

A complexidade da comorbilidade

JUAN GERVAIS*, ISABEL SANTOS**

RESUMO

É habitual termos doentes com vários problemas de saúde em simultâneo. Na prática clínica diária, o Médico de Família adapta-se à coexistência de vários problemas num mesmo doente. No entanto, apesar de conhecer diversos tipos de associações de doenças e de reconhecer os diversos tipos de implicações desta coexistência, não dispõe de instrumentos que quantifiquem o seu peso, que o ajudem a ter uma abordagem clínica mais eficiente e que lhe facilitem a coordenação de diversos tipos de cuidados. O doente, por seu lado, não dispõe de instrumentos ou meios que o direccionem no caminho da autonomia e do empoderamento. Este artigo realça diversas implicações da comorbilidade: explicita diversos tipos de actuação na prática clínica, explica a insuficiência de meios para a sua gestão eficiente, descreve diversas medidas de comorbilidade e sugere a necessidade dos Cuidados de Saúde Primários e da Medicina Geral e Familiar se direccionarem para um modelo organizativo de cuidados centrado no doente com várias doenças crónicas em simultâneo.

Palavras-Chave: Comorbilidade; Doenças Crónicas; Medidas de Comorbilidade; Gestão de Cuidados de Saúde

No trabalho clínico diário, é habitual confrontarmos-nos com situações complexas. O usual é estarmos face a doentes com vários problemas em simultâneo. Apesar do ensino dos problemas de saúde ser feito um a um, como se vê nos livros de texto que se usam (e se estudam nos ensaios clínicos), o que o médico clínico vê são doentes com vários problemas num mesmo tempo. O que é o mesmo que dizer que o médico vê pessoas com situações complexas, com diversos problemas coexistentes, que precisam de uma abordagem adequada à sua singularidade.¹⁻³

Na prática diária, o profissional adapta-se à coexistência de problemas nos doentes e, por exemplo, parece-lhe natural que a prevalência do abuso de álcool seja quase 13 vezes maior nos fumadores do que nos não fumadores,⁴ «os vícios unem-se», pensa o médico sem que a isso dê grande importância.

Porém, esta convivência de problemas num mesmo doente, esta comorbilidade, tem importantes implicações

práticas. É importante, por exemplo, que o diagnóstico precoce do cancro da orofaringe se centre nos doentes fumadores e com excesso de consumo de álcool, em quem aumenta a incidência deste tipo de neoplasia.⁵

Lamentavelmente, em geral, apesar da neoplasia maligna da orofaringe ser mais «visível», dada a sua localização, o seu diagnóstico precoce tem taxas semelhantes (cerca de 36%) às do cancro do cólon, obviamente muito menos «visível».⁶ Queremos dizer, com isto, que perdemos, provavelmente, muitas oportunidades de diagnosticar precocemente o cancro da orofaringe por não explorarmos a cavidade oral e por não actuarmos, na prática, tendo em conta a maior incidência deste tipo de problema nos doentes com hábitos de abuso de consumo de tabaco e álcool, especialmente nos doentes que são grandes consumidores.

Num trabalho sobre neoplasias malignas da cabeça e pescoço, demonstrou-se que o maior número de visitas ao médico se associava a maior probabilidade de diagnóstico precoce destas neoplasias. Esta associação só se encontrava para o cancro da laringe nos fumadores e nos alcoólicos. Os outros tipos de neoplasia da cabeça e do pescoço, como o cancro do lábio e da faringe, diagnosticavam-se com mais atraso nos pacientes fumadores e com consumo excessivo de álcool relativamente aos restantes, que não tinham esses hábitos. De facto, quer dizer que os médicos trabalham contra a lógica de prestar mais atenção à orofaringe nos doentes com maior risco de contraírem uma neoplasia maligna com esta localiza-

*Médico de Família
Canencia de la Sierra
(Madrid, Espanha)

Equipo CESCA, Madrid, Espanha
** Chefe de Serviço, Assistente
Convidada da FCM
Centro de Saúde de Oeiras
Faculdade de Ciências Médicas

ção.⁵ Nós, médicos, possuímos o conhecimento, mas quiçá não mudamos de atitude; ou, talvez, os doentes que fumam ou bebam em excesso sejam doentes a quem tratamos de forma igual aos restantes. Com este exemplo, demonstra-se que não basta o conhecimento «natural»- pois quase todos os médicos sabem que o consumo excessivo de álcool se associa a um maior consumo de tabaco, e que este tipo de hábitos leva por sua vez a uma maior incidência de cancro da cabeça e pescoço.

