

Infecções respiratórias superiores: conhecimentos sobre a doença, auto-cuidados e recurso aos serviços de saúde

ANA MATEUS*

RESUMO

Introdução: Apesar de em geral resolúveis em contexto de auto-cuidados, as infecções respiratórias superiores (IRS) são motivo de consulta comum em medicina geral e familiar.

Objectivo: Determinar a relação entre o nível de conhecimentos sobre IRS e a frequência de recurso aos Serviços de saúde na população da freguesia de Matosinhos.

Tipo de Estudo: Quantitativo, transversal e analítico.

Local: USF Horizonte, Centro de Saúde de Matosinhos.

População de Estudo: Indivíduos com 18 ou mais anos de idade residentes na freguesia de Matosinhos.

Métodos: A uma amostra aleatória simples de 288 famílias inscritas no CS de Matosinhos foi aplicado por entrevista telefónica um questionário abordando variáveis demográficas, sintomatologia e atitudes no último episódio de IRS, e que incluiu uma escala de avaliação do grau de conhecimentos sobre o tema.

Resultados: A taxa de resposta foi de 83,7%. As atitudes no último episódio de IRS distribuíram-se por: auto-cuidados – 68%; recurso ao médico – 25%, e nenhuma – 7%. As atitudes de auto-cuidados mais frequentes foram as não-farmacológicas, e o médico mais procurado o MF. O grau de conhecimentos sobre IRS foi maioritariamente baixo (61%), tendo-se observado uma associação estatisticamente significativa entre uso preferencial dos Serviços de saúde e baixo nível de informação sobre IRS.

Discussão/Conclusões: Os auto-cuidados são a primeira opção da população de Matosinhos em situações de IRS, sendo aparentemente os indivíduos que procuram mais os serviços de saúde possuidores de conhecimentos menos exactos sobre a doença. A informação dos utentes sobre IRS poderá ser útil na promoção de condutas racionais no seu tratamento.

Palavras-Chave: Infecção Respiratória Superior; Constipação; Gripe; Auto-Cuidados; Recurso aos Serviços de Saúde; Conhecimentos.

«gripe» (embora este último muitas vezes usado de forma incorrecta) são situações clínicas agudas, auto-limitadas, cuja terapêutica de primeira linha recomendada se apoia nos auto-cuidados^{1,2,3,4}.

Por auto-cuidados designam-se todas as atitudes tomadas pelo paciente em prol de si próprio sem recurso aos serviços de saúde, as quais podem preceder ou mesmo dispensar a consulta médica⁵. É este o primeiro nível de cuidados de saúde, e estão nele incluídas as condutas desenvolvidas no sentido da avaliação dos sintomas e da resposta possível no contexto do dia-a-dia⁶: a procura de apoio e de conselhos junto de familiares, amigos ou farmacêuticos⁵; a auto-medicação e o recurso a medidas não farmacológicas ou a remédios caseiros. Vários trabalhos cifram entre 65 e 95% a proporção de queixas que se resolve exclusivamente pelo recurso aos auto-cuidados^{1,6,7}.

A sintomatologia compatível com IRS é, contudo, um dos principais motivos de consulta em cuidados de saúde primários (CSP). A tosse, um dos sintomas mais frequentes na clínica deste tipo de infecções, é o sintoma motivo de consulta mais comum em CSP, fre-

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias superiores (IRS) que, na linguagem comum, têm como equivalentes coloquiais os termos «constipação», «resfriado» e

*Interna do 3º ano do Internato Complementar de Clínica Geral Unidade de Saúde Familiar Horizonte, Centro de Saúde de Matosinhos – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

quência esta observada transversalmente quer em Portugal^{8,9,10}, quer em múltiplos estudos efectuados em diversos países^{11,12,13,14,15}. Por sua vez, num doente com tosse as IRS são, e consoante o grupo etário, o primeiro ou o segundo diagnósticos mais frequentes^{16,17}. Num estudo realizado numa consulta de clínica geral portuguesa, às IRS foram atribuídos 15,7% dos novos episódios de problemas de saúde¹⁸. As IRS são responsáveis, em diferentes estudos—mesmo com variações sazonais—por 11 a 33% de todas as consultas^{1,6,19}.

Esta aparente contradição entre o grande impacto do recurso aos serviços de saúde por IRS e a importância que os auto-cuidados desejavelmente devem assumir nestas situações foi já por várias vezes abordada na investigação internacional. Na revisão bibliográfica efectuada encontraram-se estudos quer de base institucional^{20,21,22}, que apenas abordam a população que procurou os serviços, quer de base populacional^{1,23}. A prevalência de recurso às instituições de cuidados de saúde por IRS foi, como seria de esperar, consistentemente mais elevada no primeiro tipo de trabalhos; no entanto, os factores que condicionaram essa diferença não foram constantes nos vários estudos, e as relações entre o uso dos serviços e diversas variáveis, como a escolaridade, a morbilidade crónica associada ou o grau de conhecimentos sobre IRS das populações estudadas nem sempre foram lineares^{1,19,22,23,24}. Num estudo cujos resultados preliminares foram recentemente publicados pelo Observatório Nacional de Saúde, e que envolveu um inquérito de base populacional a nível do continente, cerca de 22% dos inquiridos afirmaram ter recorrido ao médico no seu último episódio de «gripe»²⁵. Não se encontraram contudo, na revisão efectuada, trabalhos portugueses com metodologias que permitam abordar questões relativas aos condicionantes da procura de cuidados

médicos em situações de IRS.

