

Problemas de Saúde Urgentes: a quem Recorrem os Utentes e o que Influencia a sua Escolha

JOAQUIM PALMA*

RESUMO

Objectivos: Caracterizar a utilização dos serviços de atendimento médico por doentes com um motivo de consulta percebido como urgente.

Tipo de estudo: transversal, observacional e descritivo.

Local: Centro de Saúde (CS) de Carnaxide.

População: População utilizadora do CS de Carnaxide.

Metodologia: Aplicou-se um questionário de auto-preenchimento a uma amostra de utilizadores colhida por censo. Determinou-se a utilização dos serviços – consulta do médico de família (MF), consulta de recurso no CS, serviço de atendimento complementar (SAC), urgência hospitalar e consulta privada. Com base na literatura seleccionaram-se factores que influenciam a escolha - motivos de consulta; gravidade experimentada; razões invocadas para a escolha; sexo; idade; escolaridade; ocupação; tempo de relação com o MF; duração da consulta; tempo de espera para a obtenção de uma consulta urgente com o seu médico e contacto telefónico com o MF.

Resultados: Observaram-se 256 utentes, dos quais 35% utilizaram a consulta do MF, 32% a urgência hospitalar, 16% o SAC e 7,8% a consulta de recurso. Os motivos respiratórios foram os mais frequentes na consulta do MF e no SAC, enquanto na urgência hospitalar os relacionados com o aparelho circulatório predominaram. Esta foi utilizada por motivos considerados graves ou muito graves, enquanto os motivos pouco graves foram observados em maior número na consulta do MF. A razão mais invocada para a escolha foi a de ser esse o local mais indicado. No entanto, a proximidade e o desconhecimento de alternativas como motivos para a utilização da urgência hospitalar foram referidos por 25 indivíduos. Utentes que têm de esperar mais de um dia para obter uma consulta urgente com o seu MF utilizaram preferencialmente a urgência hospitalar e o SAC.

Conclusões: Os resultados deste estudo indicam que pode ser útil intervir na comunidade no sentido de informar e educar para uma correcta utilização dos serviços (no Hospital ou nos CS).

Palavras Chave: Cuidados de Saúde Primários; Urgência médica; Utentes; Serviços de urgência; Percepção do Doente; Serviços de Atendimento no Ambulatório.

ção dos serviços e necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Os principais problemas consistem em saber quem deve providenciar a primeira avaliação de uma situação aguda e em conhecer a complexidade da decisão dos utentes relativamente ao serviço de atendimento que irão escolher perante uma situação sentida por si como urgente.

Em Portugal, de acordo com dados do Inquérito Nacional de Saúde¹, cerca de 30% dos inquiridos referiram uma alteração súbita no seu estado de saúde nas duas semanas anteriores ao inquérito, dos quais 31 % recorreram a serviços de atendimento médico. O impacto desta realidade nos serviços de Cuidados de Saúde Secundários é também conhecida – 2.057.238 atendimentos por ano, em serviços de urgência de hospitais centrais, uma média de 909 utentes por médico por ano².

Sabe-se que estes atendimentos hospitalares recebem muitos doentes apresentando motivos de consulta inadequados^{3,4}. Este problema tem uma causalidade complexa, mas dois aspectos determinam, em grande parte, este comportamento, a acessibilidade e a supervalorização⁷. Outros autores atribuem a inadequada utilização dos serviços de urgência hospitalares à insuficiência dos cuidados de saúde

INTRODUÇÃO

O atendimento de situações de doença urgente é um tema que tem preocupado a classe médica e a sociedade em geral, sobretudo no que se refere à sobrelotação, modo de utiliza-

*Interno do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul Centro de Saúde de Carnaxide

primários⁵.

O papel do médico de família (MF) como primeiro interveniente em situações de urgência é relativamente consensual^{6,7,8}. Verifica-se que cada médico tem cerca de 38% das consultas diárias preenchidas por motivos urgentes³.

Nos últimos anos, o aparecimento dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) e Serviços de Atendimento Complementar (SAC) teve como objectivo descongestionar os serviços de urgência da sobrecarga existente⁹. No entanto, o tipo de queixas mais frequentes nos CS e nos SAPs veio confirmar que estes últimos não eram mais que uma consulta suplementar do CS, e que parte dos utentes que a ela recorriam procurava colmatar falhas de assistência médica^{10, 11}.

Em Portugal, como noutros países, discute-se o excesso de utilizadores inadequados nos serviços de urgência¹², mas verifica-se uma considerável variabilidade com valores de 7 a 94% em diversos estudos^{13, 14} e, inclusivé, entre diferentes observadores¹⁵. Esta discordância na literatura reflecte os diferentes critérios adoptados para medir a adequação da utilização de um serviço de atendimento médico de urgências.

Para compreender o que influencia a escolha de um serviço Campbell, na Escócia, estudou a percepção de urgência experimentada pelo utente¹⁶. Este autor verificou a distribuição normal desta variável, a sua associação com a disponibilidade do médico assistente e com uma privação económica. Entre os trabalhos que procuraram estudar factores associados à decisão por um ou outro serviço de atendimento, Boushy em 1999 identificou que 76% dos médicos de família não estavam a educar os seus doentes sobre as situações que podem requerer uma observação de urgência nem (54% dos médicos) sobre as alternativas em termos de serviços de atendimento¹⁷. Por outro lado, Burnett,

em 1996, afirmou que a maioria dos utentes conhecem os serviços de atendimento existentes²² e Dale, em Londres, observou que os doentes escolhem apropriadamente entre uma unidade menos diferenciada ou mais diferenciada²³.