Necessitamos, pois, de um modelo de organização de cuidados que atenuem estas dificuldades práticas, tão bem ilustradas pelo exemplo do tabaco e do álcool.¹⁻⁴ Um modelo de atenção a estes doentes crónicos capaz de responder àqueles com vários problemas em simultâneo, e capaz de transformar esta complexidade numa oportunidade para melhorar os cuidados clínicos, na prática diária. É imprescindível diminuir a diferença entre o que procuram os doentes e o que oferecem os médicos. É essencial reintegrar os conceitos científicos e sociais de doença e sofrimento, que deveriam ser o centro da atenção médica e da investigação.^{8,9} Por isso deve-se abandonar um modelo centrado na doença que considera que esta pode existir «isolada», tal como se descreve nos livros de texto médicos ou se investiga nos ensaios clínicos,¹⁰ pois o que existe são doentes na sua complexidade e, na sua maior parte, com vários problemas de saúde em simultâneo.

Necessitamos de novos modelos de investigação. Nos ensaios clínicos raramente se estuda mais do que um problema de saúde e mais do que uma intervenção. Por exemplo, não é de esperar que se realizem ensaios clínicos, com doentes esquizofrénicos, que tenham epilepsia e lesão hepática (por hepatite C) e que vivam em habitações degradadas.¹¹ No entanto, estes doen-

tes existem. Por isso, é muito difícil extrapolar os resultados simples, de problemas e intervenções únicas, para doentes em que coexistem várias doenças num mesmo tempo, o tipo de doentes que encontramos diariamente na consulta. Estes doentes não são a exceção na consulta do médico generalista/Médico de Família, antes pelo contrário. O que é frequente, nos Cuidados de Saúde Primários, é o doente com vários problemas de saúde.^{3,4,7} Por exemplo, os doentes com hipertensão, diabetes, isquémia do miocárdio e asma têm uma média de 6 problemas crónicos de saúde em simultâneo, e 25% destes tem mais do que 8 problemas.³

A IMPORTÂNCIA CLÍNICA DA COMORBILIDADE PARA O MÉDICO GENERALISTA

Quase tudo o que sabemos sobre o impacto da comorbilidade procede do campo hospitalar. Por isso, o índice de Charlson, o mais utilizado para a medir, utiliza dados de internamento hospitalar.¹²⁻¹⁴ Assim, sabemos muito sobre a importância da comorbilidade no doente hospitalizado. Por exemplo, que o tipo e gravidade da comorbilidade tem impacto nos diferentes resultados dos cuidados hospitalares, como a duração do internamento, o desenvolvimento de complicações, o estado funcional e a qualidade de vida, os reinternamentos e até a mortalidade.^{13,15}

Nos Cuidados de Saúde Primários temos menos documentada a importância da comorbilidade.⁷ Mas o que importa é o «peso» da mesma. Quer dizer, é a forma como se modifica o processo de ficar doente e a forma como médico e doente enfrentam o desenvolvimento e a evolução dos problemas de saúde.^{3,4,10}

