

Atendimento complementar e acessibilidade

IDALMIRO CARRAÇA*, AFONSO BRIOSA E GALA*, HELENA SOUSA GAGO*
LURDES GAMEIRO**

RESUMO:

Antecedentes: Estima-se que determinado grupo de utentes recorra preferencialmente ao Atendimento Complementar (AC) em detrimento da consulta no seu médico (MF).

Objectivos: Caracterizar o perfil de utentes do AC e analisar a eventual relação do recurso ao AC com a acessibilidade às consultas do Centro de Saúde (CS).

Tipo de Estudo: Exploratório, transversal, descritivo e analítico.

Local: Centro de Saúde da Alameda, Lisboa.

População: Utentes observados consecutivamente no Serviço de Atendimento de Situações Agudas do Centro de Saúde da Alameda (AC), num período de 2 meses (Maio e Junho de 2000).

Variáveis: Variáveis demográficas e indicadores indirectos de acessibilidade (listas de espera, período de evolução das queixas e última consulta no MF). Recolha de dados dos utentes observados no AC, num período de dois meses, com base nas fichas clínicas do AC e MF.

Resultados: 974 utentes observados. Perfil do utilizador médio do AC: mulher, 33 anos, solteira, activa, inscrita no CS, com quadros agudos de curta evolução: infecciosos (46%), músculo-esqueléticos (13,8%). Os utentes mais idosos (medianas 27 e 40) tendem a ter queixas mais arrastadas quando procuram o AC, bem como os activos (Mann-Whitney $p=0,001$; $\chi^2 p=0,002$). Não se comprovou que estes utentes tenham listas de espera mais longas, últimas consultas mais longínquas no MF e patologia crónica associada. A maioria consultou o seu médico nos 2 meses precedentes.

Conclusões: O recurso ao AC parece ser determinado fundamentalmente pelo episódio agudo independentemente da acessibilidade ao MF.

Palavras-chave: Atendimento Complementar; Acessibilidade ao Médico de Família.

doença, dificuldades no acesso ao seu médico (MF). As questões da acessibilidade (e equidade) são hoje aspectos fundamentais na gestão dos serviços de saúde e sua imagem, numa altura em que se vai esbatendo a tónica posta nos aspectos economicistas, e dominam preocupações com a qualidade e os resultados¹.

O termo acessibilidade tem sido usado para descrever a facilidade com que as populações recebem cuidados de saúde², embora o que se procura identificar seja todo o tipo de barreiras que dificultam a prestação atempada e continuada dos cuidados a quem deles necessita.

Tornou-se prática obrigatória incluir a dimensão da acessibilidade na avaliação da eficácia/eficiência dos serviços de saúde¹, valorizando principalmente o ponto de vista dos utentes². Existem, no entanto, múltiplas abordagens ao problema da acessibilidade, referindo-se, apenas a título de exemplo, algumas metodologias, como sejam: análise periódica da procura não satisfeita³, identificação do motivo que leva o utente a faltar a consultas programadas⁴, gestão das listas de espera⁵ ou a análise da frequência de utilização das urgências versus cuidados regulares, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários^{6,7,8}. Consoante os casos ou se procura identificar um problema de acessibilidade ou, mais fre-

INTRODUÇÃO

Estima-se que determinado grupo de utentes recorre preferencialmente ao atendimento complementar (AC), constituindo uma população distinta dos utilizadores habituais do centro de saúde (CS). O presente trabalho pretende comprovar esta hipótese articulando-a com dificuldades na acessibilidade. Admite-se que na base da procura do AC, para muitos utentes, possam estar, para além dos episódios de

*Assistente Graduado de Clínica Geral, Centro de Saúde da Alameda, Lisboa

**Chefe de Serviço de Clínica Geral e Directora, Centro de Saúde da Alameda, Lisboa

quentemente, monitorizar a evolução de medidas correctivas aplicadas no terreno. Nem sempre existe uma relação directa entre o problema em análise e a acessibilidade, como se reconhece em alguns dos exemplos citados. Será útil, então, falar de marcadores indirectos da acessibilidade. O presente trabalho recorre a esta metodologia, permitindo comparar resultados com um outro realizado, no passado recente, na mesma instituição, embora com metodologia e objectivos diferentes⁹.

