

O **PRÉMIO BIAL** foi criado em 1984 com o objectivo de distinguir e divulgar trabalhos de investigação médica de grande repercussão e qualidade, contemplando quer a investigação básica, quer a pesquisa clínica. Com periodicidade bienal, representa actualmente um dos galardões de maior relevância a nível internacional, tendo já premiado alguns dos mais notáveis profissionais de saúde de diversos países.

Promovido pela **FUNDAÇÃO BIAL**, o **PRÉMIO BIAL** conta com os altos patrocínios do Senhor Presidente da República, do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas e da Ordem dos Médicos.

Na sua décima segunda edição o júri do **PRÉMIO BIAL** foi constituído por Manuel Sobrinho Simões, que presidiu, e por António Rendas, Armando Porto, Henrique de Barros, João Lobo Antunes e Maria de Sousa.

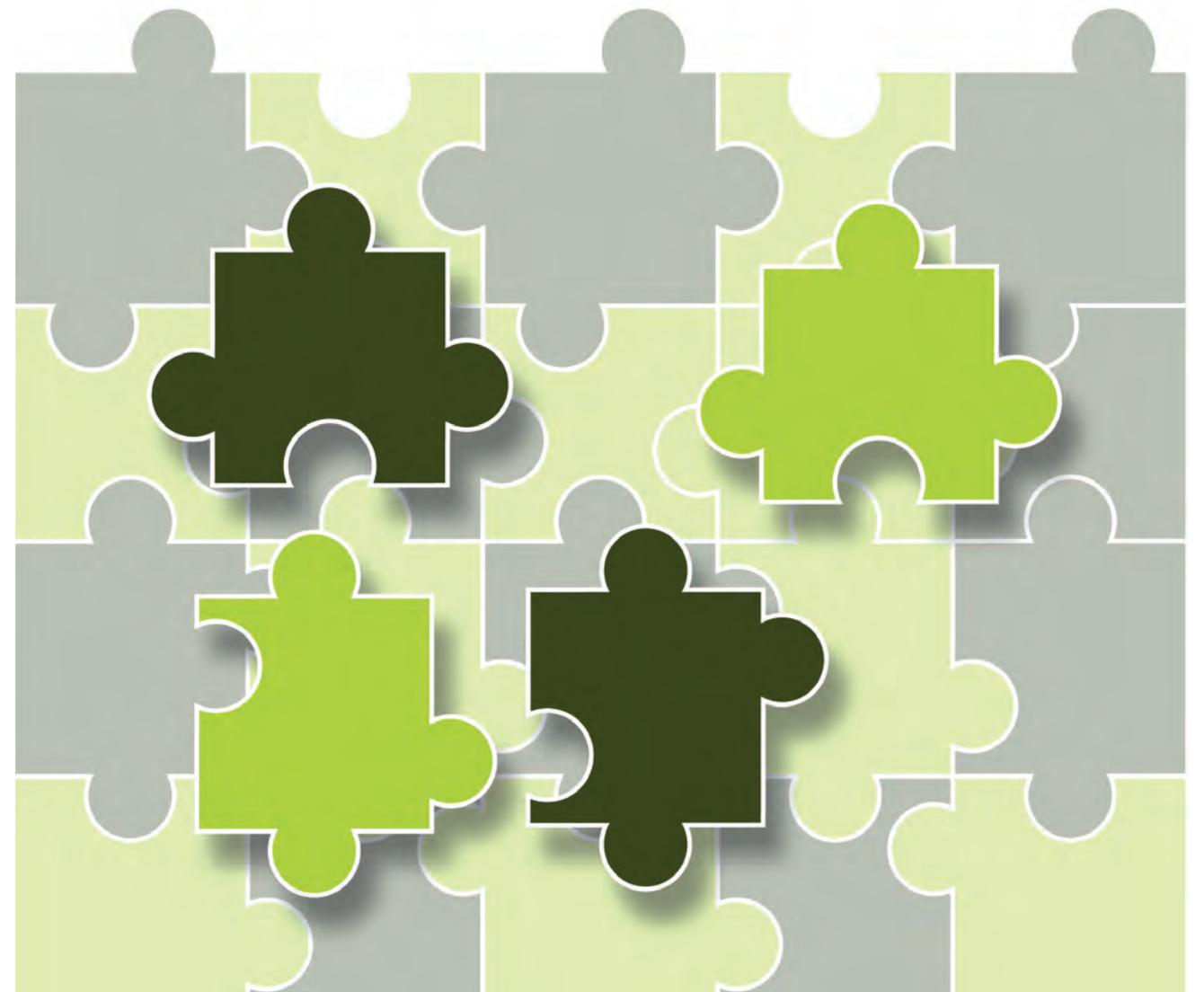
Entre as obras apresentadas a concurso, o júri atribuiu o **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** ao trabalho "Biologic Platform for beta cell therapy in diabetes", da autoria de Daniel Pipeleers, Bart Keymeulen e Zhidong Ling da *Vrije Universiteit Brussel (Brussels Free University)*.

O **PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA** distinguiu uma investigação de um grupo multicêntrico do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando da Fonseca e do Instituto de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra com o título "Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes". Este trabalho é da autoria de Maria do Céu Machado, Paula Santana, Maria Helena Carreiro, Helena Nogueira, Maria Rosalina Barroso e Alexandra Dias. Foram também distinguidas quatro obras com Menções Honrosas.

Na edição de 2008 a **FUNDAÇÃO BIAL** disponibiliza para cada uma das modalidades os seguintes valores pecuniários: **GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA** - 150 mil euros e **PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA** - 50 mil euros. Cada uma das **Menções Honrosas** será contemplada com 5 mil euros.

O doente com patologia múltipla em Medicina Geral e Familiar: *comorbilidade de quatro doenças crónicas*

MARIA ISABEL PEREIRA DOS SANTOS



Maria Isabel Pereira dos Santos

A Comorbilidade em Medicina Geral e Familiar

O doente com patologia múltipla em medicina geral e familiar:
Comorbilidade de 4 doenças crónicas

O livro “A Comorbilidade em Medicina Geral e Familiar” foi publicado em 1ª edição pelos Laboratórios Bial com uma tiragem de 5000 exemplares.

Design Gráfico: 
Execução Gráfica: EIGAL
Depósito Legal Nº: 280387/08
ISBN: 978-989-95520-4-3

© COPYRIGHT 2008. “A Comorbilidade em Medicina Geral e Familiar. Este trabalho está sujeito a Copyright. Todos os direitos estão reservados tanto no que diz respeito à totalidade como a qualquer das suas partes, especificamente os de tradução, reimpressão, transmissão por qualquer forma, reprodução por fotocopiadoras ou sistemas semelhantes e arquivo em sistemas de informática.

“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^(a)

(a) Schwenk TL. Competing priorities and comorbidities. Arch Fam Med 1977; p.238-239.

Aos meus pais e aos meus colegas “da linha da frente”.

Este trabalho foi financiado pelo Fundo de Investigação da Revista Portuguesa de Clínica Geral, Projecto nº 02/2001 e serviu de suporte ao doutoramento do autor a 13 Março de 2006 na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

As designações de Medicina Geral e Familiar, Medicina Familiar ou Clínica Geral são utilizadas como sinónimas ao longo do texto.



As palavras e os acontecimentos que constroem o tesouro e a sabedoria de alguns, para outros serão acontecimentos sem sentido. Por isso serei breve no relato dos acontecimentos profissionais e académicos que fazem parte do meu percurso de vida. Nasci em Cascais em 1953. Licenciiei-me em Medicina em 1978, na Faculdade de Medicina de Lisboa e fiz o Internato Complementar de Clínica Geral, parte no Hospital Distrital de Faro e parte no Hospital Egas Moniz, em 1986. Obtive o grau de Mestre em Ciências da Educação, área Pedagogia das Ciências da Saúde, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa, em 1995, mediante apresentação da dissertação “Actividades e preferências de aprendizagem dos Internos e Tutores de Medicina Geral e Familiar”. Em Março de 2006, obtive o grau académico de Doutor em Clínica Geral, pela Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, tendo por base a dissertação “O doente com patologia múltipla em Clínica Geral: comorbilidade de quatro doenças crónicas” que submeti ao prémio BIAL de investigação Clínica, tendo nesse ano ganho uma das 4 Menções honrosas atribuídas.

Na área profissional, realço o Serviço Médico à Periferia realizado em Vila Real de Santo António em 1981, o cargo de Directora Ajunta do Instituto de Clínica Geral da Zona Sul desempenhado de 1989 a 1999 em simultâneo com as funções de Coordenadora do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul que só vieram a ter fim em 2001.

Na actividade clínica, saliento a experiência de Médica de Família no Centro de Saúde de Sete Rios em Lisboa e agora no Centro de Saúde de Oeiras onde me encontro em exercício pleno de funções desde 2002.

No âmbito académico, destaco as funções de docente da Disciplina de Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, desde 2000, primeiro na qualidade de Assistente Convidada e actualmente na qualidade de Professora Auxiliar Convidada e de Regente, sendo em simultâneo Directora do Departamento de Medicina Geral e Familiar.

Têm sido diversas as actividades relacionadas com o desenvolvimento profissional em que me tenho envolvido ao longo dos últimos 30 anos; pelo seu carácter inovador, saliento a organização, com um punhado de bravos guerreiros lusitanos, do I Congresso Virtual de Medicina Geral e Familiar que ocorreu de Julho a Setembro de 2008. Tendo em vista a divulgação científica, exerci funções de revisora em diversas revistas médicas, nacionais e internacionais, destacando o papel no Concelho Científico do *European Journal of General Practice*, desde o seu início até à sua remodelação em 2002, e actualmente o papel de co-editora da *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.

Fui membro do *New Leeuwenhorst Group* e membro fundador da *European Academy of Teachers of General Practice (EURACT)* e da *Associação Portuguesa de Orientadores e Tutores de Medicina Geral e Familiar (ADSO)*.

Faço parte, desde 2006, de uma Comunidade de Prática de Investigação em Saúde que se designa *COPINS*, que apoia e suporta jovens investigadores em processo de doutoramento na área da saúde. Participei em diversos júris de graduação e de provimento da carreira médica de Clínica Geral e proferi e escrevi várias dezenas de comunicações científicas a nível nacional e internacional.

Abreviaturas

ADA American Association of Diabetes
AIT Acidente Isquémico Transitório
APMCG Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
ARS Administração Regional de Saúde
AVC Acidente Vascular Cerebral
CDI Centro de Documentação e Informação
CIPS Classificação Internacional de Problemas de Saúde
CS Centro de Saúde
CG Clínica Geral
CNPD Comissão Nacional de Protecção de Dados
DGS Direcção Geral da Saúde
DCI Doença Cardíaca Isquémica
DCIS Doença Cardíaca Isquémica sem angina
DCIC Doença Cardíaca Isquémica com angina
DM Diabetes Mellitus
DSS Direcção dos Serviços de Saúde
FCM Faculdade de Ciências Médicas
F Feminino
GINA Global Initiative for Asthma
HTA Hipertensão Arterial
HTAS Hipertensão Arterial sem complicações
HTAC Hipertensão Arterial com complicações
IC Insuficiência Cardíaca
ICPC International Classification of Primary Care
IQS Instituto de Qualidade em Saúde
INA Instituto Nacional de Administração
INE Instituto Nacional de Estatística
INS Inquérito Nacional de Saúde
IOM Institute of Medicine
MF Médico de Família
MGF Medicina Geral e Familiar
MS Ministério da Saúde

M Masculino

NLM National Library of Medicine

NOC Normas de Orientação Clínica

MeSH Medical Subject Headings

OMS Organização Mundial de Saúde

ONSA Observatório Nacional de Saúde

OECD Organization for Economic Co-operation and Development

OPSS Observatório Português sobre Serviços de Saúde

SINUS Sistema de Informatização Administrativa dos Centros de Saúde

SNS Serviço Nacional de Saúde

SRS Sub-Região de Saúde

WONCA World Association of National Colleges of General
Practice/Family Medicine

WHO World Health Organization

Índice

Índice de quadros de figuras.....	17
Agradecimentos.....	21
Prefácio	25
Arquitectura do texto	29
Resumo	33
Abstract.....	37
Résumé	43
I. Introdução.....	47
Justificação da área de interesse.....	49
1. Realidades demográficas e epidemiológicas em mudança	49
2. As doenças crónicas, a comorbilidade e a Medicina Geral e Familiar.....	51
3. A qualidade de cuidados: o paradoxo das partes e do todo.....	53
4. O quiasma do ensino e do desenvolvimento académico da Medicina Geral e Familiar	55
Delimitação e Finalidade do estudo	57
1. Delimitação do estudo	57
2. Definição de doença crónica	58
3. Selecção das 4 doenças crónicas	59
4. Tipo de investigação	61
5. Finalidade	62
Referências bibliográficas	63
II. Estudo da Revisão Sistemática da Literatura e Clarificação de Conceitos	73
Onde estamos e para onde vamos no estudo da comorbilidade?	75
Comorbilidade ou multimorbilidade ?	89
Referências bibliográficas	93
III. Duas Observações da Comorbilidade.....	97
Comorbilidade de 4 doenças crónicas e sua relação com factores sociodemográficos	99
1. Introdução	99
2. Objectivos.....	99
3. Métodos.....	100

4. Resultados.....	116
5. Discussão e conclusões	140
Referências bibliográficas	153
Diferenças entre doentes, por médico e por SRS, na comorbilidade 4 doenças crónicas	163
1. Introdução	165
2. Objectivos.....	165
3. Métodos.....	165
4. Resultados.....	167
5. Discussão e conclusões	183
Referências bibliográficas	189
IV. Contributos para o Futuro.....	195
1. Conclusões.....	197
2. Implicações para o exercício da profissão.....	198
3. Implicações para o ensino e a investigação	204
4. Epílogo	213
Referências bibliográficas	215
V. Anexos.....	221
1. Anexo I - Unidades de Saúde e médicos participantes no estudo.....	223
2. Anexo II - Carta Convite	224
3. Anexo III - Procedimentos	227
4. Anexo IV - Ficha de recolha de dados	229
5. Anexo V - Sítio na “internet” e respectivo menu	234
6. Anexo VI - Tabela com código alfanumérico das doenças	235
7. Anexo VII - Questionário	238
 Lista final de referências bibliográficas	 241

Índice de Quadros e Figuras

Índice de Quadros e Figuras

PARTE II - Estudo de revisão sistemática da literatura e clarificação de conceitos	73
Q1 – Listagem de artigos seleccionados entre 1992-2005	84
Q2 – Distribuição dos estudos por ano de publicação	77
Q3 – Definição de comorbilidade.....	77
Q4 – Finalidade dos estudos.....	78
Q5 – Tipologia dos estudos	78
Q6 – Fontes de informação	79
Q7 – Categorias de problemas de saúde incluídos nos estudos de comorbilidade	80
 PARTE III - Duas observações de comorbilidade	 97
A – Comorbilidade de 4 doenças crónicas e sua relação com factores sociodemográficos	 99
Q1 – Distribuição dos tutores da disciplina, pelos CS das SRS de Lisboa e de Beja	101
Q2 – Detalhes sociológicos dos 12 colaboradores no estudo.....	102
Q3 – Distribuição dos indivíduos por idade e sexo.....	116
Q4 – Características sociológicas da amostra.....	118
Q5 – Medidas descritivas relativas à idade dos doentes, em anos	119
Q6 – Análise da distribuição por idades, em cada doença.....	120
Q7 – Análise da distribuição por sexo, em cada doença.....	121
Q8 – Medidas descritivas da duração da doença	121
Q9 – Distribuição de frequência de comorbilidade por classe etária e sexo	122
Q10 – Comorbilidade entre as 4 doenças-índice	124
Q11 – Comorbilidade entre as 4 doenças vs classe etária.....	126
Q12 – Comorbilidade entre as 4 doenças vs sexo	127
Q13 – Tempo de duração das 4 doenças-índice quando cada uma delas é 1ª doença.....	128
Q14 – Distribuição do tempo decorrido entre a primeira doença HTA e as restantes	129
Q15 – Distribuição do tempo decorrido entre a primeira doença DM e as restantes doenças-índice, nos doentes sem asma	130
Q16 – Distribuição do tempo decorrido entre doenças-índice, quando a primeira doença é a DCI nos doentes sem asma	131
Q17 – Distribuição do tempo decorrido entre a primeira doença Asma e as restantes doenças-índice	132
Q18 – Medidas descritivas de comorbilidade.....	132
Fig 1 – Representação conjunta do número de outras doenças e da comorbilidade entre as 4 doenças.....	133

Q19 – Grupos de doenças ordenadas por frequência decrescente.....	134
Q20 – Frequência dos cinquenta principais problemas de saúde	135
Fig.2– Excerto de dendograma: clusters de doenças.....	136
Q21 – Classificação cruzada entre classe etária e comorbilidade	138
Q22 – Classificação cruzada entre funcionalidade familiar e comorbilidade	138
Q23 – Classificação cruzada entre situação profissional e comorbilidade	139
B – Diferenças entre doentes, por médico e por SRS, na comorbilidade	
de 4 doenças crônicas.....	163
Q1 – Distribuição da frequência das 4 doenças por médico	166
Q2 – Médicos vs classe etária	168
Q3 – Médicos vs raça/etnia dos doentes.....	169
Q4 – Médicos vs escolaridade dos doentes	171
Q5 – Médicos vs estado civil dos doentes	172
Q6 – Médicos vs indivíduos com doença, para cada doença	174
Q7 – Médicos vs autor do diagnóstico, para cada doença.....	176
Q8 – Número de problemas por doente vs médicos.....	177
Q9 – Partição por SRS vs idade.....	179
Q10 – Partição por SRS vs sexo, raça e estado civil	179
Q11 – Partição por SRS vs escolaridade	179
Q12 – Partição por SRS vs situação profissional e condições de habitação.....	180
Q13 – Partição por SRS vs tipo de família e funcionalidade familiar.....	180
Q14 – Partição por SRS vs indivíduos com doença, para cada doença	181
Q15 – Partição por SRS vs autor do diagnóstico, para cada doença.....	182
Q16 – Partição por SRS vs número de doenças	182

Agradecimentos

O trabalho apresentado resulta da acção de várias pessoas e do incentivo à investigação concedido pela Revista Portuguesa de Clínica Geral (APMCG). Sem o investimento dos colegas de Clínica Geral, Edmundo Sá, Maria João Queiroz, Teresa Libório, António Lança, Margarida Brito, António Cabral, António Bento, Cristina Galvão, Alexandre Zacarias, Benilde Heitor, Carmo Cunha, Leonor Prata, Joana Carvalho, Guilherme Frazão, não teria podido realizar este estudo nem o projecto de Rede “Registo Continuado de Comorbilidade de Doenças Crónicas”. Por isso agradeço a sua adesão, o seu entusiasmo, diligência e paciência na resposta a todos os meus pedidos e solicitações na identificação dos doentes e na colheita de dados.

Agradeço a Maria do Carmo Nunes, Maria Leonor Gomes, José Miranda as sugestões e os comentários resultantes da sua leitura crítica. À Elisabeth Webermann a colaboração nos vários testes de validação dos dados e de monitorização do processo. À Conceição Gomes da Silva a correcção da sintaxe. Ao Gonçalo Mesquita e ao Tiago Baptista agradeço o rigor e o cuidado que tiveram na introdução dos dados.

Ao longo destes últimos anos muitas foram as pessoas com quem me cruzei e que me incentivaram. Não podendo nomear todas, agradeço a resposta rápida e desinteressada na resolução de diversas dificuldades e contatemos à Ana Frias, Alexandre Diniz, Henrique Sabino, Luísa Botelho, Patrícia Rosado Pinto e Teresa Gambôa. Ao Professor Doutor António Bensabat Rendas, director da FCM, agradeço as palavras amigas de estímulo tantas vezes proferidas em vários encontros.

À Professora Doutora Margarida Teixeira Diniz Mendes Leal, da Faculdade de Ciências, da Universidade de Lisboa, agradeço a preciosa colaboração na estatística e computação.

Ao Eng.º Miguel Aires e à empresa ITDS agradeço a cedência do programa “Netgest” e o espaço no seu servidor, e ao Pedro Senos o suporte e a assistência ao programa e à transferência da base de dados para o programa de estatística SPSS®.

Ao Dr. Jorge Brandão, da Fundação Grünenthal, expressei os meus agradecimentos pelas facilidades concedidas relativamente ao trabalho final de edição. À Teresa Carracho, do Gabinete de Comunicação e Imagem agradeço o tratamento de texto.

Para compatibilizar a actividade clínica com a investigação, pude contar com a compreensão de diversos intervenientes. Estou especialmente agradecida ao Professor Doutor Pereira Miguel, Professor Doutor Luís Rebelo, Dr. Baptista Marques, Dr.^a Manuela Peleteiro, Dr.^a Madalena Mourão, Dr.^a Elisabete Nunes. À Dr.^a. Luísa Romeiro do CS de Oeiras estou reconhecida por atender os pedidos dos meus doentes nos dias em que estive ausente.

À Sr.^a D. Júlia Antunes da Biblioteca da FCM, Sr.^a D. Cristina Mendes do CDI do IQS, Dr.^a Graça Portela da Fundação Merck Sharp & Dohme a resposta atempada aos diversos pedidos de bibliografia. À Dr.^a Maria da Luz Antunes a revisão das referências bibliográficas para que as novas recomendações das Normas de Vancouver fossem cumpridas.

À equipa docente da Disciplina de Clínica Geral da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Assistentes Convidados e Tutores expresseo meu reconhecimento pelo seu dedicado empenho no ensino da disciplina que alimenta vários dos meus sonhos.

As últimas palavras de reconhecimento são para o Professor Doutor Mário Bernardo e para o amigo ausente José Guilherme Jordão a quem a Clínica Geral muito deve. Ambos são “Homens Altos” e figuras primeiras na defesa da autonomia da Medicina Geral e Familiar como disciplina académica. Um conduz-me ao outro. Ao Professor Doutor Mário Bernardo exprimo ainda a minha gratidão pelo acompanhamento amigo e intervenção pertinente que ao longo deste trabalho sempre dispensou.

Prefácio

«Pourquoi nous priver de croyances qui nous soutiendraient dans les moments de crises, et donneraient un sens à notre vie ?»

CG Jung b^(a)

(a) CG Jung. Essai d'exploration de l'inconscient. França: Denoel, Folio essais. 1962 ; p.150.

A minha geração foi marcada pelos ideais e acontecimentos que se desenrolaram nos anos 60. Reconheço, hoje, que são dessa época algumas ideias-chave que organizam a minha acção. Um dos discursos desse tempo, que passou à história com a designação “I have a dream”, foi o de Martin Luther King^(a). Quando pensei encetar este trabalho ocorreu-me um sonho. O seu conteúdo estava na mesma linha do pensamento do reverendo Luther King: só poderia trabalhar com um projecto amplo. Naquilo que eu gostaria que fosse o desenvolvimento académico da disciplina de Medicina Geral e Familiar. Um projecto aberto e colaborativo que interligasse a pesquisa, o ensino e a prática clínica, sustentado numa “comunidade” ou grupo de pessoas que se respeitam e entre quem, existindo confiança mútua, é possível a profícua partilha de ideias, práticas e experiências.

Do meu ponto de vista, a investigação tem que ser uma actividade sistemática, de busca de novos e mais aprofundados conhecimentos, em qualquer ramo do saber. Como actividade sistemática, não pode ser confundida com ensaios isolados de obtenção de respostas ou de exercícios mais ou menos espontâneos de classificação ou de medição de um qualquer fenómeno. Daí a necessidade de inserir este trabalho numa linha de investigação, num projecto de desenvolvimento contínuo apoiado na prática clínica e docente, de uma rede de Médicos de Família, Tutores da disciplina de Medicina Geral e Familiar, numa rede de “Registo Continuado de Comorbilidade de Doenças Crónicas”.

O trabalho de investigação tem por pano de fundo as doenças crónicas, porque são elas a principal causa de incapacidade e de morte, e porque a elas está ligada a noção de tempo/temporalidade, o relógio vivo que somos. A nossa vida é feita com e de tempo. Vários tempos. Como se pode tornar o tempo inteligível, sempre foi uma questão que me apaixonou. O que se repete, a questão do tempo. O tempo na relação médico-doente. O tempo na construção do self (da pessoa, da família). A continuidade de cuidados aos doentes com doenças crónicas e os tempos de consulta. A sequência, a duração e o intervalo entre doenças. O estudo da comorbilidade em doenças crónicas insere-se também dentro deste campo de interesse.

(a) Clayborne C, editor. A call to conscience: the landmark speeches of Martin Luther King Jr. New York: IPP/Warnar Books; 2001

Creio que a interacção continuada, mediante o processo de ensino-aprendizagem e a formulação de perguntas e respostas que a investigação possibilita, permite abrir, por um lado, novas perspectivas e relativizar a omnisciência de algumas certezas e, por outro, conciliar o exercício clínico de uma especialidade que usa o tempo como elemento diagnóstico e terapêutico, com o seu ensino e investigação.

Considero assim, este trabalho como resultado intercalar de um processo, simultaneamente meio e fim, como exploração de um pensamento em acção. Nesta circunstância, espero que seja uma primeira etapa.

Os resultados deste estudo podem servir para conceber programas de ensino mais adequados, facultando aos estudantes uma melhor compreensão do perfil e extensão da Medicina Geral e Familiar e uma opção potencial de carreira. A profissão poderá usar esta informação na melhoria do desempenho e no planeamento de consultas e de cuidados. Com esta informação, administradores, gestores e políticos poderão compreender que os desafios e as mudanças que importa fazer, para melhorar a qualidade dos CSP, não podem ser vistos unicamente em termos financeiros e necessitam de instrumentos de avaliação ajustados aos riscos de saúde das populações. Os organismos normativos do Ministério da Saúde poderão melhorar os seus sistemas de conhecimento epidemiológico, concretizando assim as estratégias definidas nos planos de promoção da saúde e de luta contra a doença.

Arquitectura do texto

A exposição escrita estrutura-se em quatro sequências.

A Parte I descreve o conjunto de razões que justificam as proposições a defender e as perguntas de investigação que as suportam.

A Parte II, antecâmara da Parte III, é uma análise da literatura sobre comorbilidade de doenças crónicas em Medicina Geral e Familiar. Este estudo de revisão respiga a investigação desta problemática e sumaria os seus resultados, fornecendo deste modo uma fotografia do estado da arte. Em consequência, procedemos à distinção dos conceitos de comorbilidade e multimorbilidade.

Assim, as sequências I e II expressam as bases teóricas ou conceptuais que introduzem a Parte III e suportam a estrutura e a lógica da discussão a que se submetem os dados da investigação, fornecendo uma perspectiva para a interpretação dos resultados.

A Parte III apresenta o estudo empírico que expomos sob a forma de dois trabalhos, relativamente autónomos, esperando que a separação facilite a comunicação dos seus resultados e discussão. O primeiro trabalho intitula-se “Comorbilidade de 4 doenças crónicas e sua relação com factores sócio-demográficos”, e o segundo “Diferenças entre doentes, por médico e por SRS, na comorbilidade de 4 doenças crónicas”. Ambos visam medir o fenómeno da comorbilidade em Medicina Geral e Familiar, numa população definida, e confirmar e alargar o conhecimento já obtido, por outros autores, noutros países. No primeiro trabalho, estudamos todos os indivíduos identificados com pelo menos uma das 4 doenças crónicas independentemente do seu local de residência / Sub-Região de Saúde ou Médico de Família. No segundo, comparamos os indivíduos com estas doenças agrupados por médico e por SRS.

Os dois estudos têm a formatação exigida na apresentação de um trabalho de investigação: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. No entanto, como as razões que legitimam a condução dos estudos e que apontam os seus objectivos são extensamente referidas na Parte I, a introdução, no início dos trabalhos, será breve e sucinta, visando só permitir a passagem entre dois momentos, diferenciados e interdependentes, o caminho do contexto e da problematização e a expressão e

transmissão da “verdade” descoberta^(a). Do mesmo modo, para que não existam repetições desnecessárias, visto que ambos os trabalhos partilham diversos procedimentos metodológicos, a secção “Métodos” na primeira comunicação descreverá os aspectos comuns, limitando-se o segundo trabalho a referir, apenas, os aspectos processuais que lhe são específicos.

A Parte IV descreve as conclusões, perspectivando um caminho para o futuro. Para o efeito, sumaria os resultados e as suas implicações para a prática, para o ensino e para a investigação.

As referências bibliográficas encontram-se no final de cada capítulo. Ao “fechar a obra” apresenta-se uma listagem global da bibliografia de suporte e um conjunto de documentos, organizados sob a designação de “Anexos”, considerados importantes para um juízo e compreensão do percurso efectuado.

A estruturação das várias sequências permite ordenar as ideias longitudinalmente e seguir um dispositivo orientador: introdução, desenvolvimento e conclusão^(b). Na apresentação das referências bibliográficas adoptou-se o estilo de Vancouver^(c), por ser o usado na maioria das publicações médicas. Tentámos assim tornar a leitura deste texto mais atractiva. Esperamos ter atingido esse objectivo.

(a) Eco U. Como se faz uma tese em Ciências Humanas. Lisboa: Presença; 1988.

(b) Quiry R, Campenhoudt L. Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva; 1992.

(c) International Committee of Medical Journal Editors
<http://www.icmje.org/>. [consultado 2005Fev.25]

Resumo

Este trabalho visa demonstrar duas proposições: a comorbilidade de 4 situações de doença prevalentes, hipertensão arterial (HTA), diabetes (DM), doença cardíaca isquémica (DCI) e asma é um assunto importante em Medicina Geral e Familiar e o seu estudo tem diversas implicações na forma como os cuidados de saúde são prestados, na sua organização e no ensino-aprendizagem.

O documento encontra-se dividido em quatro partes:

- 1) justificação do interesse do tema e finalidades;
- 2) revisão sistemática de literatura publicada entre 1992 e 2005;
- 3) apresentação de dois trabalhos de investigação, que se debruçam sobre a mesma população de estudo, o primeiro intitulado “Comorbilidade de quatro doenças crónicas e sua relação com factores sócio demográficos” e o segundo, “Diferenças entre doentes, por médico e por sub-região, na comorbilidade de 4 doenças crónicas”;

- 4) conclusões e implicações dos resultados dos estudos na gestão da prática clínica, nos serviços, no ensino da disciplina da MGF e no desenvolvimento posterior de uma linha de investigação nesta área. O primeiro estudo tem como objectivos: descrever a prevalência da comorbilidade entre as 4 doenças-índice; verificar se existe relação entre o tempo da primeira doença e o tempo decorrido até ao aparecimento da 2ª e da 3ª doença, nas 4 doenças; determinar a comorbilidade na população estudada; identificar eventuais agrupamentos de doenças e verificar se existe relação entre comorbilidade e factores sociais e demográficos. O segundo estudo pretende verificar se existem diferenças na comorbilidade a nível local, por médico, e por Sub-Região de Saúde.

O trabalho empírico é descritivo e exploratório. A população é constituída pelos doentes, com pelo menos uma das 4 doenças crónicas índice, das listas de utentes de 12 Médicos de Família a trabalharem em Centros de Saúde urbanos, suburbanos e rurais dos distritos de Lisboa e Beja. Os dados foram colhidos durante um ano através dos registos médicos. As variáveis sócio demográficas estudadas são: sexo, idade, etnia/raça, escolaridade, situação profissional, estado civil, tipo de família, funcionalidade familiar, condições de habitação. A comorbilidade é definida pela presença de duas ou mais doenças e estudada pelo número de doenças coexistentes. O tempo de duração da doença é definido como o número de anos decorridos

entre o ano de diagnóstico e 2003. Os problemas de saúde crónicos são classificados pela ICPC2. Nas comparações efectuadas aplicaram-se os testes de Mann-Whitney e de Friedman, de homogeneidade e de análise de resíduos. A Análise Classificatória Hierárquica foi utilizada para determinar o agrupamento de doenças e a Análise de Regressão Categórica e Análise de Correspondências na relação entre as características sócio demográficas e a comorbilidade

Identificaram-se 3998 doentes. A idade média é de 64,3 anos (DP=15,70). Há uma correlação positiva significativa ($r=0,350$ $r=0$) entre “anos com a primeira doença” e “idade dos doentes” em todos os indivíduos (homens $r=0,129$ mulheres $r=0,231$). A comorbilidade entre as quatro doenças crónicas índice está presente em 1/3 da população. As associações mais prevalentes são HTA+DM (14,3%) e HTA+DCI (6,25%). Existe correlação positiva, expressiva, entre a duração da primeira doença, quando esta é a HTA ou a DM, e o intervalo de tempo até ao aparecimento da 2ª e da 3ª doenças. Identificaram-se 18 655 problemas crónicos de saúde que se traduziram em 244 códigos da ICPC2. O número médio de problemas foi de 5,94 (DP=3,04). A idade, a actividade profissional, a funcionalidade familiar e a escolaridade foram as variáveis que mais contribuíram para diferenciar os indivíduos quanto à comorbilidade. Foram encontradas diferenças significativas entre médicos ($\chi^2=1165,368$ $p=0$) e entre os agrupamentos de doentes por Sub-Região de Saúde ($\chi^2=157,108$ $p=0$) no respeitante à comorbilidade. Na partição por Lisboa o número médio de problemas é de 6,45 e em Beja de 5,35.

Deste trabalho ressaltam várias consequências para os profissionais, para os serviços, para o ensino e para a procura de mais saber nesta área. Os médicos, numa gestão eficiente de cuidados são chamados a desempenhar um papel de gestores da complexidade e de coordenadores assim como a trabalhar num modelo organizativo apoiado numa colaboração em equipa. Por sua vez os serviços de saúde têm que desenvolver medidas de avaliação de cuidados que integrem a comorbilidade como medida de risco. O contexto social da cronicidade e da comorbilidade deverá ser incluído como área de ensino. A concluir analisa-se o impacto do estudo nos colaboradores e o possível desenvolvimento da investigação nesta área.

Abstract

This work has two propositions, co-morbidity of four chronic conditions (hypertension, asthma, diabetes, cardiac ischaemic disease) is a prevalent and complex issue and its study has several implications in the way care is provided and organised as well as in the learning and teaching of the discipline of General Practice. In the first part of the document arguments of different nature are given in order to sustain the dissertation aims; the second part describes a systematic study of literature review from 1992 to 2002; the third presents two research studies "Comorbidity of four chronic diseases and its relation with socio demographic factors" and "Differences between patients among GPs at local and regional level"; implications of study results for practice management, teaching and research are presented in the last part.

The prevalence of the four chronic diseases co-morbidity, the relation of the first disease duration with the time of diagnose of the next index condition, the burden of co-morbidity in the four chronic diseases, the clustering of those diseases, the relation between demographic and social characteristics and co-morbidity, are the objectives of the first study. The second intends to verify differences in co-morbidity between patients at local and regional level of practice.

Research studies were descriptive and exploratory. The population under study were patients enlisted in 12 GPs working in urban and rural health centres, in Lisbon and Beja districts, with at least one of the four mentioned diseases. Data were collected through medical records during one year (2003) and 3998 patients were identified. The social demographic variables were: sex, age, ethnicity/race, education, profession, marriage status, family status, family functionality, home living conditions. Co-morbidity is defined by the presence of two or more diseases, and studied by the number of co-existing diseases. The time duration of the disease is defined by the number of years between the diagnostic year and 2003. The chronic disease problems are classified in accord with ICPC2. The characterization of population is descriptive. The effected comparisons applied the Mann-Whitney, Friedman, homogeneity and analysis of residuals tests. The Classificatory Hierarchy Analysis was utilized to determine the grouping of diseases and the Regression Cate-

gorization and Correspondences Analysis was used to study the relation of socio-demographic and co-morbidity.

The median age of the population under study is 64,3 (SD= 15,70). There is a significant positive correlation ($r = 0,350$ $r=0$) between “years with the first disease” and “patient age” for all individuals (men $r=0,129$ women $r=0,231$). Co-morbidity of the four index diseases is present in 1/3 of the studied population. The most prevalent associations for the four diseases are HTA+DM (14,03%) and HTA+IHD (6,25%). Expressive positive correlation between the duration of the first disease and the second and the third index disease interval is found. For the 3988 patients, 18 655 chronic health problems, translated in 244 ICPC2 codes, were identified. The mean number of problems is 5,94 (SD=3,04). Age, professional activity, family functionality and education level are the socio demographic characteristics that most contribute to differentiate individuals concerning the overall co-morbidity. Significant differences in co-morbidity between GP patients at local ($\chi^2=1165,368$ $p=0$) and regional level ($\chi^2= 157,108$ $p=0$) are found.

This study has several consequences for professionals, for services, for the teaching and learning of General Practice and for the pursuit of knowledge in this area. New competences and performances have to be implemented. General Practitioners, assuming a role of co-ordination, have to perform the role of complexity managers in patient's care, working in practices supported by a strong team in collaboration with other specialists. In order to assess provided care, services have to develop tools where co-morbidity is included as a risk measure. The social context of co-morbidity and chronicity has to be included in the curricula of General Practice learning and teaching areas. The dissertation ends describing the added value to participant's performance for their participation in the research and an agenda for further research, in this area, based on a community of practice.

Résumé

Ce travail prétend démontrer deux postulats : le premier, que la comorbidité de quatre maladies fréquentes, hypertension artérielle (HTA), diabète (DM), maladie cardiaque ischémique (DCI) et asthme, est un thème important en Médecine Générale et Familiale et que son étude a plusieurs implications au niveau de l'approche pour dispenser les soins, de leur organisation et de l'enseignement/apprentissage de la discipline.

Le document comprend quatre parties distinctes :

- 1) justification de l'intérêt du sujet et objectifs de la dissertation ;
- 2) étude systématique de publications éditées entre 1992 et 2002 ;
- 3) présentation de deux travaux de recherche, descriptifs et exploratoires, un premier intitulée « Comorbidité de quatre maladies chroniques et leur relation avec des facteurs sociodémographiques » et un deuxième « Différences entre malades, selon le médecin et la sous région, dans la comorbidité de quatre maladies chroniques » ;

- 4) conclusions et conséquences des résultats des études dans la gestion de la pratique clinique, dans les services, dans l'enseignement de la discipline de MGF et dans le développement postérieur de la recherche dans ce domaine.

Les objectifs de la première étude sont les suivants : décrire la prévalence de la comorbidité entre les quatre maladies chroniques, vérifier s'il existe une relation entre temps de durée de la première maladie et l'espace de temps jusqu'à le diagnostic de la 2ème ou 3ème maladie; déterminer la comorbidité entre les 4 maladies ; identifier d'éventuelles groupements de maladies et vérifier s'il existe une relation entre comorbidité et facteurs sociodémographiques. La deuxième étude prétend vérifier s'il existe des différences de comorbidité entre médecins et par groupement régional.

Le travail empirique est descriptif et exploratoire. La population est composée des malades ayant au moins une des quatre maladies chroniques parmi les listes de malades de douze Médecins de Famille qui travaillent dans des Centres de Santé urbains, suburbains et ruraux (Districts de Lisbonne et Beja). Les données ont été extraites pendant l'année 2003 des registres des médecins. Les variables sociodémographiques étudiées sont : le sexe, l'âge, l'ethnie/race, la scolarité, la situation professionnelle, l'état civil, le type de famille, sa fonctionnalité, les conditions de logement. La

comorbidité est définie lorsqu'il existe deux ou plusieurs maladies et est étudiée d'après le nombre de maladies coexistantes. La durée de la maladie est établie en comptant le nombre d'années écoulées entre le diagnostic et 2003. Les problèmes de santé chroniques sont classés par l'ICPC 2. Pour les comparaisons les tests de Mann-Whitney et Friedman, de homogénéité et analyse de résidues ont été appliqués. L'Analyse de Classification Hiérarchique a été utilisée pour procéder au regroupement des maladies et l'Analyse de Régression Catégorique et l'Analyse de Correspondances pour étudier la relation entre les caractéristiques sociodémographiques et la comorbidité.

Les principaux résultats sont les suivants : les 3998 malades identifiés ont 64,3 ans d'âge moyen (DP=15,70). Il existe une corrélation positive significative ($r=0,350$ $r=0$) entre « les années avec la première maladie » et « l'âge des malades », chez tous les individus (hommes $r=0,129$ femmes $r=0,231$). La comorbidité entre les quatre maladies chroniques est une réalité chez 1/3 des patients. Les associations les plus fréquentes sont HTA+DM (14%) et HTA+DCI (6,25%). Il existe une corrélation positive significative entre la durée de la première maladie, HTA ou DM, et l'écart jusqu'à l'apparition de la deuxième et de la troisième maladie. Chez les malades, 18.655 problèmes chroniques de santé ont été identifiés et traduits en 244 codes de l'ICPC2. La moyenne des problèmes a été de 5,94 (DP=3,04). L'âge, l'activité professionnelle, la fonctionnalité familiale et la scolarité sont les variables qui ont le plus contribué à différencier les individus face à la comorbidité. Des différences notoires ont été trouvées entre médecins ($\chi^2=1165,368$ $p=0$) et entre les groupements régionaux ($\chi^2=157,108$ $p=0$) en ce qui concerne la comorbidité. Dans le groupe de patients de Lisbonne, le chiffre moyen de problèmes est de 6,45 et à Beja il est de 5,35.

Cette étude met en évidence plusieurs conséquences pour les professionnels, les services, l'enseignement et l'élargissement du savoir dans ce domaine. Les médecins, soucieux de gérer efficacement les soins sont appelés à jouer un rôle de gestionnaires de la complexité et de coordinateurs, de même qu'à travailler dans un modèle d'organisation soutenus par un travail d'équipe. D'autre part, les services de santé doivent eux aussi

développer des mesures d'évaluation des soins qui intègrent la comorbidité comme mesure de risque. Le contexte social de la chronicité et de la comorbidité devra être inclus comme domaines à étudier. La fin de cette thèse décrit l'impact de cette étude sur les collaborateurs et le développement futur de la recherche dans ce domaine.

I. Introdução

“...the treatment of chronic disease is often complicated by the coexistence of multiple medical conditions and by the presence of social and psychological impediments...”

Debusk FF, West JA, Miller NH, Taylor CB¹

O presente capítulo tem por objectivo fazer o enquadramento das proposições que este trabalho pretende defender. Para o efeito, justifica-se o interesse do tema, posteriormente delimita-se a área de estudo e, por último, enuncia-se a sua finalidade.

Justificação da área de interesse

Os argumentos que justificam a área de interesse "comorbilidade de problemas de saúde crónicos em Medicina Geral e Familiar" são de natureza diversa:

1. Realidades demográficas e epidemiológicas em mudança

A revolução na saúde no século XX e a consequente transição demográfica ocasionou alterações major no padrão de doença. Das doenças infecciosas passou-se às doenças não transmissíveis². Esta mudança epidemiológica teve como resultado uma alteração nas causas de morte e de incapacidade³, verificando-se em 1999 uma distribuição das causas de morte acentuadamente diferente da encontrada em 1909, apesar de as doenças infecciosas se manterem em níveis idênticos⁴.

Para além de assistirmos à substituição dos padrões de morbilidade e de mortalidade⁵, também a esperança média de vida aumentou consideravelmente. Portugal, apesar de ser, em 2002, o país da Europa comunitária onde se morre mais cedo^{6,7}, também acompanha este movimento.

O grande tema do ponto de vista demográfico, a que Portugal também não foge, é o envelhecimento populacional rápido, reflectindo a cada vez menor taxa de natalidade e o cada vez maior número de pessoas que chegam à terceira idade⁸. Portugal é, em 2002, o 6º país da Europa dos quinze com maior percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos⁶. Este fenómeno tem imensas repercussões em vários sectores e, em particular, no sector da saúde.

Para Kalache⁹, o reverso da moeda do aumento de esperança de vida é o aumento das doenças crónicas degenerativas que ainda não atingiu o seu pico. Para este autor, sendo as doenças crónicas determinantes na qualidade de vida e no "peso da doença", é central para a saúde pública saber se o aumento de esperança de vida conduz a anos com mais ou menos saúde e, conseqüentemente, a menores ou maiores necessidades em cuidados de saúde.

Em Portugal, tem-se detectado um peso elevado de incapacidade física de longa duração, acompanhando o desejável aumento de longevidade^{10,11} e,

à semelhança do que já há muito vem acontecendo noutros países, cresce o interesse pelo estudo e avaliação da qualidade de vida (autonomia, percepção de saúde, etc.).

Devido à precisão dos instrumentos diagnósticos, as doenças crónicas e degenerativas são detectadas cada vez mais, e mais precocemente, o que leva a um ganho de tempo^(a) no tratamento ou no controlo da doença¹². Também os cuidados médicos sofisticados, providenciados em vida, fazem com que se viva cada vez mais maior número de anos com doença ou, dizendo de outro modo, que exista uma aparente extensão da morbilidade.

As doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por cerca de 60% da mortalidade geral e por quase metade (47%) do volume global de doença¹³. A nova epidemia de doenças não transmissíveis e causadoras de incapacidade desafia a capacidade de resposta e a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde a nível mundial, continuando a ser considerada como desadequada a resposta que, no conjunto, as organizações internacionais e nacionais continuam a dar a este problema¹⁴.

O crescimento rápido de doenças crónicas, que para a OMS representa um dos principais desafios ao desenvolvimento global, fez com que esta organização decidisse criar, em 2004, o Departamento de Doenças Crónicas e de Promoção da Saúde^(b).

Por tudo isto, John Horder menciona em primeiro lugar “o envelhecimento das populações que sofrem de problemas crónicos e/ou múltiplos problemas (comorbilidade), requerendo cada vez mais cuidados globais e contínuos”¹⁵, como uma das mudanças que nos últimos vinte e cinco anos mais afectou, a partir do exterior, a medicina, e em particular a Medicina Geral e Familiar.

(a) Em inglês este ganho de tempo designa-se por “lead time”

(b) OMS. Disponível em: URL: http://www.who.int/noncommunicable_diseases/about/chp/en/. [consultado em 2004Abr22]

2 - As doenças crónicas, a comorbilidade e a Medicina Geral e Familiar

As manifestações físicas e sociais das doenças crónicas resultam da interacção simultânea e complexa de diferentes factores de risco e/ou doenças em diferentes etapas, de um continuum. O diagnóstico de uma doença crónica rotula o doente para o resto da vida, tem implicações na sua vida diária e coloca problemas específicos de seguimento e tratamento quer ao próprio, quer aos médicos.

O curso natural e as intervenções terapêuticas de uma doença podem influenciar a segunda (ou mesmo a terceira) doença¹⁶. 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 prazo¹⁷. Vários estudos demonstram que estes doentes se encontram polimedicados e que a sua adesão à terapêutica, consoante as diferentes condições de saúde¹⁸⁻²⁰, é com grande variabilidade de cerca de 50%.

Diversos autores^{21,22} chamaram a atenção para a limitada validade externa dos resultados dos estudos quando são excluídos doentes com características específicas. Frequentemente a comorbilidade é tratada como uma possível causa de heterogeneidade sendo, por isso, habitual excluírem-se estes doentes dos ensaios clínicos.

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^{23,24}. Em 1987, 39 milhões de americanos viviam com mais de uma doença crónica²⁵ e só um terço das visitas ao médico de jovens adultos com hipertensão se devia a este diagnóstico²⁶. Relativamente aos custos, Clouse e Osterhaus²⁷ concluíram que as despesas dos cuidados de saúde aos adultos com enxaqueca eram 30% mais elevados comparativamente com os que não tinham enxaqueca, devido a situações de saúde não relacionadas com aquela situação e Ray et al.²⁸ 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.

A extensão da comorbilidade aumenta progressivamente com a idade^{29,30}, sendo que os doentes com mais comorbilidade têm uma utilização de recursos de saúde superior³¹ e que quanto maior a comorbilidade, maior é o número de serviços solicitado e utilizado³².