É importante para o médico de família (MF) conhecer as características da comunidade onde trabalha, particularmente aquelas que dizem respeito a problemas que, pela sua frequência, podem influenciar o volume e a racionalidade da procura dos seus serviços. Mais interessantes são, do ponto de vista investigacional, aspectos da população que possam ser alvo de acções educativas a eles dirigidas, de forma a otimizar o uso dos serviços de saúde. Tal é o caso do grau de exactidão nos conhecimentos sobre IRS.

Assim, pretendeu-se com este trabalho determinar a relação entre o nível de conhecimentos sobre causas e tratamento das IRS e a frequência de recurso aos serviços de saúde por aquele motivo na população da freguesia de Matosinhos.

MÉTODOS

Realizou-se, no período de Junho a Outubro de 2001, um estudo de carácter quantitativo, analítico e transversal, o qual teve como população em estudo o conjunto dos adultos com mais de 18 anos residentes na freguesia de Matosinhos.

Considerando que a população residente na freguesia de Matosinhos corresponderia sensivelmente à inscrita no único centro de saúde da área, e que a distribuição dessa população pelas três unidades que compõem o centro de saúde, todas localizadas no mesmo edifício no centro da localidade, teria sido feita ao acaso, poder-se-ia então tomar a sub-população dos inscritos em cada uma das três unidades de saúde por uma boa estimativa das características da população da freguesia.

Atendendo a que eram oito as variáveis a estudar, utilizando a regra empírica de 30 elementos amostrais por cada variável; considerando para além

disso que se obteriam tabelas finais de 3x8, e estimando 10 observações por célula, o estudo foi direccionado para 240 questionários.

Assim, a amostra foi obtida por técnica aleatória simples, aplicando uma série de números aleatórios, gerada usando o programa *Research Randomizer*²⁶, e com a dimensão desejada da amostra, a uma listagem dos números de família das famílias inscritas na Unidade de Saúde Familiar (USF) Horizonte, uma das três do CS de Matosinhos. A selecção era independente do facto de já terem ou não consultado na USF.

A recolha de dados processou-se por via de entrevista telefónica, usando como suporte de recolha de informação um questionário elaborado para o efeito e não sujeito a validação prévia, aplicado ao primeiro indivíduo que atendesse o telefone na habitação seleccionada, e que cumprisse os critérios de inclusão no estudo.

Foram efectuadas, quando necessário, até seis tentativas de contacto para cada número, tendo as chamadas sido feitas em dias úteis entre as 9 e as 21 horas e ao fim-de-semana entre as 12 e as 21 horas.

Sempre que a família seleccionada não residia na freguesia de Matosinhos, não possuía no registo administrativo um número de telefone fixo ou foi incontactável após seis tentativas de ligação a horas diversas, foi seleccionada a família elegível imediatamente a seguir na listagem ordenada segundo os números dos processos familiares.

Os critérios de inclusão no estudo foram os seguintes:

- a) Idade igual ou superior a 18 anos;
- b) Ser capaz de compreender e manter conversa telefónica;
- c) Ter tido pelo menos um episódio de constipação ou gripe nos últimos 12 meses. Definiu-se o preenchimento deste critério pela existência de uma resposta afirmativa à questão «Teve alguma constipação ou gripe nos últimos 12

meses?».

A definição considerada foi a do próprio entrevistado, uma vez que foi relativamente a essa percepção do episódio que se efectuou a avaliação do tipo de atitude escolhida. Foram usados os dois termos (constipação e gripe) em conjunto para facilitar a inteligibilidade da questão por parte dos inquiridos, uma vez que na linguagem comum são aplicadas sinónima e indistintamente para designar as IRS, tendo ambas recomendados os auto-cuidados como terapêutica principal.

Todas as questões colocadas se referiram ao último episódio de IRS de que o inquirido se recordasse ter sofrido no último ano.

As variáveis estudadas foram as que se enumeram de seguida:

- a) *Sexo*;
- b) *Grupo etário*;
- c) *Vive/não vive só*;
- d) *Grau de escolaridade*, considerando-se o mais elevado completo ou equivalente;
- e) *Sintomatologia referida ao episódio*: selecção dos sintomas sentidos a partir de uma lista dos comumente presentes em situações de IRS, transpostos para equivalentes da linguagem comum;
- f) *Primeira atitude tomada para lidar com o episódio de IRS em questão*:
 1. Não fazer nada;
 2. Recurso a remédios caseiros/medidas não farmacológicas (procedimentos/ produtos que tradicionalmente são tidos como eficazes no alívio ou na cura das queixas compatíveis com IRS-reposo, infusões, caldos ou outros alimentos, gargarejos, rebuçados, vapor, outros), bem como o uso de medicamentos não prescritos por um médico (iniciativa do próprio, conselho de amigos, familiares ou farmacêuticos, outros). Foram questionados os tipos de medicamentos empregues.
 3. Consulta médica: médico de família; serviço de atendimento de situações urgentes; serviço de urgência hospitalar;

visita domiciliária; médico privado; outros.

