



Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade

Paula Broeiro*

A presença de mais de um problema de saúde em cada pessoa é uma constante e uma preocupação em cuidados de saúde primários. A designada *multimorbilidade* tem sido estudada de forma heterogénea, desde a simples contagem do número de doenças por indivíduo a sistemas sofisticados de classificação e medição da carga de doença.¹ Contudo, a evidência sobre o benefício das intervenções é limitada.¹⁻² Torna-se premente a caracterização de padrões e a identificação de intervenções e metas que deverão ser iniciadas por uma clara definição do conceito multimorbilidade: dois ou mais problemas de saúde diagnosticados na mesma pessoa, não definindo nenhum como central.^{1,3-4}

O termo ‘multimorbilidade’ surgiu como uma alternativa “democrática” ao termo “comorbilidade”.⁵ Este último designa “qualquer problema independente e adicional a uma doença existente e em estudo” – doença ou problema índice –, colocando-a em posição central e as restantes em situação secundária, interferindo ou não no curso e tratamento da doença índice.⁵⁻⁶ A distinção entre multimorbilidade e comorbilidade parece, assim, fictícia, dependendo da perspectiva de análise, uma vez que o mesmo paciente tem multimorbilidade para o seu Médico de Família e comorbilidade para o seu Pneumologista (e.g., Asma, doença índice).

Ambos os termos, “comorbilidade” e “multimorbilidade”, se referem a múltiplos problemas ou condições de saúde, sem todavia ser clara a distinção entre o que é considerado como doença ou como factor de risco (e.g., Hipertensão é uma doença ou um factor de risco?).⁵ Esta indefinição constitui uma limitação, presente

em muitos dos estudos sobre esta temática, mas outras relacionam-se com a não identificação de gravidade das doenças e suas repercussões na vida, bem como com a não inclusão da prioridade do paciente em paralelo com a do médico (e.g., insuficiência cardíaca – médico *vs* osteoartrose-paciente).⁵

A abordagem de múltiplos problemas e condições de saúde crónicas de uma única pessoa, na perspectiva de um problema índice e comorbilidades, torna-se ineficaz e ineficiente, pois considera a maioria dos problemas apenas na sua relação com o problema índice.⁶ Em sentido inverso, o conceito de multimorbilidade potencia a abordagem da totalidade dos problemas (holística), tendo em conta o sentir da pessoa (centrada no paciente) e promove a compreensão da interacção entre problemas físicos, mentais e sociais (complexidade).⁶

Não dispondo de dados recentes de prevalência em Portugal socorremo-nos de uma revisão sistemática de estudos de prevalência em contexto de cuidados de saúde primários, cujos resultados revelaram estimativas globais que oscilaram entre 12,9% na população adulta e 95,1% na população com 65 anos ou mais.¹ Ressalta desses estudos que a multimorbilidade se encontra consistentemente associada à idade (igual ou superior a 65 anos), ao género feminino, ao baixo nível socioeconómico,¹⁻² bem como à doença mental.¹

É, pois, consensual que o envelhecimento populacional aumenta a carga de doença crónica e a prevalência de doentes com multimorbilidade.^{3-4,7-8} Na população de mais idade, a multimorbilidade é a regra e não a excepção. Contudo, o impacto da multimorbilidade na dependência está por esclarecer.⁹ Koller et al desenvolveram um estudo de coorte com a duração de cinco anos (2005 a 2009), numa população idosa, com

*Directora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar



o objectivo de estimar o impacto da multimorbilidade na dependência e necessidade de cuidados de longo prazo. A média de seguimento foi de 4,5 anos e os resultados confirmam, apenas, que as pessoas com multimorbilidade tiveram um maior risco de se tornarem dependentes de cuidados (HR: 1,85; IC 1,78-1,92).⁷

Os doentes com multimorbilidade (ou com elevado número de comorbilidades, quando está em estudo um problema-índice) são geralmente excluídos da investigação clínica, pelo que a natureza e a complexidade das necessidades destes doentes carecem de melhor compreensão e suporte de evidência.^{2,9} Estudos de coorte prospectivos são um método robusto de descrever e estudar a história natural das condições de saúde crónicas, bem como os efeitos da multimorbilidade ao longo do tempo e os factores que influenciam estes efeitos. Sem o conhecimento gerado por esse tipo de estudos não será possível partir para o desenvolvimento de intervenções eficazes.⁹

A multimorbilidade coloca em questão o paradigma de *gestão da doença* (definida, desenvolvida e orientada para a doença), a investigação e a educação médica tradicionais. Numa revisão sistemática de estudos qualitativos de Sinnott et al, publicada no BMJ em 2013, são sintetizados os quatro principais constrangimentos ao cuidar de doentes com multimorbilidade: desorganização e fragmentação dos cuidados de saúde; inadequação das normas de orientação clínica e da Medicina baseada em evidência; desafios da prestação de cuidados centrados no paciente e barreiras no processo de tomada de decisão partilhada.¹⁰

