

COMORBILIDADE E FUNCIONALIDADE

Estudo Observacional de um Coorte de Doentes

Isabel SANTOS, Amália BOTELHO, André BORGES, Andreia CAPELA, David NORA, Filipa MARQUES, Guilherme FRAZÃO, Isabel BOGALHO, Maria João QUEIRÓS, Sara ALFARROBA, Teresa LIBÓRIO

RESUMO

A Hipertensão Arterial, a Diabetes Mellitus, a Doença Cardíaca Isquémica e a Asma são doenças crónicas que frequentemente coexistem. Estudos sobre consequências da comorbilidade concluem que a ocorrência simultânea de doenças pode estar associada a incapacidade física e social e a maior utilização de serviços de saúde.

Este estudo pretende descrever as alterações na comorbilidade, entre 2003 e 2007, relacioná-la com a funcionalidade e caracterizar o impacto destas nos recursos de saúde, num coorte de doentes.

O estudo é observacional e analítico. Obteve-se uma amostra aleatória, estratificada por idade e género, de 110 doentes da base de dados COMORB4DC. Estudaram-se variáveis dos domínios demográficos, sociais, morbi-mortalidade, recursos de saúde e funcionalidade. Os problemas de saúde são classificados pela ICPC2. Para a análise de variáveis utilizaram-se os testes de homogeneidade marginal, dos sinais, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. A maioria da amostra tem 65 ou mais anos. As comorbilidades mais frequentes entre as quatro doenças crónicas, nos anos de 2003 e 2007, são a hipertensão com a diabetes e da hipertensão com a doença cardíaca isquémica. No conjunto das tarefas de locomoção, autonomia física e instrumental, apenas 8% dos doentes são totalmente independentes e 47% autónomos, estes principalmente devido ao uso de meios de apoio. Entre 2003 e 2007, verifica-se existir um aumento significativo ($p < 0,001$) na média de problemas de saúde identificados e no número de problemas agrupados em classes. Só a dependência na locomoção se associa a um número superior de doenças presentes ($p = 0,033$), de recursos de saúde utilizados ($p = 0,005$) e de fármacos prescritos ($p = 0,001$). Verifica-se existir uma correlação entre o número de doenças crónicas e o número de contactos com o centro de saúde ($r = 0,434, p < 0,001$).

Os dados recolhidos sobre comorbilidade, funcionalidade, recurso a actividades assistenciais e consumo de fármacos permitem-nos conhecer melhor a rede complexa da multimorbilidade, o que pode ajudar ao diagnóstico precoce, ao prognóstico e à construção de modelos de avaliação de qualidade e de gestão crónica credíveis. Parece-nos importante um acesso precoce, racional e sequencial em áreas de saúde específicas, com especial relevância para uma articulação eficaz e desburocratizada entre cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

I.S., A.B., A.B., A.C., D.N., F.M., G.F., I.B., M.J.Q., S.A., T.L.: Departamentos de Medicina Geral e Familiar e de Fisiologia da Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Nova de Lisboa. Lisboa

© 2009 CELOM

SUMMARY

CO-MORBIDITY AND FUNCTIONALITY

Observational Study of a Patients Cohort

Hypertension, Diabetes Mellitus, Cardiac Ischemic Disease and Asthma are chronic diseases that often coexist. Studies on consequences of co-morbidity conclude that the competition of illnesses can be associated with physical and social disability and a higher request of Health services.

This study intends to describe the alterations in co-morbidity of a cohort of sick people between 2003 and 2007, to relate it with functionality and to characterise their impact on health resources.

The study is observacional. A random sample of 110 sick people, stratified by age and gender, was obtained from the database COMORB4DC. Variables were studied on specific domains: demographic, social, morbid-mortality, health resources and functionality. Health problems are classified according to ICPC2. The test of marginal homogeneity, the test of the signals, the test of Mann-Whitney and the test of Kruskal-Wallis were used for statistically analysis.

The majority of the sample has 65 or more years. The most frequent comorbidities between the four chronic index diseases, in the years of 2003 and 2007, are hypertension with diabetes and the hypertension with ischemic cardiac disease. In the set of the locomotion tasks, physical and instrumental autonomy, only 8% of the sick people are totally independent and 47% are autonomous, these mainly had to use ways of support. Between 2003 and 2007, it is verified a difference ($p < 0,001$) in the average of identified health problems and in the number of problems grouped in classes. The dependence in locomotion is only associated with a superior number of illnesses ($p = 0,033$), of used resources of health ($p = 0,005$) and prescribed drugs ($p = 0,001$). It is verified to exist a correlation among the number of chronic diseases and the number of contacts with the health centre ($r = 0,434, p < 0,001$).

The collected data on co-morbidity, functionality, resource to social assistance activities and medication allow us to better know the complex network of co-morbidity. This can help us make earlier diagnosis, more accurate prognosis and creating health quality and management plans. The repetition of the study with another interval of time can give us more knowledge on this net of relations. It is essential to effectively provide population with specific health resources and to link primary, secondary and tertiary care.