Este trabalho teve como objectivos caracterizar o perfil de utentes do AC (dias úteis das 20 às 22 horas, sábados e feriados) e analisar a eventual relação do recurso ao AC com a acessibilidade às consultas em horário normal do CS. Foram definidas as seguintes hipóteses de trabalho:

1. O perfil dos utentes do AC é distinto do perfil do utilizador comum do CS, com predomínio de escalões etários mais jovens e menor desigualdade de sexos.

2. Os utentes com queixas mais arrastadas (mais de três dias), poderão estar maioritariamente inscritos em MF com listas de espera mais longas, ter tido consultas no MF mais longínquas (mais de seis meses) e padecer de doenças crónicas associadas. Este conjunto de situações, se verificado, poderá indiciar dificuldades no acesso ao MF e estar na base do recurso ao AC.

3. Os activos na profissão tendem a desenvolver queixas arrastadas (mais de três dias) antes de se fazerem observar no AC, em alternativa às consultas em horário normal do CS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, analítico.

Fonte: Dados das fichas do AC, fichas clínicas dos MF e agenda informática do CS.

População: Utentes observados no AC, consecutivamente, entre 10 de Maio e 10 de Julho de 2000.

Métodos: Caracterização da população segundo as variáveis demográficas, episódio agudo, patologia crónica associada (utentes com mais de 44 anos) e segundo variáveis que se constituem como indicadores indirectos de acessibilidade (tempo de evolução das queixas, lista de espera e última consulta no MF). A patologia foi classificada com base numa adaptação da CIPS 2 – Definida¹⁰. A primeira hipótese foi testada através da comparação empírica de dados de relatórios de exercício orientado, realizados neste CS, e uma amostragem do total de doentes que consultou o seu MF no primeiro mês do estudo (Maio).

Em Anexo estão descritas as variáveis utilizadas, suas categorias e agrupamentos para tratamento estatístico.

A pesquisa de associações ou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas efectuou-se com recurso aos testes do Qui-Quadrado e Mann-Whitney. Assumiu-se um erro alfa de 5 %.

RESULTADOS

A maioria dos utentes do AC são do sexo feminino (64%), com predomínio dos escalões etários até aos 44 anos (média 33, mediana 46, moda 1), sobretudo solteiros (58%), activos, inscritos no CS (12 % sem MF) e padecendo de situações agudas de curta evolução (até 3 dias), nomeadamente quadros infecciosos (46,1 %), quadros inespecíficos/em evolução (15,3 %) e patologia músculo-esquelética (13,8 %), (Figs. 1 a 3 e Quadro I). A maioria consultou o seu MF nos últimos 2 meses (46 %) ou 6 meses (cumulativo 64 %) (Fig. 4).

O conjunto de dados com significado estatístico permitiu complementar o perfil do utente do AC (Quadro III).

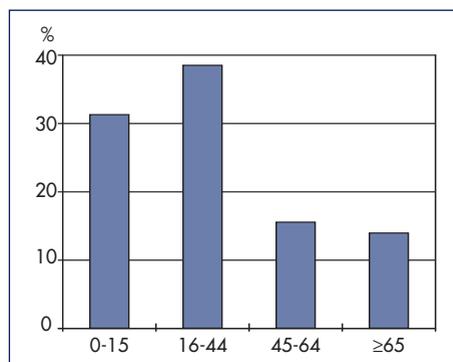


FIGURA 1. Escalões etários.

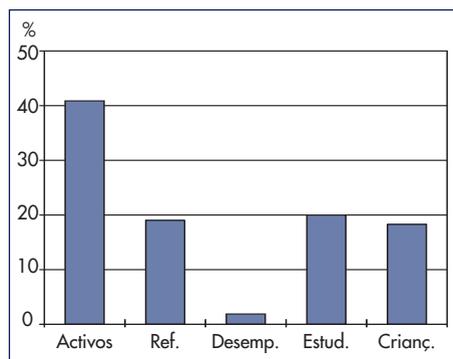


FIGURA 2. Situação na profissão.