Deste modo, o que importa para o médico de Medicina Geral e Familiar é a forma como muda o seguimento do doente quando coexistem vários problemas de saúde.⁴ Já referimos que, por

exemplo, a presença de tabagismo e alcoolismo modifica o diagnóstico precoce do cancro da cabeça e pescoço.⁵ Como outro exemplo, podemos dizer que um doente com diabetes e sem outros problemas de saúde não é igual a um doente com diabetes mas também com hipertensão e doença de Parkinson. Também referimos o caso do doente esquizofrénico, com hepatite C crónica e epilepsia que vive só numa habitação degradada.¹¹ Num trabalho sobre depressão demonstrou-se que a coexistência de doenças orgânicas prolongava e alargava o quadro depressivo, piorando o resultado em saúde ao fim de algum tempo.¹⁶ As doenças mentais, a diabetes e as doenças hematológicas associam-se a um atraso no diagnóstico de cancro da mama, enquanto a doença cardiovascular, gastrointestinal, musculoesquelética e a patologia benigna da mama se associam a um diagnóstico precoce do dito cancro.¹⁷ As incapacidades físicas e psíquicas associam-se a um atraso no diagnóstico do cancro da mama.¹⁸ Um último exemplo: a comorbilidade associa-se a mais internamentos hospitalares por doenças e complicações evitáveis em Cuidados de Saúde Primários (*ambulatory care sensitive conditions, ACSC*); assim, os doentes idosos com quatro e mais problemas em simultâneo têm quase cem vezes mais probabilidades de serem internados por ACSC, comparativamente com doentes só com uma doença.¹⁹

Não sabemos bem de que forma se modifica a actuação médica ante um doente com problemas múltiplos de saúde. Foram sugeridas várias hipóteses¹⁷:

1. Hipótese de maior contacto com o sistema de saúde, pois a comorbilidade, geralmente, significa aumento de acesso ao sistema de saúde, o que traz vantagens e inconvenientes. Por exemplo, competição entre cuidados curativos e preventivos.

2. Hipótese de interacção fisiológica.

Distintos problemas de saúde têm fundamentos patológicos que influem entre si modificando a evolução e/ou a apresentação do quadro habitual de doença, quando isolada. Por exemplo, a interacção entre hipertensão, diabetes e depressão.

3. Hipótese do impacto do prognóstico nas decisões médicas, para que tanto o médico como o doente tenham presentes as expectativas de qualidade e esperança de vida na tomada de decisões relativamente ao conjunto das múltiplas doenças que se podem esperar. Por exemplo, um doente com 75 anos, fumador, com insuficiência cardíaca, dificuldade em fazer a higiene pessoal e incapaz de gerir a economia doméstica, pode não ser candidato de um programa de detecção precoce de cancro do cólon, já que a sua expectativa de vida é menor do que quatro anos e se precisa pelo menos de cinco anos para que o dito programa «renda» benefícios suficientes relativamente aos riscos.²⁰ Sucede o mesmo relativamente aos medicamentos, cuja prescrição conta muito com a combinação da expectativa de vida do doente e do tempo necessário para obter os benefícios que se esperam dos fármacos.²¹ Em todos estes exemplos são muito importantes os desejos do doente, as suas crenças e as suas atitudes,¹⁰ que se podem estudar inclusive mediante métodos matemáticos e de economia da saúde.²²

As questões que temos assinalado, entre outras, podem influenciar na prática clínica não só o médico individual como todos os outros profissionais de saúde nos Cuidados de Saúde Primários. Especialmente numa época em que se difundem e defendem guias de actuação clínica, algoritmos e protocolos mediante os quais se tenta influenciar a actividade clínica diária. Estes instrumentos baseiam-se em doenças e problemas concretos, e muito raramente incluem alguma norma ou recomendação para os casos de comorbili-

dade; são normas e recomendações que raramente provêm de ensaios clínicos. Por isso, têm escassa utilidade em Medicina Geral e Familiar, pese embora as expectativas que despertam a utilização de normas de orientação clínica, algoritmos e protocolos quando aplicadas aos doentes habituais, com múltiplos problemas de saúde.^{10,23-25}