INTRODUÇÃO

Muitas doenças crónicas, habitualmente seguidas em Cuidados de Saúde Primários, causam deficiência e incapacidade, que levam a perda de autonomia^{1,2}. Entre estas doenças salientam-se, pelo seu carácter de evolução prolongada, muitas vezes causadora de disfuncionalidade e pela sua prevalência na população portuguesa, a Hipertensão Arterial (HTA), a Diabetes Mellitus (DM), a Doença Cardíaca Isquémica (DCI) e a Asma^{3,4}. Acresce que qualquer destas doenças coexiste, com frequência, com outros problemas crónicos de saúde. Estudos sobre consequências da comorbilidade concluem que a ocorrência simultânea de doenças pode estar associada a incapacidade física e social e influencia a utilização de serviços de saúde^{5,6}.

O Plano Nacional de Saúde⁷, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas⁸ e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados⁹ salientam a necessidade de uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas, em particular dos idosos e de melhores sistemas de informação epidemiológica.

De uma forma geral, não dispomos, em Portugal, de dados fiáveis numa mesma população que possam servir de referência, quer no respeitante à prevalência de doenças crónicas, quer à comorbilidade, ou à sua relação com a funcionalidade dos indivíduos. Os dados relativos a doenças crónicas no nosso país provêm de estudos de curta duração, transversais, efectuados pelos Médicos Sentinela¹⁰, do Inquérito Nacional de Saúde⁴ e, quando disponíveis, dos dados anuais do DiabCare¹¹ e do Registo Oncológico¹². Os únicos dados nacionais sobre funcionalidade concluem que a dependência em locomoção e autocuidado era pouco prevalente, e que a dependência em actividades instrumentais da vida diária estava associada à idade avançada e ao sexo masculino¹³.

Como contributo para a temática da comorbilidade crónica, no estudo efectuado por Santos¹⁴, em doentes com quatro doenças crónicas índice (HTA, DM, DCI e Asma) determinou-se o volume, a extensão e a natureza da comorbilidade nesses doentes e encontraram-se associações com diversos factores sócio demográficos (escolaridade, situação profissional e funcionalidade familiar) verificando-se existir um peso maior da comorbilidade nas pessoas

especialmente vulneráveis. Quanto à funcionalidade, em estudos realizados por Botelho¹⁵, ficou validada uma metodologia para a sua medição, obtendo-se uma noção sobre as perturbações mais prevalentes da funcionalidade e dos factores a que se associam.

Com o presente trabalho, que se insere no âmbito das estratégias do Plano Nacional de Saúde e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pretende-se dar sequência aos estudos anteriores estudando o impacte da comorbilidade na funcionalidade e na utilização de recursos de saúde e contribuir para a adequação dos cuidados assistenciais na área das doenças crónicas não transmissíveis, identificando campos específicos de intervenção.

MATERIALE MÉTODOS

O estudo é observacional e tem uma componente longitudinal e uma transversal. A selecção dos locais e Médicos de Família implicados neste estudo foi feita a partir da base de dados COMORB4DC, do estudo de Santos¹⁴. Do total dos 1100 doentes pertencentes a três médicos, da Região de Saúde de Lisboa obteve-se uma amostra aleatória de 110 doentes, estratificada por idade e género.

Foram critérios de inclusão serem doentes com uma ou mais das quatro doenças índice, darem o seu consentimento para participar no estudo e disponibilizarem-se para avaliação mediante convocação por via telefónica ou postal. Definiu-se como critério de exclusão a presença de doença aguda ou doença crónica agudizada no momento da avaliação. Nestas situações, em casos de mudança de residência ou de ausência temporária procedeu-se a nova aleatorização.

A actualização dos dados sócio-demográficos e de morbilidade teve por base os registos clínicos dos doentes e a base de dados COMORB4DC¹⁴. Os dados de funcionalidade foram obtidos mediante entrevista efectuada por uma equipa de dois investigadores treinados, tendo-se utilizado para o efeito um questionário estruturado por Botelho¹⁵. De forma a validar o método de recolha de dados, o treino dos entrevistadores e a interpretação dos critérios de funcionalidade efectuou-se um estudo piloto com dez doentes. Em resultado deste estudo, incluíram-se perguntas no questionário sobre funcionalidade especificando o tipo de ajudas utilizadas na execução das tarefas.

A informação relativa ao número de consultas e a outros actos assistenciais foi colhida a partir dos dados contidos na aplicação SINUS* que abrange o registo dos contactos dos utentes com os Centros de Saúde.

As variáveis estudadas englobam cinco domínios: 1) Demográfico: Idade, Género, Raça/etnia; 2) Social: Escolaridade; Situação profissional; Estado civil; Agregado familiar; Tipo de família; Funcionalidade familiar; 3) Morbimortalidade: comorbilidade das doenças crónicas índice (HTA, DM, DCI, Asma); comorbilidade geral; ano de morte 4) Recursos de saúde: medicação crónica; número de consultas no Centro de Saúde no último ano; número de outros actos assistenciais no último ano; 5) Funcionalidade: Locomoção; Actividades básicas da vida diária ou de Autonomia Física; Actividades instrumentais da vida diária ou de Autonomia Instrumental.