Outros factores influenciadores identificados foram a comodidade¹⁷, a relação médico-doente¹⁷, a acessibilidade da consulta^{4, 16, 17}, a idade^{18, 19}, o tempo de relação com o MF¹⁴, a duração da consulta e a satisfação do utente com a consulta do seu médico e com os serviços de atendimento⁵.

Na literatura não existem estudos que permitam apontar uma solução baseada na realidade portuguesa. A acessibilidade da consulta em situações de urgência é um dos dois aspectos que os portugueses mais privilegiam em relação aos cuidados de saúde primários²¹ (a duração da consulta, que está fortemente associada com a satisfação dos utentes²⁰, é o outro aspecto mais prioritário para os utentes). Para melhorar os cuidados prestados e a sua utilização é urgente conhecer e caracterizar o destino dos utentes em situações de urgência e os factores que motivam a escolha de um ou outro serviço de atendimento.

O estudo de Franco em 1997 é demonstrativo da importância de compreender este tema e de o investigar em Medicina Geral e Familiar (MGF). Este autor confirmou existir uma diminuição significativa ($p < 0.00001$) do número de urgências inadequadas atendidas num serviço hospitalar, quando se efectuou previamente um processo de triagem por um médico de MGF²⁴.

O actual trabalho, ao caracterizar a utilização dos serviços na área do CS de Carnaxide, poderá identificar alguns dos factores preponderantes na população portuguesa utilizadora dos cuidados de saúde primários, para a decisão de escolher um ou outro serviço de atendimento. A exploração de factores

da complexa rede de causalidade que caracteriza este problema, poderá contribuir para algumas alterações na atitude de profissionais, utentes e serviços de saúde e para a conseqüente melhoria na utilização dos serviços de atendimento médico.

Os objectivos deste estudo foram assim: 1) estudar a utilização dos serviços de atendimento médico por *motivo urgente*, na população utilizadora do CS de Carnaxide (sede e três extensões); 2) conhecer os motivos de consulta experimentados; 3) conhecer a percepção do utente sobre a gravidade/«urgência» do problema experimentado; 4) identificar as razões expressas pelos utentes para a escolha do serviço de atendimento médico a que recorreram; 5) identificar características do utente, características dos serviços de saúde e da consulta do MF que possam estar relacionadas com a distribuição dos utentes pelos serviços de atendimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Efectuou-se um estudo observacional, transversal e descritivo, de 12 a 16 de Fevereiro de 2001. A população estudada foi constituída por utentes do CS de Carnaxide, sendo excluídos os funcionários do CS e os analfabetos. Aos acompanhantes de crianças ou de deficientes mentais foi pedido que preenchessem também um questionário por quem acompanhavam.

Como método de amostragem efectuou-se um censo, tendo sido inquiridos todos os utentes que recorreram ao CS na semana em estudo e tendo sido utilizados todos os dias de uma semana em que não existiram feriados ou dias menos habituais. Para avaliar a representatividade da amostra calculou-se a sua dimensão utilizando o suporte informático *SPSS for Windows*²⁶, para uma precisão de 0,05%, uma variabilidade da variável dependente de 0,08

(obtida no teste piloto) e assumindo um erro *a* de 0,005 e um erro *b* de 0,20. Desta forma obteve-se um valor mínimo de 231 para a dimensão da amostra.

Foram estudadas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e ocupação) e de relação com os serviços de saúde (inscrição no CS e inscrição em MF). Utilizaram-se variáveis independentes para medir características da relação com o MF: tempo de relação com o médico e duração da consulta. Seleccionaram-se variáveis para estudar a acessibilidade à consulta: tempo para a obtenção de uma consulta urgente e facilidade no contacto telefónico com o seu médico. Para estudar o destino dos utentes, os motivos de consulta e as razões invocadas para a escolha definiu-se «*motivo urgente*» como todo o problema percebido pelo utente como suficientemente grave para requerer uma observação médica no próprio dia e pediu-se ao utente que recordasse a última vez que experimentou um motivo urgente. Inquiriu-se a gravidade experimentada. Na variável dependente – serviço de atendimento médico de situações urgentes – considerou-se consulta do MF, consulta de recurso no CS, consulta no SAC/SAP, urgência dos Hospitais de São Francisco Xavier e de Egas Moniz, atendimentos urgentes em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, e outros. Os motivos de consulta indicados pelos utentes foram codificados pelo investigador com base nos capítulos da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2), e inquiriram-se as razões da escolha efectuada com uma questão de escolha múltipla baseada na revisão bibliográfica efectuada.

A recolha de dados foi efectuada através de um questionário redigido de novo, estruturado, não validado, confidencial e de auto-preenchimento. O questionário tem validade facial e foi submetido a uma avaliação de conteúdo

do por médicos de MGF do CS de Carnaxide. Foi efectuado um teste piloto a 40 utentes (10 utentes na sede e em cada uma das três extensões) para avaliar a compreensão do instrumento de medida e foram efectuadas modificações em duas questões para aumentar a compreensão global do questionário.

Nos dias da colheita dos dados um colaborador à entrada do CS distribuiu os questionários, aplicando os critérios de exclusão previamente definidos. Depois de codificados no instrumento de medida, os dados foram transferidos para uma matriz em base informática (*Microsoft ExcelTM 27*) e, posteriormente, tratados em *SPSS for WindowsTM 26* no departamento de Estatística do Instituto de Qualidade em Saúde (Zona Sul) para cálculo das medidas de estatística descritiva.

RESULTADOS

Na semana em que decorreu o estudo 6.395 utentes recorreram ao CS (dados do departamento de estatística do CS, não publicados). 850 utentes elegíveis aceitaram participar no estudo (participação de 13,3%), tendo-se recolhido 335 questionários (39,4% de respondentes). Foram eliminados 79 inquiridos por não terem mais de 10 em 15 questões respondidas.