A MEDIDA DA COMORBILIDADE

Ter um método que permita medir a comorbilidade é central se queremos valorizar a sua importância, se queremos investigar, se pretendemos comparar profissionais e sistemas, se procuramos valorizar o seu impacto no prognóstico, se queremos modificar a atitude e a actividade do médico face ao doente com problemas múltiplos de saúde, em simultâneo.^{13,14} O índice mais conhecido é o de Charlson que foi criado para clarificar o prognóstico de morte atribuível a comorbilidade.¹²⁻¹⁴ Para o seu desenvolvimento utilizaram-se dados de hospitalização de doentes agudos, e empregou-se um método de risco proporcional para identificar problemas de saúde crónicos que modificavam significativamente o risco relativo de morte durante um ano. Apesar de ser empregue sobretudo em países anglo-saxónicos, existe uma adaptação espanhola para aplicar o índice de Charlson a partir do Conjunto Mínimo de Dados Básicos de alta hospitalar, compatível com a que consta no resto da Comunidade Europeia.^a

A partir do índice de Charlson obtiveram-se outros índices, com várias modificações, que melhoraram a capacidade prognóstica, ou facilitam a sua obtenção a partir de dados administrativos.^{13,14,26,27} É muito útil somar à informação sobre problemas de saúde a que

procede da utilização de medicamentos.²⁶

Para a prática do médico generalista desenvolveu-se o DUSOI (*Duke Severity of Illness*), para ser utilizada em Cuidados de Saúde Primários, tanto a partir da história clínica como directamente durante a consulta com o doente.^{28,29} Com esta escala, identificam-se os diversos problemas de saúde do doente que se pontuam de acordo com quatro aspectos (sintomatologia, complicações, prognóstico sem tratamento e resposta que se espera obter com o mesmo). No final obtém-se um índice que resume a situação global do doente.

Existem outros métodos para clarificar o peso da comorbilidade.^{12-14,26-29} Destaca-se a escala CIRS (*Cumulative Iones Rating Sacle*), que se baseia na apreciação global da situação do doente, e não nos diagnósticos individuais, e o ICED (*Index of Coexisting Disease*) que se baseia na gravidade dos problemas de saúde e na incapacidade a que estes conduzem.¹⁴

Os métodos de valorização da comorbilidade não resolveram os problemas conceptuais que se geram em torno do impacto da comorbilidade na prática clínica. Sobretudo, não chegaram até ao médico que, no dia a dia, dá uma resposta intuitiva à comorbilidade mas que carece de meios analíticos para dar uma resposta fundamentada na ciência.

A GESTÃO DA COMORBILIDADE PELO MÉDICO DE FAMÍLIA

A Medicina Geral e Familiar é, como já referido, uma prática singular. Esta singularidade deriva do contexto de exercício e de o seu método clínico ser holístico e centrado na pessoa. Biscaia *et al.*,³⁰ num trabalho recente para o Ministério da Saúde, mostram que em Portugal tanto se pode exercer sozinho sem outros profissionais de saúde por perto, como em Centros de Saúde com

a. Os interessados podem contactar o Dr. Salvador Peiró, da Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut, Valencia, Espanha (peiro_bor@gva.es).

40 ou mais profissionais; em zonas urbanas ou em zonas rurais; em zonas mais ou menos carenciadas.

O modelo de Cuidados de Saúde Primários na Europa faz com que o Médico de Família, no dia a dia da clínica, independentemente do pedido expresso pelo doente, aplique em simultâneo diversos tipos de prevenção (primária, secundária, terciária, quaternária). Por exemplo, no decurso duma consulta de seguimento a um homem de 65 anos, hipertenso, diabético, com doença cardíaca isquémica, bronquite, osteoartrite generalizada, obeso, com alterações do metabolismo lipídico e veias varicosas das pernas, o Médico de Família poderá investigar o seu bem-estar funcional, a adesão à terapêutica, as iatrogenias possíveis, o controlo metabólico e a presença ou a ausência de complicações. Não se esquecendo de vigiar o peso, a PA, a sensibilidade fina, os pulsos periféricos, a pele, o sistema venoso, a presença ou ausência de edemas periféricos. Oportunistamente, aconselhará o doente, se for o caso, a efectuar o diagnóstico precoce do cancro do cólon. O doente será, ainda, aconselhado a vacinar-se para a gripe e a fazer a vacina anti-pneumocócica, controlando-se a actualização da vacinação contra o tétano/difteria. Depois, ou antes da consulta, conforme os sítios e as circunstâncias, o doente será atendido por uma enfermeira para o aconselhamento e ensino sobre alimentação e exercício correctos e ainda sobre o método de controlo metabólico. Os problemas que se colocam no seguimento destes doentes, com vários problemas em simultâneo, não carecem pois de um novo modelo clínico de abordagem mas sim de uma adaptação do modelo de organização de cuidados de saúde primários, por forma a que estes, como previsto, integrem, em simultâneo, diversos componentes como preconiza o modelo de Cuidados Crónicos (Figura 1).³¹