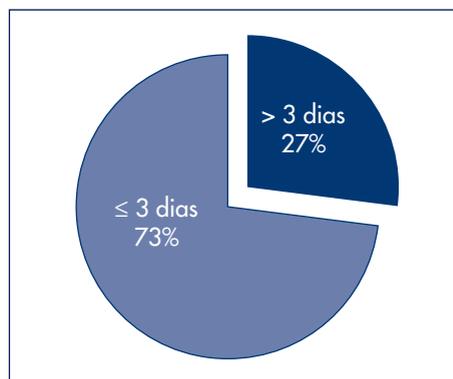


FIGURA 3. Dias de evolução das queixas.

Assim pôde constatar-se que o utente do AC mais assíduo às consultas do MF:

- É do sexo feminino
- Está num ou noutro extremo dos escalões etários
- É criança ou reformado
- É divorciado / separado / viúvo

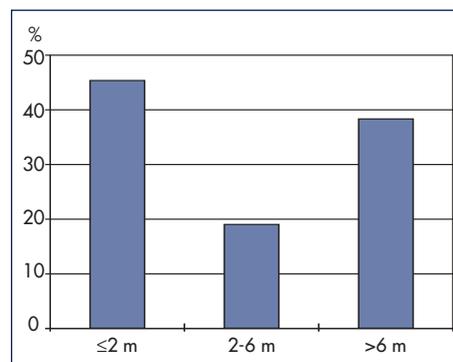


FIGURA 4. Última consulta.

QUADRO I

NATUREZA DO EPISÓDIO AGUDO POR GRUPOS DE PATOLOGIA

Infeciosa	446	46,1%
Inespecífica/em evolução	148	15,3%
Músculo-Esquelética	133	13,8%
Respiratória	31	3,3%
Cárdio-Vascular	30	3,1%
SNC	28	2,9%
Digestiva	24	2,5%
Génito-Urinária	3	0,3%
Metabólicas Endócr-Nutr.	2	0,2%
Outra	122	12,5%

Tem patologia crónica se acima dos 44 anos.

(por ordem de frequência: cárdio-vascular, músculo-esquelética e metabólica).

Verificou-se ainda que o utente do AC que recorre com queixas mais arrastadas:

- Tem 40 ou mais anos
- É divorciado / separado / viúvo
- É activo ou reformado por oposição às crianças e estudantes.

DISCUSSÃO

Todos os utentes do CS dispõem de consultas com marcação no próprio dia. Porém, admitimos que, para certos utentes, de cada vez que se deslocam

QUADRO II

NÚMERO DE CONSULTAS ANTES DA VINDA AO AC EM 2000

0	226	32,2%
1	154	21,9%
2	110	15,7%
3	83	11,8%
4	51	7,3%
5	34	4,8%
≥6	48	6,1%

ao CS e são confrontados com dificuldades na marcação de consultas, mais comuns em médicos com longas listas de espera, poderão ter «maior tendência em utilizar menos os serviços, como

o comprovam vários estudos»¹¹, atrasando a vinda ao médico e/ou elegendo o AC como alternativa de conveniência. Este motivo poderá ser, aliás, o dominante para os activos na profissão.

Não obstante as variações sazonais da patologia aguda o período em que decorreu o estudo pareceu-nos adequado.

A reformulação das «urgências pediátricas» poucos meses antes do início do estudo poderá ter modificado o padrão de situações observadas no AC, ao baixar a média etária.