A validade interna dos resultados encontra-se assegurada pela assunção dos mesmos critérios de diagnóstico e por práticas clínicas idênticas, a validade externa sendo limitada aos doentes utilizadores inscritos nestes médicos pode servir como termo de comparação para outros estudos neste domínio.

Os problemas de saúde foram classificados de acordo com a ICPC2 (16). A informação recolhida foi informatizada pelos investigadores em ficheiros Microsoft Office Excel 2003[®]. As variáveis quantitativas foram analisadas descritivamente através de estatísticas de localização e dispersão, nomeadamente média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram descritas através de contagens e percentagens.

A análise estatística dos dados foi conduzida através de tabelas de frequências para variáveis qualitativas e tabelas com estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas. A comparação de variáveis qualitativas emparelhadas foi efectuada através do teste de McNemar ou teste de Homogeneidade Marginal. A comparação de variáveis quantitativas emparelhadas foi efectuada através do teste dos sinais.

A comparação de dois grupos face a uma variável quantitativa foi efectuada através do teste não paramétrico de Mann-Whitney e a comparação de três grupos face a uma variável quantitativa foi efectuada através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Os testes estatísticos foram efectuados para duas caudas considerando-se um nível de significância de 5%. A análise estatística foi efectuada através dos programas estatísticos SPSS[®] versão 13.0 e SAS[®] versão 9.1.

RESULTADOS

Caracterização geral da amostra

Da amostra aleatória de 110 doentes planeada para reavaliação houve que proceder à substituição de 19 doen-

* SINUS. Consultado em 13 de Fevereiro de 2008. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_322.html

tes do mesmo género e grupo etário. As razões da substituição deveram-se a: mudança de residência ausência temporária, indisponibilidade durante o estudo ou óbito.

A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização Sociodemográfica (n = 110)

Género % (n)	
Masculino	47 (42,7%)
Feminino	63 (57,3%)
Idade	
Média (±DP)	65 (±16,6)
Mediana	68
Máxima	91
Mínima	11
Raça/Etnia % (n)	
Caucasiana	106 (96,4%)
Negra	2 (1,8%)
Outra	2 (1,8%)
Estado Civil % (n)	
Casado(a)/Coabitação	69 (65,7%)
Viúvo(a)	23 (21,9%)
Divorciado(a)	7 (6,7%)
Solteiro (a)	6 (5,7%)
Situação Profissional % (n)	
Reformado/Doméstica/Estudante	67 (60,9%)
Trabalhador Activo	39 (35,5%)
Desempregado	4 (3,6%)
Escolaridade (em anos)	
0	8 (7,4%)
1-6	63 (58,8%)
7-12	19 (21,0%)
> 12	17 (15,8%)
n sabe	1 (0,9%)
Tipo de Família % (n)	
Nuclear	66 (60,0%)
Unitária	14 (12,7%)
Alargada/Reconstruída	13 (11,8%)
Monoparental	11 (10,0%)
Outro	6 (5,5%)
Funcionalidade Familiar % (n)	
Funcional/Supostamente Funcional	(74) 77,1%
Disfuncional/Supostamente Disfuncional	(22) 22,9%

No que respeita à variável Estado Civil, apenas contabilizámos 105 doentes, em virtude da nossa amostra conter cinco elementos com idade inferior a 16 anos e, conseqüentemente, com Estado Civil não caracterizável ou não aplicável. Em relação à variável Funcionalidade Familiar, o número total de doentes contabilizados atingiu apenas 96, correspondendo o défice de 14 doentes ao número de

elementos que constituem famílias unitárias, e por isso, não caracterizáveis sob o ponto de vista de Funcionalidade Familiar.

Na caracterização da amostra relativamente à comorbilidade entre as 4 doenças índice, nos anos 2003 e 2007, é de realçar a elevada prevalência no conjunto da amostra de HTA isolada (54,5% e 56,3%). Entre as quatro doenças índice verifica-se que a comorbilidade mais frequente é o par constituído pela HTA+DM (17,2% e 18,2%), a que se segue o par HTA+DCI (14,6% e 15,5%). A doença-índice que mais frequentemente se faz acompanhar de uma das outras doenças é a DCI (90%) seguida de imediato pela DM (87%).

Quanto à funcionalidade, no conjunto das tarefas de locomoção, autonomia física e instrumental, eram auto-suficientes 60 indivíduos (55%), sendo totalmente independentes apenas 8% e autónomos 47%, estes principalmente devido ao uso de meios de apoio. Eram dependentes de terceiros 12%, e 34% eram incapazes de executar uma ou mais das tarefas.

Em locomoção, eram auto-suficientes 97 indivíduos (88%), em que 40% eram independentes e 48% eram autónomos para visão, utilização de escadas e/ou locomoção na rua. Nas deslocações na rua, 6% eram dependentes de terceiros e 6% eram incapazes de as efectuar.

Em autonomia física, eram auto-suficientes 93 indivíduos (85%), em que 43% eram independentes e 42% usavam meios de apoio para a visão, micção, higiene diária e transferências de posição. A dependência de terceiros ocorria em 13%, principalmente para se vestir, higiene diária e/ou alimentação, e eram totalmente incapazes entre 1% e 3% da amostra.