Estudaram-se 256 questionários pertencentes a 160 (62,5%) utentes do sexo feminino e a 96 (37,5%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre 1 e 84, média de 46,3 (DP 18,4 anos) e mediana de 47 anos, cuja distribuição se encontra discriminada na Fig. 1.

Em relação à escolaridade dos participantes, 25,8% têm até ao 4º ano de escolaridade, 18% têm o 9º ano, 16,8% até ao 12º ano, 16% têm instrução universitária, 5,1% têm cursos profissionais, 4,7% dos inquiridos apenas sabe

ler e escrever, e 2,3% frequentam o ensino pré-escolar. Quanto à ocupação a maioria são trabalhadores a tempo completo (45,3%) e, por ordem decrescente, reformados (27%), trabalhadores em casa (domésticas e outros) (7,8%), trabalhadores a tempo parcial (6,3%), desempregados (5,1%), estudantes (3,9%) e trabalhadores-estudantes (2%).

Em relação ao local de atendimento médico a que os doentes recorreram observa-se a distribuição que se apresenta no Quadro I.

Encontraram-se 251 motivos de consulta urgente expressos, correspondendo a 225 utentes onde tal foi apurado (31 omissões) – 1,1 motivo por utente. Mais de 70% dos motivos de consulta corresponderam a cinco capítulos (Quadro II).

Em relação à percepção de gravidade experimentada pelo doente não existiram assimetrias quanto ao sexo. 112 doentes (43,7%) referiram uma urgência pouco grave, enquanto 118 (46,1%) e 26 (10,2%) invocaram sentir um motivo grave ou muito grave, respectivamente.

Para estudar as razões que motivam a escolha do serviço de atendimento utilizou-se uma questão com 10 respostas, com possibilidade de escolha múltipla, donde surgiram vários padrões de resposta. Observaram-se 10 padrões mais

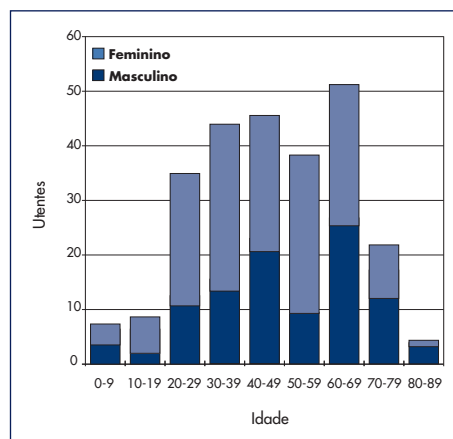


FIGURA 1. Grupos etários

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES POR SERVIÇO DE ATENDIMENTO

Serviço de Atendimento	n			%		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Consulta MF	91	36	55	35,5	37,5	34,4
Urgência Hospitalar	82	29	53	32,0	30,2	33,1
SAP/SAC	41	13	28	16,0	13,5	17,5
Consulta Recurso	20	10	10	7,8	10,4	6,3
Privados	15	4	11	5,9	4,2	6,9
Outro	7	4	3	2,7	4,2	1,9
Total	256	96	160	100,0	100,0	100,0

QUADRO II

DISTRIBUIÇÃO DOS MOTIVOS DE CONSULTA
POR CAPÍTULO ICPC-2

Capítulo ICPC 2	n	%	Freq. Rel. Acumulada
Respiratório (R)	59	23,5	23,5
Musculo-esquelético (L)	41	16,3	39,8
Circulatório(K)	31	12,3	52,1
Digestivo(D)	27	10,7	62,8
Geral e Inespecífico (A)	20	8,0	70,8
Neurológico (N)	15	6,0	76,8
Pele (S)	14	5,6	82,4
Urinarío (U)	14	5,6	88,0
Psicológico (P)	7	2,8	90,8
Ouvído (H)	6	2,4	93,2
Olhos (F)	4	1,6	94,8
Endocrinológico (T)	4	1,6	96,4
Gravidez e Planeamento Familiar (W)	3	1,2	97,6
Genital Feminino (X)	3	1,2	98,8
Sangue (B)	2	0,8	99,6
Genital Masculino (Y)	1	0,4	100,0
Total	251	100,0	

frequentes (Quadro III).

Das 10 razões definidas para esta questão a mais invocada (em 26,2%; N=367) foi: *Serviço mais indicado*. As restantes razões foram assinaladas pela seguinte ordem decrescente de frequência: *Confio mais/mais à vontade, Proximidade casa/trabalho, Outros locais fechados, Urgência muito grave, Outros,*

Médicos e aparelhos melhores, Não faltar ao trabalho, Desconhecia outras alternativas e Descontente com os outros serviços.

Relativamente às variáveis inscrição no CS e inscrição em MF, 97,7% (N=256) dos utentes, sem diferenças quanto ao sexo, encontravam-se inscritos no CS e em MF.

A caracterização do tempo de relação em anos do MF com os seus utentes mostrou uma distribuição com média de 8,5 anos (DP=6,3), com um mínimo de um mês e um máximo de 25 anos, moda de 10 e mediana de 8, sem diferenças em relação ao sexo. Registaram-se 34 omissões por desconhecimento ou não aplicabilidade.

Em relação à caracterização da duração da consulta com MF, observou-se que 78,5% dos inquiridos (N=256) considera *Suficiente* o tempo dispensado pelo seu médico na consulta, enquanto 14,1% considera *Insuficiente* e 7,4% *não sabe ou não responde*. Não se verificaram diferenças quanto ao sexo dos inquiridos.