A questão da acessibilidade foi tratada com base em indicadores indirectos (listas de espera, tempo decorrido após

QUADRO III

TESTES ESTATÍSTICOS UTILIZADOS

Variáveis	n	Qui-Quadrado	gl	p
evolução da doença				
estado civil	382	6,688	2	0,035
evolução da doença				
situação na profissão	392	14,385	3	0,002
evolução da doença				
lista de espera	244	0,80	1	0,777
última consulta				
estado civil	681	10,174	2	0,006
última consulta				
lista de espera	723	0,732	1	0,392
Variáveis	n	Mann Whitney		p
evolução da doença				
idade	973	médias	medianas	0,001
até 3 dias		31,75	27	
há mais de 3 dias		41,37	40	
última consulta				
idade	730	médias	medianas	0,006
há menos de 6 meses		37,74	37	
há mais de 6 meses		31,35	28	
nº consultas				
idade	702	médias	medianas	0,006
até 3 consultas		34,54	32	
mais de 3 consultas		42,59	50	

a última consulta no MF e período de evolução das queixas). Os resultados foram, no entanto, referidos como tendências (que se verificam ou não) e não como certezas. Valerá a pena confrontar estes resultados (ditados pelos grandes números) com os obtidos por outros estudos com inquirição directa dos utentes.

O perfil dos utentes observados no serviço de atendimento de situações agudas é semelhante ao encontrado em trabalho realizado entre Janeiro de 98 e 99, neste CS⁹, embora a maioria tenha apresentado quadros com tempo de evolução superior a dois dias e as idades médias registadas (duas amostras) ligeiramente mais elevadas (41 e 35 anos).

Os dados estatísticos da totalidade de consultas de clínica geral deste CS no mês de Maio (saúde infantil e saúde do adulto: 10.828 consultas)¹², revelam um perfil diferente, como esperado, com predomínio dos escalões etários mais elevados, contrariamente à população do AC, e do sexo feminino, com uma distribuição menos desigual no AC (Figs. 6 e 7).

Curiosamente, nesse mês, os utentes observados no escalão etário até aos 14 anos perfaziam menos de 1% (714) contra os 31% observados no AC (0 aos 15 anos).

A análise dos motivos de consulta, nos diferentes relatórios de exercício orientado consultados¹³⁻¹⁶, revela o predomínio de doenças crónicas nos utentes das consultas dos MF, com reduzida percentagem de situações agudas.

Estes dados atestam a relativa especificidade do AC, no contexto das actividades do CS, disponibilizando um atendimento verdadeiramente complementar ao praticado em horário normal, isto é, de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas.

O recurso inadequado e abusivo ao AC pode, a jusante, implicar o prejuízo

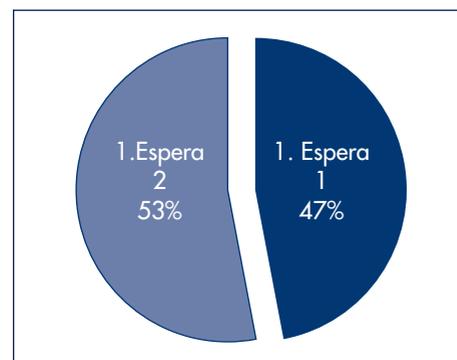


FIGURA 5. Lista de espera.

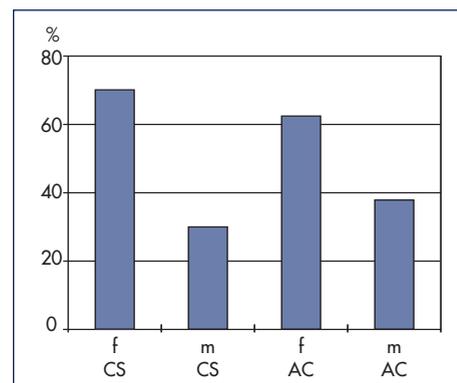


FIGURA 6. Distribuição comparativa por sexo. População CS vs População AC

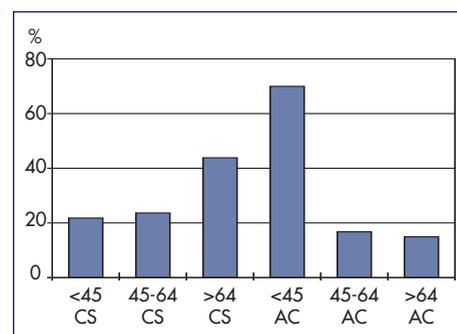


FIGURA 7. Distribuição comparativa por escalão etário. População CS vs População AC

da continuidade de cuidados⁹, mas pode ter, também, a montante, problemas de acessibilidade ao MF. Os resultados presentes não indiciam nem uma nem outra destas situações.