Em autonomia instrumental, eram auto-suficientes 62 indivíduos (56%), em que 11% eram independentes e 46% eram autónomos, mediante o uso de meios de apoio ou a contratação eventual de serviços, nomeadamente para auxiliares de visão, fazer compras, lida de casa e tratar roupa. Havia dependência de terceiros em 11% e eram incapazes 33%, principalmente nas tarefas de natureza doméstica.

Alterações ocorridas entre 2003 e 2007 na comorbilidade

Em função dos dados expressos no Quadro 2 sobre as alterações na comorbilidade entre 2003 e 2007, verifica-se existir uma diferença significativa ($p < 0,001$) na média de problemas de saúde identificados, sendo a média de problemas em 2003, de 5,4 (DP 2,81) e em 2007, de 7,5 (DP 3,20) e uma diferença significativa ($p \leq 0,001$) no número de problemas agrupados em classes. Relativamente à comorbilidade entre as doenças índice não se verificam diferenças significativas.

Quadro 2 – Comorbilidade

Problemas de Saúde	2003		2007	
≤ 3	32	(29,1)	12	(10,9)
4-6	36	(32,7)	30	(27,3)
≥ 7	42	(38,2)	68	(61,8)

Relativamente aos capítulos da ICPC-2 (16) verifica-se que há uma diferença significativa ($p < 0,001$) no número de problemas por órgão e sistema, entre 2003 e 2007. A média de capítulos abrangidos em 2003 foi 3,7 (DP 1,75) e em 2007 é de 4,74 (DP 1,83). Os capítulos que mais contribuem para esta diferença são, por ordem de prevalência, o aparelho músculo-esquelético, o endócrino-metabólico, o circulatório, o olho, o gastrointestinal, o psicológico e o urinário (Figura 1).

Relação entre comorbilidade, funcionalidade e recursos de saúde

Na análise da relação da variável funcionalidade com outros parâmetros de saúde, só a dependência na locomoção se associou a um número significativamente superior de doenças presentes ($p = 0,033$), de recursos de saúde utilizados ($p = 0,005$) e de fármacos prescritos ($p = 0,001$).

No que se refere à medicação crónica, segundo os registos dos médicos de família, a média de fármacos prescritos é de 4,9 (DP 2,82), sendo que nesta amostra 58 doentes (52,7%) fazem, cronicamente, cinco ou mais fármacos (Figura 2). O grupo de fármacos para o aparelho cardiovascular é o mais prescrito (86,4%), tomando em média cada doente 2,3 fármacos desta classe (Figura 2).