Como acabamos de referir, a comor-

bilidade pode ser um emaranhado de problemas de diferente natureza que se inter-relacionam de uma forma dinâmica e não linear, logo complexa,³² onde, por vezes, uma pequena diferença, o bater de asas da borboleta, pode ter grandes consequências, desencadear um tornado. O conceito de não-linearidade, propriedade dos sistemas complexos, aplica-se à comorbilidade porque existe um atraso entre a acção e a consequência, entre o sedentarismo, a obesidade e o acidente cardiovascular, a hipertensão ou a diabetes, a exposição solar durante a vida laboral e o carcinoma espinocelular no idoso, entre os hábitos de vida sedentários, o tabaco, a alimentação desregrada e a aterosclerose, entre a utilização de um fármaco pelo seu efeito linear conhecido sobre um determinado problema de saúde e a sua consequência a longo prazo desconhecida, entre o analfabetismo e diversas desvantagens, entre a falta de controlo sobre a vida e o trabalho e o enfarte de miocárdio.

Os problemas, apesar de parecerem que se deslocam «juntos», no mesmo veículo (pessoa), não têm todos nem a mesma velocidade de evolução, nem a mesma duração de tempo. Podemos olhar para esses conglomerados de problemas como o estado do tempo ou as nuvens no céu. Por vezes parecem um novelo, não os conseguimos separar. Outras vezes, uma pequena alteração bioquímica no quadro de uma doença é o suficiente para fazer desencadear uma tempestade. O efeito provocado com o controlo de uma dislipidémia, de uma hipertensão ou de uma diabetes depende da sensibilidade da dependência das condições iniciais, sobretudo nos doentes mais idosos. No entanto, pequenas acções e pequenos acontecimentos, nestes doentes, podem ter efeitos impressionantes no seu bem-estar: o fármaco mudado a tempo, a monitorização dos efeitos adversos de alguns fármacos, a acessibilidade e a disponi-

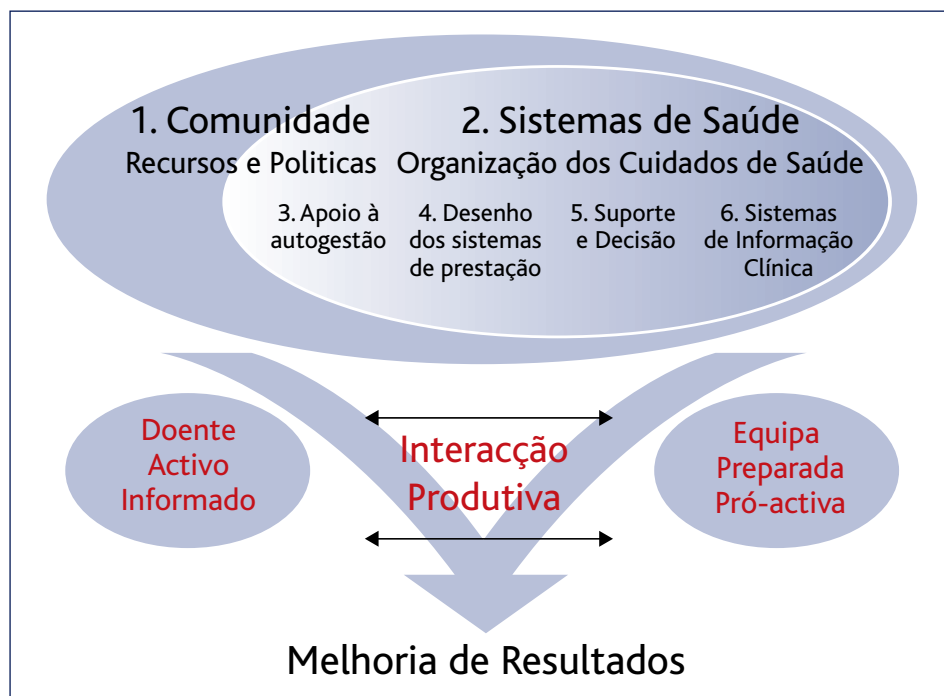


Figura 1. Modelo de cuidados crónicos.