Noutro trabalho¹¹, pelo contrário, os

pacientes observados no serviço de atendimento permanente (SAP) numa região do Algarve, quando inquiridos sobre se teriam recorrido àquele serviço se dispusessem de acesso imediato ao MF, apenas um terço referiu que manteria essa opção, contrastando com o resultado de inquérito similar aos pacientes da urgência do hospital de Faro, com dois terços a referir que mantiveram a sua opção inicial.

Obviamente que «acesso imediato» e «acesso em tempo útil», para a resolução de problemas de saúde, não serão conceitos equivalentes, pelo que a comparação não é totalmente legítima.

Embora a maioria dos utentes apresente quadros de curta evolução verificou-se que os mais idosos (medianas respectivamente 27 e 40) tendem a aguardar mais dias antes da vinda ao AC (Mann-Whitney, $p=0,001$) facto que também se verifica a partir do início da vida activa (situação na profissão: χ^2 , $p=0,002$) e nos separados (estado civil: χ^2 , $p=0,035$).

No entanto, uns e outros distribuem-se de forma semelhante por MF com diferentes listas de espera, não se confirmando que estas possam contribuir para o recurso ao AC.

De facto, é maioritário o grupo dos utentes (46 %) que consultou o seu MF nos dois meses precedentes (Fig. 4).

Não se comprovou que os utentes com consultas mais longínquas nos MF sejam os mesmos que aguardam mais para vir ao seu médico, tenham listas de espera mais longas e patologia crónica associada. Por outro lado, estão sub-representados na amostra, não sobrecarregando o AC.

A reformulação das «urgências pediátricas» modificou provavelmente o perfil de utilizadores do AC ao baixar a média etária.

A situação na profissão, pelo contrário, parece ter um efeito decisivo no recurso ao AC. Neste caso, a acessibilidade em questão será diferente já que

desloca o foco inicial, centrado nos serviços, para o utente, pressionado ou influenciado por outros factores, como, por exemplo, atitude face aos sintomas, interrupção da actividade, etc.

CONCLUSÕES

O perfil de utilizadores do atendimento complementar distancia-se do perfil do utilizador comum do centro de saúde quanto à patologia e médias etárias (mais jovens). Em ambos domina o sexo feminino, mas de forma menos marcada na população do estudo.

O utilizador médio do atendimento complementar é, tipicamente, mulher de 33 anos, solteira, activa, inscrita no centro de saúde, com quadro agudo, de curta evolução, infeccioso, inespecífico/em evolução ou músculo-esquelético, tendo consultado o seu médico nos dois meses precedentes.

Os utentes activos, os separados e os mais idosos, em geral, tendem a recorrer ao atendimento complementar com queixas mais arrastadas, por oposição às crianças e aos estudantes com períodos de evolução mais curtos.

O recurso ao atendimento complementar é determinado pela natureza do episódio agudo independentemente da acessibilidade ao médico de família.

A situação na profissão revelou ter efeito decisivo na procura do atendimento complementar. Os utentes activos, por razões aparentemente não centradas nos serviços, tendem a recorrer a este atendimento, com queixas mais diferidas no tempo (superior a três dias), em alternativa às consultas do centro de saúde em horário normal. De facto, dispuseram de quatro ou mais dias para procurar o seu médico. A atitude perante os sintomas e a perda de um dia de trabalho, entre outros factores, que não a acessibilidade, poderão explicar melhor a procura de uma alternativa.