Foram consideradas opções pelos auto-cuidados as respostas dadas contendo atitudes descritas nos pontos 1 e 2.

g) *Motivo(s) invocado(s) para a consulta:* escolha múltipla;

h) *Grau de conhecimentos sobre IRS*, o qual foi estimado a partir de um score calculado pela atribuição de um ponto por cada resposta certa dada a um painel de sete afirmações curtas sobre as causas e o tratamento das constipações/gripes, e que se pedia ao entrevistado para classificar como verdadeiras, falsas ou não sabe. Considerou-se resposta certa, para cada questão, a concordante com o actual conhecimento da ciência médica sobre o tema.

Foi convencionada a seguinte distribuição por três classes de conhecimentos: mau (0-3 pontos), razoável (4-5 pontos), bom (5-6 pontos).

O questionário foi previamente testado através de um estudo piloto com 10% da amostra (n=24).

Dois dos inquiridos não apresentavam critérios de inclusão no estudo, e outros dois recusaram-se a responder. Ambos os grupos foram incluídos para determinação da proporção de não-resposta, a qual foi pois de 0,167. Considerando este valor como a taxa de não-respondentes esperada, procedeu-se ao redimensionamento da amostra, fixada assim em 288 observações.

Com base no estudo piloto foram feitos alguns ajustamentos, essencialmente gramaticais, na formulação de algumas questões, de modo a torná-las mais claras para os inquiridos.

O processamento dos dados foi informático. Foi efectuada a gravação dos resultados dos questionários em folha de cálculo do Microsoft Excel 2000²⁷, e utilizado o SPSS 7.5 for Windows²⁸ para o tratamento estatístico descritivo e analítico dos dados.

Aplicaram-se o teste do χ^2 para a

comparação de frequências de variáveis qualitativas, e o teste *t* para comparação de médias de variáveis quantitativas, tendo sido considerado o nível de significância de $p < 0,05$ para a aceitação da existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Foram solicitadas e concedidas as autorizações da Direcção do CS de Matosinhos e do Conselho de Administração da ULS de Matosinhos para a realização do presente trabalho.

RESULTADOS

Dos 288 questionários efectuados, 6,6% corresponderam a indivíduos que se recusaram a participar no inquérito, não cumprindo os critérios de inclusão 9,7% dos inquiridos (proporção de não-resposta: 0,163). Completaram-se 241 questionários válidos (Quadro I).

Vinte e quatro indivíduos declararam não ter tido nenhum episódio de IRS no último ano. Este número traduz uma prevalência para as IRS de 91% nos 12 meses anteriores ao período do estudo entre os inquiridos que aceitaram responder ao questionário.

A. Caracterização geral da amostra

Os inquiridos apresentavam uma média de idades de 46,5 anos (desvio padrão (dp): 16,0; intervalo de confian-

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS PELOS GRUPOS DE RESPONDENTES, NÃO RESPONDENTES E RESPONDENTES SEM CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

	n	%
Não respondentes	19	6,60
Sem critérios de inclusão	28	9,72
sem IRS no último ano	24	8,33
idade < 18 anos	3	1,04
incapaz manter conversa telefónica	1	0,35
Questionários completos	241	83,7

QUADRO II

COMPARAÇÃO DAS ESTRUTURAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA E DA POPULAÇÃO DE ESTUDO (FREGUESIA DE MATOSINHOS, CENSO DE 2001)

	Amostra (%) (n=241)	Matosinhos (%) (n=22.929)	p
Sexo			
Masculino	100 (41,5)	10.745 (46,9)	0,110
Feminino	141 (58,5)	12.184 (53,1)	
Grupo etário			
18-29 anos	47 (19,5)	5.202 (22,7)	0,292
30-44 anos	68 (28,2)	6.527 (28,5)	
45-64 anos	89 (36,9)	7.243 (31,5)	
≥ 65 anos	37 (15,4)	3.957 (17,3)	
Escolaridade			
Analfabeto	13 (5,39)	1.668 (7,00)	0,097
Lê e escreve/Ensino Primário	117 (48,5)	9.954 (42,0)	
Ensino Preparatório	27 (11,2)	3.142 (13,3)	
Ensino Secundário	55 (22,8)	4.929 (20,8)	
Ensino Médio e Superior	29 (12,0)	3.993 (16,8)	

ça (IC) a 95%: 44,4 – 48,5), sendo as idades mínima e máxima encontradas de 20 e de 86 anos respectivamente. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias de idade dos homens (média: 46,5; dp:15,6; IC a 95%: 43,5 – 49,6) e das mulheres (média: 46,4; dp:16,4; IC a 95%: 43,7-49,1) que integraram o grupo entrevistado.

A amostra não evidenciou diferenças significativas em relação à estrutura da

população de Matosinhos determinada no Censo de 2001²⁹, no que à distribuição por sexos, grupos etários e graus de escolaridade dizia respeito (Quadro II).

A maioria dos indivíduos inquiridos pertencia a famílias não unitárias, tendo apenas cerca de 14% deles referido viverem sós.