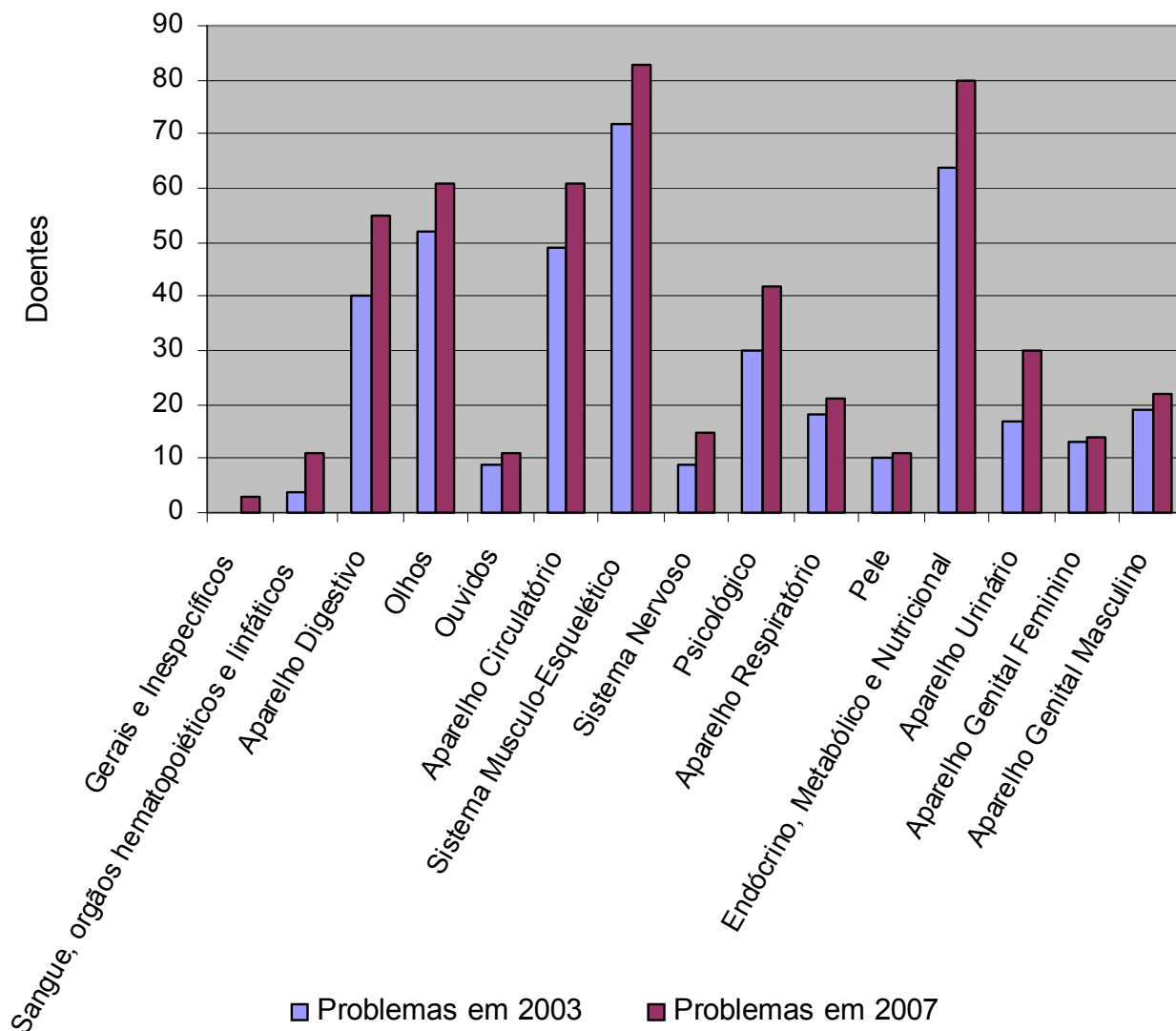


Fig. 1 – Prevalência de Problemas de Saúde Crónicos por capítulo da ICPC2

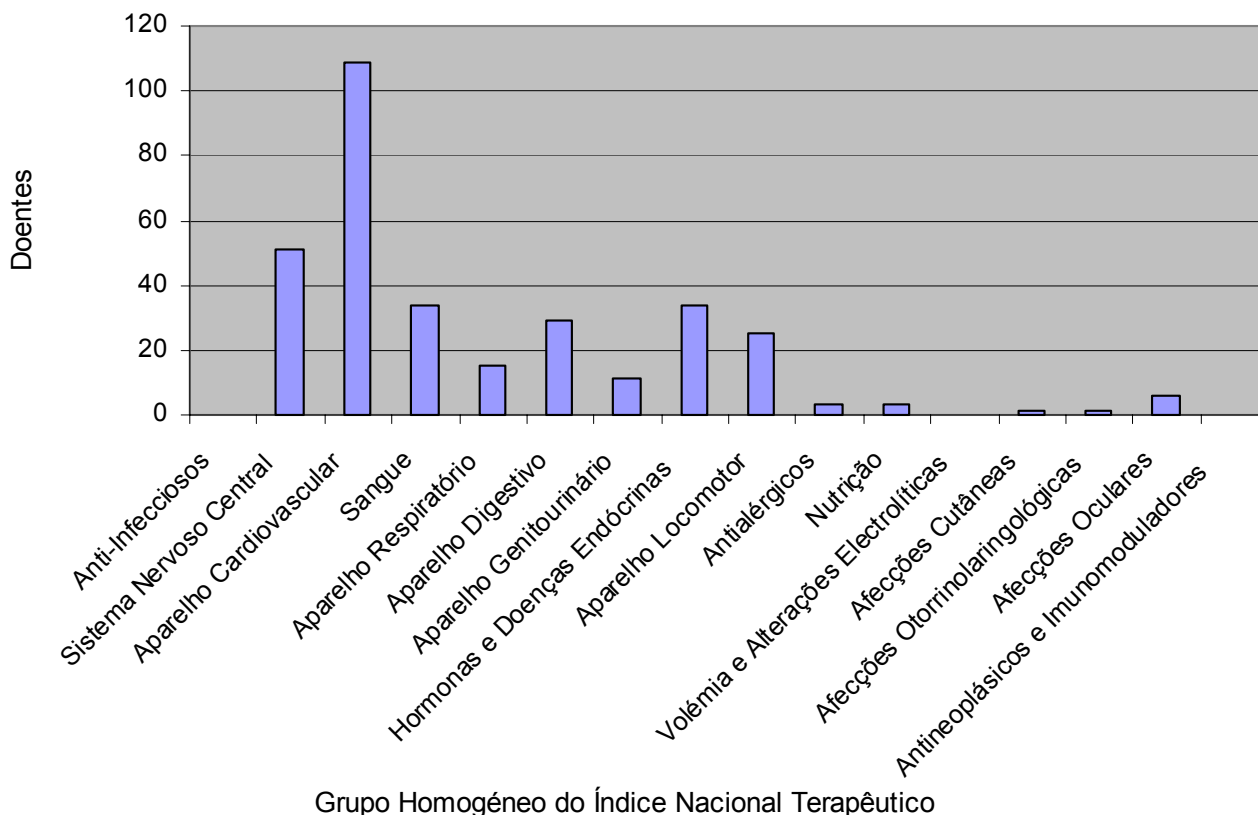


Fig. 2 – Prescrição por grupos de fármacos

No ano de 2007 verificou-se existir uma correlação significativa entre o número de doenças crónicas e o número de medicamentos ($r = 0,306, p < 0,001$) e de contactos com o centro de saúde ($r = 0,434, p < 0,001$). Não se observou relação entre o número de doenças e o número de contactos com outros profissionais de saúde (MW: $p = 0,088$) ou com o número de internamentos. (MW: $p = 0,504$)

DISCUSSÃO

Amostra estudada

A idade média da população estudada e a distribuição por género é concordante com a de outras populações de estudos sobre prevalência de doenças crónicas e de comorbilidade¹⁷. Por outro lado, verificamos que os nossos resultados são similares aos do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006¹⁸ nas variáveis género e idade da população com doenças crónicas: predominância do género feminino e de idade superior a 50 anos (à excepção da asma que é mais prevalente em idades inferiores).