A dissonância de conceitos, princípios e interesses, como a organização dos sistemas de saúde, a especialização médica ou a distinção entre curar e cuidar geram a desorganização e fragmentação dos cuidados de saúde e dificultam a abordagem da multimorbilidade. As diferentes políticas têm afastado o Médico de Família do seu *core business*, a abordagem holística do paciente, neste caso particular, da multimorbilidade, fazendo-o sentir-se, por vezes, excluído do cuidado.¹⁰

O método clínico centrado no paciente¹¹ é essencial quando se considera que um sistema de saúde deve cuidar de pessoas com multimorbilidade.⁶ Não existindo um problema dominante, o cuidado centrado no paciente é o ideal para equilibrar todos os problemas e permitir uma abordagem integrada.⁶ A medição de

desempenho para a multimorbilidade não foi adequadamente desenvolvida, importando salientar que os indicadores específicos de doença (e.g., diabetes) podem ser atingidos, mas desadequados ou descontextualizados, em pacientes com multimorbilidade.⁶

Os objectivos do cuidado aos pacientes com multimorbilidade são evitar a iatrogenia, reduzir a morbilidade e mortalidade, sem comprometer a funcionalidade e qualidade de vida. Mas os instrumentos existentes não contemplam estes objectivos e não incluem as necessidades e a complexidade do cuidar destes pacientes com multimorbilidade.⁶

Em muitos países foi implementado o modelo de gestão integrada da doença, que mantém a lógica *doença única*, integrando o doente na organização através do gestor de caso, mas não o cuidado ao paciente.¹² Os pacientes com multimorbilidade estão ligados a vários médicos e serviços, não coordenados entre si, e ficam confusos quanto a quem é responsável e por quê, podendo existir problemas insuficientemente controlados e outros duplamente tratados.¹² As necessidades dos pacientes com multimorbilidade não são a soma das necessidades decorrentes das doenças individuais e, portanto, a organização por doença única tem um efeito negativo na continuidade dos cuidados.¹²

A complexidade ligada à multimorbilidade acarreta dificuldades na gestão dos cuidados de saúde e das terapêuticas^{9,13} e pode assumir diferentes níveis: individual (paciente), organizacional (sistema de saúde) e profissional (médico).¹² Uma melhoria dos cuidados prestados a doentes com multimorbilidade será um desafio para todos os sistemas de saúde, exigindo cuidados de saúde primários fortes que integrem uma abordagem holística, centrada no paciente e na complexidade da multimorbilidade⁹ e um sistema de saúde focado no cuidar, contrariando a lógica de serviços de saúde especializados e fragmentados.¹⁴ A colaboração eficiente entre profissionais e serviços é essencial, devendo os responsáveis valorizar os seus Médicos de Família e priorizar a continuidade dos cuidados e a melhoria da qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes,¹⁵ ao invés de premiar o mero atingimento de indicadores de doença descontextualizados.¹⁴

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag



- M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS ONE*. 2014;9(7):e102149.
2. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205.
 3. France EF, Wyke S, Gunn JM, Mair FS, McLean G, Mercer SW. Multimorbidity in primary care: a systematic review of prospective cohort studies. *Br J Gen Pract*. 2012;62(597):e297-e307.
 4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
 5. Valderas JM, Mercer SW, Fortin M. Research on patients with multiple health conditions: different constructs, different views, one voice. *J Comorbidity*. 2011;1(1):1-3.
 6. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev*. 2011;33(2):451-74.
 7. Koller D, Schön G, Schäfer I, Glaeske G, van den Bussche H, Hansen H. Multimorbidity and long-term care dependency: a five-year follow-up. *BMC Geriatr*. 2014;14:70.
 8. Laan W, Bleijenberg N, Drubbel I, Numans ME, De Wit NJ, Schuurmans MJ. Factors associated with increasing functional decline in multimorbid independently living older people. *Maturitas*. 2013;75(3):276-81.
 9. Mercer SW, Gunn J, Wyke S. Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort studies. *J Comorbidity*. 2011;1(1):4-7.
 10. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 2013;3:e003610.
 11. Stewart M, Brown J, Levenstein J, McCracken E, McWhinney IR. The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *Fam Pract*. 1986;3(3):164-7.
 12. Doessing A, Burau V. Care coordination of multimorbidity: a scoping study. *J Comorbidity*. 2015;5(1):15-28.
 13. Giovannetti ER, Wolff JL, Xue QL, Weiss CO, Leff B, Boulton C, et al. Difficulty assisting with health care tasks among caregivers of multimorbid older adults. *J Gen Intern Med*. 2012;27(1):37-44.
 14. Salisbury C. Multimorbidity: time for action rather than words. *Br J Gen Pract*. 2013;63(607):64-5.
 15. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, Dowd OT. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18;4:CD006560.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

director@rpmgf.pt