B. Sintomatologia referida no último episódio de IRS

Quando questionados a respeito das queixas apresentadas no último episódio de IRS, foram as queixas nasais (rinorreia e obstrução nasal) as mais

referidas, seguidas pela tosse e pela febre. As frequências relativas foram as que se descrevem na Figura 1.

C. Atitudes face ao último episódio de IRS

Dentro das três hipóteses apresentadas como opções de primeira atitude tomada no episódio em questão, foram claramente os auto-cuidados o comportamento preferido para lidar com a situação, com 68% dos inquiridos a referirem

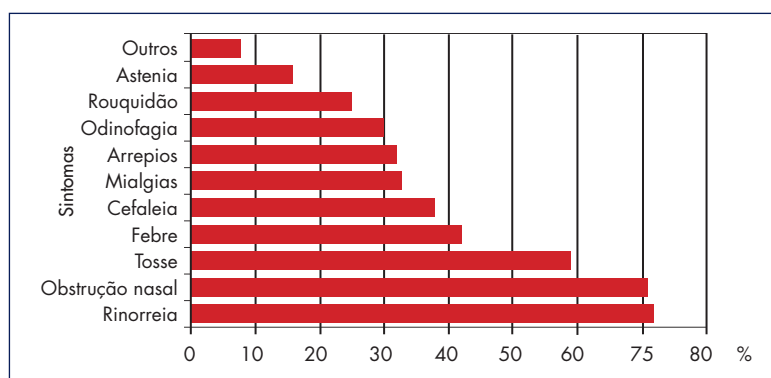


FIGURA 1. Frequência relatada de sintomas de IRS no último episódio da doença.

QUADRO III

DISTRIBUIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE AUTO-CUIDADOS
ADOPTADAS PELOS INQUIRIDOS

	n	%
Remédios caseiros	117	70,5
Medicamentos por iniciativa própria	54	32,5
Medicamentos por conselho de farmácia	37	22,3
Medicamentos por conselho de amigos/família	15	9,0
Outros	10	6,0
Total de atitudes em auto-cuidados	233	

QUADRO IV

SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURADOS PELOS
INQUIRIDOS QUE DECIDIRAM IR AO MÉDICO
COMO PRIMEIRA ATITUDE FACE À ÚLTIMA IRS

Serviços de saúde	n	%
Médico de Família	33	55,0
Medicina Privada	12	20,0
Médico de Medicina do Trabalho	6	10,0
SASU	5	8,3
SU hospitalar	3	5,0
Consulta no domicílio	1	1,7
Total	60	

QUADRO V

MOTIVOS INDICADOS PARA A CONSULTA
COM O MÉDICO, APRESENTADOS TAL COMO
ENUNCIADOS NA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Motivos para a consulta	n	%
«Sentia-se muito mal»	20	33,3
«Tem doenças crónicas»	15	25,0
«Precisava de medicação para a constipação»	13	21,7
«Não passava»	11	18,3
«Precisava de antibiótico»	10	16,7
«Precisava de baixa»	9	15,0
«Dúvida sobre se seria só constipação»	5	8,3

ter sido essa a sua primeira escolha. Cerca de um quarto dos entrevistados optaram, nas mesmas circunstâncias, por uma visita a um médico. Sete por cento referiram não terem tomado qualquer atitude.

D. Caracterização das práticas de auto-cuidados

A particularização das condutas concretas de auto-cuidados, dentro do grupo que por eles optou primariamente, revelou serem as medidas não farmacológicas – remédios caseiros tradicionais, bebidas quentes e/ou doces, infusões, inalações de va-

por de água, massagens com soluções alcoólicas – as mais frequentemente usadas, referidas por 71% dos que integraram aquele grupo.

Seguiram-se, por ordem decrescente de frequência, o uso de medicamentos por iniciativa própria, por conselho da farmácia, por sugestão de amigos/e ou familiares e, por fim, outras atitudes (Quadro III).

As várias opções de auto-cuidados não eram mutuamente exclusivas, tendo sido referidas em média 1,41 atitudes de auto-cuidado (dp: 0,493) por indivíduo que optou por esta modalidade de procedimento. As duas atitudes mais vezes associadas foram o uso de medidas não-farmacológicas e o de medicamentos tomados por iniciativa própria, associação essa mencionada por 21% dos que declararam terem tratado de si próprios.

Os grupos de medicamentos mais usados em contexto de auto-cuidados por IRS foram os antipiréticos (paracetamol), os preparados antigripais de acção múltipla e as associações de diversos medicamentos. Antibióticos foram usados, naquelas circunstâncias, por 3% dos inquiridos (Figura 2).