Em relação aos dias de espera para a obtenção de uma consulta urgente com o seu MF, obteve-se uma média de 4,1 dias (DP=6,3), uma mediana de 1, um mínimo e um máximo de 0 a 30 dias. Registaram-se 154 omissões, 84 por desconhecimento e 70 por não aplicabilidade/não existência de consultas urgentes. 15% dos utentes referiu um

QUADRO III

RAZÕES PARA A ESCOLHA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO - 10 PADRÕES DE RESPOSTAS MAIS FREQUENTES

N.º de respostas	Padrões de resposta	N	%	Freq. Rel. Acumulada
1	Serviço mais indicado	51	19,9	19,9
1	Confio mais / Mais à vontade	35	13,7	33,6
1	Proximidade casa / trabalho	22	8,6	42,2
1	Outros locais fechados	17	6,6	48,8
1	Urgência muito grave	14	5,5	54,3
1	Outros	13	5,1	59,4
2	Confio mais/Mais à vontade e mais indicado	9	3,5	62,9
1	Não faltar ao trabalho	8	3,1	66,0
1	Omissões	7	2,7	68,8
1	Médicos e aparelhos melhores	5	2,0	70,7

QUADRO IV

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA POR SERVIÇO DE ATENDIMENTO

Idade	Consulta MF	U. Hospitalar	SAP/SAC	C. Recurso	Privada	Outro	Total
0 - 9	3	1	1	1	1	0	7
10 - 19	5	2	0	1	0	0	8
20 - 29	11	13	6	0	3	2	35
30 - 39	14	13	11	3	4	0	45
40 - 49	18	11	9	3	2	3	46
50 - 59	12	16	6	3	1	0	38
60 - 69	20	15	6	6	3	1	51
70 - 79	6	9	2	3	1	1	22
80 - 89	2	2	0	0	0	0	4
Total	91	82	41	20	15	7	256

tempo de espera inferior a 1 dia. 40% referiu esperar um dia, 18% entre dois a três dias, 8% quatro a sete dias e 19% mais de uma semana.

Em relação ao contacto telefónico, 111 (43,4%; N=256) doentes inquiridos referiram que este contacto não era possível e um (0,4%) afirmou não saber/não responder. 23,4% e 19,5% consideram que este contacto é Muito Bom ou Bom, respectivamente; 9% consideram-no Razoável; 0,8% Mau e 3,5% Muito mau.

Na análise bivariada efectuada entre a variável serviço de atendimento médico de situações urgentes e as restantes variáveis, com recurso a tabelas de con-

tingência, constatou-se que os utentes do sexo feminino são mais frequentadores de todos os serviços de atendimento e que relativamente aos grupos etários (Quadro IV), dos 0-19, dos 30-49 e dos 60-69 os doentes recorreram com maior frequência à consulta do MF enquanto nos restantes houve uma preferência pela urgência do hospital.

Observamos no Quadro V que indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos utilizam sobretudo o MF e a urgência hospitalar para resolver as suas «urgências» e pouco os outros serviços. Por outro lado, observa-se que a consulta privada é utilizada maioritaria-

QUADRO V

ESCOLARIDADE E SERVIÇO DE ATENDIMENTO

Escolaridade	Consulta MF	U. Hospitalar	SAP/SAC	C. Recurso	Privada	Outro	Total
Outra	4	2	1	0	0	0	7
Pré-escolar	1	2	1	1	1	0	6
Sabe ler e escrever	6	5	1	0	0	0	12
Até 4º Ano	23	25	10	6	2	0	66
Até 6º Ano	9	8	4	0	0	1	22
Até 9º Ano	17	14	4	8	0	3	46
Até 12º Ano	17	8	10	1	4	3	43
Curso médio	4	3	3	1	2	0	13
Curso superior	10	15	7	3	6	0	41
Total	91	82	41	20	15	7	256

QUADRO VI

OCUPAÇÃO E SERVIÇO DE ATENDIMENTO

Ocupação	Consulta MF	U. Hospitalar	SAP/SAC	C. Recurso	Privada	Outro	Total
Trab. Tempo completo	41	33	22	7	8	5	116
Trab. Tempo parcial	5	5	2	3	1	0	16
Desempregado	4	2	5	1	1	0	13
Estudante	4	4	1	0	1	0	10
Trabalhador-estudante	3	1	1	0	0	0	5
Trabalha em casa	6	9	2	3	0	0	20
Reformado	26	26	7	5	3	2	69
Outro	2	2	1	1	1	0	7
Total	91	82	41	20	15	7	256

mente por doentes com curso médio e curso superior.

Relativamente à variável ocupação (Quadro VI) observa-se que os utentes que trabalham a tempo completo utilizaram com maior frequência a consulta do MF e, logo a seguir, a urgência hospitalar. De registar uma elevada utilização da urgência hospitalar por doentes reformados e do SAC pelos desempregados.

Relativamente à inscrição no CS e à inscrição em MF não se observaram assimetrias consideráveis.

Relativamente aos motivos de consulta, a distribuição dos cinco capítulos mais frequentes, por ordem decrescente, em cada serviço de atendimento

foram: na consulta do MF – Respiratório, Músculo-Esquelético, Circulatório, Digestivo e Geral (RLKDA); na Urgência hospitalar – Circulatório, Digestivo, Respiratório, Músculo-Esquelético e Geral (KDRLA); no SAP/SAC – Respiratório, Geral, Digestivo, Músculo-Esquelético e Circulatório (RADLK); na consulta de recurso – Músculo-Esquelético, Respiratório, Circulatório, Digestivo e Geral (LRKDA) e na consulta privada – Digestivo, Circulatório, Geral, Músculo-Esquelético e Respiratório (DKALR).