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^{33,34}.

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 1998/1999³⁵, a Medicina Geral e Familiar 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-9³⁶, 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 este médico (87,2% do total das consultas).

Assim, em Portugal, tal como noutros países^{37,38}, 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 isolado, doença-índice³⁹, quer para situações de elevada comorbilidade.

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 principal⁴⁰, excepto nos grupos com baixa 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.

O estudo dos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante a Saúde e a Doença, coordenado por Manuel Villaverde Cabral⁴¹ e publicado em 2001, revela que 30% dos portugueses apresentam pelo menos uma doença crónica de ordem física ou psíquica. De acordo com este estudo, os portugueses depositam a sua confiança total no médico de família: 85% dos inquiridos afirmam ter um médico de família designado pelo centro de saúde, sendo que a relação com o médico “é a pedra angular do funcionamento do sistema”.

Apesar da prática da Clínica Geral se caracterizar por um espectro alargado de morbilidade e pela existência, em simultâneo, de vários problemas de saúde num mesmo paciente, a comorbilidade de doenças crónicas não tem sido objecto de particular interesse no nosso país.

3 - A qualidade de cuidados: o paradoxo das partes e do todo

Tal como o controlo das doenças crónicas se desenvolveu enquanto uma disciplina autónoma dentro da saúde pública, também se começou a desenvolver a ideia de organizar a actuação clínica em termos de diagnóstico precoce, tratamento e seguimento das doenças consideradas prioritárias em termos de saúde pública. Em consequência, surgiram os programas de saúde dirigidos a doenças específicas, hipertensão, asma, diabetes.

Estes programas estabelecem prioridades, captam recursos, criam sistemas próprios de recolha de informação e incentivam a criação de espaços e tempos próprios dentro dos Centros de Saúde para a prestação de cuidados a determinados grupos de doentes ou a determinados grupos populacionais, raramente equacionando a problemática da comorbilidade⁴²; isto pode levar a um desperdício de recursos por duplicação de serviços.

A organização em torno da procura de melhores indicadores de saúde tem, a pouco e pouco, incorporado a dimensão “qualidade” que atravessa os diferentes componentes do sistema de cuidados de saúde. No entanto, só algumas variáveis são habitualmente medidas, em particular a satisfação

dos utilizadores com a disponibilidade de recursos de saúde e a atitude dos cuidadores relativamente à efectividade de alguns procedimentos.

Hoje é unânime para diversos autores⁴³⁻⁴⁵ que o ganho em efectividade nos actos médicos nas áreas de diagnóstico, decisão terapêutica e de auto-controlo, beneficia da estandardização de procedimentos proporcionada pela difusão e implementação de Normas de Orientação Clínica. No entanto, é preciso considerar que a formulação e a implementação destas normas não reflectem a individualidade do doente, o seu contexto particular ou as suas comorbilidades.

A saúde, considerada por muitos como um produto mercantil, tem sido sobretudo avaliada a partir da satisfação dos utentes. O inquérito levado a cabo em Portugal, por investigadores do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa⁴¹, refere que 75% da população utilizadora dos Centros de Saúde, está satisfeita e que 75% dos não utilizadores não estão satisfeitos, sendo objecto desta apreciação o leque de serviços prestados, a acessibilidade e os procedimentos administrativos. 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 problemas 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 vezes³⁸ e frequentemente solicitam renovação de receituário⁴⁶. 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, consequentemente, de acessibilidade geral e de atendimento por problemas de saúde agudos.

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.⁴⁷, 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^(a), no Serviço Nacional de Saúde, é de 15 minutos⁴⁸, 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. No entanto, o tempo previsto para uma consulta a um doente pobre, analfabeto com hipertensão arterial, 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 CS 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 analfabetismo⁴⁹. Mesmo sabendo que alguns indicadores de saúde estão a melhorar em termos absolutos, também sabemos que se aprofundam as desigualdades entre pobres e ricos⁵⁰.

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, dirigidos a doenças agudas minor⁵¹.

4 - O quiasma do ensino e o desenvolvimento académico da Medicina Geral e Familiar

No respeitante ao ensino, costuma dizer-se que os estudantes, quando entram para a escola médica, se preocupam com a pessoa como um todo,

(a) SINUS =Designação do sistema de gestão administrativa de doentes criado pelo MS - IGIF, para os Cuidados Primários de Saúde

mas que na altura de se graduarem só se preocupam com uma parte. A educação médica corrente inculca, como refere Pinto⁵² e Grumbach⁵³, muitos dos princípios dominantes da medicina moderna que em certa medida dela fizeram um êxito: o reducionismo, a especialização, os modelos mecanicistas da doença e a fé na cura definitiva. A parte negativa destes valores é evidente, para o comum dos mortais, quando para tratar de um qualquer problema tem de procurar três e quatro pessoas diferentes em locais por vezes bastante distintos.

Sem sombra para dúvida existe uma relação entre a cognição, a aprendizagem e o contexto da acção⁵⁴. Durante o seu curso, os estudantes, em ambiente de aprendizagem hospitalar, são educados na parcelarização disciplinar e na fragmentação teórica, num cenário de grande divisão de trabalho onde os cuidados de saúde se encontram organizados verticalmente por agrupamentos de doenças, ligados a um só órgão ou a um só sistema, reforçando a perspectiva redutora biomédica e a tendência para uma aprendizagem terapêutica associada a rótulos diagnósticos.

Ao longo do curso de Medicina os estudantes são ensinados a pensar no abstracto, a conversar sobre doenças, a pensar que os doentes A, B e C são iguais porque têm a mesma doença. A linguagem taxonómica e o grande poder preditivo dado pela abstracção impede no entanto que, em diversas circunstâncias, as tecnologias terapêuticas sejam aplicadas com precisão à Sr^a Deolinda, à Sr.^a Ester ou ao Sr. Hélder. Como afirma McWhinney⁵⁵, nenhuma abstracção é uma fotografia completa do que representa, tornando-se tanto mais incompleta quanto maior for o nível de abstracção e o poder da sua generalização.

Neste ambiente, as doenças são entendidas como acontecimentos de vida exteriores à biografia do doente, onde a maioria das decisões são tomadas em função de variáveis biológicas que são interpretadas isoladamente. No hospital, o doente com uma ou várias doenças, é quase sempre remetido a um papel passivo, sendo da exclusiva responsabilidade médica tomar decisões quanto a prioridades diagnósticas e terapêuticas. Os estudantes são levados a acreditar que a doença é mais importante do que o sofrimento e que para a tratar só precisam de ter conhecimentos sobre biologia, sendo desprezíveis os aspectos psicossociais e culturais. Para eles, o

efeito placebo é algo de antiquado e a psicoterapia algo de anacrónico, que só os psiquiatras podem praticar. As componentes sociais e humanitárias da medicina são consideradas parentes pobres.

Relativamente ao ensino, também há um fosso entre o que se faz, o que se pratica, e o que se diz; entre quem faz e quem ensina. A mesma dicotomia se apresenta com a investigação. Apesar de grande parte da prática clínica do Médico de Família ser com situações de comorbilidade, esta situação não se traduz em objectivos educacionais nos conteúdos curriculares de ensino e quando se procura informação epidemiológica descritiva sobre este assunto é como se este fenómeno não existisse. A Medicina Geral e Familiar, disciplina integradora cujo coração se encontra na prática clínica, ressent-se mais do que qualquer outra desta separação.

Habitualmente, a pressão de trabalho e a consequente escassez de tempo são factores que jogam contra uma maior participação dos MF em trabalhos de investigação e no ensino⁵⁶. Recentemente, apesar do ensino clínico há muito se efectuar nos centros de saúde com a colaboração imprescindível dos Clínicos Gerais/ Médicos de Família, o Ministério da Educação através do Decreto-Lei nº33/2002⁵⁷ de 19 de Fevereiro, desejou envolver de uma forma mais efectiva e comprometida os médicos das instituições prestadoras de cuidados de saúde, onde é ministrado o ensino de determinadas unidades curriculares do curso de Medicina. No entanto, este instrumento legal ainda não foi aplicado e a integração do ensino, da actividade científica e da prática clínica como defendida na Declaração de Edimburgo⁵⁸ em 1989 mantém-se um cenário distante.

Delimitação e finalidade do estudo

1. Delimitação do estudo

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas relacionados com fenómenos do mundo real no qual vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimento, uma forma ordenada e

sistemática de encontrar respostas a questões. Por isso, este estudo, embora enquadrado na área da comorbilidade de doenças crónicas em Medicina Geral e Familiar, não abrange, nem toda a comorbilidade, nem todas as doenças crónicas: circunscreve-se à comorbilidade de problemas de saúde crónicos associados a 4 doenças-índice. A delimitação deriva de constrangimentos de ordem metodológica e do contexto de desenvolvimento da investigação.

A escolha das doenças-índice baseou-se nos seguintes critérios:

- A doença ser geralmente aceite como crónica;
- A sua prevalência ser elevada na população seguida em MGF;
- O seu seguimento ser, em geral, da responsabilidade do Médico de Família;
- Existirem a nível nacional, e/ou internacional, procedimentos padronizados, consensualmente aceites quer para o tratamento, quer para a prevenção secundária de doenças que lhes possam estar associadas;
- Encontrarem-se entre as 10 principais causas de mortalidade.

Assim, importa definir o termo “doença crónica” que determina o conjunto de situações a serem medidas e fundamentar, de acordo com os critérios anteriores, a selecção das doenças-índice.

2. Definição de doença crónica

As doenças crónicas têm sido definidas como doenças degenerativas, não transmissíveis. Para alguns autores⁵⁹, caracterizam-se por terem uma etiologia ainda pouco conhecida, múltiplos factores de risco, um longo período de latência e um curso prolongado de doença, não serem de origem contagiosa, causarem alterações de funcionalidade e/ou incapacidade e serem incuráveis. De acordo com estas características, o serviço de pesquisa de literatura médica PubMed^(a), através do seu vocabulário de termos médi-

(a) PubMed é uma base de dados desenvolvida pelo National Center for Biotechnology Information (NLBI) sediado na National Library of Medicine (NLM) um dos Institutos do National Institute of Health (NIH).

cos (MeSH), define doenças crónicas como sendo as situações que não se resolvem espontaneamente e para as quais é raro existir uma cura completa.

Das particularidades mencionadas decorrem condicionantes para a prestação de cuidados de saúde que vulgarmente são também introduzidas na definição de doenças crónicas: necessitam de um longo período de supervisão, observação e de cuidados ao paciente. Recentemente, alguns autores⁶⁰ propuseram que os critérios para a sua definição fossem os seguintes: ter, pelo menos, uma duração de 6 meses; ter um padrão de recorrência ou deterioração; ter um mau prognóstico; produzir consequências, ou sequelas, com impacto na qualidade de vida.

Esta definição, complexa, compreende um conjunto vasto de problemas de saúde nas classificações de doenças, em particular na ICPC-2⁶¹.

3. Selecção das 4 doenças crónicas

No trabalho de Jordão⁶², entre os vinte problemas de saúde mais frequentes na prática dos médicos de família portugueses na zona sul do país, aparece em primeiro lugar a Hipertensão não complicada (7,94%), em quinto a Diabetes mellitus (2,61%), em décimo a Cardiopatia Isquémica Crónica/outras (1,64%) e em vigésimo a Asma (1,03%). Naquele estudo, estes problemas são também os que estão na base dos principais motivos de consulta por sinais e sintomas mal definidos ou por vigilância e seguimento de doenças. Estes dados, obtidos através de registos médicos, são concordantes com os do INS efectuado entre 1998 e 1999 junto da população, em que 5,3% dos inquiridos refere padecer de Diabetes, 3,9% de “bronquite asmática” e 17,02% de “tensão alta”³⁵.

Para além da elevada expressão na morbilidade da população, as doenças anteriormente referidas são ainda responsáveis por um número elevado de óbitos, ocupando um lugar expressivo entre as principais causas de morte no nosso país⁶³.

O "peso" destas doenças levou o Ministério da Saúde, no documento “Saúde um Compromisso” de 1998 a 2002⁶⁴, a realçar os ganhos, possíveis de obter, com a prevenção da mortalidade prematura por Doença Isquémica Cardíaca e por Acidente Vascular Cerebral, para os quais a

Hipertensão Arterial é um importante factor de risco, e ainda por Diabetes e Asma. Neste seguimento, o Plano Nacional de Saúde, nas suas orientações estratégicas para 2004-2010⁶⁵, volta a referir qualquer uma destas doenças como problemas importantes de saúde pública, dado serem causas de considerável morbilidade e incapacidade e de “anos de vida potencial perdidos”¹².

Aos factos anteriormente mencionados acresce que a DGS, desde a década de 70, emite normas de diagnóstico e seguimento, quer para a Hipertensão⁶⁶, quer para a Diabetes⁶⁷⁻⁶⁹ e desde 2002 para a Asma^{70,71}, visando o seu correcto diagnóstico, tratamento e controlo. Esta actuação segue o movimento internacional dos principais organismos de saúde e das principais sociedades científicas⁷²⁻⁷⁴.

A estratégia, a nível europeu, para prevenção de doenças cardiovasculares na prática clínica⁷⁵ recomenda a prevenção secundária nos doentes com Doença Cardíaca Isquémica pré-estabelecida. Esta recomendação, na nova redacção que lhe foi dada pelo vasto conjunto de Sociedades Médicas Europeias⁷⁶, incorpora os resultados obtidos em estudos de prevalência e gestão da doença coronária em cuidados de saúde primários⁷⁷ e defende que esta prevenção seja feita, em primeira-mão, de uma forma estruturada, mediante aconselhamento e tratamento, e de acordo com a evidência, pelos Médicos de Família, assegurando que para o efeito estes dispõem de registos de todos os doentes com esta doença, sendo que a sua identificação é o primeiro passo⁷⁸.

Neste mesmo caminho, em Agosto de 2003, a DGS refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, sendo a sua taxa considerada como uma das mais elevadas na Europa e no Mundo, e perspectiva um crescimento para a incidência de DCI até ao ano 2025. Em consequência, surge o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares publicado em Diário da República em 22 de Agosto de 2003⁷⁹, que estabelece, claramente, ter como estratégia de intervenção melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da Doença Coronária.

Deste modo, de acordo com os critérios estabelecidos, seleccionamos a hipertensão, a doença cardíaca isquémica, a diabetes e a asma como

doenças-índice crónicas. Qualquer uma delas representa um importante problema de saúde, com elevada expressão na Medicina Geral e Familiar, existindo para o seu combate um vasto conjunto de directivas de conduta clínica e terapêutica.

As neoplasias malignas e as doenças psiquiátricas não são incluídas nesta selecção de doenças-índice por serem, em geral, também seguidas por outros especialistas, embora os MF providenciem uma parte substantiva dos cuidados de saúde a estes pacientes. Apesar da elevada prevalência e da quantidade de trabalho que geram em Medicina Geral e Familiar, as doenças crónicas psiquiátricas apresentam dificuldade de definição e o tipo de cuidados prestados depende muito das preferências pessoais dos médicos e dos pacientes, e das aptidões particulares de cada médico.

4. Tipo de investigação

Perante um dado problema circunscrito a uma determinada área, são as perguntas que colocamos que fixam o tipo de investigação e delimitam o tipo de estudo. As interrogações que expressamos não representam a nossa curiosidade e vontade de conhecimento, antes obedecem ao princípio da realidade, ou seja, pergunta-se o que à partida, pelos recursos disponíveis, sabemos poder obter uma resposta. As questões são as seguintes:

- Qual é a prevalência da comorbilidade entre as quatro doenças crónicas seleccionadas?
- Que outras doenças crónicas se encontram associadas a estas doenças-índice?
- Existe alguma relação entre características sociodemográficas e comorbilidade?
- Existe alguma relação entre o tempo de duração da primeira doença e o aparecimento da segunda ou terceira doença?
- Existem diferenças na expressão da comorbilidade destas doenças crónicas a nível local ou regional?

As classificações dos estudos empíricos inserem-se em duas grandes categorias: exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas.

O nível de conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação⁸⁰. Sendo escassos os conhecimentos disponíveis sobre comorbilidade de doenças crónicas, o estudo empírico será de carácter exploratório, orientando-se para a descoberta e a descrição do fenómeno de comorbilidade na prática de um grupo de Médicos de Família.

O objectivo de algumas das questões anteriores, para além de identificar e descrever variáveis, é também de examinar relações e diferenças entre variáveis, pelo que o estudo no âmbito da tipologia definida será também correlacional e comparativo⁸¹.

5. Finalidade

Este estudo visa contribuir para um conhecimento mais aprofundado da comorbilidade de quatro doenças crónicas prevalentes e para o desenvolvimento da MGF. Para o efeito, esta exposição escrita defende duas proposições:

- 1) Nos doentes com pelo menos uma das quatro doenças crónicas de saúde seleccionadas, o fenómeno da comorbilidade é frequente, o seu leque é abrangente e a sua expressão é diversa;
- 2) o estudo da comorbilidade tem fortes implicações na prática médica, na organização dos serviços, no ensino-aprendizagem e na prossecução da investigação clínica.

I. Referências Bibliográficas

1. DeBusk RF, West JA, Miller NH, Taylor CB. Chronic disease management: treating the patient with disease(s) vs treating disease(s) in the patient. *Arch Inter Med.* 1999;159(22):2739-42.
2. Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editors. *Chronic disease epidemiology and control.* Washington, DC: American Public Health Association; 1993.
3. McKenna MT, Taylor WR, Marks JS, Koplan JP. Current issues and challenges in chronic disease control. In: Brownson RC, Remington PL, Davis J, editors. *Chronic disease epidemiology and control.* 2nd ed. Washington, DC: American Public Health Association; 1998. p.1-26.
4. Murray CJ, Lopez AD, editors. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996.
5. van den Hater HP, van Vliet HA, Boshuitzen HC. The impact of “substitute morbidity and mortality” on Public Health Policy. Leiden: TNO Prevention and Health, Division Public Health and Prevention; 1996.
6. OECD. *OECD Health Data 2004: frequently requested data* [database on the Internet]. Paris: OECD; 2004 - [consultado em 2004 Abr. 22]. Disponível em: www.oecd.org/topicsstatsportal/o,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html.
7. Pinto CG. Saúde e cuidados de saúde. In: *Portugal Hoje.* Lisboa: INA; 1995. p.163-78.
8. Nazareth JM. A dinâmica populacional. In: *Portugal Hoje.* Lisboa: INA; 1995. p.17-29.
9. Kalache A. O envelhecimento da população: a saúde e novos desafios sociais. In: *Forum Gulbenkian de Saúde. 4º Ciclo de Debates 2000/2001.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002. p. 11-23.
10. OPSS. *Conhecer os caminhos da saúde: relatório da Primavera 2001.* Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2003.
11. DGS. *Ganhos em saúde em Portugal: ponto da situação.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002.
12. Last JM. *Um dicionário de epidemiologia.* Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; 1988.

13. WHO. Chronic conditions: the global burden 2004 [monograph on the Internet]. Geneva: WHO; 2004 [Consultado em 2004 Mar 22].Disponível em:URL:[http:// www.who.int/chronic_conditions/burden/en/print.html](http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/print.html).

14. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KL. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*. 2004;291(21):2616-22.

15. Horder J. Clínica Geral/Medicina familiar: Portugal e o Mundo. In: Alves MV, Ramos V. *Medicina Geral e Familiar, 20 anos: da vontade*. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 2004. p. 33.

16. 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;52(S1):9S-12S.

17. 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;43(4):576-82.

18. Cortez AI, Mateus AL, Rodrigues MF, Clímaco MG, Fidalgo ML. Polimedicação no idoso. *Rev Port Clín Geral*. 1995;12:280-4.

19. Broeiro P, Ramos V. Patologia múltipla e polifarmácia no idoso. *Rev Port Clín Geral*. 1997;14:8-22.

20. Veehof LJ, Stewart RE, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom-de Jong B. The development of polypharmacy: a longitudinal study. *Fam Pract*. 2000;17(3):261-67.

21. Wieringa NF, Vos R, van der Werf GT, van der Veen WJ, de Graeff PA. Comorbidity of 'clinical trial' versus 'real-world' patients using cardiovascular drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2000;9(7):569-79.

22. Gurwitz JH, Col NF, Avorn J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. *JAMA*. 1992;268:1417-22.

23. Guralnik JM, LaCroix A, Everett D. Aging in the eighties: the prevalence of co-morbidity and its association with disability. Washington, DC: DHHS (NCHS); 1989.

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

25. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *JAMA*. 1996;276(18):1473-9.
26. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Can Med Assoc J*. 1998;159:777-83.
27. Clouse JC, Osterhaus JT. Healthcare resource use and costs associated with migraine in a managed healthcare setting. *Ann Pharmacother*. 1994;28:659-64.
28. Ray NF, Baraniuk JN, Thamer M, Rinehart CS, Gergen PJ, Kaliner M, et al. Healthcare expenditures for sinusitis in 1996: contributions of asthma and other airway disorders. *J Allergy Clin Immunol*. 1999;103(3):408-14.
29. van den Akker M, Buttinx 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;51:367-75.
30. Santos IP, Kalache A, Jordão JG, Pires FM, Vaughan P. A morbidade dos idosos em cuidados de saúde primários: um estudo-piloto. *Rev Port Clín Geral*. 1995;13:109-16.
31. 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;46(5):469-73.
32. Westert GP, Satiriano 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;11(4):365-72.
33. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*. 1995;274(4):305-11.
34. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-76.
35. ONSA. Inquérito nacional de saúde: dados gerais. Continente 1998/1999. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2001.
36. WHO. ICD-9 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) [monograph on the Internet]. 10th revision. Geneva: OECD, 2003 [Consultado em 2004 Dec 14]. Disponível em: URL: <http://www3.who.in/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>.

37. Infante FA, Proudfoot JD, Davies GP, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, Harris MF. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust.* 2004;181(2):70-3 [Consultado em 2004 Jul 21]. Disponível em: URL:www.mja.com.au/public/issues/181_02_190704/inf10185_fm.html.

38. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *J Am Med Assoc.* 1996;276:1473-9.

39. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis.* 1970;23:455-68.

40. Starfield B, Lemke KL, Bernhart T, Folder SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med.* 2003;1(1):8-13.

41. Cabral MV. Saúde e doença em Portugal. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa; 2001.

42. Soler VG, Belda RM, Espinosa CH. Concepto y fases del diseño de un programa en atención primaria de salud: Unidad 92. In: Gallo Vallejo FJ, editor. *Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria.* 2ª ed. Barcelona: SemFYC; 1997. p.809-14.

43. Irvine D, Irvine S. *The practice of quality.* Oxford: Radcliffe Medical Press; 1996.

44. McKibbin A, Eady A, Marks S. *PDQ evidence-based principles and practice.* New York: B.C. Decker; 2000.

45. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *J Am Med Assoc.* 2001;84:2578-85.

46. Rodrigues JG. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clín Geral.* 2000;16:442-52.

47. 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;46 (5):377-89.

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

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

50. Giraldes MR. Morbilidade declarada no INS 1995/96. Que respostas? - uma abordagem realizada numa perspectiva de equidade. *Rev Port Saúde Pública*, 1998;16(1):43-59.
51. 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;24:1390-6.
52. Pinto AS. Ensaio sobre a formação básica em Medicina Geral e Familiar no século XXI. *Rev Port Clín Geral*. 2000;16:331-9.
53. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med*. 2003;1(1):4-7.
54. De Laat M, Simons RJ. Aprendizagem colectiva: perspectivas teóricas e apoios à formação em rede. *Rev Eur Form Profissional*. 2002;27:14-28.
55. McWhinney IR. L'importance d'être différent. *Can Fam Physician*, 1997; 43:203-205.
56. Murphy E, Spiegel N, Kinmouth A-L. 'Will you help me with my research?' Gaining access to primary care settings and subjects. *Br J Gen Pract*. 1992;42:62-5.
57. Ministério da Educação. DR. .Dec-Lei 33/2002 de 19 de Fevereiro de 2002 I Série A nº 42 p.1353-4.
58. World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical education. *Medical education* 28 (supl 1):140-149.
59. Taylor WR, Marks JS, Livengood JR, Koplan JP. Current issues and challenges in chronic disease. In: Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editors. *Chronic disease epidemiology and control*. Washington: American Public Health Association; 1993. p. 1-26.
60. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract*. 2004;21(4):381-6.
61. WONCA. ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados Primários. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 1999.
62. Jordão JG. A 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.

63. DGS. Risco de morrer em Portugal, 2001 [monografia na Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003 [consultado em 2004 Set 30]. Disponível em:URL:<http://www.dgsaude.pt>.

64. Ministério da Saúde. Saúde, um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.

65. DGS. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: orientações estratégicas, Vol II [monografia na Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004 [consultado em 2004 Set 30]. Disponível em:URL:<http://www.dgsaude.pt>.

66. DGS. Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial (Circular normativa nº 15/DGCG, de 31/03/2004). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004 [consultado em 2004 Set 29]. Disponível em:URL:<http://www.dgsaude.pt>.

67. DGS. Programa de controlo da diabetes mellitus em cuidados de saúde primários. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1992.

68. DGS. Programa de controlo da diabetes mellitus: dossier da diabetes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1998.

69. DGS. Actualização dos critérios de classificação e diagnóstico da diabetes (Circular normativa nº 9/DGCG, de 04/04/2002). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002 [consultado em 2004 Set 29].Disponível em:URL:<http://www.dgsaude.pt>.

70. DGS. Acesso dos doentes com asma de alto risco a consultas diferenciadas (Circular normativa nº 2/DGCG, de 13/07/2004). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004 [consultado em 2004 Set 29]. Disponível em:URL:<http://www.dgsaude.pt>.

71. DGS. Programa nacional de controlo da asma. Despacho nº 2878/2002, de DATA (3 DE Julho, por exemplo). Diário da República, II série.

72. Whitworth JA, WHO. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens. 2003;21(11):1983-92.

73. WHO. Strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases - Management of noncommunicable diseases department: chronic respiratory diseases and arthritis [monograph on the Internet]. Geneva: WHO; 2002 [Consultado em 2004 Set 30]. Disponível em: www.who.int/ncd/astma/strategy/pdf.

74. WHO. Screening for type 2 diabetes: report of World Organization and International Federation meeting. Geneva: WHO; 2003 [consultado em 2004 Set. 30].Disponível em:URL:http://www.who.int/diabetes/publications/en/scree-ning_nnc03.pdf.

75. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Diseases Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*. 2003;24:1601-10.

76. Brotons C, Godycki-Cwirko M, Sammut MR, European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, et al. New european guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Gen Pract*. 2003;9(4):124-5.

77. Carroll K, Majeed A, Firth C, Gray J. Prevalence and management of coronary heart disease in primary care: population-based cross-sectional study using a disease register. *J Public Health Med*. 2003;25(1):29-35.

78. Gray J, Ekins M, Scammel A, Carrol K, Majeed A. Workload implications of identifying patients with ischaemic heart disease in primary care: population-based study. *J Public Health Med*. 2003;25(3):223-7.

79. DGS. Programa nacional de doenças cardiovasculares (Circular normativa nº 15/DGCG, de 05/09/2003). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2003 [consultado em 2007 Set 29]. Disponível em:URL:[http// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

80. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. Lisboa: Sílabo; 2002.

81. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Lisboa: Lusociência; 2000.

II. Estudo da Revisão Sistemática da Literatura e Clarificação de Conceitos

“...the treatment of chronic disease is often complicated by the coexistence of multiple medical conditions and by the presence of social and psychological impediments...”

Debusk FF, West JA, Miller NH, Taylor CB¹

O presente capítulo tem por objectivo fazer o enquadramento das proposições que este trabalho pretende defender. Para o efeito, justifica-se o interesse do tema, posteriormente delimita-se a área de estudo e, por último, enuncia-se a sua finalidade.

Onde estamos e para onde vamos no estudo da comorbilidade?

1 - Introdução

A comorbilidade, como referido no capítulo precedente, tem sido considerada como um assunto de particular interesse na abordagem e seguimento de doentes devido às implicações no modo como se prestam os cuidados e aos resultados clínicos.

De todas as áreas médicas, a Medicina Geral e Familiar é uma das mais interessadas no seu estudo. A razão deste interesse deriva do seu conteúdo e do seu método clínico. Os Médicos de Família lidam frequentemente com doentes com mais de uma doença crónica, tendo que gerir múltiplos problemas de diferente natureza, assim como com a repercussão que esses problemas têm nos indivíduos, nas famílias e no ambiente social. A especialidade caracteriza-se por prestar cuidados de saúde a pessoas de ambos os sexos, de qualquer idade, ao longo da vida, não limitados a um órgão ou sistema e por utilizar um método clínico centrado na pessoa que envolve componentes bio-psico-sociais, que privilegia a promoção da saúde e a prevenção da doença¹.

Assim, torna-se particularmente relevante saber como tem sido este fenómeno estudado na investigação em Clínica Geral. A caracterização dos trabalhos realizados nesta área visa obter uma fotografia do “estado da arte”, abrir caminhos e colher informação que suporte a discussão de novos dados de investigação.

2 - Objectivos

A revisão bibliográfica tem como objectivo caracterizar os estudos efectuados relativamente a:

- Definições de comorbilidade;
- Finalidades;
- Desenho do estudo;
- Fontes de dados utilizadas;
- Problemas ou doenças estudados;
- Resultados alcançados.

3 - Métodos

Fez-se uma pesquisa sistemática da literatura, tendo por limites os anos de 1992 e 2005, nas bases bibliográficas Medline, Current Contents e Proquest Health. Para o efeito usaram-se os descritores "comorbilidade", "doenças crónicas" e "Clínica Geral" e/ou os seus sinónimos. Posteriormente, de forma a preencher eventuais lacunas, fez-se nova pesquisa a partir da revisão da bibliografia citada nos artigos encontrados. Os critérios de exclusão utilizados foram: existência de outros sumários que não em língua inglesa ou portuguesa, estudos de caso ou cartas ao editor, estudo de população específica (exército), a palavra comorbilidade não aparecer no resumo, não se ter tido acesso ao texto completo.

As definições de comorbilidade são categorizadas em explícitas ou implícitas. Os aspectos metodológicos, analisados relativamente ao desenho do estudo, são classificados em experimentais e observacionais. A finalidade dos trabalhos é categorizada em duas classes: dirigidos ao estudo das causas ou das consequências da comorbilidade. As fontes de dados são classificadas quanto à forma de recolha de informação, entrevista, registos médicos ou questionários e as doenças ou categorias de doença estudadas são agrupadas por Aparelho, ou Sistema e em Doenças Oncológicas.

A análise é descritiva. Os artigos seleccionados foram codificados, sequencialmente, com numeração árabe e aparecem ao longo do texto entre parêntesis rectos.

4 - Resultados

Eficácia da pesquisa e caracterização da amostra

Seleccionaram-se 52 artigos (Quadro 1): 31 foram obtidos mediante utilização dos descritores de indexação e 21 através das suas referências bibliográficas. No Quadro 2 apresentam-se os artigos seleccionados numerados de 1 a 52, por ano da sua publicação. Os estudos publicados em revistas de Clínica Geral foram 15 e nos últimos 5 anos do período estudado publicaram-se 33 trabalhos sobre esta temática.

QUADRO 2 - Distribuição dos estudos por ano de publicação

Ano de publicação	Fa	Identificação dos estudos
1992	3	4,19, 40
1993	1	34,
1994	2	33 , 37
1995	1	35,
1996	4	17,33, 36 ,38
1997	1	22
1998	5	8,14,18,41, 52
1999	2	7 ,15
2000	9	3,10,12, 20 ,23,28,42, 47 ,49
2001	9	1,2,24,25,27,43,44,45,48
2002	2	30,51
2003	5	5 ,6, 9 ,16,46,50
2004	1	29
2005	6	11 ,13,21,26, 31 , 39
TOTAL	52	

Legenda: A negrito encontram-se assinalados os artigos publicados em revistas de Clínica Geral;
Fa = frequência absoluta

Definições de comorbilidade

A maioria dos estudos não define de forma explícita o que entende por comorbilidade. O seu significado é transmitido através das perguntas ou dos objectivos operacionais dos estudos e expressa-se de duas maneiras distintas (Quadro 3): somando as doenças que ocorrem em simultâneo numa pessoa com ou sem doença-índice².

QUADRO 3 - Definição de comorbilidade

Definição de comorbilidade	Fa	Identificação dos estudos
Existência de doenças em simultâneo	22	2, 5, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 22, 25, 30, 31, 32, 36, 39, 41, 42, 43, 47, 48, 51, 52
Presença de outras doenças para além da doença-índice	30	1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 35, 37, 38, 40, 44, 45, 46, 49, 50

Finalidade dos estudos

No respeitante à finalidade dos estudos (Quadro 4), verifica-se que a maioria, 48 artigos, dizem respeito a consequências da comorbilidade: 16 a “gestão e tratamento de doenças”, 11 a “utilização de cuidados” e a “estado funcional e qualidade de vida”, 3 a “risco de morte” e 9 a diversos resultados em saúde.

QUADRO 4 - Finalidade dos estudos

Finalidades	Identificação dos estudos
Causas	10, 41, 42, 43
Consequências	1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33,34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53
Procura / Utilização de serviços	2, 5, 16, 18, 19, 22, 23, 24, 33,38, 51
Mortalidade / estimativa de risco	7, 8, 25
Funcionalidade e qualidade de vida	14, 20, 26, 31, 38, 40, 45, 46, 48, 50
Gestão e tratamento de doenças	3, 4, 6, 9, 12, 15, 17, 27, 28, 30, 35, 36, 37, 39, 47, 49
Outras	1, 11, 13, 21, 29, 32, 34, 38, 52

Desenho dos estudos

Conforme se verifica no Quadro 5 a maioria dos estudos são observacionais.

QUADRO 5 - Tipologia dos estudos

Tipo de estudos	Fa	Identificação dos estudos
Observacionais		
Transversais	29	2, 3, 4, 5, 6, 11,12, 13, 14,16,17,19, 20, 21, 22, 24, 26, 28, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 44, 49, 50, 51, 52
Coorte	14	7, 10, 18, 23, 25, 27, 30, 32, 33, 37, 38, 47, 48
Caso-controllo	7	1, 8, 29, 31, 42, 45, 46
Experimentais		
Ensaio clínico aleatorizado	2	9, 15

Fontes de informação

No Quadro 6 verifica-se que os doentes são a fonte de informação mais frequente para a recolha de dados sobre comorbilidade e que os registos são o meio mais utilizado. Em três trabalhos [9,12, 31] são utilizados, em simultâneo, dois tipos de fontes: entrevistas e registos.

QUADRO 6 - Fontes de informação

Fonte	Fa	Identificação dos estudos
Entrevista	9	4, 10, 12, 13, 15, 26, 28, 35, 38
Questionário	18	2, 3, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 31, 32, 36, 40, 42, 44, 45, 46, 48, 50
Registo	28	1, 5, 6, 7, 8, 9, 11,16, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 37, 39, 41, 43, 47, 49, 51, 52

Problemas de saúde estudados

As doenças-índice mais estudadas são a hipertensão, a doença cardíaca isquémica, a depressão, a ansiedade, a diabetes, a asma e a DPCO.

O estudo da comorbilidade abrange um vasto espectro de doenças. No entanto, alguns estudos têm como alvo só uma ou duas doenças e outros chegam a 23. Só 10 estudos cobrem todo o leque de doenças das classificações internacionais de doença ou de problemas de saúde para os cuidados de saúde primários [10,11, 13, 30, 35, 36, 37, 38, 45, 46].

Como se verifica no Quadro 7, os problemas mais estudados, por ordem decrescente, são os Psicológicos, as doenças do Aparelho Circulatório (hipertensão e doença isquémica), do Sistema Endócrino (diabetes), do Músculo-Esquelético (osteoartrite) e ainda do Aparelho Respiratório (asma/ doença pulmonar crónica obstrutiva). Em vários trabalhos a comorbilidade não é especificada em termos de diagnósticos, mas sim em função das designações utilizadas pelos doentes. A classificação de doenças mais utilizada é a ICD-9. Em quatro trabalhos [11, 30, 39, 51], o leitor é remetido para referências a instrumentos de medição de comorbilidade, índices de comorbilidade^{4,5}.

QUADRO 7 - Categorias de problemas de saúde incluídos nos estudos de comorbilidade

Doenças	Identificação dos estudos
Sistema Músculo-Esquelético	5, 6, 7, 8, 16, 18, 20, 21, 22, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 44, 45, 46, 47, 50
Aparelho Circulatorio	
Cérebro-vasculares (AIT, AVC)	1, 5, 7, 10, 18, 20, 24, 25, 26, 28, 44, 49, 50
Hipertensão	1, 5, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 19, 20, 22, 26, 28, 31, 33, 34, 44, 45, 46, 49, 50
DCI, IC, Perturbações do ritmo	5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 33, 34, 44, 45, 47, 49, 50
Doença Vascular Periférica	7, 18, 24, 25, 46, 49
Endócrino, Metabólico e Nutricional	
Diabetes	1, 5, 6, 9, 10, 18, 19, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 47, 49
Hiper ou hipotireoidismo	5, 31, 44, 45, 49, 50
Obesidade	1, 5, 17, 49
Alterações do metabolismo lipídico	5, 49
Olho	1, 7, 8, 40
Psicológico (inclui Depressão, Ansiedade)	1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24, 27, 30, 32, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47
Doença Oncológica	6, 7, 10, 24, 25, 26, 31, 46, 50
Aparelho Respiratório	1, 5, 7, 8, 9, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 28, 29, 31, 33, 34, 46
Aparelho Digestivo (fígado)	5, 18, 24, 44, 45, 46
Sistema Nervoso	5, 16, 18, 22, 24, 30, 44, 45, 46, 47
Aparelho Urinário	5, 18, 24, 44, 45, 46, 49
Pele	29, 46

Resultados alcançados nos estudos

Apesar das diferenças nas definições utilizadas e no desenho dos estudos, é claro que a ocorrência de doenças é um fenómeno comum: 10 a 78% da população estudada tem duas ou mais doenças em simultâneo [41]. Sendo nos grupos etários acima dos 65 anos a prevalência de 97% [11].

Os trabalhos que se debruçam sobre as causas olham para a relação entre características psicossociais e comorbilidade [10,41,42,43]. As doenças podem ter características predisponentes ou patogénese comuns [10], o sofrimento pode relacionar-se com fenómenos stressantes da vida e as capacidades individuais de adaptação e a vulnerabilidade ao stress podem ser cruciais numa “personalidade virada para a doença” [42, 43]. A idade, o tipo de seguro de saúde, o grau de instrução [41], o grande número de doenças prévias e o baixo nível sócio-económico [42] podem ser considerados determinantes independentes de morbilidade co-existente. As pessoas descritas como jovens, vivendo com um companheiro numa família ou

fazendo parte de uma vasta rede social, deverão ser mais resistentes à morbidade múltipla [43].

Os estudos sobre consequências concluem que a co-ocorrência de doenças influencia a utilização de serviços de saúde [2,5,13,22,23,33,39], pode estar associada a uma incapacidade física e social [7,20,38,40,44,46], a um baixo nível sócio-económico [5] e que determinadas comorbilidades podem influenciar negativamente a evolução natural ou a resolução de determinados problemas de saúde [6]. Como consequência, aumentam as despesas médicas e em saúde [19,24,51] e há uma perda de produtividade [14], o que representa um custo substantivo para a sociedade. O grau de incapacidade cresce em todas as idades como consequência do número de doenças presentes, mas nos idosos esta relação é ainda maior [41], encontrando-se forte relação entre comorbilidade e idade [11]. Em acréscimo, encontra-se forte relação, em todos os grupos etários, entre o número de doenças apresentadas e o aparecimento de novas morbidades [41] e, em suplemento a estas asserções, sabe-se que determinadas associações de doenças têm um impacte significativo sobre a esperança de vida [7,8], sobre a possibilidade de ter outra doença [12,17] e representam um risco mais elevado de incapacidade física do que outras [31].

5 - Discussão e conclusões

Nesta revisão, seleccionaram-se 52 estudos efectuados em pessoas a viver na comunidade. É possível que esta análise sistemática de bibliografia não contemple todos os trabalhos efectuados nesta área. As “falhas” podem dever-se ao facto já referido de a palavra “comorbilidade” não aparecer no seu título ou no seu resumo. Outras designações, como, por exemplo, “multimorbilidade” ou “polipatologia”, escolhidas por alguns autores como sendo semelhantes a comorbilidade, não são consideradas na taxonomia de descritores MeSH da maior base de dados de literatura médica Medline/PubMed.

Por esta razão, julgamos ser urgente que investigadores e especialistas clarifiquem as definições utilizadas e cheguem a um acordo sobre os conceitos e a inclusão na indexação médica, de forma a facilitar a comparação

de dados e as revisões sistemáticas de literatura. Todas as definições de comorbilidade utilizadas assumem a co-ocorrência de estados ou condições relacionados com a saúde, mas raramente são explícitas.

Nesta revisão, como noutras, não se exclui a comorbilidade psiquiátrica^{7,8} e de forma semelhante verificamos que a maioria das doenças somáticas dizem respeito a diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas. A maioria dos estudos debruça-se sobre situações crónicas porque são estas que parecem ter maior peso na saúde e também porque será mais fácil a colheita de dados.

A tipologia de investigação sobre comorbilidade segue o mesmo padrão de desenho de outros estudos em MGF⁹, sendo escassos os estudos experimentais. As doenças e as populações em estudo variam; a maioria incluiu só idosos e na colheita de dados utiliza registos ou questionários, o que pode ter consequências, quer sobre a extensão da comorbilidade encontrada, quer sobre as comparações que se podem efectuar.

Nesta revisão encontra-se um extenso leque nosológico, mas a maioria diz respeito a um relativamente pequeno número de doenças. Nas publicações espigadas também se observa uma vasta gama de classificações de doença, o que mais uma vez traz dificuldades nas confrontações que têm que se fazer.

A maioria dos estudos concentra-se nas consequências da comorbilidade. No entanto, algumas pessoas podem ser mais vulneráveis à co-ocorrência de doenças do que outras, devido a mecanismos causais ou de maior susceptibilidade à doença. Não foram encontrados estudos sobre funcionalidade familiar, factores ambientais ou susceptibilidade genética como causas possíveis de comorbilidade.

A investigação sobre comorbilidade tem aumentado, mas, apesar da evidência crescente de que é comum em todas as populações, o interesse e a literatura nesta área, em particular em Medicina Geral e Familiar, parece ser, de acordo com os resultados obtidos, ainda escasso. Todavia, esta especialidade médica é uma das mais importantes no controlo das doenças crónicas; os Médicos de Família estão particularmente bem posicionados para poderem fornecer dados fidedignos sobre o fardo das doenças crónicas e para identificar padrões de morbilidade crónica que possam explicar diferenças na resposta à intervenção terapêutica que lhes é proporcionada.

QUADRO 1 - Listagem de artigos seleccionados entre 1992-2005

1. Ben-Noun L. Characteristics of comorbidity in adult asthma. *Public Health Rev.* 2001;29(1):49-61.
2. Bito S, Fukuhara S, Shapiro MF, Hashimoto H, Kurokawa K. Relationship between having a home doctor and outpatient utilization. *J Epidemiol.* 2001;11(4):160-9.
3. Birchall H, Brandon S, Taub N. Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(6):235-41.
4. Cathedras PJ, Robbins JM, Kirmayer LJ, Hayton BC. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behaviour, and outcome. *J Gen Inter Med.* 1992;7(3):276-86.
5. Charles J, Valenti L, Britt H. GP visits by health care card holders. A secondary analysis of data from Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH), a national study of general practice activity in Australia. *Aust Fam Physician.* 2003 Jan-Feb;32(1-2):85-8, 94.
6. Consoli SM; Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study. *Presse Med.* 2003 Jan 11;32(1):10-21.
7. de Grauw WJ, van de Lisdonk EH, Behr RR, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van Weel C. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam Pract.* 1999;16(2):133-9.
8. 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;52(S1):9S-12S.
9. Dickinson WP, Dickinson LM, deGruy FV, Main DS, Candib LM, Rost K. A randomized clinical trial of a care recommendation letter intervention for somatization in primary care. *Ann Fam Med.* 2003 Nov-Dec;1(4):228-35.
10. Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoli-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55(2):M84-M89 [consultado em 2003 Mar 19]. Disponível em: www.proquest.com.
11. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Ann Fam Med* 2005;3:223-228. Consultado em 13 de Junho de 2005. Disponível em www.annfammed.org
12. Fullerton C, Florenzano R, Acuna J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Med Chil.* 2000;128(7):729-34.
13. Hudon E, Fortin C, Vanasse A. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. *J Clin Epidemiol.* 2005 Jun;58(6):603-8.
14. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. Work disability and health-affecting psychosocial problems among patients in general practice. *Scand J Soc Med.* 1998;26(2):96-100.

15. Harris T, Brown GW, Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1999;174:219-24.
16. Iron KS, Manuel DG, Williams J. Using a linked data set to determine the factors associated with utilization and costs of family physician services in Ontario: effects of self-reported chronic conditions. *Chronic Dis Can*. 2003 Fall;24(4):124-32.
17. Kendrick T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. *Br J Psychiatry*. 1996;169(6):733-9.
18. Kiefe CI, Funkhouser E, Fouad MN, May DS. Chronic disease as a barrier to breast and cervical cancer screening. *J Gen Intern Med*. 1998;13(6):357-65.
19. Kravitz RL, Greenfield S, Rogers W, Manning WG, Zubkoff M, Nelson EC, et al. Differences in the mix of patients among medical specialties and systems of care: results from the medical outcome study. *JAMA*. 1992;267(12):1617-23.
20. Lam CLK, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract*. 2000;17(2):156-66.
21. Lievense A, Bierma-Zeinstra S, Schouten B, Bohnen A, Verhaar J, Koes B. Prognosis of trochanteric pain in primary care. *Br J Gen Pract*. 2005 Mar;55(512):199-204.
22. Lopez Navarrete E, Carzo ET, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, Gasto Morata JL. Effects of chronic diseases on the use of primary care by the aged. *Aten Primaria*. 1997;19(2):92-5.
23. Luber MP, Hollenberg JP, Williams-Russo P, DiDomenico TN, Meyers BS, Alexopoulos GS, et al. Diagnosis, treatment, comorbidity, and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *Int J Psychiatry Med*. 2000;30(1):1-13.
24. McNamara RL, Powe NR, Thiemann DR, Shaffer T, Weller W, Anderson G. Specialty of principal care physician and Medicare expenditures in patients with coronary artery disease: impact of comorbidity and severity. *Am J Manag Care*. 2001;7(3):261-6.
25. Menotti A, Mulder I, Nissinem A, Giampoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 120-year all-cause mortality: The Fine study. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(7):680-6.
26. Munoz MA, Manresa JM, Espinasa J, Marrugat J. Association of time elapsed since the last coronary event with the health services utilization. *European Journal of Epidemiology* 2005;20:221-227.
27. Nyiendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001;24(7):433-9.
28. Ogle KS, Swanson GM, Woods N, Azzouz F. Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. *Cancer*. 2000;88(3):653-63.
29. olde Hartman TC, Lucassen PL, van de Lisdonk EH, Bor HH, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract*. 2004 Dec;54(509):922-7.