E. Caracterização do recurso aos serviços de saúde

Sensivelmente um quarto dos inquiridos escolheu procurar cuidados médicos como primeira atitude na sua última IRS. Destes, a maioria preferiu o re-

QUADRO VI

PROPORÇÕES DE RESPOSTAS CORRECTAS ÀS VÁRIAS QUESTÕES COMPONENTES DO PAINEL DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE IRS

Afirmação	Respostas certas	
	n	%
1. As constipações e gripes são causadas pelo frio e /ou humidade	53	22,0
2. As constipações e gripes são causadas por bactérias	46	19,1
3. As constipações e gripes são causadas por vírus	193	80,1
4. As constipações e gripes passam por si sem tomar medicamentos	128	53,1
5. Os antibióticos curam as constipações e gripes	98	40,7
6. Uma constipação e gripe nunca dura mais de uma semana	168	69,7
7. O tratamento das gripes e constipações deve ser sempre feito pelo médico, mesmo em casos ligeiros	85	35,3

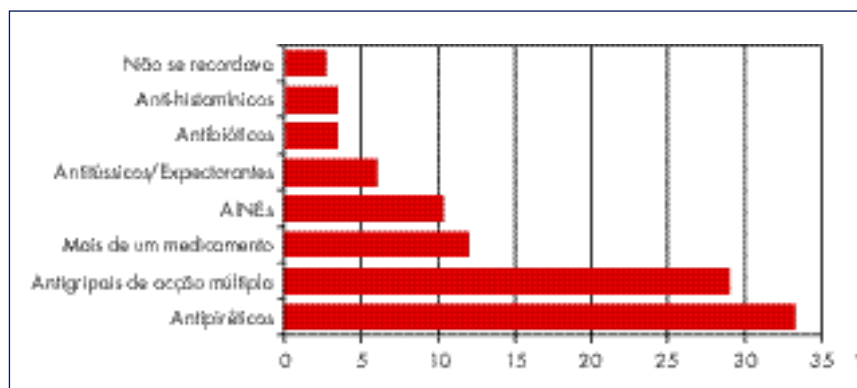


FIGURA 2. Grupos farmacológicos utilizados em auto-cuidados.

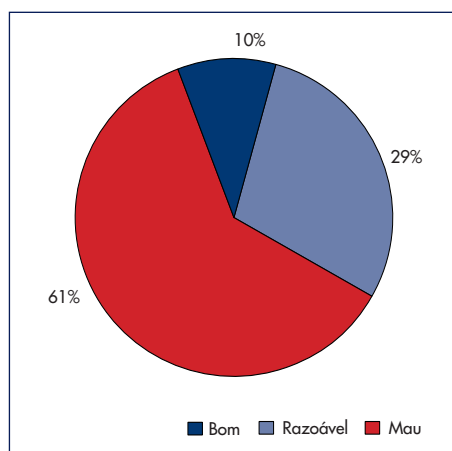


FIGURA 3. Grau de conhecimentos sobre IRS dos entrevistados (ver Metodologia para definição da escala de classificação).

curso ao médico de família. Optaram por um serviço de atendimento de situações urgentes (SASU) no CS cerca de 8% dos inquiridos, e 5% dirigiram-se pelo mesmo motivo a um serviço de urgência hospitalar (Quadro IV).

Os motivos mais frequentemente invocados para consultar um médico na situação em causa prenderam-se com a gravidade do atingimento do estado geral, a presença de co-morbilidades associadas e a necessidade de obter medicação para o tratamento da doença (Quadro V). As hipóteses não eram mutuamente exclusivas.

F. Conhecimentos sobre IRS

Analisando o nível de respostas correctas dadas a cada uma das questões

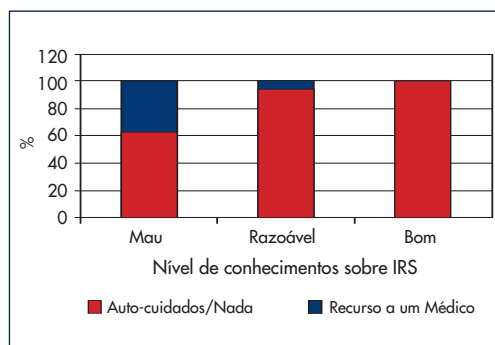


FIGURA 4. Proporções de utilização primária dos auto-cuidados e de recurso a um Médico na última IRS, segundo os níveis de conhecimentos dos inquiridos sobre a doença.

que constituíam o painel que serviu de base ao cálculo do *score* de conhecimentos, observa-se que as questões em cujas respostas mais entrevistados acertaram foram as relativas à etiologia vírica e à duração dos episódios de gripe e de constipação. Apenas 35% dos inquiridos discordaram do facto de as IRS deverem ser tratadas em todos os casos pelo Médico, e só 41% consideraram falso que os antibióticos fossem curativos nestas situações (Quadro VI).

Avaliado o grau de informação sobre IRS dos inquiridos segundo a escala acima definida, mais de 60% deles obtiveram um *score* de respostas correctas de entre 0 e 3, considerado equivalente a um mau de nível de conhecimentos sobre IRS (Figura 3).

G. Atitudes face às IRS, aspectos demográficos e nível de conhecimentos sobre a doença

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tipo de comportamento adoptado no último episódio de IRS em função das variáveis demográficas estudadas – sexo, grupo etário, nível de escolaridade e vive/não vive só.

De referir no entanto que, ainda que sem significado estatístico, foi entre os indivíduos analfabetos que se verificou a maior taxa de procura dos serviços de

saúde (31%), e na classe etária mais jovem, dos 18 aos 29 anos, a mais baixa (19%).

A proporção de recurso a cuidados médicos como atitude primária na última IRS entre os inquiridos de cada uma das três classes de conhecimentos sobre IRS que foram consideradas mostrou-se significativamente superior para os indivíduos que evidenciaram menor conhecimento da doença ($p < 0,001$; Figura 4).