Relativamente à percepção de gravidade experimentada (Quadro VII), utentes referindo um motivo grave ou muito grave utilizaram sobretudo a

QUADRO VII

GRAVIDADE EXPERIMENTADA E SERVIÇO DE ATENDIMENTO

Gravidade	Consulta MF		U. Hospitalar		SAP/SAC		C. Recurso		Privada		Outro		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pouco Grave	52	46,4	21	18,8	21	18,8	9	8,0	6	5,4	3	2,7	112
Grave	34	28,8	50	42,4	16	13,6	8	6,8	7	5,9	3	2,5	118
Muito Grave	5	19,2	11	42,3	4	15,4	3	11,5	2	7,7	1	3,8	26
Total	91	35,5	82	32,0	41	16,0	20	7,8	15	5,9	7	2,7	256

QUADRO VIII

RAZÕES INVOCADAS PARA A ESCOLHA E SERVIÇO DE ATENDIMENTO

	Consulta MF	U. Hospitalar	SAP/SAC	C. Recurso	Privada	Total
Outros locais fechados	8	14	8	1	4	35
Urgência muito grave	12	7	5	8	3	35
Confio mais/mais à vontade	33	16	7	1	2	59
Desconhecia outras alternativas	3	8	3	0	0	14
Descontente com outros serviços	3	5	1	3	1	13
Mais Indicado	35	28	16	10	4	93
Proximidade casa/Trabalho	8	17	8	0	3	36
Médicos e aparelhos melhores	5	6	5	0	1	17
Não faltar ao trabalho	5	8	3	2	1	19
Outros	10	7	7	0	1	25
Total	122	116	63	25	20	346

urgência hospitalar (42,4% e 42,3% respectivamente). Analisando cada serviço de atendimento observa-se que a consulta do MF e o SAC foram utilizados por utentes com queixas pouco graves, e que a urgência hospitalar recebeu doentes referindo sobretudo queixas graves e pouco graves.

Em relação às razões invocados para a escolha do serviço de atendimento a que os doentes recorreram, na consulta do MF os padrões de resposta mais frequentes foram aqueles em que apenas foi assinalado como razão pela escolha o crerem que é a mais indicada (em primeiro lugar com 17,6%; n=16), por confiarem mais e estarem mais à vontade (em segundo lugar, 17,6%; n=16) e o factor proximidade de casa ou trabalho (9,9%; n=9). Na urgência hospitalar os três padrões de resposta mais

frequentes foram idênticos, mas as razões *outros locais fechados* e *para evitar dar faltas ao trabalho* ocuparam a quarta e quinta posição. No SAC os dois padrões de resposta mais frequentes foram idênticos aos dos serviços anteriores, mas o terceiro mais frequente foi aquele em que a razão assinalada foi *outros locais fechados*.

Em relação à frequência de cada uma das 10 razões que podiam ser assinaladas, a distribuição por serviço de atendimento foi a que se apresenta no quadro VIII.

Em relação à variável duração da consulta, é de salientar que dos 36 utentes (14,1% do total, N=256) que a consideram *insuficiente*, 12 preferem a urgência hospitalar, oito o SAC, quatro a consulta de recurso e um consultas privadas. Só 11 (30,6%) escolheram a

QUADRO IX

DIAS DE ESPERA PARA UMA CONSULTA URGENTE E SERVIÇO DE ATENDIMENTO

Dias de Espera	Consulta MF	U. Hospitalar	SAP/SAC	C. Recurso	Privada	Outro	Total
Menos 1 dia	7	3	3	1	1	0	15
1 dia	14	15	7	3	0	3	42
2 a 3 dias	3	7	5	2	1	0	18
4 a 7 dias	2	5	0	0	1	0	8
Mais de 7	5	3	8	2	1	0	19
Total	31	33	23	8	4	3	102

consulta do MF. O mesmo não aconteceu nos 201 utentes que consideram a duração *suficiente* (78,5% do total), e que preferem a consulta do MF (76), a urgência hospitalar (62) e o SAC (31). Em menor número foram escolhidos a consulta de recurso (16), consultas privadas (12) e outros serviços (4).

Em relação à variável dias de espera para uma consulta, observa-se que os doentes que têm de esperar mais de um dia parecem preferir a urgência hospitalar ou o SAC (Quadro IX).

Em relação à variável tempo de relação com o MF, não se verifica nenhuma diferença significativa entre o tempo de relação e a escolha do serviço de atendimento.

Em relação à facilidade em contactar telefonicamente o seu médico observa-se que todos os utentes preferem a consulta do MF, excepto os que referem um *contacto razoável* (23), que parecem preferir indiferentemente a consulta do MF ou a urgência hospitalar (34,8% e 30,4% respectivamente). Em relação aos utentes que responderam *não ser possível este contacto* (111), 27% recorreram à consulta do MF, 36% à urgência hospitalar e 17,1% utilizaram o SAC.

DISCUSSÃO

Com este estudo procurou-se obter informação sobre a utilização dos serviços

de atendimento médico de problemas urgentes na área do CS Carnaxide. Pensamos que os objectivos foram conseguidos e admitimos que os resultados obtidos serão semelhantes a muitos centros com as mesmas características geográficas e organizacionais.

Contudo, a validade dos resultados obtidos está condicionada pela utilização da memória dos inquiridos como base da informação recolhida e pelo processo de amostragem utilizado, que não sendo aleatório impossibilita a extrapolação dos resultados a toda a população. No entanto, os censos são um processo de amostragem bem testado nos serviços de saúde e já utilizado noutros trabalhos³ e a dimensão da amostra foi calculada com base numa precisão de 0,05%.