In: Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care of chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1998; 1:2-4. A presente reedição foi autorizada pelo ACP (American College of Physicians) em 26 de Janeiro de 2007.

bilidade demonstrada na resolução de problemas, o suporte emocional proporcionado, em momentos de maior crise, pelos profissionais de saúde...

O problema das partes e do todo, nos doentes com múltiplas doenças, resolve-se observando a evolução e a mudança das relações entre as partes e as novas formas que estas criam ao longo do tempo. Sabemos há muito que as doenças são diferentes em cada doente e que a causa e o efeito de uma dada doença, num doente, nem sempre é proporcional à sua intensidade ou à sua gravidade. Apesar de dislipidémia, obesidade, hipertensão arterial e diabetes poderem estar ligadas entre si e actuar por vezes de uma forma sinérgica, a iliteracia, a pobreza, a solidão, a tristeza, uma infecção urinária, uma prostatite, uma pequena úlcera maleolar incipiente, um hipotiroidismo subclínico, também podem bater asas e fazer desmoronar a duna até aí contida de pro-

blemas. Daí a importância das consultas de vigilância e seguimento (*follow-up*) não serem unicamente dirigidas ao controlo das doenças crónicas já detectadas, mas também a outros problemas que ainda possam estar ocultos. Para estas consultas é necessário ter tempo³³ e dispor da colaboração de outros profissionais: terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, podólogos, etc.

O nível de complexidade na abordagem do doente com múltiplos problemas depende pois da natureza das interacções estabelecidas e do que faz com que uma pessoa seja um ser único, a natureza do seu sistema. Por isso a Clínica Geral foi chamada a «disciplina do que é particular, do que é único». Para o efeito é necessário, de acordo com o que sugere o modelo de cuidados crónicos (Figura 1), mudar não só o paradigma como a organização dos cuidados, reforçando o método clínico centra-

do no doente e promovendo a investigação nesta área. Se as necessidades de saúde das populações evoluem, então também o sistema de saúde e os paradigmas em que estes se fundamentam devem mudar. As doenças crónicas não têm cura. Por isso ao «paradigma da cura» deve seguir-se o «paradigma do cuidar»;³⁴ aos cuidados centrados no doente devem suceder-se os cuidados centrados na pessoa doente permitindo-lhe maior empoderamento³⁵ e exigindo-lhe maior responsabilidade. O adiamento de complicações só pode ser feito com a participação activa do doente; por isso devem direccionar-se os recursos comunitários às necessidades destes pacientes, e mobilizar e concertar os recursos existentes nos serviços de saúde para ensinar os doentes a terem um maior domínio e controlo sobre a sua saúde.

Deste modo, o papel mais importante do Médico de Família não é o de «cavalo de trabalho» que realiza de dia para dia e de ano para ano cada vez mais consultas, mas a do médico que utilizando a sua relação personalizada com os doentes, famílias e comunidades, em cooperação com outros profissionais, actua como gestor de cuidados, providenciando diariamente, de forma continuada, transversal e global, em períodos críticos, cuidados directos a um número limitado e razoável de doentes com várias doenças crónicas,³⁶ a quem se oferecem técnicas e conhecimentos polivalentes e adequados às suas necessidades.