A mortalidade de 5,4% verificada no coorte de 2003, idêntica à mortalidade de 5,7% da população portuguesa¹⁹ com idade igual ou superior a 65 nesse ano, a baixa perda de casos de 2003 a 2007, as poucas mudanças exis-

tentes nas categorias escolaridade, estado civil, situação profissional, tipo de família, juntamente com a inexistência de dados omissos demonstram, juntamente com os anteriores factos, a enorme potencialidade para se efectuarem estudos longitudinais a partir dos registos clínicos e dos utentes seguidos pelos médicos de famílias, em particular dos doentes registados na Base de Dados COMORB4DC, criada em 2003¹⁴.

Aspectos relacionados com a morbilidade

A média de problemas encontrada em 2003 foi de 5,40 subindo para 7,46 em 2007, com maior número de capítulos de doenças presentes. Outros estudos sobre multimorbilidade efectuados através de registos de Médicos de Família (MF), apresentam quer médias inferiores²⁰ quer superiores²¹, respectivamente 3,0 e 6,5. A explicação para a diferença encontrada pode estar no tipo de estudo e na população seleccionada. No nosso caso, a população foi seleccionada a partir da identificação pelos MF de todos os doentes com uma de quatro doenças crónicas índice, independentemente das suas idas à consulta. Nos outros estudos o recrutamento não dependeu da presença de nenhuma doença crónica índice ou foi feita a partir dos doentes que foram à consulta, durante um determinado

período. Por outro lado, nos anos 90 os critérios de diagnóstico de doenças como a Dislipidemia e a Diabetes não eram os mesmos dos actuais. No estudo de Fortin²¹ a colheita de dados não foi sistemática e só atingiu a população que consultou 21 MF durante algumas semanas do ano. Se considerarmos que a população que recorre ao MF é a *população que se sente mais doente* ou com doenças crónicas que carecem de vigilância de acordo com os programas nacionais de saúde em vigor, podemos admitir que o nosso estudo tem características semelhantes ao estudo de Fortin²¹. O que nos parece relevante assinalar é o aumento do número médio de problemas em quatro anos ao mesmo tempo que se mantêm estáveis as prevalências da comorbilidade entre as doenças índice. O aumento de problemas pode advir das comorbilidades associadas a algumas destas doenças e da progressão da idade. A estabilidade da prevalência entre as doenças índice poderá estar relacionada com o pequeno intervalo de tempo decorrido, com o modelo de gestão de cuidados de saúde crónicos aplicado no seguimento destes doentes assim como ao eventual controlo clínico alcançado. Os factos anteriores podem ainda explicar a implicação dos sistemas músculo-esquelético, endócrino-metabólico, circulatório, gastrointestinal, olho, psicológico e urinário para a variação encontrada entre 2003 e 2007. A evolução de doenças crónicas, o aumento da morbidade e o avançar da idade podem ser factores que contribuam para o surgimento de um maior número de problemas psicológicos.

Aspectos relacionados com a funcionalidade

A análise conjunta da funcionalidade tem como objectivo averiguar a necessidade de apoio em pelo menos uma das tarefas avaliadas. Neste estudo obtiveram-se, na classificação global de funcionalidade, valores mais próximos dos de autonomia instrumental, o que geralmente sucede^{13,15} uma vez que as tarefas dessa variável são de complexidade mental e motora superior à maioria das restantes²². Assim, numa amostra predominantemente ambulatória, com alguns indivíduos ainda jovens e outros muito idosos, foi baixa a prevalência de indivíduos completamente independentes, mas apreciável a dos que recorrendo a meios ou a ajudas eventuais eram autónomos. Neste sentido, foi uma revelação importante a constatação da relevância dos auxiliares da visão para essa autonomia.

No que diz respeito à locomoção, a maioria deslocava-se de modo auto-suficiente, sendo de realçar o apoio obtido para esse efeito dos auxiliares de visão e a indispensabilidade do uso de corrimão para a utilização de escadas, em alguns indivíduos. Os dependentes eram os mais idosos de ambos os sexos, facto também encontrado em es-

tudos semelhantes e habitualmente relacionado com queixas do foro músculo-esquelético^{13,15,23}.

