir o seu peso e a sua gravidade.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Schwenk TL. Competing priorities and comorbidities: so much to do and so little time. *Arch Fam Med* 1977 May-Jun; 6 (3): 238-9.
2. Sousa JC. A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Rev Port Clin Geral* 2005

Nov-Dez; 21 (6): 533-4.

3. Starfield B. Threads and Yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med* 2006 Mar-Apr; 4 (2):101-3.

4. Santos I. O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar: comorbidade de 4 doenças crónicas [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas; 2006.

5. Broeiro P, Ramos V. Patologia múltipla e polifarmácia no idoso. *Rev Port Clin Geral* 1997 Jan-Mar; 14 (1): 8-22.

6. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Conhecer os caminhos da saúde: relatório da Primavera 2001. Lisboa: OPSS; 2003.

7. de Grauw WJ, van den Hoogen HJ, van de Lisdonk EH, van Gerwen WH, van Weel C. Control group characteristics and study outcomes: empirical data from a study on mortality of patients with type 2 diabetes mellitus in Dutch general practice. *J Epidemiol Community Health* 1998 Apr; 52 Suppl 1: 9S-12S.

8. Sachdev M, Sun JL, Tsiatis AA, Nelson CL, Mark DB, Jollis JG. The prognostic importance of comorbidity for mortality in patients with stable coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2004 Feb 18; 43 (4): 576-82.

9. Cortez AI, Mateus AL, Rodrigues MF, Climaco MG, Fidalgo ML. Polimedicação no idoso. *Rev Port Clin Geral* 1995 Out-Dez; 12 (4): 280-4.

10. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM. The development of polypharmacy: a longitudinal study. *Fam Pract* 2000 Jun; 17 (3): 261-7.

11. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998 May; 51 (5): 367-75.

12. Santos IP, Kalache A, Jordão JG, Pires FM, Vaughan P. A morbilidade dos idosos em cuidados de saúde primários: um estudo-piloto. *Rev Port Clin Geral* 1995 Abr-Maio; 12 (2): 109-16.

13. Schellevis FG, van der Velden J, van de Lisdonk EH, van Eijk JT, van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993 May; 46 (5): 469-73.

14. Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, van den Bos GA. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *Eur J Public Health* 2001 Dec; 11 (4): 365-72.

15. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995 Jul 26; 274(4):305-11.

16. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Pre-

valence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002 Nov 11;162(20):2269-76.

17. Bierman AS, Clancy CM. Women's health, chronic disease, and disease management: new words and old music? *Womens Health Issues* 1999 Jan-Feb; 9 (1): 2-17.

18. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *JAMA* 1996 Nov 13; 276 (18): 1473-9.

19. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnepeg. *CMAJ* 1998 Oct 6; 159 (7): 777-83.

20. Clouse JC, Osterhaus JT. Healthcare resource use and costs associated with migraine in a managed healthcare setting. *Ann Pharmacother* 1994 May; 28 (5): 659-64.

21. Ray NF, Baraniuk JN, Thamer M, Rinehart CS, Gergen PJ, Kaliner M, et al. Healthcare expenditures for sinusitis in 1996: contributions of asthma, rhinitis, and other airway disorders. *J Allergy Clin Immunol* 1999 Mar; 103 (3 Pt 1): 408-14.

22. Observatório Nacional de Saúde. Inquérito nacional de saúde: dados gerais. Continente 1998/1999. Lisboa: ONSA; 2001.

23. WHO. ICD-9 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) [monograph on the Internet]. 10<sup>th</sup> revision. Geneva: OECD; 2003. Disponível em: URL: <http://www3.who.in/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>. [acedido em 14/12/2004]

24. Fortin M, Bravo G, Hudson C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005 May-Jun; 3 (3): 223-8.

25. Macleod U, Mitchell E, Black M, Spence G. Comorbidity and socioeconomic deprivation: an observational study of the prevalence of comorbidity in general practice. *Eur J Gen Pract* 2004 Mar; 10 (1): 24-6.

26. Infante FA, Proudfoot JG, Powell Davies G, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, et al. How people with chronic illnesses view their

care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust* 2004 Jul 19; 181 (2): 70-3.

27. 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.

28. Rodrigues JG. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clin Geral* 2000 Nov-Dez; 16 (6): 442-52.

29. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaen CR, Callahan EJ, Kelly RB, Gillanders WR, et al. Illuminating the 'black box': a description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *J Fam Pract* 1998 May; 46 (5): 377-89.

30. Miranda JA, Aguiar PV. Carga de trabalho, uso do tempo, prescrição de antibióticos e referência em consultas de Clínica Geral. *Rev Por Clin Geral* 1977 Nov-Dez; 14: 377-86.

31. Giraldes MR. Morbilidade e nível sócio económico em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*, 1996; 14(1):23-30.

32. Giraldes MR. Morbilidade declarada no INS 1995/96. Que respostas? – uma abordagem realizada numa perspectiva de equidade. *Rev Port Saúde Pública* 1998 Jan-Jun; 16(1): 43-59.

33. Yawn B, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Gotler RS, Stange KC. Is diabetes treated as an acute or chronic illness in community family practice? *Diabetes Care* 2001 Aug; 24 (8): 1390-6.

#### Endereço para correspondência

Departamento de Clínica Geral  
Faculdade de Ciências Médicas  
Campo dos Mártires da Pátria, 130  
1169-059 Lisboa  
E-mail: [issantos.cligeral@fcm.unl.pt](mailto:issantos.cligeral@fcm.unl.pt)

Recebido para publicação: 06/03/2006

Aceite para publicação: 04/04/2006.

#### THE COMORBILITY'S CHALLENGE TO HEALTH SERVICES

*This opinion article describes Family Doctor's (FD) role in managing comorbidity, and its impact in clinical practice and in health services.*

*The FD's relevance in the management of multiple associated health problems occurring in the same person arises from the kind of care delivered – global, continuous and centred in the person and not in the illness, and brings about several challenges, whether in the clinical scope or in the management of care. The author states that an efficient management of comorbidity in chronic illnesses depends not only on patients and doctors, but also on organisational models of health care. A critical analysis of the scarce attention that has been paid to this phenomenon of huge impact in health services' and professional's performances is presented.*