A utilização da percepção do utente pareceu-nos ser mais adequada para os objectivos propostos do que a gravidade real dos problemas estudados.

O questionário utilizado não foi objecto de um estudo de validação, nem se encontrou na literatura um instrumento validado para os objectivos deste estudo. No entanto, o instrumento construído foi pré-testado e conhecido o seu grau de compreensão global, não ofereceu dificuldades no preenchimento, e possui validade facial e de conteúdo.

Apesar de todo o trabalho realizado no sentido de garantir a confidencialidade e o anonimato, o facto de ser en-

tregue na portaria e de a participação ter sido estimulada pelos MF poderá ter contribuído para algum enviesamento das respostas.

Os resultados apontam para uma utilização preferencial da consulta do MF e da urgência hospitalar perante uma situação urgente. No entanto, os serviços disponíveis ao nível dos CSP (Consulta do MF, Consulta de recurso e Consulta no SAP/SAC), no seu conjunto, foram utilizados com maior frequência (59,3%) que a urgência hospitalar (32,0%). Esta diferença também foi encontrada em outros estudos⁴.

Estes resultados, apesar de demonstrarem claramente o papel e a participação dos MF no atendimento das situações urgentes dos seus utentes, ainda apresentam valores de utilização do SAC e da consulta de recurso muito baixos comparativamente com a utilização da urgência hospitalar. Parece-nos que os SAC/SAP não estão a ser utilizados para resolver o problema dos atendimentos de situações urgentes que poderiam não recorrer à urgência hospitalar como era o objectivo da sua criação. A consulta de recurso, por seu lado, ocupa um papel ainda mais reduzido neste problema, provavelmente porque, na prática, se limita a colmatar as falhas de assistência médica provocadas pelas ausências médicas e existência de utentes sem MF.

Em relação à idade verificou-se que crianças com menos de 10 anos utilizaram com maior frequência a consulta do seu MF, e que os doentes com 70 a 79 anos utilizaram, principalmente, a urgência hospitalar. Estes resultados estão de acordo com a literatura e outros estudos demonstraram existir uma associação estatisticamente significativa^{4, 14, 18}. A maior utilização da consulta do MF pelas crianças pode ser justificada pela reestruturação das urgências pediátricas em Setembro de 2000, que obrigou à necessidade de uma triagem pelos médicos dos CSP. Em relação

aos doentes mais idosos, provavelmente por se tratarem de doentes com doenças crónicas e/ou multipatologia, os motivos de consulta experimentados justificaram a ida ao hospital.

Observou-se uma elevada frequência de doentes com habilitações literárias nos extremos da escolaridade (4ª classe e curso superior) que utilizaram a urgência hospitalar. A baixa escolaridade está muitas vezes associada a um menor nível sócio-profissional, que é um factor estatisticamente associado com a utilização dos serviços de urgência hospitalares⁵. Quanto aos utentes com instrução universitária existiu uma utilização preferencial da urgência hospitalar o que talvez seja motivado por uma menor utilização dos CSP de uma maneira geral e não só perante situações de urgência.

Relativamente à situação profissional, os trabalhadores a tempo completo utilizam com frequência a urgência hospitalar e o SAC, apesar de a maior parte utilizar a consulta do seu MF. Não se encontrou na literatura uma associação estatisticamente significativa⁵. Nesta amostra, os utentes que trabalham em casa (domésticas), e reformados, tiveram uma utilização elevada da urgência hospitalar e do SAC. Em relação ao primeiro grupo não se encontrou na bibliografia justificação para esta observação. Em relação aos reformados, provavelmente tem que ver com o pertencerem a um grupo etário mais elevado.

Em relação aos motivos de consulta, observámos um padrão geral de cinco capítulos da ICPC-2 – Respiratório, Músculo-Esquelético, Circulatório, Digestivo e Geral e Inespecífico (RLK-DA), correspondendo a mais de 70% dos motivos, semelhante ao de outros estudos^{3,4,28,10,11}. Ao contrário do estudo de Abrantes e colaboradores³, não se encontraram motivos administrativos. Provavelmente os doentes não valorizaram esses motivos como urgentes,

ainda que eles possam ter ocorrido como causa de consulta.

O padrão RLKDA foi o mais frequente na consulta do MF, traduzindo o elevado número de motivos urgentes por problemas respiratórios. Na urgência hospitalar um elevado número de doentes referindo dor atribuída ao coração e tensão arterial alta, dor abdominal generalizada e epigástrica motivaram a observação de um padrão diferente, KDRLA. No SAC, os motivos respiratórios (padrão RADLK) foram os mais frequentes; o mesmo se verificou nos trabalhos de Viegas e Pereira realizados em Portugal^{10,11}.

Em relação à gravidade percebida pelo utente, quase metade dos doentes experimentando um motivo grave ou muito grave recorreram à urgência hospitalar. Os motivos pouco graves conduziram os doentes à consulta do MF em primeiro lugar (mas em menos de 50% do total), à urgência hospitalar e ao SAC em segundo lugar. Os resultados também apoiam a ideia de que a utilização do SAC faz-se indiferentemente por utentes referindo motivos pouco graves, graves ou muito graves. A gravidade/urgência percebida é um factor que em outros estudos mostrou estar associado com a acessibilidade do médico assistente. Parece-nos que a percepção de gravidade/urgência experimentada pode ser influenciada por uma maior informação e por uma maior acessibilidade da consulta do MF, pois está demonstrado que aquela percepção não corresponde à gravidade/urgência real.