- 30.Reid MC, Engles-Horton LL, Weber MB, Kerns RD, Rogers EL, O'Connor PG. Use of opioid medications for chronic non-cancer pain syndromes in primary care. *J Gen Intern Med.* 2002;17(3):173-9.
- 31.IRijken M, van Kerkhof M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. *Qual Life Res.* 2005 Feb;14(1):45-55.
- 32.Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry.* 1996;30(Suppl.):38-43.
- 33.Schellevis FG, Van de Lisdonk EH, Van der Velden J, Hoogbergen SH, Van Eijk JT, Van Weel C. Consultation rates and incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice. *Br J Gen Pract.* 1994;44(383):259-62.
- 34.Schellevis FG, van der Velden J, van de Lisdonk E, van Eijk JT, van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol.* 1993;46(5):469-73.
- 35.Schramm E, Hohagen F, Kappler C, Grasshoff U, Berger M. Mental comorbidity of chronic insomnia in general practice attenders using DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand.* 1995;91(1):10-7.
- 36.Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Arch Fam Med.* 1996;5(1):27-34.
- 37.Sherbourne CD, Wells KB, Hays RD, Rogers W, Burnam MA, Judd LL. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *Am J Psychiatry.* 1994;151(12):1777-84.
- 38.Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(10):889-95.
- 39.Starfield B, Lemke K W, Herbert R, Pavlovich W D, Anderson G. Comorbidity and the use of Primary Care and Specialist Care in the Elderly. *Ann Fam Med* 2005;3:215-222. Consultado em 13 de Junho de 2005. Disponível em www.annfammed.org
- 40.van de Lisdonk EH, Furer JW, Kroonen AP, Marijnissen AG. Cataract, functioning and comorbidity: a cross-sectional study in family practice. *Fam Pract.* 1992;9(3):279-83.
- 41.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;51(5):367-75.
- 42.van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, van der Aa M, Knottnerus JA. Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case-control study. *Soc Sci Med.* 2000;50:1679-93.
- 43.van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, van der Aa M, Knottnerus JA. Psychosocial patient characteristics and GP-registered morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res.* 2001;50(2):95-102.
- 44.van Manen JG, Bindels PJ, Dekker EW, Ijzermans CJ, Bottema BJ, van der Zee JS, et al. Added value of co-morbidity in predicting health related quality of life in COPD patients. *Respir Med.* 2001;95(86):496-504.

45. van Manen JG, Bindels PJ, Ijzermans CJ, van der Zee JS, Bottema BJ, Shade E. Prevalence of comorbidity in patients with chronic airway obstruction and controls over the age of 40. *J Clin Epidemiol*. 2001;54(3):287-93.
46. van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, Bottema BJ, van der Zee JS, Ijzermans CJ, Schade E. The influence of COPD on health-related quality of life independent of the influence of comorbidity. *J Clin Epidemiol*. 2003 Dec;56(12):1177-84.
47. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM. The development of polypharmacy: a longitudinal study. *Fam Pract*. 2000;17(3):261-7.
48. Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res*. 2001;10(2):141-8.
49. Wieringa NE, Vos R, van der Werf GT, van der Veen WJ, de Graef PA. Co-morbidity of 'clinical trials' versus 'real-world' patients using cardiovascular drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2000;9(7):569-79.
50. Wijnhoven HAH, Kriegsman DMW, Hesselink AE, Haan M, Schellevis FG. The influence of co-morbidity on health-related quality of life in asthma and COPD patients. *Rmed* 2003;97:468-475. Consultado em 13 de Junho de 2006. Disponível em www.sciencedirect.com
51. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-76.
52. Wun YT, Chan K, Lee A. Co-morbidity in general practice. *Fam Pract*. 1998;15(3):266-8.

Comorbilidade ou multimorbilidade?

O termo comorbilidade é relativamente recente. Há cerca de 30 anos, Feinstein o primeiro autor a usar este termo, descreveu-a como “uma doença associada que deriva de outras doenças”². Mais tarde, este mesmo autor definiu este termo como “qualquer entidade adicional que surgiu ou que pode ocorrer durante o curso clínico de uma dada doença-índice num doente”. Desde então, o conceito tem evoluído em diversos sentidos, existindo autores⁶ que têm uma definição mais vasta deste conceito, indicando tão só a coexistência de doenças numa mesma pessoa.

Como anteriormente observado, na literatura médica é frequente o uso dos termos comorbilidade, polipatologia ou multimorbilidade, sem que a sua definição seja explícita, ou como sinónimos, sendo que a Medline/PubMed só reconhece o termo comorbilidade como categoria de pesquisa.

Em 1993, Schellevis⁸, na sequência da sua Tese de Doutoramento, esboçou uma classificação para a comorbilidade centrada no tipo de relações entre as doenças:

- 1) Comorbilidade concorrente: coexistência de doenças na mesma pessoa sem nenhuma explicação;
- 2) Comorbilidade agrupada (cluster): a distribuição de doenças numa população mostra concentrações em subgrupos que diferem significativamente da distribuição casuística;
- 3) Comorbilidade causal: relação de doenças baseada numa causa patofisiológica comum;
- 4) Comorbilidade que complica uma doença: a existência de uma doença é obrigatória para que outra ocorra.

Esta classificação que estrutura a relação entre a doença-índice e uma ou mais doenças, não tem em conta a designação de multimorbilidade ou polipatologia, já na altura utilizada.

Como se observou anteriormente, vários autores interessam-se em estudar o impacto que a coexistência de doenças pode ter quer no processo diagnóstico quer no prognóstico, sendo muito recente o interesse em estudar as suas causas. A procura de respostas e a intensificação da pesquisa têm levado a que alguns autores⁶ defendam que é necessário fazerem-se algumas escolhas antes de se estudarem quer os determinantes quer as consequências da patologia múltipla. Neste sentido, propõem uma clarificação

dos conceitos de comorbilidade e multimorbilidade e que se determine o conjunto de doenças incluídas na sua operacionalização e análise.

Para van den Akker et al⁷, a taxonomia oferecida por Schellevis⁸, para além de não distinguir comorbilidade de polipatologia, termo muito utilizado na literatura francófona e alemã, tem contra ela ainda os seguintes argumentos: traduz várias dimensões, parte do princípio que se conhece à partida a relação entre as doenças e que as categorias estabelecidas se excluem mutuamente. Deste modo, sugere as seguintes definições:

1. A comorbilidade, como na definição inicial de Feinstein¹, mantém-se como uma entidade adicional distinta que apareceu ou que ocorre durante o curso clínico de uma dada doença-índice;

2. A multimorbilidade será a coexistência de doenças ou situações médicas múltiplas, crónicas ou agudas, numa pessoa.

Para este autor, estas definições podem classificar-se em três categorias:

- Comorbilidade simples/multimorbilidade: coexistência de doenças, sejam elas coincidentes ou não;

- Comorbilidade associada/multimorbilidade: não sendo conhecida como causal;

- Comorbilidade causal/multimorbilidade: implicando uma relação causal entre doenças co-existentes.

Recentemente, uma revisão de literatura de âmbito mais vasto do que a por nós apresentada, mas temporalmente mais restrita (1993 a 1997), de que é co-autor Schellevis¹⁰, aceita as definições propostas por van den Akker et al⁷ anteriormente referidas.

II. Referências Bibliográficas

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine.2002.[consultado em 2004 Set 14] Disponível em:<http://www.euract.org/pap041.html>.
2. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic diseases. *J Chron Dis.* 1970;23:455-68.
3. WHO. ICD-9 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) [monograph on the Internet]. 10th revision. Geneva: OECD, 2003 [consultado em 2004 Dez 14]. Disponível em: URL:<http://www3.who.in/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>
4. Charlson ME, Pompei P, Alex KL, Mckanenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.*1987;40:373-83.
5. Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res.* 1991;26:53-74.
6. van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Problems in determining the occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):675-9.
7. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract.* 1996;2:65-70.
8. Schellevis FG. Comorbidity: definitions and methodological aspects. In: Schellevis FG, editor. *Chronic diseases in general practice: comorbidity and quality of care* [dissertação]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen; 1993. p.15-29.
9. Merestein J, Rao G, D'Amico F. Clinical research medicine: quantity and quality of published articles. *Fam Med.* 2003;35(10):691-2.
10. Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):661-74.

III. Duas Observações da Comorbilidade

"...para o homem, será sempre mais fácil descrever com pertinência do que intervir com pertinência..."

Jean Paul Gaillard¹

Nesta sequência, são apresentados dois trabalhos relativamente autónomos. O primeiro, intitula-se "**Comorbilidade de 4 doenças crónicas e sua relação com factores sócio-demográficos**" e o segundo "**Diferenças entre doentes, por médico e por SRS, na comorbilidade de 4 doenças crónicas**". Ambos contribuem para descrever o perfil da prática dos MF, o primeiro, evidenciando a prevalência da comorbilidade de 4 doenças crónicas e, o segundo, as diferenças entre os doentes agrupados por médico e por SRS.

Comorbilidade de 4 doenças crónicas e sua relação com factores sociodemográficos.

1. Introdução

Como referido e documentado nos capítulos anteriores, na prática clínica é importante determinar a presença em simultâneo de várias doenças, visto a sua combinação poder influenciar a qualidade de vida dos doentes²⁻⁴ e a procura e utilização de serviços de saúde⁵⁻⁶. Para além disso, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico podem ser influenciados pela presença de outras doenças⁷⁻¹⁰, sendo que qualquer uma das quatro doenças seleccionadas (hipertensão arterial, asma, diabetes, doença cardíaca isquémica) pode ser um factor de risco para a ocorrência de outros problemas de saúde.

Assim sendo, nos ensaios clínicos e na avaliação de qualidade torna-se importante, embora na maioria das vezes isso não se verifique, incluir doentes com comorbilidade e conhecer as comorbilidades mais comuns e respectivos perfis dos pacientes.

Em Portugal, apesar do trabalho da Rede de Médicos Sentinela¹¹ e de dispormos de populações fixas por médico - o que facilita a descrição de base populacional - o padrão de comorbilidade dos doentes com as quatro doenças-índice encontra-se pouco documentado.

Em virtude de não existirem publicações no nosso país sobre frequência de comorbilidade em Medicina Geral e Familiar, pretende-se aprofundar o conhecimento sobre este fenómeno, nomeadamente através da descrição da sua prevalência e da identificação de grupos mais e menos vulneráveis.

2 - Objectivos

O conhecimento que se pretende obter deriva dos seguintes propósitos:

- Caracterizar, do ponto de vista social e demográfico, a população de doentes com HTA, DM, DCI e Asma que fazem parte das listas de 12 Médicos de Família;

- Determinar a duração destes problemas na população estudada;
- Descrever a prevalência da comorbilidade entre as 4 doenças-índice nesta população;
- Verificar se existe relação entre o tempo de duração da 1ª doença e o tempo decorrido até ao aparecimento da 2ª e da 3ª doença, nas 4 doenças-índice;
- Determinar a comorbilidade na população estudada;
- Identificar eventuais agrupamentos de doenças nesta população de doentes;
- Verificar se existe relação entre comorbilidade e factores sociais e demográficos que caracterizam a população estudada.

3 - Métodos

Neste capítulo apresentam-se os principais procedimentos utilizados na realização do estudo de observação, transversal e analítico.

3.1. Locais e Colaboradores no estudo

A selecção dos colaboradores e dos cenários de exercício foi efectuada por etapas e fundamentalmente determinada:

- 1) pelo grupo de Tutores e Assistentes Convidados da disciplina de Clínica Geral da FCM, em 2002;
- 2) pelo protocolo de colaboração existente entre a Faculdade de Ciências Médicas e as Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo para o ensino e investigação;
- 3) pelo desejo de criar um grupo motivado, homogéneo e com potencial para se constituir como embrião de uma rede de médicos dedicada ao ensino e investigação que continuamente alimente uma base de dados relativa às quatro doenças-índice;
- 4) pelo desejo de incluir diferentes contextos de prática.

QUADRO 1 - Distribuição dos tutores da disciplina, pelos CS das SRS de Lisboa e de Beja

Centros de Saúde /extensões e nº de tutores em 2002	
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	SRS de Lisboa
	Alcântara (2); Carnaxide (2); Oeiras* (5) Cascais/ Alvide (2); Parede/ Tires (1) Marvila* (3); Olivais (1)*; S.João (2) Reboleira/ Damaia* (4); Venda Nova/Brandoa* (6); Sacavém/Bobadela (2); Alameda (3); Sto Condestável* (3)
ARS do Alentejo	SRS de Beja
	Aljustrel** (1), Alvito† (1), Barrancos (1), Beja** (4), Castro Verde (2); Cuba (2), Ferreira do Alentejo (2), Mértola (2), Moura (1), Odemira** (3), Ourique (2), Serpa (1) / Vila Verde de Ficalho† (1)/ Pias** (1)

Legenda: *CS Urbanos; ** CS Suburbanos; † CS Rurais (CENSUS 2001). Na cor negro estão assinalados os CS dos médicos que participaram no estudo

Na selecção dos locais procurámos abranger CS rurais, suburbanos e urbanos. Para o efeito, utilizámos a definição do Glossário de Medicina Geral e Familiar¹² que define CS rural aquele em que a maioria da população registada vive num aglomerado populacional inferior a 2000 habitantes, CS suburbano a unidade onde a maioria da população registada vive numa vila ou cidade entre 2000 e 50000 habitantes, e como urbano o Centro de Saúde em que a maioria da população registada vive numa cidade com 50000 ou mais habitantes^(a).

A selecção dos tutores foi oportunista e teve por base: 1) anteriores experiências de trabalho em comum; 2) facilidade de comunicação entre o Departamento e estes médicos; 3) características pessoais de empenhamento e capacidade de trabalho; 4) gosto pela reflexão e interesse em associar a investigação à melhoria contínua da qualidade da prática e do ensino académico da disciplina.

Tendo em consideração as premissas anteriores, em 15 de Março de 2002 enviou-se uma carta-convite a 16 tutores da disciplina acompanhada

(a)A classificação dos CS foi efectuada mediante aplicação destes critérios aos dados do Census de 2001.

de um questionário, visando a sua caracterização e a identificação de eventuais incompatibilidades. Dos 14 médicos que aceitaram colaborar, só 12 concluíram a recolha de dados solicitada^(a) (CS a que pertencem assinalados a negro no Quadro 1). Destes, 6 pertencem à Sub-Região de Saúde de Lisboa e 6 à de Beja. A sua caracterização sociológica é apresentada no Quadro 2. A última vez que haviam procedido a uma actualização do seu ficheiro tinha sido há 3 anos (Anexos I, II).

QUADRO 2 - Detalhes sociológicos^(b) dos 12 colaboradores no estudo

Características	Número
Idade média (amplitude)	48 (37-55)
Sexo	
F	7
M	5
Média de anos de licenciatura (amplitude)	21 (13-22)
Média de anos de exercício no mesmo local (amplitude)	11 (5-21)
Via de acesso ao título de especialista ^(c)	
ICCG	5
FEE	7
Dimensão média da lista de utentes (amplitude)	1504 (1287 - 1804)
Percentagem média de utentes activos (2001 -2002)	58% (50% - 64%)

(a) Dois médicos, devido a ausência prolongada e por motivos de doença, interromperam o estudo.

(b) A contagem dos tempos, idades, anos de licenciatura e exercício tem como referente o ano de 2003.

(c) Entre 1987 e 1999 existiram dois modos de aceder ao Grau de Assistente da carreira de Clínica Geral, um via frequência de um programa de formação em exercício, conduzido pelos Institutos de Clínica Geral, com cerca de 1 ano de duração (FEE), e outro via Internato complementar (ICCG), com 3 anos de duração, gerido pelas Coordenações do Internato Complementar de Clínica Geral.

Aos 14 médicos que inicialmente aderiram ao estudo foi atribuído um código numérico sequencial de 1 a 14. Os 12 médicos que concluíram o trabalho têm os códigos seguintes:

Códigos	Médicos	
	Beja	Lisboa
	8, 9, 10, 11, 12, 14	1, 2, 3, 4, 6, 7

3.2. População do estudo

A população do estudo inclui todos os doentes das listas de utentes dos 12 médicos (19 295 utentes), identificados com o diagnóstico de pelo menos uma das 4 doenças crónicas até Setembro de 2003: hipertensão arterial (HTA), doença cardíaca isquémica (DCI), diabetes mellitus (DM) e asma. Os critérios de diagnóstico foram prévia e consensualmente acordados:

A Hipertensão Arterial foi definida mediante os critérios de diagnóstico para a HTA estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde em 1999 e confirmados em 2003¹³. A Circular Normativa nº 2 da Direcção Geral de Saúde¹⁴, emitida pela Divisão das Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, em 31/03/04, adopta também os mesmos critérios de diagnóstico.

Critérios de diagnóstico: $TA \geq 140/90$ mmHg para a população em geral, em duas ou mais medições e $TA \geq 130/80$ para os doentes diabéticos.

A Diabetes Mellitus foi definida mediante os critérios de diagnóstico estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde¹⁵ e pela Circular nº 9 /DGCG de 4/07/2002 da DGS¹⁶.

Critérios de diagnóstico: sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia e perda de peso) e/ou glicémia sérica ocasional ≥ 200 mg/dl ou duas glicemias em jejum ≥ 126 mg/dl (8 horas) ou glicémia pós prandial ≥ 200 mg/dl.

A Doença Cardíaca Isquémica foi definida de acordo com os critérios de inclusão da ICPC-2¹⁷.

Critérios de diagnóstico: história e/ou imagiologia de antigos enfartes do miocárdio ou sinais de isquémia do miocárdio no ECG em repouso ou de

esforço; ou detecção por investigação de estenose da artéria coronária ou aneurisma ventricular, elou sinais electrocardiográficos.

A Asma foi definida mediante os critérios adoptados no Manual de Boas Práticas na Asma¹⁸, divulgados pela Comissão de Coordenação do Programa da Asma em 2001, no âmbito da Direcção Geral de Saúde.

Critérios de diagnóstico: episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico elou tosse particularmente nocturna ou no início da manhã, associados ou não a obstrução brônquica generalizada, mas variável; reversível espontaneamente ou através de tratamento.

Admitiu-se que os casos diagnosticados por outro especialista ou no Hospital preenchiam estes critérios, desde que o doente estivesse a fazer medicação específica.

A identificação de casos foi efectuada em duas fases.

Numa primeira fase, de Novembro de 2002 a Abril de 2003, optou-se por proceder a uma selecção de doentes de tipo accidental: na altura da consulta, aquando da renovação de receituário, ou por contacto de natureza administrativa. Inicialmente, calculou-se que a maioria destes doentes consultaria o seu médico de família pelo menos uma vez de 3 em 3 meses ou de 4 em 4 meses e, em alguns casos, uma vez cada seis meses. Esta identificação inicial, efectuada de forma exclusiva nos primeiros 6 meses do estudo pelos médicos sem ficheiro informatizado, pareceu-nos ter duas vantagens: ser simples de organizar para os médicos, não ocasionando grande perturbação no seu trabalho clínico diário, e permitir, facilmente, obter informações sobre os dados colhidos quando tal se verificasse necessário.

Numa segunda fase, de Abril a Novembro de 2003 de forma a identificar pessoas não observadas durante o período anterior, solicitou-se aos clínicos que fizessem uma revisão sistemática a partir do seu ficheiro ordenado de utentes. Esta técnica consistiu em extrair do ficheiro, a partir do primeiro elemento da lista, um a um, todos os registos clínicos, e em analisá-los de forma a identificar novos indivíduos. Embora moroso, este procedimento permitiu que se recuperassem mais sujeitos para o estudo. Simultaneamente, manteve-se a selecção accidental da população.

3.3. Variáveis

A descrição das medidas consideradas é a seguinte:

- Sexo - Masculino e Feminino
- Idade - em anos
- Etnia/raça^(a)

Os termos raça e etnia são princípios taxonómicos de classificação de grupos de pessoas. Estes termos são frequentemente utilizados em conjunto, quer em estudos científicos, quer em diversos Censos, para nomear a variável que define um conjunto populacional que tem em comum ou uma cultura, ou religião, ou local de naturalidade e/ou hereditariedade; sendo que qualquer um destes factores pode predispor ou facilitar o aparecimento de uma dada doença.

Por serem as classificações mais frequentes no nosso país e as mais frequentemente discriminadas em diversos estudos, optámos por categorizar esta variável da seguinte forma: *branca, negra, cigana, indiana, chinesa*.

- Escolaridade. Foram consideradas as seguintes classes

Analfabeto	Não lê nem escreve
Lê e escreve	Mas não possui escolaridade formal
Primária	4º Ano de escolaridade, antiga 4ª classe
Preparatória	6º Ano de escolaridade, equivalente ao antigo 1º ciclo liceal
Básica	9º Ano de escolaridade, equivalente ao 2º ciclo liceal
Secundária	12º Ano de escolaridade, equivalente ao 3º ciclo liceal
Profissional	A via directa de 5 anos pós-escolaridade primária ou o ensino básico seguido de dois ou mais anos profissionalizantes; inclui os antigos cursos comerciais e industriais
Superior	Frequência de universidade, escolas superiores e institutos politécnicos

(a) <http://facfinfer.census.gov>; <http://www.wikipedia.org>;
http://dimensionsnews.com/nomenclature_of_race.htm [consultadas em 31/08/2002]

Não aplicável	Quando por condição física ou mental nenhuma das situações anteriores se aplica
Não caracterizada	Quando a informação é desconhecida e impossível de obter

- Situação profissional. Foram estabelecidas as seguintes categorias:

Trabalhador activo	Estudante
Desempregado	Outra situação
Reformado	Não aplicável
Doméstica	

Quando se verificou sobreposição de situações, logicamente não incompatíveis (por exemplo, *trabalhador-estudante*, *reformado/a-doméstica*), seguiu-se o seguinte esquema de prioridades:

Reformado > trabalhador activo > desempregado > doméstica > estudante

Nesta ordenação, perante uma sobreposição de duas condições, contíguas ou não, foi sempre escolhida a que se posicionasse à esquerda.

A classe “*não aplicável*” foi utilizada nas situações em que a idade (menos de 16 anos) ou a condição psíquica não permitiram a inclusão em qualquer uma das outras classes.

- Estado civil. Foram descritos os seguintes tipos:

- Solteiro
- Casado
- Coabitação / União de Facto
- Divorciado
- Viúvo
- Não aplicável

A classe “*coabitação*” corresponde à situação de “*viver junto*” em continuidade, e não apenas com contactos esporádicos. Assim, todos os solteiros, viúvos ou divorciados a viver com outra pessoa foram classificados nesta classe.

A classe “*não aplicável*” foi utilizada nas situações em que a idade (menos de 16 anos) ou a condição psíquica não permitiram a inclusão em qualquer uma das outras classes.

- Tipo de família. Foram descritos os tipos seguintes:

Nuclear	Duas gerações em linha directa e sequencial. Não há linhas colaterais ou saltos de gerações
Unitária	Uma única pessoa vivendo só
Alargada	Coexistência de várias gerações, com linhas directas e/ou colaterais
Monoparental	Um só progenitor com os filhos
Reconstruída	Formação após uma ou mais estruturas dissolvidas
Outra	Inclui repúblicas de estudantes, comunidades religiosas, lares de idosos
Não caracterizada	Desconhecida

- Funcionalidade familiar

Consoante o grau de certeza do médico na sua avaliação, classificou-se a funcionalidade familiar em quatro categorias. A *família funcional* é aquela que revela capacidade em afrontar as mudanças que derivam, quer do seu desenvolvimento quer de circunstâncias externas, diversas, capazes de gerar tensão no seu seio e a *família disfuncional*, a que de forma continuada se demonstra incapaz de responder às necessidades dos seus membros.

A classificação das famílias foi efectuada conjugando a presença ou ausência de um ou mais dos indicadores de disfuncionalidade propostos por Christie-Seely¹⁹ e a eventual observação pelo médico dos papéis assumidos pelos elementos que a compõem, de como a família soluciona os seus problemas, se expressa afectivamente, comunica, regula a conduta e outorga autonomia aos seus membros^{20,21}.

Funcional	Indicadores de disfuncionalidade ausentes e a observação de mais de um elemento confirmam a funcionalidade
Supostamente funcional	Indicadores ausentes
Disfuncional	Indicadores presentes e a observação do agregado ou de mais elementos confirmam a disfuncionalidade
Supostamente disfuncional	Indicadores presentes
Não caracterizada	Não tem informação

- Condições de Habitação. Estudaram-se as seguintes categorias:

Salubre	Possui energia eléctrica, água, condições de higiene e rede de esgotos
Insalubre	Não possui um ou mais dos indicadores anteriores
Não caracterizada	Não tem informação

- Doenças Crónicas

As 4 doenças-índice conforme estipulado pela ICPC2 foram classificadas em 7 categorias: doença cardíaca isquémica sem angina (DCIS), doença cardíaca isquémica com angina (DCIC), hipertensão arterial sem complicações (HTAS), hipertensão arterial complicada (HTAC), diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2) e asma. Neste estudo só se consideram, para além das 4 doenças-índice já referidas, os problemas de saúde de longa duração, ou seja que duram 6 meses ou mais, definidos e codificados nas rubricas específicas de cada capítulo pertencentes às componentes 1 e 7^(a) da Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários¹⁷ que requerem cuidados continuados e acompanhamento médico. Com excepção do capítulo Z, “Problemas sociais”, todos os restantes capítulos da ICPC-2 são considerados como ocorrências possíveis na classificação dos problemas de saúde activos deste estudo:

(a) Nesta classificação, os componentes 2 a 6, iguais em todos os capítulos, dizem respeito a procedimentos (classificação de intervenções imediatas)

- A. Geral e inespecífico
- B. Sangue, sistema hematopoiético e imune
- D. Aparelho digestivo
- E. Olho
- H. Ouvido
- K. Aparelho circulatório
- I. Sistema músculo-esquelético
- N. Sistema neurológico
- P. Psicológico
- R. Aparelho respiratório
- S. Pele
- T. Endócrino, metabólico, nutricional
- U. Aparelho urinário
- W. Gravidez, parto, planeamento familiar
- X. Aparelho genital feminino (incluindo a mama)
- Y. Aparelho genital masculino (incluindo a mama)

- Autor do diagnóstico

Médico que fez o diagnóstico. Categorizado em: 1) Médico de família;
2) Outro especialista; 3) Não sabe

- Tempo de duração da doença

O tempo de duração da doença é definido como o número de anos decorridos entre o ano do diagnóstico e 2003. Definiram-se quatro variáveis que correspondem ao tempo de duração da primeira doença HTA, DM, DCI e Asma. O ano de diagnóstico é o ano a que o doente ou o médico atribuem o conhecimento da doença.

- Tempo decorrido entre duas doenças

O tempo decorrido entre duas doenças é definido como o número de anos decorridos entre o ano de diagnóstico de uma doença e o ano de diagnóstico da doença seguinte. Definiram-se 24 variáveis que correspondem aos intervalos de tempo decorrentes das combinações possíveis entre a primeira, a segunda e a terceira doenças-índice.

- Comorbilidade simples

A comorbilidade é definida pela presença de 2 ou mais doenças e estudada pelo número de doenças crónicas coexistentes, não importando se entre elas existe alguma associação estatística ou relação de causalidade.

3.4. Suportes e registo de dados

No início do estudo foi fornecido a todos os colaboradores um conjunto de instruções relativas aos critérios de diagnóstico para hipertensão, diabetes, doença cardíaca isquémica e asma, à metodologia do estudo e à descrição das variáveis (Anexo III). Para recolha da informação construiu-se uma ficha de 4 páginas em formato A5 (Anexo IV). Visando aperfeiçoar este instrumento e corrigir eventuais dificuldades no seu preenchimento, procedemos a um “estudo piloto” antes de iniciar a colheita definitiva dos dados. Este estudo teve como objectivos:

- 1) simplificar a listagem de rubricas da ICPC-2, contidas na ficha de notação, dos problemas de saúde crónicos coexistentes;
- 2) resolver eventuais dificuldades relacionadas com a descrição das variáveis a estudar ou com a metodologia desenhada para o envio de informação.

Para este efeito, solicitou-se a cada um dos colaboradores^(a) que preenchesse 21 fichas:

- 1) vinte com os dados sócio-demográficos de doentes com pelo menos uma das doenças crónicas em estudo e sinalização dos códigos relativos à existência de outros problemas de saúde crónicos;
- 2) uma ficha para sinalizar, entre os códigos listados, os que nunca teriam uma evolução superior a 6 meses ou fossem de natureza a recidivar.

Em consequência, recolheram-se e analisaram-se 264 fichas^(b). No final deste estudo obtiveram-se os resultados seguintes:

- 1) seleccionaram-se 230 códigos de doenças e incluíram-se 9 rubricas pertencentes à componente “Sinais e sintomas” dos capítulos P, Y, X e W;

(a) Inicialmente contámos com a colaboração de 14 médicos.

(b) Por motivo de férias e/ ou doença 3 médicos só enviaram 10 fichas.

- 2) construiu-se a ficha definitiva com 17 capítulos e 239 rubricas, tendo-se criado um campo de registo para “Outros” problemas que não fizessem parte da lista e que os médicos considerassem importante registar;
- 3) alcançou-se consenso nos critérios de diagnóstico;
- 4) obteve-se uniformidade nos procedimentos de colheita e envio de dados.

O registo da informação contida nas fichas foi informatizado^(a) mediante recurso ao software “netgest E.Forms”[®] da empresa ITDS²² que disponibiliza formulários para preenchimento on-line. Esta ferramenta é especificamente construída para desenhar e disponibilizar na Internet formulários para preenchimento on e/ou off-line, sendo os dados dos mesmos validados (validações básicas) e descarregados automaticamente em tabelas de bases de dados estruturadas a fim de serem trabalhados. Esta tecnologia permite o preenchimento e consulta dos formulários independentemente do local geográfico do utilizador e tendo apenas um browser Internet como interface.

Apesar de ser tecnicamente possível a cada colaborador/utilizador introduzir dados a partir do seu local de trabalho, este procedimento foi efectuado centralmente, em exclusivo, por 2 estudantes de medicina sob supervisão da autora. A informação recolhida e registada encontra-se alojada no Servidor da empresa proprietária ITDS.

Desta forma, os dados informatizados ficam de imediato disponíveis para consulta dos colaboradores, em qualquer lugar em que estes se encontrem. Para o efeito, foi atribuída uma “chave de acesso” e uma “palavra passe” a cada utilizador, sendo o acesso efectuado mediante a utilização do browser Internet Explorer 5.5[®] através do endereço <www:http://shop.nca.pt/http/fichas/ficha.htm>. Assim, aos colaboradores é permitido consultar uma a uma as suas fichas, solicitar um relatório resumo da totalidade dos seus doentes ou proceder à listagem detalhada de todas as suas fichas (Anexo V).

(a) Em 2003 foi solicitada autorização à C.N.P.D. para se proceder à constituição e tratamento da base de dados pessoais que sustenta o estudo efectuado.

3.5. Colheita de dados

A cada médico foram enviadas, por correio, em média 20 fichas por semana que depois de preenchidas eram reenviadas ao Departamento de Clínica Geral da FCM através do envelope de resposta. O período de recolha de informação decorreu de 1 de Novembro de 2002 a 1 de Novembro de 2003.

3.6. Monitorização e controlo de enviesamentos

A qualidade dos resultados depende, em parte, da fidedignidade da codificação e da precisão da introdução de dados em suporte informático e da validação da identificação e registo, pelo médico, dos problemas de saúde. De forma a garantir este propósito, as fichas continham as iniciais do médico, as iniciais do CS, o número do processo individual e familiar do utente e a data de preenchimento da ficha. Esta informação permitiu o relacionamento da ficha com o respectivo titular, o seu arquivo e operacionalidade informática. No decurso do estudo efectuaram-se os seguintes controlos de erros possíveis:

3.6.1. Controlo dos erros ligados ao registo (omissões, incongruências)

O envio e a recepção das fichas, em suporte papel, foram da responsabilidade de uma só pessoa, tendo-se efectuado um processo de verificação de falhas ou anomalias, ilegibilidades ou incongruências de preenchimento e, caso necessário, procedido de imediato à sua correcção.

Na ausência de erros, registaram-se as entradas numa folha do programa Excel® construída para monitorizar a recepção diária de fichas. Após contagem procedeu-se à sua ordenação ascendente, por ordem do processo individual ou familiar, e ao seu arquivo temporário numa pasta, por colaborador, subdividida em 4 compartimentos:

- a) fichas já informatizadas;
- b) fichas para informatizar;
- c) fichas com dados para corrigir;
- d) fichas repetidas.

No final de cada mês enviou-se um relatório, a todos os participantes, extraído do ficheiro em formato Excel®, informando-os sobre o número e qualidade de registos de fichas recebidas. As incongruências e o preenchimento de dados omissos foram resolvidos no decurso do estudo mediante diversas deslocações às unidades de saúde, telefonemas ou correio electrónico.

Os erros de transcrição foram controlados, usando-se só dois operadores informáticos. No final da introdução de todas as fichas efectuaram-se vários testes de incompatibilidade:

a) Comparação do total das fichas informatizadas de cada médico com o total recebido e arquivado. Cada médico recebeu uma listagem em detalhe do seu ficheiro para análise de eventuais anomalias. Foram detetados 9 erros relacionados com o código do médico.

b) Amostragem sistemática de 150 fichas, comparando-se todos os dados registados no suporte papel com os informatizados. Deste modo foram identificados 2 erros, um relativo ao ano de diagnóstico e outro ao ano de nascimento.

Para obviar à omissão de registo informático, o programa dispõe de alguns mecanismos de controlo. Os dados de registo são acessíveis através de várias “janelas”, não sendo possível no modo “Preenchimento de nova ficha” gravar a ficha sem que todos os “campos” de cada “janela” estejam preenchidos.

3.6.2. Controlo dos erros ligados à identificação por excesso

A introdução das iniciais do nome do utente, do seu processo individual e familiar, e da data de registo permitiu que, de forma sistemática, se fizesse o controlo de repetições.

Gerou-se consenso, entre os participantes, relativamente aos critérios de inclusão de diagnóstico para cada uma das 4 doenças crónicas em estudo.

3.6.3. Controlo dos erros ligados à identificação por defeito

Pressupondo que ao fim de 5 anos a taxa de cobertura dos ficheiros possa ser de 90%, sendo que os MF podem conhecer o estado de saúde

dos restantes 10% por intermédia pessoa²³, determinou-se como condição prévia de participação no estudo que os médicos de família estivessem a trabalhar há pelo menos 5 anos no mesmo local. Todavia nas listas de utentes haverá sempre um certo número de inscritos que raramente procuram o seu médico ou que não o procuram quando necessitam de cuidados.

Para obviar à exclusão de possíveis doentes que não tivessem ido à consulta no último ano, procedeu-se à revisão sistemática do ficheiro clínico.

3.7. Tratamento e análise de dados

A todas as doenças crónicas, para além das doenças-índice estudadas (HTA, DM, DCI e Asma), foi atribuído um código alfanumérico (Anexo VI).

A base de dados contida no ficheiro electrónico foi exportada em formato Excel® para o programa de estatística SPSS®, versão 11.5 para Windows®.

As idades dos doentes foram agrupadas em 8 classes: 0-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84 e ≥ 85 .

A prevalência da comorbilidade das doenças crónicas é definida como a prevalência no ano de 2003.

O ano de diagnóstico corresponde ao ano referido pelo doente quando não existia registo clínico ou ao registado na ficha clínica pelo MF, quer tenha sido ele ou outro médico a fazer o diagnóstico.

Devido à medição transversal e ao tipo de apresentação dos dados, os doentes com comorbilidade aparecem em cada uma das categorias de doença que a eles se aplica e por isso são contados mais do que uma vez, i.e. um doente com diabetes e hipertensão aparece no grupo da hipertensão e no grupo da diabetes.

Através da análise dos quantis e da distribuição das percentagens cumulativas do número de doenças por doente, estabeleceram-se 6 classes de comorbilidade [1,3],]3,4], [5,6],]6,7], [8,9],]9,∞].

A caracterização da população foi feita através de distribuição de frequências e medidas descritivas tais como, proporções, percentis, média, moda, mediana, variância e desvio padrão. Nas comparações efectuadas, consoante as situações, aplicaram-se os testes de Mann-Whitney, de Friedman, de homogeneidade e de análise dos resíduos. Consideram-se significativos os resíduos cujo valor ajustado é em valor absoluto $\geq 1,96$ ($p \leq 0,05$).

Para estudar a relação entre o tempo que decorre desde que foi diagnosticada a 1ª doença até ser diagnosticada a 2ª doença e o tempo que decorre desde que foi diagnosticada a 2ª até ser diagnosticada a 3ª doença, fez-se a análise de correlação e regressão, considerando o 1º tempo como variável independente “preditora” e o 2º tempo como variável dependente “predita”. A asma foi, relativamente às outras 3 doenças, analisada em separado, por ser na esmagadora maioria das situações a 1ª doença.

A associação da comorbilidade entre as 4 doenças crônicas e o número de outras doenças foi estudada através da análise de correspondências.

Para determinar o agrupamento de doenças utilizou-se o método de análise exploratória de redução da dimensionalidade dos dados: a Análise Classificatória Hierárquica.

A relação entre as características sócio-demográficas e a comorbilidade foi estudada mediante Análise de Regressão Categórica e Análise de Correspondências. Nesta análise, tendo-se verificado uma baixa frequência nalgumas categorias, procedeu-se a um reagrupamento mais simplificado e objectivo de algumas variáveis, tendo alguns destes agrupamentos já sido utilizados noutros estudos^{24,25}. Assim, a variável idade aparece dividida em 6, em vez de 8 classes etárias [0-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84, ≥85]; a escolaridade aparece com 5 níveis, em vez dos 10 iniciais (“muito baixo”: analfabeto+lê e escreve; “baixo”: primária+básico; “médio”: preparatória+secundária+profissional; “superior”; “não aplicável”: não aplicável+pré-escolar); a funcionalidade familiar surge subdividida em 3 categorias (“funcional”, “disfuncional” e “não aplicável”), resultando as duas primeiras da associação com as modalidades “supostamente funcional” e “supostamente disfuncional”. Os indivíduos não caracterizados, dada a sua diminuta importância relativa, são considerados como dados omissos.

Na análise e apresentação dos dados, ora surgem as 4 doenças agrupadas (DM, HTA, DCI, Asma) ora separadas nas suas diferentes categorias: Diabetes tipo 1 (DM1), Diabetes tipo 2 (DM2), Hipertensão Arterial sem complicações (HTAS), Hipertensão Arterial complicada (HTAC), Doença Cardíaca Isquémica sem angina (DCIS), Doença Cardíaca Isquémica com angina (DCIC).

4 - Resultados

4.1. Caracterização da população

Foram identificados 3998 doentes com pelo menos uma das quatro doenças crónicas seleccionadas. Nestes doentes, foram efectuados 5201 diagnósticos: HTA (3320), DM (959), DCI (487), Asma (435). Os doentes com hipertensão arterial complicada (HTAC) representam 28,58% do total de doentes hipertensos, 3,3% de todos os diabéticos são DM1 e os doentes com doença cardíaca isquémica com angina (DCIC) são 59,3% de todos os doentes com doença isquémica.

4.1.1. Aspectos sociais e demográficos

A média de idades dos doentes é de 64,3 (DP = 15,70) e a moda de 68 (P25=57, P50=68, P75=75). Nesta população, 59,3% são mulheres e 40,7% são homens (Quadro 3). Existe uma nítida predominância da raça branca (97,1%). No entanto, é de referir a presença de outras raças (2,9%), sendo neste grupo maioritária a raça negra (2,2%). Só 23 pessoas são de raça indiana e 4 de etnia cigana.

QUADRO 3 - Distribuição dos indivíduos por idade e sexo

Classes etárias	MULHERES		HOMENS		Total
	Fa	Fr (%)	Fa	Fr (%)	
0-4	0	0,0	1	0,1	1
5-14	18	0,8	41	2,5	59
15-24	30	1,3	32	2,0	62
25-44	151	6,4	140	8,5	291
45-64	735	31,0	516	31,7	1251
65-74	773	32,6	520	31,9	1293
75-84	527	22,2	320	19,7	847
>=85	136	5,7	58	3,6	194
Total	2370	100	1628	100	3998

Fa= frequência absoluta; Fr = frequência relativa

Relativamente às características sociológicas (Quadro 4) é de realçar: a baixa escolaridade, 21,4% são analfabetos strictu sensus e só 3,8% têm curso superior; o peso da situação sócio-profissional de reformado (55,8%); a percentagem de "viúvos" (19,3%), de famílias unitárias (16,7%) e mono parentais (4,4%); a representação das famílias consideradas disfuncionais ou com suspeição de o serem (21%) e a percentagem de pessoas a viver em habitações classificadas como insalubres (4,2%).

QUADRO 4 - Características sociológicas da amostra

Escolaridade	Fa	Fr(%)	Situação Profissional	Fa	Fr(%)
Primária	1897	(47,4)	Reformado	2231	(55,8)
Analfabeto	855	(21,4)	Trabalhador activo	1218	(30,5)
Secundária	284	(7,1)	Doméstica	345	(8,6)
Lê / Escreve	270	(6,8)	Estudante	87	(2,2)
Superior	154	(3,8)	Desempregado	67	(1,7)
Profissional	151	(3,8)	Outra situação	28	(0,7)
Básica	145	(3,6)	Não aplicável	21	(0,5)
Preparatória	138	(3,5)	Não caracterizado	1	(0,0)
Não aplicável	82	(2,1)	Total	3998	(100)
Pré-escolar	11	(0,3)			
Não caracterizada	11	(0,3)			
Total	3998	(100)			

Estado Civil	Fa	Fr(%)	Tipo de Família	Fa	Fr(%)
Casado	2661	(66,6)	Nuclear	2548	(63,7)
Viúvo	773	(19,3)	Unitária	668	(16,7)
Solteiro	316	(7,9)	Alargada	337	(8,4)
Divorciado	132	(3,3)	Monoparental	177	(4,4)
Não aplicável	64	(1,6)	Outra	150	(3,7)
Coabitação	49	(1,2)	Reconstituída	113	(2,8)
Não caracterizado	3	(0,1)	Não caracterizada	5	(0,1)
Total	3998	(100)	Total	3998	(100)

Func. Familiar	Fa	Fr(%)	Cond. Habitação	Fa	Fr(%)
Sup. funcional	1284	(32,1)	Salubre	3790	(94,8)
Funcional	929	(23,2)	Insalubre	167	(4,2)
Não aplicável*	709	(17,7)	Não caracterizada	41	(1,0)
Disfuncional	657	(16,4)	Total	3998	(100)
Não caracterizada	237	(5,9)			
Sup. disfuncional	182	(4,6)			
Total	3998	(100)			

Fa = Frequência absoluta, Fr = Frequência relativa

4.1.2. Doenças versus idade dos doentes

Para o conjunto das doenças (Quadro 5), observa-se que os efectivos da asma e DM1 se encontram mais dispersos e têm idade mais jovem que os das restantes doenças. Os doentes com DCIC são os que têm uma idade média mais elevada

QUADRO 5 - Medidas descritivas relativas à idade dos doentes, em anos

Medidas relativas à idade	DM1 (n=32)	ASMA (n=435)	HTAS (n=2371)	DM2 (n=927)	DCIS (n=198)	HTAC (n=949)	DCIC (n=289)
Média	40,84	42,77	65,47	67,76	71,16	71,87	72,97
Mediana	40	40	67	68	72	73	73
Moda	42	33	69	68	69	72	76
Desvio Padrão	18,16	22,77	12,03	11,02	10,29	10,42	9,32
Percentis 25	26	24	58	61	66	66	67
50	40	40	67	68	72	73	73
75	53	63	74	76	78	79	79
Mínimo	12	4	12	29	25	19	44
Máximo	79	91	99	96	94	98	95

Legenda: HTAS= hipertensão arterial sem complicações; HTAC= hipertensão arterial com complicações; DCIS = doença cardíaca isquémica sem angina; DCIC = doença cardíaca isquémica com angina

No conjunto das doenças, aplicando-se o teste de Friedman, verifica-se existir uma diferença significativa ($\chi^2=16,133$, $p= 0,01$) das médias das idades, em cada doença. Como se pode verificar no Quadro 6, há diferenças significativas na distribuição por idades para todas as doenças. Aplicando-se o teste de homogeneidade e a correspondente análise de significância de resíduos, verifica-se que a HTAS tem tendência significativa para ocorrer em indivíduos entre os 45-74 anos, embora com muito maior intensidade entre os 45-64 anos, enquanto a HTAC tem propensão para ocorrer a partir dos 65 anos, mas com bastante mais intensidade entre os 75-84 anos. A DCIS e DCIC têm tendência para não aparecer até aos 64

anos, havendo uma forte inclinação para que a primeira ocorra entre os 65-74 e a segunda entre os 75-84 anos. Existe uma tendência para a DM2 não sobrevir até aos 64 anos e uma forte predisposição para a DM1 se revelar entre os 15-44. A asma aparece sobretudo no grupo dos 5 aos 44 anos, com maior intensidade entre os 5-14 anos.

QUADRO 6 - Análise da distribuição por idades, em cada doença

IDADE	ASMA $\chi^2=1325,101$ p=0		DCIC $\chi^2=99,649$ p=0		DCIS $\chi^2=50,818$ p=0		DM1 $\chi^2=114,469$ p=0		DM2 $\chi^2=79,161$ p=0		HTAC $\chi^2=285,647$ p=0		HTAS $\chi^2=295,824$ p=0	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
0-4	Frequência		0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
	Resíduo ajustado		-2,9	2,9	0,3	-0,3	0,2	-0,2	0,1	-0,1	0,5	-0,5	0,6	-0,6
5-14	Frequência		2	57	59	0	59	0	58	1	59	0	59	0
	Resíduo ajustado		-21,3	21,3	2,2	-2,2	1,8	-1,8	-0,8	0,8	4,3	-4,3	4,3	-4,3
15-24	Frequência		6	56	62	0	62	0	56	6	62	0	61	1
	Resíduo ajustado		-20,2	20,2	2,2	-2,2	1,8	-1,8	-7,9	7,9	4,4	-4,4	4,1	-4,1
25-44	Frequência		161	130	290	1	289	2	279	12	262	29	278	13
	Resíduo ajustado		-19,2	19,2	4,7	-4,7	3,5	-3,5	-6,6	6,6	5,5	-5,5	8,0	-8,0
45-64	Frequência		1157	94	1202	49	1217	34	1242	9	958	293	1070	181
	Resíduo ajustado		4,6	-4,6	5,5	-5,5	4,4	-4,4	0,4	-0,4	-0,2	0,2	9,3	-9,3
65-74	Frequência		1240	53	1183	110	1203	90	1291	2	959	334	935	358
	Resíduo ajustado		9,5	-9,5	-2,2	2,2	-4,0	4,0	3,2	-3,2	-2,7	2,7	-4,1	4,1
75-84	Frequência		811	36	749	98	790	57	845	2	616	231	533	314
	Resíduo ajustado		7,0	-7,0	-5,5	5,5	-2,7	2,7	2,1	-2,1	-3,2	3,2	-10,3	10,3
>=85	Frequência		186	8	163	31	179	15	194	0	154	40	112	82
	Resíduo ajustado		3,1	-3,1	-4,8	4,8	-1,8	1,8	1,3	-1,3	0,9	-0,9	-6,2	6,2
Total	3563	435	3709	289	3800	198	3966	32	3071	927	3049	949	1627	2371

Nota: consideram-se significativos os resíduos cujo valor ajustado é em valor absoluto $\geq 1,96$ ($p = 0,05$)

4.1.3. Doenças versus sexo dos doentes

Só na DCIC e na asma não há diferenças significativas relativamente ao sexo. Na HTAS há significativamente mais mulheres e na HTAC, DCIS, DM2 e DM1 há significativamente mais homens (Quadro 7).