A desenvoltura patente em autonomia física é comum encontrar-se em amostras ambulatorias^{13,15,23}, uma vez que essas tarefas são de autocuidado frequente e bastante automatizadas. O apoio em meios foi novamente notório para os auxiliares da visão, muito provavelmente para a alimentação, sendo importante reconhecer que quase um terço da amostra, na maioria mulheres, recorria a dispositivos de apoio à micção, aspecto que é comum encontrar-se¹³ e se relaciona com a sua maior propensão para a incontinência urinária^{13,15,23}. O lavar-se e o vestir-se constituíam tarefas com alguma necessidade de apoio, o banho ocorrendo com ajudas de meios e/ou pessoas e o vestir apenas de pessoas, devido ao menor desenvolvimento de soluções alternativas neste âmbito. A minoria de indivíduos considerada incapaz em autonomia física, correspondeu aos que não estavam ambulatorios e foram avaliados no seu domicílio.

Eram auto-suficientes em autonomia instrumental 56% dos elementos da amostra, mas poucos com independência total, o que está de acordo com outros estudos^{13,15}. Constatou-se a importância de uma visão bem compensada, assim como a possibilidade de fazer face a estas tarefas mediante a auto-suficiência no recurso a apoios contratuais de terceiros, principalmente para as tarefas de índole doméstica. A dependência de terceiros, sem direcção no tipo de ajuda prestada, e a classificação de incapacidade, obtida por um terço da amostra, verificaram-se predominantemente nos mais velhos, nos homens, e em relação às actividades domésticas, factos também encontrados em outros estudos semelhantes^{13,15} e que têm o seu fundamento tanto em raízes culturais de não aquisição de competências desse foro pelos homens, como da sua perda com o avançar da fragilidade ligada à idade e à doença.

A não associação entre os restantes parâmetros de funcionalidade e parâmetros de saúde pode dever-se tanto à necessidade de maior casuística para a sua expressão como à maior facilidade em se cumprirem tarefas em que o compromisso seja mais no âmbito da mobilidade do que no da locomoção.

Aspectos relacionados com a morbidade, funcionalidade e utilização de recursos

O número de consultas em Cuidados de Saúde Primários aumenta com a idade³. A relação encontrada neste estudo entre o número de doenças crónicas, o número de contactos com o Centro de Saúde e o número de medicamentos prescritos era esperável já que sabemos que os doentes com mais comorbilidade solicitam e utilizam maior

número de serviços de saúde^{24,25}. No entanto, neste estudo não se verifica existir uma correlação entre o número de problemas e o número de contactos com outros profissionais de saúde ou com internamentos como seria de prever²⁶. A explicação para este facto está certamente ligada ao estágio de desenvolvimento dos problemas apresentados e consequentemente ao seu nível de gravidade e modelo de cuidados de saúde²⁷ e em particular ao método clínico seguido pelos Médicos de Família. Neste estudo não se utilizou nenhuma escala de gravidade¹⁶ podendo-se admitir que os problemas se encontram no nível intermédio. No entanto, a existência de programas de vigilância de saúde para algumas das doenças índice juntamente com um modelo clínico centrado na pessoa, uma prática de cuidados continuados, uma medicina holística, abrangente, visando o empoderamento de cada doente pode ser a justificação mais forte para que este seguimento seja feito, exclusivamente, no âmbito da Medicina Geral e Familiar.

Com este estudo ficamos a conhecer um pouco mais da rede complexa da comorbilidade. No entanto, é preciso saber mais sobre as contribuições que o tipo de cuidados prestados têm nas respostas às intervenções em saúde, na autonomia dos pacientes e na não ocorrência de efeitos adversos ou de complicações. Esta necessidade é legitimada pela polimedicação encontrada ($M = 4,9$) onde a medicação para o aparelho cardiovascular impera. No entanto, sendo esta média de fármacos semelhante à encontrada em populações utilizadoras dos Cuidados de Saúde Primários, mas em que a selecção não se fez a partir da presença das quatro doenças crónicas²⁸ será legítimo pensar-se que o número de fármacos prescrito se encontra abaixo do que seria de esperar numa lógica cumulativa. Esta constatação seria explicável mediante observações extraídas de outros estudos e já postuladas por outros autores: os médicos mudam o seguimento dos doentes quando coexistem vários problemas^{29,30}. Deste modo coloca-se a questão: será que estes médicos adoptam novos modelos de prescrição à medida que a idade avança e que surgem mais problemas de saúde crónicos em simultâneo, cingindo a sua prescrição só aos fármacos sobre os quais possuem forte evidência sobre a sua acção terapêutica e deixando de lado os fármacos placebo?

CONCLUSÕES

A análise da relação entre funcionalidade e parâmetros de saúde, parece-nos constituir uma abordagem pouco explorada e para a qual não encontramos elementos de comparação. As associações encontradas entre locomo-

ção e doenças, utilização de recursos de saúde e de fármacos, fazem sentido, podem e devem vir a ser alvo de análise mais detalhada.

Uma das vantagens deste estudo é a de nos dar a conhecer o tipo de crescimento de problemas. O seguimento longitudinal de uma determinada população como esta pode ajudar ao diagnóstico precoce, ao prognóstico e à construção de modelos de avaliação de qualidade e de gestão crónica credíveis.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio recebido na prossecução deste trabalho a Inês Guerreiro presidente da Missão para os Cuidados Continuados Integrados e à Faculdade de Ciências Médicas. Agradecem ainda os serviços de consultadoria estatística prestados pela empresa Euro-trials®.