ANEXO

VARIÁVEIS: CATEGORIAS E AGRUPAMENTOS

Sexo: 1: feminino 2: masculino

Idade: Variável numérica. Escalões etários: 0-15; 16-44; 45-64; ≥65

Estado civil: 1: solteiro 2: casado/junto 3: separado/divorciado/viúvo 9: desconhecido (missing values).

Situação na profissão: 1: activo 2: reformado 3: desempregado 4: estudante 5: criança < 6 anos
9: desconhecido

Agrupamento: Eliminada categoria 3 por representação vestigial

Episódio Agudo:

1: sinais e sintomas inespecíficos 2: infeções respiratórias 3: infeções génito-urinárias 4: infeções pele e tecidos moles
5: infeções tubo digestivo 6: doenças exantemáticas 7: outras infeções 8: rinite/sinusopatia 9: crise asmática/DPCO
10: epistaxis 11: outros do foro respiratório 12: cólica renal 13: oligo-anúria 14: retenção urinária 15: outros do
foro urinário 16: dispepsia/epigastria 17: colite espástica/diverticulite 18: patologia ano-rectal 19: outros do foro
digestivo 20: dor músculo-esquelética 21: traumatismo/lesões pele e mucosas 22: outro do foro músculo-esquelético
23: neuralgia/neuropatia/cefaleias 24: estados sub-confusionais/agitação psico motora 25: crise psicótica 26: crise an-
siosa 27: depressão 28: síndrome de privação 29: overdose/embriaguês 30: crise histeriforme 31: insónia sola-
da 32: outros do foro do SNC 33: gota 34: descompensação diabética 35: outros endócrino metabólico nutricionais
36: insuficiência venosa membros inferiores 37: flebotrombose 38: úlcera de perna 39: claudicação intermitente 40:
isquémia coronária 41: hipertensão 42: hipotensão 43: insuficiência cardíaca descompensada 44: acidente vascular
cerebral 45: alterações do ritmo cardíaco 46: outra do foro cárdio-vascular 47: reacção alérgica/urticária/picada de in-
secto 48: doença ocular 49: efeitos colaterais da medicação 50: sem doença aguda 51: dermatose 52: outras ORL
não infecciosas 53: doenças hematológicas 54: disfunção sexual 55: doença mamária/amenorreia/outra sit. Ginecológica
56: parasitose 57: infeções ORL 58: infeções oftalmológicas 59: infeções boca e dentes 99: desconhecido

Agrupamentos:

1: Infeções: 2 a 7 e 57 a 58

2: músculo-esquelético: 20 a 22

3: quadros indefinidos / em evolução: 1

4: outras: 8 a 19 e 23 a 56

Período de evolução da doença:

1: 1 a 3 dias 2: 4 a 7 dias 3: > 7 dias 9: desconhecido

Agrupamento:

1: 1 a 3 dias 2: > 3 dias

Última consulta:

1: há 2 meses ou menos 2: entre 2 a 6 meses 3: há mais de 6 meses 9: desconhecido

Obs: Trata-se do registo informático da última consulta programada (agenda informática), complementada, quando necessário, com os dados da ficha clínica. Como o que está em causa é a acessibilidade não diferenciámos consulta programada e consulta real.

Agrupamento: 1: há 6 meses ou menos 2: há mais de 6 meses

Nº de consultas antes da vinda ao AC em 2000:

Variável numérica. 99: desconhecido

Agrupamento: 1: até 3 consultas 2: > 3 consultas

Lista de espera:

1: marcação de consulta possível até 26 de Junho 2000 2: marcação de consulta possível só após 26 de Junho 2000 9: desconhecido

Obs: com base no cálculo da mediana da totalidade das listas de espera.