QUADRO 7 - Análise da distribuição por sexo, em cada doença

SEXO	ASMA		DCIC		DCIS		DM1		DM2		HTAC		HTAS			
	$\chi^2=2,362$ $p=0,124$		$\chi^2=0,170$ $p=0,680$		$\chi^2=5,902$ $p=0,015$		$\chi^2=10,499$ $p=0,001^*$		$\chi^2=47,673$ $p=0$		$\chi^2=4,670$ $p=0,031$		$\chi^2=93,384$ $p=0$			
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		
F	Frequência		2127	243	2202	168	2269	101	2360	10	1911	459	1836	534	817	1553
	Resíduo ajustado		1,5	-1,5	0,4	-0,4	2,4	-2,4	3,2	-3,2	6,9	-6,9	2,2	-2,2	-9,7	9,7
M	Frequência		1436	192	1507	121	1531	97	1606	22	1160	468	1213	415	810	818
	Resíduo ajustado		-1,5	1,5	-0,4	0,4	-2,4	2,4	-3,2	3,2	-6,9	6,9	-2,2	2,2	9,7	-9,7
Total			3563	435	3709	289	3800	198	3966	32	3071	927	3049	949	1627	2371

Nota: aplicou-se o teste de Fischer quando o número de casos foi inferior a 25

4.2. Duração das doenças

Relativamente à duração da primeira doença, número de anos-doença de que o médico e paciente têm conhecimento, observa-se no Quadro 8, que a doença com menor duração média em anos é a DM2 (8,42) e que a doença com maior duração média é a asma (20,39).

QUADRO 8 - Medidas descritivas da duração da doença

Medidas da duração da doença	DM2 (n=924*)	DCIS (n=198)	HTAS (n=2369*)	DCIC (n=288*)	DM1 (n=32)	HTAC (n=946*)	ASMA (n=432*)
Média	8,42	9,13	10,29	10,47	11,68	14,02	20,39
Moda	3	1	3	8	4	11	23
Desvio Padrão	7,67	8,52	7,98	7,61	9,95	8,70	15,89
Máximo	51	53	48	40	43	55	76
Percentis							
25	3	2	4	4	4	7	8
50	6	7,5	9	9	8,5	13	17
75	12	13	14	15	19	20	28

*O nº total de casos é inferior ao referido no Quadro 5 porque na base de dados há 12 casos com omissão do ano de diagnóstico.

Aplicando-se o teste de Mann-Whitney verifica-se que as médias de duração das doenças só são significativamente diferentes para ambos os sexos na DCIC ($U= 7902,5$ $p=0,002$), HTAC ($U= 79673,5$ $p=0$) e na HTAS ($U= 531046$ $p=0$).

Na comparação entre a idade e o tempo de diagnóstico para cada um dos sexos sobressai que os homens aparecem com o diagnóstico da primeira doença em idade mais jovem.

Existe uma correlação positiva significativa ($r = 0,350$, $p \approx 0$) entre “anos com a primeira doença” e a idade do paciente para o conjunto dos indivíduos (sexo masculino $r = 0,129$; sexo feminino $r = 0,231$).

4.3. Comorbilidade entre as 4 doenças-índice

4.3.1. Distribuição do número de doenças por idade e sexo

Relativamente ao número de doenças apresentadas não existem diferenças significativas na partição por sexo ($\chi^2= 2,431$ $p= 0,488$). Mas existem diferenças significativas ($\chi^2= 184,900$ $p=0$) na distribuição por grupos etários.

A partir dos dados do Quadro 9 verifica-se que 33% das pessoas com idade ≥ 65 ($n=2334$) têm mais de um problema, sendo a classe etária dos 75-84 anos a que tem percentualmente maior comorbilidade.

QUADRO 9 - Distribuição de frequência de comorbilidade por classe etária e sexo

Classes etárias	Número de doenças									
	Homens					Mulheres				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
0-4	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,1%	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
5-14	41 2,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	41 2,5%	18 0,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	18 0,8%
15-24	31 1,9%	1 0,1%	0 0,0%	0 0,0%	32 2,0%	30 1,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	30 1,3%

Classes etárias	Número de doenças									
	Homens					Mulheres				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total
25-44	129 7,9%	11 0,7%	0 0,0%	0 0,0%	140 8,6%	142 6,0%	9 0,4%	0 0,0%	0 0,0%	151 6,4%
45-64	372 22,9%	132 8,1%	12 0,7%	0 0,0%	516 31,7%	610 25,7%	112 4,7%	13 0,5%	0 0,0%	735 31,0%
65-74	354 21,7%	144 8,8%	21 1,3%	1 0,1%	520 31,9%	541 22,8%	195 8,2%	37 1,6%	0 0,0%	773 32,6%
75-84	208 12,8%	99 6,1%	13 0,8%	0 0,0%	320 19,7%	327 13,8%	172 7,3%	27 1,1%	1 0,0%	527 22,2%
>=85	41 2,5%	11 0,7%	6 0,4%	0 0,0%	58 3,6%	88 3,7%	43 1,8%	5 0,2%	0 0,0%	136 5,7%
Total	1177 72,3%	398 24,4%	52 3,2%	1 0,1%	1628 100,0%	1756 74,1%	531 22,4%	82 3,5%	1 0,0%	2370 100,0%

4.3.2. Prevalência da comorbilidade entre as doenças-índice

Como se observa no Quadro 10 a comorbilidade entre as 4 doenças abrange cerca de 1/3 da população estudada (1095 doentes). As associações mais prevalentes entre as 4 doenças são a HTA+DM (14,03%) e a HTA+DCI (6,25%). A doença-índice que mais frequentemente se faz acompanhar de uma das outras é a DCI (81,27%), seguida de imediato pela DM (73,85%).

Nos doentes com asma e HTA só 29,4% e 31,1%, respectivamente, apresentam uma das outras doenças. A hipertensão arterial surge em 71,3% dos doentes com diabetes e a diabetes surge em 20,6% dos doentes com HTA. Nos doentes com DCI, 76,3% têm HTA, 26,28% apresentam DM e 3,9% Asma.

QUADRO 10 - Comorbilidade entre as 4 doenças-índice

Doenças	Frequência Absoluta	Frequência Relativa(%)	Frequência Acumulada(%)
HTA	2284	57,12	57,12
HTA+DM	561	14,03	71,15
ASMA	307	7,67	78,82
DM	250	6,25	85,07
HTA+DCI	250	6,25	91,32
HTA+DM+DCI	107	2,67	93,99
DCI	92	2,30	96,29
HTA+ASMA	89	2,22	98,51
DM+DCI	19	0,47	98,98
HTA+DM+ASMA	14	0,35	99,33
HTA+ASMA+DCI	13	0,32	99,65
DM+ASMA	6	0,20	99,85
DCI+ASMA	4	0,10	99,95
HTA+DCI+ASMA+DM	2	0,05	100,00
DCI+DM+ASMA	0	0,00	100,00

Dos 435 doentes com asma, 29,4% tem uma das restantes doenças crónicas. Nestes, 69,5% apresentam em simultâneo HTA. A comorbilidade entre três doenças-índice compreende 3,4% dos doentes e só se observam 2 indivíduos com quatro doenças. Nenhum doente tem em simultâneo DCI+DM+ASMA.

Como se observa no Quadro 11, a HTA isolada revela tendência para surgir entre os 45-74 anos, preferencialmente no grupo dos 45 aos 64 anos, e a DM para ocorrer entre os 25-64, embora com maior pujança entre os 45-64 anos. A Asma tem uma elevada tendência para aparecer entre os 0-44 anos, mas com maior intensidade entre os 0 e os 24 anos.

Quanto às associações mais frequentes, também pela análise dos resíduos ajustados se verifica que a HTA+DM revela tendência para surgir no grupo dos 65-84, com maior intensidade entre os 75-84 anos, e a HTA+DCI tendência para ocorrer a partir dos 65 anos, com maior relevo depois dos 75 anos.

A DM+DCI surge preferencialmente no grupo dos 65-74 e a HTA+DM+DCI no grupo dos 65-84 anos.

QUADRO 11 - Comorbilidade entre as 4 doenças-índice vs classe etária

Comorbilidade		Classes etárias ($\chi^2=2086,903$, $p=0$)						Total
		0-24	25-44	45-64	65-74	75-84	>=85	
HTA	Frequência	2	118	804	778	471	111	2284
	R. ajustado	-12,6	-5,9	6,2	2,7	-1,0	0,0	
DM	Frequência	6	30	108	64	33	9	250
	R. ajustado	-0,6	3,0	4,2	-2,4	-3,2	-1,0	
DCI	Frequência	0	3	23	35	24	7	92
	R. ajustado	-1,7	-1,5	-1,3	1,2	1,2	1,2	
ASMA	Frequência	113	120	47	18	7	2	307
	R. ajustado	35,8	22,3	-6,3	-10,3	-8,4	-3,6	
HTA+DM	Frequência	0	10	163	206	160	22	561
	R. ajustado	-4,5	-5,4	-1,2	2,4	4,6	-1,1	
HTA+ASMA	Frequência	0	9	38	21	17	4	89
	R. ajustado	-1,7	1,0	2,3	-1,8	-0,5	-0,2	
HTA+DCI	Frequência	0	0	36	98	88	28	250
	R. ajustado	-2,9	-4,6	-5,9	2,4	5,6	4,8	
DM+ASMA	Frequência	1	1	2	1	1	0	6
	R. ajustado	1,9	0,9	0,1	-0,8	-0,3	-0,6	
DM+DCI	Frequência	0	0	5	11	3	0	19
	R. ajustado	0,8	-1,2	-0,5	2,4	-0,6	-1,0	
DCI+ASMA	Frequência	0	0	0	2	2	0	4
	R. ajustado	-0,4	-0,6	-1,4	0,8	1,4	-0,5	
HTA+DM+ASMA	Frequência	0	0	6	5	3	0	14
	R. ajustado	-0,7	-1,1	0,9	0,3	0,0	-0,8	
HTA+DM+DCI	Frequência	0	0	18	48	32	9	107
	R. ajustado	-1,9	-2,9	-3,3	2,8	2,2	1,7	
HTA+ASMA+DCI	Frequência	0	0	1	5	5	2	13
	R. ajustado	-0,6	-1,0	-1,8	0,5	1,5	1,8	
HTA+DCI +DM+ASMA	Frequência	0	0	0	1	1	0	2
	R. ajustado	-0,3	-0,4	-1,0	0,5	1,0	-0,3	
TOTAL	Frequência	122	291	1251	1293	847	194	3998

R.ajustado= resíduo ajustado

Existem diferenças significativas ($\chi^2=151,193$ $p=0$) na distribuição das associações entre as 4 doenças relativamente ao sexo. Mediante análise dos resíduos ajustados (Quadro 12), verifica-se que a HTA isolada aparece significativamente mais nas mulheres e que a DM, DCI e ASMA, quando isoladas, aparecem mais nos homens. A associação HTA+ASMA surge mais no sexo feminino e a associação DM+DCI e HTA+DM mais no sexo masculino.

QUADRO 12 - Comorbilidade entre as 4 doenças-índice vs sexo

Comorbilidade		Sexo		Total
		F	M	
HTA	Frequência	1483	801	2284
	Resíduo ajustado	8,4	-8,4	
DM	Frequência	86	164	250
	Resíduo ajustado	-8,3	8,3	
DCI	Frequência	33	59	92
	Resíduo ajustado	-4,6	4,6	
ASMA	Frequência	154	153	307
	Resíduo ajustado	-3,4	3,4	
HTA+DM	Frequência	303	258	561
	Resíduo ajustado	-2,7	2,7	
HTA+ASMA	Frequência	63	26	89
	Resíduo ajustado	2,2	-2,2	
HTA+DCI	Frequência	155	95	250
	Resíduo ajustado	0,9	-0,9	
DM+ASMA	Frequência	2	4	6
	Resíduo ajustado	-1,3	1,3	
DM+DCI	Frequência	5	14	19
	Resíduo ajustado	-2,9	2,9	
DCI+ASMA	Frequência	3	1	4
	Resíduo ajustado	0,6	-0,6	
HTA+DM+ASMA	Frequência	10	4	14
	Resíduo ajustado	0,9	-0,9	
HTA+DM+DCI	Frequência	62	45	107
	Resíduo ajustado	-0,3	0,3	
HTA+ASMA+DCI	Frequência	10	3	13
	Resíduo ajustado	1,3	-1,3	
HTA+DCI+DM+ASMA	Frequência	1	1	2
	Resíduo ajustado	-0,3	0,3	
TOTAL		2370	1628	3998

4.4. Relação entre o tempo de duração da 1ª doença e o intervalo de tempo decorrido até ao aparecimento da(s) doença(s) seguintes (2ª ou 3ª doença) nas 4 doenças-índice.

Para os 3556^(a), “doentes sem asma” da amostra, o tempo médio de duração da primeira doença diagnosticada é de 11,37 anos (DP= 8,53; M=10).

Como se pode observar no Quadro 13, a Asma tem cerca do dobro da média de duração das restantes 3 doenças (20,95 anos), sendo a HTA a que revela menor dispersão dos tempos de duração.

QUADRO 13 - Tempo de duração das 4 doenças-índice quando cada uma delas é 1ª doença

Duração das doenças	DM n =546	HTA n =3023	DCI n =240	ASMA n =411
Média	10,13	11,57	11,66	20,95
IC 95%	(9,40-10,85)	(11,27-11,88)	(10,53-12,79)	(19,40-22,50)
Mediana	8	10	10	18
Moda	2	11	4	23
DP	8,65	8,44	8,89	15,99
Máximo	50	55	53	76

4.4.1. Relação entre o tempo de duração de HTA quando primeira doença e o intervalo de tempo decorrido até às restantes doenças-índice

Como se verifica no Quadro 14, nos doentes sem asma, em que a HTA é a primeira doença a ser diagnosticada, constata-se que em média é de 5,47 anos o tempo até à doença seguinte quando esta é a DCI e de 6,86 anos quando esta é a DM. O tempo médio de separação entre a HTA e as duas outras doenças-índice, sejam elas a DCI ou DM, quando estas são terceiras doenças, é idêntico (11,02 anos e 11,68 anos).

(a) Ao total de 3998 doentes da amostra retiraram-se 435 doentes com Asma e 7 doentes sem identificação do ano de diagnóstico na base de dados.

Da análise de correlação efectuada sobre os tempos de duração verifica-se existir uma correlação positiva muito significativa entre o tempo de duração da HTA e o tempo médio decorrido até aparecer a DM ($r=0,713$, $p=0$) e DCI ($r=0,522$, $p=0$), quando estas são as segundas doenças, tal como se verifica existir correlação positiva muito significativa entre o tempo de duração de HTA e o tempo decorrido até ao diagnóstico de DCI ($r=0,776$, $p=0$) ou de DM ($r=0,791$, $p=0$), quando estas são terceiras doenças.

Nestes doentes, não existe correlação significativa ($r= -0,202$, $p=0,188$) entre o tempo de diagnóstico da segunda doença DCI e o intervalo de tempo até ao diagnóstico da terceira doença DM, assim como também não existe correlação significativa ($r= -0,093$, $p=0,522$) entre o tempo de diagnóstico da DM, quando esta é a segunda doença, e o intervalo de tempo até ao diagnóstico da DCI, quando esta é a terceira doença.

QUADRO 14 - Distribuição do tempo decorrido entre a primeira doença HTA e as restantes doenças-índice, nos doentes sem asma

Duração das doenças	DCI		DM	
	2ª Doença n =268	3ª Doença n =44	2ª Doença n =486	3ª Doença n =50
Média	5,47	11,02	6,86	11,68
IC 95%	(4,67-6,27)	(8,23-13,80)	(6,13-7,59)	(9,09-14,27)
Mediana	3	10,5	4	9
DP	6,67	9,16	8,18	9,27
Máximo	32	37	46	36

4.4.2. Relação entre o tempo de duração de DM, quando primeira doença, e o intervalo de tempo decorrido até às restantes doenças-índice

No Quadro 15 verifica-se, para o caso das segundas doenças, que em 50% das situações o intervalo entre a DM e a DCI é ≤ 2 anos e que relativamente à HTA é igual a zero anos; apesar disso, o intervalo entre as duas doenças é, em média, respectivamente, de 5,77 e 3,71 anos.

Da análise de correlação efectuada, verifica-se que existe correlação positiva, muito significativa entre o tempo de duração de DM e o tempo decorrido até ao diagnóstico de HTA ($r= 0,617$, $p= 0$) ou da DCI ($r = 0,801$, $p= 0$), quando estas são as segundas doenças, assim como existe correlação positiva, muito significativa, entre a duração daquela doença e o tempo decorrido até ao aparecimento da DCI ($r = 0,708$, $p=0$) ou da HTA ($r = 0,721$, $p=0$), quando estas são a terceira doença.

Nestes doentes, não existe correlação significativa entre o intervalo da segunda doença e o intervalo até ao diagnóstico da terceira, seja esta a DCI ($r=-0,035$, $p=0,851$) ou a HTA ($r=0,061$, $p=0,822$).

QUADRO 15 - Distribuição do tempo decorrido entre a primeira doença DM e as restantes doenças-índice, nos doentes sem asma

Duração das doenças	HTA		DCI	
	2ª Doença n =275	3ª Doença n =16	2ª Doença n =31	3ª Doença n =31
Média	3,71	6,5	5,77	8,29
IC 95%	(2,99-4,43)	(1,17-11,82)	(2,27-9,27)	(5,28-11,29)
Mediana	0	2	2	5
DP	6,07	9,98	9,55	8,18
Máximo	37	32	36	27

4.4.3. Relação entre o tempo de duração da DCI, quando primeira doença, e o intervalo de tempo decorrido até às restantes doenças-índice

Quando a DCI é a primeira doença a ser diagnosticada nos doentes sem asma, verifica-se que em 50% das situações o diagnóstico desta doença e de HTA ou de DM é simultâneo (Quadro 16). Nestes doentes observa-se uma correlação positiva significativa entre o tempo de duração da DCI e o intervalo de tempo que decorre até ao diagnóstico da segunda doença quando esta é a HTA ($r=0,412$, $p=0$) ou até ao diagnóstico da terceira doença quando esta é a DM ($r=0,800$, $p=0$).

Não se verifica existir correlação significativa entre o tempo de duração da DCI e o intervalo de tempo decorrido até ao diagnóstico da segunda doença/DM ($r=-0,015$, $p=0,952$) ou o intervalo de diagnóstico da terceira doença/HTA ($r=-0,420$, $p=0,300$), assim como não existe correlação significativa entre o intervalo de tempo decorrido até ao diagnóstico da segunda doença/HTA e o intervalo de tempo decorrido até à DM, enquanto terceira doença ($r=0,086$, $p=0,665$).

QUADRO 16 - Distribuição do tempo decorrido entre a primeira doença DCI e as restantes doenças-índice, nos doentes sem asma

Duração das doenças	HTA		DM	
	2ª Doença n =136	3ª Doença n =8	2ª Doença n =19	3ª Doença n =28
Média	2,38	0,75	0,68	9,1
IC 95%	(1,39-3,38)	(- 0,49-1,99)	(- 0,15-1,51)	(5,32-13,29)
Mediana	0	0	0	6,5
DP	5,87	1,48	1,73	10,61
Máximo	41	4	7	50

4.4.4 Relação entre o tempo de duração da Asma, quando primeira doença, e o intervalo de tempo das restantes doenças-índice.

Como se observa no Quadro 17 o intervalo entre o diagnóstico da asma e a doença seguinte (segunda doença) é, em média, consideravelmente grande, sejam elas a HTA (21,66 anos), a DCI (26,7 anos) ou a DM (24,2 anos).

O tempo de duração da asma só apresenta correlação positiva significativa com o intervalo de tempo que decorre até aparecer HTA como segunda doença ($r=0,899$, $p=0$). Para os restantes tempos, dada a exiguidade de casos, não foi analisada a correlação.

QUADRO 17 - Distribuição do tempo decorrido entre a primeira doença Asma e as restantes doenças-índice

Duração das doenças	HTA	DCI	DM
	2ª Doença n =95	2ª Doença n =8	2ª Doença n =7
Média	21,66	26,7	24,2
IC 95%	(18,4-24,9)	(10,7-42,7)	(5,5-43,0)
Mediana	21	22,5	21
DP	16,04	19,10	20,20
Máximo	70	61	66

4.5. Comorbilidade na população estudada

Nos 3998 doentes identificaram-se 18 655 problemas de saúde crónicos que correspondem a 224 diagnósticos, sendo que 149 indivíduos não apresentam nenhuma outra doença. As medidas descritivas de comorbilidade são nesta circunstância as indicadas no Quadro 18.

QUADRO 18 - Medidas descritivas de comorbilidade

N	3998
Média	5,96
Mediana	6
Moda	4
Desvio Padrão	3,04
Percentil	
25	4
50	6
75	8

Não existem diferenças significativas na distribuição da comorbilidade por sexo, mas, como se verifica no Quadro 21, encontram-se diferenças significativas na distribuição por classes etárias ($\chi^2=615,944$ p=0).

4.5.2. Classificação dos problemas de saúde

Como se pode observar no Quadro 19, os problemas de saúde identificados distribuem-se por todos os capítulos, com excepção do capítulo S da ICPC-2 e os sistemas músculo-esquelético, endócrino-metabólico e cardiovascular englobam 58,5% dos problemas identificados.

QUADRO 19 - Grupos de doenças ordenadas por frequência decrescente

Grupos de Doenças	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Acumulada (%)
L	4843	25,96	25,96
T	4049	21,70	47,66
K	2024	10,85	58,51
D	1628	8,73	67,24
P	1579	8,46	75,70
F	1380	7,40	83,10
R	579	3,10	86,20
U	534	2,86	89,06
Y	413	2,21	91,27
X	347	1,86	93,13
S	334	1,79	94,92
H	333	1,79	96,71
N	315	1,69	98,40
B	152	0,81	99,21
A	126	0,68	99,89
W	19	0,11	100,00
Total	18655	100,0	

Os problemas de saúde mais frequentes encontram-se listados no Quadro 20, sendo que 12 diagnósticos abrangem 50,2% dos problemas. O diagnóstico mais frequente é a “alteração do metabolismo lipídico” a que de imediato se segue a “obesidade”. No sistema músculo-esquelético a

patologia mais frequente é a “síndrome vertebral com irradiação de dores” e no aparelho circulatório as “veias varicosas das pernas”.

QUADRO 20 - Frequência dos cinquenta principais problemas de saúde

Código	Problema crónico	Fa	Fr%	Fac%
T93	Alt. metab. lipídico	1675	9,0	9,0
T82	Obesidade	1287	6,9	15,9
L86	S. vert c/ irrad de dor	909	4,9	20,8
L91	Outras osteoartroses	879	4,7	25,5
F91	Erro de refração	770	4,1	29,6
L90	Osteoartrose do joelho	629	3,4	33,0
L84	S. Coluna s/ irrad. de dor	627	3,4	36,3
K95	Veias varicosas perna	598	3,2	39,5
T83	Excesso de peso	591	3,2	42,7
P76	Pertb. Depressivas	493	2,6	45,3
P74	Pertb. Ansioso	472	2,5	47,9
L83	S. coluna cervical	427	2,3	50,2
L95	Osteoporose	426	2,3	52,4
Y85	Hipert. prost. benigna	333	1,8	54,2
D92	Catarata	278	1,5	55,7
L89	Osteoartrose da anca	277	1,5	57,2
L85	Deformação adq. coluna	252	1,4	58,6
P17	Abuso de tabaco	249	1,3	59,9
U95	Cálculo urinário	229	1,2	61,1
D97	Doenças figado/ NE	212	1,1	62,3
T92	Gota	210	1,1	63,4
D93	S. colon irritável	200	1,1	64,4
P15	Abuso cron. Álcool	190	1,0	65,5
D98	Colecistite,colecitíase	183	1,0	66,4
K90	Trombose/AVC	181	1,0	67,4
K96	Hemorróidas	178	1,0	68,4
D90	Hérnia do hiato	170	0,9	69,3
K92	Ateroescl/d.vasc. periférica	169	0,9	70,2
L92	S. ombro doloroso	167	0,9	71,1
R97	Rinite alérgica	166	0,9	72,0
D99	Outra d. sist. digestivo	144	0,8	72,7
U99	Outras d. urinárias	143	0,8	73,5
R75	Sinusite crónica/aguda	142	0,8	74,3
D86	Úlcera péptica, outra	136	0,7	75,0
K77	Insuficiência cardíaca	133	0,7	75,7
T81	Bócio	126	0,7	76,4
R79	Bronquite crónica	125	0,7	77,1
D84	Doença do esófago	122	0,7	77,7
K78	Fibrilhação/flutter auricular	120	0,6	78,4
D87	Alt. func. estômago	113	0,6	79,0
K83	Doença valv. cardíaca	111	0,6	79,6
L99	Outra d. ap. musc-esquelética	109	0,6	80,1
K91	Doença vasc. cerebral	108	0,6	80,7
F83	Retinopatia	103	0,6	81,3
S99	Outras doenças da pele	102	0,5	81,8
K78	Fibromioma do útero	101	0,5	82,4
H84	Presbiacúsia	96	0,5	82,9
K80	Arritmia cardíaca NE	88	0,5	83,4
D92	D. diverticular intestinal	87	0,5	83,9
H86	Surdez	87	0,5	84,4

Fa = frequência absoluta; Fr = frequência relativa; Fac = frequência acumulada

4.6. Agrupamentos de doenças

Mediante a Análise Classificatória Hierárquica fez-se uma análise com todas as outras doenças e as conjugações possíveis das 4 doenças índice. Identificaram-se dois grandes grupos, um com asma e outro sem asma.

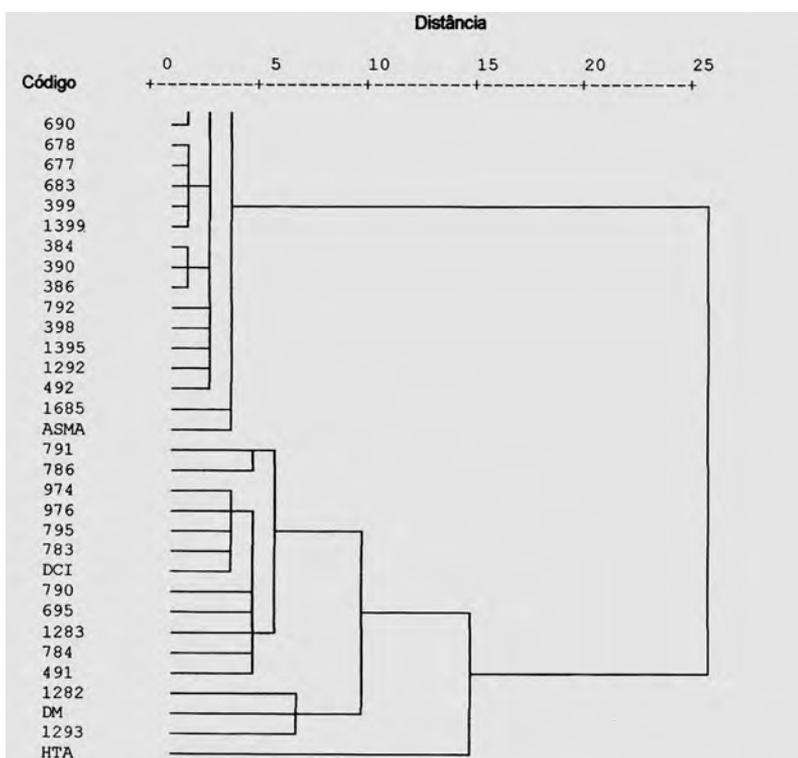


Figura 2- Excerto de Dendograma: clusters de doenças

A partir das distâncias que presidem ao agrupamento de classes, como se observa no excerto de dendograma (fig. 2), emergem 4 agrupamentos^(a):

(a) Os diagnósticos a que correspondem os códigos das doenças encontram-se no Anexo VIII

- a classe 1, constituída pela Asma e todas as outras doenças não incluídas nas restantes classes;
- a classe 2, constituída pelas “alterações do metabolismo lipídico” (1293), “obesidade” (1282) e DM;
- a classe 3, constituída por 12 entidades “erro de refração” (491), “veias varicosas das pernas” (695), “síndrome da coluna cervical” (783), “síndromes da coluna sem irradiação de dores” (784), “síndrome vertebral com irradiação de dores” (786), “osteoartrose do joelho” (790), “outras osteoartroses” (791), “osteoporose” (795), “distúrbio ansioso/estado de ansiedade” (974), “perturbações depressivas” (976), “excesso de peso” (1283) e “doença cardíaca isquémica” (DCI);
- a classe 4, constituída pela HTA.

4.7. Relação entre comorbilidade e características sócio-demográficas

De acordo com a Análise de Regressão Categórica e a Análise de Correspondências, verifica-se que a idade, a situação profissional, a funcionalidade familiar e a escolaridade são as variáveis que mais contribuem para diferenciar os indivíduos quanto à comorbilidade.

Da análise da tabela de contingência resultante da classificação cruzada da comorbilidade com cada uma destas variáveis, conclui-se existir uma associação significativa ($r=0$) entre algumas delas e a comorbilidade.

Relativamente à idade, verifica-se (Quadro 21) que, quanto maior é a idade, maior é o número de doenças, e que, no respeitante à funcionalidade familiar (Quadro 22), os indivíduos pertencentes a famílias funcionais apresentam em geral menos doenças do que as pessoas nas restantes categorias.

No respeitante à situação profissional (Quadro 23), comprova-se existir pendor para os trabalhadores activos terem poucas doenças e os reformados, domésticas e desempregados terem mais doenças. Relativamente à escolaridade, verifica-se que os indivíduos com baixa escolaridade têm tendência para apresentar 5 e 6 problemas e que os indivíduos com escolaridade superior revelam uma tendência oposta.

QUADRO 21 - Classificação cruzada entre classe etária e comorbilidade

Classes de comorbilidade		Classes etárias						Total
		0-24	25-44	45-64	65-74	75-84	>=85	
		$\chi^2= 615,944$ $p=0$						
1	Frequência	105	137	277	192	122	29	862
	Resíduo ajustado	17,6	11,0	0,6	-7,1	-5,7	-2,3	
2	Frequência	12	61	221	177	96	23	590
	Resíduo ajustado	-1,6	3,1	3,5	-1,3	-3,2	-1,2	
3	Frequência	5	66	352	332	221	58	1034
	Resíduo ajustado	-5,6	-1,3	2,2	-0,2	0,2	1,3	
4	Frequência	0	10	127	152	86	20	395
	Resíduo ajustado	-3,7	-3,8	0,4	2,7	0,3	0,2	
5	Frequência	0	12	162	247	165	28	614
	Resíduo ajustado	-4,8	-5,5	-2,8	4,5	3,7	-0,4	
6	Frequência	0	5	112	193	157	36	503
	Resíduo ajustado	-4,3	-5,8	-4,7	3,1	5,9	2,6	
Total		122	291	1251	1293	847	194	3998

Legenda: Classe 1= 1 a 3 doenças; Classe 2= 4 doenças; Classe 3= 5 e 6 doenças; Classe 4= 7 doenças; Classe 5 = 8 e 9 doenças; Classe 6= ≥ 10 doenças

QUADRO 22 - Classificação cruzada entre funcionalidade familiar e comorbilidade

Classes de comorbilidade		Funcionalidade Familiar			Total
		Funcional	Disfuncional	NA**	
1	Frequência	580	105	98	783
	Resíduo ajustado	9,7	-6,7	-5,1	
2	Frequência	356	109	88	553
	Resíduo ajustado	2,9	-1,6	-1,9	
3	Frequência	575	204	198	977
	Resíduo ajustado	0,0	-1,2	1,3	

Classes de comorbilidade		Funcionalidade Familiar $\chi^2=154,558$ $p=0$			
		Funcional	Disfuncional	NA**	Total
4	Frequência	196	98	81	375
	Resíduo ajustado	-2,7	1,9	1,4	
5	Frequência	272	182	131	585
	Resíduo ajustado	-6,6	5,6	2,4	
6	Frequência	234	141	113	488
	Resíduo ajustado	-5,2	3,7	2,6	
Total Frequência		2213	839	709	3761*

* A população é constituída por 3998 casos mas em 235 a funcionalidade familiar não foi caracterizada (ver Quadro 4).

**NA= não aplicável

QUADRO 23 - Classificação cruzada entre situação profissional e comorbilidade

Classes de comorbilidade		Situação Profissional $\chi^2= 502,780$ $p=0$							Total
		Trab.		Ref.	Domést.	Estud.	Outra	NA	
		Activo	Desemp.						
1	Frequência	359	16	331	61	76	1	18	862
	Resíduo ajustado	8,0	0,5	-11,6	-1,8	15,1	-2,3	7,2	
2	Frequência	223	9	303	45	8	2	0	590
	Resíduo ajustado	4,2	-0,3	-2,4	-0,9	-1,5	-1,1	-1,9	
3	Frequência	316	16	608	79	3	10	1	1033
	Resíduo ajustado	0,1	-0,4	2,3	-1,3	-4,8	1,2	-2,2	
4	Frequência	112	2	240	33	0	7	1	395
	Resíduo ajustado	-1,0	-1,9	2,1	-0,2	-3,1	2,7	-0,8	
5	Frequência	140	12	403	56	0	3	0	614
	Resíduo ajustado	-4,5	0,6	5,3	0,5	-4,0	-0,7	-2,0	
6	Frequência	68	12	346	71	0	5	1	503
	Resíduo ajustado	-8,8	1,3	6,3	4,7	-3,6	0,8	-1,1	
Total Frequência		1218	67	2231	345	87	28	21	3997*

*A população é constituída por 3998 indivíduos mas há um caso “não caracterizado” de “situação profissional” (ver Quadro 4)

5 - Discussão e conclusões

Neste capítulo, procedemos à discussão dos resultados em termos interpretativos e de comparação, realçando o que nos parece ter maior significado de acordo com os objectivos do estudo e com o possível desenvolvimento futuro da investigação nesta área. Para o efeito, seguimos uma linha de orientação idêntica à da apresentação dos resultados.

Relativamente à colheita de dados, apesar da identificação de algumas categorias complexas de variáveis como, por exemplo, a escolaridade, funcionalidade familiar e etnia, verificou-se serem escassos os registos omissos ou “não caracterizados” (1,24%). No trabalho de Jordão²⁴, que decorreu em contexto semelhante e que utilizou o mesmo procedimento de recolha de dados e as mesmas categorias de variáveis, o valor de casos “não caracterizados” foi superior (16,5%). Deste modo, os resultados agora obtidos indicam que os médicos de família envolvidos neste estudo se preocupam com o registo de informação e conhecem bem, provavelmente em virtude do tipo de cuidados prestados, o contexto sócio-demográfico dos seus doentes.

Caracterização da população estudada

Na população estudada o número de doentes com HTA é 3,5 vezes superior ao número de doentes com DM. Esta relação é idêntica à encontrada no estudo de Jordão²⁴. No entanto, o mesmo não se verifica relativamente ao número de doentes com DCI e com Asma, parecendo haver nesta população um maior número de doentes com Asma e um menor número de doentes com DCI. Porém, não sabemos se as diferenças encontradas são ou não verdadeiras diferenças.

A idade média de 64,3 anos e a proporção de 55,8% de pessoas reformadas é concordante com a história natural das doenças estudadas. Só a asma e a diabetes tipo 1 aparecem preponderantemente na infância e na adolescência; as restantes doenças surgem sobretudo a partir da quarta década de vida, não sendo por isso de estranhar que a idade média seja superior à de outros estudos de caracterização da prática, quer da população utilizadora, quer da inscrita em MGF^{5,24,25}.

A elevada percentagem de reformados é concordante com a idade média apresentada pela população estudada, a baixa escolaridade da amostra, em que cerca de três quartos não atinge o nível preparatório, influenciará certamente a forma como as pessoas compreendem a sua doença e usam a informação que lhes é fornecida com consequências quer na utilização dos recursos de saúde ao seu dispor, quer no cumprimento dos planos terapêuticos previamente acordados.

O custo social do peso destas doenças poderá assim estar ligado a uma perda de qualidade de vida destas pessoas após a sua situação de reforma, quer no respeitante à sua autonomia, quer ao seu nível sócio-económico. Esta premissa é sustentada pelos resultados obtidos pelo Australian Institute of Health and Welfare no estudo levado a cabo por Mathers et al²⁶, entre 1998-1999, sobre o peso da doença^(a), medido através dos anos de vida perdidos (YLL^(b)) e os anos perdidos por incapacidade (YLD^(c)), em que se verificou que a doença cardíaca isquémica, os acidentes vasculares cerebrais, a diabetes e a asma se encontravam entre as 10 principais causas de maior número de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs^(d)).

No nosso estudo, existe uma preponderância do sexo feminino nos casos de hipertensão arterial sem complicações (HTAS) e uma predominância do sexo masculino na hipertensão arterial com complicações (HTAC). Na HTAS, a predominância do sexo feminino poderá estar relacionada com a maior utilização que este grupo faz dos serviços de saúde e do carácter silencioso desta doença que raramente dá sinais ou sintomas, assim como levanta a hipótese de poder existir um sub-diagnóstico ou uma sub-vigilância da hipertensão arterial nos homens, sobretudo se atendermos aos resultados de Espiga de Macedo²⁷ que indicam ser a prevalência de HTA, na comunidade, superior nos homens até aos 60 anos de idade. Na HTAC a predominância do sexo masculino poderá estar relacionada com:

- 1) factores de natureza genética;
- 2) diferenças de comportamento face à saúde: os homens com hiper-

(a) Em inglês “disease burden”

(b) YLL = Years Lost of Life

(c) YLD = Years Lost of Disability

(d) DALYs = Disability Adjusted Life Years

tensão sem complicações só decidem tratar-se quando esta doença lhes dá sintomas;

- 3) o não cumprimento da terapêutica para a HTA previamente instituída;
- 4) o tempo de exposição a HTAS sem terapêutica;
- 5) a presença de outros factores agravantes (tabagismo, álcool).

A diferença encontrada na prevalência das duas formas de hipertensão nos dois sexos é concordante com o conhecimento de uma maior incidência e prevalência de problemas de saúde não fatais nas mulheres e de uma maior incidência de problemas de saúde major associados à mortalidade elevada nos homens. Possivelmente, por isso, a maior esperança de vida nas mulheres é vivida com uma menor qualidade de vida²⁸ quando esta é medida tendo em conta a funcionalidade²⁹, mesmo que dados recentes revelem um declínio de incapacidade na população idosa.

Neste estudo, apesar de existir um maior número de mulheres com diabetes, a DM aparece significativamente mais no sexo masculino. Este achado já foi referido por outros autores³⁰⁻³³ e deve-se, de acordo com Wild³², ao efeito combinado do maior número de mulheres idosas relativamente aos homens e ao aumento da prevalência da diabetes com a idade.

A preponderância do sexo masculino na prevalência da DCIS e a ausência de diferenças entre sexos na DCIC está provavelmente relacionada com as idades da amostra e com o que se sabe sobre a incidência destas doenças. A doença cardíaca isquémica afecta mais os homens do que as mulheres, mas a partir dos 70 anos, essa diferença deixa de existir, encontrando-se o pico máximo de incidência nos dois sexos afastado em cerca de 10 anos³⁴.

Relativamente à distribuição por idades, este estudo confirma o que já se sabe sobre este tipo de doenças. Há diferenças significativas na distribuição por idades. A asma e a DM1 aparecem em idade jovem e as restantes doenças são raras até à meia-idade³⁵. O declínio observado da asma com a idade descreve a história natural da asma como uma doença episódica para a qual grande número de doentes não apresenta sintomas na vida adulta, mas também pode ser uma manifestação de “sub-diagnóstico”³⁶⁻³⁷.

A forma complicada da HTA prevalece em idade mais tardia relativamente à HTA sem complicações, podendo este acontecimento ser explicável pela duração da doença. A prevalência da DCI com angina em idade mais avançada relativamente à DCI sem angina poderá estar relacionada com o padrão de mortalidade prematura ligada ao enfarte agudo do miocárdio e às suas complicações.

Na população estudada, a prevalência da diabetes nas pessoas com 65 anos de idade é de 14,6%, número consideravelmente superior a 6,5% observado num corte de diabéticos em 1993 por Falcão³⁸ e ligeiramente superior a 13,5% de acordo com o INS³⁹. À medida que a população envelhece, tem-se verificado existir um maior número de pessoas com diabetes de tipo 2⁴⁰. Nos Estados Unidos da América, o Terceiro Estudo Nacional de Saúde e Nutrição (NHANES III)⁴¹, conduzido entre 1988-1994 e realizado em adultos com mais de 20 anos, concluiu que a prevalência de diabetes tinha aumentado relativamente ao estudo anterior, NHANES II, realizado entre 1976-1980, no grupo dos 40-74 anos de idade, de 8,9% para 12,3%, tendo encontrado uma prevalência de 18,8% nas pessoas com idade ≥ 60 anos. Para o aumento de número de casos de diabetes, Harris et al.⁴¹ adiantam as seguintes explicações: os novos critérios^{16, 42, 43} para o diagnóstico da doença estabelecem, relativamente aos anteriores⁴⁴, valores mais baixos de glicémia em jejum (126mg/dl em vez de 140mg/dl); o aumento dos factores de risco importantes para o desenvolvimento desta doença (a obesidade e o sedentarismo).

Relativamente à duração das doenças, em virtude da Asma aparecer geralmente na infância, verifica-se que o seu tempo de duração média de 20 anos é cerca do dobro das restantes doenças, que é de 8 a 14 anos. O elevado número de anos com doença, considerando a sua repercussão na vida das pessoas e nos cuidados de saúde, remete para a necessidade de auto-controlo e capacidade de autogestão, quer em fases estáveis, quer nas que apresentam grande variação de manifestações ao longo do dia. Nestes doentes parece ser claro que maximizar o seu bem-estar e o das suas famílias não significa erradicar o processo de doença, mas tão somente manter ou melhorar a sua qualidade de vida.

Como seria de esperar, o número de anos com a primeira doença associa-se, em ambos os sexos, à idade, o que explica o aumento da prevalência de algumas doenças em classes etárias mais elevadas e a sua maior vulnerabilidade. O facto de os homens aparecerem em idade mais jovem do que as mulheres com a primeira doença é concordante com o padrão de mortalidade conhecido e poderá ser explicado através de diferentes modelos etiológicos para o aparecimento de doenças crónicas na vida adulta⁴⁵.

Comorbilidade entre as 4 doenças-índice

A comorbilidade entre as quatro doenças-índice é um fenómeno particularmente importante nos doentes com mais de 65 anos. Na população estudada, 26,6% apresentam duas ou mais destas doenças, mas nas pessoas com ≥ 65 esta percentagem sobe para 33%, o que parece consideravelmente elevado sobretudo quando comparado com o resultado de outros estudos^{5,46}. No estudo realizado por Schellevis⁵ em 1993, só 16% das pessoas com ≥ 65 anos afectadas por qualquer uma das doenças estudadas (hipertensão arterial, doença cardíaca isquémica, diabetes, doença pulmonar crónica obstrutiva e osteoartrose) sofriam de duas ou mais daquelas doenças, sendo que num estudo de sondagem, realizado na população americana por Fillenbaum et al⁴⁶ para um conjunto de 5 doenças (doença cardíaca isquémica, doença cerebrovascular, hipertensão, cancro, diabetes), esta percentagem é de 29%. No entanto, é de referir que as diferenças encontradas na prevalência de comorbilidade, entre os estudos anteriormente referidos, poderão relacionar-se quer com os critérios de diagnóstico utilizados, quer com as doenças-índice seleccionadas.

A prevalência da comorbilidade encontrada entre algumas destas doenças tem um suporte epidemiológico desde o estudo realizado em Framingham⁴⁷. O facto de a HTA ser a doença mais comum nos diversos agrupamentos e de a DM e a DCI serem as doenças que, percentualmente, com maior frequência se lhe encontram associadas é concordante com o que se sabe sobre a etiopatogenia destas doenças. A comorbilidade é em parte resultado de um processo patofisiológico comum, disfunção metabólica do sistema regulador da glicose, actividade simpaticomimética aumentada, arterioesclerose ou resulta de complicações no curso natural de uma das doenças, como acontece no caso da DM relativamente à

DCI⁴⁸. Para além da partilha de efeitos neuroendócrinos, estas entidades comungam frequentemente de comportamentos sociais adversos, stress, sedentarismo e excesso de gorduras saturadas nos hábitos alimentares.

A associação Asma+HTA, poderá ser explicada sob o ponto de vista da patofisiologia ou como fruto da probabilidade de dois eventos independentes ocorrerem numa mesma pessoa. Entre os mediadores celulares envolvidos na reacção inflamatória, observada nos doentes asmáticos, encontram-se as prostaglandinas, o tromboxano, a bradiquinina, o ácido nítrico, as citocinas. Todos estes mediadores estão, num momento ou noutro, presentes na etiopatogenia da hipertensão. Na hipótese de independência destas duas doenças esperar-se-ia contudo uma prevalência desta comorbilidade superior à encontrada. A prevalência esperada de ocorrência deveria ser o produto das prevalências individuais de cada uma das doenças x100. O facto de se ter uma prevalência inferior à esperada faz pensar que, quer do lado dos doentes hipertensos quer do lado dos doentes asmáticos, existem sub-diagnósticos. Neste caso, não se verificaria a premissa "nos doentes crónicos são diagnosticadas mais doenças crónicas"⁴⁹, como consequência de maior exposição a cuidados de saúde, mas sim a premissa "nos doentes crónicos há uma tendência para não se fazer prevenção secundária de outras doenças", sobretudo quando não estão, ainda, relacionadas com a doença "principal"^{50,51}.

A prevalência de 71,3% para a associação DM+HTA nos doentes com DM, é semelhante à encontrada na população americana de acordo com os dados nacionais estimados em 2002⁵², mas a percentagem de 13,3% para a associação DM+DCI é inferior ao valor de 22,9% referido para aquela população, assim como ao valor encontrado por Reunanen⁵³. O estudo DAI⁵⁴, recentemente realizado em Itália, apresenta resultados de prevalência de 16,2% para esta última associação, mais próximos dos nossos, razão que nos leva a pensar que as diferenças se podem dever mais a características da população do que a sub-diagnóstico ou a deficiência de registo. A preponderância destas duas associações no sexo masculino concorre certamente para o peso atribuído a esta variável na equação do risco cardiovascular⁵⁵.

Apesar das limitações do ano de diagnóstico enquanto medida da duração da doença, este é, no entanto, a única medida de que podemos dispor para determinar o tempo de duração de uma doença. Neste estudo a DM, DCI e HTA quando primeiras doenças têm tempos de duração respectivamente de 10, de 11,6 e de 13 anos. Só a Asma apresenta, como seria de esperar, o dobro do tempo de duração, 20,9 anos. Estes tempos de duração são concordantes com o conhecimento sobre a idade de início de qualquer uma destas doenças e a idade média da população estudada. O tempo médio de duração encontrado de 10,1 anos para a DM, é idêntico à duração média desta doença nos adultos (18-79 anos) americanos⁵².

As correlações positivas encontradas entre os tempos de duração da primeira doença e os intervalos de tempo até que surjam as doenças seguintes determinam a direcção e a força do risco no respeitante ao desenvolvimento subsequente de cada uma delas. A associação entre condições não indica causalidade. No entanto, os dados apresentados relativamente à relação encontrada entre o tempo de duração da primeira doença e as doenças seguintes podem ser um passo quer nessa direcção quer na direcção de modelos de prognóstico⁵⁶. Deste modo, a correlação significativa encontrada entre o tempo de duração da HTA, DM, DCI e Asma, enquanto primeiras doenças, e o intervalo de tempo que decorre até ao aparecimento de uma delas como doença seguinte indica que o tempo de duração da primeira doença é uma variável preditiva ou de prognóstico e que o intervalo de tempo é um resultado importante, a medir, nos diversos estudos sobre estas doenças.