Os padrões de resposta mais frequentes para razões mais invocadas para a escolha do serviço foram: *serviço mais indicado* (19,9%) e *maior confiança/mais à vontade* (13,7%). Os padrões de resposta em que se assinalou: *proximidade, a existência de outros locais fechados e a experiência de uma urgência muito grave* foram dos cinco mais frequentes. Estes dados estão de acordo

com outros estudos e devem incentivar os médicos a informarem e educarem os seus utentes das características de cada serviço e do modo como devem ser utilizados. A proximidade e a conveniência são duas razões bem conhecidas para a utilização das urgências hospitalares^{23,17}. Seria importante estudar formas de intervir adequadamente neste sentido. Talvez pela melhoria dos acessos a outros serviços ou alargando a rede de serviços cuidados de saúde primários aproximando-os mais dos seus utentes. No entanto, outros autores sustentam que a complexidade da decisão dos utentes sugere que certos padrões de uso dificilmente se modificarão⁴. A utilização da urgência hospitalar por razões como o *desconhecimento de alternativas e para não dar faltas ao trabalho* surgiram ainda com relativa frequência neste estudo, o que também deveria ser motivo de reflexão e de um estudo de maiores dimensões.

Observou-se nesta amostra que 78,5% dos utentes se encontravam satisfeitos com a duração da consulta com o seu MF. Estes resultados poderão ter sido influenciados pelo facto do questionário ser preenchido e entregue no CS, o que poderá ter criado uma sensação de falta de confidencialidade. É conhecida a dificuldade existente em provar insatisfação nos utentes⁵. Ainda assim, verificou-se que a duração da consulta, e neste caso uma duração insuficiente, parece relacionar-se com uma procura maior do SAC e da urgência hospitalar. Este aspecto não tem sido investigado entre nós. Sabe-se que a duração da consulta é um factor associado com a satisfação^{20,21}. Também se conhece a associação entre a satisfação com o seu MF e a utilização dos serviços de urgência hospitalar, sendo que os utilizadores frequentes da urgência hospitalar apresentam uma menor satisfação com o seu médico⁵.

Os dias de espera para uma consulta urgente com o MF (medida da aces-

sibilidade da consulta) parecem influenciar a escolha do serviço de atendimento em situação de urgência pois aqueles que não são atendidos no próprio dia ou no dia seguinte parecem optar pela urgência hospitalar ou pelo SAC, ao contrário dos que são atendidos no próprio dia e que por isso recorreram na sua última situação de urgência à consulta do seu MF.

Em relação ao tempo de relação com o MF, noutros estudos associada com a escolha do serviço de atendimento, não se verificou existir algum tipo de tendência¹⁴. Efeito que talvez se deva à dimensão da amostra e aos defeitos do estudo.

A caracterização do contacto telefónico (outra medida da acessibilidade do MF) mostrou que 43,4%(111) dos utentes inquiridos não utilizavam este contacto por desconhecimento ou por não existir essa possibilidade. Estes utentes utilizaram mais a urgência hospitalar e o SAC em conjunto, que a consulta do MF. Se for verdade esta elevada percentagem de MF sem possibilidade de contacto telefónico, ela traduz uma insuficiência importante da acessibilidade da consulta. Os utentes que referiram um contacto razoável parecem preferir indiferentemente a consulta do MF ou a urgência hospitalar, ao contrário dos que relataram outro contacto telefónico. Parece que aqueles talvez tivessem relatado um contacto pior, caso a confidencialidade estivesse melhor assegurada.

O atendimento de situações de doença urgente é um dos problemas do sistema de saúde português que com maior frequência surge como sinal de insuficiência. As críticas, as soluções e as estratégias, não podem afirmar-se sem se conhecer a realidade dos locais de atendimento, as características dos utentes que as procuram e os factores pessoais, sociais e organizacionais que influenciam a decisão de escolher um ou outro local de atendimento.

No estudo efectuado e na extensa literatura sobre este tema verifica-se existir uma associação do serviço de atendimento escolhido com características dos utentes, da consulta, da relação com o MF e dos serviços de saúde. Em Portugal, temos falta de estudos aleatórios e de grandes dimensões que nos permitam caracterizar os factores que influenciam os utentes. Estes estudos a realizar futuramente deveriam utilizar instrumentos de medida que fossem aplicados directamente nos serviços a estudar, sem portanto a intervenção do viés da memória.

Não nos parece demonstrada a conclusão de que os utentes que recorrem à urgência hospitalar por motivos inadequados possam aí ser atendidos por médicos de MGF, ou que podem ser deslocados para os atendimentos em CSP²⁹. Concordamos com autores que afirmam que sempre existirá uma procura inadequada, nas urgências hospitalares^{5,19}. Mas acreditamos que é útil intervir na comunidade médica e não médica para provocar uma mudança na atitude dos profissionais, utentes e serviços de saúde. Esta intervenção deverá efectuar-se no sentido de informar e educar sobre os serviços disponíveis, as suas características (vantagens e desvantagens) e sobre sintomas e sinais de alarme que devem motivar a procura de atendimento médico (no hospital ou nos CS), sobretudo em grupos vulneráveis, de risco ou com doenças crónicas. Desconhece-se se será possível influenciar a percepção de gravidade dos sintomas e sinais observados. Pensamos que sim, mas carecemos de estudos de intervenção neste sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996. Continente. Dados Gerais. Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1997.