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas no grau de conhecimentos sobre IRS encontrado segundo os vários níveis de escolaridade, com os indivíduos com maior número de anos de frequência de ensino evidenciando melhores desempenhos no *score* avaliado ($p < 0,001$). O sexo, o grupo etário e o facto de viverem ou não sós não mostraram diferenças significativas entre si no que ao grau de conhecimentos sobre a doença dizia respeito.

DISCUSSÃO

A amostra, obtida por técnica aleatória, poderia ter sido sujeita a algum efeito relacionado com o método de entrevista utilizado, um questionário por via telefónica. Este tipo de estratégia de recolha de informação encontra-se associado em alguns estudos que a utilizaram a uma estrutura demográfica da amostra característica, com um predomínio de indivíduos do sexo feminino, mais jovens e com melhores níveis educacionais¹. Este perfil reflectirá, segundo os autores daqueles trabalhos, a tipologia da população que com maior probabilidade estará em casa, disporá de um telefone e poderá atendê-lo: mulheres, com escolaridade mais elevada e de idades mais jovens.

No entanto, a comparação da estrutura da amostra com a da freguesia de

Matosinhos apurada no último Censo²⁹ não revelou a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto às proporções dos dois sexos, dos grupos etários estudados e dos vários níveis de ensino completos, o que parece indicar um grau satisfatório de representatividade da amostra relativamente às características demográficas da população estudada.

Um factor que poderá ter influenciado na validade deste trabalho foi o uso de um suporte de recolha de informação que consistiu num questionário não validado previamente, e cuja fiabilidade, em termos de representação da realidade pelas respostas que produziu juntos dos inquiridos, não é conhecida. Devem assim estes resultados ser interpretados com a cautela que se impõe em presença deste condicionalismo.

Os auto-cuidados parecem surgir claramente como a conduta preferida para primeira abordagem de situações de IRS entre a população do estudo. Outros trabalhos publicados evidenciaram predomínio semelhante^{1,22,23,25}. Assim, e apesar da importância destas situações, em termos de frequência na consulta de medicina geral e familiar¹⁸, encontramos-nos perante um típico exemplo de problema de saúde em que apenas uma proporção menor dos casos efectivamente ocorrentes na comunidade chega à consulta⁵. As estratégias de auto-cuidados identificadas como sendo as mais utilizadas – o uso de «remédios» caseiros, a toma de medicamentos por iniciativa própria e a busca de conselho na farmácia – representam recursos divulgados e facilmente acessíveis, não sendo por isso surpreendente a sua frequência.

Algumas das medidas não farmacológicas tradicionais (bebidas quentes, inalações de vapor, gargarejos de água salgada, repouso) parecem na verdade ter relativa eficácia no alívio sintomático das queixas de IRS², e o seu emprego

deve ser sugerido em oportunidades de educação do paciente sobre o assunto.

Os medicamentos mais aplicados pelos pacientes que escolheram cuidar de si próprios foram em geral adequados à sintomatologia habitual em episódios de IRS. Não deixam de ser no entanto preocupantes os 3,4% de inquiridos que referiram o uso de antibióticos sem prescrição médica por situações identificadas com gripe ou constipação. Embora numa percentagem pouco expressiva, representam uma atitude que é necessário prevenir através da demonstração, junto dos pacientes, da sua ineficácia naquele tipo de doenças e dos riscos do seu uso indiscriminado.

Cerca de 25% dos inquiridos procurou um serviço de saúde como primeira atitude em situações de IRS. Esta proporção encontra-se bastante acima dos 1% e 14% referidos em dois estudos canadianos^{1,23}, de base populacional, publicados na bibliografia sobre o tema, aliás pouco abundante quanto a determinações de taxas de recurso primário a cuidados médicos por IRS. Um estudo recente realizado em Portugal, e já citado, relatou 22% de inquiridos que afirmaram ter recorrido de imediato ao médico em situações de «gripe»²⁵, valor este mais próximo do encontrado pelo presente trabalho. São no entanto necessárias mais investigações de base populacional, desejavelmente com amostras de maior dimensão, que permitam confirmar ou infirmar a aproximação destas taxas às da real prevalência em Portugal da consulta médica como recurso primário nos casos de IRS.

O nível de conhecimentos sobre IRS estabelecido por este estudo a nível da população estudada foi em termos globais bastante baixo. Alguns trabalhos encontrados na literatura estrangeira^{22,24} referem níveis de conhecimentos satisfatórios sobre o assunto, mas as diferentes metodologias neles aplicadas nessa avaliação impedem uma com-

paração directa com os resultados actuais.

Curiosamente, e apesar de uma maioria de entrevistados ter preferido o uso primário dos auto-cuidados, também uma maioria (64,7%) afirmou que desejavelmente as IRS deveriam sempre ser tratadas por um médico, tomando muitas vezes os auto-cuidados por medidas inadequadas e de recurso. Trata-se de uma incongruência entre as crenças e as práticas, que pode em parte explicar porque em presença de tão baixos níveis de conhecimentos sobre IRS se verifica ainda apesar disso uma preponderância dos auto-cuidados.