Como referido anteriormente, vários estudos epidemiológicos prospectivos demonstraram fortes associações entre HTA, DM e DCI ^{48,57, 58}. O tempo de intervalo idêntico, cerca de 5,5 anos, até à DCI como segunda doença, quando surge em primeiro lugar a HTA ou a DM, pode pois indicar que estes dois grupos de doentes partilham entre si outras características (história familiar de doença, estilos de vida).

O facto do tempo médio que decorre até ao diagnóstico de DM como segunda ou terceira doença, quando a primeira doença é a HTA, respectivamente 6,86 e 11,6 anos, ser o dobro do tempo da HTA, como 2^a ou 3^a doença (3,7-7,7 anos), quando a primeira doença é a DM, indica que estas

duas doenças, HTA e DM, apesar de partilharem alguns factores de risco e intervirem num conjunto complexo de alterações, designado “síndrome metabólico” ainda são entidades nosológicas distintas. Como é sabido para além do papel atribuído à sensibilidade ao sal, à renina, ao cálcio, à actividade simpática, a resistência à insulina e/ou a hiperinsulinémia tem forte responsabilidade no aumento da pressão arterial. Uma melhor explicação da relação entre o aumento da actividade simpática e resistência à insulina poderão levar-nos futuramente a compreender mais aprofundadamente estas comorbilidades.

O elevado tempo médio encontrado, de 21 anos, até ao diagnóstico da HTA quando a asma é a primeira doença, poderá indicar que a relação encontrada decorre mais da idade dos doentes do que do curso natural da primeira doença. No entanto, é natural que estes doentes sofram ao longo da vida um processo bioquímico cumulativo e de stress físico e psicológico que influencie o aparecimento desta segunda doença. Hart⁵⁹ chama a atenção para o facto das etiquetas diagnósticas poderem não se referir a entidades biologicamente independentes mas a grupos de pessoas com necessidades clínicas em comum; para este autor, o rótulo hipertensão no século XXI tem tanta validade como o rótulo “febre” no século XIX.

Por outro lado, é importante reconhecer que os doentes asmáticos têm uma função respiratória alterada e que o volume expiratório máximo, como medida desta alteração, é há muito reconhecido como um factor de risco independente para morte cardiovascular, por todas as causas⁶⁰.

Comorbilidade e agrupamentos de doenças

Confirmando dados de outros estudos^{4,61}, também aqui se verifica que a comorbilidade é mais regra do que excepção e que a idade está associada a um maior número de problemas em simultâneo, sobretudo a partir dos 65 anos.

Nos doentes estudados é comum a ocorrência de seis ou mais problemas, tendo 25% menos de quatro e mais de oito. Esta média de problemas por doente é superior à média de 1,2 encontrada por van den Akker²⁵, de 2,3 encontrada por Stange⁶² e de 2,8 encontrada por Jordão²⁴ nos estudos de multimorbilidade ou de caracterização da prática. Esta comorbilidade ele-

vada deve-se possivelmente à selecção da população (doenças-índice), podendo ainda ser superior se nestes doentes tivessem sido considerados, por exemplo, problemas agudos (gripe) ou outras queixas e sintomas mal definidos. Num estudo de prevalência de comorbilidade em doentes com doença pulmonar crónica obstrutiva e num grupo controlo, van Manen⁴ verificou que o grupo controlo tinha significativamente menos comorbilidade. Também é possível que o tipo de médico possa influenciar os dados encontrados pois alguns estudos⁶³ detectaram que os médicos ligados ao ensino registavam mais problemas do que os seus pares que não exerciam essa função.

Neste estudo, os doentes observados apresentam um leque amplo de problemas, de carácter físico e psicológico, que é concordante com o atributo de generalista que define e qualifica a prática do Médico de Família⁶⁴. O lugar de destaque ocupado pelas doenças do sistema músculo-esquelético, do sistema endócrino-metabólico, circulatório, gastrointestinal e psicológico, na prevalência da comorbilidade, também é evidenciado por outros autores⁶¹, embora com hierarquização distinta. A escassa representação de condições de saúde relacionadas com os órgãos dos sentidos, apesar da sua provável interferência na qualidade de vida dos doentes e no processo e resultados dos cuidados prestados, poderá ser devida à não valorização, quer pelos doentes quer pelos médicos, ou à percepção que não existe resposta para estes problemas no âmbito dos cuidados prestados.

Neste estudo, estabelece-se uma relação entre o número de doenças e determinadas associações de doenças-índice. Os doentes com DM+DCI ou DCI ou DM têm tendência para apresentar um menor número de problemas associados do que as coprevalências restantes, acontecendo o inverso com os doentes que em simultâneo apresentam HTA+DM+DCI ou HTA+DCI ou DCI+Asma. Deste modo, para além da idade, parece existir um outro fenómeno que determina o número total de problemas que cada doente apresenta: a comorbilidade entre as quatro doenças índice. A sua explicação poderá encontrar-se dentro da complexa rede de determinantes dos processos de saúde e doença, num paradigma de causalidade não linear há muito defendida por vários epidemiologistas^{45,65}, assim como relacionar-se com o modelo de prestação de cuidados de saúde.

Nos 4 agrupamentos de doenças obtidos mediante a análise classificatória hierárquica, que funciona como um retroscópio⁶⁶, está presente, como seria de esperar, uma das doenças-índice. Estes agrupamentos, sendo mutuamente exclusivos, homogêneos e exaustivos, não evidenciam combinações alarmantes merecedoras de ulterior investigação epidemiológica. O agrupamento diabetes, alterações do metabolismo lipídico, obesidade enquadra-se na síndrome X⁶⁷, sendo necessário de futuro valorizar-se mais a quantificação da obesidade abdominal e estudar a relação temporal do desenvolvimento de cada uma destas entidades. Estudos epidemiológicos mostraram que a obesidade abdominal se associa a partículas de LDL densas, a níveis elevados de apolipoproteína B, a níveis baixos de HDL-C, a resistência à insulina e a hipertensão. A célula gorda é uma fábrica de mediadores pró-inflamatórios produtora de uma variedade de proteínas com importantes efeitos sistêmicos: leptina, factor de necrose tumoral, resistina, angiotensinogéneo e proteína C-reativa. Sendo que os adipócitos viscerais libertam ácidos gordos livres directamente para o fígado através da circulação portal e parecem ter uma actividade lipolítica mais elevada.

O grupo constituído por 12 entidades, inseridas em 5 capítulos distintos da ICPC-2 (olho; aparelho circulatório; sistema músculo-esquelético; psicológico; endócrino-metabólico e nutricional), reflecte o fenómeno de compressão da morbidade e do envelhecimento. A presença das perturbações ansiosas e depressivas neste agrupamento pode ser uma consequência da terapêutica instituída para algumas destas situações e da auto-percepção de um mau estado de saúde ocasionado quer pelo número de problemas, quer pela limitação funcional que os mesmos podem ocasionar. No entanto, o conjunto das entidades pode, também, partilhar de um substrato biológico ou de uma causa comum como o stress⁶⁸. No espectro da doença física e mental, a comorbilidade reflecte, também, a combinação no mesmo doente deste tipo de doenças.

Relação entre características sociodemográficas e comorbilidade

Ao medir a saúde das populações tende-se a ignorar os dados que demonstram existir uma relação limitada entre serviços de saúde e saúde das pessoas. No entanto, já em 1976, Kuller⁶⁹ demonstrou que só 50% dos

casos de doença cardíaca isquémica eram influenciados pelos factores de risco cardiovasculares, identificados no estudo de Framingham e, mais tarde, confirmados por muitos outros estudos. Em 1993, Kaplan⁷⁰ num relatório especial solicitado pela American Heart Association faz uma extensa revisão da literatura e colecciona forte evidência sobre a relação inversa entre “estatuto socioeconómico” e doença cardiovascular.

Diversos autores⁷¹⁻⁷⁴ demonstraram existir uma relação consistente e significativa entre o estado de saúde e circunstâncias materiais adversas, como seja o fraco suporte social e o isolamento, entre estatuto sócio-económico e mortalidade, sendo maior o diferencial nos idosos, e estatuto sócio-económico e alteração do estado de saúde.

Neste estudo, é encontrada uma associação entre os determinantes de morbilidade, mais frequentemente estudados, e a ocorrência de comorbilidade. As variáveis idade, escolaridade, situação profissional e funcionalidade familiar são as que apresentam maior peso na diferenciação dos indivíduos relativamente à comorbilidade. Estes resultados são, concordantes com dados de outros estudos^{75,76} que têm revelado existir uma relação entre o número de doenças e algumas características do doente como, por exemplo, viver só, em detrimento de viver em família, a idade e a baixa escolaridade.

A baixa escolaridade é um factor de grande importância em saúde; a menor capacidade de os doentes lerem e interpretarem as instruções terapêuticas pode contribuir, como alguns estudos^{77,78} relativamente à diabetes já revelaram, para um menor grau de conhecimento da doença e para a obtenção de piores resultados de saúde no seu seguimento.

É possível que a associação encontrada entre a situação profissional de reformado e o volume de comorbilidade traduza também uma relação quer com o nível socioeconómico⁷⁴, quer com os estilos de vida. A ligação encontrada entre o número de problemas e funcionalidade familiar poderá estar ligada ao conceito de envolvimento com o meio, à resiliência, à capacidade de prestação de cuidados de suporte entre os membros da família. Há muito que se defende existir uma conexão entre a evolução das doenças crónicas, morbilidade crónica e família⁷⁹⁻⁸², existindo trabalhos

que concluem que a hipertensão arterial e a asma poderiam ser mais bem tratadas se a família fosse envolvida nos cuidados ao paciente⁸³⁻⁸⁵.

Nestas circunstâncias, como refere Macleod⁶¹, a comorbilidade pode ser um factor que contribua para melhor evidenciar as desigualdades documentadas entre os mais e os menos protegidos.

Limitações e aspectos fortes do estudo

As limitações prendem-se, principalmente, com o tipo de estudo e com a ausência de controlo efectivo sobre a identificação de casos, mesmo quando se fez a análise de todo o ficheiro de inscritos por médico. No entanto, este estudo fornece um perfil da comorbilidade dos doentes utilizadores de um grupo de MF, que apresentam uma das quatro doenças crónicas índice revelando informação epidemiológica até agora desconhecida entre nós e que pode servir de termo de comparação para o futuro. Aliás, um dos aspectos fortes deste estudo é ter-se socorrido de dados fornecidos por um grupo de Médicos de Família, pertencentes ao grupo de tutores da FCM da UNL no ensino do 6º ano profissionalizante da Licenciatura em Medicina. Como já referido noutros estudos⁶³, o vocabulário diagnóstico destes médicos é mais extenso e os seus registos são mais abrangentes comparativamente com os dos seus pares.

Para além dos resultados anteriormente discutidos são de salientar, ainda, algumas características que distinguem este estudo dos restantes sobre comorbilidade já efectuados noutros contextos:

- 1) examinaram-se quatro problemas de saúde crónicos, relevantes, nunca antes estudados em conjunto;
- 2) embora não exista muita informação sobre a densidade populacional como factor de risco, para qualquer uma das doenças-índice, este estudo inclui indivíduos de todas as idades e a viver em comunidades rurais, suburbanas e urbanas;
- 3) foi tida em consideração uma grande variedade de características sociodemográficas, entre as quais o tipo de família e a funcionalidade familiar.

III. Referências Bibliográficas

1. Gaillard JP. O Médico do Futuro. Coleção Medicina e Saúde. Lisboa: Instituto Piaget; 1995.
2. van de Lisdonk EH, Furer JW, Kroonen AP, Marijnissen AG. Cataract, functioning and co-morbidity: a cross-sectional study in family practice. *Fam Pract.* 1992;9(3):279-83.
3. Lam CLK, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract.* 2000;17(2):156-66.
4. 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;54:287-93.
5. Schellevis FG, van der Velden J, van de Lisdonk E, van Eijk JT, van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:469-73.
6. McNamara RL, Powe NR, Thiemann DR, Shaffer T, Weller W, Anderson G. Specialty of principal care physician and Medicare expenditures in patients with coronary artery disease: impact of comorbidity and severity. *Am J Manag Care.* 2001;7(3):261-6.
7. Wolff JL, Sartfield B, Anderson G. Prevalence expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162:2269-76.
8. Cathedras PJ, Robbins JM, Kirmayer LJ, Hayton BC. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behaviour, and outcome. *J Gen Inter Med.* 1992;7(3):276-86.
9. Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(10):889-95.
10. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM. The development of polypharmacy: a longitudinal study. *Fam Pract.* 2000;17(3):261-7.
11. ONSA. [Consultado em 2004 Set 29]. Disponível em:URL:<http://www.onsa.pt>
12. WONCA. Glossário para medicina geral e familiar. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 1997.
13. Whitworth JA, WHO. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens.* 2003;21(11):1983-92.

14. DGS. Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial (Circular normativa nº 15/DGCG, de 31/03/2004). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004 [Consultado em 2004 Set 29]. Disponível em: URL:[http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

15. WHO. Screening for type 2 diabetes: report of World Organization and International Federation meeting. Geneva: WHO; 2003 [consultado em 2004 Set 30]. Disponível em: URL:http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_nnc03.pdf

16. DGS. Actualização dos critérios de classificação e diagnóstico da diabetes (Circular normativa nº 9/DGCG, de 04/07/2002). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002 [consultado em 2004 Set 29]. Disponível em: URL:[http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)

17. WONCA. ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados Primários. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 1999.

18. DGS. Manual de boas práticas na asma. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2000.

19. Christie-Seely J. Working with family in primary care: a systems approach to health and illness. New York: Praeger; 1984.

20. Epstein NB, McAuley RC. Estudo dos problemas emocionais dentro do sistema familiar. In: Medalie JH, editor. Medicina familiar: princípios y practicas. México: Limusine; 1987. p. 275-81.

21. Lase JR, Celpe RS, Fernandez-Blanco A. Disfunción Familiar y enfermedad: Unidad 40. In Gallo: Vallejo FJ, editor. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: SemFYC; 1997. p.366-374.

22. ITDS - Internet, Tecnologias e Desenvolvimento de Software, SA [consultado em 2004 Dec 23]. Disponível em: URL:http://portal.itds.pt/portal/page?_pageid=73,32222&_dad=portal_itds&_schema=PORTAL_ITDS.

23. Hodkin K. Towards earlier diagnosis: a guide to primary care. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985.

24. 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.

25. 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;51(5):367-75.

26. 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 [consultado em 2007 Jul 21]. Disponível em: URL:<http://www.mja.com>.
27. Macedo ME. Estudo de prevalência, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal: resultados provisórios [monografia na Internet]. Lisboa: Instituto de Biologia Molecular e Celular; Sociedade Portuguesa de Hipertensão; 2004 [consultado em 2004 Jul 30]. Disponível em:URL:<http://www.dgsaude.pt>.
28. WHO. Women, ageing and health. Geneva: WHO; 2000 [consultado em 2004 Out 9]. Disponível em: URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/en/>.
29. Botelho MA. Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 1999.
30. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation.* 1979;59:8-13.
31. Pereira S, Barros H. Epidemiologia da diabetes mellitus não insulino-dependente. *Arquivos de Medicina.* 1996;10(6):443-53.
32. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004;27(5):1047-53.
33. Harris M, Eastman RC, Cowie C, Fiegel K, Eberhardt MS. Racial and ethnic differences in glycemic control of adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 1999;22:403-8.
34. de Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2003;10(Suppl 1):S1-S78.
35. Murray CJ, Lopez AD, editors. Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva: World Health Organization; 1994.
36. WinklerPins V, van den Niewenhof L, van den Hoogen H, Bor H. The natural history of asthma in a primary care cohort. *Ann Fam Med.* 2004;2(2):110-5.
37. van den Boom G, van Schayck CP, van Mollen MP, Tirimanna PR, den Otter JJ, van Grunsven PM, et al. Active detection of chronic obstructive pulmonary disease and

asthma in the general population: results and economic consequences of the DIMCA program. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158:1730-8.

38. Falcão JM, Gouvea MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes. Parte I - Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Rev Port Clín Geral.* 1996;13:213-28.

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

40. El-Kebbi IM, Ziemer DC, Cook CB, Miller CD, Gallina DL, Phillips LS. Comorbidity and glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Arch Intern Med.* 2001;161:1295-300.

41. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. *Diabetes Care.* 1998;21(4):518-24.

42. American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 1997;20:1183-97.

43. American Diabetes Association. Screening for diabetes. *Diabetes Care.* 2002;25(1):S21-S24.

44. WHO. WHO Expert Committee on diabetes mellitus: second report. Geneva: WHO; 1985.

45. Kuh D, Ben-Shlomo Y, editors. Life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1997.

46. Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoli-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55(2):M84-M89.

47. Kannel WB, Hjortland M, Castelli WP. Role of diabetes in cardiac disease: conclusions from population studies - The Framingham Study. *Am J Cardiol.* 1978;34:29-34.

48. Lee WL, Cheung AM, Cape D, Zinman B. Impact of diabetes on coronary artery disease in women and men: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care.* 2000;23:962-8.

49. Redelmeier DA, Tam SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *N Engl J Med.* 1998;338:1516-20.

50. Rost K, Knutting P, Smith J, Coyne JC, Cooper-Patrick L, Rubinstein L. The role of competing demands in the treatment provided to primary care patients with major depression. *Arch Fam Med.* 2000;9:150-4.

51. Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, physicians and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract.* 2002;19:344-9.

52. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. [consultado em 2004 Jul 14]. Disponível em: URL:<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/cvd/fig2.htm>.

53. Reunanen A, Kangas T, Martikainen J, Klakka T. Nationwide survey of comorbidity, use, and costs of all medications in Finnish diabetics individuals. *Diabetes Care.* 2000;23(9):1265-71.

54. DAI Study Group. The prevalence of coronary heart disease in type 2 diabetic patients in Italy: the DAI study. *Diabet Med.* 2004;21(7):738-45.

55. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham. A statement for health care professionals from the AHA task force on risk reduction. *Circulation.* 1998;97(18):1876-87.

56. Reynolds T. Prognostic models abound, but how useful are they? *Ann Int Med.* 2001;135(6):473-6.

57. Fahey TP, Peters TJ. A general practice-based study examining the absolute risk of cardiovascular disease in treated hypertensive patients. *Br J Gen Pract.* 1996;16:210-6.

58. Giansanti R, Rabini RA, Romagnoli F, Fumelli D, Sorichetti P, Boemi M, et al. Coronary heart disease, type 2 diabetes mellitus and cardiovascular disease risk factors: a study on a middle-aged and elderly population. *Arch Gerontol Geriatr.* 1999;29:175-82.

59. Hart JT. Community interventions: physical health. In: Jones R, editor. *Oxford textbook of primary medical care. Vol 1: principles and concepts.* Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 350-54.

60. Hole DJ, Watt GC, Davey-Smith G, Hart CL, Gillis CR, Hawthorne VM. Impaired lung function and mortality risk in men and women: findings from the Renfrew and Paisley prospective population study. *BMJ.* 1996;313:711-5.

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

62. 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;46(5):377-89.

63. William BC, Philbrick JT, Becker DM, McDermott A, Davis RC, Buncher PC. A patient-based system for prescribing ambulatory medicine practices using diagnostic clusters. *J Gen Intern Med.* 1991;6(1):57-63.

64. WONCA. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Wonca Europa 2002.

65. Philippe P, Mansi O. Nonlinearity in the epidemiology of complex health and disease processes. *Theor Med Bioeth.* 1998;19(6):591-607.

66. Disease clustering: hide or seek? [Editorial]. *Lancet.* 1990;336(8717):717-8.

67. Baron RB. Lipid abnormalities. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. *Current medical diagnosis & treatment*, 2005. New York: McGraw-Hill; 2004. p. 1202-13.

68. McWhinney I. Foreward. In: Jones R, editor. *Oxford textbook of primary medical care. Vol I: principles and concepts.* Oxford: Oxford University Press; 2003. p XXI-XXIII.

69. Kuller LH. Epidemiology of cardiovascular diseases: current perspectives. *Am J Epidemiol.* 1976;104(4):425-96.

70. Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation.* 1993;88(4):1973-98.

71. Cohen MM, MacWilliam L. Measuring the health of the population. *Med Care.* 1995;33(12):DS21-DS42.

72. Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ.* 1996;313(7066):1177-80.

73. Breeze E, Fletcher AE, Leon DA, Marmot MG, Clarke RJ, Shipley MJ. Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. *Am J Public Health.* 2001;91(2):277-83.

74. Giraldes MR. Morbilidade declarada no INS 1995/1996: que respostas? Uma abordagem realizada numa perspectiva de equidade. *Rev Port Saúde Publica*. 1998;16(1):43-59.
75. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, van der Aa M, Knottnerus JA. Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res*. 2001;50(2):95-102.
76. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Knottnerus JA. Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case-control study. *Soc Sci Med*. 2000;50(11):1679-93.
77. Fonseca MD. Determinação do grau de conhecimentos dos diabéticos não insulino dependentes em relação à sua doença. *Rev Port Clín Geral*. 1995;12:287-93.
78. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with health outcomes. *JAMA*. 2002;288(4):475-82.
79. Almagro C, Fernandez- Blanco, Lara JRL, Cosiales PB. Familia y salud: Unidad 39. In: Gallo Vallejo FJ, editor. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. 2ª ed. Barcelona: SemFYC; 1997. p.359-65.
80. Uygen FJ. Longitudinal studies of family units. *J R Coll Gen Pract*. 1988;38:168-70.
81. Gomez-Rodriguez E, Moreno-Raymundo P, Hernandez-Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services by families. *Fam Pract*. 1996;13(4):382-5.
82. Patrick DL, Scambler G, editors. *Sociology as applied to medicine*. 5th ed. New York: Saunders; 2003.
83. Meijer AM, Griffion RW, van Nierop JC, Oppenheimer L. Intractable or uncontrolled asthma: psychosocial factors. *J Asthma*. 1995;32(4):265-74.
84. Klinnert MD, Nelson HS, Price MR, Adinoff AD, Leung DY, Mrazek DA. Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. *Pediatrics*. 2001;108(4):E69.
85. Kaugars AS, Klinnert MD, Bender BG. Family influences on pediatric asthma. *J Pediatr Psychol*. 2004;29(7):475-91.

**Diferenças entre doentes, por médico e por SRS,
na comorbilidade de 4 doenças crónicas.**

1 - Introdução

No passado, vários autores caracterizaram os cuidados de saúde aos doentes com doenças crónicas como sendo a “parte de leão” da Clínica Geral^{1,2}. Consequentemente, surgem trabalhos que se dedicam a estudar a prevalência de doenças crónicas e a sua comorbilidade^{3,4}, as desigualdades na sua expressão^{5,6}, o processo de cuidados a estes doentes⁷ e as implicações da prestação deste tipo de cuidados⁸.

No capítulo anterior apresentou-se um estudo descritivo e exploratório da comorbilidade de quatro doenças crónicas comuns em Medicina Geral e Familiar nas listas de doze Médicos de Família. Agora, pretende-se verificar se existem diferenças entre os doentes, por médico e por Sub-Região de Saúde. O conhecimento de disparidades permite ir ao encontro de grupos mais e menos vulneráveis e é indispensável à avaliação de processos e resultados e à equidade^(a) na distribuição de recursos. Deste modo, acrescenta-se valor aos resultados anteriormente obtidos, quer para o planeamento, quer para a programação dos serviços de saúde.

2 - Objectivos

Comparar por médico e por SRS (Lisboa e Beja) os doentes com pelo menos uma das quatro doenças crónicas, hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca isquémica e asma quanto:

- Às características sócio-demográficas;
- Ao “volume” das 4 doenças crónicas;
- Ao autor do diagnóstico das doenças;
- À comorbilidade das 4 doenças crónicas.

3 - Métodos

A população em estudo é constituída por 3998 doentes, com pelo menos uma de quatro doenças (HTA, DM, DCI e Asma), pertencentes às listas de doze Médicos que exercem a sua prática clínica em seis Centros

(a) Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities em www.jech.com

de Saúde da SRS de Lisboa (Oeiras, Stº Condestável, Venda Nova, Damaia, Marvila, Olivais) e em seis CS da SRS de Beja (Beja, Pias, Vila Nova de Ficalho, Odemira, Aljustrel, Alvito). Estes doentes constam de uma base de dados construída para se estudar a comorbilidade das quatro doenças crónicas, na qual o registo dos efectivos por doença aparece ligado ao médico e ao Centro de Saúde, aos quais se atribuiu um código numérico (Quadro 1).

As variáveis em estudo (idade, sexo, escolaridade, situação profissional, estado civil, tipo de habitação, tipo de família, funcionalidade familiar, autor de diagnóstico, comorbilidade), assim como a colheita, o suporte, o registo de dados e o controlo dos enviesamentos foram detalhadamente descritos em capítulo anterior, (pág. 54 a 65).

As diferenças são estudadas na partição por médico e por SRS de Lisboa e Beja, através de análise de homogeneidade (teste de qui-quadrado de Pearson) e de resíduos, considerando-se significativos os resíduos cujo valor ajustado são em valor absoluto $\geq 1,96$ ($p \leq 0,05$).

QUADRO 1 - Distribuição da frequência das 4 doenças-índice por médico (n=3998)

Códigos dos Médicos	Asma		DCI		DM		HTA		
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)	
Lisboa	1	82	18,9	56	11,5	79	8,2	386	11,6
	2	41	9,4	38	7,8	57	5,9	247	7,4
	3	83	19,1	64	13,1	83	8,7	326	9,8
	4	33	7,6	46	9,4	88	9,2	316	9,5
	6	49	11,3	66	13,6	79	8,2	250	7,5
	7	30	6,9	46	9,4	61	6,4	324	9,8
	Beja	8	32	7,4	5	1,0	91	9,5	243
9		24	5,5	48	9,9	122	12,7	307	9,2
10		7	1,6	28	5,7	64	6,7	171	5,2
11		4	0,9	26	5,3	73	7,6	191	5,8
12		29	6,7	21	4,3	72	7,5	244	7,3
14		21	4,8	43	8,8	90	9,4	315	9,5
Total		435	100%	487	100%	959	100%	3320	100%

Fa = frequência absoluta

Fr = frequência relativa

4 - Resultados

4.1. Comparação das partições por médico

4.1.1. Características sociodemográficas

Os doentes de cada médico, com cada uma das doenças, diferem significativamente em todas as variáveis sócio-demográficas, excepto no respeitante ao género ($\chi^2=16,965$; $p=0,109$). Relativamente à variável idade, como se pode observar no Quadro 2, esta diferença não ocorre uniformemente, expressando-se por uma tendência elevada para ter ou para não ter doentes em determinadas classes etárias, conforme os valores positivos e negativos $\geq 1,96$ assinalados na tabela.

QUADRO 2 - Médicos vs classe etária

Médicos	Classes etárias								Total	
	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75-84	≥85		
$\chi^2= 237,366$ $p=0$										
1	Frequência	0	12	7	62	191	105	67	19	463
	Resíduo ajustado	-0,4	2,1	-0,1	5,4	4,9	-4,7	-3,8	-0,8	
2	Frequência	0	6	3	22	117	81	51	17	297
	Resíduo ajustado	-0,3	0,8	-0,8	0,1	3,1	-1,9	-1,8	0,7	
3	Frequência	0	10	14	35	119	111	88	33	410
	Resíduo ajustado	-0,3	1,7	3,2	1,0	-1,0	-2,4	0,1	3,2	
4	Frequência	0	3	2	26	110	134	79	22	376
	Resíduo ajustado	-0,3	-1,1	-1,7	-0,3	-0,9	1,4	-0,1	0,9	
6	Frequência	0	5	10	24	73	153	70	7	342
	Resíduo ajustado	-0,3	0,0	2,1	-0,2	-4,1	5,1	-0,3	-2,5	
7	Frequência	0	5	5	17	116	111	76	22	352
	Resíduo ajustado	-0,3	-0,1	-0,2	-1,9	0,7	-0,3	0,2	1,3	
8	Frequência	0	6	5	16	87	71	87	10	282
	Resíduo ajustado	-0,3	0,9	0,3	-1,1	-0,2	-2,7	4,1	-1,1	
9	Frequência	0	6	7	21	107	150	86	19	396
	Resíduo ajustado	-0,3	0,1	0,4	-1,6	-1,9	2,5	0,3	-0,1	
10	Frequência	0	0	0	10	48	74	56	10	198
	Resíduo ajustado	-0,2	-1,8	-1,8	-1,2	-2,2	1,6	2,5	0,1	
11	Frequência	0	0	1	10	85	63	57	13	229
	Resíduo ajustado	-0,2	-1,9	-1,4	-1,7	2,0	-1,6	1,4	0,6	
12	Frequência	1	2	3	23	89	100	50	6	274
	Resíduo ajustado	3,7	-1,1	-0,6	0,7	0,4	1,5	-1,2	-2,1	
14	Frequência	0	4	5	25	109	140	80	16	379
	Resíduo ajustado	-0,3	-0,7	-0,4	-0,5	-1,1	2,0	0,0	-0,6	
Total	Frequência	1	59	62	291	1251	1293	847	194	3998

No Quadro 3 verifica-se que três médicos mostram tendência elevada para não ter doentes de raça branca e ter doentes de outras raças/etnias. O médico 1 apresenta um número significativo de indivíduos de raça indiana e,

juntamente com os médicos 2 e 4, um número elevado de pessoas de raça negra, sendo que o médico 4 é o que revela maior tendência para ter doentes desta raça, assim como pessoas de etnia cigana.

QUADRO 3 - Médicos vs raça/etnia dos doentes

Médicos		Raça/Etnia					Total
		Branca	Cigana	Indiana	Negra	Outra	
		$\chi^2= 206,571$ $p=0$					
1	Frequência	430	0	15	18	0	463
	Frequência ajustada	-5,8	- 0,7	8,1	2,7	- 0,5	
2	Frequência	276	0	2	18	1	297
	Frequência ajustada	-4,5	- 0,6	0,2	4,8	2,3	
3	Frequência	395	0	2	13	0	410
	Frequência ajustada	-1,0	- 0,7	- 0,2	1,5	- 0,5	
4	Frequência	347	2	1	26	0	376
	Frequência ajustada	-5,9	2,8	- 0,8	6,7	- 0,5	
6	Frequência	341	0	0	1	0	342
	Frequência ajustada	3,0	- 0,6	-1,5	-2,5	- 0,4	
7	Frequência	344	1	0	7	0	352
	Frequência ajustada	0,7	1,1	-1,5	- 0,2	- 0,4	
8	Frequência	281	1	0	0	0	282
	Frequência ajustada	2,6	1,4	-1,3	-2,6	- 0,4	
9	Frequência	396	0	0	0	0	396
	Frequência ajustada	3,6	- 0,7	-1,6	-3,1	- 0,5	
10	Frequência	198	0	0	0	0	198
	Frequência ajustada	2,5	- 0,5	-1,1	-2,1	- 0,3	
11	Frequência	229	0	0	0	0	229
	Frequência ajustada	2,7	- 0,5	-1,2	-2,3	- 0,3	
12	Frequência	268	0	3	3	0	274
	Frequência ajustada	0,7	- 0,5	1,2	-1,2	- 0,4	
14	Frequência	378	0	0	0	1	379
	Frequência ajustada	3,2	- 0,6	-1,6	-3,0	2,0	
Total	Frequência	3883	4	23	86	2	3998

A diferença entre médicos no respeitante à escolaridade dos doentes é diversa, apresentando diferentes combinações de tendências (Quadro 4). Na constelação de desigualdades, salientam-se dois grupos de médicos: um grupo constituído pelos médicos 1, 3 e 6 mostra ter significativamente mais doentes com escolaridade média ou superior e menos doentes sem escolaridade, outro grupo formado pelos médicos 8,9,10,11 e 14, tem significativamente mais doentes sem escolaridade e menos doentes com escolaridade superior ou média.

QUADRO 4 - Médicos vs escolaridade dos doentes

Médicos	Escolaridade											Total	
	An	LE	Pe	Prm	Prp	Bás	Sec	Prof	Sup	NA	NC		
	$\chi^2= 1013,581$ p=0												
1	Frequência	26	7	1	215	3	42	72	45	44	8	0	463
	Frequência ajustada	-8,8	-4,8	-0,3	-0,5	-3,5	6,7	7,5	7,1	6,7	-0,5	-1,2	
2	Frequência	39	13	0	170	8	7	35	13	6	6	0	297
	Frequência ajustada	-3,6	-1,7	-0,9	3,5	-0,7	-1,2	3,3	0,6	-1,7	0,0	-0,9	
3	Frequência	39	41	2	163	19	12	47	24	38	19	6	410
	Frequência ajustada	-6,2	2,8	0,9	-3,3	1,4	-0,8	3,6	2,3	6,0	3,9	4,8	
4	Frequência	41	12	4	238	17	10	25	12	7	5	5	376
	Frequência ajustada	-5,2	-2,9	3,1	6,5	1,2	-1,1	-0,4	-0,6	-2,1	-1,0	4,1	
6	Frequência	34	33	0	165	7	14	41	23	11	14	0	342
	Frequência ajustada	-5,4	2,2	-1,0	0,3	-1,5	0,5	3,7	3,0	-0,6	2,8	-1,0	
7	Frequência	85	10	1	196	19	5	15	9	5	7	0	352
	Frequência ajustada	1,3	-3,1	0,0	3,2	2,1	-2,3	-2,2	-1,3	-2,5	-0,1	-1,0	
8	Frequência	103	18	1	124	9	9	2	1	6	9	0	282
	Frequência ajustada	6,4	-0,3	0,3	-1,2	-0,2	-0,4	-4,3	-3,1	-1,6	1,4	-0,9	
9	Frequência	172	58	0	130	18	9	5	0	4	0	0	396
	Frequência ajustada	11,3	6,6	-1,1	-6,1	1,3	-1,5	-4,8	-4,2	-3,1	-3,0	-1,1	
10	Frequência	67	11	1	105	4	2	4	1	3	0	0	198
	Frequência ajustada	4,4	-0,7	0,6	1,6	-1,1	-2,0	-2,9	-2,5	-1,8	-2,1	-0,8	
11	Frequência	72	21	0	111	9	7	5	0	3	1	0	229
	Frequência ajustada	3,8	1,5	-0,8	0,3	0,4	-0,5	-3,0	-3,1	-2,1	-1,8	-0,8	
12	Frequência	42	30	0	115	11	9	23	15	23	6	0	274
	Frequência ajustada	-2,5	2,9	-0,9	-1,9	0,5	-0,3	0,9	1,5	4,0	0,2	-0,9	
14	Frequência	135	16	1	165	14	19	10	8	4	7	0	379
	Frequência ajustada	7,1	-2,1	0,0	-1,6	0,3	1,5	-3,6	-1,8	-3,0	-0,3	-1,1	
Total	Frequência	855	270	11	1897	138	145	284	151	154	82	11	3998

Legenda: An= analfabeto; LE= Lê e escreve; Pe =Pré escolar; Prm= primária; Prp= preparatória; Bás= básica; Sec= secundária; Prof= profissional; Sup= superior; NA= não aplicável; NC= não caracterizado

Relativamente ao estado civil dos doentes, como se pode verificar no Quadro 5, observam-se, mais uma vez, várias diferenças entre médicos. Dada a sua expressão, realçam-se as seguintes: o médico 2 apresenta tendência acentuada para ter indivíduos “divorciados” e o médico 14 para ter pessoas quer com o estado civil de solteiras quer em situação de coabitação. O médico 3 tem um número elevado de doentes não caracterizados quanto ao estado civil.

QUADRO 5 - Médicos vs estado civil dos doentes

Médicos	Estado Civil							Total	
	S	C	V	D	Cb	NA	NC		
	$\chi^2= 204,130$ $p=0$								
1	Frequência	32	316	74	21	5	15	0	463
	Frequência ajustada	- 0, 8	0,8	-1,9	1,6	- 0,3	3,0	- 0,6	
2	Frequência	22	201	43	23	2	6	0	297
	Frequência ajustada	- 0,3	0,4	-2,2	4,5	-0,9	0,6	- 0,5	
3	Frequência	46	231	87	20	6	17	3	410
	Frequência ajustada	2,6	-4,6	1,0	1,9	0,5	4,3	5,1	
4	Frequência	21	255	76	15	5	4	0	376
	Frequência ajustada	-1,8	0,5	0,5	0,8	0,2	- 0, 9	- 0,6	
6	Frequência	31	222	80	5	2	2	0	342
	Frequência ajustada	0,8	- 0,7	2,0	-2,0	-1,1	-1,6	- 0,5	
7	Frequência	24	220	79	18	6	5	0	352
	Frequência ajustada	- 0,8	-1,7	1,5	2,0	0,9	- 0,3	-0,5	
8	Frequência	21	198	54	1	3	5	0	282
	Frequência ajustada	- 0,3	1,3	-0,1	- 2,9	- 0,3	0,2	- 0,5	
9	Frequência	33	285	74	2	2	0	0	396
	Frequência ajustada	0,3	2,4	-0,3	-3,3	-1,4	-2,7	- 0,6	
10	Frequência	13	136	47	2	0	0	0	198
	Frequência ajustada	- 0,7	0,7	1,6	-1,9	-1,6	-1,8	- 0,4	
11	Frequência	13	164	51	1	0	0	0	229
	Frequência ajustada	-1,3	1,7	1,2	-2,5	-1,7	-2,0	- 0,4	

Médicos	Estado Civil								
	$\chi^2= 204,130$ $p=0$								
12	Frequência	15	176	57	13	7	6	0	274
	Frequência ajustada	-1,5	-0,8	0,6	1,4	2,1	0,8	-0,5	
14	Frequência	45	257	51	11	11	4	0	379
	Frequência ajustada	3,0	0,5	-3,0	-0,5	3,1	-0,9	-0,6	
Total	Frequência	316	2661	773	132	49	64	3	3998

Legenda: Estado civil: S= solteiro; C= casado; V= viúvo; D= divorciado; Cb= coabitação; NA= não aplicável; NC= não caracterizado

4.1.2. Volume das 4 doenças

Relativamente ao número de doentes com cada uma das 4 doenças, verifica-se que só para a DM1 é que não há diferenças significativas entre os médicos ($\chi^2=0,216$; $p=0,511$). No Quadro 6, podem-se observar as fontes de heterogeneidade e a sua magnitude. Nesta tabela, por médico, há sempre pelo menos duas células que contribuem significativamente para a diferença, quer pela tendência para apresentar a doença, quer pela tendência para não a apresentar.

QUADRO 6 - Médicos vs indivíduos com doença, para cada doença

Médicos	ASMA		DCIC		DCIS		DM1		DM2		HTAC		HTAS		
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	
1	Frequência	381	82	423	40	447	16	461	2	386	77	321	142	219	244
	Resíduo ajustado	-5,0	5,0	-1,2	1,2	1,6	-1,6	0,9	-0,9	3,6	-3,6	-3,7	3,7	3,1	-3,1
2	Frequência	256	41	281	16	275	22	296	1	241	56	245	52	102	195
	Resíduo ajustado	-1,7	1,7	1,3	-1,3	-2,0	2,0	0,9	-0,9	1,8	-1,8	2,6	-2,6	-2,3	2,3
3	Frequência	327	83	366	44	390	20	406	4	331	79	331	79	163	247
	Resíduo ajustado	-6,4	6,4	-2,9	2,9	0,1	-0,1	-0,4	0,4	2,0	-2,0	2,2	-2,2	-0,4	0,4
4	Frequência	343	33	358	18	348	28	374	2	290	86	251	125	185	191
	Resíduo ajustado	1,4	-1,4	1,9	-1,9	-2,3	2,3	0,6	-0,6	0,2	-0,2	-4,6	4,6	3,5	-3,5
6	Frequência	293	49	291	51	327	15	338	4	267	75	249	93	185	157
	Resíduo ajustado	-2,1	2,1	-5,7	5,7	0,5	-0,5	-0,8	0,8	0,6	-0,6	-1,6	1,6	5,3	-5,3
7	Frequência	322	30	317	35	341	11	349	3	294	58	264	88	116	236
	Resíduo ajustado	1,5	-1,5	-2,1	2,1	1,7	-1,7	-0,1	0,1	3,1	-3,1	-0,6	0,6	-3,1	3,1
8	Frequência	250	32	279	3	280	2	279	3	194	88	209	73	112	170
	Resíduo ajustado	-0,3	0,3	4,1	-4,1	3,4	-3,4	-0,5	0,5	-3,3	3,3	-0,9	0,9	-0,3	0,3
9	Frequência	372	24	384	12	360	36	392	4	278	118	328	68	157	239
	Resíduo ajustado	3,2	-3,2	3,4	-3,4	-4,0	4,0	-0,5	0,5	-3,3	3,3	3,2	-3,2	-0,4	0,4
10	Frequência	191	7	170	28	198	0	198	0	134	64	179	19	46	152
	Resíduo ajustado	3,4	-3,4	-3,9	3,9	3,3	-3,3	1,3	-1,3	-3,1	3,1	4,8	-4,8	-5,1	5,1
11	Frequência	225	4	210	19	222	7	225	4	160	69	204	25	63	166
	Resíduo ajustado	4,6	-4,6	-0,6	0,6	1,4	-1,4	-1,7	1,7	-2,6	2,6	4,7	-4,7	-4,2	4,2
12	Frequência	245	29	262	12	265	9	270	4	206	68	166	108	138	136
	Resíduo ajustado	0,2	-0,2	1,9	-1,9	1,3	-1,3	-1,3	1,3	-0,7	0,7	-6,3	6,3	3,4	-3,4
14	Frequência	358	21	368	11	347	32	378	1	290	89	302	77	141	238
	Resíduo ajustado	3,5	-3,5	3,4	-3,4	-3,3	3,3	1,2	-1,2	-0,1	0,1	1,6	-1,6	-1,5	1,5
Total	Frequência	3563	435	3709	289	3800	198	3966	32	3071	927	3049	949	1627	2371

4.1.3. Autor do diagnóstico das doenças

Relativamente à autoria do diagnóstico, verifica-se que só não existe diferença significativa entre os médicos nos doentes com DM1 ($\chi^2=23,656$ $p=0,216$). A HTAS é a categoria de doença em que maior número de médicos apresenta um número significativamente elevado de diagnóstico feito pelo MF. No entanto, nesta categoria de doença existem quatro médicos, sendo de realçar o médico 7, com uma forte tendência para que o diagnóstico seja feita por “outros médicos”.

Os médicos 9 e 14 apresentam uma tendência significativa para que o diagnóstico seja efectuado pelo MF em todas as categorias de doença. O médico 4 revela uma tendência elevada para desconhecer por quem foi feito o diagnóstico na maioria das categorias de doença.

QUADRO 7 - Médicos vs autor do diagnóstico, para cada doença

Médicos	ASMA $\chi^2=162,811$ $p=0$			DCIC $\chi^2=99,079$ $p=0$			DCIS $\chi^2=66,688$ $p=0$			DM1 $\chi^2=23,656$ $p=0,216$			DM2 $\chi^2=156,038$ $p=0$			HTAC $\chi^2=227,668$ $p=0$			HTAS $\chi^2=461,498$ $p=0$			
	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	
1	Frequência	20	62	0	12	28	0	5	11	0	0	2	0	64	13	0	102	40	0	219	25	0
	Resíduo ajustado	-1,1	3,7	-3,9	-2,8	3,3	-1,2	-2,1	2,4	-0,7	-1,5	1,6	-0,3	0,7	0,0	-1,6	1,5	0,4	-3,6	4,1	-2,9	-3,1
2	Frequência	14	19	8	6	10	0	8	13	1	0	1	0	41	14	1	26	22	4	143	46	6
	Resíduo ajustado	0,7	-1,5	1,2	-1,1	1,4	-0,7	-2,0	1,8	0,6	-1,0	1,1	-0,2	-1,3	1,7	-0,6	-2,5	2,6	0,2	-2,3	2,6	-0,2
3	Frequência	21	37	25	25	16	3	5	14	1	2	1	1	52	18	9	37	23	19	166	57	24
	Resíduo ajustado	-0,9	-2,6	5,0	0,9	-1,4	1,5	-3,0	2,8	0,7	0,0	-0,9	2,7	-3,3	1,5	4,5	-3,8	0,5	6,1	-5,1	2,7	5,8
4	Frequência	10	8	15	4	8	6	16	9	3	2	0	0	62	15	9	74	26	25	122	35	34
	Resíduo ajustado	0,1	-4,0	5,6	-2,5	-0,1	7,6	0,1	-1,0	3,0	1,5	-1,4	-0,3	-2,0	0,2	4,2	-1,8	-1,6	6,0	-5,7	0,5	11,5
6	Frequência	4	43	2	22	29	0	6	9	0	0	4	0	44	30	1	52	41	0	97	60	0
	Resíduo ajustado	-3,5	4,6	-2,0	-1,2	1,7	-1,4	-1,3	1,6	-0,6	-2,1	2,3	-0,4	-4,9	5,6	-0,9	-2,2	4,0	-2,8	-5,8	7,3	-2,4
7	Frequência	2	27	1	16	19	0	4	7	0	2	1	0	29	26	3	34	51	3	136	95	5
	Resíduo ajustado	-2,8	3,8	-1,7	-0,7	1,0	-1,1	-1,4	1,6	-0,5	0,6	-0,5	-0,3	-5,9	5,9	1,0	-5,7	7,0	-1,4	-8,9	10,1	-1,1
8	Frequência	20	8	4	2	1	0	1	1	0	2	1	0	80	7	1	66	3	4	154	15	1
	Resíduo ajustado	4,3	-3,8	-0,1	0,6	-0,4	0,3	-0,2	0,3	-0,2	0,6	-0,5	-0,3	2,7	-2,3	-1,1	4,6	-4,5	-0,6	3,7	-2,9	-2,1
9	Frequência	13	11	0	10	2	0	32	4	0	4	0	0	117	1	0	63	3	2	228	11	0
	Resíduo ajustado	2,7	-1,2	-2,0	2,3	-2,1	-0,6	4,3	-4,0	-1,1	2,1	-2,0	-0,4	5,5	-5,0	-2,1	4,8	-4,3	-1,4	6,4	-5,4	-3,0
10	Frequência	7	0	0	22	6	0	1	6	0	2	2	0	59	4	1	17	1	1	144	5	3
	Resíduo ajustado	4,1	-3,1	-1,0	3,1	-2,7	-1,0	-2,3	2,5	-9,4	0,0	0,1	-0,4	2,5	-2,3	-0,7	2,2	-2,1	-0,3	4,8	-4,6	-1,0
11	Frequência	0	2	2	10	9	0	5	4	0	1	3	0	56	12	1	10	12	3	131	32	3
	Resíduo ajustado	-1,3	-0,3	2,2	0,2	0,1	-0,8	-0,1	0,2	-0,5	-1,1	1,2	-0,4	0,2	0,1	-0,8	-2,8	2,4	0,9	-0,3	0,8	-1,2
12	Frequência	6	22	1	8	4	0	29	3	0	1	0	0	57	9	2	76	27	5	115	20	1
	Resíduo ajustado	-1,1	2,1	-1,6	1,1	-0,9	0,6	4,2	-4,0	-1,0	1,0	-1,0	-0,2	0,8	-0,8	0,0	1,0	-0,4	-1,1	1,5	-0,7	-1,8
14	Frequência	11	10	0	10	1	0	29	3	0	1	0	0	82	7	0	71	4	2	234	1	3
	Resíduo ajustado	2,4	-0,9	-1,8	2,7	-2,5	0,6	4,2	-4,0	-1,0	1,0	-1,0	-0,2	3,0	-2,4	-1,8	5,0	-4,4	-1,6	7,5	-7,2	-1,9
Total		128	249	58	147	133	9	112	81	5	16	15	1	743	156	28	628	253	68	1889	402	80

MF= Médico de Família; O= Outro; NS=Não Sabe

4.1.4. Comorbilidade das 4 doenças crónicas

QUADRO 8 - Número de problemas por doente vs médicos

Número de problemas	Médicos ($\chi^2=1165,368$ $p=0$)													Total
	1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	14		
1	Frequência	1	12	23	5	12	14	8	32	3	16	5	4	135
	Resíduo ajustado	-4,0	0,7	2,6	-2,3	0,1	0,7	-0,5	5,5	-1,5	3,1	-1,5	-2,6	
2	Frequência	12	21	33	28	20	20	17	69	2	34	9	12	277
	Resíduo ajustado	-3,9	0,1	0,9	0,4	-0,8	-1,0	-0,6	8,7	-3,4	4,9	-2,5	-3,0	
3	Frequência	27	39	39	42	21	33	25	109	22	58	12	23	450
	Resíduo ajustado	-3,9	1,1	-1,2	-0,1	-3,1	-1,2	-1,3	10,8	-0,1	6,9	-3,7	-3,4	
4	Frequência	35	57	51	64	28	48	32	102	30	53	29	61	590
	Resíduo ajustado	-4,6	2,2	-1,4	1,3	-3,6	-0,6	-1,7	6,5	0,2	3,7	-2,0	0,8	
5	Frequência	44	51	45	60	32	45	53	50	29	31	38	63	541
	Resíduo ajustado	-2,7	1,9	-1,6	1,4	-2,4	-0,4	2,7	-0,6	0,5	0,0	0,2	1,8	
6	Frequência	38	33	49	65	51	43	54	22	36	17	28	57	493
	Resíduo ajustado	-2,9	-0,7	-0,2	3,1	1,5	-0,1	3,6	-4,3	2,6	-2,3	-1,1	1,7	
7	Frequência	47	29	35	40	44	37	35	9	28	7	33	51	395
	Resíduo ajustado	0,2	-0,1	-1,0	0,5	1,9	0,4	1,5	-5,3	2,1	-3,6	1,2	2,5	
8	Frequência	53	27	42	41	45	47	30	0	17	5	32	46	385
	Resíduo ajustado	1,4	-0,3	0,4	0,9	2,3	2,5	0,6	-6,8	-0,5	-3,9	1,2	1,7	
9	Frequência	51	10	33	16	21	18	10	3	10	5	27	25	229
	Resíduo ajustado	5,2	-1,8	2,1	-1,3	0,3	-0,5	-1,6	-4,5	-0,4	-2,4	3,0	0,8	
10	Frequência	35	9	15	9	21	12	7	0	9	2	25	23	167
	Resíduo ajustado	3,9	-1,0	-0,6	-1,8	1,9	-0,8	-1,5	-4,4	0,3	-2,6	4,2	1,9	
11	Frequência	35	4	15	4	18	11	5	0	7	1	16	8	124
	Resíduo ajustado	5,9	-1,8	0,7	-2,4	2,4	0,0	-1,3	-3,8	0,4	-2,4	2,7	-1,2	
12	Frequência	28	4	17	2	9	9	3	0	3	0	6	4	85
	Resíduo ajustado	6,2	-1,0	3,0	-2,3	0,7	0,6	-1,3	-3,1	-0,6	-2,3	0,1	-1,5	
13	Frequência	25	1	5	0	6	4	2	0	0	0	1	0	44
	Resíduo ajustado	9,4	-1,3	0,2	-2,1	1,2	0,1	-0,7	-2,2	-1,5	-1,6	-1,2	-2,2	
14	Frequência	15	0	4	0	4	5	0	0	2	0	4	1	35
	Resíduo ajustado	5,8	-1,7	0,2	-1,9	0,6	1,1	-1,6	-2,0	0,2	-1,5	1,1	-1,3	
15	Frequência	7	0	1	0	4	4	1	0	0	0	6	1	24
	Resíduo ajustado	2,7	-1,4	-1,0	-1,6	1,4	1,4	-0,6	-1,6	-1,1	-1,2	3,5	-0,9	
16	Frequência	4	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1	0	10
	Resíduo ajustado	2,8	-0,9	1,0	-1,0	2,4	-1,0	-0,9	-1,0	-0,7	-0,8	0,4	-1,0	
17	Frequência	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5
	Resíduo ajustado	3,4	-0,6	-0,8	-0,7	2,5	-0,7	-0,6	-0,7	-0,5	-0,6	-0,6	-0,7	
18	Frequência	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
	Resíduo ajustado	4,0	-0,6	-0,7	-0,6	-0,6	1,1	-0,6	-0,7	-0,5	-0,5	-0,5	-0,6	
19	Frequência	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	2	0	5
	Resíduo ajustado	-0,8	-0,6	0,7	-0,7	0,9	0,9	-0,6	-0,7	-0,5	-0,6	2,9	-0,7	
	Total	463	297	410	376	342	352	282	396	198	229	274	379	3998

Há diferenças significativas no número de problemas entre médicos mas, como se pode observar no Quadro 8, essas diferenças têm origem em células distintas. Nos extremos da diversidade existem dois grupos: médicos que revelam uma tendência acentuada para ter doentes com 9 problemas e não terem doentes com 1 a 4 problemas e outros médicos que têm tendência para terem doentes só com 1 problema.