O reconhecimento da extensão da comorbilidade em número e qualidade sugere, como acabamos de referir, novas respostas na forma como os serviços de saúde se organizam. Para o efeito precisamos de nos socorrer de um modelo organizativo mais apoiado na colaboração entre equipas funcionais (cooperação com outros profissionais, níveis e serviços), com uma forte rede de apoio social, suportado em sistemas

informáticos adequados, que contêm instrumentos de apoio à decisão que permitam informação em tempo útil sobre os cuidados clínicos que estão a ser prestados e medidas de avaliação de resultados que abranjam em simultâneo os diferentes problemas de saúde. Modelos simples mas robustos, quer para o método clínico quer para a organização da prática.³⁷

A comorbilidade, como já referimos, encontra-se ligada a determinados factores sócio-demográficos, dos quais realçamos o nível económico medido indirectamente pela escolaridade e pela situação profissional. Torna-se evidente que medidas isoladas como a medição da hemoglobina glicosilada na vigilância da diabetes ou a aplicação do teste de tolerância ao esforço num doente que tem, em simultâneo, asma, osteoartrose, obesidade, diabetes e doença cardíaca isquémica, são formas pobres para avaliar os modelos generalistas de cuidados.³⁸⁻³⁹ O resultado dos programas de saúde dirigidos às doenças crónicas depende de medidas e acções interiores e exteriores às organizações de saúde, em particular dos recursos e políticas que na Comunidade visam a autosuficiência dos doentes com múltiplas doenças crónicas, havendo pois que ter em consideração este facto, quer no desenho de medidas destinadas ao seu controlo, quer na análise dos resultados dos programas de saúde seguidos. É ao Médico de Família, pela sua capacidade para lidar em simultâneo com problemas simples, problemas complicados e problemas complexos que caberá, sem sombra de dúvida, esta parte de leão dos cuidados de saúde, nas próximas décadas.

CONCLUSÃO

Os doentes apresentam na consulta um vasto conjunto de problemas numa situação determinada. Responder a este

tipo de doentes exige ciência, consciência e ética. Não basta o que se aprende nos livros ou com os resultados dos ensaios clínicos. Precisamos saber mais sobre comorbilidade, sobre a evolução e o processo de cuidados aos doentes com múltiplos problemas em simultâneo. Os índices de comorbilidade facilitam a investigação da comorbilidade, e em alguns casos permitem a sua aplicação directa na clínica. Já possuímos um método de abordagem clínico apropriado, o método clínico centrado no doente. No entanto, para melhor gerir a comorbilidade precisamos quer de instrumentos de apoio à decisão adequados, quer de um modelo organizativo de cuidados, centrado no doente, direccionado à gestão de problemas de saúde, múltiplos, crónicos, que ocorrem em simultâneo e cujo padrão de gravidade se altera no decurso do tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr 8; 196 (4286): 129-36.
2. Sousa JC. A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Rev Port Clin Geral* 2005 Nov-Dez; 21 (6): 533-4.
3. Santos I. O desafio da comorbilidade para os serviços de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006 Mar-Abr; 22 (2): 191-4.
4. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit* 2006 Mar; 20 Supl 1: 182-91.
5. Reid BC, Warren JL, Rozier G. Comorbidity and early diagnosis of head and neck cancer in a Medicare population. *Am J Prev Med* 2004 Dec; 27 (5): 373-8.
6. Mignogna MD, Fedele S. Oral cancer screening: 5 minutes to save a life. *Lancet* 2005 Jun 4-10; 365 (9475): 1905-6.
7. Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med* 2006 Mar-Apr; 4 (2): 101-3.
8. Eisenberg L. Disease and illness: distinction between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry* 1977 Apr; 1 (1): 9-23.
9. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White K, editor. *The task of medicine. Dialogue at Wickenburg*. Menlo Park: The HJ Kaiser Foundation, 1988. p. 113-36.
10. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med* 2004 Feb 1; 116 (3): 179-85.
11. Wright N, Smeeth L, Heath I. Moving beyond single and dual diagnosis in general practice: many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed. *BMJ* 2003 Mar 8; 326 (7399): 512-4.
12. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40 (5): 373-83.
13. Librero J, Cuenca C, Peiró S. Comorbilidad e índice de Charlson: aplicaciones en el CMBD. Valencia: Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut; 2002.
14. de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003 Mar; 56 (3): 221-9.
15. Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *J Clin Epidemiol* 1992 Jun; 45 (6): 613-9.
16. Koike AK, Unützer J, Wells KB. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. *Am J Psychiatry* 2002 Oct; 159 (10): 1538-45.
17. Fleming ST, Pursley HG, Newman B, Pavlov D, Chen K. Comorbidity as a predictor of stage of illness for patients with breast cancer. *Med Care* 2005 Feb; 43 (2): 132-40.
18. Verger P, Aulagnier M, Souville M, Ravaud JF, Lussault PY, Garnier JP, et al. Women with disabilities: general practitioners and breast cancer screening. *Am J Prev Med* 2005 Feb; 28 (2): 215-20.
19. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002 Nov 11; 162 (20): 2269-76.
20. Lee SJ, Lindquist K, Segal MR, Covinsky KE. Development and validation of a prognostic index for 4-year mortality in older adults. *JAMA* 2006 Feb 15; 295 (7): 801-8.
21. Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs CA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch*