2. Direcção Geral da Saúde, Divisão de Epidemiologia. Hospitais Centrais e Especializados, 1996. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 1998.
3. Abrantes V, Sá A, Tavares A. Urgências em Cuidados de Saúde Primários. Rev Port Clin Geral. 1988; 35:5-11.
4. Shipman C, Longhurst S, Hollenbach F, Dale J. Using out-of-hours services: general practice or A&E? Fam Pract 1997; 14:503-509.
5. Green J, Dale J. Primary Care in Accident and Emergency and General Practice: A comparison. Soc Sci Med. 1992; 35:987-95.
6. Romero J. Los frequentadores de los servicios de urgencias. Existen soluciones inmediatas? [carta]. Med Clin Barc 1998;110:557.
7. Direcção da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Declaração da Madeira. Rev Port Clin Geral 1998; 15:117-26.
8. Murphy A, Bury G, Plunkett P, Gibney D, Smith M, Mullan E, Johnson Z. Randomized controlled trial of general practitioner versus usual medical care in a urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. BMJ 1996; 312:1135-42.
9. Miranda J. Urgências em cuidados de saúde primários [editorial]. Rev Port Clin Geral 1995;12: 182-5.
10. Viegas A. Caracterização da população utilizadora do Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Faro. Rev Port Clin Geral 1995; 12:196-203.
11. Pereira C. O Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Vendas Novas. Rev Port Clin Geral 1994; 11:271-9.
12. Catón V. Papel del médico de familia en las urgencias hospitalarias [editorial]. Aten Prim 1998; 21:509-10.
13. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, Lloyd J. Emergency department use and misuse. J Emerg Med 1995; 13:259-264.
14. Grad R, Kaczorowski J, Singer Y, Levitt C, Mandelcorn J. Where do family patients go in case of emergency. Can Fam Physician 1998; 44:2666-72.
15. Gill J, Reese C, Diamond J. Disagreement among health care professional about the urgent care needs of emergency department patients. Ann Emerg Med 1996; 28: 474-79.
16. Campbell J. Patients' perceptions of medical urgency: does deprivation matter? Fam Pract 1999; 16:28-32.
17. Boushy D, Dubinsky I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. J Emerg Med 1999; 17:405-12.
18. McConnell C, Wilson R. The demand for prehospital emergency services in an ageing society. Soc Sci Med 1998; 46:1027-31.
19. Shipman C, Dale J. Responding to out-of-hours demand: the extent and nature of urgent need. Fam Pract 16:23-27.
20. Gross D, Zyzanski S, Borawski E, Randall C, Stange K. Patient satisfaction with time spent with their physician. J Fam Pract 1998; 47:133-137.
21. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szécsényi J. Patients priorities with respect to general practice care: an international comparison. Fam Pract 1999; 16:4-11.
22. Burnett M, Grover S. Use of the emergency department for nonurgent care during regular business hours. Can Med Assoc J 1996; 154:1345-51.
23. Dale J, Dolan B. Do patients use minor injury units appropriately? J Pub Health Med 1996; 18:152-6.
24. Franco S, Mitchell C, Buzon R. Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. Clin Pediatr Phila 1997; 36:63-8.
25. Serviço de Planeamento e Controlo. Plano de acção para 2001. Centro de Saúde de Carnaxide. Carnaxide, 2000 [mimeografado].
26. SPSS for Windows [programa de computador]. Chicago: SPSS Inc.; [s.d.]
27. Microsoft Excel 2000 [programa de computador]. Microsoft Corporation: 1999.
28. Rachlis V. who goes to After-Hours Clinics? Can Fam Physician 1993; 39:266-70.
29. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. BMJ 1995; 311:427-30.

Endereço para correspondência:

Joaquim Palma
 Largo do Malvar, nº5 – 1º Esquerdo
 1500-412 Lisboa
 E-mail: joaquim.palma@clix.pt

Recebido para publicação em: 15/11/01
 Aceite para publicação em: 15/07/02

URGENT HEALTH PROBLEMS: WHO DO PATIENTS RESORT TO AND WHAT INFLUENCES THEIR CHOICES?**ABSTRACT**

Objectives: To characterise the use of medical services by patients who perceive their reason for encounter as urgent.

Type of study: cross-sectional, observational, descriptive.

Setting: Carnaxide Health Centre (HC).

Population: Patient users of the Carnaxide HC's services.

Methods: A self-applied questionnaire was used in a census sample of patients. Service use was studied: appointments with family doctor, non-personalised appointments at the HC, consultation at the HC ambulatory out-of-hours clinic, hospital emergency, and appointments with private doctors. Based on existing literature, factors influencing choice were selected: reasons for encounter, perceived seriousness, reasons for choice, sex, age, schooling, occupation, length of doctor-patient relationship, length of consultation, waiting time to access an urgent consultation with one's doctor, and telephone contact availability with one's family doctor (FD).

Results: Two-hundred-and-fifty-six patients were studied, of which 35% saw their FD, 32% a hospital emergency department physician, 16% the HC out-of-hours clinic physician, and 7.8% the non-personalised consultation physician at the HC. Respiratory complaints were the most frequent reasons for encounter with the FD and at the out-of-hours clinic, whereas the cardiovascular system was predominant for the hospital emergency setting. The latter was used for reasons considered to be serious or very serious, whereas less serious reasons were given in greater proportion at the FD's consultations. The most frequent reason presented for the choice made was that the chosen setting was viewed as the most appropriate. However, geographical proximity and lack of awareness of alternatives were mentioned by 25 subjects as reasons for use of the hospital emergency department. Those patients who have to wait over one day for an urgent appointment with their FD preferentially used the hospital emergency department and the out-of-hours clinic.

Conclusions: The results from this study suggest that it may be useful to make a community intervention in order to better inform and educate the patients to correctly use the available health services both at the hospital and at the HC.

Key-words: Primary Health Care; Medical Emergencies; Health Service Users; Urgent Appointments; Emergency Departments; Patient's Perceptions; Ambulatory Out-Of-Hours Clinic.