4.2. Comparação das partições de médicos por SRS

4.2.1. Características sociodemográficas

Comparando as populações por SRS no respeitante às características sociodemográficas, observa-se que só não existem diferenças significativas no respeitante à variável sexo ($\chi^2=0,214$ $p=0,644$), existindo porém diferenças significativas entre os agrupamentos, relativamente às restantes variáveis: idade ($\chi^2=32,065$ $p=0$), raça ($\chi^2= 68,649$ $p=0$), escolaridade ($\chi^2= 418,861$ $p=0$), situação profissional ($\chi^2=92,177$ $p=0$), estado civil ($\chi^2=41,077$ $p=0$), tipo de família ($\chi^2=68,988$ $p=0$) e funcionalidade familiar ($\chi^2=292,321$ $p=0$).

Como se pode verificar no Quadro 9, mediante a análise dos resíduos, no agrupamento de doentes das listas dos médicos que exercem clínica na SRS de Lisboa, há significativamente mais doentes nas classes etárias dos 15-24 e 25-44 anos, e em Beja, claramente, mais pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 84 anos. No agrupamento de doentes da SRS de Lisboa, encontra-se maior número de doentes de raça negra e indiana e com o estado civil divorciado (Quadro 10) e na partição de Beja mais doentes analfabetos, reformados e a viverem em condições insalubres. (Quadros 11 e 12).

No agrupamento de doentes da SRS de Lisboa, observa-se mais famílias alargadas e reconstruídas comparativamente com a SRS de Beja onde há expressivamente mais famílias nucleares (Quadro 13). Na partição de Lisboa existem mais habitações salubres e os médicos têm significativamente mais famílias “não caracterizadas” quanto à funcionalidade familiar e às condições habitacionais (Quadros 12 e 13).

QUADRO 9 - Partição por SRS vs idade

SRS	Classes etárias								
	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75-84	≥85	Total
	$\chi^2= 32,065$ $p=0$								
Lisboa									
Frequência	0	41	41	186	726	695	431	120	2240
Resíduo ajustado	-1,1	2,1	1,6	2,8	1,7	-2,0	-3,4	1,7	
Beja									
Frequência	1	18	21	105	525	598	416	74	1758
Resíduo ajustado	1,1	-2,1	-1,6	-2,8	-1,7	2,0	3,4	-1,7	
Total Frequência	1	59	62	291	1251	1293	847	194	3998

QUADRO 10 - Partição por SRS vs sexo, raça e estado civil

SRS	Sexo		Raça/Etnia						Estado civil					
	$\chi^2=0,214$ $p=0,644$		$\chi^2=68,649$ $p=0$						$\chi^2=41,077$ $p=0$					
	F	M	B	C	I	N	O	S	C	V	D	Cb	NA	NC
Lisboa														
Frequência	1335	905	2133	3	20	83	1	176	1445	439	102	26	49	3
Resíduo ajustado	0,5	-0,5	-8,1	0,8	3,0	7,6	-0,2	-0,1	-3,1	0,5	5,0	-0,4	3,3	1,5
Beja														
Frequência	1035	723	1750	1	3	3	1	140	1216	334	30	23	15	0
Resíduo ajustado	-0,5	0,5	8,1	-0,8	-3,0	-7,6	0,2	0,1	3,1	-0,5	-5,0	0,4	-3,3	-1,5
Total														
Frequência	2370	1628	3883	4	23	86	2	316	2661	773	132	49	64	3

Legenda:Sexo: F= feminino; M= masculino Raça/etnia: B= branca; C= cigana; I= indiana; N= negra; O= outra Estado civil: S= solteiro; C= casado; V= viúvo; D= divorciado; Cb= coabitação; NA= não aplicável; NC= não caracterizado

QUADRO 11 - Partição por SRS vs escolaridade

SRS	Escolaridade										
	An	LE	Pe	Prm	Prp	Bás	Sec	Prof	Sup	NA	NC
	$\chi^2=418,861$ $p=0$										
Lisboa											
Frequência	264	116	8	1147	73	90	235	126	111	59	11
Resíduo ajustado	-16,7	-4,5	1,1	5,4	-0,8	1,5	9,4	6,9	4,1	2,9	2,9
Beja											
Frequência	591	154	3	750	65	55	49	25	43	23	0
Resíduo ajustado	16,7	4,5	-1,1	-5,4	0,8	-1,5	-9,4	-6,9	-4,1	-2,9	-2,9
Total Frequência	Count	270	11	1897	138	145	284	151	154	82	11

Legenda: An= analfabeto; LE= Lê e escreve; Pe =Pré escolar; Prm= primária; Prp= preparatória; Bás= básica; Sec= secundária; Prof= profissional; Sup= superior; NA= não aplicável; NC= não caracterizado

QUADRO 12 - Partição por SRS vs situação profissional e condições de habitação

SRS	Situação profissional $\chi^2=92,177$ p=0							Cond. Habitação $\chi^2=87,224$ p=0		
	Tactiv	Des	Ref	Dom	Est	Osit	NA	Sal	Insal	NC
Lisboa										
Frequência	750	50	1110	241	56	19	13	2169	38	33
Resíduo ajustado	4,7	3,1	-9,0	5,4	1,6	1,3	0,5	6,5	-8,8	3,2
Beja										
Frequência	468	17	1121	104	31	9	8	1621	129	8
Resíduo ajustado	-4,7	-3,1	9,0	-5,4	-1,6	-1,3	-0,5	-6,5	8,8	-3,2
Total Frequência	1218	67	2231	345	87	28	21	3790	167	41

Legenda: Tactiv= trabalhador activo; Des= Desempregado; Ref=Reformado; Dom= Doméstica; Est= Estudante; OSit.= Outra situação; NA= Não aplicável; Sal= salubre; Insal= Insalubre; NC= Não caracterizado

QUADRO 13 - Partição por SRS vs tipo de família e funcionalidade familiar

SRS	Tipo de família $\chi^2=68,988$ p=0							Funcionalidade familiar $\chi^2=292,321$ p=0					
	N	U	A	M	R	O	NC	FS	F	D	SD	NC	NA
Lisboa													
Frequência	1340	363	244	110	77	102	4	396	808	301	122	230	383
Resíduo ajustado	-5,8	-1,0	6,3	1,7	2,6	3,0	1,1	-9,4	6,0	-5,8	3,1	13,1	-1,2
Beja													
Frequência	1208	305	93	67	36	48	1	533	476	356	60	7	326
Resíduo ajustado	5,8	1,0	-6,3	-1,7	-2,6	-3,0	-1,1	9,4	-6,0	5,8	-3,1	-13,1	1,2
Total Frequência	2548	668	337	177	113	150	5	929	1284	657	182	237	709

Legenda: N=Nuclear; U=Unitária; A=Alargada; M=Monoparental; R=Reconstituída; O=Outra; F=Funcional; SF=Supostamente funcional; D=Disfuncional; SD=Supostamente disfuncional; NC=Não caracterizada; NA=Não aplicavel

4.2.2. Volume das doenças por SRS

Na comparação entre as duas partições por SRS (Quadro 14), não se observam diferenças significativas no volume de doenças, quer para a doença cardíaca isquémica sem angina ($p=0,876$), quer para a diabetes tipo 1 ($p=0,490$), existindo, no entanto, diferenças significativas para o número de indivíduos com as restantes doenças. Mediante a análise de resíduos verifica-se uma tendência elevada para haver mais indivíduos com DM2 e com HTAS em Beja e mais indivíduos com Asma, DCIC e HTAC em Lisboa.

QUADRO 14 - Partição por SRS vs indivíduos com doença, para cada doença

SRS	Doenças													
	ASMA $\chi^2=57,767$ $\rho=0$		DCIC $\chi^2=26,806$ $\rho=0$		DCIS $\chi^2=0,024$ $\rho=0,876$		DM1 $\chi^2=0,476$ $\rho=0,490$		DM2 $\chi^2=44,525$ $\rho=0$		HTAC $\chi^2=12,544$ $\rho=0$		HTAS $\chi^2=14,359$ $\rho=0$	
Local	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Lisboa	1922	318	2036	204	2128	112	2224	16	1809	431	1661	579	970	1270
Resíduo ajustado	-7,6	7,6	-5,2	5,2	-0,2	0,2	0,7	-0,7	6,7	-6,7	-3,5	3,5	3,8	-3,8
Beja	1641	117	1673	85	1672	86	1742	16	1262	496	1388	370	657	1101
Resíduo ajustado	7,6	-7,6	5,2	-5,2	0,2	-0,2	-0,7	0,7	-6,7	6,7	3,5	-3,5	-3,8	3,8
Total	3563	435	3709	289	3800	198	3966	32	3071	927	3049	949	1627	2371

4.2.3. Autor do diagnóstico por SRS

Como se verifica no Quadro 15, há diferenças significativas, nos dois agrupamentos de doentes, relativamente ao autor de diagnóstico para cada uma das doenças, excepto para a diabetes tipo 1. De um modo geral, observa-se uma tendência elevada para os diagnósticos serem efectuados por “Outros”, no grupo de Lisboa, e pelos MF, no grupo de Beja.

QUADRO 15 - Partição por SRS vs autor do diagnóstico, para cada doença

SRS	Autor do Diagnóstico																				
	ASMA			DCIC			DCIS			DM1			DM2			HTAC			HTAS		
	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS	MF	O	NS
Lisboa																					
Frequência	71	196	51	85	110	9	44	63	5	6	9	1	292	116	23	325	203	51	883	318	69
Resíduo ajustado	-5,4	3,1	2,7	-4,8	4,2	2,0	-5,6	5,0	2,0	-1,4	1,1	1,0	-8,8	7,7	3,8	-8,2	7,3	2,5	-13,2	11,3	6,0
Beja																					
Frequência	57	53	7	62	23	0	68	19	0	10	6	0	451	40	5	303	50	17	1006	84	11
Resíduo ajustado	5,4	-3,1	-2,7	4,8	-4,2	-2,0	5,6	-5,0	-2,0	1,4	-1,1	-1,1	8,8	-7,7	-3,8	8,2	-7,3	-2,5	13,2	-11,3	-6,0
Total	128	249	58	147	133	9	112	81	5	16	15	1	743	156	28	628	253	68	1889	402	80

4.2.4. Comorbilidade total das 4 doenças crónicas por SRS

Entre os dois agrupamentos da população de doentes por SRS existem diferenças significativas relativamente à comorbilidade total ($\chi^2=157,108$ $p=0$). Na partição de Lisboa, o número médio de problemas crónicos de saúde é de 6,45 e em Beja é de 5,35.

Como se observa no Quadro 16, no grupo de doentes de Lisboa existe uma tendência significativa para não haver indivíduos com 2, 3, 4 e 5 problemas, mas para haver com 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16 ou 17 doenças. Na partição de Beja, verifica-se quase o oposto existindo significativamente mais casos com 2, 3, 4 ou 5 doenças e menos casos 11, 12, 13, 14, 16 e 17 problemas.

QUADRO 16 - Partição por SRS vs número de doenças

SRS	Número de doenças																			Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Lisboa																				
Frequência	67	134	201	283	277	279	232	255	149	101	87	69	41	28	16	9	5	4	3	2240
Resíduo ajustado	-1,5	-2,7	-5,2	-4,3	-2,4	0,3	1,1	4,2	2,8	1,2	3,2	4,7	5,0	2,9	1,1	2,2	2,0	1,8	0,2	
Beja																				
Frequência	68	143	249	307	264	214	163	130	80	66	37	16	3	7	8	1	0	0	2	1758
Resíduo ajustado	1,5	2,7	5,2	4,3	2,4	-0,3	-1,1	-4,2	-2,8	-1,2	-3,2	-4,7	-5,0	-2,9	-1,1	-2,2	-2,0	-1,8	-0,2	
Total	135	277	450	590	541	493	395	385	229	167	124	85	44	35	24	10	5	4	5	3998

5 - Discussão e conclusões

Os agrupamentos de doentes por médico diferem significativamente em todas as variáveis sociodemográficas, classe etária, etnia/raça, estado civil, escolaridade, situação profissional, condições de habitação, tipo de família, funcionalidade familiar, excepto no respeitante ao género. O mosaico policromático de diferenças poderá ser explicado, eventualmente, quer por características da população abrangida pelo CS, quer por características ligadas aos médicos (número de anos a exercer no local, ano de início de actividade, conhecimento dos doentes, modelo de prática, envolvimento no ensino pós-graduado, etc.).

Nos dois agrupamentos feitos por SRS também se encontram múltiplas diferenças na caracterização sociodemográfica. A existência de mais pessoas de raça negra e indiana, de maior número de pessoas com o estado civil de divorciadas ou de mais famílias alargadas, reconstruídas e “outras” a viverem em habitações salubres no agrupamento de Lisboa comparativamente com o grupo de doentes de Beja, constituído por mais pessoas analfabetas e reformadas, pode ser explicada pela preferência demonstrada pela população para se concentrar nas regiões litorais sobretudo no distrito de Lisboa, com o conseqüente processo de desertificação, envelhecimento e baixo nível de desenvolvimento das zonas interiores, em particular da região do Alentejo^{9,10}. Este desenvolvimento do litoral conduz, por um lado, à migração das gerações mais velhas do interior para o litoral, sobretudo em situações de viuvez, para viverem junto dos filhos casados em Lisboa originando famílias alargadas e, por outro, ao aparecimento de novas formas de família (casais de homossexuais, amigos, irmãos, etc.).

Na partição de Lisboa há mais famílias “não caracterizadas” quanto à funcionalidade familiar e às condições habitacionais. O desconhecimento da caracterização destas variáveis pode ter diversas explicações. O local de residência dos médicos e utentes em Lisboa é, frequentemente, fora do perímetro geográfico abrangido pelo CS onde trabalham ou onde são assistidos e existe uma tipologia habitacional que favorece o isolamento social. A proximidade gera conhecimento e nas grandes cidades o encontro médico-doente ocorre, em geral, exclusivamente, dentro do gabinete médico. Nas regiões com menor densidade populacional existe um conhe-

cimento mais alargado dos elementos que habitam na comunidade, sendo este conhecimento ainda maior quando o médico habita na localidade onde trabalha¹¹. No entanto, a omissão na caracterização destas variáveis poderá também ser devida a inscrições unipessoais em vez de familiares ou a um menor trabalho em equipa e a um menor apoio administrativo.

A tendência para haver mais indivíduos com HTAS e DM2 em Beja e mais indivíduos com HTAC, DCIC e Asma em Lisboa pode estar relacionada com factores de carácter ambiental, com factores culturais e de estilos de vida, assim como com uma maior acessibilidade a recursos de saúde em Lisboa. Estudos que seguiram procedimentos clínicos uniformes confirmaram existir diferenças genuínas no risco para hipertensão arterial e doença cardíaca isquémica¹² e asma¹³ entre áreas urbanas e rurais de um mesmo país. As diferenças observadas poderão também estar ligadas a factores descritos, frequentemente, como determinantes na génese destas doenças crónicas, como sejam os níveis de exercício físico, a obesidade, os aspectos sócio-económicos, a poluição, o peso ao nascer, a ingestão de ácidos gordos saturados, os antioxidantes e o consumo de tabaco^{14,15}. As comparações internacionais sobre taxas de mortalidade de doença cardíaca isquémica revelam existir diferenças óbvias entre países e dentro do mesmo país¹². O mesmo acontece para a diabetes¹⁷ e a asma¹³. Nos estudos de morbilidade, embora escassos^{17,18}, verifica-se o mesmo fenómeno. São também reconhecidos em Portugal^{19,20} diversos gradientes na morbi-mortalidade, não se percebendo na maioria das vezes as razões dessas diferenças.

Com excepção da DM1, também foram encontradas diferenças significativas entre médicos relativamente ao volume de cada uma das doenças. Esta situação pode estar relacionada com as diferenças encontradas na caracterização sócio-demográfica destes doentes já anteriormente referida, e com a capacidade de diagnóstico e de registo do médico, sendo que esta capacidade de diagnóstico e de registo pode por sua vez ser influenciada, não só pela competência técnico-científica, mas também pelo modo de organização dos serviços de saúde, pelo recurso a exames complementares de diagnóstico e pela possibilidade de consultar outros profissionais.

As diferenças na população e nos contextos e práticas do exercício poderão também explicar as variações regionais entre médicos no respei-

tante ao número médio de problemas por paciente, assim como à autoria dos diagnósticos. Na partição da SRS de Lisboa o número médio de problemas é de 6,45 e na partição da SRS de Beja é de 5,35, verificando-se existirem médicos com tendência acentuada para identificarem muitos problemas (≥ 9) e médicos com tendência acentuada para identificarem menos problemas (1 a 4). Os médicos da SRS de Lisboa apresentam tendência elevada para que o diagnóstico dos doentes seja referido como pertencendo a “Outros” ou por não saberem quem o fez, enquanto os médicos da SRS de Beja apresentam uma forte tendência para que o diagnóstico seja feito pelo MF.

Relativamente à autoria do diagnóstico, é possível que os médicos envolvidos no estudo tenham atribuído a outros médicos todos os diagnósticos de doença efectuados há mais de 20 anos, dado não existir, nessa altura, a carreira de Clínica Geral. Os diagnósticos efectuados em data anterior ao início de funções do actual médico de família, quando não registados, poderão ter levado a que o médico se tenha socorrido da informação dada pelo doente. Este facto, juntamente com a idade dos doentes, eventualmente, terá interferido no número de registos na categoria “Outros” ou “Não Sabe”.

O número de problemas crónicos identificados em cada doente é condicionado pela capacidade de diagnóstico de cada médico, pelo modelo de cuidados prestados e pela cultura médica²¹ e dos cidadãos. Podem existir diferenças de estilo de vida entre regiões²² e podem existir factores sociais que influenciem a forma como os doentes percebem o seu estado de saúde²³. A acessibilidade e a organização dos serviços de saúde também podem condicionar o volume de doenças detectado. O menor número de problemas identificados e a tendência elevada para o diagnóstico ser feito pelos MF no agrupamento da SRS de Beja podem traduzir um maior isolamento dos MF e menor acesso a outros recursos de apoio. Por outro lado, os médicos envolvidos no ensino pós-graduado, com internos do Internato Complementar de Clínica Geral a trabalhar a seu lado, poderão dar maior ênfase à globalidade dos problemas apresentados pelo doente e ser mais cuidadosos no seu registo.

Certamente que algumas destas diferenças podem ser explicadas pelo problema da variabilidade diagnóstica entre médicos²⁴. No entanto, estas diferenças podem ter uma origem genética, serem influenciadas por factores que actuam muito precocemente ou mais tardiamente no ciclo de vida ou serem produto de uma combinação que actua ao longo da vida^{14,15}. A resposta adequada a estas dúvidas pressupõe, naturalmente, a condução de estudos dirigidos à caracterização mais detalhada da população e a comparações padronizadas.

Para além de saber as causas das diferenças, importa também perceber, como defendem alguns autores²⁵, as repercussões que estas podem ter no processo e nos resultados dos cuidados prestados. Neste sentido, e apesar do estudo ser descritivo e exploratório, julgamos que os resultados apurados têm diversas implicações. As variações encontradas na caracterização sociodemográfica, quer nas partições por médico, quer por sub-região, poderão explicar as diferenças no volume das doenças-índice e no peso da comorbilidade²³⁻²⁷. O conjunto das diferenças agora observadas poderá levar a compreender a variedade nalguns indicadores de desempenho divulgados pelas Administrações de Saúde, nomeadamente no respeitante ao número de consultas, tipo e custos de prescrição, volume de doentes hipertensos e diabéticos controlados²⁸. Para Hofer²⁹ as diferenças entre perfis de prática médica são sempre mais devidos a factores ligados aos pacientes do que aos médicos, não se devendo nunca comparar perfis, nomeadamente de prescrição, sem que previamente se tenha feito pelo menos uma avaliação da fidedignidade dos mesmos.

Deste modo, a interpretação de variações em indicadores de processo, como os anteriormente referidos, sem que se comparem, previamente, esses dados com grupos de controlo ajustados para algumas das variáveis que possam explicar as diferenças (idade, escolaridade, tipo de família ou suporte familiar, nível sócio-económico, comorbilidade), é uma actividade de gestão em saúde que pode conduzir a interpretações e decisões desadequadas.

Em conclusão, as partições por médico e as partições por SRS (Lisboa e Beja) apresentam diferenças significativas quanto às características sócio-demográficas dos doentes, ao volume das doenças crónicas índice, à autoria do diagnóstico e ao peso da comorbilidade destas doenças. Os resulta-

dos encontrados confirmam a percepção de que os “nossos doentes não são iguais” e acrescentam novos dados à informação sobre perfis, alertando para o facto de não se dever comparar indicadores de desempenho sem prévio ajustamento de indicadores de risco.

III. Referências Bibliográficas

1. Hasler J. The very stuff of general practice: MacKenzie lecture. *J R Coll Gen Pract.* 1985;35:121-7.
2. Rose AT. Chronic illness in general practice. *Fam Pract.* 1984;1:162-7.
3. Wun YT, Chan K, Lee A. Co-morbidity in general practice. *Fam Pract.* 1998;15(3):266-8.
4. Schellevis FG, van der Velden J, van de Lisdonk E, van Eijk JT, van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:469-73.
5. Macleod U, Mitchell E, Black M, Spence G. Comorbidity and socio economic deprivation: an observational study of the prevalence of comorbidity in general practice. *Eur J Gen Pract.* 2004;10:24-6.
6. Horsfield P, Teasdale S. Generating information from electronic patient records in general practice: a description of clinical care and gender inequalities in coronary heart disease using data from over two million patient records. *Inform Prim Care.* 2003;11(3):137-44.
7. Neville RG, Hoskins G, Smith B, Clark RA. Observations on the structure, process and clinical outcomes of asthma care in general practice. *Br J Gen Pract.* 1996;46(411):583-7.
8. Aveyard P. Assessing the performance of general practices caring for patients with asthma. *Br J Gen Pract.* 1997;47(420):423-6.
9. Fonseca PA. Índices de desenvolvimento concelhio. *Revista de Estatística [periódico na Internet].* 2002 [consultado em 2004 Nov 2]; 2º Quad(27): [34 p.]. Disponível em: URL:http://www.ine.pt/prodserv7estudos/pdf/rn_art1_q2_2002_b.pdf.
10. INE [consultado em 2004 Jul 12]. Disponível em: URL:<http://www.ine.pt/prodeserv/quadros/008/218/006/xls/01503001.xls>
11. Nunes B. A clínica geral rural e urbana: diferenças e semelhanças. *Rev Port Clín Geral.* 1998;15:47-57.
12. Sans S, KesteloØT H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *European Heart J.* 1997;18(12):1231-48.

13. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. Global burden of asthma: global initiative for asthma [monografia na Internet]. [s.l.]: GINA; 2004 [consultado em 2004 Jul 12]. Disponível em: URL:<http://www.ginasthma.com>.
14. Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editors. Chronic disease epidemiology and control. Washington, DC: American Public Health Association; 1993.
15. Kuh D, Ben-Shlomo Y. Life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1997.
16. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1047-53.
17. Golblett P, Robbins K. Evidence on disease prevalence across practices. Confederation [monografia na Internet]. Department of Health & NHS 2003.[consultado em 2004 Jul 12]. Disponível em: URL:<http://www.wales.uk/sites/documents/480/ACF9122.pdf>
18. General Practice Statistics and Classification Unity. General Practice Activity in Australia 2003-2004 [consultado em 2004 Jul 30]. Disponível em:URL:<http://www.aihv.gov.au/publications/index.cfm//title/10079>
19. Dias JA. Évora e Beja: vizinhos, mas...diferentes! Gradientes na morbi-mortalidade e determinantes a nível distrital. *Rev Port de Saúde Pública*. 1994;12(3):33-48.
20. Rabiais S, Branco MJ, Falcão JM. Atlas de mortalidade por doenças não neoplásicas em Portugal, 1999-2001. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2004.
21. William BC, Philbrick JT, Becker DM, McDermott A, Davis RC, Buncher PC. A patient-based system for describing ambulatory medicine practices using diagnostic clusters. *J Gen Inter Med*. 1991;6(1):57-63.
22. Diehr P, Koepsell T, Cheadle A, Psaty BM, Wagner E, Curry S. Do communities differ in health behaviors? *J Clin Epidemiol*. 1993;46(10):1141-9.
23. Giraldes MR. Morbilidade e nível sócio-económico em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 1996;14(1):23-30.
24. Crombie DL, Cross KW, Fleming DM. The problem of diagnostic variability in general practice. *J Epidemiol Community Health*. 1992;46(4):447-54.

25. Au DH, McDonell MB, Martin DC, Fihn SD. Regional variations in health status. *Med Care*. 2001;39(8):879-88.
26. Breeze E, Fletcher AE, Leon DA, Marnot MG, Clarke RJ. Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self reported morbidity in a 29 year follow-up of the Whitehall study. *Am J Public Health*. 2001;91(2):277-83.
27. Kassiner JP. The use and abuse of practice profiles. *N Eng J Med*. 1994;330:634-6.
28. Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II- advantages, disadvantages and practicabilities. *BMJ* 2001;323:607-10.
29. Hofer TP, Hayward BA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *JAMA*. 1999;281(12):2098-105.

IV. Contributos para o Futuro

« Pour prendre sens le mot a besoin du texte qui est son propre contexte
et le texte a besoin du contexte où il s`énonce. »

Edgar Morin¹

Nos capítulos anteriores demonstrou-se que o fenómeno da comorbidade nos quatro problemas de saúde crónicos é frequente, a sua expressão diversa e o seu leque abrangente. Agora, neste capítulo, procura-se realçar a utilidade e a relevância dos resultados alcançados, descrevendo algumas das implicações possíveis no desenvolvimento da profissão e da disciplina de Medicina Geral e Familiar.

1 - Conclusões

Os trabalhos efectuados levaram-nos do domínio da opinião para o domínio dos achados empíricos, sendo que os resultados obtidos adicionam alguma novidade à evidência já escrita e perspectivam um caminho para o futuro. A informação relevante para a profissão e para o desenvolvimento da disciplina é a seguinte:

- A idade associa-se a um maior número de problemas em simultâneo, sobretudo a partir dos 65 anos.

- Nos doentes estudados é comum a ocorrência de 6 ou mais problemas.

- O leque de problemas presentes distribui-se por todos os capítulos da ICPC2, sendo que 58,5% se reportam ao aparelho músculo-esquelético e aos sistemas endócrino-metabólico e circulatório.

- A osteoartrose, a obesidade/excesso de peso, as alterações do metabolismo lipídico, as perturbações depressivas e de ansiedade, os erros de refração e as veias varicosas das pernas abrangem 50,2% de todos os problemas identificados nestes doentes.

- Os indivíduos estudados agrupam-se em 4 conjuntos homogêneos, mutuamente exclusivos:

1) indivíduos com asma e outras doenças;

2) indivíduos com HTA;

3) indivíduos com diabetes, alterações do metabolismo lipídico e obesidade;

4) indivíduos com 12 entidades distribuídas por 5 capítulos da ICPC2, erro de refração, veias varicosas das pernas, síndrome da coluna cervical, síndromes da coluna sem irradiação de dores, síndrome vertebral com irradiação de dores, osteoartrose do joelho, outras osteoartroses, osteoporose, distúrbio ansioso/estado de ansiedade, perturbações depressivas, excesso de peso e doença cardíaca isquémica;

- A associação mais frequente, entre as 4 doenças índice, é HTA+DM. Esta associação está presente em 20,6% dos doentes com HTA e em 71,5% dos doentes com DM e tem uma tendência significativa para aparecer entre os 65-84 anos, sendo preponderante no sexo masculino.

- A associação de doenças-índice que mais se relaciona com um número elevado de outros problemas de saúde crónicos é a HTA+DM+DCI.

- O tempo médio de duração da primeira doença para a HTA, DM e DCI é de 11,37 anos e para a Asma é de 20 anos.

- O tempo de duração da DM e HTA enquanto primeiras doenças é um factor preditivo do intervalo de tempo até qualquer uma delas ou a DCI surgirem como segundas ou terceiras doenças. O tempo de duração da Asma é também factor preditivo do intervalo de tempo com que surge HTA como segunda doença.

- Identificaram-se algumas características sociodemográficas como potenciais determinantes de comorbilidade e consequentemente, os grupos mais vulneráveis, sendo o leque de problemas tanto maior quanto mais idosos e mais “desprotegidos” são os doentes (os que vivem sozinhos, os analfabetos, os reformados, os que vivem em famílias disfuncionais).

- Identificaram-se várias diferenças entre os doentes por médico e por SRS. Quer entre médicos quer entre SRS existem diferenças significativas relativamente às características sociodemográficas (idade, etnia/raça, escolaridade, estado civil, situação profissional, e funcionalidade familiar), ao volume das diferentes categorias das 4 doenças, à autoria do diagnóstico e ao número de problemas crónicos de saúde coexistentes.

2 - Implicações para o exercício da profissão

2.1. Método de consulta, gestão da complexidade e relação entre MF e outros especialistas

Apesar de muitos dos aspectos relacionados com a comorbilidade das doenças crónicas continuarem ainda a fazer parte de uma “caixa negra”², os resultados agora obtidos mostram que 96% dos doentes estudados apresentam em simultâneo outras doenças crónicas, sendo 6 a média de problemas por doente. Os problemas de saúde crónicos coexistentes abrangem um vasto leque de situações de natureza orgânica e psicológica, atingindo uma população envelhecida com baixa escolaridade. Esta situação,

quer pela dificuldade em adequar agendas, quer pelo cenário de interesses antagônicos que proporciona, faz com que os Médicos de Família tenham que assumir o papel de gestores da complexidade³, num ambiente onde o tempo parece ser um bem escasso e os doentes aumentam.

A comorbidade nestes doentes e os factores sócio-demográficos associados (idade avançada, baixa escolaridade, escasso apoio familiar, situação profissional de reformado, isolamento) têm, certamente, implicações na utilização dos serviços de saúde, em particular no número e no tempo das consultas, tornando pouco eficaz o método de consulta centrado numa doença, mesmo quando esta é na agenda do doente o principal problema. O MF na consulta a um doente com vários problemas coexistentes terá que ser capaz de:

(I) responder às expectativas do doente fazendo perguntas desbloqueadoras de modo a pôr a descoberto receios e modelos de doença;

(II) usar metáforas na comunicação de molde a criar um terreno comum de confiança com o doente;

(III) integrar a experiência clínica individual na evidência clínica disponível;

(IV) tomar decisões num mar de ambiguidades e incertezas, pondo ordem no caos das escolhas possíveis e hierarquizando prioridades;

(V) produzir soluções eficientes, robustas, criativas e originais em cada episódio de cuidados;

(VI) extrair ensinamentos possíveis de aplicar em próximos encontros. Nestes doentes, o Médico de Família terá sempre que encontrar um padrão de intervenção dirigido.

O seguimento de doentes com várias doenças coloca, pois, vários desafios à Medicina Geral e Familiar⁴⁻⁶, exigindo para além das competências já referidas um modelo organizativo apoiado numa colaboração em equipa, com uma forte rede de apoio social, suportada em sistemas informáticos que contenham instrumentos de apoio à decisão adequados, 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. A complexidade da MGF

exige modelos simples mas robustos, quer para o método clínico quer para a organização da prática.

Deste modo, os resultados do estudo exploratório efectuado suportam o valor social da proposta de Vítor Ramos⁷, no sentido da Medicina Geral e Familiar se organizar de modo a providenciar aos cidadãos uma “carteira de serviços” que se estrutura em função do conteúdo clínico e das actividades de apoio necessárias, nomeadamente a cooperação com outros profissionais e serviços, sendo imperativo para esta especialidade médica, nos casos menos comuns de doenças e suas associações, desenvolver uma coordenação alargada e efectiva entre especialistas.

A necessidade de coordenação, na circunstância do doente com comorbilidade de doenças crónicas, é tão mais necessária quanto se sabe que de todas as referenciações feitas pelo MF a outros especialistas, a comunicação de retorno (dependendo do tipo de comunicação) só ocorre entre 40 e 50% das situações, e nesta condição, o tempo entre a consulta e a informação ao médico de família varia entre 2 a 12 semanas⁸. Nos casos em que o doente se dirige a outro especialista por sua iniciativa ou a pedido do especialista, a percentagem de informações de retorno ao médico de família ainda são inferiores⁹.

Estes dados reforçam a necessidade de se reexaminar a relação entre o MF e outros especialistas e de se ampliarem as práticas colaborativas em curso nalgumas áreas, nomeadamente, através da telemática e/ou da deslocação de especialistas aos CS para verem os doentes ou grupos de doentes. Esta colaboração permite aos especialistas ter contacto com a comorbilidade fora da sua área de interesse e, talvez, sentirem a necessidade de modificar algumas normas de orientação clínica desenvolvidas a partir de estudos de doentes sem outras doenças coexistentes.

Por outro lado, torna-se evidente que medidas isoladas como a medição da hemoglobina glicosilada na vigilância da diabetes ou a aplicação dos testes de tolerância ao esforço num doente que tem, em simultâneo, asma, osteoartrose, obesidade, diabetes e doença cardíaca isquémica, são formas de avaliação obsoletas nos modelos generalistas de cuidados¹⁰.

Se a existência de uma ou duas doenças complica a escolha do tratamento, a existência de 6 problemas, em simultâneo, cria um outro pro-

blema, a polifarmácia. As doenças crónicas não têm cura. Ao paradigma da cura segue-se o paradigma do cuidar, cabendo à Medicina Geral e Familiar a maior fatia deste bolo. O Médico de Família cuidará destes doentes fazendo prevenção terciária e quaternária (prevenindo a iatrogenia). No entanto, o adiamento de complicações só pode ser feito com a participação activa do doente. Por isso os médicos devem ensinar os doentes a ter um maior domínio e controlo sobre a sua saúde, o que pressupõe maior responsabilidade e maior autonomia (“empowerment”) da sua parte.

Particularmente nestes doentes, a prestação de cuidados deixa de estar centrada na consulta para passar a estar centrada numa relação terapêutica continuada, com uma equipa que o MF deve coordenar, onde os cuidados se dirigem às necessidades e valores dos doentes, onde o controlo da situação é assumidamente pertença destes e onde as decisões diagnósticas, de vigilância e de terapêutica são comprovadamente eficientes e seguras. O reconhecimento de que a comorbilidade é mais regra do que excepção, e que é determinada por condições de natureza médica e social, reforça os argumentos em defesa do método de consulta centrado no doente enriquecido pelos instrumentos de decisão em áreas de complexidade^{3,11}.

Como Scherger¹² em 1996 sugere, e agora as recentes recomendações do “Future of Family Medicine Project Leadership Committee”¹³ proclamam, 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 variável de doentes com várias doenças.

2.2. Consequências para as políticas de saúde e para o planeamento de serviços

Os resultados obtidos com os dois estudos sustentam a importância do papel do MF nos cuidados aos doentes com comorbilidade de doenças crónicas e demonstram que os serviços de saúde devem ter uma forte base de cuidados primários, sejam eles públicos, mistos ou privados.

A epidemiologia clínica dos quatro problemas de saúde crónicos estudados, em particular o seu tempo de duração e a coexistência de outras doenças, justifica a necessidade de se reforçar, em vez de minar e fragmentar, a continuidade e a coordenação de cuidados exercida pela MGF. Para este efeito, os programas de saúde que se destinam a reduzir custos e a obter melhoria de resultados, devem dirigir-se aos doentes, promovendo acções destinadas a alterar comportamentos e a assegurar que os doentes e/ou as suas famílias tenham confiança e aptidões que lhes permitam o controlo efectivo das situações de que padecem¹⁴.

O objectivo de uma organização de cuidados virada para uma gestão eficiente destes problemas, numa população cada vez mais envelhecida, solicita programas de saúde que contemplem, em simultâneo, acções educativas e de suporte dirigidas aos doentes, famílias e profissionais de saúde, sistemas de informação clínica que permitam a gestão integrada de múltiplos problemas de saúde e formas de organização da prática que promovam a colaboração interprofissional, o trabalho em equipa e um atendimento atempado e personalizado.

Os sistemas de informação clínica permitem resumos actualizados das intervenções clínicas, sejam elas reactivas ou pró-activas. O conhecimento fornecido ao doente destas intervenções mediante resumos do seu seguimento clínico poderá permitir-lhe compreender essas intervenções, não como acontecimentos isolados, mas como “nós de decisão” numa história longitudinal de doença. Só na posse destes dados os doentes podem participar, realmente, nos seus próprios cuidados.

Apostar nas acções anteriormente referidas, dirigidas aos profissionais, aos serviços e aos doentes é um objectivo de uma organização inteligente virada para a gestão efectiva das doenças, que permitiria, por exemplo, reduzir a periodicidade recomendada de consultas de vigilância de saúde de quatro para duas por ano, quer nos doentes hipertensos¹⁵, quer nos diabéticos¹⁶ nas situações não complicadas.

Os indicadores de qualidade só farão avançar a qualidade de cuidados se valorizarem e avaliarem o processo de cuidados em geral e não só o relacionado com esta ou aquela doença específica¹⁷. Só a inclusão da comorbilidade e da utilização do Método Clínico Centrado no Doente¹⁸ na avaliação

da qualidade de cuidados poderá contribuir para a resolução do dilema entre as partes e o todo, sendo o todo representado pela qualidade de cuidados à pessoa e não pelos cuidados isolados a cada uma das doenças existentes nessa pessoa.

Como se verificou no estudo efectuado, a comorbilidade encontra-se ligada a determinados factores sócio-demográficos, dos quais realçamos o nível económico medido indirectamente pela escolaridade e pela situação profissional. Esta situação, juntamente com as anteriores já referidas, determina que o resultado dos programas de saúde depende de medidas e acções exteriores às organizações de saúde, 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.

O número de doenças ou condições que afectam em simultâneo um indivíduo pode ser uma medida global de saúde, pois, como outros autores¹⁹ já evidenciaram, poderá ser um factor importante, ainda que não exclusivo, quer na mortalidade quer na incapacidade. Esta medida pode ainda servir como explicação para a qualidade dos anos de vida e para eventuais diferenças nos indicadores de desempenho dos serviços e dos profissionais, como seja por exemplo o número de consultas.

Deste modo, a comorbilidade ponderada de acordo com a gravidade de cada situação poderá, eliminando algumas das diferenças subjacentes à prática da MGF, servir como medida de ajustamento de risco e simultaneamente, como refere Rosen et al.²⁰, para medir resultados clínicos que tenham significado para o doente.

Apesar de não existirem medidas de avaliação isentas de erro, é necessário que os critérios e os instrumentos sejam válidos, fidedignos, transparentes, dirigidos para os resultados de saúde, e, nesse sentido, também centrados nas melhores intervenções terapêuticas²¹. O número de consultas, o perfil de medicação ou o seu custo não são medidas adequadas de avaliação de desempenho quando usadas isoladamente, mesmo quando se utiliza o valor médio como critério. Num momento em que cada vez mais se defendem os orçamentos clínicos como instrumento de gestão em saúde, os resultados deste trabalho e a sua discussão chamam a atenção para a necessidade de se validarem índices mistos de comorbilidade²².

Até agora tem sido considerado essencial para o planeamento dos serviços, para a identificação da população em risco e para a adequada captação de recursos, monitorizar a prevalência de algumas das doenças crónicas estudadas. Depois dos resultados obtidos com este estudo, julgamos ser clara a necessidade de estender esta monitorização ao conhecimento da prevalência da comorbilidade destas doenças.

Se as necessidades de saúde das populações evoluem, então também os sistemas de cuidados e os paradigmas em que estes se fundamentam devem mudar. O reconhecimento da extensão da comorbilidade em número e qualidade, aqui confirmada, sugere novas respostas na forma como os serviços de saúde se organizam, sustentando a proposta de Davis e Wagner²³, no sentido das estratégias de controlo das doenças crónicas desenvolvidas pela saúde pública serem acompanhadas de maior ênfase das políticas conducentes à gestão efectiva das doenças crónicas^{5,6,24}.

3 - Implicações para o Ensino e a Investigação

3.1. Repercussões curriculares

No curso de Medicina existem vários modelos e opções curriculares. Aqui só abordaremos os aspectos ligados com a orientação do ensino pré-graduado da disciplina de Medicina Geral e Familiar.

Creemos que os dados deste estudo, fazendo sobressair a complexidade da comorbilidade, reforçam a defesa do ensino da Medicina Geral e Familiar como disciplina integradora. Sendo os paradigmas reducionista e o holístico imprescindíveis ao avanço da ciência²⁵, é indispensável proporcionar aos estudantes ao longo do seu curso de Medicina a vivência de unir o que parece disjunto. Para Pellegrino²⁶, Stephens²⁷, McWhinney²⁸ e tantos outros importantes autores, a Medicina Geral e Familiar realça uma perspectiva diferente do mundo: o generalismo, guardar as coisas inteiras e completas. Esta disciplina na gestão da informação, do conhecimento e da acção prática surge como uma espécie de tecido conjuntivo, metáfora anatomo-fisiológica

usada por Vitor Ramos⁷, dos diversos saberes e aptidões, conferindo unidade ao conhecimento adquirido durante o curso médico.

Como refere van Weel²⁹, o Médico de Família trata uma variedade de doenças em qualquer doente, enquanto os outros especialistas tratam muitos doentes com a mesma doença. Os objectivos dos cuidados de saúde aos doentes com várias doenças crónicas centram-se na funcionalidade, em minimizar sintomas desgastantes e stress psicológico que advenham da dor e da incapacidade, e em prolongar a vida à custa da prevenção terciária. O facto do Médico de Família conhecer bem os seus doentes, as suas famílias e a comunidade onde estes se inserem permite que esta disciplina ponha em evidência os factores biofísicos, sociais e psicológicos que podem promover ou inibir a doença e deste modo contribuir para introduzir mais humanidade ao curso de Medicina.

A moldura para um vasto conjunto das matérias curriculares ministradas em MGF é o modelo de gestão do doente com vários problemas de saúde crónicos em simultâneo, de natureza física, psicológica e social, e não o modelo de gestão do doente com uma só doença. Por isso é indispensável, no plano de estudos, desenvolver e aprofundar o conhecimento dos agrupamentos das doenças crónicas mais frequentes e dos factores que influenciam o bem-estar e a capacidade de autogestão desses problemas pelos doentes.

As situações pedagógicas oferecidas aos alunos no contexto do exercício orientado proporcionadas no curso de Medicina, socorrem-se, frequentemente, de pessoas que reflectem os perfis de doentes obtidos no estudo efectuado. Nesta circunstância, é particularmente pertinente a introdução de momentos de reflexão sobre a prática, sobre o que se faz e como se faz, nomeadamente através da metodologia de “discussão de casos”. Este método, juntamente com a observação e o treino de aptidões, designadamente através de estágios nos Centros de Saúde e de trabalho voluntário nas comunidades locais, permite, a par do desenvolvimento das competências técnicas e pessoais, elevar a auto-estima dos estudantes^{30,31}.

