

Comorbilidade: o continente desconhecido

JOSÉ A. MIRANDA

Há cerca de dois anos, conversando acerca da hipótese de colaboração entre centro de saúde e hospital na área da medicina interna, e posto por um colega internista perante a questão de saber quais seriam as áreas ou problemas em que os médicos de família mais necessitariam do complemento de saber do especialista hospitalar de medicina interna, respondi que, se para um doente com o diagnóstico de esclerose múltipla ou mesmo de drepanocitose eu gostaria muito de poder contar com a ajuda daquele especialista, o mesmo não se passaria com uma doente de 65 anos, viúva, reformada, com hipertensão arterial, diabetes de tipo 2, osteoporose, glaucoma e doença degenerativa osteoarticular axial e periférica, a quem diagnosticara recentemente um distúrbio de adaptação com humor deprimido, relacionado com o facto de que a filha de 34 anos acabava de se separar do marido e enfrentava desde então dificuldades económicas para poder assegurar a manutenção do seu anterior padrão de vida às duas crianças que ficaram transitivamente a seu cargo até resolução judicial do conflito conjugal. E informei o colega que a minha resposta decorria do pressuposto de que as competências necessárias para gerir adequadamente este caso estariam muito provavelmente mais na posse do médico de família do que na do internista hospitalar.

Curiosamente, o texto que se inclui na secção Formação deste número¹

ilustra a problemática da comorbilidade com um exemplo não muito distinto daquele que referi, numa evocação cujo único interesse é o de realçar a importância do tema e da perspectiva proposta pela autora; esta coincidência é, assim, involuntário testemunho da justeza da intuição subjacente ao pressuposto invocado na conversa relatada.

É sabido que esta problemática está ainda pouco estudada¹, embora sejam cada vez em maior número os trabalhos que, sob vários pontos de vista, fazem a sua abordagem²⁻⁵. É ainda virtualmente desconhecida a epidemiologia clínica da entidade que designamos por multipatologia e imprecisos os limites para a sua definição^{1,6-9}. São ainda poucos e recentes os estudos que alertam para alguns aspectos desta situação, nomeadamente o problema dos custos a ela associados¹⁰⁻¹², da carência de conhecimentos diagnósticos e terapêuticos^{10,13,14}, da necessidade de instrumentos adequados para a sua medição¹⁵. Os próprios estudos descritivos que constituem o primeiro passo da necessária investigação neste domínio revelam uma realidade que é conhecida do dia a dia da prática clínica: a nossa prática de prescrição na grande maioria das situações clínicas não toma na devida consideração a coexistência de outras patologias¹⁴. Por esse motivo, frequentemente parte considerável da reflexão sobre a intervenção terapêutica que o médico de família deve permanentemente fazer reduz-se nestas situações à escolha dos medicamentos que não poderá prescrever.

Ao propor uma reflexão acerca de

uma questão tão importante, o texto de P. Broeiro¹ não se limita porém a enunciar alguns princípios fundamentais para a sua compreensão: ele fornece-nos um fluxograma de raciocínio que pode ser usado como suporte de decisão clínica, e deixa-nos uma ferramenta importante para a sua utilização, um modelo de suporte de registo já experimentado na prática clínica¹.

Assim dotados, podemos esperar atingir nessa prática o ideal de uma intervenção específica para cada caso, ao mesmo tempo que balizamos a área de investigação que obrigatoriamente a multipatologia, e a polimedicação a ela associada, constituirão cada vez mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broeiro P. Multipatologia – O raciocínio clínico e a tomada de decisão: Aquisição da competência. *Rev Port Clin Geral* 2001; 307-26
2. Preisig M, Merikangas KR, Angst J. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:96-103.
3. Cucino C, Sonnenberg A. The comorbid occurrence of other diagnoses in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2107-12.
4. Marks DJ, Newcorn JH, Halperin JM. Comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:216-38.
5. Reborá A. Baldness and coronary artery disease: the dermatologic point of view of a controversial issue. *Arch Dermatol* 2001;137:943-7.
6. Broeiro P, Ramos V. Multipatologia e polifarmácia no idoso. *Rev Port Clin Geral* 1997;14:8-22.
7. Mills TL. Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Soc Sci Med* 2001;53:569-78.
8. Polednak AP. Poverty, comorbidity, and survival of colorectal cancer patients diagnosed in Connecticut. *J Health Care Poor Underserved* 2001;12:302-10.
9. Buchner AM, Sonnenberg A. Comorbid occurrence of liver and pancreas disease in United States military veterans. *Am J Gastroenterol* 2001;96:2231-7.
10. Grupp-Phelan J, Lozano P, Fishman P. Health care utilization and cost in children with asthma and selected comorbidities. *J Asthma* 2001;38:363-73.
11. Norlund A, Apelqvist J, Bitzen PO, Nyberg P, Schersten B. Cost of illness of adult diabetes mellitus underestimated if comorbidity is not considered. *J Intern Med* 2001;250:57-65.
12. Mittal A, Blyth P, Civil I. Trauma and comorbidity—a pilot study. *N Z Med J* 2001; 114:232-3.
13. Lee Y, Choi K, Lee YK. Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology* 2001;47:254-62.
14. Kroot EJ, van Gestel AM, Swinkels HL, Albers MM, van de Putte LB, van Riel PL. Chronic comorbidity in patients with early rheumatoid arthritis: a descriptive study. *J Rheumatol* 2001;28:1511-7.
15. Stukenborg GJ, Wagner DP, Connors AF Jr. Comparison of the performance of two comorbidity measures, with and without information from prior hospitalizations. *Med Care* 2001;39:727-39.