Considerando por fim o impacto desse baixo grau de informação nas condutas adoptadas pelos inquiridos em resposta a um episódio de IRS, parece efectivamente existir uma relação importante entre a pouca informação sobre o assunto e o acréscimo relatado na procura dos serviços de saúde pela população estudada. Foi notória a diferença nas taxas de recurso à consulta médica entre os indivíduos que apresentaram desempenhos de conhecimentos considerados maus e bons: nenhum destes últimos utilizou primariamente aquela hipótese, enquanto mais de 38% dos primeiros o fizeram.

Os estudos disponíveis sobre o tema na bibliografia encontrada são contraditórios, com alguns deles concluindo pela influência dos escassos conhecimentos sobre IRS na utilização dos serviços por quadros deste tipo^{22,23}, enquanto outros, não tendo encontrado nenhuma relação entre estas variáveis, apontam a percepção de um mau estado de saúde, a pouca escolaridade, as situações de carência social e o aumento do número de dias de doença antes da consulta como associadas a maiores taxas de procura de cuidados médicos²⁴. Neste trabalho o nível de escolaridade não pareceu influir no tipo de atitude adoptada, embora se relacionasse de forma significativa, como aliás era es-

perado, com o grau de conhecimentos sobre IRS. Isto poderá indiciar que outras variáveis não estudadas, eventualmente algumas das acima referidas, poderão influenciar o tipo de atitude tomada, e as diferenças observadas não serão apenas função do nível de conhecimentos sobre a doença, embora não pareça poder ser desprezada a associação evidenciada por este trabalho. A avaliação, no futuro, da importância de outros factores não estudados nesta investigação poderá eventualmente permitir uma mais ampla compreensão dos condicionantes da procura de cuidados médicos por IRS.

Foi sem dúvida o médico de família o mais procurado por aqueles que recorreram aos Serviços de saúde por IRS. Na maioria das situações, a razão apontada para a consulta passou por aspectos susceptíveis de serem alvo de esclarecimento pró-activo sobre procedimentos a adoptar em futuros episódios.

Pelos CSP passará, em grande parte, a oportunidade de melhorar, através de iniciativas educativas dirigidas à população ou ao indivíduo, o conhecimento sobre causas, história natural, repercussão no estado geral e medidas preventivas e de suporte indicadas para esta situação, e também sobre a ausência de tratamentos «curativos». Como os resultados deste trabalho parecem apontar, poderá ser uma forma válida de procurar dotar a população de melhor capacidade de decisão sobre a abordagem primária racional em situações de constipação e de gripe, e assim reduzir a procura de cuidados médicos por quadros na grande maioria das vezes perfeitamente ao alcance das medidas de auto-cuidado.

CONCLUSÕES

Os auto-cuidados são a principal opção da população de Matosinhos em situações de IRS. Em situações identificadas

pelos próprios como IRS, indivíduos que estão menos bem informados sobre a doença procuram mais os serviços de saúde, preferencialmente o médico de família, do que aqueles que demonstram melhores conhecimentos sobre o tema.

Medidas educativas que dotem a população de noções práticas concretas sobre as causas e as atitudes terapêuticas indicadas nas IRS poderão ser vantajosas na diminuição do uso das unidades de saúde por uma situação frequente e autolimitada, que é susceptível de ser tratada com maior comodidade para o paciente apenas com base nos auto-cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vingilis E, Brown U, Hennen B. Common colds. Reported patterns of self-care and health care use. *Can Fam Physician* 1999; 45:2644-52.
2. Institute for Clinical Systems Integration. Infecções virais do tracto respiratório superior em adultos – diagnóstico diferencial, educação dos doentes e cuidados domiciliários. *Postgrad Med (Ed. portuguesa)* 1999; 11: 74-9.
3. Beers MH, Berkow R, (editors). Viral diseases. In *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, 17ª edição. New Jersey: Merck Research Laboratories; 1999. p. 1277-90.
4. Miranda JA. Gripe e doença respiratória aguda a vírus. In Nunes L, Vazquez M, Baleiras S (editores). *Alguns Problemas em Clínica Geral*. 1ª edição. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1990. p. 263-74.
5. Mc Whinney, IR. A doença na comunidade. In *Manual de Medicina Familiar*, 1ª edição. Lisboa: Inforsalus; 1994. p.28-9.
6. Llauger Rouselló MA, Mas Pujol M, Flor Escriche X, Iglesias Serrano C, Martín Cantera C, Boqué Genovart A, Jané Julio C. autocuidado en el resfriado común: intervenciones realizadas y visión desde la atención primaria. *Grupo de Trabajo sobre Autocuidado, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aten Primaria* 1992; 10:892-4.
7. Gil Álvarez J, Ponce Ortega A, Herreros Herranz I, Sanz de la Fuente T, Bártulos A, Morales Rodríguez P. Estudio sobre la calidad de la automedicación en infección respiratoria aguda de la población demandante en un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999; 24:332-6.
8. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [dissertação]. Lisboa: Ed. do autor; 1995. p.xxxiii.
9. Luz A, Saraiva JG, Silva FS. ICPC in Portugal: the new episodes study. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (editors). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 111-5.
10. Rodrigues JG. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clin Geral* 2000; 16:442-52.
11. Jamouille M. Practical experience with ICPC in Belgium. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (editors). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 101--5.
12. Yodfat Y, Weingarten MA. ICPC in Isarael: practical experience with ICPC in Isarael. I: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (editors). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p.125--8.
13. Forés M, Gervas J, Bonet M, Marcos L, Tomás P, Sagués A, Sanchez F. ICPC in Spain: Epidemiological aspects of patient data in Spanish general practice. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I, editors: *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p.119-24.
14. De Maeseneer J, Brouwer H. ICPC in Belgium; ICPC in Flanders: results of the first field trial. In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (editors). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 94-100.
15. Mamon J, Paccagnella B, Noventa V, Sforzi M. ICPC in Italy and San Marino: Experiences in the implementation of ICPC for epidemiological and professional use in countries with National Health Services (NHS). In: Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes I (editors). *The International Classification of Primary Care in the European Community with a multi-language layer*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 106-10.
16. Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer based patient records in family practice. *Fam Pract* 1996; 13:294-302.
17. Comissão Internacional da Classificações da WONCA. *ICPC-2*. 2ª edição. Lisboa: APMCG-Departamento Editorial; 1999. p. 24-6.
18. Silva FS. Infecções agudas das vias respiratórias superiores- estudo de novos episódios em clínica geral. *Rev Port Clin Geral* 1992; 9:258-65.
19. Chan CSY. What do patients expect from consultations for upper respiratory tract infections? *Family Practice* 1996; 13: 229-235.
20. Kahan E, Giveon SM, Zalevsky S, Imber-Shachar Z, Kitai E. Behaviour of patients with flu-

-like symptoms: consultation with physician versus self-treatment. *Isr Med Assoc J* 2000; 2:421-5 [abstract].

21. McKee MD, Mills L, Mainous AG. Antibiotic use for the treatment of upper respiratory infections in a diverse community. *J Fam Pract* 1999; 48:993-6.

22. Braun BL, Solberg L, Healey M. Patients beliefs about the characteristics, causes and care of the common cold. *J Fam Pract* 2000; 49:153-7.

23. McIsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits by adults to family physicians for the common cold. *J Fam Pract* 1998; 47:366-9.

24. Vingilis ER, Brown U, Sarkella J, Stewart M, Hennen BK. Cold/flu knowledge, attitudes and health care practices: results of a two-city survey. *Can J Public Health* 1999; 90: 205-8 [abstract].

25. Branco MJ, Nunes B. Comportamentos face à gripe. *Notas Sobre...* 2001; (8):1-4.

26. Research Randomizer. [programa de computador]. Version 2.1. Middletown (CO): Wesleyan University: 1997. [consultado em 2001 Jun 21]. Disponível em: URL:<http://www.randomizer.org>.

27. Microsoft® Excel 2000 [programa de computador]. Version 9.0.2912. Redmond (WA): Microsoft Corporation: 1999.

28. SPSS, for Windows [programa de computador]. Release 7.5.1. Chicago (IL): SPSS Inc.: 1996.

29. Instituto Nacional de Estatística, Direcção Regional do Norte. Censos 2001 – XIVº Recenseamento Geral da População. Resultados Não Publicados da Freguesia de Matosinhos. Documento de trabalho, 2003.

Agradecimentos

Ao Dr. Jaime Correia de Sousa, pela leitura crítica e sugestões que efectuou a este trabalho, e pelo apoio no tratamento estatístico dos dados.

Às assistentes administrativas da USF Horizonte Joana Galante e Cláudia Silva, pelo apoio prestado na obtenção de listagens dos contactos de todas as famílias inscritas na Unidade.

A todas as pessoas entrevistadas.

Recebido em 20/06/03

Aceite para publicação em 09/08/03

Endereço para correspondência

Ana Mateus
Rua da Mainça 955
4465-675 Leça do Balio
e-mail: anmateus@clix.pt

UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS: KNOWLEDGE ABOUT THE DISEASE, SELF-CARE AND USE OF HEALTH SERVICES

SUMMARY

Introduction: Upper respiratory tract infections (URTI) are a common reason for encounter in general practice, in spite of being usually manageable through self-care.

Objective: To assess the relationship between knowledge about URTIs and frequency of use of health services by the population of Matosinhos.

Study type: Quantitative, cross-sectional, analytic study.

Setting: Horizonte Family Health Unit, Matosinhos Health Center.

Population: Patients 18 or older from the Matosinhos area.

Methods: A random sample of 288 families registered at the Matosinhos Health Center was taken. A telephone questionnaire was performed. The questionnaire included questions about demographical variables, symptoms and attitudes regarding the last URTI episode and a knowledge assessment scale.

Results: Response rate was 83.7%. Attitudes at the last URTI episode were: self-care – 68%; consultation with a doctor – 25%, and none – 7%. More frequent self-care attitudes were non-pharmacological and the most looked-for doctor was own GP. Knowledge about URTIs was mostly low (61%). A statistically significant association between preferred use of health services and low knowledge level was found.

Conclusion – Self-care is the first option in Matosinhos for URTI. Those seeking the health services more seem to possess the least knowledge about this health problem. Patient information about the URTIs may promote rational behaviour of its management.

Key-Words: Upper Respiratory Tract Infection; Common Cold; Flu; Self-Care; Use of Health Services; Knowledge.