A possibilidade dos estudantes contactarem com doentes com patologia crónica prevalente, como a abrangida neste estudo, leva-os a compreender o contexto social da cronicidade³² e da comorbilidade, os significados pessoais

e sociais de doença e a componente de incerteza que rodeia muitas doenças crónicas, quer relativamente à forma como esta se expressa, quer à forma como evolui, quer ao próprio tratamento, e ainda a contactar com outros profissionais com quem, mais tarde, deverão cooperar.

Neste trabalho verificou-se existir assimetrias na expressão da comorbilidade relacionadas com o local de exercício do médico-tutor, tendo-se encontrado diferenças relativamente ao número e às características sócio-demográficas dos indivíduos com doença e à autoria do seu diagnóstico. Este achado é um argumento em defesa do esforço de se oferecer aos alunos estágios em locais distintos, centros de saúde urbanos, suburbanos e rurais e, na medida do possível, de lhes possibilitar o ensino-aprendizagem com mais de um tutor.

As doenças crónicas e a comorbilidade podem ser uma sobrecarga para a família e a família pode ser o “gatilho” de descompensações. Neste estudo verificou-se existir uma relação entre comorbilidade, escolaridade, situação profissional e funcionalidade familiar. O facto da informação colhida para este estudo ser retirada dos registos clínicos efectuados pelos médicos contribui para justificar este conteúdo como matéria instrumental de ensino no seguimento dos doentes com o perfil anteriormente referido. Para além da base de dados que caracteriza o indivíduo e da informação relativa ao seguimento dos diferentes episódios de cuidados, os estudantes devem também aprender a desenhar e interpretar o genograma³³ que permite de forma rápida obter uma fotografia sobre a história familiar de doença, o contexto psicossocial, os padrões de estilos de vida, de relações e de comportamentos, assim como o risco genético³⁴.

No doente com várias doenças coexistentes, é relevante a atenção dada à identificação de problemas e à procura de um acordo entre médico e paciente sobre a agenda de assuntos a tratar, em cada episódio de cuidados³⁵, não descurando a gestão e a detecção oportunista de problemas, cujo curso natural possa ser alterado em favor do doente. O ensino da entrevista clínica no seguimento do doente com diversas comorbilidades assume grande valor pedagógico. Nestes doentes é frequente o médico ter de tomar diversas decisões para as quais o conhecimento do contexto é decisivo. O doente com diabetes, que deixou de estar metabolicamente controlado, está afinal

a cuidar de um familiar com demência, deixando por isso de tomar adequadamente a sua medicação. Aprender que para a tomada de decisão num doente com várias doenças é tão importante a prova empírica como a prova que deriva do contexto é um objectivo de aprendizagem no ensino médico que a Medicina Geral e Familiar facilmente pode concretizar.

O ensino da “medicina baseada na melhor evidência científica” anda assim em MGF de mãos dadas com a prática de outros processos de descoberta: a identificação precoce dos elementos, únicos, da vida do doente que têm relevância clínica nas decisões a tomar.

A fatia dos doentes com várias doenças crónicas, músculo-esqueléticas, cardiovasculares, metabólicas e psicológicas, parte substantiva do trabalho dos MF, tem ainda indirectamente implicações no ensino-aprendizagem da terapêutica farmacológica. Ao ponderar as possíveis decisões terapêuticas é necessário rever a evidência disponível, as interacções mais frequentes entre fármacos e entre doenças e novamente rever e identificar o contexto: identificar os factores específicos da situação de vida do doente que sejam relevantes para os seus cuidados³⁶.

Para o desenvolvimento académico da disciplina é indispensável o cruzamento entre a prática clínica e o ensino/ aprendizagem. É este envolvimento que, ao permitir a troca de informação e experiência entre os diversos intervenientes, favorece a investigação, a avaliação, o desenvolvimento profissional e a adequação dos conteúdos do ensino às necessidades do desempenho. Nesta convergência de interesses, importa que o ensino utilize, na aprendizagem da gestão da doença, exemplos pedagógicos relevantes, como são os casos de comorbilidade, e que a investigação desenvolva modelos adequados de avaliação, quer da prestação de serviços, quer dos resultados dos cuidados prestados.

3.2. Repercussões na investigação

3.2.1. Constituição de uma rede

A metodologia utilizada neste trabalho, designadamente a respeitante ao recrutamento dos médicos de família das duas Sub-Regiões de Saúde com diferentes experiências profissionais, diferentes contextos organizativos de trabalho e perfil distinto de doentes, mostrou-se eficaz.

Ao longo do estudo, para além da carta inicial de introdução a este projecto, manteve-se uma relação personalizada e regular com cada um dos MF, mediante utilização de relatórios de progresso mensais, e mensagens frequentes (“lembretes” por fax, e-mail, telefone, SMS). Na globalidade, os médicos não tiveram problemas em cumprir o protocolo estabelecido para a identificação de doentes, tendo chegado ao final da colheita de dados interessados em manter a sua participação num projecto mais alargado e apostados num maior envolvimento.

Em reunião efectuada com os participantes, precedida do envio dos resultados dos dois trabalhos e de um questionário de avaliação do impacte da sua participação (Anexo VII), concluiu-se que a cooperação no processo de colheita de dados e na discussão dos resultados tinha permitido um crescimento profissional pela troca de experiências com outros colegas e pelo feed-back recebido. O projecto funcionou para a maioria dos participantes como um momento de formação em serviço, proporcionando um espaço de auto-reflexão sobre a prática, maior acuidade no diagnóstico e na terapêutica mediante revisão e actualização de critérios, melhoria de registos, gratificação por verem a utilidade prática dos registos efectuados e a “contaminação” de internos e alunos da FCM. No final da reunião, os médicos mostraram-se interessados em participar na definição de perguntas de pesquisa, visando aprofundar o tema da comorbilidade, e na construção e desenvolvimento de ferramentas metodológicas mobilizadoras.

Os resultados desta colaboração deixam assim prever que a organização mais estruturada da rede de relações agora estabelecida é susceptível de permitir acrescentar valor ao conhecimento em comorbilidade de doenças crónicas. A informação de saúde coligida durante um curto período é de

relevância limitada. A investigação longitudinal, com “follow-up” a longo termo do estado de saúde dos doentes, pode trazer uma enorme contribuição para a compreensão de intervenções terapêuticas, e para os sistemas de gestão de doenças crónicas e um compromisso a longo prazo dos médicos envolvidos.

Com efeito, a estruturação deste grupo de médicos numa rede contribuirá para aumentar a capacidade de investigação em MGF, para coligir dados empíricos de forma sustentada, para ligar a prática à investigação e focar a investigação em questões que são críticas para a melhoria da actividade assistencial, para disseminar os resultados obtidos e estimular a reflexão, questionando o que se faz. Reconhece-se hoje que o conhecimento se desenvolve principalmente em estruturas do tipo “rede” e “comunidade”, que são encaradas como verdadeiras “unidades produtivas”, onde as trocas de conhecimento e experiência entre os seus membros são essenciais para o aprofundamento da pesquisa e para gerar novo conhecimento³⁷.

A consolidação da rede requer que se estabeleçam também relações sólidas e de confiança entre os participantes, que lhes permita interagir de forma dinâmica. São as relações de confiança e respeito entre os membros de uma rede ou comunidade que criam o tecido propício à partilha de ideias e experiências, à aprendizagem contínua e à geração de novo conhecimento. Os clínicos que participam no ensino da disciplina têm esse capital em comum.

É fundamental que os temas a tratar se enquadrem em preocupações concretas, respondam a problemas sentidos no desempenho de cada um, e que, simultaneamente, tenham relevância estratégica para a gestão dos cuidados de saúde³⁸. É o grau de implicação e compromisso dos médicos envolvidos nos “temas” a debater e a pesquisar que confere coesão ao grupo³⁹ e intencionalidade à própria rede.

Creemos que desta estratégia poderá nascer uma “comunidade de prática”⁴⁰. Deste modo, o ensino adquire uma dimensão mais rica de aprendizagem colectiva (que não é o ensino transmissão de conhecimento nem a aprendizagem consumo de conhecimento), a investigação ganha com a experiência e os conhecimentos dos diferentes membros e com o processo

de cooperação na resolução de problemas e a prática clínica sai enriquecida pelas competências adquiridas neste intercâmbio e nesta cooperação.

3.2.2. Registo de dados

De futuro haverá que validar os diagnósticos registados na base de dados, quer no respeitante à precisão quer à sensibilidade. Embora o leque de morbilidade abrangida no estudo tenha sido vasto, a sua análise indica o sub-diagnóstico de determinados problemas, em particular os ligados aos órgãos dos sentidos. Existirão sempre casos sub-identificados porque em Medicina Geral e Familiar os critérios de decisão, de muitos diagnósticos, são eminentemente clínicos ou estão ligados a instrumentos de medida que nunca têm 100% de valor preditivo para confirmar ou excluir a doença.

Nos problemas de saúde crónicos ter-se-á que ponderar a introdução de alguns códigos relativos a problemas sociais, capítulo Z da ICPC-2. Num doente diabético o deficiente controlo metabólico pode dever-se, não à presença de outras comorbilidades ou à progressão da doença, mas à descontinuidade de cuidados, por o doente assumir a prestação de cuidados a um outro familiar ainda mais doente.

A sub-representação de certos grupos profissionais (funcionários públicos, empregados bancários, militares, agentes de segurança, etc.) e de certos estratos com maior poder económico, que pertencendo a subsistemas de saúde, recorrem menos, não é considerada um problema. Por outro lado, independentemente da uniformização introduzida pelo acordo e disseminação de critérios de diagnóstico incluídos nas normas de orientação clínica distribuídas, existirá sempre alguma variação entre médicos devida à sua experiência.

A investigação requer em geral uma simplificação da realidade. O problema que se coloca é de como proceder às limitações necessárias para que seja possível processar dados de uma forma válida e fidedigna e em tempo útil, e, simultaneamente, limitar o número de restrições de forma a permitir a generalização dos resultados. Relativamente a este aspecto parece-nos que a base de dados construída apresenta diversas virtualidades. Pode-

mos assumir que ela é representativa da população inscrita nos médicos de família que nela participam, podendo facilmente essa representatividade ser alargada à população da mesma área. Não existe nenhuma pré-selecção relativamente à idade, ao nível de educação e a outras características sócio-demográficas. A base de dados possibilita o registo de um vasto leque de problemas de saúde crónicos. O número de situações registadas reflecte a imagem que o MF tem sobre os problemas relevantes para estes seus doentes.

A base de dados agora criada, à semelhança de outras existentes, é um exemplo de como se podem coleccionar dados de todos os episódios de morbidade numa população estável, criando-se a possibilidade de recrutar doentes para outros estudos. O recrutamento pode ser guiado por factores demográficos, ou por factores da história médica, ou por ambos. Para que se possa obter alguma diversidade em sub grupos de controlo haverá que alargar a participação a mais médicos.

O registo de algumas variáveis de caracterização geral sócio-demográfica (escolaridade, situação profissional) poderá ser simplificado, reduzindo-se as categorias estudadas.

3.2.3. Nova agenda

Quer o tipo de estudo, quer os resultados encontrados geram perplexidades e suscitam dúvidas que podem servir de impulso a uma agenda de investigação.

Na descrição do perfil de comorbidade dos doentes com as 4 doenças-índice, utilizadores dos CS, não foram abordados aspectos relacionados com a utilização dos serviços ou com o tipo de cuidados prestados.

Compreender a forma como se lida com vários problemas ajuda a explicar o que foi descrito como sendo um paradoxo dos Cuidados de Saúde Primários: os médicos generalistas, quando comparados com outros especialistas, tendem a providenciar menos cuidados relacionados com uma só doença (“disease specific”) e a usar menos recursos de saúde, produzindo no entanto melhores ou semelhantes resultados de saúde nos doentes com doenças crónicas⁴¹, e os sistemas de saúde que privilegiam os cuidados primários de saúde têm melhores resultados na saúde global da

suas populações do que os sistemas dominados por especialistas^{42,43}. Deste modo, seria importante de futuro relacionar o número de problemas identificados com o número de problemas tratados em cada consulta, com os procedimentos terapêuticos instituídos e com o controlo das doenças-índice.

Por outro lado, seria desejável incluir na agenda de investigação sobre comorbilidade de doenças crónicas o estudo sobre o modo como os médicos de família gerem os múltiplos problemas, dando prioridade a uns numa consulta e a outros noutra consulta, ao mesmo tempo que não descurem a detecção precoce de novos problemas, tanto mais quanto alguns trabalhos demonstram que a existência de múltiplos problemas pode fazer com que outros sejam deixados de lado⁴⁴.

Havendo vários estudos que concluem que a comorbilidade, para além do impacte na mortalidade⁴⁵, tem repercussões na funcionalidade⁴⁶⁻⁴⁸ e no controlo da doença, seria também interessante relacionar o volume de doença com a funcionalidade. Para o efeito será importante desenvolver escalas de comorbilidade talvez a partir de estudos de validação de índices já existentes.

O carácter preditivo ou de prognóstico da variável "duração da 1ª doença" deverá implicar a sua inclusão na randomização das amostras, em estudos de caso controlo onde se pretenda avaliar resultados de intervenções. Pelo mesmo motivo, nos estudos de comorbilidade associada em que se vise estudar a eficácia da prevenção terciária será importante incluir a variável "intervalo de tempo" até à doença seguinte, quando esta é uma complicação na história natural da primeira doença

A diversidade encontrada entre locais mostra a necessidade de se prosseguir com outros estudos, quer para compreender melhor a origem desta diferença, quer para descobrir eventuais oportunidades de melhoria de prestação de cuidados. As diferenças relacionam-se com as características dos médicos? Com a organização, o processo e a estrutura de cuidados? Ou tão só com o perfil das populações?

Em geral, um estudo descritivo e exploratório pode traçar relações e associações, mas não pode justificar conclusões finais relativamente à direcção das relações entre causas e efeitos. As associações encontradas

neste estudo entre factores sócio-demográficos e comorbilidade, podem contudo ser aprofundadas em investigação de tipo prospectivo sobre factores determinantes de comorbilidade.

4 - Epílogo

A mensagem que este estudo transmite é de que a comorbilidade é uma coisa séria na prática da Medicina Geral e Familiar, quer pelo seu volume, extensão e natureza, quer por atingir com maior intensidade um grupo de pessoas especialmente vulneráveis, sendo por isso necessário e urgente adquirir um conjunto de aptidões ligadas à gestão de situações complexas num contexto organizacional de forte colaboração em equipa, em que o médico de família tenha um papel de coordenador, mobilizador e agregador de práticas.

Assumidamente, este trabalho desenvolveu-se em torno de um eixo empírico. No entanto, constatamos que o próprio processo de investigação interveio, na opinião dos participantes, na mudança de procedimentos e de práticas, assim como testou a viabilidade da criação de uma rede de registo continuado de comorbilidade. Parece, pois, ser mais uma vez verdade que se aprende quando se faz alguma coisa e tanto mais se aprende quanto mais se reflecte sobre o que se faz e se partilha essa reflexão.

Este processo de investigação de carácter quantitativo e epidemiológico, visando contribuir para o conhecimento da expressão da comorbilidade de quatro problemas crónicos de saúde no contexto dos doentes utilizadores dos CS, inscritos nas listas de Médicos de Família, possibilitou criar uma base de dados comum, reforçar a confiança mútua entre os participantes, contribuir para o desenvolvimento pessoal dos médicos envolvidos e para a melhoria do seu desempenho, e demonstrou ainda, que a interacção entre a prática clínica, a investigação e o ensino representam um enorme potencial para o enriquecimento de competências e para o desenvolvimento da MGF em contexto universitário.

IV. Referências Bibliográficas

1. Morin E. Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur. Editions du Seuil, p.36, 2000.
2. 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;46(5):377-89.
3. Sá AB. Decisão em Medicina Geral de Familiar. Um modelo de decisão clínica tomando como exemplo a infecção genital por *Chlamydia trachomatis*. Tese de doutoramento, FML, Lisboa 2002, p.173-76.
4. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA.* 1999;281(21):2045-9.
5. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469-75.
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA.* 2002;288(15):1909-14.
7. Ramos V. Medicina geral e familiar:10x3 ideias-chave. In: *Medicina geral e familiar, 20 anos - Da vontade.* Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 2004. p.71-121.
8. Sá AB, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. II - Dados de seguimento e informação de retorno. *Rev Port Clín Geral.* 1994;11:25-8.
9. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology.* New York, NY: Oxford University Press; 1998.
10. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities and the need for medical generalism. *Ann Fam Med.* 2003;1(1):4-7.
11. Coelho H. As vertentes do complexo. In: *Medicina geral e familiar, 20 anos - Da vontade.* Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 2004. p.179-97.
12. Scherger JE. Does the personal physician continue in managed care? *J Am Board Fam Pract.* 1996;9(1):67-8.
13. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med.* 2004;2:S3-S32.

14. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med.* 2003;138(3):256-61.
15. Birthwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;238:204-9.
16. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, van Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care.* 2001;24:1821-33.
17. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *Int J Qual Health Care.* 2002;14(4):267-8.
18. Stewart M, Belle-Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage; 1995.
19. 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;1(1):8-14.
20. Rosen AK, Reid R, Broemeling AM, Rakovski CC. Applying a risk-adjustment framework to primary care: can we improve on existing measures? *Ann Fam Med.* 2003;1(1):44-51.
21. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Thapar A, Roland MO. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:125-30.
22. Majeed A, Bindman B, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II: advantages, disadvantages, and practicalities. *BMJ.* 2001;323:607-10.
23. Davis RM, Wagner EG. Advances in managing chronic disease. *BMJ.* 2000;320:525-6.
24. Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis Manag.* 2003;6(2):63-71.
25. Delattre P. *Teoria dos sistemas e epistemologia.* Lisboa: Regra do Jogo; 1981.
26. Pellegrino ED. The generalist function in medicine. *JAMA.* 1996;271:103-9.

27. Stephens CG. Family medicine as a counterculture. *Fam Med.* 1998;30(9):629-36.
28. McWhinney IR. A textbook of family medicine. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.
29. van Weel C. Chronic diseases in general practice: the longitudinal dimension. *Eur J Gen Pract.* 1996;2:17-21.
30. Santos I, Sá E, Queiroz MJ, Libório T, Ventura T, Caetano G, Bernardo M. Relatório da disciplina de Clínica Geral 2001-2002. Lisboa; FCM; 2002. [Publicação mimeogravada].
31. Santos I, Sá E, Queiroz MJ, Libório T, Ventura T, Caetano G, Bernardo M. Relatório da disciplina de Clínica Geral 2002-2003. Lisboa; FCM; 2003. [Publicação mimeogravada]
32. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. USA: Basic Books, 1988.
33. Rakel RE. Standards genogram structure. In: Rakel RE, editor. Textbook of family practice. 4th ed. Philadelphia: WO Saunders; 1990. p. 1721-32.
34. Walter F M, Emery J, Braithwaite D, Marteau T M. Lay Understanding of Familial Risk of Common Chronic Diseases: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Research. *Annals of Family Medicine* 2004; 2(6):583-594. [Consultado em 22 de Set de 2004]. Disponível em: URL:<http://www.annfammed.org>
35. Lamberts H, Hofmans-Okkes I. Episode of care: a core concept in family practice. *Fam Pract.* 1996;42(2):161-9.
36. Weiner SJ. Da evidência da investigação para o contexto: o desafio dos cuidados individualizados. *Evidence-Based Medicine. Edição em Língua Portuguesa* 2004; 8(6):163-164.
37. De Laat M, Simons RJ. Aprendizagem colectiva: perspectivas teóricas e apoios à formação em rede. *Rev Eur Form Profissional.* 2002;27:14-28.
38. Bell-Syer SE, Moffett JA. Recruiting patients to randomized trials in primary care: principles and case study. *Fam Pract.* 2000;17(2):187-91.
39. Murphy E, Spiegel N, Kinmouth A-L. 'Will you help me with my research?' Gaining access to primary care settings and subjects. *Br J Gen Pract.* 1992;42:62-5.

40. Wenger E, McDermott R, Snyder W. *Cultivating Communities of practice*, Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press, 2002.

41. Harrold L, Field T, Gurwitz J. Knowledge, patterns of care and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med.* 1999;14:499-511.

42. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA.* 1992;267:1164-74.

43. Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes of patients with hypertension and non insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties: results from the medical outcomes study. *JAMA.* 1995;274:1436-44.

44. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Description of barriers to self care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med.* 2003;1:8-14.

45. Menotti A, Mulder I, Nissinem A, Giampoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 120-year all-cause mortality: the Fine study. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):680-6.

46. de Grauw WJ, van de Lisdonk EH, Behr RR, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van Weel C. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam Pract.* 1999;16(2):133-9.

47. van Manen JG, Bindels PJ, Ijzermans CJ, van der Zee JS, Bottema BJ, Shade E. Prevalence of comorbidity in patients with chronic airway obstruction and controls over the age of 40. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(3):287-93.

48. 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;51(5):367-75.

V. Anexos

Anexo I - Unidades de saúde e médicos participantes no estudo
Anexo II - Carta convite
Anexo III - Procedimentos
Anexo IV - Ficha de recolha de dados
Anexo V - Sítio na “internet” e respectivo menu
Anexo VI - Tabela com código alfanumérico das doenças
Anexo VII - Questionário

ANEXO I

Unidades de saúde e médicos participantes no estudo

SRS BEJA

Dr. Edmundo Sá	CS Serpa / Vila Verde de Ficalho
Dra. Margarida Rosa	CS Beja
Dra. Cristina Galvão	CS Serpa / Pias
Dr. António Lança	CS Aljustrel
Dr. António Bento	CS Odemira
Dr. António Cabral	CS Alvito
Dra. Benilde Heitor	CS Beja II

SRS LISBOA

Dra. Maria João Queiróz	CS Venda Nova
Dra. Teresa Libório	CS Oeiras
Dra. Leonor Prata	CS Reboleira / Damaia
Dr. Guilherme Frazão	CS Olivais
Dra. Joana Carvalho	CS Stº Condestável
Dr. Carmo Cunha	CS Marvila
Dr. Alexandre Zacarias	CS Alameda

ANEXO II

Carta convite

Lisboa, 15 de Março de 2002

Exmo. Colega

Gostava de poder contar com a sua colaboração no trabalho de investigação que me proponho desenvolver em MGF sobre “Comorbilidade em Doenças Crónicas”.

Para além de concretizar o trabalho de investigação, proponho-me abrir um caminho que conduza a :

1) formar uma equipa constituída por pessoas ligadas ao ensino da disciplina de Clínica Geral na FCM que prossiga uma linha de investigação na área da comorbilidade de doenças crónicas;

2) construir uma base de dados com os doentes em quem tenha sido diagnosticada pelo menos uma de 4 doenças crónicas (HTA; DCI, DM ou Asma);

3) interrelacionar o exercício clínico, a prática de ensino e a investigação, fazendo com que este tripé de acções seja um dos principais motores do desenvolvimento profissional contínuo.

Os objectivos, a curto prazo, que me proponho atingir são, resumidamente, os seguintes:

- Descrever a comorbilidade encontrada nos doentes com HTA, diabetes, doença isquémica coronária e asma;

- Determinar a prevalência da comorbilidade entre as 4 doenças crónicas na população estudada.

A metodologia que me proponho prosseguir inclui :

- A selecção e a captação para o projecto de 12 Tutores/ Assistentes Convidados (6 da SRS de Beja e 6 da SRS de Lisboa) com características de prática semelhantes (dimensão de lista de utentes, anos seguidos de prática no mesmo local, rigor de colheita e registo de informação, acessibilidade de dados);

- A identificação de todos os doentes das listas destes médicos com as patologias anteriormente mencionadas e a caracterização dessa população quanto à comorbilidade associada .

A participação que lhe solicito decorre do que acabo de referir. Para que possa vir a contar com a sua participação peço que me responda ao questionário em anexo. Faça-o, por favor, o mais tardar até dia 30 de Março de 2002.

Na sequência da sua resposta marcaremos uma reunião para esclarecer a metodologia do estudo e aferir os critérios diagnósticos.

Se necessitar de esclarecimentos adicionais não hesite em contactar-me por telefone (96 237 9361) ou por email (issantos.cligeral@fcm.unl.pt).

Se responder SIM, mais uma vez agradeço o seu empenho e confiança

Isabel Santos

ANEXO II

Caracterização dos participantes no estudo

Disponibilidade para participar no estudo SIM NÃO

Se está disponível responda por favor às seguintes perguntas:

Ano de Nascimento _____

Ano em que se licenciou _____

Escola Médica onde se licenciou _____

Forma de obtenção do grau de especialista em CG FEE ICCG

Ano em que obteve a graduação como especialista _____

Ano de ingresso na carreira de Clínica Geral _____

Dimensão actual da lista de utentes _____

Ano em que iniciou a prestação de cuidados à sua lista actual _____

Tem a sua lista estudada SIM NÃO

Ano em que pela última vez efectuou o estudo da sua lista _____

Percentagem de doentes activos, no último ano, em que efectuou o estudo da lista _____

Tem a sua lista informatizada SIM NÃO

Programa informático com que trabalha a sua lista _____

Tem computador SIM NÃO

Tem acesso à Internet no seu computador SIM NÃO

Tem acesso á Internet noutro computador SIM NÃO

Tem endereço de email SIM NÃO

Endereço do seu email

Agradeço que escreva o seu nome completo de forma legível

Envie a sua resposta até dia 30 de Março no envelope anexo.

Muito obrigada.

ANEXO III

Procedimentos

Caro/a Colega

Serve a presente para o/a informar da recolha sistemática dos dados referentes aos utentes da sua lista a quem tenha sido diagnosticada pelo menos uma das doenças indice em estudo: HTA, DCI, DM e Asma. Esta colheita deverá ter lugar de 1 de Novembro de 2002 a 31 de Maio de 2003 (6 meses). Se durante este período estiver ausente por férias ou por licença graciosa, comunique. A recolha sistemática de dados, neste caso, prolongar-se-á por tempo igual ao que estiver ausente de serviço.

Para cada pessoa que for vendo na sua consulta, a quem tenha sido feito pelo menos um dos diagnósticos em referência, preencha uma ficha. **NÃO SE ESQUEÇA DE PÔR UM AUTOCOLANTE** no processo individual do doente quando preencher a ficha de colheita de dados, de forma a não enviar fichas repetidas. Dentro deste envelope encontram-se vários autocolantes verdes. Na ficha, não se esqueça de escrever a data em que recolheu os dados. Não deixe nenhum campo em branco por responder. Quando tiver 20 fichas preenchidas, dobre-as ao meio e coloque-as no envelope de resposta paga e envie-as ao destinatário. Não acumule fichas. Cada envelope só pode conter até 20 fichas. Ponha o seu nome e endereço no lugar do remetente.

Após este período ser-lhe-á pedido que reveja o seu ficheiro de forma a identificar potenciais doentes que por qualquer razão não tenham ocorrido à sua consulta no período em que foi efectuada a recolha sistemática. Pretende-se ter prevalências reais por isso seja cuidadoso/a quer na forma como regista os dados quer na forma como assinala os processos individuais dos seus utentes.

Se tiver dúvidas sobre as fichas já enviadas consulte a ficha electrónica. Para o efeito necessita ter o browser Internet explorer versão 5.5 e procurar o

site <http://shop.nca.pt/http/fichas/ficha.htm>. Quando a página aparece no ecrã é-lhe pedido o Login e a palavra-chave. Quando preencher estes dois campos e fizer OK terá possibilidade de consultar as fichas por si enviadas. Neste acesso não lhe é permitido alterar ou introduzir dados. Faça a experiência já e dê-nos informação de retorno:

- A informação disponível é-lhe útil?
- Tem alguma sugestão para melhorar a sua apresentação?

O acesso e palavra-chave não deverão ser divulgados a outras pessoas (ver folha em anexo).

NÃO SE ESQUEÇA: DIA 1 DE NOVEMBRO É PARA COMEÇAR A VALER.

Se tiver dúvidas não hesite em contactar-me para o 962379361 ou para o 21 880 30 88 (3^a e 6^a das 10 h às 19 h). Também pode enviar-me um email: issantos.cligeral@fcm.unl.pt ou issantos@clix.pt

Um abraço

Isabel Santos

Ficha de recolha de dados

ANEXO IV

CS Médico

Nome do utente (iniciais)

Proc. Ind. n.º

Proc. Famil. n.º

Sexo F M Raça/Etnia Ano de nascimento **Escolaridade**

- Analfabeto Básica
 Lê e escreve Secundária
 Pré-escolar Profissional
 Primária Superior
 Preparatória Não aplicável

Situação Profissional

- Trabalhador activo
 Desempregado
 Reformado
 Doméstica
 Estudante
 Outra situação
 Não aplicável

Estado Civil

- Solteiro Divorciado
 Casado Coabitação
 Viúvo Não aplicável

Tipo de Família

- Nuclear Monoparental
 Unitária Reconstruída
 Alargada Outra

Funcionalidade Familiar

- Funcional
 Supostamente Funcional
 Disfuncional
 Supostamente Disfuncional
 Não caracterizada

Condições de Habitação

- Salubre
 Insalubre
 Não caracterizada

Problemas de Saúde Crónicos em estudo

- Hipertensão Sem complicações Complicada
 Diabetes Tipo I Tipo II
 DCI Sem angina Com angina
 Asma

Ano do diagnóstico

- Hipertensão
 Diabetes
 DCI
 Asma

Diagnóstico feito por

- MF Outro Não sabe
 MF Outro Não sabe
 MF Outro Não sabe
 MF Outro Não sabe

Outros Problemas de Saúde

Classificação Internacional de Cuidados Primários ICPC2ed

A . GERAL E INESPECÍFICO

- A 70 Tuberculose
- A 71 Sarampo
- A 72 Varicela
- A 73 Malária
- A 74 Rubéola
- A 75 Mononucleose infecciosa
- A 76 Outro exantema viral
- A 77 Outras doenças virais NE
- A 78 Outras doenças infecciosas NE
- A 79 Carcinomatose (loc. primária desconhecida)
- A 80 Lesão traumática / acidente NE
- A 81 Politraumatismos / ferimentos múltiplos
- A 82 Efeito secundário de uma lesão traumática
- A 84 Intoxicação por medicamento
- A 85 Efeitos secundários de um fármaco
- A 86 Efeito tóxico de subs. não-medicinal
- A 87 Complicações do tratamento Médico
- A 88 Efeitos secundários por factores físicos
- A 89 Efeitos de uma prótese
- A 90 Malformações congénitas NE / múltiplas
- A 91 Investigação com resultados anormais NE
- A 92 Alergia / reacção alérgica NE

F . OLHO

- F 70 Conjuntivite infecciosa
- F 71 Conjuntivite alérgica
- F 72 Blefarite / ordéolo / calázio
- F 73 Outras infecções / inflamações oculares
- F 74 Neoplasia do olho / anexos
- F 75 Contusão / hemorragia ocular
- F 76 Corpo estranho ocular
- F 79 Outras lesões traumáticas oculares
- F 81 Outras malformações congénitas do olho
- F 82 Descolamento da retina
- F 83 Retinopatia
- F 84 Degenerescência macular
- F 85 Úlcera da córnea
- F 86 Tracoma
- F 91 Erro de refração
- F 92 Catarata
- F 93 Glaucoma
- F 94 Cegueira
- F 95 Estrabismo
- F 99 Outras doenças oculares / anexos

H . OUVIDO

- H 70 Otite externa
- H 71 Otite média aguda / miringite

- H 79 Outros traumatismos do ouvido
- H 80 Malformações congénitas do ouvido
- H 81 Cerúmen no ouvido em excesso
- H 82 Síndrome vertiginosa
- H 83 Otoesclerose
- H 84 Presbiacusia
- H 85 Lesão acústica
- H 86 Surdez
- H 99 Outra doença do ouvido / mastóide

B . SANGUE, S. HEMOPOIÉTICO E IMUNE

- B 70 Linfadenite aguda
- B 71 Linfadenite crónica não específica
- B 72 Doença de Hodgkin / linfomas
- B 73 Leucemia
- B 74 Outra neoplasia maligna do sangue
- B 75 Neoplasias benignas NE
- B 77 Outras lesões traum. sangue / linfa / baço
- B 78 Anemias hemolíticas hereditárias
- B 79 Outra malformação cong. sangue / linfática
- B 80 Anemia por deficiência de ferro
- B 81 Anemia perniciosa / deficiência de folatos
- B 82 Outras anemias não especificadas
- B 83 Púrpura / defeitos de coagulação
- B 84 Glóbulos brancos anormais
- B 87 Esplenomegália
- B 90 Infecção . HIV, SIDA
- B 99 Outra doença do sangue / Linfáticos / baço

D . APARELHO GASTROINTESTINAL

- D 70 Infecção gastrointestinal
- D 71 Papeira / parotidite epidémica
- D 72 Hepatite viral
- D 73 Gastroenterite, presumível infecção
- D 74 Neoplasia maligna do estômago
- D 75 Neoplasia maligna do cólon / recto
- D 76 Neoplasia maligna do pâncreas
- D 77 Neoplasia maligna do ap. digestivo outra / NE
- D 78 Neoplasia do ap. digestivo benigna / incerta
- D 79 Corpo estranho no aparelho digestivo
- D 80 Outras lesões traumáticas
- D 81 Malformações congénitas do ap. digestivo
- D 82 Doenças dos dentes / gengivas
- D 83 Doenças da boca, língua, lábios
- D 84 Doença do esófago
- D 85 Úlcera do duodeno
- D 86 Úlcera péptica, outra
- D 87 Alterações funcionais do estômago
- D 89 Hérnia inguinal

- H 72 Otite média serosa
- H 73 Infecção da trompa de Eustáquio
- H 74 Otite média crônica
- H 75 Neoplasia do ouvido
- H 77 Perfuração do tímpano
- H 78 Traumatismo superficial do ouvido
- D 96 Lombrigas / outros parasitas
- D 97 Doenças do fígado / NE
- D 98 Colecistite, colelitíase
- D 99 Outra doença do sistema digestivo

N . SISTEMA NEUROLÓGICO

- N 70 Poliomielite
- N 71 Meningite / encefalite
- N 72 Tétano
- N 73 Outra infecção neurológica
- N 74 Neoplasia maligna do sistema neurológico
- N 75 Neoplasia benigna do sistema neurológico
- N 76 Neoplasia do sist. neurol. de natureza incerta
- N 79 Concussão
- N 80 Outras lesões cranianas
- N 81 Outra lesão do sistema neurológico
- N 85 Malformações congênicas
- N 86 Esclerose múltipla
- N 87 Parkinsonismo
- N 88 Epilepsia
- N 89 Enxaqueca
- N 90 Cefaleia de cluster
- N 91 Paralisia facial / paralisia de Bell
- N 92 Nevralgia do trigêmio
- N 93 Síndrome do canal cárpico
- N 94 Nevrite / Neuropatia periférica
- N 95 Cefaleia de tensão
- N 99 Outras doenças do sistema neurológico

L . SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO

- L 70 Infecções do aparelho musculo-esquelético
- L 71 Neoplasia maligna
- L 72 Fractura: rádio / cúbito
- L 73 Fractura: tibia / perônio
- L 74 Fractura: osso da mão / pé
- L 75 Fractura: fêmur
- L 76 Outras fractura
- L 77 Entorses e distensões do tornozelo
- L 78 Entorses e distensões do joelho
- L 79 Entorses e distensões das articulações, NE
- L 80 Luxação e subluxação
- L 81 Traumatismos do ap. musculo-esquelético
- L 82 Malformações cong. musculo-esqueléticas
- L 83 Síndrome da coluna cervical
- L 84 Síndromes da coluna sem irradiação de dor
- L 85 Deformação adquirida da coluna
- L 86 Síndrome vertebral com irradiação de dores

- D 90 Hérnia do hiato / diafragmática
- D 91 Hérnia abdominal, outras
- D 92 Doença diverticular intestinal
- D 93 Síndrome do cólon irritável
- D 94 Enterite crônica / colite ulcerosa
- D 95 Fissura anal / abscesso perianal

K . APARELHO CIRCULATÓRIO

- K 70 Doença infecciosa do aparelho circulatório
- K 71 Febre reumática / cardiopatia
- K 72 Neoplasia do aparelho circulatório
- K 73 Malformações cong. do ap. circulatório
- K 74 Doença cardíaca isquêmica com angina
- K 75 Enfarte agudo do miocárdio
- K 76 Doença cardíaca isquêmica sem angina
- K 77 Insuficiência cardíaca
- K 78 Fibrilhação / flutter auricular
- K 79 Taquicárdia paroxística
- K 80 Arritmia cardíaca NE
- K 81 Sopro cardíaco / arterial NE
- K 82 Doença cárdio-pulmonar
- K 83 Doença valvular cardíaca NE
- K 84 Outras doenças cardíacas
- K 85 Tensão arterial elevada
- K 86 Hipertensão sem complicações
- K 87 Hipertensão com complicações
- K 88 Hipotensão postural
- K 89 Isquemia cerebral transitória
- K 90 Trombose / Acidente vascular cerebral
- K 91 Doença vascular cerebral
- K 92 Aterosclerose / doença vascular periférica
- K 93 Embolia pulmonar
- K 94 Flebite e tromboflebite
- K 95 Veias varicosas da perna
- K 96 Hemorróidas
- K 99 Outras doenças do aparelho circulatório

P . PSICOLÓGICO

- P 70 Demência
- P 71 Outras psicoses orgânicas NE
- P 72 Esquizofrenia
- P 73 Psicose afetiva
- P 74 Distúrbio ansioso / estado de ansiedade
- P 75 Somatização
- P 76 Perturbações depressivas
- P 77 Suicídio / tentativa de suicídio
- P 78 Neurastenia / surmenage
- P 79 Fobia / perturbação compulsiva
- P 80 Alterações da personalidade
- P 81 Perturbação hiperpícnica
- P 82 Stress pós-traumático
- P 85 Atraso mental
- P 86 Anorexia nervosa, bulimia
- P 98 Outras psicoses NE

- L 87 Bursite / tendinite / sinovite NE
- L 88 Artrite reumatóide / seropositiva
- L 89 Osteoartrose da anca
- L 90 Osteoartrose do joelho
- L 91 Outras osteoartroses
- L 92 Síndrome do ombro doloroso
- L 93 Cotovelo de tenista
- L 94 Osteocondrose
- L 95 Osteoporose
- L 96 Lesão interna aguda do joelho
- L 97 Neoplasias benignas / incertas
- L 98 Malformação adquirida de um membro
- L 99 Outra doença do ap. musculoesquelético
- R 82 Pleurisia / derrame pleural
- R 83 Outra infecção respiratória
- R 84 Neoplasia maligna dos brônquios / pulmão
- R 85 Outra neoplasia respiratória maligna
- R 86 Neoplasia benigna respiratória
- R 88 Outra lesão respiratória
- R 89 Malformação congénita do ap. respiratório
- R 92 Neoplasia resp. de natureza desconhecida
- R 95 Doença pulmonar obstrutiva crónica
- R 96 Asma
- R 97 Rinite alérgica
- R 98 Síndrome de hiperventilação
- R 99 Outras doenças respiratórias

Y . AP. GENITAL MASC. (INCLUI MAMA)

- Y 70 Sífilis masculina
- Y 71 Gonorreia masculina
- Y 72 Herpes genital
- Y 73 Prostatite / vesiculite seminal
- Y 74 Orquite / epididimite
- Y 76 Condiloma acuminato
- Y 77 Neoplasia maligna da próstata
- Y 78 Neoplasia maligna genital masculino, outra
- Y 79 Neoplasia genital masculino benigna / incerta
- Y 80 Traumatismo genital masculino, outro
- Y 84 Malformação genital cong. no homem, outra
- Y 85 Hipertrofia prostática benigna
- Y 86 Hidrocelo
- Y 99 Doença genital masculino, outra

T- ENDÓCRINO, METAB. E NUTRICIONAL

- T 70 Infecção endócrina
- T 71 Neoplasia maligna da tiróide
- T 72 Neoplasia benigna da tiróide
- T 73 Outra neoplasia endócrina não especificada
- T 78 Quisto do canal tireogloso
- T 80 Malformação endócrina / metabólica cong.
- T 81 Bócio
- T 82 Obesidade
- T 83 Excesso de peso

- P 99 Outras perturbações psicológicas

R . APARELHO RESPIRATÓRIO

- R 72 Infecção estreptocócica da orofaringe
- R 73 Abscesso / furúnculo no nariz
- R 74 Infecção aguda do ap. respiratório superior
- R 75 Sinusite crónica / aguda
- R 76 Amigdalite aguda
- R 77 Laringite / traqueíte aguda
- R 78 Bronquite / bronquiolite aguda
- R 79 Bronquite crónica
- R 80 Gripe
- R 81 Pneumonia
- U 85 Malformação congénita do ap. urinário
- U 88 Glomerulonefrite / nefrose
- U 90 Albuminúria / proteinúria ortostática
- U 95 Cálculo urinário
- U 98 Análises anormais à urina NE
- U 99 Outras doenças urinárias

X . AP. GENITAL FEMININO (INC. MAMA)

- X 70 Sífilis feminina
- X 71 Gonorreia feminina
- X 72 Candidíase genital na mulher
- X 73 Tricomoníase genital na mulher
- X 74 Doença inflamatória pélvica
- X 75 Neoplasia maligna do colo
- X 76 Neoplasia maligna da mama feminina
- X 77 Neoplasia maligna genital feminina outras
- X 78 Fibromioma do útero
- X 79 Neoplasia benigna da mama feminina
- X 80 Neoplasia benigna genital
- X 81 Neoplasia gen. fem. natureza incerta / outra
- X 82 Lesão traumática genital feminina
- X 83 Malformações congénitas genitais
- X 84 Vaginite / vulvite NE
- X 85 Doença do colo NE
- X 86 Esfregaço de Pap anormal
- X 87 Prolapso útero-vaginal
- X 88 Doença fibroquística da mama
- X 90 Herpes genital feminino
- X 91 Condiloma acuminado feminino
- X 99 Doença genital feminina, outra

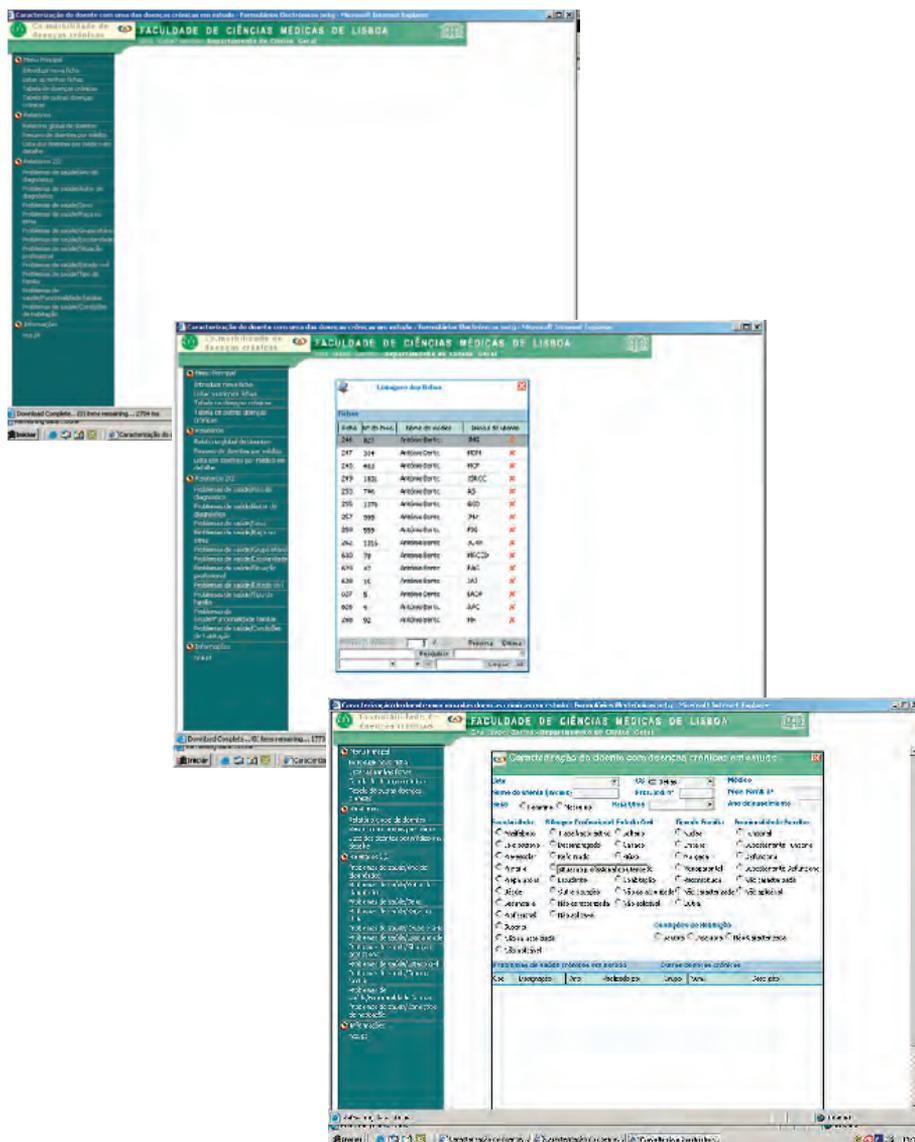
S . PELE

- S 70 Herpes zooster
- S 71 Herpes simples
- S 72 Escabiose / outras acaríases
- S 73 Pediculose / outras infestações da pele
- S 74 Dermatofitose
- S 75 Monilíase / candidíase da pele
- S 76 Outras infecções da pele
- S 77 Neoplasias malignas da pele

- T 85 Hipertiroidismo / tireotoxicose
 - T 86 Hipotiroidismo / mixedema
 - T 87 Hipoglicemia
 - T 89 Diabetes insulino-dependente
 - T 90 Diabetes não insulino-dependente
 - T 91 Deficiência vitamínica / nutricional
 - T 92 Gota
 - T 93 Alteração do metabolismo dos lípidos
 - T 99 Outras doenças endóc. / metab. / nutricionais
- U . APARELHO URINÁRIO**
- U 70 Pielonefrite / pielite
 - U 71 Cistite / outra infecção urinária
 - U 72 Uretrite
 - U 75 Neoplasia maligna do rim
 - U 76 Neoplasia maligna da bexiga
 - U 77 Neoplasia maligna do ap. urinário, outra
 - U 78 Neoplasia benigna do aparelho urinário
 - U 79 Neoplasia do aparelho urinário NE
 - U 80 Lesões traumáticas do aparelho urinário
 - S 79 Neoplasia cutânea benigna / incerta
 - S 80 Queratose solar / queimadura solar
 - S 81 Hemangioma / linfangioma
 - S 82 Nevos / sinais da pele
 - S 83 Lesões da pele congênitas, outras
 - S 84 Impétigo
 - S 85 Quisto pilonidal / fistula
 - S 86 Dermatite seborreica
 - S 87 Dermatite, eczema atópico
 - S 88 Dermatite de contacto / alérgica
 - S 90 Ptiíase rosada
 - S 91 Psoríase
 - S 92 Doença das glândulas sudoríparas
 - S 93 Quisto sebáceo
 - S 94 Unha encravada
 - S 95 Molusco contagioso
 - S 96 Acne
 - S 97 Úlcera crónica da pele
 - S 98 Urticária
 - S 99 Outras doenças da pele

ANEXO V

Sítio na "internet" e respectivo menu



ANEXO VI

Tabela com código alfanumérico das doenças

Designação	Cód Alf	Cód Num	Cód Pr Cr	Designação	Cód Alf	Cód Num	Cód Pr Cr
Tuberculose	A	70	170	Malformações congénitas do ouvido	H	80	580
Malária	A	73	173	Síndrome vertiginosa	H	82	582
Carcinomatose (loc. primária desconhecida)	A	79	179	Otoesclerose	H	83	583
Lesão traumática / acidente NE	A	80	180	Presbiacúsia	H	84	584
Politraumatismos / ferimentos múltiplos	A	81	181	Lesão acústica	H	85	585
Efeito secundário de uma lesão traumática	A	82	182	Surdez	H	86	586
Efeitos secundários por factores físicos	A	88	188	Outra doença do ouvido / mastóide	H	99	599
Efeitos de uma prótese	A	89	189	Febre reumática / cardiopatia	K	71	671
Malformações congénitas NE / múltiplas	A	90	190	Neoplasia do aparelho circulatório	K	72	672
Investigação com resultados anormais NE	A	91	191	Malformações cong. do ap. circulatório	K	73	673
Alergia / reacção alérgica NE	A	92	192	Enfarte agudo do miocárdio	K	75	675
Linfadenite crónica não específica	B	71	271	Insuficiência cardíaca	K	77	677
Doença de Hodgkin / linfomas	B	72	272	Fibrilhação / flutter auricular	K	78	678
Leucemia	B	73	273	Taquicardia paroxística	K	79	679
Outra neoplasia maligna do sangue	B	74	274	Arritmia cardíaca NE	K	80	680
Neoplasias benignas NE	B	75	275	Sopro cardíaco / arterial NE	K	81	681
Anemias hemolíticas hereditárias	B	78	278	Doença cardíaco-pulmonar	K	82	682
Outra malformação cong. sangue / linfática	B	79	279	Doença valvular cardíaca NE	K	83	683
Anemia por deficiência de ferro	B	80	280	Outras doenças cardíacas	K	84	684
Anemia perniciosa / deficiência de folatos	B	81	281	Hipotensão postural	K	88	688
Outras anemias não especificadas	B	82	282	Isquémia cerebral transitória	K	89	689
Púrpura / defeitos de coagulação	B	83	283	Trombose / Acidente vascular cerebral	K	90	690
Glóbulos brancos anormais	B	84	284	Doença vascular cerebral	K	91	691
Esplenomegália	B	87	287	Aterosclerose / doença vascular periférica	K	92	692
Infecção . HIV, SIDA	B	90	290	Embolia pulmonar	K	93	693
Outra doença do sangue / Linfáticos / baço	B	99	299	Veias varicosas da perna	K	95	695
Hepatite viral	D	72	372	Hemorroidas	K	96	696
Neoplasia maligna do estômago	D	74	374	Outras doenças do aparelho circulatório	K	99	699
Neoplasia maligna do cólon / recto	D	75	375	Neoplasia maligna	L	71	771
Neoplasia maligna do pâncreas	D	76	376	Luxação e subluxação	L	80	780
Neoplasia maligna do ap. digestivo outra / NE	D	77	377	Traumatismos do ap. musculoesquelético	L	81	781
Neoplasia do ap. digestivo benigna / incerta	D	78	378	Malformações cong. musculoesqueléticas	L	82	782
Malformações congénitas do ap. digestivo	D	81	381	Síndrome da coluna cervical	L	83	783
Doenças dos dentes / gengivas	D	82	382	Síndromes da coluna sem irradiação de dor	L	84	784
Doenças da boca, língua, lábios	D	83	383	Deformação adquirida da coluna	L	85	785
Doença do esófago	D	84	384	Síndrome vertebral com irradiação de dores	L	86	786
Úlcera do duodeno	D	85	385	Bursite / tendinite / sinovite NE	L	87	787
Úlcera péptica, outra	D	86	386	Artrite reumatóide / seropositiva	L	88	788
Alterações funcionais do estômago	D	87	387	Osteoartrose da anca	L	89	789
Hérnia inguinal	D	89	389	Osteoartrose do joelho	L	90	790
Hérnia do hiato / diafragmática	D	90	390	Outras osteoartroses	L	91	791
Hérnia abdominal, outras	D	91	391	Síndrome do ombro doloroso	L	92	792
Doença diverticular intestinal	D	92	392	Cotovelo de tenista	L	93	793
Síndrome do cólon irritável	D	93	393	Osteocondrose	L	94	794
Enterite crónica / colite ulcerosa	D	94	394	Osteoporose	L	95	795
Fissura anal / abscesso perianal	D	95	395	Neoplasias benignas / incertas	L	97	797
Doenças do fígado / NE	D	97	397	Malformação adquirida de um membro	L	98	798
Colecistite, coleditiase	D	98	398	Outra doença do ap. musculoesquelético	L	99	799
Outra doença do sistema digestivo	D	99	399	Poliomielite	N	70	870
Neoplasia do olho/anexos	F	74	474	Outra infecção neurológica	N	73	873
Outras lesões traumáticas oculares	F	79	479	Neoplasia maligna do sistema neurológico	N	74	874
Outras malformações congénitas do olho	F	81	481	Neoplasia benigna do sistema neurológico	N	75	875
Descolamento da retina	F	82	482	Neoplasia do sist. neurol. de natureza incerta	N	76	876
Retinopatia	F	83	483	Outras lesões cranianas	N	80	880
Degenerescência macular	F	84	484	Outra lesão do sistema neurológico	N	81	881

Tabela com código alfanumérico das doenças (cont.)