Patologia crónica:

1: com patologia crónica 2: sem patologia crónica 9: desconhecido

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH, Richard AJ, Montoya ID. A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and equity of behavioral healthcare. *Am J Manag care* 1999; 5 spec No: SP25-44.
2. Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Manag Care Q* 1999; 7: 45-55.
3. Ledlow GR, Bradshaw DM, Shockley C. Primary care access improvement: an empowerment- interactional model. *Mil Med* 2000; 165:390-5.
4. Pesata V, Pallija G, Webb AA. A descriptive study of missed appointments: families' perceptions of barriers to care. *J Pediatr Health Care* 1999; 13:178-82.
5. Tobin MD, Packham CJ. Can primary care groups learn how to manage demand from fundholders? A study of fundholders in Nottingham. *Br J Gen Pract* 1999; 49:291-4
6. O'Brien GM, Stein MD, Fagan MJ, Shapiro MJ, Nasta A. Enhanced emergency department referral improves primary care access. *Am J Manag Care* 1999; 5:1265-9.
7. Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Vranizan K, Bacchetti P, Luce JM, Bindman AB. Effects of primary care coordination on public hospital patients. *J Gen Intern Med* 2000; 15:329-36.
8. Merrit B, Naamon E, Morris SA. The influence of an urgent care center on the frequency of ED visits in an urban hospital setting. *Am J Emerg Med* 2000; 18:123-5.
9. Zacarias A, Lourenço AI, Biosa e Gala, A, Labrincha, F, Gil Morais JC. Serviço de Atendimento de situações agudas (SASA). Qual a vantagem? (Comunicação livre). XVI Encontro Nacional de Clínica Geral, Vilamoura, 1999.
10. WONCA. CIPS 2 Definida. Títulos diagnósticos condensados. Lisboa, APMCG, 1988.
11. Rosário AJM. Congestionamento do serviço de urgência. XXI Curso de Administração Hospitalar, ENSP, 1992.
12. Centro de Saúde da Alameda. Planeamento e Controlo Dados Estatísticos do mês de Maio de 2000. (Mimeografia).
13. Rita Simões, MM. Relatório do Exercício Orientado. ICGZS, Lisboa, 1995. (Mimeografia).
14. Teresa Lopes, MNFC. Relatório do Exercício Orientado. ICGZS, Lisboa, 1995. (Mimeografia).
15. Biosa e Gala AB. Relatório do Exercício Orientado. ICGZS, Lisboa, 1994. (Mimeografia).
16. Carraça, IR. Relatório do Exercício Orientado. ICGZS, Lisboa, 1995. (Mimeografia).

Endereço para correspondência:

Idalmiro Carraça
Rua José D'Esaguy nº 14, 1º Esq.
1700 Lisboa

Recebido em: 25/10/01

Aceite para publicação em 25/10/02

AMBULATORY OUT-OF-HOURS CLINIC AND ACCESSIBILITY**ABSTRACT**

Background: It is estimated that a group of patients preferentially attend the health centre's ambulatory out-of-hours clinic (AC) rather than making an appointment with their family doctor (FD).

Objectives: To characterise the profile of AC users and analyse a possible relationship between AC attendance and FD appointment accessibility at the health centre.

Type of Study: exploratory, cross-sectional, descriptive, analytical.

Setting: Alameda Health Centre, Lisbon.

Population: Patients seen consecutively at the Alameda Health Centre (HC) Acute Care Ambulatory Clinic (AC), during a two-month (May and June, 2000) period.

Variables: Demographical variables and indirect accessibility indicators (waiting lists, duration of symptoms, and latest FD appointment). Data on the patients seen at the AC were collected during a two-month period from both the AC and FD clinical records.

Results: 974 patients were observed. Average AC user profile: female, 33 years old, single, working, enrolled in the HC patient roster, with a short-duration acute clinical picture, of which 46% infective and 14% musculoskeletal. Older patients tended to have more protracted symptoms at time of AC attendance. The same applied to actively working patients (Mann-Whitney $p=0.001$; $_2 p=0.002$). It was not shown that these patients either were on longer waiting lists, had not had an FD appointment for longer, or had associated chronic conditions. Most had seen their doctor in the two preceding months.

Conclusions: AC attendance seems to be basically determined by the acute episode itself regardless of FD accessibility.

Key-words: Out-Of-Hours Clinic; Accessibility to Family Doctor.