- Intern Med 2006 Mar 27; 166 (6): 605-9.
22. Liu L. Comorbidities and the willingness to pay for reducing the risk of a targeted disease: introducing endogenous effort for risk reduction. Health Econ 2004 May; 13 (5): 493-8.
23. Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. N Engl J Med 2004 Dec 30; 351 (27): 2870-4.
24. Gray DP. Evidence-based medicine and patient-centred medicine: the need to harmonize. J Health Serv Res Policy 2005 Apr; 10 (2): 66-8.
25. van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. Lancet 2006 Feb 18; 367: 550-1.
26. Schneeweiss S, Wang PS, Avorn J, Glynn RJ. Improved comorbidity adjustment for predicting mortality in Medicare populations. Health Serv Res 2003 Aug; 38 (4): 1103-20.
27. Yan Y, Birman-Deych E, Radford MJ, Nilasena DS, Gage BF. Comorbidity indices to predict mortality from Medicare data: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. Med Care 2005 Nov; 43 (11): 1073-7.
28. Parkerson GR Jr, Broadhead WE, Tse CK. The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. J Clin Epidemiol 1993 Apr; 46 (4): 379-93.
29. Parkerson GR Jr, Bridges-Webb C, Gervas J, Hofmans-Okkes I, Lamberts H, Froom J, et al. Classification of severity of health problems in family/general practice: an international field trial. Fam Pract 1996 Jun; 13 (3): 303-9.
30. Biscaia A, Charondiére P, Nogueira P, Lavouras H, Antunes Ar, Abreu I, et al. Os Centros de Saúde em Portugal. A procura e a oferta de serviços. Lisboa: Unidade de sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2006.
31. 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.
32. Gatrell AC. Complexity theory and geographies of health: a critical assessment. Soc Sci Med 2005 Jun; 60 (12): 2661-71.
33. Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pol-lak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? Ann Fam Med 2005 May-Jun; 3 (3): 209-28.
34. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002 Nov 20; 288 (19): 2469-75.
35. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities and the need for medical generalism. Ann Fam Med 2003 May-Jun; 1 (1): 4-7.
36. The Royal College of General Practitioners, the General Practitioners Committee of the British Medical Association, the NHS Alliance. Valuing general practice. Disponível em: URL: http://www.rcgp.org.uk/college_information/college_information/college_viewpoint/college_responses/valuing_general_practice.aspx. [acedido em 21/01/2007].
37. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, Bucholtz JR, Dickinson JR, Evans KL, et al. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. Ann Fam Med 2004 Mar-Apr; 2 Suppl 1: S3-32.
38. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. JAMA 1999 Jun 2; 281 (21): 2045-9.
39. Santos I. O doente com patologia múltipla: comorbilidade de 4 doenças crónicas [tese de doutoramento]. Lisboa: FCM-UNL; 2006.

Endereço para correspondência

Isabel Santos
Departamento de Clínica Geral
Campo dos Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa
E-mail: issantos.cligeral@fcm.unl.pt

Juan Gervas
E-mail: jgervas@meditex.es