Erro de refração	F	91	491	Malformações congénitas	N	85	885
Catarata	F	92	492	Esclerose múltipla	N	86	886
Glaucoma	F	93	493	Parkinsonismo	N	87	887
Cegueira	F	94	494	Epilepsia	N	88	888
Estrabismo	F	95	495	Enxaqueca	N	89	889
Outras doenças oculares / anexos	F	99	499	Cefaleia de cluster	N	90	890
Otite média crónica	H	74	574	Paralisia facial / paralisia de Bell	N	91	891
Neoplasia do ouvido	H	75	575	Nevralgia do trigémio	N	92	892
Perfuração do tímpano	H	77	577	Síndrome do canal córcico	N	93	893
Outros traumatismos do ouvido	H	79	579	Nevrite / Neuropatia periférica	N	94	894
Cefaleia de tensão	N	95	895	Excesso de peso	T	83	1283
Outras doenças do sistema neurológico	N	99	899	Hipertiroidismo / tireotoxicose	T	85	1285
Abuso crónico do Alcool	P	15	915	Hipotiroidismo / mixedema	T	86	1286
Abuso do tabaco	P	17	917	Hipoglicémia	T	87	1287
Abuso de medicação	P	18	918	Deficiência vitamínica / nutricional	T	91	1291
Abuso de drogas	P	19	919	Gota	T	92	1292
Demência	P	70	970	Alteração do metabolismo dos lípidos	T	93	1293
Outras psicoses orgânicas NE	P	71	971	Outras doenças endóc. / metab. / nutricionais	T	99	1299
Esquizofrenia	P	72	972	Pielonefrite/pielite	U	70	1370
Psicose afectiva	P	73	973	Cistite/outra infecção urinária	U	71	1371
Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	P	74	974	Neoplasia maligna do rim	U	75	1375
Somatização	P	75	975	Neoplasia maligna da bexiga	U	76	1376
Perturbações depressivas	P	76	976	Neoplasia maligna do ap. urinário, outra	U	77	1377
Neurastenia / surmenage	P	78	978	Neoplasia benigna do aparelho urinário	U	78	1378
Fobia / perturbação compulsiva	P	79	979	Neoplasia do aparelho urinário NE	U	79	1379
Alterações da personalidade	P	80	980	Malformação congénita do ap. urinário	U	85	1385
Perturbação hipericnética	P	81	981	Glomerulonefrite / nefrose	U	88	1388
Stress pós-traumático	P	82	982	Albuminúria / proteinúria ortostática	U	90	1390
Atraso mental	P	85	985	Cálculo urinário	U	95	1395
Anorexia nervosa, bulimia	P	86	986	Análises anormais à urina NE	U	98	1398
Outras psicoses NE	P	98	998	Outras doenças urinárias	U	99	1399
Outras perturbações psicológicas	P	99	999	Contraceção oral	W	11	1411
Sinusite crónica / aguda	R	75	1075	Infertilidade / Subfertilidade	W	15	1415
Bronquite crónica	R	79	1079	Sinais / sintomas menopausa	X	11	1511
Pleurisia / derrame pleural	R	82	1082	Neoplasia maligna do colo	X	75	1575
Outra infecção respiratória	R	83	1083	Neoplasia maligna da mama feminina	X	76	1576
Neoplasia maligna dos brônquios / pulmão	R	84	1084	Neoplasia maligna genital feminina outras	X	77	1577
Outra neoplasia respiratória maligna	R	85	1085	Fibromioma do útero	X	78	1578
Neoplasia benigna respiratória	R	86	1086	Neoplasia benigna da mama feminina	X	79	1579
Outra lesão respiratória	R	88	1088	Neoplasia benigna genital	X	80	1580
Malformação congénita do ap. respiratório	R	89	1089	Neoplasia gen. fem. natureza incerta / outra	X	81	1581
Neoplasia resp. de natureza desconhecida	R	92	1092	Doença do colo NE	X	85	1585
Doença pulmonar obstrutiva crónica	R	95	1095	Esfregaço de Pap anormal	X	86	1586
Rinite alérgica	R	97	1097	Prolapso útero-vaginal	X	87	1587
Síndrome de hiperventilação	R	98	1098	Doença fibroquística da mama	X	88	1588
Outras doenças respiratórias	R	99	1099	Herpes genital feminino	X	90	1590
Dermatofitose	S	74	1174	Doença genital feminina, outra	X	99	1599
Monilíase / candidiase da pele	S	75	1175	Sinais / sintomas da próstata	Y	6	1606
Outras infecções da pele	S	76	1176	Impotência NE	Y	7	1607
Neoplasias malignas da pele	S	77	1177	Herpes genital	Y	72	1672
Neoplasia cutânea benigna / incerta	S	79	1179	Neoplasia maligna da próstata	Y	77	1677
Queratose solar/queimadura	S	80	1180	Neoplasia maligna genital masculino, outra	Y	78	1678
Hemangioma / linfangioma	S	81	1181	Neoplasia genital masculino benigna / incerta	Y	79	1679
Nevos / sinais da pele	S	82	1182	Traumatismo genital masculino, outro	Y	80	1680
Lesões da pele congénitas, outras	S	83	1183	Malformação genital cong. no homem, outra	Y	84	1684
Quisto pilonidal / fistula	S	85	1185	Hipertrofia prostática benigna	Y	85	1685
Dermatite seborreica	S	86	1186	Hidrocele	Y	86	1686

Dermatite, eczema atópico	S	87	1187	Doença genital masculino, outra	Y	99	1699
Dermatite de contacto / alérgica	S	88	1188				
Ptíriase rosada	S	90	1190				
Psoríase	S	91	1191				
Doença das glândulas sudoríparas	S	92	1192				
Quisto sebáceo	S	93	1193				
Molusco contagioso	S	95	1195				
Acne	S	96	1196				
Úlceras crónicas da pele	S	97	1197				
Outras doenças da pele	S	99	1199				
Infecção endócrina	T	70	1270				
Neoplasia maligna da tiróide	T	71	1271				
Neoplasia benigna da tiróide	T	72	1272				
Outra neoplasia endócrina não especificada	T	73	1273				
Quisto do canal tireogloso	T	78	1278				
Malformação endócrina / metabólica cong.	T	80	1280				
Bócio	T	81	1281				
Obesidade	T	82	1282				

ANEXO VII

Questionário aos colaboradores

Coloque o cursor ao lado do quadrado que deseja assinalar e faça . Depois de ter preenchido o questionário grave-o e devolva-o por email para issantos.cligeral@fcm.unl.pt

O ter participado neste estudo permitiu:

1 - Actualizar os critérios de diagnóstico utilizados na:

HTA Sim Não

DCI Sim Não

Asma Sim Não

DM Sim Não

Outra resposta:

2 - Actualizar, nos registos clínicos dos meus doentes, a classificação da HTA em "complicada" e "sem complicações":

Sim Não

3 - Actualizar, nos registos clínicos dos meus doentes, a classificação da cardiopatia isquémica, em "com" e "sem angina":

Sim Não

4 - Actualizar, nos registos clínicos dos meus doentes, a listagem de problemas de saúde crónicos:

Sim Não

5 - Registrar de forma sistemática o ano de diagnóstico destas doenças

Sim Não

6 - Actualizar a base de dados destes doentes relativamente a:

Ano de nascimento	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Escolaridade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Situação profissional	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Estado civil	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tipo de família	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Funcionalidade familiar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Condições de salubridade da habitação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Relativamente à ferramenta informática “formulário electrónico netg” utilizada neste estudo:

Considero ser importante ter acesso às 2 funcionalidades do programa:

Resumo de doentes Sim Não

Listagem em detalhe de doentes Sim Não

Porquê? _____

Considero que a disponibilização do formulário on-line para colheita e registo de dados:

Facilita a participação individual Sim Não

É um elemento de coesão Sim Não

Gostaria que o programa “ficheiro electrónico”, futuramente, tivesse outras funcionalidades? Sim Não

Quais? _____

Relativamente aos 2 estudos sobre comorbilidade em 4 doenças-índice:

Considero que os resultados, a discussão e as conclusões provisórias destes trabalhos são uma “mais valia”:

para o meu desenvolvimento pessoal Sim Não

para a prática clínica Sim Não

para o desenvolvimento dos serviços de saúde Sim Não

para a saúde da comunidade Sim Não

para o desenvolvimento da disciplina Sim Não

Explicita as suas afirmações. Se sim, porquê? Se não porquê?

Considero ser importante de futuro aprofundar os aspectos seguintes:
(ex: controlo terapêutico de HTA ou de DM e comorbilidade)

Obrigada!

Envie a resposta por email para issantos.cligeral@fcm.unl.pt ou por fax para 21 885 1920 A/C Dr^a Isabel Santos / Departamento de Clínica Geral.

Lista Final de Referências Bibliográficas

Allen J, Gay B., Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine. 2002. Disponivel em URL:<http://www.euract.org/pap041.html>.

Almagro C, Fernandez- Blanco, Lara JRL, Cosiales PB. Familia y salud: Unidad 39. In: Gallo Vallejo FJ, editor. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Barcelona: SemFYC; 1997. p.359-365.

American Diabetes Association. Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1997;20:1183-97.

American Diabetes Association. Screening for diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25(1):S21-S24.

Au DH, McDonell MB, Martin DC, Fihn SD. Regional variations in health status. *Med Care*. 2001;39(8):879-88.

Aveyard P. Assessing the performance of general practices caring for patients with asthma. *Br J Gen Pract*. 1997;47(420):423-6.

Baron RB. Lipid abnormalities. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. *Current medical diagnosis & treatment*, 2005. New York: McGraw-Hill; 2004. p.1202-13.

Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Description of barriers to self care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med*. 2003;1:8-14.

Bell-Syer SE, Moffett JA. Recruiting patients to randomized trials in primary care: principles and case study. *Fam Pract*. 2000;17(2):187-91.

Ben-Noun L. Characteristics of comorbidity in adult asthma. *Public Health Rev*. 2001; 29(1):49-61.

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

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

Birchall H, Brandon S, Taub N. Panic in a general practice population: prevalence, psychiatric comorbidity and associated disability. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2000;35(6):235-41.

Birthwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;238:204-9.

Bito S, Fukuhara S, Shapiro MF, Hashimoto H, Kurokawa K. Relationship between having a home doctor and outpatient utilization. *J Epidemiol.* 2001;11(4):160-9.

Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA.* 1999;281(21):2045-9.

Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469-75.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA.* 2002;288(15):1909-14.

Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis Manag.* 2003;6(2):63-71.

Botelho MA. Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano [Tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 1999.

Breeze E, Fletcher AE, Leon DA, Marmot MG, Clarke RJ, Shippley MJ. Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. *Am J Public Health.* 2001;91(2):277-83.

Broeiro P, Ramos V. Patologia múltipla e polifarmácia no idoso. *Rev Port Clín Geral.* 1997;14:8-22.

Brotans C, Godycki-Cwirko M, Sammut MR, European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, et al. New european guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Gen Pract.* 2003;9(4):124-5.

Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, physicians and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract.* 2002;19:344-9.

Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editors. *Chronic disease epidemiology and control.* Washington, DC: American Public Health Association; 1993.

Cabral MV. *Saúde e doença em Portugal.* Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa; 2001.

Campbell SM, Hann M, Hacker J, Thapar A, Roland MO. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:125-30.

Carroll K, Majeed A, Firth C, Gray J. Prevalence and management of coronary heart disease in primary care: population-based cross-sectional study using a disease register. *J Public Health Med*. 2003;25(1):29-35.

Cathedras PJ, Robbins JM, Kirmayer LJ, Hayton BC. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behaviour, and outcome. *J Gen Inter Med*. 1992;7(3):276-86.

Charles J, Valenti L, Britt H. GP visits by health care card holders. A secondary analysis of data from Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH), a national study of general practice activity in Australia. *Aust Fam Physician*. 2003 Jan-Feb;32(1-2):85-8,94.

Charlson ME, Pompei P, Alex KL, Mckanenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis*. 1987;40:373-83.

Christie-Seely J. Working with family in primary care: a systems approach to health and illness. New York: Praeger; 1984.

Clayborne C, editor. A call to conscience: the landmark speeches of Martin Luther King Jr. New York: IPP/Warnar Books, 2001.

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

Coelho H. As vertentes do complexo. In: *Medicina geral e familiar, 20 anos - Da vontade*. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 2004. p.179-197.

Cohen MM, MacWilliam L. Measuring the health of the population. *Med Care*. 1995;33(12):DS21-DS42.

Consoli SM; Depression and Organic Diseases Study. [Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study. *Presse Med*. 2003 Jan 11;32(1):10-21.

Cortez AI, Mateus AL, Rodrigues MF, Clímaco MG, Fidalgo ML. Polimedicação no idoso. *Rev Port Clín Geral*. 1995;12:280-4.

Crombie DL, Cross KW, Fleming DM. The problem of diagnostic variability in general practice. *J Epidemiol Community Health*. 1992;46(4):447-54.

DAI Study Group. The prevalence of coronary heart disease in type 2 diabetic patients in Italy: the DAI study. *Diabet Med*. 2004;21(7):738-45.

Davis RM, Wagner EG. Advances in managing chronic disease. *BMJ*. 2000;320:525-6.

de Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Diseases Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*. 2003;24:1601-10.

de Grauw WJ, van de Lisdonk EH, Behr RR, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van Weel C. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam Pract*. 1999;16(2):133-9.

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;52(S1):9S-12S.

de Laat M, Simons RJ. Aprendizagem colectiva: perspectivas teóricas e apoios à formação em rede. *Rev Eur Form Profissional*. 2002;27:14-28.

DeBusk RF, West JA, Miller NH, Taylor CB. Chronic disease management: treating the patient with disease(s) vs treating disease(s) in the patient. *Arch Inter Med*. 1999;159(22):2739-42.

DGS. Acesso aos doentes com asma de alto risco a consultas diferenciadas (Circular normativa nº 2/DGCG, de 13/07/2004). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004 [consultado em 2004 Set 29]. Disponível em: URL:[http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

DGS. Actualização dos critérios de classificação e diagnóstico da diabetes (Circular normativa nº 9/DGCG, de 04/04/2002). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002 [consultado em 2004 Set 29]. Disponível em: URL:[http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

DGS. Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial (Circular normativa nº 15/DGCG, de 31/03/2004). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004 [consultado em 2004 Set 29]. Disponível em: URL:[http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

DGS. Ganhos em saúde em Portugal: ponto da situação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2002.

- DGS. Manual de boas práticas na asma. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2000.
- DGS. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: prioridades, Vol I [monografia na Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004 [consultado 2004 Set 30]. Disponível em www.dgsaude.pt.
- DGS. Programa de controlo da diabetes mellitus em cuidados de saúde primários. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1992.
- DGS. Programa de controlo da diabetes mellitus: dossier da diabetes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 1998.
- DGS. Programa nacional de controlo da asma. Despacho nº 2878/2002, de 3 Julho. Diário da República, II série.
- DGS. Programa nacional de doenças cardiovasculares (Circular normativa nº 15/DGCG, de 05/09/2003). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003 [consultado em 2007 Set 29]. Disponível em: URL:<http://www.dgsaude.pt>.
- DGS. Risco de morrer em Portugal, 2001 [monografia na Internet]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003 [consultado em 2004 Set 30]. Disponível em: URL:<http://www.dgsaude.pt>.
- Dias JA. Évora e Beja: vizinhos, mas...diferentes! Gradientes na morbi-mortalidade e determinantes a nível distrital. Rev Port de Saúde Publica. 1994;12(3):33-48.
- Dickinson WP, Dickinson LM, deGruy FV, Main DS, Candib LM, Rost K. A randomized clinical trial of a care recommendation letter intervention for somatization in primary care. Ann Fam Med. 2003 Nov-Dec;1(4):228-35.
- Diehr P, Koepsell T, Cheadle A, Psaty BM, Wagner E, Curry S. Do communities differ in health behaviors? J Clin Epidemiol. 1993;46(10):1141-9.
- Disease clustering: hide or seek? [Editorial]. Lancet. 1990;336(8717):717-8.
- Eco U. Como se faz uma tese em Ciências Humanas.Lisboa: Presença; 1988.
- El-Kebbi IM, Ziemer DC, Cook CB, Miller CD, Gallina DL, Phillips LS. Comorbidity and glyceimic control in patients with type 2 diabetes. Arch Intern Med. 2001;161:1295-300.
- Epstein NB, McAuley RC. Estudo dos problemas emocionais dentro do sistema familiar. In: Medalie JH, editor. Medicina familiar: princípios y practicas. México: Limusine; 1987. p. 275-81.

Fahey TP, Peters TJ. A general practice-based study examining the absolute risk of cardiovascular disease in treated hypertensive patients. *Br J Gen Pract.* 1996;16:210-6.

Falcão JM, Gouvea MF, Rosa AV, Sá JV, Valente MF. Epidemiologia da diabetes. Parte I - Prevalência da doença e de alguns factores de risco numa coorte de diabéticos portugueses, 1993. *Rev Port Clín Geral.* 1996;13:213-28.

Fan VS, Au D, Heagerty P, Deyo RA, Mcdonell MB, Fihn SD. Validation of case-mix measures derived from self-reports of diagnoses and health. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(4):371-80.

Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis.* 1970;23:455-68.

Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoli-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55(2):M84-M89 [consultado em 2003 Mar 19]. Disponível em: URL:[http:// www.proquest.com](http://www.proquest.com).

Fonseca MD. Determinação do grau de conhecimentos dos diabéticos não insulino dependentes em relação à sua doença. *Rev Port Clín Geral.* 1995;12:287-93.

Fonseca PA. Índices de desenvolvimento concelhio. *Revista de Estatística [periódico na Internet].* 2002 [consultado em 2004 Nov 2]; 2º Quad(27): [34 p.]. Disponível em: URL:[http:// www.ine.pt/prodserv7estudos/pdf/rn_art1_q2_2002_b.pdf](http://www.ine.pt/prodserv7estudos/pdf/rn_art1_q2_2002_b.pdf).

Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Ann Fam Med* 2005;3:223-228. Consultado em 13 de Junho de 2005. Disponível em www.annfammed.org

Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Lisboa: Lusociência; 2000.

Fullerton C, Florenzano R, Acuna J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Med Chil.* 2000;128(7):729-34.

Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med.* 2004;2:S3-S32.

Gaillard JP. O Médico do Futuro. Lisboa: Instituto Piaget; Coleção Medicina e Saúde. 1995.

General Practice Statistics and Classification Unity. General Practice Activity in Australia 2003-2004 [consultado em 2004 Jul 30]. Disponível em: URL:<http://www.aihv.gov.au/publications/index.cfm//title/10079>

Giansanti R, Rabini RA, Romagnoli F, Fumelli D, Sorichetti P, Boemi M, et al. Coronary heart disease, type 2 diabetes mellitus and cardiovascular disease risk factors: a study on a middle-aged and elderly population. *Arch Gerontol Geriatr.* 1999;29:175-82.

Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GAM.

Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):66.

Giraldes MR. Morbilidade declarada no INS 1995/1996: que respostas? Uma abordagem realizada numa perspectiva de equidade. *Rev Port Saúde Pública.* 1998;16(1):43-59.

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

Golblett P, Robbins K. Evidence on disease prevalence across practices. Confederation [monograph on the Internet]. Department of Health & NHS 2003. [consultado em 2004 Jul 12]. Disponível em: URL:<http://www.wales.uk/sites/documents/480/ACF9122.pdf>

Gomez-Rodriguez E, Moreno-Raymundo P, Hernandez-Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services by families. *Fam Pract.* 1996;13(4):382-5.

Gray J, Ekins M, Scammel A, Carrol K, Majeed A. Workload implications of identifying patients with ischaemic heart disease in primary care: population-based study. *J Public Health Med.* 2003;25(3):223-7.

Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA.* 1992;267:1164-74.

Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes of patients with hypertension and non insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties: results from the medical outcomes study. *JAMA.* 1995;274:1436-44.

Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *J Am Med Assoc.* 2001;84:2578-85.

Grumbach K. Chronic illness, comorbidities and the need for medical generalism. *Ann Fam Med.* 2003;1(1):4-7.

Grundey SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham. A statement for health care professionals from the AHA task force on risk reduction. *Circulation.* 1998;97(18):1876-87.

Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. Work disability and health-affecting psychosocial problems among patients in general practice. *Scand J Soc Med.* 1998;26(2):96-100.

Guralnik JM, LaCroix A, Everett D. Aging in the eighties: the prevalence of comorbidity and its association with disability. Washington, DC: DHHS (NCHS); 1989.

Gurwitz JH, Col NF, Avorn J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. *JAMA.* 1992;268:1417-22.

Harris M, Eastman RC, Cowie C, Fiegel K, Eberhardt MS. Racial and ethnic differences in glycemic control of adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 1999;22:403-8.

Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults. *Diabetes Care.* 1998;21(4):518-24.

Harris T, Brown GW, Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 1: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 1999;174:219-24.

Harrold L, Field T, Gurwitz J. Knowledge, patterns of care and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med.* 1999;14:499-511.

Hart JT. Community interventions: physical health. In Jones R, editor. *Oxford textbook of primary medical care. Vol 1: principles and concepts.* Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 350-354.

Hasler J. The very stuff of general practice: MacKenzie lecture. *J R Coll Gen Pract.* 1985;35:121-7.

Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário.* Lisboa: Sílabo; 2002.

Hodkin K. Towards earlier diagnosis: a guide to primary care. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985.

Hofer TP, Hayward BA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual Physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. JAMA. 1999;281(12):2098-105.

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

Hole DJ, Watt GC, Davey-Smith G, Hart CL, Gillis CR, Hawthorne VM. Impaired lung function and mortality risk in men and women: findings from the Renfrew and Paisley prospective population study. BMJ. 1996;313:711-5.

Horder J. Clínica geral/Medicina familiar: Portugal e o Mundo. In Alves MV, Ramos V. Medicina Geral e Familiar, 20 anos: da vontade. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 2004. p. 33.

Horsfield P, Teasdale S. Generating information from electronic patient records in general practice: a description of clinical care and gender inequalities in coronary heart disease using data from over two million patient records. Inform Prim Care. 2003;11(3):137-44.

Hudon C, Fortin M, Vanasse A. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. J Clin Epidemiol. 2005 Jun;58(6):603-8.

INE. Online. [consultado 2004 Nov 2]. Disponível em: URL:<http://www.ine.pt/prodeserv/quadros/008/218/006/xls/01503001.xls>

Infante FA, Proudfoot JD, Davies GP, Bubner TK, Holton CH, Beilby JJ, Harris MF. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. Med J Aust. 2004;181(2):70-3 [consultado em 2004 Jul 21]. Disponível em :URL: [http:// www.mja.com.au/public/issues/181_02_190704/inf10185_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/181_02_190704/inf10185_fm.html).

Iron KS, Manuel DG, Williams J. Using a linked data set to determine the factors associated with utilization and costs of family physician services in Ontario: effects of self-reported chronic conditions. Chronic Dis Can. 2003 Fall;24(4):124-32.

Irvine D, Irvine S. The practice of quality. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1996.

ITDS - Internet, Tecnologias e Desenvolvimento de Software, SA [consultado em 2004 Dez 23]. Disponível em: URL:http://portal.itds.pt/portal/page?_pageid=73,32222&_dad=portal_itds&_schema=PORTAL_ITDS.

Jordão JG. A 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.

Kalache A. O envelhecimento da população: a saúde e novos desafios sociais. In Fórum Gulbenkian de Saúde. 4º Ciclo de Debates 2000/2001. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002. p. 11-23.

Kannel WB, Hjortland M, Castelli WP. Role of diabetes in cardiac disease: conclusions from population studies - The Framingham Study. *Am J Cardiol.* 1978;34:29-34.

Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study. *Circulation.* 1979;59:8-13.

Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation.* 1993;88(4):1973-98.

Kassiner JP. The use and abuse of practice profiles. *N Eng J Med.* 1994;330:634-6.

Katz DA, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract.* 2002;51(3):229-35.

Kaugars AS, Klinnert MD, Bender BG. Family influences on pediatric asthma. *J Pediatr Psychol.* 2004;29(7):475-91.

Kendrick T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. *Br J Psychiatry.* 1996;169(6):733-9.

Kiefe CI, Funkhouser E, Fouad MN, May DS. Chronic disease as a barrier to breast and cervical cancer screening. *J Gen Intern Med.* 1998;13(6):357-65.

Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. Basic Books, USA. 1988

Klinnert MD, Nelson HS, Price MR, Adinoff AD, Leung DY, Mrazek DA. Onset and persistence of childhood asthma: predictors from infancy. *Pediatrics.* 2001;108(4):E69.

Kravitz RL, Greenfield S, Rogers W, Manning WG, Zubkoff M, Nelson EC, et al. Differences in the mix of patients among medical specialties and systems of care: results from the medical outcome study. *JAMA.* 1992;267(12):1617-23.

Kuh D, Ben-Shlomo Y, editors. Life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 1997.

Kuller LH. Epidemiology of cardiovascular diseases: current perspectives. *Am J Epidemiol.* 1976;104(4):425-96.

Lam CLK, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract.* 2000;17(2):156-66.

Lamberts H, Hofmans-Okkes I. Episode of care: a core concept in family practice. *Fam Pract.* 1996;42(2):161-9.

Lase JR, Celpe RS, Fernandez-Blanco A. Disfunción Familiar y enfermedad: Unidad 40. In: Gallo Vallejo FJ, editor. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2ª ed. Madrid: SemFYC; 1997. p.366-374.

Last JM. Um dicionário de epidemiologia. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; 1988.

Lee WL, Cheung AM, Cape D, Zinman B. Impact of diabetes on coronary artery disease in women and men: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care.* 2000;23:962-8.

Lievens A, Bierma-Zeinstra S, Schouten B, Bohnen A, Verhaar J, Koes B. Prognosis of trochanteric pain in primary care. *Br J Gen Pract.* 2005 Mar;55(512):199-204.

Lopez Navarrete E, Carzo ET, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, Gasto Morata JL. Effects of chronic diseases on the use of primary care by the aged. *Aten Primaria.* 1997;19(2):92-5.

Luber MP, Hollenberg JP, Williams-Russo P, DiDomenico TN, Meyers BS, Alexopoulos GS, et al. Diagnosis, treatment, comorbidity, and resource utilization of depressed patients in a general medical practice. *Int J Psychiatry Med.* 2000;30(1):1-13.

Macedo ME. Estudo de prevalência, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal: resultados provisórios [monografia na Internet]. Lisboa: Instituto de Biologia Molecular e Celular; Sociedade Portuguesa de Hipertensão; 2004 [consultado em 2004 Jul 30]. Disponível em: URL:[http:// www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

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

Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care II- advantages, disadvantages and practicabilities. *BMJ* 2001;323:607-610.

Marmot MG, Shipley MJ. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow-up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*. 1996;313(7066):1177-80.

Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. Global burden of asthma: global initiative for asthma [monograph on the Internet]. [s.l.]: GINA; 2004 [consultado em 2004 Jul 12]. Disponível em: URL:[http:// www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com).

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 [consultado em 2007 Jul 21]. Disponível em: URL:[http:// www.mja.com](http://www.mja.com).

McKenna MT, Taylor WR, Marks JS, Koplan JP. Current issues and challenges in chronic disease control. In: Brownson RC, Remington PL, Davis J, editors. *Chronic disease epidemiology and control*. 2nd ed. Washington, DC: American Public Health Association; 1998. p.1-26.

McNamara RL, Powe NR, Thiemann DR, Shaffer T, Weller W, Anderson G. Specialty of principal care physician and Medicare expenditures in patients with coronary artery disease: impact of comorbidity and severity. *Am J Manag Care*. 2001;7(3):261-6.

McWhinney I. Foreword. In: Jones R, editor. *Oxford textbook of primary medical care*. Vol I: principles and concepts. Oxford: Oxford University Press; 2003. p XXI-XXIII.

McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1997.

McWhinney IR. L'importance d'être différent. *Canadian Family Physician*, 1997; 43:203-5

Meerkerk GJ, Njoo KH, Bongers IM, Trienekens P, van Oers JA. The specificity of the CDT assay in general practice: the influence of common chronic diseases and medication on the serum CDT concentration. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22(4):908-13.

Meijer AM, Griffion RW, van Nierop JC, Oppenheimer L. Intractable or uncontrolled asthma: psychosocial factors. *J Asthma*. 1995;32(4):265-74.

Menotti A, Mulder I, Nissinem A, Giampoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 120-year all-cause mortality: The Fine study. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):680-6.

Merestein J, Rao G, D'Amico F. Clinical research medicine: quantity and quality of published articles. *Fam Med.* 2003;35(10):691-2.

Ministério da Educação. DR.Dec-Lei 33/2002 de 19 de Fevereiro de 2002 I Série A nº42 p.1353-54.

Ministério da Saúde. Saúde, um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde; 1999.

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;14:377-86.

Morin E. Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur. Editions du Seuil,2000, p.36.

Munoz MA, Manresa JM, Espinasa J, Marrugat J. Association of time elapsed since the last coronary event with the health services utilization. *European Journal of Epidemiology* 2005;20:221-227.

Murphy E, Spiegel N, Kinmouth A-L. Will you help me with my research?' Gaining access to primary care settings and subjects. *Br J Gen Pract.* 1992;42:62-5.

Murray CJ, Lopez AD, editors. Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and intervention packages. Geneva: World Health Organization; 1994.

Murray CJ, Lopez AD, editors. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard School of Public Health; 1996.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion:[consultado em 2004 Jul 14]. Disponível em: URL:<http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/cvd/fig2.htm>.

Nazareth JM. A dinâmica populacional. In: Portugal Hoje. Lisboa: INA; 1995. p.17-29

Neville RG, Hoskins G, Smith B, Clark RA. Observations on the structure, process and clinical outcomes of asthma care in general practice. *Br J Gen Pract.* 1996;46(411):583-7.

Nunes B. A clínica geral rural e urbana: diferenças e semelhanças. *Rev Port Clín Geral*. 1998;15:47-57.

Nyiendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001;24(7):433-9.

OECD. OECD Health Data 2004: frequently requested data [database on the Internet].

Paris: OECD; 2004 - [consultado em 2004 Apr 22]. Disponível em: URL:http://www.oecd.org/topicsstatsportal/o,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html.

Ogle KS, Swanson GM, Woods N, Azzouz F. Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. *Cancer*. 2000;88(3):653-63.

Olde HTC, Lucassen PL, van de Lisdonk EH, Bor HH, van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract*. 2004 Dec;54(509):922-7.

O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract*. 2004;21(4):381-6.

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

ONSA. Online. [Consultado em 2004 Abr. 22]. Disponível em: URL:<http://www.onsa.pt>.

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

Østbye T, Yarnall, KSH, Krause KM, PollaK KI, Gradison M, Michener JL. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-214. Consultado em 13 de Junho de 2005. Disponível em www.annfammed.org

Patrick DL, Scambler G, editors. *Sociology as applied to medicine*. 5th ed. New York: Saunders; 2003.

Pellegrino ED. The generalist function in medicine. *JAMA*. 1996;271:103-9.

Pereira S, Barros H. Epidemiologia da diabetes mellitus não insulino-dependente. *Arquivos de Medicina*. 1996;10(6):443-53.

Pinto AS. Ensaio sobre a formação básica em Medicina Geral e Familiar no século XXI. *Rev Port Clín Geral*. 2000;16:331-9.

Pinto CG. Saúde e cuidados de saúde. In: *Portugal Hoje*. Lisboa: INA; 1995. p.163-178

Quiry R, Campenhoudt L. *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva; 1992.

Rabiais S, Branco MJ, Falcão JM. *Atlas de mortalidade por doenças não neoplásicas em Portugal, 1999-2001*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde; 2004.

Rakel RE. Standards genogram structure. In Rakel RE, editor. *Textbook of family practice*. 4th ed. Philadelphia: WO Saunders; 1990. p. 1721-32.

Ramos V. *Medicina geral e familiar: 10x3 ideias-chave*. In: *Medicina geral e familiar, 20 anos - Da vontade*. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 2004. p.71-121.

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

Redelmeier DA, Tam SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *N Engl J Med*. 1998;338:1516-20.

Reid MC, Engles-Horton LL, Weber MB, Kerns RD, Rogers EL, O'Connor PG. Use of opioid medications for chronic non-cancer pain syndromes in primary care. *J Gen Intern Med*. 2002;17(3):173-9.

Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, van Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*. 2001;24:1821-33.

Reunanen A, Kangas T, Martikainen J, Klakka T. Nationwide survey of comorbidity, use, and costs of all medications in Finnish diabetics individuals. *Diabetes Care*. 2000;23(9):1265-71.

Reynolds T. Prognostic models abound, but how useful are they? *Ann Int Med*. 2001;135(6):473-6.

Rijken M, van Kerkhof M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. *Qual Life Res.* 2005 Feb;14(1):45-55.

Rodrigues JG. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clín Geral.* 2000;16:442-52.

Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Can Med Assoc J.* 1998;159:777-83.

Rosen AK, Reid R, Broemeling AM, Rakovski CC. Applying a risk-adjustment framework to primary care: can we improve on existing measures? *Ann Fam Med.* 2003;1(1):44-51.

Rost K, Knutting P, Smith J, Coyne JC, Cooper-Patrick L, Rubinstein L. The role of competing demands in the treatment provided primary care patients with major depression. *Arch Fam Med.* 2000;9:150-4.

Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med.* 2003;138(3):256-61.

Ruiz Moral R, Munoz Alamo M, Perula de Torres L, Aguayo Galeote M. Biopsychosocial features of patients with widespread chronic musculoskeletal pain in family medicine clinics. *Fam Pract.* 1997;14(3):242-8.

Sá AB, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. II - Dados de seguimento e informação de retorno. *Rev Port Clín Geral.* 1994;11:25-8.

Sá AB. Decisão em Medicina Geral de Familiar. Um modelo de decisão clínica tomando como exemplo a infeção genital por *Chlamydia trachomatis* [Tese de doutoramento]. Lisboa: FML; 2002, p.173-6.

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;43(4):576-82.

Sans S, KesteloØT H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *European Heart J.* 1997;18(12):1231-48.

Santos IP, Kalache A, Jordão JG, Pires FM, Vaughan P. A morbidade dos idosos em cuidados de saúde primários: um estudo-piloto. *Rev Port Clín Geral.* 1995;13:109-16.

Santos I, Sá E, Queiroz MJ, Libório T, Ventura T, Caetano G, Bernardo M. Relatório da disciplina de Clínica Geral 2001-2002. [publicação mimeografada]. Lisboa: FCM; 2002.

Santos I, Sá E, Queiroz MJ, Libório T, Ventura T, Caetano G, Bernardo M. Relatório da disciplina de Clínica Geral 2002-2003. [publicação mimeografada]. Lisboa: FCM; 2003.

Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry*. 1996;30(Suppl.):38-43.

Schellevis FG, Van de Lisdonk EH, Van der Velden J, Hoogbergen SH, Van Eijk JT, Van Weel C. Consultation rates and incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice. *Br J Gen Pract*. 1994;44(383):259-62.

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

Schellevis FG. Chronic diseases in general practice: comorbidity and quality of care [Tese de doutoramento]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen; 1993.

Scherger JE. Does the personal physician continue in managed care? *J Am Board Fam Pract*. 1996;9(1):67-8.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with health outcomes. *JAMA*. 2002;288(4):475-82.

Schramm E, Hohagen F, Kappler C, Grasshoff U, Berger M. Mental comorbidity of chronic insomnia in general practice attenders using DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(1):10-7.

Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, Camp P, Wells KB. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Arch Fam Med*. 1996;5(1):27-34.

Sherbourne CD, Wells KB, Hays RD, Rogers W, Burnam MA, Judd LL. Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *Am J Psychiatry*. 1994;151(12):1777-84.

Sherbourne CD, Wells KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(10):889-95.

Soler VG, Belda RM, Espinosa CH. Concepto y fases del diseño de un programa en atención primaria de salud: Unidad 92. In: Gallo Vallejo FJ, editor. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2ª ed. Barcelona: SemFYC; 1997. p.809-14.

Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000;53:895-907.

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;46 (5):377-89.

Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *Int J Qual Health Care.* 2002;14(4):267-8.

Starfield B, Lemke KL, Bernhart T, Folder SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med.* 2003;1(1):8-13.

Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res.* 1991;26:53-74.

Starfield B, Lemke K W, Herbert R, Pavlovich W D, Anderson G. Comorbidity and the use of Primary Care and Specialist Care in the Elderly. *Ann Fam Med* 2005;3:215-222. Consultado em 13 de Junho de 2005. Disponível em www.annfam-med.org

Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York, NY: Oxford University Press; 1998.

Stephens CG. Family medicine as a counterculture. *Fam Med.* 1998;30(9):629-36.

Stewart M, Belle-Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed. Oxon: Sage; 1995.

Taylor WR, Marks JS, Livengood JR, Koplan JP. Current issues and challenges in chronic disease. In Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editors. Chronic disease epidemiology and control. Washington: American Public Health Association; 1993. p.1-26.

Uygen FJ. Longitudinal studies of family units. *J R Coll Gen Pract.* 1988;38:168-70.

van de Lisdonk EH, Furer JW, Kroonen AP, Marijnissen AG. Cataract, functioning and co-morbidity: a cross-sectional study in family practice. *Fam Pract.* 1992;9(3):279-83.

van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract.* 1996;2:65-70.

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;51(5):367-75.

van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, van der Aa M, Knottnerus JA. Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res.* 2001;50(2):95-102.

van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, van der Aa M, Knottnerus JA. Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case- control study. *Soc Sci Med.* 2000;50:1679-93.

van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Problems in determining the occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):675-9.

van den Boom G, van Schayck CP, van Mollen MP, Tirimanna PR, den Otter JJ, van Grunsven PM, et al. Active detection of chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the general population: results and economic consequences of the DIMCA program. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158:1730-8.

van den Hater HP, van Vliet HA, Boshuitzen HC. The impact of "substitute morbidity and mortality" on Public Health Policy. Leiden: TNO Prevention and Health, Division Public Health and Prevention; 1996.

van Manen JG, Bindels PJ, Dekker EW, Ijzermans CJ, Bottema BJ, van der Zee JS, et al. Added value of co-morbidity in predicting health related quality of life in COPD patients. *Respir Med.* 2001;95(86):496-504.

van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, Bottema BJ, van der Zee JS, Ijzermans CJ, Schade E. The influence of COPD on health-related quality of life independent of the influence of comorbidity. *J Clin Epidemiol.* 2003 Dec;56(12):1177-84.

van Manen JG, Bindels PJ, Ijzermans CJ, van der Zee JS, Bottema BJ, Shade E. Prevalence of comorbidity in patients with chronic airway obstruction and controls over the age of 40. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(3):287-93.

Van Weel C. Chronic diseases in general practice: the longitudinal dimension. *Eur J Gen Pract.* 1996;2:17-21.

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

Verhaak PF. Somatic disease and psychological disorder. *J Psychosom Res.* 1997;42(3):261-73.

Walter F M, Emery J, Braithwaite D, Marteau T M. Lay Understanding of Familial Risk of Common Chronic Diseases: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Research. *Annals of Family Medicine* 2004; 2(6):583-594. [consultado em 2004 Mar 22]. Disponível em: URL:[http:// www.annfammed.org](http://www.annfammed.org)

Weiner SJ. Da evidência da investigação para o contexto: o desafio dos cuidados individualizados. *Evidence-Based Medicine. Edição em Língua Portuguesa* 2004; 8(6):163-4.

Wenger E, Mcdermott R, Snyder W. *Cultivating Communities of practice*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts 2002

Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res.* 2001;10(2):141-8.

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;11(4):365-72.

Whitworth JA, WHO. 2003 World Health Organization (WHO) / International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens.* 2003;21(11):1983-92.

WHO. Chronic conditions: the global burden 2004 [monograph on the Internet]. Geneva: WHO; 2004 [consultado em 2004 Mar 22]. Disponível em: URL:[http:// www.who.int/chronic_conditions/burden/en/print.html](http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/print.html).

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

WHO. Screening for type 2 diabetes: report of World Organization and International Federation meeting. Geneva: WHO; 2003 [consultado em 2004 Set 30]. Disponível em: URL:[http:// www.who.int/diabetes/publications/en/screening_nnc03.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/en/screening_nnc03.pdf).

WHO. Strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases - Management of noncommunicable diseases department: chronic respiratory diseases and arthritis [monograph on the Internet]. Geneva: WHO; 2002 [consultado em 2004 Set 30]. Disponível em: URL:[http:// www.who.int/ncd/astma/strategy/pdf](http://www.who.int/ncd/astma/strategy/pdf).

WHO. WHO Expert Committee on diabetes mellitus: second report. Geneva: WHO; 1985. [consultado em 2004 Jul 14]. Disponível em: URL:[http:// www.cdc.gov-diabetes/statistics/cvd/fig2.htm](http://www.cdc.gov-diabetes/statistics/cvd/fig2.htm).

WHO. Women, ageing and health. Geneva: WHO; 2000 [consultado em 2004 Out 9]. Disponível em: URL:[http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/en/).

Wieringa NF, Vos R, van der Werf GT, van der Veen WJ, de Graeff PA. Co-morbidity of 'clinical trial' versus 'real-world' patients using cardiovascular drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2000;9(7):569-79.

Wijnhoven HAH, Kriegsman DMW, Hesselink AE, Haan M, Schellevis FG. The influence of co-morbidity on health-related quality of life in asthma and COPD patients. *Rmed* ;97:468-475. Consultado em 13 de Junho de 2006. Disponível em www.science-direct.com

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004;27(5):1047-53.

William BC, Philbrick JT, Becker DM, McDermott A, Davis RC, Buncher PC. A patient-based system for describing ambulatory medicine practices using diagnostic clusters. *J Gen Inter Med.* 1991;6(1):57-63.

WinklerPins V, van den Niewenhof L, van den Hoogen H, Bor H. The natural history of asthma in a primary care cohort. *Ann Fam Med.* 2004;2(2):110-5.

Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162(20):2269-76.

WONCA. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Wonca Europa 2002.

WONCA. Glossário para medicina geral e familiar. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 1997.

WONCA. ICPC-2 - Classificação Internacional de Cuidados Primários. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral; 1999.

World Federation for Medical Education. Proceedings of the World Summit on Medical education. *Medical education* 28 (supl 1):140-149.

Wun YT, Chan K, Lee A. Co-morbidity in general practice. *Fam Pract.* 1998;15(3):266-8.

Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KL. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA.* 2004;291(21):2616-22.

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;24:1390-6.