Conflito de interesses:

Trabalho executado em parceria, no âmbito da Bolsa para a promoção de Projectos de Investigação Clínica na rede de Hospitais e Centros de Saúde articulados com a FCM, 2006/2007.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

- MATHERS CD, VOS ET, STEVENSON CE, BEGG SJ: The Australian Burden of disease study: Measuring the loss of health from diseases, injuries and risk factors. *Med J Aust.* 2000;172:592-6 Disponível em: <http://www.mja.com> [Acedido em 21 de Julho de 2006].
- VAN MANEN JG, BINDELS PJ, IJZERMANS J, VAN DER ZEE JS, BOTTEMA BJAM, SHADE E: Prevalence of comorbidity in patients with a chronic airway obstruction and controls over the age of 40. *J Clin Epidemiol.* 2001;54:287-293
- JORDÃO JG: Medicina Geral e Familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa 1995
- ONSA: Inquérito Nacional de Saúde: dados Gerais. Continente 1998/1999. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde 2001
- WOLFF JL, SARTFIELD B, ANDERSON G: Prevalence expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162:2269-76
- VAN MANEN JG, BINDELS PJ, DEKKER FW et al: The influence of COPD on health related quality of life independent of the influence of comorbidity. *J Clin Epidemiol* 2003;56(12):1177-84
- Direcção Geral de Saúde: Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas Vol II [monografia na internet]. <http://www.dgsaude.pt> Lisboa: DGS 2004 [Acedido em 26 Outubro 2006].
- Direcção Geral de Saúde: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [monografia na internet]. <http://www.dgsaude.pt> DGS. Lisboa 2004 [Acedido em: 26 Outubro 2006]

9. Ministério da Saúde: Rede de Cuidados Continuados Integrados. Decreto-Lei n.º 101/2006. 109 1ª Série de 6 de Junho 2006
10. Médicos Sentinela: http://www.onsa.pt/index_17.htm [Acedido em 15 de Outubro de 2006]
11. Direcção Geral da Saúde: Programa de controlo da diabetes mellitus: dossier da diabetes: DGS Lisboa 1998
12. Plano Oncológico Nacional-2001-2005: Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República - I SÉRIE, n.º190, 17 de Agosto de 200;5241-6
13. OLIVEIRA CR, ROSA S, PINTO AM et al: Estudo do Perfil de Envelhecimento da População Portuguesa. Relatório final de execução de Projecto Feder/Saúde XXI concluído em 25/10/2006
14. SANTOS I: O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar : comorbilidade de 4 doenças crónicas. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa 2006
15. BOTELHO MA: Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano (1ª Ed.). Porto: Laboratórios Bial 2000
16. WONCA: ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral 1999
17. VAN DEN AKKER M, BUNTIX F, METSMEMAKERS JF, ROOS S, KNOTTNERUS JA: Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1996;51(5):367-375
18. Instituto Nacional de Estatística: 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006; 2007 http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Destaques [Acedido em 18 Janeiro 2008]
19. Risco de Morrer em Portugal: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005964.pdf> [Acedido em 13 de Fevereiro de 2008]
20. METSEMAKERS J, HOPPENER G, KNOTTNERUS J, KOCHEN R, LIMONARD C: Computerized health information in the Netherlands: a registration network of family practices. *Br J Gen Pract* 1994;42:102-6
21. FORTIN M, BRAVO G, HUDSON C, VANASSE A, LAPOINTE L: Prevalence of multimorbidity among adults seen in Family Practice. *Ann Fam Med* 2006;3(3):223-8
22. LAWTON MP, BRODY EM: Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186
23. HEIKKINEN E, WATERS WE, BRZEZINSKI ZJ: The elderly in eleven countries. A sociomedical survey. *Public Health in Europe*, 21. Copenhagen: WHO 1983;231p
24. WESTERT GP, SATARIANO WA, SCHELLEVIS FG, VAN DEN BOS GA: Patterns of comorbidity and the use of health services in the dutch population. *Eu J Public Health* 2001; 11(4):365-372
25. STARFIELD B, LEMKE KW, BERHARDT T, FOLDES SS, FORREST CB, WEINER JP: Comorbidity implications for the importance of primary care in case management. *Ann Family Med* 2003;1(1):8-14
26. WOLFF JL, STARFIELD B, ANDERSON G: Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Ach Intern Med* 2002;162(20):2269-76
27. STARFIELD B, LEMKE KW, HERBERT R, PAVLOVICH WD, ANDERSON G: Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Family Med* 2005;3(3):215-222
28. HOLMES HM, HAYLEY DC, ALEXANDER GC, SACHS CA: Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med* 2006;166(6):605-9
29. VERGER P, AULAGNIER M, SOUVILLE M et al: Women with disabilities: general practitioners and breast cancer screening. *Am J Prev Med* 2005;28(2):215-220
30. FLEMING ST, PURSLEY HG, NEWMAN B, PAVLOV D, CHAN K: Comorbidity as a predictor of stage of illness for patients with breast cancer. *Med Care* 2005;43(2):130-140



Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa