



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Variáveis Psicossociais Associadas à Utilização Frequente dos Cuidados de Saúde Primários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Carla Maria Brandão Salgado de Oliveira



FACULDADE DE FILOSOFIA
NOVEMBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Variáveis Psicossociais Associadas à Utilização Frequente dos Cuidados de Saúde Primários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Carla Maria Brandão Salgado de Oliveira

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**
Coorientação da Dr.^a **Ana Margarida Trovisqueira**



FACULDADE DE FILOSOFIA
NOVEMBRO 2013

Agradecimentos

É com muita satisfação que expresso o mais profundo agradecimento a todos aqueles que tornaram possível a realização deste trabalho.

Agradeço à minha orientadora, Dr.^a Ana Trovisqueira, pela exigência metodológica, pela incansável orientação científica, pela revisão crítica do texto, pelos profícuos comentários, esclarecimentos, opiniões e sugestões, pelo grande apoio, pelos sorrisos e incentivos. Reitero o meu apreço e a minha eterna gratidão.

À coordenadora da USF S. Nicolau por ter concordado com a realização deste estudo. A todos os profissionais desta unidade, em particular aos administrativos que me apoiaram na recolha dos dados.

A todos os utentes que se disponibilizaram a participar neste estudo, sem os quais o mesmo não seria possível.

À minha família, em especial, aos meus pais e ao Rui, pelo apoio e compreensão inestimáveis, pelos diversos sacrifícios suportados e pelo constante encorajamento a fim de prosseguir a elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, Marlene e Luis, pelos momentos partilhados ao longo deste percurso.

Resumo

Há utentes que consomem desproporcionalmente mais serviços de saúde relativamente a outros pacientes. Designados Utilizadores Frequentes (UF), são descritos como utentes que recorrem de forma inadequada aos cuidados de saúde. As taxas elevadas de utilização destes serviços estão relacionadas com determinadas características sociodemográficas, clínicas e psicossociais destes pacientes. Este estudo teve como principal objetivo o estudo das características psicossociais de uma amostra de UF dos Cuidados de Saúde Primários, comparando-a com uma amostra de Utilizadores Não Frequentes (UNF). Os UF foram identificados num universo de 12.287 utentes inscritos, tendo sido estratificados por género e idade. A amostra é constituída por 40 UF e 100 UNF. Os resultados permitiram identificar 1168 UF e 11.119 UNF. Verificou-se que os UF consomem desproporcionalmente mais consultas do que os UNF. Os UF representam cerca de 10% dos utentes inscritos com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos e foram responsáveis por 26.5% (12.281) das consultas médicas realizadas em 2011. Constatou-se que os UF apresentam pior perceção de saúde atual, pior perceção de saúde passada, mais queixas subjetivas de saúde e mais sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e somatização). Estes resultados sugerem a necessidade de se identificar estes utentes de forma a atender-se às suas necessidades e realizar-se intervenções específicas focadas nas variáveis psicossociais identificadas nos UF, com o objetivo de reduzir o número de consultas.

Palavras-chave: Utilizadores Frequentes; Cuidados de Saúde Primários; Características Psicossociais.

Abstract

There are some clients who disproportionately use more health care services than other patients. The so called frequent attenders (FA) are described as clients who seek for health services inappropriately. The high rate in using these services is related to certain sociodemographic, clinical and psychosocial characteristics of these patients. The main purpose of this study is to assess the psychosocial characteristics of a sample of FA of Primary Health Care Services and compare it with a sample of Non-frequent Attenders (NFA). The FA were identified in a total of 12.287 registered clients, having been categorised by gender and age. The sample consists of 40 FA and 100 NFA. The results allowed the identification of 1168 FA and 11.119 NFA. The results showed that the FA have disproportionately more medical consultations in these services than the NFA. The FA represent about 10% of the registered clients aged between 18 and 90 years old and were responsible for 26.5 % (12.281) of medical consultations in 2011. It was found that when comparing FA and NFA, the FA have a worse perception of their current health status, a worse perception of their past health status, more subjective complaints concerning their health and more psychopathological symptoms (anxiety, depression and somatization). These results suggest the demand to identify these clients in order to meet their needs and to perform specific interventions focused on the psychosocial variables found in the FA, so that the number of medical consultations will be reduced.

Keywords: Frequent Attenders, Primary Health Care, Psychosocial Characteristics.

Índice

	Página
Introdução.....	13
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1. Os Cuidados de Saúde Primários.....	18
1.1 O Conceito de Cuidados de Saúde Primários.....	19
1.2 Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	20
1.2.1 A Reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários Portugueses.....	23
1.2.2 As USF no Sistema de Saúde Português.....	25
1.3 Objetivos dos Cuidados de Saúde Primários Portugueses.....	25
2. Utilização dos Serviços de Saúde.....	27
2.1 Determinantes da Utilização dos Serviços de Saúde.....	28
2.2 Modelos Explicativos da Utilização dos Serviços de Saúde.....	30
2.2.1 Modelo de Crenças de Saúde.....	30
2.2.2 Modelo Comportamental de Andersen.....	34
2.2.3 Modelo de Dutton.....	38
2.2.4 Modelo de Produção e Consumo de Saúde de Evans e Stoddart.....	40
3. Utilização Frequente dos Cuidados de Saúde Primários.....	44
3.1 Utilizadores Frequentes dos Cuidados de Saúde Primários.....	45
3.1.1 Definição de Utilizadores Frequentes.....	46
3.1.2 Utilizadores Frequentes Temporários e Utilizadores Frequentes Persistentes.....	46
3.2 Variáveis Associadas à Utilização Frequente dos CSP.....	47
3.2.1 Características Sociodemográficas Associadas aos Utilizadores Frequentes.....	48
3.2.2 Variáveis Clínicas Associadas à Utilização Frequente dos Serviços de Saúde.....	50
3.2.3 Características Psicossociais dos Utilizadores Frequentes.....	51
3.3 Outras Variáveis Associadas à Utilização Frequente.....	55
3.4 Intervenções para Reduzir a Utilização Frequente dos Serviços de Saúde.....	56

	Página
CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	58
1. Metodologia.....	60
1.1 Objetivos e Desenho de Investigação.....	61
1.2 Variáveis em Estudo.....	61
1.3 Hipóteses.....	62
1.4 Procedimento de Recolha dos Dados.....	63
1.4.1 <i>Setting</i>	64
1.4.2 Critérios Utilizados na Identificação dos Utilizadores Frequentes.....	64
1.4.3 Tipo de Consultas Contabilizadas.....	66
1.5 População e Amostra.....	66
1.5.1 Caracterização da População de Utentes da USF.....	67
1.5.2 Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	68
1.5.3 Caracterização Clínica da Amostra.....	72
1.6 Instrumentos de Avaliação.....	77
1.6.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	77
1.6.2 <i>Health Perception Questionnaire</i>	78
1.6.2.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	80
1.6.3 <i>Subjective Health Complaint</i>	81
1.6.3.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	83
1.6.4 <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i>	86
1.6.4.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	90
1.6.5 <i>Death Anxiety Questionnaire</i>	91
1.6.5.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	93
1.6.6 <i>Brief Symptom Inventory</i>	94
1.6.6.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	96
1.6.7 <i>Escala de Satisfação com o Suporte Social</i>	99
1.6.7.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo.....	100
1.7 Procedimentos de Análise dos Dados.....	102
2. Apresentação dos Resultados.....	104
2.1 Percentagens de Utilização de Consultas de Medicina Familiar pelos UF e UNF.....	105
2.2 Resultados Descritivos das Variáveis Psicossociais nas Subamostras de UF e UNF.....	105
2.3 Resultados dos Testes de Hipóteses.....	112
2.3.1 Hipótese 1 – Diferenças entre os UF e os UNF na perceção geral de saúde.....	112

	Página
2.3.2 Hipótese 2 – Diferenças entre os UF e os UNF nas queixas subjetivas de saúde.....	114
2.3.3 Hipótese 3 – Diferenças entre os UF e os UNF nas representações de doença.....	114
2.3.4 Hipótese 4 – Diferenças entre os UF e os UNF na ansiedade face à morte.....	115
2.3.5 Hipótese 5 – Diferença entre os UF e os UNF na sintomatologia psicopatológica.....	116
2.3.6 Hipótese 6 – Diferenças entre os UF e os UNF na satisfação com o suporte social.....	117
2.4 Resultados das Análises Exploratórias.....	118
2.4.1 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Habilitações Literárias.....	118
2.4.2 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Variáveis Clínicas.....	120
3. Discussão dos Resultados.....	126
3.1 Discussão dos Resultados das Percentagens de Utilização de Consultas de Medicina Familiar pelos UF e UNF.....	127
3.2 Discussão dos Resultados dos Testes de Hipóteses.....	127
3.2.1 Hipótese 1 – Diferenças entre os UF e os UNF na perceção geral de saúde.....	128
3.2.2 Hipótese 2 – Diferenças entre os UF e os UNF nas queixas subjetivas de saúde.....	129
3.2.3 Hipótese 3 – Diferenças entre os UF e os UNF nas representações de doença.....	130
3.2.4 Hipótese 4 – Diferenças entre os UF e os UNF na ansiedade face à morte.....	131
3.2.5 Hipótese 5 – Diferença entre os UF e os UNF na sintomatologia psicopatológica.....	131
3.2.6 Hipótese 6 – Diferenças entre os UF e os UNF na satisfação com o suporte social.....	132
3.3 Discussão dos Resultados das Análise Exploratórias.....	132
3.3.1 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Habilitações Literárias.....	133
3.3.2 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Variáveis Clínicas.....	133
4. Conclusão Integrativa e Implicações Futuras.....	135

	Página
Referências Bibliográficas.....	138
Anexos.....	155

Índice de Ilustrações

		Página
Figura 2.1	Modelo de Crenças de Saúde.....	32
Figura 2.2	Formulação original do Modelo Comportamental de Andersen....	34
Figura 2.3	Modelo Comportamental de Andersen na década de 70.....	36
Figura 2.4	Modelo Comportamental de Andersen na década de 80.....	37
Figura 2.5	Reformulação emergente do Modelo Comportamental de Andersen.....	38
Figura 2.6	Modelo conceptual de Dutton sobre os fatores que afetam a utilização dos cuidados de saúde.....	39
Figura 2.7	Primeiro estágio do modelo de Evans e Stoddart.....	40
Figura 2.8	Segundo estágio do modelo de Evans e Stoddart	41
Figura 2.9	Terceiro estágio do modelo de Evans e Stoddart	41
Figura 2.10	Quarto estágio do modelo de Evans e Stoddart	42
Figura 2.11	Último estágio do modelo de Evans e Stoddart	43

Índice de Tabelas

		Página
Tabela 1.1	Pontos de corte e números mínimos de consultas utilizados na identificação dos UF de cada grupo, estratificados por gênero e idade.....	66
Tabela 1.2	Caracterização da população por grupo (N = 12.287).....	68
Tabela 1.3	Caracterização sociodemográfica da amostra por grupo (N = 140).....	70
Tabela 1.4	Caracterização clínica da amostra por grupo (N = 140).....	74
Tabela 1.5	Resultados da análise da consistência interna das subescalas do HPQ (N = 140).....	80
Tabela 1.6	Resultados da análise da consistência interna da escala total e das subescalas da SHC (N = 140).....	84
Tabela 1.7	Resultados da análise da consistência interna da SHC sem o item 16 (N = 140).....	85
Tabela 1.8	Correlações de <i>Spearman-Rho</i> entre as subescalas do <i>Brief IPQ</i> (n = 80).....	91
Tabela 1.9	Resultados da análise da consistência interna do DAQ (N = 140).....	94
Tabela 1.10	Estrutura fatorial do primeiro componente das três subescalas do BSI (N = 140).....	98
Tabela 1.11	Resultados da análise da consistência interna para cada uma das três subescalas do BSI e para a totalidade das três subescalas (N = 140).....	99
Tabela 1.12	Resultados da análise da consistência interna da escala total e das subescalas da ESSS (N = 140).....	101
Tabela 1.13	Resultados da análise da consistência interna da subescala SF sem o item 10 (N = 140).....	101
Tabela 1.14	Resultados da análise da consistência interna da ESSS sem o item 10 (N = 140).....	102
Tabela 2.1	Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para as variáveis percepção geral de saúde, por grupo (N = 140).....	106
Tabela 2.2	Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variável queixas subjetivas de saúde, por grupo (N = 140).....	107
Tabela 2.3	Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para as variáveis representações de doença, por grupo (n = 80).....	108
Tabela 2.4	Frequências da principal causa atribuída à doença, por grupo (n = 80).....	109

	Página	
Tabela 2.5	Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variável ansiedade face à morte, por grupo (N = 140).....	110
Tabela 2.6	Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variável sintomatologia psicopatológica, por grupo (N = 140).....	111
Tabela 2.7	Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variável percepção de suporte social, por grupo (N = 140).....	112
Tabela 2.8	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para as variáveis de percepção geral de saúde, em função do tipo de utilizador (N = 140).....	113
Tabela 2.9	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável queixas subjetivas de saúde (SHC total) e para as subescalas do SHC, em função do tipo de utilizador (N = 140).....	114
Tabela 2.10	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para as variáveis representações de doença, em função do tipo de utilizador (n = 80).....	115
Tabela 2.11	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável ansiedade face à morte, em função do tipo de utilizador (N = 140).....	116
Tabela 2.12	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável sintomatologia psicopatológica (soma das 3 subescalas do BSI) e para as subescalas <i>ansiedade</i> , <i>depressão</i> e <i>somatização</i> do BSI, em função do tipo de utilizador (N = 140).....	116
Tabela 2.13	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável satisfação com o suporte social (ESSS total) e para as subescalas da ESSS, em função do tipo de utilizador (N = 140).....	117
Tabela 2.14	Resultados do teste Kruskal Wallis para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função das habilitações literárias (N = 140).....	119
Tabela 2.15	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função da presença de diagnóstico patológico e/ou psicopatológico (N = 140).....	120
Tabela 2.16	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função do consumo de medicamentos (N = 140).....	121
Tabela 2.17	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função do historial de cirurgias (N = 140).....	123
Tabela 2.18	Resultados do teste <i>U</i> de <i>Mann-Whitney</i> para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função da utilização de outros serviços de saúde (N = 139).....	124

Lista de Abreviaturas

AS	<i>atividades sociais</i>
AIT	acidente isquémico transitório
AVC	acidente vascular cerebral
Brief IPQ	<i>Brief Illness Perception Questionnaire</i>
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DAQ	<i>Death Anxiety Questionnaire</i>
ESP	<i>Escala de Sintomatologia Psicopatológica</i>
ESSS	<i>Escala de Satisfação com o Suporte Social</i>
HPQ	<i>Health Perception Questionnaire</i>
IN	<i>intimidade</i>
IPQ	<i>Illness Perception Questionnaire</i>
IPQ-R	<i>Illness Perception Questionnaire-Revised</i>
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MIMUF	<i>Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais</i>
PIM	<i>atitude para com a ida ao médico</i>
PS	<i>preocupação com a saúde</i>
PSA	<i>perceção da saúde atual</i>
PSP	<i>perceção da saúde passada</i>
SA	<i>satisfação com os amigos</i>
SF	<i>satisfação com a família</i>
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist-90-R</i>
SHC	<i>Subjective Health Complaint</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UF	Utilizadores Frequentes
UNF	Utilizadores Não Frequentes
USF	Unidades de Saúde Familiar

A literatura científica sugere a existência de uma pequena percentagem de pacientes que consome desproporcionalmente mais serviços de saúde relativamente aos outros pacientes (Bergh & Marklund, 2003). Estes pacientes são designados por Utilizadores Frequentes (UF) e são vistos como responsáveis pelo consumo de muitos recursos económicos, bem como por aumentarem a carga de trabalho dos profissionais de saúde (Smits, Brouwer, ter Riet, & Van Weert, 2009).

Não existe uma definição clara para o termo UF, observando-se que os estudos nesta área adotam diversas definições, dificultando a análise e compreensão dos resultados obtidos pelos mesmos. Neste sentido, surgem autores a analisarem o melhor método para identificar os UF, concluindo que se deve realizar a estratificação por género e idade de todos os utentes, correspondendo os UF aos utentes que se encontram entre os 3 e os 10% dos que mais consomem consultas (Howe, Parry, Pickvance, & Hockley, 2002; Smits, Mohrs, Bindels, & Van Weer, 2008).

Para alguns autores a utilização frequente é considerada como um padrão de comportamento desadequado e persistente (Ascari, Ferrari, Andreoli, Peggì, & Rigatelli, 2011; Gill & Sharpe, 1999), enquanto outros consideram que se trata de um fenómeno transitório (Andersson, Lynoe, Hallgren, & Nilsson, 2004; Carney, Guy, & Jeffrey, 2001). Estas duas posições antagónicas conduziram à tipologia dos UF. Assim, investigações recentes têm vindo a focar o seu estudo nos Utilizadores Frequentes Persistentes e nos Utilizadores Frequentes Temporários (Koskela, Ryynanen, & Soini, 2010; Smits et al., 2009).

A utilização dos serviços de saúde é determinada por uma multiplicidade de fatores, conforme postulado por diversos modelos e estudos empíricos. De uma maneira geral, os principais fatores relacionam-se com o estado de saúde, características dos pacientes, do profissional de saúde e dos serviços de saúde (Mendoza-Sassi & Béria, 2001). No que concerne às características dos pacientes, verifica-se que diversos estudos evidenciam que os UF possuem elevadas taxas de doença física e psiquiátrica, *distress* emocional e dificuldades sociais (Gill & Sharpe, 1999; Vedsted & Christensen, 2005).

Em Portugal, o estudo da utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários é escasso e as investigações realizadas não estratificaram os utentes por idade e género para identificarem os UF (Afonso & Fonseca, 2012; Teixeira et al., 2010). O que conduz à eliminação de uma proporção significativa de utentes com um padrão de utilização dos serviços de saúde diferente dos seus pares (Howe, Parry, Pickvance & Hockley, 2002), dado que o género feminino e idade avançada são consistentemente associados à utilização de mais consultas médicas (Courtenay, Curwen, Dawe, Robinson, & Stern, 1974).

Com base nestas evidências, o presente estudo tem como principal objetivo a caracterização de uma amostra de UF ao nível de variáveis psicossociais, com base na comparação com uma amostra de Utilizadores Não Frequentes (UNF). As variáveis psicossociais estudadas compreendem a perceção geral de saúde, as queixas subjetivas de saúde, as representações de doença, a ansiedade face à morte, a sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e somatização) e a satisfação com o suporte social. Este estudo contempla ainda os seguintes objetivos: determinar as percentagens de consultas médicas utilizadas pelos UF e pelos UNF durante o período de 2011; estudar a variável número de consultas médicas e as variáveis psicossociais em função das habilitações literárias e das variáveis clínicas; e contribuir com pistas para o desenvolvimento de linhas orientadoras que promovam uma correta identificação dos UF, bem como para futuras intervenções nestes pacientes de forma a reduzir a utilização ou a integrá-los de forma mais adequada nos serviços de saúde.

De forma a cumprir-se o estudo dos objetivos acima mencionados, realizou-se a identificação dos UF num universo de 12.287 utentes inscritos numa Unidade de Saúde Familiar, com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos, tendo-se procedido à estratificação dos utentes por género e idade. Este processo foi necessário para distribuir-se os participantes do presente estudo pelos grupos de UF e UNF.

Em termos de estrutura, este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo é composto por uma revisão da literatura acerca do fenómeno da utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários, englobando três pontos que focam os Cuidados de Saúde Primários, a utilização dos serviços de saúde e a utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários. No segundo capítulo é apresentado o estudo empírico, estando dividido em quatro pontos, que compreendem a descrição da metodologia usada, a apresentação dos resultados, a discussão dos resultados e conclusão integrativa.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O primeiro capítulo é constituído por uma revisão bibliográfica sobre a utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários e encontra-se dividido em três pontos. O primeiro ponto é dedicado aos Cuidados de Saúde Primários, onde se expõe brevemente o conceito dos Cuidados de Saúde Primários e a sua evolução no contexto português, bem como os seus principais objetivos. A pertinência deste ponto prende-se com a necessidade de se dar a conhecer o contexto onde o estudo foi desenvolvido, visto que as suas características influenciam diretamente a procura/utilização de cuidados médicos.

O segundo ponto tem como objetivo abordar a utilização dos cuidados de saúde. Neste sentido, apresenta-se um breve enquadramento dos determinantes associados à utilização dos cuidados de saúde. Segue-se a exposição dos principais modelos explicativos da utilização dos serviços de saúde: *Modelo de Crenças de Saúde*; *Modelo Comportamental de Andersen*; *Modelo de Dutton*; e *Modelo de Produção e Consumo de Saúde de Evans e Stoddart*.

O terceiro ponto inicia-se com a abordagem do fenómeno dos Utilizadores Frequentes dos Cuidados de Saúde Primários, seguindo-se a definição de Utilizadores Frequentes e sua tipologia. Posteriormente, são analisadas as variáveis associadas à utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Por fim, expõe-se brevemente o estado da arte sobre as intervenções para reduzir a utilização frequente de cuidados médicos.

1. Os Cuidados de Saúde Primários

1.1 O Conceito de Cuidados de Saúde Primários

No passado, o hospital foi considerado o elemento central do sistema de saúde (Campos & Simões, 2011), mas a partir da década de 70, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, reunida em Alma-Ata, declara os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como a chave para que, até ao ano de 2000, os governos, as organizações internacionais e toda a comunidade mundial atinjam um nível de saúde para os povos, que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (Organização Mundial da Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1978). Esta conferência declarou formalmente os CSP como meio para fornecer serviços de saúde abrangentes, universais, equitativos e acessíveis para todos os países (Hall & Taylor, 2003).

Os CSP são caracterizados na Declaração de Alma-Ata como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Organização Mundial da Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1978, pp. 1-2)

Os princípios fundamentais subjacentes à Declaração de Alma-Ata para os CSP consistem: na acessibilidade universal e cobertura com base na necessidade; na ênfase na prevenção da doença e promoção da saúde; no envolvimento individual e da comunidade, na ação intersectorial para a saúde; na tecnologia apropriada; e no custo-efetividade em relação aos recursos disponíveis (Kekki, 2004; Sanders, 1998; Tarimo & Webster, 1997; cit. in Félix-Bortolotti, 2009). Na atualidade, tais princípios continuam a integrar o conceito de CSP, perdurando a definição de Alma-Ata. Podemos evidenciá-los através da definição de CSP dos autores Biscaia e colaboradores (2008), onde estes aparecem definidos como os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis abrangendo atividades de promoção da saúde, de

prevenção da doença, de cuidados curativos, de reabilitação ou paliativos fomentando a autorresponsabilização, a autonomia e participação ativa do indivíduo e da comunidade nos cuidados de saúde, e fazendo uso de forma mais rentável possível dos recursos locais, nacionais e internacionais.

Contudo, prolifera na literatura uma diversidade de definições e interpretações associadas aos CSP, verificando-se variações significativas no modo como os CSP têm sido aplicados nos diversos países. Tal fenómeno deve-se às implicações do amplo acordo de Alma-Ata, onde era esperado que cada país operacionalizasse os princípios dentro do seu sistema de saúde e dos cuidados primários existentes, o que levou a que a definição operacional e implementação variem não só pelo país, mas também por jurisdições (Félix-Bortolotti, 2009).

Conforme refere Félix-Bortolotti (2009), os CSP consistem num complexo subsistema profundamente enraizado no sistema nacional de saúde, sendo moldados pela visão, valor e objetivo do sistema de saúde de cada país e em constante transformação devido à interação entre as dimensões sociais, políticas e económicas.

1.2 Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Os CSP em Portugal surgiram em 1971 com a criação dos primeiros centros de saúde – os centros de saúde de primeira geração (Branco & Ramos, 2001), “...antecipando o espírito e as orientações da Declaração de Alma-Ata da Organização Mundial da Saúde e da UNICEF...” (Biscaia et al., 2008, p. 198).

A reforma de 1971, de Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio, como salientam Campos e Simões (2011), “marca apenas o início de uma fase de integração de diversas atividades de saúde, com serviços contratualmente planeados, organizados e avaliados, com níveis e escalões de execução ordenados, cabendo ao Estado o papel principal de coordenador e gestor do sistema como um todo” (p. 26). Os autores acrescentam que se concebeu um SNS sem esse nome, visando integrar hospitais de Misericórdias, hospitais do Estado, postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência e centros de saúde de primeira geração.

Até então, os cuidados médicos estavam a cargo de instituições de assistência caritativa, para os pobres e indigentes; dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, para os trabalhadores e suas famílias; e da medicina privada e liberal, para a população mais abastada (Hespanha, 1987; cit. in Sousa, Sardinha, Sanchez, Melo, & Ribas,

2001). O Estado tinha um papel pouco ativo, atuando principalmente como agente supletivo, fornecendo alguns recursos financeiros complementares e prestações de cuidados médicos e assistenciais gratuitos aos pobres e indigentes (Ferreira, 1989).

Ainda não existia, portanto, CSP ou um sistema nacional de saúde organizado, com planeamento e coordenação (Biscaia et al., 2008). Todavia, as diversas transformações que o Sistema de Saúde Português sofreu a partir da última metade do século XX até aos nossos dias, levaram a que o Estado assumisse progressivamente a responsabilidade da prestação e financiamento da Saúde, criando em 1979 o Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelo Decreto-Lei n.º 56/79, de 26 de Agosto (Biscaia et al., 2008). Com o SNS universaliza-se o acesso à saúde, passando todos os portugueses a terem o direito de serem assistidos de forma universal e gratuita nos postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência e nos hospitais públicos ou nos antigos hospitais das misericórdias (Campos, 2008).

Os CSP em Portugal emergem em 1971, como é referido anteriormente, mesmo antes da criação do SNS, e encontram nos centros de saúde a sua infraestrutura organizativa essencial (Branco & Ramos, 2001). De salientar, que os CSP não se esgotam no contexto dos centros de saúde, englobando uma diversidade de contextos como o Ministério da Saúde, a visita domiciliária por parte dos profissionais de saúde, os consultórios particulares de médicos e psicólogos, entre outros (Biscaia et al., 2008). Como refere Sakellarides (2001) “os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferências ou necessidades de saúde” (p. 101).

A missão do centro de saúde tem comportando algumas evoluções desde a sua criação, podendo-se identificar três gerações com características distintas (Branco & Ramos, 2001).

Os primeiros centros de saúde, os centros de saúde de primeira geração, decorreram do Decreto-Lei n.º 413/71, onde o Estado reconhece o direito à saúde de todos os portugueses e assume a responsabilidade de assegurar a saúde a todos os cidadãos (Biscaia et al., 2005). Estes centros de saúde estavam essencialmente vocacionados para a saúde pública, atuando na prevenção da doença e no acompanhamento de alguns grupos de risco, incluindo atividades como a vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e atividades de autoridade sanitária (Branco & Ramos, 2001). Estando os cuidados curativos sob alçada dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência (Simões, 2005). Os cuidados prestados pelos centros de saúde de primeira geração eram assegurados por pediatras, ginecologistas, alguns médicos apenas com formação básica e por um grande número de enfermeiros com

formação em saúde pública (Sousa et al., 2001). Branco e Ramos (2001) consideram que os centros de saúde de primeira geração foram um sucesso notável para a sua altura, através da análise da evolução dos principais indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis.

Os centros de saúde de segunda geração nascem em 1983, após o surgimento do SNS e da nova carreira médica de clínica geral (Branco & Ramos, 2001), tendo sido definido o perfil profissional do médico de clínica geral, pela primeira vez, pelo Decreto-Lei n.º 310/82 que regulamenta as carreiras médicas (Sousa et al., 2001). No ano de 1983 ocorrem dois marcos importantes, a fundação da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e a publicação do Despacho normativo n.º 97/83 que regulamenta os centros de saúde (Biscaia et al., 2005). O centro de saúde é definido neste Despacho como “...uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade” e devendo “...privilegiar, de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes.” (Regulamento dos Centros de Saúde, Despacho Normativo n.º 97/83). Os centros de saúde de segunda geração, dependentes das Administrações Regionais de Saúde, de base Distrital, integraram os postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência com os centros de saúde de primeira geração (Direção-Geral da Saúde, 2002).

Para Branco e Ramos (2001), estes centros de saúde permitiram uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e otimização de recursos, bem como a afirmação da identidade de várias carreiras profissionais, com destaque para a carreira médica de clínica geral. Contudo, segundo os autores, os centros de saúde de segunda geração não conseguiram melhorias consistentes ao nível da grande acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias que caracterizavam os postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, nem a programação com objetivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde que pautavam as atividades dos centros de saúde anteriores. Os autores acrescentam que este modelo organizativo da prestação de cuidados de saúde, com enorme centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, levaram a uma crescente insatisfação, exaustão e desmotivação dos profissionais de saúde.

De forma a contrariar a situação acima descrita foi criado o Decreto-Lei n.º 157/99, que estabelece um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, verificando-se uma transformação dos centros de saúde baseada em três aspetos fundamentais: organização interna descentralizada e baseada numa rede de unidades/equipas

multiprofissionais, com missões específicas e objetivos comuns; criação de uma hierarquia/direção técnico-científica; e descentralização da gestão das Sub-Regiões Distritais para os centros de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2002). Surge assim, os centros de saúde de terceira geração, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira (Direção-Geral da Saúde, 2002). No entanto, a implementação dos centros de saúde de terceira geração nunca chegou a ser iniciada, em grande parte devido às resistências das Sub-Regiões de saúde, que teriam de transferir o seu poder para os centros de saúde, acabando por se extinguirem (Biscaia et al., 2008).

A publicação, em 2003, do Decreto-Lei 60/2003 para os CSP gerou umas das greves com mais adesão por parte dos centros de saúde. Este Decreto-Lei propunha “...uma organização em que os serviços públicos e privados surgiam como parte de uma única rede de serviços de saúde financiada pelo Estado, em que as parcerias público/privadas adquiriam uma importância relevante” (Biscaia et al., 2008, p. 208). As mudanças nos centros de saúde cingiam-se à entrega da direção a um único elemento – o diretor – que não precisava de ser médico e passaria a existir um retribuição pelas funções de diretor e coordenador de unidade (Ramos, 2008, cit. in Biscaia et al., 2008).

Em 2005, com a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003, retoma-se transitoriamente ao disposto no Decreto-Lei n.º 157/99 e prepara-se a reforma atual dos CSP (Biscaia et al., 2008).

1.2.1 A Reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários Portugueses

Para elaborar e implementar a atual reforma dos CSP foi criada uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, com o objetivo de conduzir, coordenar e acompanhar a reestruturação dos centros de saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (Biscaia et al., 2008).

A MCSP implementou tendências inovadoras tanto em termos de organização como de remuneração, testadas anteriormente através dos *Projectos Alfa* (1996/1997) e com o *Regime Remuneratório Experimental* (1998/2005; Miguel & Sá, 2010; Biscaia et al., 2008). Conceptualiza os centros de saúde como o “coração” do SNS e destaca os seguintes princípios para a modernização dos centros de saúde: orientação para a comunidade; flexibilidade organizativa e de gestão; desburocratização; trabalho em equipa; autonomia e responsabilização; melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação (Ministério da Saúde, 2006).

O objetivo da reforma prende-se com a promoção da acessibilidade dos cidadãos aos CSP e melhoramento da quantidade e da qualidade dos mesmos, bem como promover uma maior autonomia de gestão pelos profissionais, visível com a criação das Unidades de Saúde Familiar (Ministério da Saúde, 2011).

A reforma de 2005 reorganizou os antigos centros de saúde num “conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas” (Decreto-Lei n.º 28/2008; cit. in Biscaia et al, 2008, p. 218), extinguiu a estrutura intermédia constituída pelas Sub-Regiões de Saúde e criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que se caracterizam por “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde” (Decreto-Lei n.º 28/2008; cit. in Biscaia et al., 2008, p. 218).

As unidades funcionais que compõem os ACES consistem nas Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (para a prestação de cuidados de saúde sempre que não estejam ainda constituídas USF na respetiva área), Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Ministério da Saúde, 2011). Cada centro de saúde, inserido num ACES, é composto por, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC, e cada ACES possui apenas uma USP e uma URAP (Biscaia et al., 2008).

A autonomia de gestão dos ACES, até ao segundo semestre de 2012, ainda não tinha sido efetivamente consolidada, ficando por implementar uma das principais transformações da reforma: a descentralização dos CSP (Barbosa, 2012).

Contudo, o balanço desta profunda transformação dos CSP é positivo, nas palavras de Biscaia e colaboradores (2008) “independentemente de ser uma reforma muito recente, estar em progresso neste momento, respirar ainda o entusiasmo da novidade e sentir-se a ambição de uma aposta arrojada, esta reforma de 2005 tem de ser considerada um sucesso” (p. 240).

Para além disso, esta reforma vai de encontro às reformas para os CSP propostas pelo Relatório Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde (2008), que postulam reformas da cobertura universal, traduzidas em mais equidade em saúde, solidariedade e inclusão social; reformas na prestação de serviços, com cuidados orientados para as pessoas; reformas nas políticas públicas, envolvendo comunidades onde a saúde é promovida e protegida; e reformas na liderança, através de autoridades de saúde em que se pode confiar.

1.2.2 As USF no Sistema de Saúde Português

Em Setembro de 2006 entraram em funcionamento as primeiras USF, seis meses após da abertura das suas candidaturas (Biscaia et al., 2008). A missão e responsabilidade das USF, estabelecida pela MCSP (Ministério da Saúde, 2006), consistem em “manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes, incluindo os cuidadores informais” (p. 16).

As USF integram um centro de saúde e assentam em equipas multidisciplinares - médicos, enfermeiros e administrativos. Possuem autonomia organizativa funcional e técnica no desenvolvimento das suas atividades e funcionam em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde (Decreto-Lei n.º 298/2007).

Atualmente encontram-se em atividade 353 USF, que abrangem 4.345.230 utentes potenciais e possuem 6.822 profissionais de saúde, dos quais 2.452 médicos, 2.428 enfermeiros e 1.942 administrativos (Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

1.3 Objetivos dos Cuidados de Saúde Primários Portugueses

O Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (Ministério da Saúde, 2012) apresentou os seguintes objetivos estratégicos a serem desenvolvidos até o ano de 2019: assegurar a cobertura total do país com CSP de qualidade, de modo equitativo; garantir capacidades resolutivas superiores a 85% dos problemas e necessidades de saúde que ocorrem na população; envolver e responsabilizar os cidadãos e as comunidades; aumentar o impacto dos CSP nos estados de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades; aumentar a transparência e a responsabilização pelo bom uso dos recursos disponíveis; adequar a procura dos serviços de urgência hospitalares; reduzir a utilização inadequada de cuidados hospitalares e, sempre que possível, reduzir a necessidade destes cuidados; e organizar respostas adequadas para os problemas e necessidades de saúde de grupos populacionais específicos e da população no seu todo.

Estes objetivos traduzem as finalidades do desenvolvimento dos CSP, em interligação com os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados. Tais finalidades para os CSP consistem em mais qualidade, em melhores resultados, em cidadania, em saúde e em

menos custos desnecessários, envolvendo mais inovação e segurança; mais acesso, efetividade, equidade e eficiência; mais participação, responsabilidade e capacitação; e menos inadequação, desperdício e fraude (Ministério da Saúde, 2012).

Sumariando, constata-se que foi devido à conferência de Alma-Ata, que no final dos anos 70 os CSP passaram a desempenhar um importante papel para a sustentabilidade, salubridade e prevenção das condições gerais médicas da sociedade. Embora a definição de CSP não seja exata em todos os países, tais princípios orientadores da declaração de Alma-Ata contribuíram para uma melhoria geral de condições para as populações. No caso português esta preocupação e necessidade apareceram no início da década de 70, ainda antes da conferência mundial, onde firmaram os princípios dos CSP.

Observa-se que a evolução dos CSP deu-se em três fases, com os centros de saúde de primeira geração (articulação com as instituições já existentes e suas definições gerais), os de segunda geração (maior racionalidade entre recursos e formação das várias carreiras profissionais) e os de terceira geração (colmatar insuficiências e responder a anseios da classe de profissionais de saúde através da hierarquização e descentralização, aspetos estes que tiveram a resistência das Sub-Regiões de saúde e conseqüente congelamento da proposta de terceira geração).

Em 2005, através da MCSP, inicia-se uma reforma que visa entre outros, a criação das USF e a extinção das Sub-Regiões de saúde, resultando na criação dos ACES. No entanto, até à presente data a descentralização ainda não aconteceu na totalidade. Contudo, as USF são uma realidade e tem tendência a aumentar de forma a garantir por todo o território nacional uma resposta adequada que promova na comunidade uma prevenção ativa, bem como primar por uma racionalização adequada por parte do Estado.

Após a definição e contextualização dos CSP em Portugal, apresenta-se no próximo ponto os determinantes e os principais modelos explicativos da utilização dos serviços de saúde.

2. Utilização dos Serviços de Saúde

2.1 Determinantes da Utilização dos Serviços de Saúde

Os sintomas fazem parte do dia-a-dia da vida da maioria das pessoas e muitas pessoas com doença não consultam o médico. Portanto, a decisão de procurar cuidados médicos não se baseia simplesmente na presença ou ausência de problemas médicos, essa decisão baseia-se numa mistura complexa de fatores sociais e psicológicos (Campbell & Roland, 1996).

Mendoza-Sassi e Béria (2001) referem que é possível observar-se dois exemplos extremos nos padrões de utilização dos serviços de saúde. Um refere-se a um grupo de pessoas que não informa o seu médico, no momento da consulta, de todos os seus problemas de saúde. O outro padrão consiste num conjunto de indivíduos que são responsáveis pela utilização de uma grande parte das consultas oferecidas à população, em alguns casos, sem uma justificação clara do ponto de vista médico.

A utilização dos serviços de saúde é resultante de um processo de interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidados e o profissional que assegura esses mesmos cuidados, sendo o primeiro contacto com os serviços de saúde geralmente da responsabilidade do comportamento do indivíduo e os contactos subsequentes da responsabilidade dos profissionais de saúde (Travassos & Martins, 2004).

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos através dos seguintes fatores: necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); características dos usuários (demográficas, geográficas, socioeconómicas, culturais e psicológicas); características dos prestadores de serviços (demográficas, grau académico, especialidade, características psicológicas, experiência profissional, tipo de prática e forma de pagamento); organização (recursos disponíveis, características da oferta, modo de remuneração, acesso geográfico e social); e políticas de saúde (tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema; Pineault & Daveluy, 1986; cit. in Travassos & Martins, 2004). A influência de cada um destes fatores determinantes depende do tipo de serviço de saúde e dos objetivos assistenciais – cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação (Travassos & Martins, 2004).

Uma revisão da literatura sobre os determinantes da utilização dos serviços de saúde, realizada por Hulka e Wheat (1985; cit. in Pavão & Coeli, 2008), revelou que o principal determinante, dentro de cinco categorias principais – estado de saúde e necessidade, características demográficas, disponibilidade dos médicos, aspetos organizacionais dos

serviços de saúde e mecanismos financeiros –, corresponde ao estado da saúde ou necessidade do indivíduo.

Um outro estudo de revisão sistemática entre 1970 e 1999, levado a cabo por Mendoza-Sassi e Béria (2001), também revelou a variável estado de saúde como principal determinante de utilização de serviços de saúde. Quanto aos fatores demográficos, as faixas etárias extremas (crianças e idosos) e o género feminino associam-se a uma maior utilização dos serviços de saúde. No que respeita aos fatores socioeconómicos, verificaram que as classes sociais mais baixas possuem maiores taxas de morbilidade e mortalidade, estando a sua maior utilização de serviços de saúde mediada por uma necessidade de saúde mais acentuada. No entanto, a associação entre classes sociais mais baixas e maior utilização não se verifica em todos os países, apesar destas classes apresentarem maiores taxas de doença, revelando que a acessibilidade ao sistema de saúde não é favorável. Quanto à educação verificaram que vários artigos apontam para uma associação positiva entre anos de estudo e utilização, mas também encontraram alguns artigos que evidenciavam uma associação inversa entre educação e utilização. Relativamente às características familiares, as pessoas provenientes de famílias disfuncionais realizam mais consultas, mas os autores realçam a necessidade de mais estudos nesta área, recorrendo ao controlo das variáveis demográficas e socioeconómicas, que podem estar a enviesar os resultados. Os autores observaram também, que o padrão de utilização da mãe determina o padrão de utilização dos filhos.

Ao nível das características dos serviços de saúde, Mendoza-Sassi e Béria (2001) apuraram que a distância entre a casa e o serviço de saúde, bem como um maior número de médicos por habitante, aumentam a utilização dos cuidados de saúde. Contudo, estes fatores perdem importância em países com uma rede de serviços adequados, à exceção de grupos muito específicos de pessoas, como idosos e pessoas com limitações funcionais, passando a distância geográfica a ser uma barreira para a utilização dos serviços de saúde. Os autores assinalam que as pessoas que possuem seguro de saúde tendem a utilizar mais os serviços de saúde, principalmente no grupo de pessoas com rendimentos mais elevados. Também verificaram uma maior utilização de serviços de saúde para as pessoas que possuem um médico e um local de consultas definido.

Já no que se refere à satisfação dos utentes com os serviços de saúde, os mesmos autores referem que esta variável afeta a utilização, constatando que ao contrário do que se pensa da relação satisfação-consumo, ou seja, maior satisfação maior consumo, existe algumas evidências inversas desta relação, assim, as pessoas que não conseguem satisfazer as suas necessidades de saúde, voltam a consultar um novo prestador de cuidados de saúde.

2.2 Modelos Explicativos da Utilização dos Serviços de Saúde

A utilização dos serviços de saúde, bem como os seus determinantes, podem ser melhor compreendidos através de modelos teóricos, dentro dos quais se destacam o Modelo *de Crenças de Saúde*, o *Modelo Comportamental de Andersen*, o *Modelo de Dutton* e o *Modelo de Produção e Consumo de Saúde de Evans e Stoddart* (Pavão & Coeli, 2008; Travassos & Martins, 2004).

2.2.1 Modelo de Crenças de Saúde

O *Modelo de Crenças de Saúde (Health Belief Model)* foi originalmente concebido por psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos E.U.A., em 1950, para explicar o fracasso generalizado na adesão a programas de prevenção ou de deteção de doenças (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1966, 1974; cit. in Strecher & Rosenstock, 1997). Posteriormente, o modelo foi estendido para ser aplicado à análise do comportamento dos indivíduos em resposta aos sintomas (Kirscht, 1974; cit. in Strecher & Rosenstock, 1997) e em resposta ao diagnóstico de doença, particularmente em relação à adesão ao tratamento (Becker, 1974; cit. in Strecher & Rosenstock, 1997).

A maioria das variáveis do modelo foram desenhadas e adaptadas das teorias da área de psicologia social, nomeadamente do trabalho de Lewin (1935; cit. in Rosenstock, 1966), tendo o modelo crescido baseado na evidência de que a motivação é necessária para a perceção e ação. O modelo inclui dois processos de avaliação interrelacionados: a ameaça de doença e a resposta comportamental a essa ameaça (Bennett & Murphy, 1999). A avaliação da ameaça de doença refere-se ao estado psicológico de prontidão para realizar uma ação específica, que pode ser definido através do grau em que o indivíduo se sente vulnerável ou suscetível a uma determinada condição de saúde e da perceção das consequências de contrair essa condição, ou seja, através das crenças de suscetibilidade e gravidade (Bennett & Murphy, 1999; Rosenstock, 1966). A avaliação da resposta comportamental consiste na crença que determinado curso de ação poderá ser benéfico na redução da ameaça (Bennett & Murphy, 1999; Rosenstock, 1966).

O modelo sofreu algumas modificações desde a sua formulação original, sendo constituído por quatro componentes principais que consistem na suscetibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos e barreiras percebidas (Redding, Rossi, Rossi, Velicer, & Prochaska, 2000).

A dimensão suscetibilidade percebida refere-se à percepção subjetiva do risco de contrair uma doença (Ogden, 2004). Nas situações de doença já instalada a dimensão foi reformulada para incluir a aceitação do diagnóstico e suscetibilidade a doenças em geral (Strecher & Rosenstock, 1997). A severidade percebida corresponde aos sentimentos a respeito da gravidade de contrair uma doença ou de ficar sem tratamento e inclui as avaliações das consequências médicas e clínicas (por exemplo, morte, incapacidade, dor), bem como possíveis consequências sociais (por exemplo, efeitos na vida familiar, nas relações sociais, no trabalho; Strecher & Rosenstock, 1997). A combinação destas duas dimensões – suscetibilidade percebida e severidade percebida – é designada por *ameaça percebida* (Ogden, 2004; Strecher & Rosenstock, 1997). Apesar da aceitação pessoal da *ameaça percebida* produzir uma força que leva ao comportamento, o curso de ação a ser tomado depende dos benefícios percebidos (Strecher & Rosenstock, 1997).

Os benefícios percebidos referem-se às crenças sobre a eficácia das várias ações disponíveis para reduzir a ameaça de doenças (Ogden, 2004; Strecher & Rosenstock, 1997). Desta forma, um indivíduo que possua um ótimo nível de crenças de suscetibilidade e severidade só aceitará uma ação de saúde recomendada se a perceber como potencialmente eficaz (Strecher & Rosenstock, 1997). As barreiras percebidas consistem em potenciais aspetos negativos de uma ação particular para a saúde, podendo agir como impedimento para a realização de um comportamento recomendado (Ogden, 2004; Strecher & Rosenstock, 1997). Uma análise inconsciente de custo-benefício é realizada, onde o indivíduo pesa os benefícios e as barreiras das várias opções de comportamento de saúde, para a adoção de determinada ação para a saúde (Bennett, 2002; Strecher & Rosenstock, 1997).

Várias formulações iniciais do *Modelo de Crenças de Saúde* discutiram o conceito de pistas que desencadeiam a ação, sugerindo que os estímulos ambientais são desencadeadores das decisões relacionadas com a saúde (Bennett & Murphy, 1999; Strecher & Rosenstock, 1997). Assim, as pistas para a ação envolvem estímulos que motivam uma pessoa a realizar um comportamento de saúde, podendo estes estímulos serem internos ou externos (por exemplo, angina pode agir como uma sugestão interna para iniciar uma ação, ou a morte de um dos pais pode agir como estímulo externo para a mudança de comportamento de um indivíduo; Strecher & Rosenstock, 1997). As quatro componentes principais do modelo interagem com as pistas para a ação para provocar a mudança de comportamento, por exemplo, percepções de suscetibilidade e severidade elevadas apenas precisam de um estímulo menor para desencadear a ação, já para percepções de suscetibilidade e severidade baixos pode ser necessário um estímulo mais intenso (Redding et al., 2000). Contudo, de acordo com

Strecher e Rosenstock (1997), as pistas para a ação não têm sido sistematicamente estudadas, mas podem vir a revelar-se importantes.

Outras variáveis, como demográficas, sociopsicológicas e estruturais podem interferir nas percepções individuais e afetar indiretamente o comportamento ao influenciar as percepções de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras (Strecher & Rosenstock, 1997).

Becker e Maiman (1975; cit. in Redding et al., 2000) acrescentaram ao modelo o conceito de motivação, por ser também interpretado como um fator que interfere na prontidão para a ação (Strecher & Rosenstock, 1997; cit. in Redding et al, 2000), tal como a suscetibilidade e severidade percebida (Rosenstock, 1966).

Na figura 2.1 é possível observar o *Modelo de Crenças de Saúde* operacionalizado em seis variáveis, contribuindo cada uma delas de forma independente para o processo de tomada de decisão (Bennett & Murphy, 1999). Assim, a ação relativa à saúde resulta da avaliação da ameaça (suscetibilidade e gravidade percebida), da avaliação da ação (benefícios e barreiras percebidas), da motivação para a saúde e das pistas para ação (estímulos internos e externos).

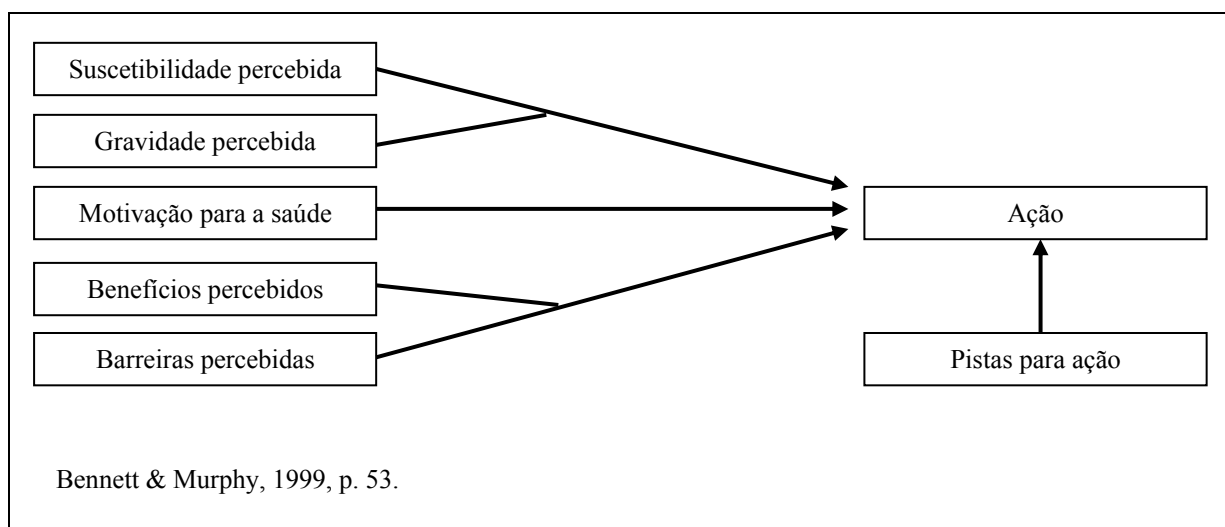


FIGURA 2.1

Modelo de Crenças de Saúde

A autoeficácia foi outra dimensão acrescentada ao modelo, por Rosenstock, Strecher e Becker (1988; cit. in Strecher & Rosenstock, 1997), de modo a aumentar o seu poder explicativo. O conceito de autoeficácia ou expectativa de eficácia foi introduzido por Bandura em 1977, distinguindo-o de expectativa de resultado (Bandura, 1977a, b, 1986; cit. in Strecher & Rosenstock, 1997). A expectativa de resultado define-se pela estimativa da pessoa de que determinado comportamento a levará a certos resultados, sendo semelhante às dimensões de

ameaça percebida e benefícios percebidos do *Modelo de Crenças de Saúde* (Strecher & Rosenstock, 1997). Já a autoeficácia é definida, por Bandura (1977a; cit. in Strecher & Rosenstock, 1997), como a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir o resultado. Segundo Strecher e Rosenstock (1997), o conceito de autoeficácia não foi introduzido nas formulações originais do *Modelo de Crenças de Saúde* devido ao seu objetivo inicial, que se prendia com ações preventivas simples, como realizar um exame de rastreio. Os autores acrescentam que este tipo de comportamento é fácil de ser executado e, portanto, a maioria das pessoas possuem uma autoeficácia adequada para realizar este tipo de comportamentos simples, o que não se verifica com os comportamentos relacionados com o estilo de vida, que envolvem mudanças a longo prazo.

De acordo com o modelo, para que a mudança comportamental ocorra é necessário que as pessoas se sintam ameaçadas pelos seus padrões atuais de comportamento, através da percepção de suscetibilidade e severidade, acreditem que a mudança de determinado comportamento seja benéfica ao avaliarem o resultado como apresentando custos aceitáveis e devem se sentir competentes (autoeficácia) para executar a mudança (Strecher & Rosenstock, 1997).

Campbell e Roland (1996) realizaram uma revisão da literatura sobre os fatores associados à utilização dos serviços de saúde e utilizaram o *Modelo de Crenças de Saúde* para explicar a influência dos fatores psicológicos na decisão de utilizar os serviços de saúde. Para os autores, a utilização de serviços de saúde reflete a morbidade da comunidade, a disponibilidade de serviços e a propensão dos indivíduos para usá-los, embora a experiência de sintomas é a pista usual de que uma ação é necessária. De acordo com os mesmos, a decisão de consultar um médico de medicina familiar é determinado primeiramente por fatores demográficos e socioeconómicos, que influenciam tanto a probabilidade da pessoa ficar doente como a sua resposta à doença. O segundo fator consiste nas crenças do indivíduo sobre a doença – suscetibilidade e severidade percebida e percepção de benefícios e barreiras na procura de cuidados de saúde. O terceiro refere-se à evolução da doença, como ela se desenvolve e como ela responde aos autocuidados, que irá determinar a ação subsequente. O quarto fator corresponde ao contexto do indivíduo, como suporte social, conhecimentos e experiência da doença. E, por último, as barreiras reais ou percebidas irão determinar se o cuidado é efetivamente recebido, se o indivíduo consulta ou não o médico.

2.2.2 Modelo Comportamental de Andersen

O Modelo Comportamental de Andersen, sobre a utilização de serviços de saúde, começou a ser desenvolvido nos finais da década de 60, tendo como objetivos auxiliar na compreensão das razões que levam as famílias a utilizarem os serviços de saúde, definir e medir a equidade de acessibilidade aos cuidados de saúde e auxiliar no desenvolvimento de políticas que promovam a equidade na acessibilidade (Andersen, 1995).

De acordo com Andersen (1995), o modelo inicialmente focava-se nas famílias como unidade de análise, visto que os cuidados médicos que uma pessoa recebe correspondem em função das características demográficas, sociais e económicas da família como uma unidade. Contudo, o autor refere que, no trabalho subsequente, deslocou a unidade de análise para o indivíduo devido à dificuldade de desenvolver medidas ao nível da família que tenham em consideração a potencial heterogeneidade dos membros da família.

A formulação original do modelo, como pode ser analisada na figura 2.2, sugere que os indivíduos utilizam os serviços de saúde em função da sua predisposição para utilizar os serviços, de fatores que capacitam ou impedem o uso e das suas necessidades de saúde (Andersen, 1995).

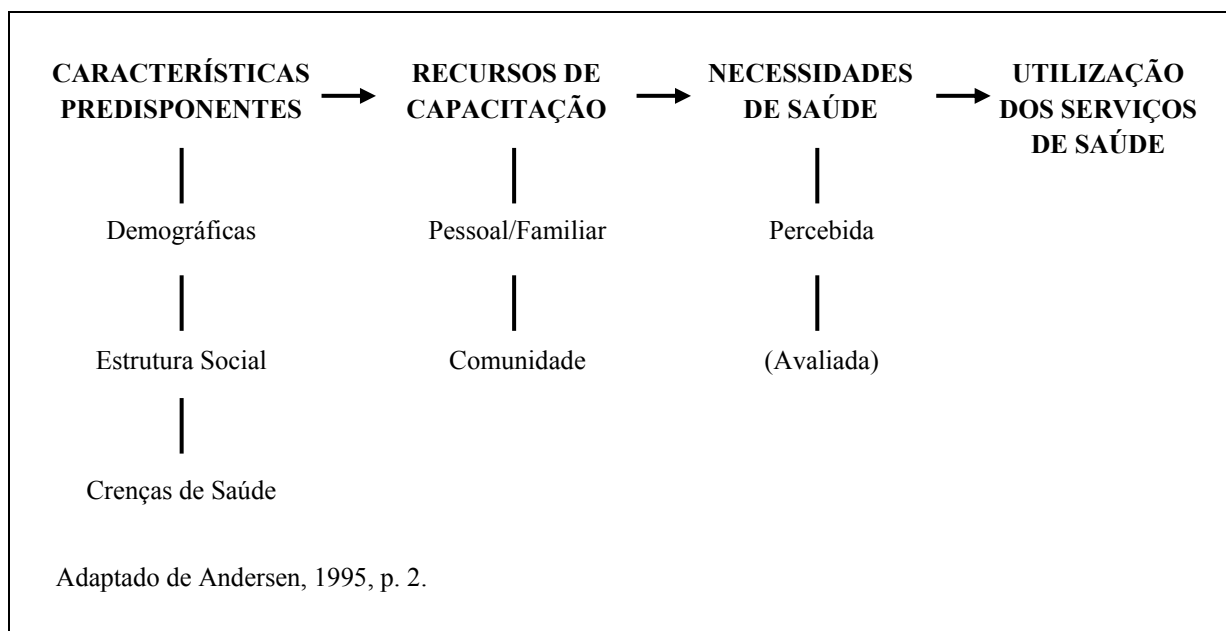


FIGURA 2.2

Formulação original do Modelo Comportamental de Andersen

As características predisponentes incluem os fatores demográficos, estrutura social e crenças de saúde. Os fatores demográficos, como a idade e o género representam imperativos biológicos que sugerem a probabilidade dos indivíduos virem a precisar de utilizar os serviços de saúde (Hulka & Wheat, 1985; cit. in Andersen, 1995). A estrutura social, medida usualmente pela educação, ocupação e etnia, determina o estado da pessoa na comunidade, a sua capacidade e recursos para lidar com os problemas e se o ambiente físico é ou não saudável (Andersen, 1995). As crenças de saúde referem-se a atitudes, valores e conhecimentos que as pessoas têm acerca da saúde e dos serviços de saúde, podendo influenciar as suas perceções de necessidade e de utilização dos serviços de saúde, permitindo também explicar a forma como a estrutura social influencia os recurso de capacitação, necessidade percebida e a utilização subsequente (Andersen, 1995).

Os recursos de capacitação, segundo o autor do modelo (Andersen, 1995), dizem respeito aos recursos pessoais/familiares e da comunidade que permitem o acesso aos cuidados de saúde, sendo necessário a presença de ambos para que a utilização dos serviços de saúde possa ocorrer. Assim, de acordo com Andersen (1995), é necessário que os profissionais e as instalações de saúde se encontrem no local onde as pessoas residem e trabalham; e as pessoas devem ter os meios necessários para chegar aos serviços e fazer uso deles. Fatores importantes para medir os recursos de capacitação podem ser o rendimento monetário, seguro de saúde, fonte regular de cuidado, distâncias entre as instalações de saúde e a população e os tempos de espera (Andersen, 1995).

A necessidade de cuidados de saúde foi identificada em diversos estudos que aplicaram o Modelo Comportamental, como a principal determinante da utilização de serviços de saúde (Coulton & Frost, 1982; Gilbert, Branch & Longmate, 1993; Mechanic, 1979; Wolinsky & Johnson, 1991; cit. in Andersen, 1995). Andersen (1995) considera que a necessidade percebida é, em grande parte, um fenómeno social, explicada pela estrutura social e pelas crenças de saúde. Contudo, o autor acrescenta que o imperativo biológico é responsável, em algumas pessoas, pela procura e consumo de serviços de saúde. A necessidade percebida, segundo Andersen (1995), refere-se a como as pessoas vêem a sua própria saúde em geral, como experienciam os sintomas de doença e dor, se preocupam-se com a saúde e se julgam ou não os seus problemas suficientemente importante para procurar ajuda profissional. A necessidade avaliada prende-se com o julgamento profissional sobre o estado de saúde da pessoa e da sua necessidade de cuidados médicos (Andersen, 1995).

Na década de 70 o modelo foi alargado por Aday e diversos colaboradores (Andersen, Smedby & Aderson, 1970; Andersen & Newman, 1973; Aday & Andersen, 1974; Andersen,

Kravits & Anderson, 1974; Aday, Andersen & Fleming, 1980; Aday et al, 1985; Fleming & Andersen, 1986; cit. in Andersen, 1995). Passando a incluir, para além dos determinantes individuais, os determinantes sociais, como as variáveis do sistema de saúde e características do serviço de saúde utilizado (Andersen & Newman, 1973). O sistema de saúde foi acrescentado dado a importância das políticas nacionais de saúde, dos recursos e da organização na utilização dos serviços pela população (Andersen, 1995). Nesta fase, foi também adicionado a satisfação do consumidor (Andersen, 1995). A figura 2.3 traduz o alargamento do modelo, observando-se que a utilização dos serviços de saúde é determinada por um conjunto de fatores, como as características da população, o sistema de saúde, as características dos serviços de saúde (tipo, local, objetivo, intervalo de tempo) e a satisfação do consumidor.

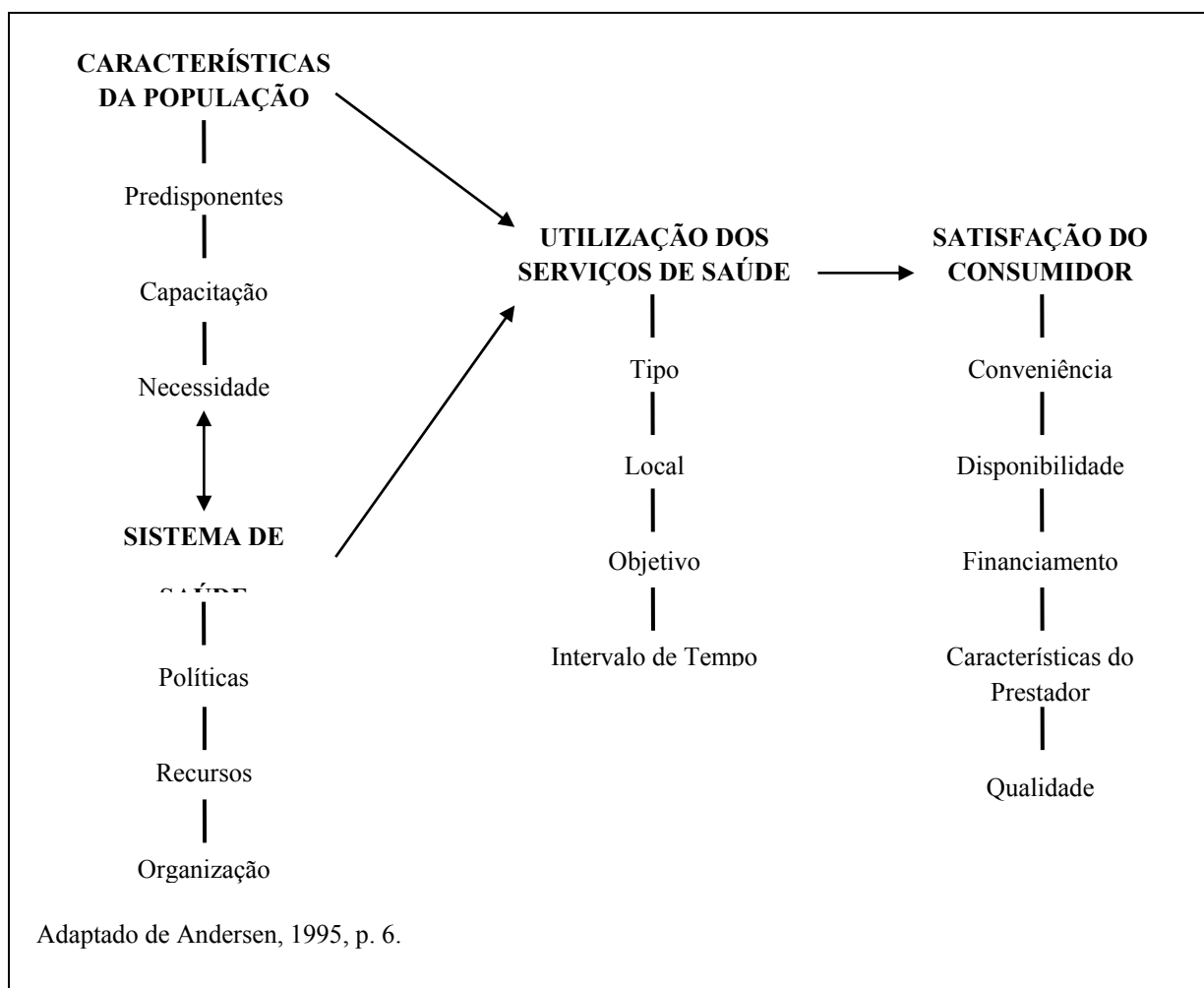


FIGURA 2.3

Modelo Comportamental de Andersen na década de 70

Na década de 80 foram introduzidos novos componentes ao modelo: o estado da saúde da população, tanto através da percepção da população como da avaliação pelos profissionais; o ambiente externo, incluindo fatores físicos, políticos e económicos; e as práticas pessoais de saúde, tais como dieta, exercício e autocuidado (Andersen, 1995). Estas novas modificações são visíveis na figura 2.4, onde a utilização dos serviços de saúde é vista como dependente dos determinantes primários do comportamento de saúde (como características da população, sistema de saúde e ambiente externo), do comportamento de saúde (como práticas pessoais de saúde) e dos resultados de saúde (como o estado de saúde percebido, avaliação do estado de saúde pelos profissionais e satisfação do consumidor).

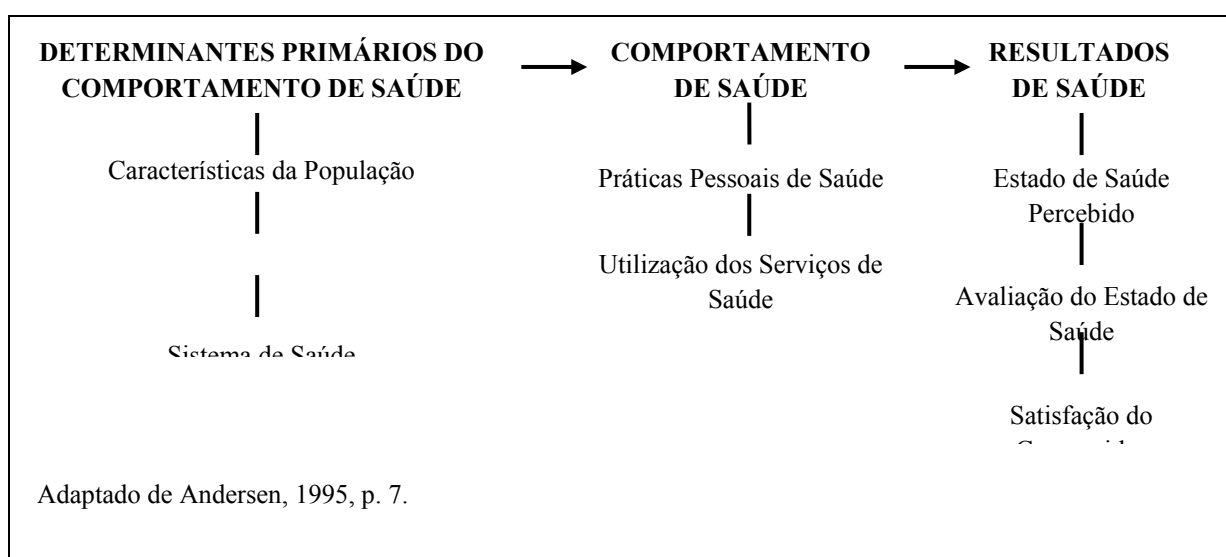


FIGURA 2.4

Modelo Comportamental de Andersen na década de 80

Andersen (1995) apresenta uma reformulação emergente do modelo, onde são retratados as múltiplas influências sobre a utilização dos serviços de saúde e, subsequentemente, no estado de saúde. Inclui relações circulares de *feedback* que mostram que o resultado afeta, subsequentemente, os fatores predisponentes, a necessidade percebida de serviços de saúde e o comportamento de saúde (figura 2.5).

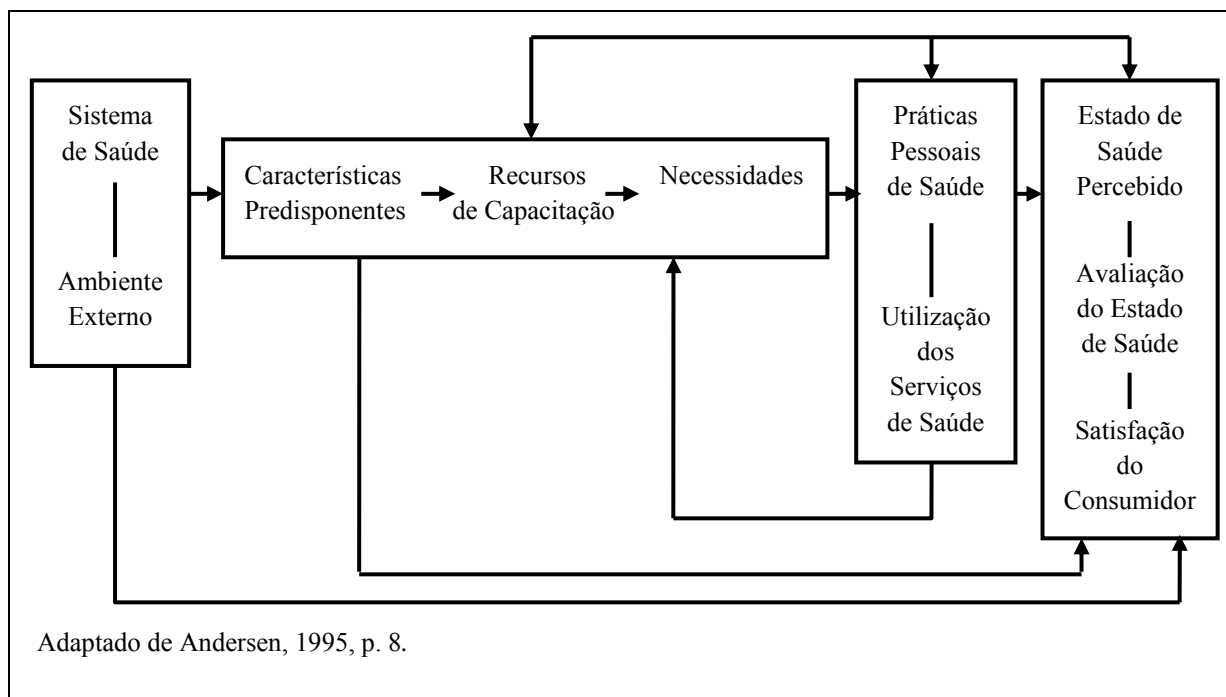


FIGURA 2.5

Reformulação emergente do Modelo Comportamental de Andersen

2.2.3 Modelo de Dutton

Diana Dutton (1986), com o objetivo de analisar o impacto dos fatores financeiros, organizacionais e profissionais na utilização de cuidados de saúde, desenvolveu um modelo conceitual, onde postula que a utilização dos serviços de saúde é produto da interação entre as características dos pacientes, dos prestadores (médicos) e do sistema de saúde (figura 2.6).

As características dos pacientes incluem os fatores predisponentes, de capacitação e de necessidade de cuidados de saúde, tendo sido utilizados por Dutton (1986) como variáveis de controlo para identificar os efeitos das características do prestador e do sistema de saúde. As características dos médicos incluem fatores demográficos, como género e raça; formação; experiência; e atitudes dos médicos, como satisfação do médico com a prática profissional e atitudes em relação a exames de rastreio. As características do sistema de saúde são abordadas em termos de barreiras estruturais, que incluem barreiras financeiras (encargos da consulta e ausência de cobertura de seguro), temporais (tempo na sala de espera pela consulta e distância do serviço de saúde), organizacionais (proporção de pacientes atendidos com hora marcada, dias de espera pela consulta marcada e horários de atendimento) e padrões de prática médica (partilha dos pacientes pelos médicos e carteira de pacientes transitórios). As variáveis

dependentes incluem a utilização controlada pelo paciente e a utilização controlada pelo médico (Dutton, 1986).

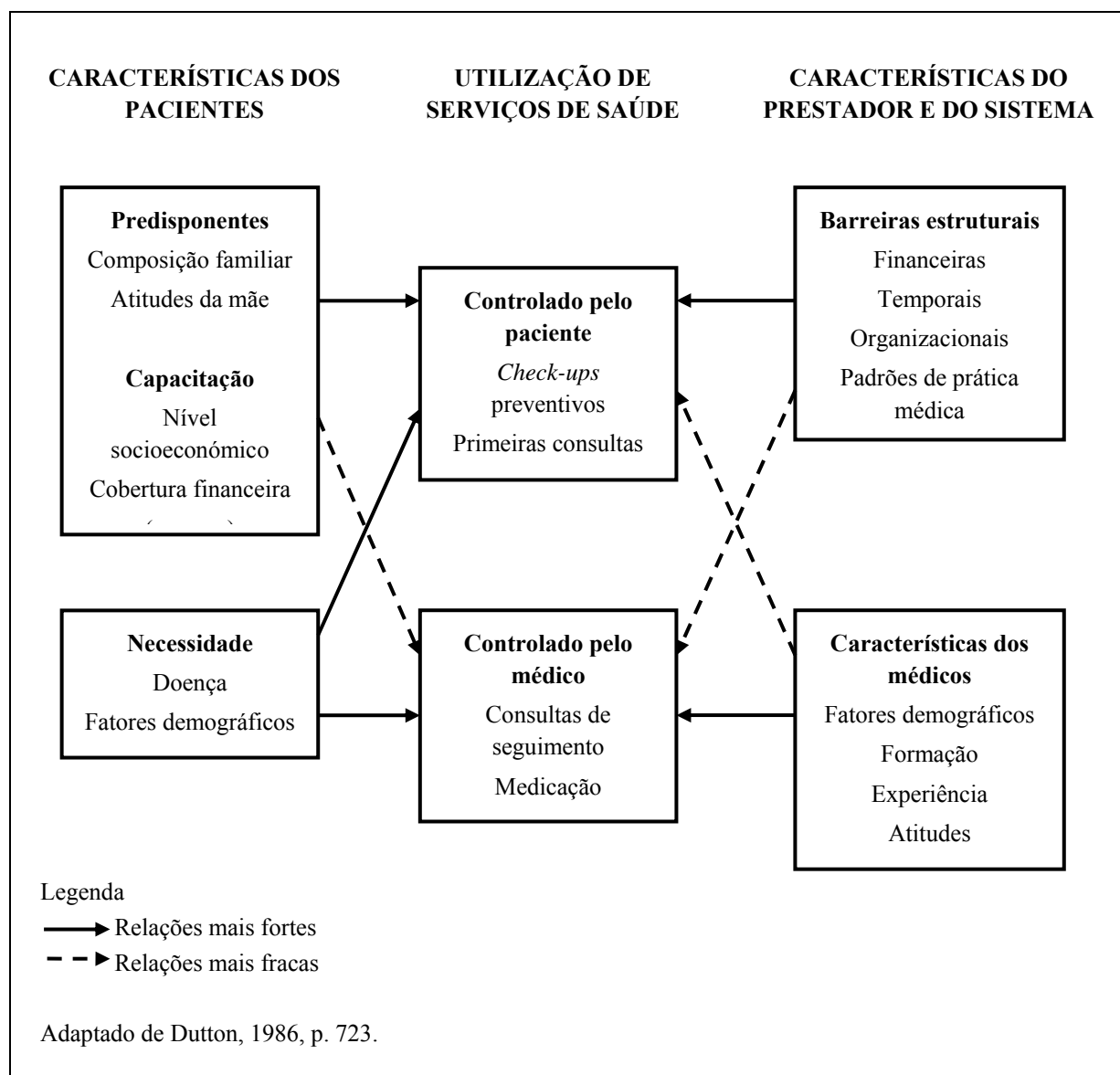


FIGURA 2.6

Modelo conceitual de Dutton sobre os fatores que afetam a utilização dos cuidados de saúde

Dutton (1986) considera que os resultados do seu estudo revelam o importante papel dos fatores financeiros, burocráticos e profissionais na formação de padrões de utilização. Acrescenta que os prestadores de serviços e organizações mostram ter tanta influência sobre a utilização dos pacientes assim como os próprios pacientes, não só nas consultas de seguimento, mas também nos cuidados preventivos e na decisão inicial do paciente de procurar cuidados para os seus sintomas.

2.2.4 Modelo de Produção e Consumo de Saúde de Evans e Stoddart

No Canadá, os economistas da saúde Robert Evans e Gregory Stoddart (1990) desenvolveram um modelo de interação entre os determinantes da saúde. De acordo com os autores, a construção do modelo foi feita progressivamente, componente por componente, acrescentando complexidade tanto em resposta às insuficiências do estágio anterior como em correspondência à evolução histórica da base conceptual da política da saúde.

O primeiro estágio, representado na figura 2.7, tem uma fundação simples e define saúde como ausência de doença ou lesão, tomando como central a relação entre saúde e cuidados de saúde, sendo a saúde representada em termos de categorias e capacidades do cuidado de saúde. Neste estágio a relação pode ser representada num modelo simples de *feedback* (Evans & Stoddart, 1990).

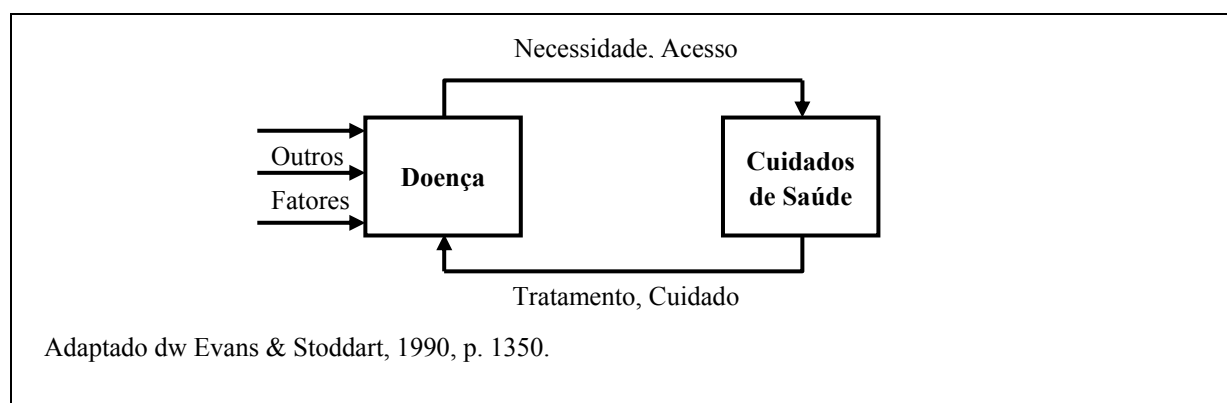


FIGURA 2.7

Primeiro estágio do modelo de Evans e Stoddart

Neste estágio, as pessoas ficam doentes ou lesionam-se devido a uma variedade de razões não especificadas, representadas na figura 2.7 pelas setas do lado esquerdo. A seta superior na figura 2.7 reflete a resposta positiva do sistema de cuidados de saúde à doença, mas esta resposta é influenciada tanto pela definição de necessidade realizada pelo profissional como pelo conjunto de instituições que em qualquer sociedade particular mobilizam os recursos para atender às necessidades e garantir o acesso aos cuidados. O círculo de *feedback* é completado pela seta inferior, que reflete a presunção de que a prestação de cuidados de saúde reduz o nível de doença, melhorando a saúde (Evans & Stoddart, 1990).

O segundo estágio reflete tanto as preocupações sobre o custo do sistema de saúde, provocada pela tensão entre as necessidades crescentes e a contenção de recursos, como as

preocupações com a eficácia dos cuidados de saúde, através da avaliação e controlo (Evans & Stoddart, 1990). Este segundo estágio encontra-se ilustrado na figura 2.8.

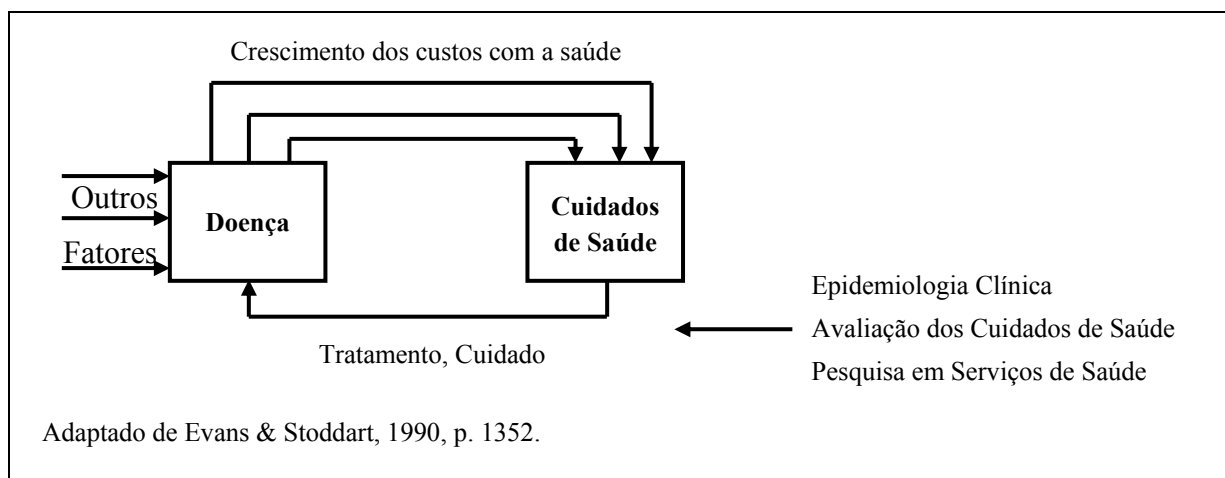


FIGURA 2.8

Segundo estágio do modelo de Evans e Stoddart

No terceiro estágio do modelo foram introduzidas as categorias estilo de vida, meio ambiente e biologia humana, como fatores que influenciam o aparecimento da doença. Neste estágio é enfatizado que estas categorias contribuem para alcançar a saúde e não apenas a prestação de cuidados de saúde, passando o modelo a contemplar uma nova perspetiva do conceito de saúde (ver figura 2.9; Evans & Stoddart, 1990).

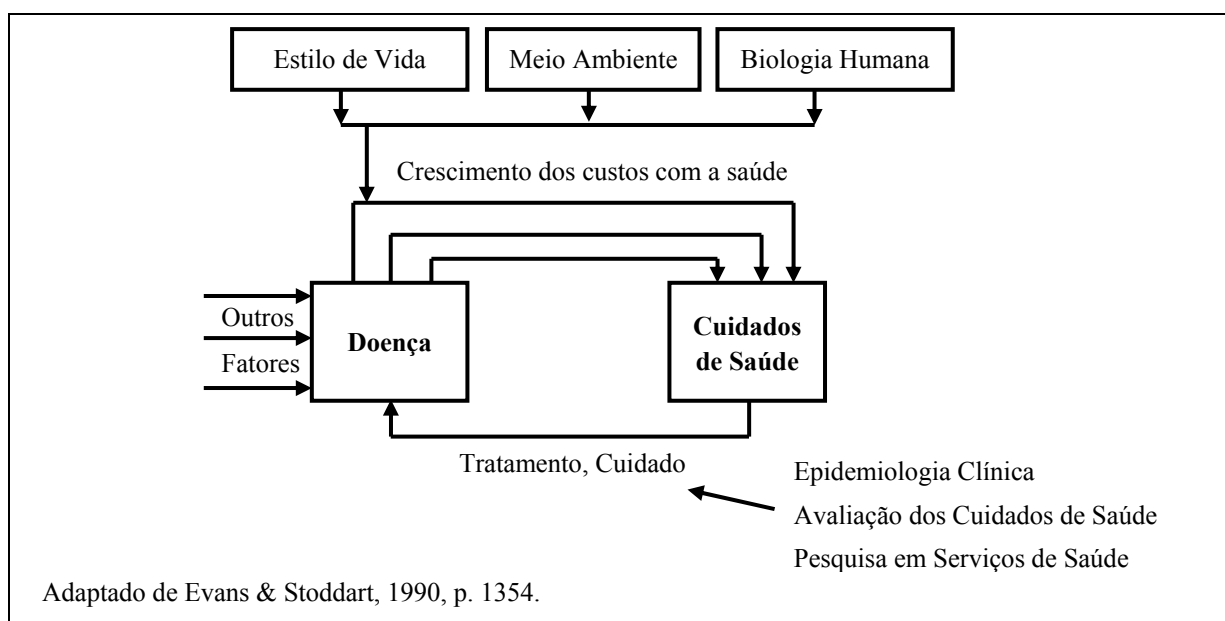


FIGURA 2.9

Terceiro estágio do modelo de Evans e Stoddart

O quarto estágio do modelo passou a abranger os determinantes individuais da saúde; a distinção entre doença, como reconhecida pelo sistema de saúde, e saúde/funcionamento, como vivenciada ao nível individual; e a saúde foi ampliada para o bem-estar dos indivíduos, postulado pelo facto de que o objetivo final das atividades relacionadas com a saúde não é a redução ou a promoção da saúde e funcionamento humano, mas a melhoria do bem-estar humana (ver figura 2.10; Evans & Stoddart, 1990).

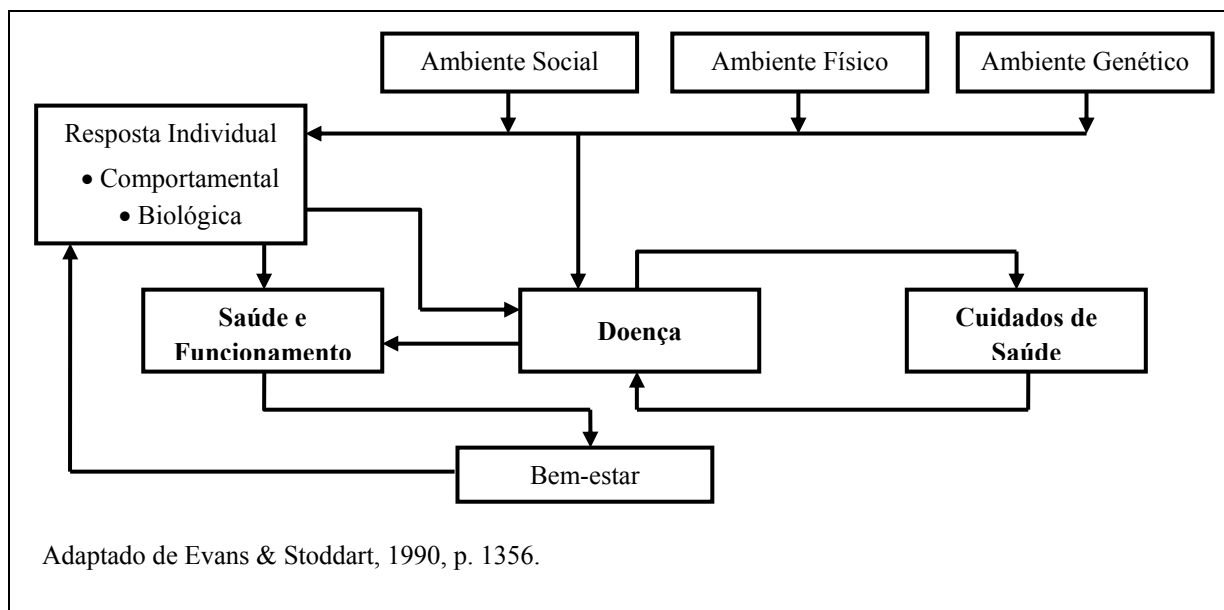
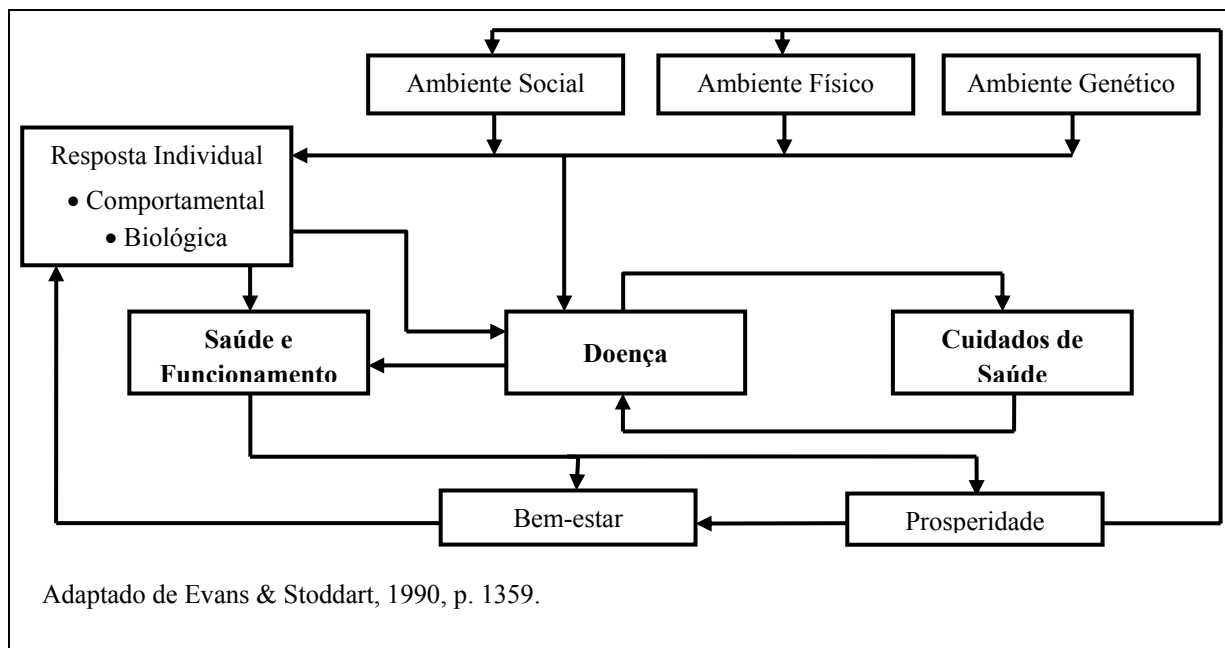


FIGURA 2.10

Quarto estágio do modelo de Evans e Stoddart

No último estágio do modelo, representado na figura 2.11, é introduzido a ideia de que o excesso de expansão do sistema de saúde acarreta custos financeiros que podem ter efeitos negativos no bem-estar e saúde da população, na medida em que os cuidados de saúde ao utilizarem uma enorme quantidade de recursos financeiros impedem que se desenvolvam outras áreas que também podem ter efeitos na saúde (Evans & Stoddart, 1990).

Para os autores deste modelo, a compreensão dos determinantes da saúde, bem como a discussão e formulação de políticas de saúde, têm sido seriamente dificultados pela perpetuação do incompleto e obsoleto quadro representado no primeiro estágio, podendo obter-se uma melhor compreensão através das múltiplas interações apresentadas no último estágio do modelo.

**FIGURA 2.11**

Último estágio do modelo de Evans e Stoddart

Sumariando, as evidências empíricas sugerem que a utilização dos serviços de saúde é influenciada por diversos fatores, e apesar do estado de saúde apresentar-se como principal fator, observa-se que as características dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde contribuem para a tomada de decisão de procurar cuidados de saúde. Os diversos modelos descritos demonstram esta multiplicidade de fatores envolvidos na procura de cuidados de saúde, embora o *Modelo de Crenças de Saúde* privilegie as crenças de saúde/doença.

No próximo ponto, restringe-se a abordagem da utilização dos serviços de saúde para a utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários.

3. Utilização Frequente dos Cuidados de Saúde Primários

3.1 Utilizadores Frequentes dos Cuidados de Saúde Primários

Os pacientes que utilizam com mais frequência os serviços de saúde são considerados um problema pelos profissionais de saúde, principalmente devido à percepção de inadequação da sua utilização e dos recursos que usam (Neal et al., 2001). De facto, os médicos de família despendem uma grande quantidade do seu tempo numa pequena proporção dos seus pacientes (Smits, Brouwer, Ter Riet, & Van Weert, 2009), sendo estimado que cerca de 30-50% de todos os seus contactos são dirigidos para 10% dos seus pacientes (Vedsted & Christensen, 2005). Estes pacientes são designados na literatura como Utilizadores Frequentes (UF), e constituem um pequeno grupo de pacientes que têm elevadas taxas de utilização de vários serviços dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente médicos e sociais (Bergh & Marklund, 2003).

A utilização frequente dos serviços de saúde pode ser vista através de duas hipóteses. A primeira é que os UF são indivíduos que se comportam adequadamente em resposta a uma necessidade real, estando no topo das taxas de utilização. A segunda hipótese postula que os UF representam indivíduos com um comportamento de utilização desviante, criando uma carga de trabalho desnecessária e indesejada. A maioria dos UF posiciona-se entre estes dois extremos e compreendem um grupo heterogéneo de doentes com uma grande variedade de necessidades (Neal, Dowell, Heywood, & Morley, 1996).

Apesar da utilização frequente dos serviços de saúde ter vindo a ser apontada como uma característica persistente do comportamento de saúde dos pacientes (Gill & Sharpe, 1999), considerada como um sinal de comportamento inadequado de consulta (Booth, Ludke, Wakefield, Kern, & du Mond, 1991; Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2002; cit. in Smits et al., 2009), tem-se encontrado evidências de que a utilização frequente representa um fenómeno mais transitório (Andersson et al., 2004; Carney et al., 2001). Estas evidências conduziram ao crescente interesse pelo estudo da utilização frequente dos serviços de saúde em dois grupos distintos de utilizadores: os Utilizadores Frequentes Temporários e os Utilizadores Frequentes Persistentes (Koskela et al., 2010; Smits et al., 2009).

A preocupação com a utilização frequente dos CSP assenta em três questões fundamentais: se os UF têm necessidades de saúde que não estão a ser atendidas pela equipe de cuidados primários; a problemática das exigências feitas pelos UF no tempo da equipa de cuidados primários, com as consequentes pressões e gestão das relações paciente-profissional; e o argumento de que representa uma utilização ineficaz dos recursos dos cuidados primários em termos de economia de saúde (Pickvance, Parry, & Howe, 2004).

3.1.1 Definição de Utilizadores Frequentes

O termo UF geralmente refere-se a paciente que são considerados problemáticos dentro dos CSP devido ao seu elevado número de consultas e sintomas apresentados, que se tornam difíceis de gerir (Hodgson, Smith, Brown, & Dowrick, 2005).

A definição de UF comporta algumas dificuldades, desde o próprio conceito de consulta (quais os contactos entre o médico de família e o utente que deverão ser contabilizados), até à quantificação da frequência, ou seja, qual o número de consultas necessárias para se considerar UF (Neal et al., 1996).

Numa revisão da literatura sobre UF dos CSP, Vedsted e Christensen (2005) não encontraram uma definição geral aceite de UF. Verificaram que 16 (26%) dos artigos analisados definiam os UF em termos proporcionais (através de percentagens que variavam entre 3 e 25%), sendo que 9 desses artigos definiam os UF como os 10% de utentes com mais consultas e 44 (72%) dos artigos utilizaram um número absoluto para seleccionar os UF, variando entre 2 e 24 consultas. Também observaram que o período de contagem dos contactos varia entre 2 a 48 meses, sendo que 45 (74%) dos artigos analisados usaram o período de 12 meses. Os autores consideram que em futuros estudos a definição deve de incluir uma descrição exata do tipo de contactos contabilizados, o período de contagem dos contactos, definir o ponto de corte utilizado no número de consultas (pode-se recorrer a percentagens, médias ou número absoluto) e o denominador, ou seja, o ponto de corte no número de consultas pode ser aplicado entre os utentes utilizadores ou a toda a lista de utentes).

Um estudo realizado por Smits e colaboradores (2008), com o objetivo de identificar o método mais fiável e eficaz na seleção dos UF dos CSP, aponta como melhor método o uso de grupos divididos por género e por pequenas categorias de idades, sendo os UF aqueles pacientes de cada subgrupo, que se encontrem nos 10% dos que mais utilizam os serviços de saúde. Em estudos com populações menores, os autores recomendam que se devida os pacientes em pelo menos três grupos de idade e por categoria de género.

3.1.2 Utilizadores Frequentes Temporários e Utilizadores Frequentes Persistentes

Como referido anteriormente, observa-se o crescente interesse pelo estudo do fenómeno da utilização frequente através da tipologia dos UF, nomeadamente, Utilizadores Frequentes Temporários e Utilizadores Frequentes Persistentes.

Uma dos estudos com foco na tipologia dos UF foi realizada por Smits e colaboradores (2009). Os autores realizaram um estudo longitudinal, com a duração de 3 anos, em 28.860 pacientes adultos pertencentes a 5 centros de cuidados de saúde primários, em Amesterdão. O objetivo deste estudo consistiu em determinar a proporção de Utilizadores Frequentes durante um ano (Utilizadores Frequentes Temporários) que permaneciam Utilizadores Frequentes durante os dois anos seguintes (Utilizadores Frequentes Persistentes), bem como calcular o tempo de trabalho dos médicos de família com cada um dos grupos de utilizadores. De todos os Utilizadores Frequentes Temporários, 15.4% tornaram-se Utilizadores Frequentes Persistentes, representando 1.6% de todos os pacientes. Os 3.045 (10.6%) Utilizadores Frequentes Temporários foram responsáveis por 39% de consultas face-a-face e os 470 (1.6%) pacientes que se tornaram Utilizadores Frequentes Persistentes foram responsáveis por 8% de todas as consultas durante o ano de 2003. Concluíram que 1 em cada 7 Utilizadores Frequentes Temporários torna-se num Utilizador Frequente Persistente. Verificaram também, que comparativamente aos Utilizadores Frequentes Temporários, os Utilizadores Frequentes Persistentes consomem mais serviços de saúde e não são diagnosticados apenas com uma doença somática, mas com mais problemas sociais, problemas psiquiátricos e sintomas físicos medicamente inexplicáveis.

Um estudo recente na Finlândia, levado a cabo por Koskela e colaboradores (2010), examinou fatores de risco que predizem a utilização persistente dos serviços de saúde entre os Utilizadores Frequentes. Concluíram que os fatores de risco que mais influenciam a persistência da utilização frequente entre os Utilizadores Frequentes são o género feminino, índice de massa corporal acima dos 30, medo da morte, abstinência de álcool, baixos níveis de satisfação dos pacientes e síndrome do intestino irritável. À exceção do género feminino, todos os outros fatores foram observados pela primeira vez neste estudo.

3.2 Variáveis Associadas à Utilização Frequente dos CSP

Vários estudos têm tentado esclarecer quais os fatores que estão associados com o uso de serviços de saúde, no entanto, ainda se está longe de compreender as razões pelos quais os serviços são utilizados (Campbell & Roland, 1996).

Duas revisões sistemáticas da literatura sugerem que os UF têm elevadas taxas de doença física e psiquiátrica, *distress* emocional e dificuldades sociais (Gill & Sharpe, 1999; Vedsted & Christensen, 2005).

3.2.1 Características Sociodemográficas Associadas aos Utilizadores Frequentes

A utilização frequente dos CSP está associada a determinadas características demográficas, tais como o género e a idade. O género feminino aparece associado à utilização frequente, principalmente em mulheres de meia-idade e mulheres muito idosas (Andersson, Mattsson, & Lynøe, 1995), embora a diferença entre géneros diminua com o aumento da idade (Scaife, Gill, Heywood, & Neal, 2000). No entanto, é possível encontrar alguns estudos onde a associação entre a utilização frequente e o género feminino não foi demonstrada (Jatic & Jatic, 2008; Savageau et al., 2006). Relativamente à idade, vários estudos demonstram que o aumento da idade se associa à utilização frequente (Báez et al., 1998; Neal, Heywood, Morley, Clayden, & Dowell, 1998; Robles et al., 2009).

Um estudo sobre as características sociodemográficas e clínicas dos UF dos CSP, realizado na Bósnia e Herzegovina, a partir dos prontuários médicos de 434 pacientes de quatro centros de saúde, mostra-nos que o número de UF cresce linearmente com o aumento da idade (Jatic & Jatic, 2008). Neste estudo, a média de idades era de 62.5 para os UF e de 58.3 para os Utilizadores Não Frequentes (UNF). Um outro estudo, recorreu também aos prontuários médicos de 465 adultos, utentes de um centro de saúde em Massachusetts, tendo os autores analisado a informação médica referente a 30 meses (Savageau et al., 2006). Os dados do estudo revelaram que a média de idades dos UF era significativamente mais elevada do que nos UNF, verificando-se que os pacientes com idades entre os 45 e os 64 anos e os de 65 anos ou mais eram mais propensos a utilizar frequentemente os CSP (Savageau et al., 2006).

Contudo, acerca das variáveis género e idade, Howe e colaboradores (2002) alertam no seu estudo que as investigações sobre a utilização frequente possuem metodologias muito diversificadas quanto à definição de UF, verificando que muitos autores utilizam uma definição arbitrária para identificar os UF, em vez de estratificarem todos os pacientes por género e idade para os identificarem. Evidenciam através do seu estudo que as investigações que não corrigirem as variações de idade e género para as consultas vão perder uma proporção significativa de pacientes cujo comportamento varia muito dos seus pares. Assim, a estratificação por idade e género para se identificar os UF é muito importante, visto que a média de consultas varia e depende muito da idade e género dos pacientes (Courtenay et al., 1974).

Também Gill e Sharpe (1999) revelam que as características demográficas são parcialmente determinadas pela forma como UF são definidos em cada pesquisa. Os autores

acrescentam que os estudos que utilizam um número fixo de consultas para identificar os UF têm preponderância para identificar mulheres e idosos, visto que as taxas de consulta são mais elevadas nestes grupos.

A utilização frequente está também associada a pessoas com um nível de educação mais baixo (Báez et al., 1998; Jyvasjarvi, Keinanen-Kiukaanniemi, Vaisanen, Larivaara, & Kivela, 1998; Kersnik, Svab, & Vegnuti, 2001; Robles et al., 2009), a pensionistas (Báez et al., 1998; Jatic & Jatic, 2008; Robles et al., 2009), desempregados (Jatic & Jatic, 2008; Robles et al., 2009; Scaife et al., 2000) e donas de casa (Báez et al., 1998; Robles et al., 2009). No entanto, os resultados de um estudo conduzido por Vedsted e Olesen (2005), não apoiam as evidências encontradas pelos autores enumerados anteriormente. O estudo de Vedsted e Olesen (2005), onde foi analisada a influência do estatuto profissional e do nível de educação na utilização frequente, foi realizado com uma amostra de 1423 UF e 1103 UNF pertencentes a 132 centros de saúde da cidade Aarhus, na Dinamarca. Os autores verificaram que apesar do desemprego e do nível de educação baixo estarem associados à utilização frequente tanto para os homens como para as mulheres, após ajustarem as variáveis de saúde física e psicológica, o desemprego foi a única variável associada à utilização frequente para o género masculino, não tendo sido encontrada nenhuma associação para o género feminino. Um outro estudo, também não encontrou diferenças significativas ao nível da educação e do estatuto profissional entre os UF e os UNF (Bergh, Baigi, Mansson, Mattsson, & Marklund, 2007). De realçar, que estes dois estudos estratificaram os pacientes por idade e género para identificar os UF, podendo este fator estar relacionado com os resultados encontrados.

Quanto ao estado civil, os resultados dos estudos também são contraditórios. Existem vários estudos que associam o divórcio ou a separação à utilização frequente dos cuidados de saúde (Andersson et al, 1995; Báez et al, 1998; Scaife et al, 2000; Westhead, 1985), como existem outros que não encontram nenhuma associação entre as duas variáveis (Bergh et al., 2007; Jatic & Jatic, 2008; Jyvasjarvi et al., 1998).

Em Portugal, os estudos sobre a utilização frequente nos CSP são escassos. A pesquisa realizada resultou em dois estudos sobre as características sociodemográficas e clínicas dos UF (Afonso & Fonseca, 2012; Teixeira et al., 2010). O estudo realizado por Afonso e Teixeira (2012) englobou apenas uma pequena amostra de UF (N = 26), correspondendo a todos os utentes de uma USF com mais de 18 anos de idade e com 12 ou mais contactos diretos com o médico de família durante o ano de 2011, excluindo aqueles a realizar terapêutica com varfarina e grávidas. O estudo português realizado por Teixeira e colaboradores (2010) foi realizado numa amostra de 582 UF, inscritos nas listas de um centro

de saúde. Ambos os estudos obtiveram resultados muito semelhantes para as variáveis género, idade e escolaridade. O género feminino, meia-idade e nível de escolaridade baixo foi associado aos UF.

3.2.2 Variáveis Clínicas Associadas à Utilização Frequente dos Serviços de Saúde

Vários estudos demonstram que os UF possuem mais doenças físicas crónicas comparativamente aos UNF (Bergh et al., 2007; Bergh, Baigi, Fridlund, & Marklund, 2006; Kersnik et al., 2001; Vedsted, Fink, Sorensen, & Olesen, 2004). As principais doenças físicas crónicas encontradas entre os UF são a hipertensão arterial, diabetes (Jatic & Jatic, 2008; Robles et al., 2009; Savageau et al., 2006), doenças do sistema músculo-esquelético, sistema cardiovascular, sistema digestivo, sistema respiratório, sistema circulatório e sistema endócrino (Andersson et al., 1995; Báez et al., 1998; Jyvasjarvi et al., 1998).

Quanto à distribuição das doenças por idade, Bergh e colaboradores (2003) verificaram no seu estudo que os UF têm uma preponderância para infeções em idade jovem, problemas músculo-esqueléticos e respiratórios na meia-idade e entre os mais velhos, doenças circulatórias, endócrinas e músculo-esqueléticas. Os autores referem ainda, que os UF possuem para as diferentes idades, morbidades similares ao grupo de controlo, mas com taxas mais elevadas de consultas para a maioria dos problemas médicos e um consumo significativamente maior de antibióticos.

Considera-se que as queixas somáticas constituem a principal razão para os Utilizadores Frequentes procurarem o médico (Karlsson, Lehtinen, & Joukamaa, 1994; cit. in Jyvasjarvi et al., 1998), especialmente queixas respiratórias, gastrointestinais e músculo-esqueléticas (Larivaara, 1987; Robinson & Granfield, 1986; cit. in Jyvasjarvi et al., 1998).

Um elevado índice de massa corporal foi também relacionado com o aumento de consultas, tanto para o género feminino como masculino, bem como o estilo de vida sedentário nas mulheres se relacionou com elevadas taxas de procurar dos cuidados médicos (Steenkiste, Knevel, Akker, & Metsemakers, 2009).

A utilização frequente dos CSP encontra-se associada à utilização de outros serviços de saúde e sociais (Ford, Trestman, Steinberg, Tennen, & Allen, 2004; Kersnik et al., 2001; Neal et al., 2001). Os UF recebem 5 vezes mais prescrições e são encaminhados para os hospitais 5 vezes mais do que os UNF (Heywood, Blackie, Cameron, & Dowell, 1998). Um outro estudo revelou que 46 a 88% dos UF utilizavam 3 ou mais fármacos diferentes e 27 a 41% dos UF foram encaminhados uma ou mais vezes para consultas de especialidade médica (Vedsted,

Fink, Sorensen, & Olesen, 2004). A pensão por invalidez também se encontra associada à utilização frequente (Bergh et al., 2006).

3.2.3 Características Psicossociais dos Utilizadores Frequentes

Várias investigações têm evidenciado uma associação entre a utilização frequente de cuidados de saúde primários e a presença de sintomatologia psicopatológica ou perturbação mental. Schmitz e Kruse (2002) conduziram um estudo para avaliar a relação entre perturbações mentais e a utilização de cuidados médicos, com 389 UF (pacientes com 19 ou mais consultas no ano anterior ao estudo) e 3337 UNF. Os dados recolhidos pelos autores do estudo evidenciam uma associação significativa entre as duas variáveis descritas. A prevalência das perturbações mentais nos UF e nos UNF corresponde, respetivamente, a 25.1% e 10.2% para as Perturbações de Humor, a 29.3% e 11.9% para as Perturbações de Ansiedade, a 22.2% e 8.9% para as Perturbações Somatoformes, e 17.1% e 15.4% para as Perturbações de Utilização de Substâncias (Schmitz & Kruse, 2002).

Num outro estudo, que englobou 1.423 UF e 1.103 UNF, os resultados revelaram que os problemas mentais se associam à utilização frequente em 58-70% dos casos (Vedsted et al., 2004). Neste mesmo estudo, também se observou uma associação elevada entre somatização e utilização frequente, especialmente entre os UF com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos.

Com o objetivo de avaliar se a utilização frequente tem mais probabilidade de estar associada a sintomas depressivos do que a problemas físicos, Dowrick, Bellón e Gómez (2000) conduziram um estudo em dois centros de saúde, um em Liverpool e outro em Granada, com uma amostra de 127 UF e 175 UNF. Os autores concluíram que os sintomas depressivos consistem no maior preditor da utilização frequente. No entanto, um outro estudo realizado em vários centros de saúde da cidade de Montpellier (França), com uma amostra de 1060 UF, Norton e colaboradores (2012) evidenciaram que após o ajustamento das variáveis sociodemográficas, saúde física e perturbações psiquiátricas, apenas a perturbação somatoforme mantém-se associada significativamente com a utilização frequente.

A perceção de sintomas ou de queixas subjetivas de saúde pode influenciar fortemente a procura de cuidados de saúde (Posey, 2006), observando-se que a sua frequência é um forte preditor da procura de cuidados de saúde (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijsbers van Wijk, 2002). Vinte e cinco a 50% dos pacientes dos CSP, apresentam sintomas medicamente inexplicáveis ou sintomas corporais, na ausência de doença orgânica ou disfunção fisiológica,

sendo a categoria de queixas mais comuns nestes serviços (Bogaerts et al., 2010). O Modelo de Estados de Produção de Sintomas de Mayou's (1991; cit. in Katerndahl, 2010) postula que os sintomas são resultado das interpretações das sensações físicas do paciente e dependem da excitação emocional e experiência de doença. Verifica-se em amostras de UF, que estes procuram os serviços de saúde por sintomas menores e num curto espaço de tempo, relativamente aos outros pacientes (Wagner, Phillips, Radford, & Hornsby, 1995, cit. in Wagner, Warren, & Moseley, 2010).

Uma explicação para a associação entre a presença de sintomas ou sensações somáticas e a procura frequente de cuidados médicos prende-se com a ideia que a preocupação com o sintoma é suscetível de sofrer influências das atribuições causais que as pessoas fazem sobre ele (Sensky, MacLeod, & Rigby, 1996). Quando confrontadas com um sintoma somático, a maioria das pessoas tende a atribuir a sua causa a algo do seu ambiente ou situação, ao invés de atribuir a causa a fatores disposicionais (Shaver, 1975; cit. in Sensky et al., 1996). Essas atribuições ambientais ou situacionais foram descritas como normalizadoras (Robbins & Kirmayer, 1991; cit. in Sensky et al., 1996), e somente quando não é possível criar atribuições normalizadoras convincentes o indivíduo procura causas patológicas dentro de si mesmo, como doença física (Sensky et al., 1996).

Partindo destas evidências, Sensky e colaboradores (1996) elaboraram um estudo para testarem as seguintes hipóteses: (1) os UF, comparativamente com os UNF, são mais propensos a fazer uma atribuição somática e menos propensos a fazerem atribuições normalizadoras; (2) dado um sintoma corporal juntamente com uma atribuição somática, os UF terão maior dificuldade do que os UNF para procurar explicações para comprovar que a atribuição patológica é falsa. De acordo com os autores, os resultados forneceram suporte parcial para as duas hipóteses, verificando-se que os UF geraram um número significativo menor de explicações normalizadoras para uma série de sensações corporais comuns em comparação com os UNF, contudo os dois grupos não deferiram nas suas atribuições somáticas.

Os sintomas medicamente inexplicáveis e a procura de cuidados de médicos parecem estar relacionados com o estilo de apego inseguro, segundo Taylor, Marshall, Mann e Goldberg (2012). Os autores realizaram uma investigação com uma amostra de 410 pacientes com sintomas medicamente inexplicáveis, revelando uma associação significativa entre o estilo de apego inseguro e a utilização frequente, mesmo depois de ajustadas as variáveis sociodemográficas, presença de doença física crónica e *baseline* da função física. Taylor e colaboradores (2012) conceptualizam que as elevadas taxas de utilização dos pacientes com

sintomas medicamente inexplicáveis consistem num comportamento patológico de procura de cuidados ligado ao estilo de apego inseguro.

Numa amostra de 2719 utentes pertencentes a seis centros de saúde, as variáveis gravidade dos problemas de saúde e número de problemas de saúde relatados foram preditores da utilização frequente (considerada como cinco ou mais consultas num ano; Little et al., 2001). Após o controle de variáveis sociodemográficas, problemas médicos relatados, gravidade dos problemas de saúde, e outros fatores de confusão, Little e colaboradores (2001) observaram que a utilização frequente era mais provável em pessoas com sintomas medicamente inexplicáveis, com ansiedade face à saúde e com perceção pobre da saúde. A utilização era menos provável em pessoas com atitudes negativas para com o uso repetido de cirurgias ou para com os médicos, naqueles que recorrem primeiro às farmácias e que consomem álcool (entre 0, 1, 2, 3 ou mais unidades por dia). No mesmo estudo, verificou-se ainda, que a ansiedade e depressão foram preditores da perceção de saúde, de sintomas medicamente inexplicáveis e de ansiedade face à saúde.

As crenças acerca de doença também têm sido apontadas como uma variável que influencia o aumento da utilização dos cuidados de saúde. Num estudo sobre o uso dos cuidados de saúde e as perceções dos pacientes sobre a doença, verificou-se uma associação entre a elevada utilização dos cuidados de saúde e uma forte identidade de doença, preocupação com a doença, perspetiva de longa duração, crença de que os sintomas possuem consequências sérias e *distress* emocional (Frostholm et al., 2005).

Um outro estudo também se focou nas crenças acerca da doença/saúde, tendo sido realizado com 236 UF e 420 UNF, pertencentes a um centro de saúde em Granada (Espanha), que presta cuidados médicos a 24.000 utentes (Bellón, Delgado, Luna, & Lardelli, 1999). Os autores do estudo observaram que a disfunção familiar e a perceção de maior suscetibilidade e gravidade da doença estavam significativamente associadas à utilização frequente. No entanto, os resultados revelam que a saúde mental é a variável com a associação mais forte com a utilização frequente.

A literatura sugere que a baixa qualidade de vida física é um forte preditor da utilização frequente de cuidados de saúde. Um estudo com uma amostra de 1118 utentes revelou que baixas pontuações no questionário SF-12 foram fortemente associados com a futura utilização frequente, tanto a 12 como a 24 meses (Rifel et al., 2013). Também num outro estudo, com uma amostra de 2160 utentes pertencentes aos CSP da Eslovénia, observou-se que os UF têm uma baixa perceção de qualidade de vida (Kersnik, Svab, & Vegnuti, 2001). Contudo, um estudo realizado em Itália, mas com uma amostra significativamente mais pequena (N = 100),

sugere que apesar da percepção de qualidade de vida ser significativamente mais baixa nos UF, esta deixa de ser significativa após o ajustamento das variáveis sociodemográficas (Ferrari, Galeazzi, Mackinnon, & Rigatelli, 2008). No mesmo estudo, também se observou que a comorbilidade psiquiátrica era mais frequente no grupo de UF, bem como o número médio de síndromes psicossomáticas (4 no o grupo de UF e 1 no grupo de controlo). Para além destas evidências, Ferrari e colaboradores (2008), verificaram que alguns sintomas somáticos funcionais secundários a uma perturbação psiquiátrica, tais como comportamento tipo A, humor irritável e desmoralização, se encontravam significativamente associadas com a utilização frequente.

O suporte social parece proteger os indivíduos dos efeitos negativos do stresse, sendo que um suporte social baixo surge associado ao aumento de morbilidade e mortalidade (Kawachi et al., 1996; Leserman et al., 1999; Orth-Gomer, Rosengren, & Wilhelmsen, 1993; Van Den Akker, Buntinx, Metsemakers, Van Der Aa, & Knottnerus, 2001; cit. in Bergh, Baigi, Fridlund, & Maklund, 2006). O suporte social protege os indivíduos contra o *distress* emocional (Paulsen & Shaver, 1991) e o desenvolvimento de perturbações mentais, especialmente perturbações de humor unipolares (Dalgard, Bjork, & Tambs, 1995; Paykel, 1994). A proporção de UF é elevada entre pessoas solteiras e decresce com o tamanho da família (Courtenay, Curwen, Dawe, Robinson, & Stern, 1974), o que sugere que o suporte social influencia a procura de cuidados de saúde. Numa meta-análise sobre a utilização frequente dos cuidados de saúde, a falta de suporte social e o isolamento social aparecem associados à utilização frequente de cuidados médicos (Vedsted & Christensen, 2005).

No entanto, parece haver poucas investigações na atualidade que avaliem a associação entre suporte social e a utilização frequente nos cuidados de saúde. Da pesquisa realizada resultaram apenas dois estudos. Um dos estudos, levado a cabo por Kouzis e Eaton (1998), revela que o suporte social juntamente com o *distress* emocional tem efeito sobre a utilização de cuidados de saúde. O outro estudo, realizado por Bergh e colaboradores (2006), aponta no sentido contrário. Os autores não encontraram uma influência significativa entre suporte social e utilização frequente, verificando que o suporte social é tão forte entre os UF como no grupo de controlo.

Relativamente à ansiedade face à morte e a utilização frequente de cuidados médicos, apenas um estudo avaliou essa relação. Koskela e colaboradores (2010) evidenciaram, pela primeira vez, que o medo da morte é um fator de risco preditor da utilização frequente persistente entre os UF.

3.3 Outras Variáveis Associadas à Utilização Frequente

Para além das características dos pacientes, as características dos profissionais de saúde e a estrutura e funcionamento do sistema de saúde também exercem influência na utilização frequente de cuidados de saúde (Robles et al., 2009).

Existem alguns dados sobre o perfil emocional dos médicos, decorrente das consultas com os UF. Bellón e Fernández-Asensio (2002) realizaram um estudo com 91 médicos, pertencentes a 42 centros de saúde de 10 diferentes províncias de Espanha. As emoções predominantes nos médicos foram impotência e não saber o que fazer. Emoções positivas foram associadas a médicos mais novos e com o pensamento “Este paciente precisa mesmo de mim.”. Sentimentos de falta de controlo foram associados a centros de saúde rurais e aos pensamentos “Ó Meu Deus, ele/ela outra vez!” e “Este paciente é mesmo uma pena”. Emoções ansiogénicas foram associadas a maior carga de trabalho, solicitação de exames, solicitação para ver o médico fora das horas de trabalho, e associadas ainda aos pensamentos “Ó Meu Deus, ele/ela outra vez!” e “Eu penso que este paciente está a tentar usar-me”. Sentimentos de culpa foram associados a menor perceção de capacidade para resolver os problemas dos pacientes e a pobre relação paciente-médico. Tristeza foi associada com mais frequência à realização de encaminhamentos para especialistas.

Vários fatores na relação médico-paciente podem contribuir para a presença frequente nos cuidados de saúde primários. Os médicos podem, involuntariamente, contribuir para a exacerbação de sintomas inexplicados clinicamente através de diversas recomendações de tratamentos desnecessários, múltiplas investigações e incapacidade para transmitir segurança (Page & Wessely, 2003; cit. in Pickvance et al., 2004). Especificamente na síndrome do intestino irritável, a interação negativa médico-paciente foi considerada um fator preditivo de utilização cada vez mais frequente dos cuidados de saúde (Owens, Nelson, & Talley, 1995; cit. in Pickvance et al., 2004).

Com efeito, vários fatores podem influenciar o conteúdo dos encontros médico-paciente, incluindo as características e severidade dos sintomas do paciente, o nível de preocupação do paciente, o estilo interpessoal do paciente, o estilo de entrevista do médico, a complexidade das dificuldades médicas e psicossociais do paciente e o nível de conforto e confiança entre o paciente e o médico (Neal, Heywood, & Morley, 2000; Roter & Hall, 1987; cit. in Smucker, Zink, Susman, & Crabtree, 2001).

3.4 Intervenções Para Reduzir a Utilização Frequente dos Serviços de Saúde

Pickvance e colaboradores (2004) consideram inadequado a redução do atendimento como objetivo em si, devido às evidências de que os pacientes que recorrem frequentemente aos serviços de saúde são pacientes muitas vezes psicologicamente angustiados. Acreditam que o objetivo deverá passar mais pelo reconhecimento e avaliação desses pacientes, dando o exemplo, de que pessoas somatizadoras podem beneficiar mais de consultas frequentes com um número reduzido de clínicos que as conheçam, evitando procedimentos médicos invasivos ou cirurgias.

Neste sentido, apresenta-se de seguida dois estudos que avaliaram a eficácia de intervenções nos UF com o objetivo de melhorar o seu estado de saúde, mas que não avaliaram o seu efeito na frequência das consultas médicas.

Matalon, Yaphe, Nahmani, Portuguese-Chitrit e Maoz (2009) avaliaram o efeito de uma intervenção biopsicossocial em 100 UF, tendo esta como objetivos melhorar os sentimentos de bem-estar, a perceção de saúde e os indicadores de saúde. A intervenção englobava uma entrevista narrativa, terapia Cognitiva-Comportamental, técnicas de redução de stresse e farmacoterapia. Os autores concluíram que a intervenção biopsicossocial produziu um efeito positivo sobre o estado funcional de saúde e sobre a perceção de saúde. Contudo não avaliaram os seus efeitos na utilização de cuidados médicos.

Na Alemanha foi realizado um estudo para avaliar a eficácia de um programa sistemático de gestão da depressão em UF dos CSP (Berghofer et al., 2012). Um total de 31 médicos de família participaram no estudo, bem como 63 pacientes considerados como UF e com sintomas depressivos. Dos 63 pacientes, 19 integraram o grupo de intervenção e 44 o grupo de controlo. A intervenção decorria em seis meses e consistia numa combinação entre um tratamento antidepressivo e o conceito de cuidados colaborativos, incluindo o rastreio sistemático, monitorização e gestão de cuidados por uma equipa de profissionais de saúde. O grupo de intervenção recebia o tratamento antidepressivo e um folheto informativo que incluía informações sobre causas, sintomas e curso de depressão e recomendações para encorajar os pacientes a participar em atividades. Este grupo também recebia chamadas telefónicas estruturadas de duas em duas semanas, conduzidas por um membro qualificado da área de saúde de cuidados primários. Durante as chamadas, os pacientes eram questionados sobre se possuíam suprimentos suficientes de medicação e se tinham experienciado quaisquer efeitos secundários, e eram lembrados sobre a sua próxima consulta médica. As chamadas foram planeadas para durar cerca de cinco a dez minutos cada e foram realizadas sempre pelo

mesmo membro da equipa. O grupo de controlo recebia os cuidados médicos usuais, consistindo em tratamento antidepressivo. Os autores do estudo (Berghofer et al., 2012) concluíram que o programa de intervenção para a depressão em UF dos CSP mostrou superioridade ao tratamento médico usual em relação à autoavaliação dos pacientes (*Brief Psychiatric Health Questionnaire*). Contudo, não evidenciaram diferenças significativas entre as duas intervenções em relação à avaliação médica (*Hamilton Depression Rating scale*).

Smits e colaboradores (2008) realizaram uma revisão bibliográfica e constatam que existe carência de estudos que avaliem intervenções nos UF, verificando que não há evidências de que é possível influenciar a utilização dos serviços de saúde pelos UF. Os autores referem que o tratamento de perturbação depressiva major poderá melhorar os sintomas e a qualidade de vida dos UF depressivos, no entanto não irá reduzir as suas taxas de consultas dentro de um ano. Desta forma, apesar de existir um crescente conhecimento do fenómeno da utilização frequente de cuidados de saúde, ainda permanecem obscuras as maneiras pelas quais os padrões disfuncionais de uso de serviços podem ser alterados (Pickvance et al., 2004).

Em suma, ao longo deste último ponto da conceptualização teórica, observa-se que a utilização frequente dos CSP ocorre numa pequena percentagem de utentes, designados de UF. Estes constituem um grupo heterogéneo, dividindo os autores quanto à questão do comportamento frequente de procura de cuidados de saúde se tratar de um fenómeno persistente ou transitório. Outros autores postulam tanto a presença de um comportamento frequente persistente como transitório de procura de cuidados de saúde, ao estudarem os Utilizadores Frequentes Temporários e os Utilizadores Frequentes Persistentes.

Verifica-se que a utilização frequente dos CSP encontra-se associada a fatores sociodemográficos, clínicos e psicossociais dos pacientes, embora as variáveis demográficas (género e idade) só apareçam associadas à utilização frequente em estudos que não estratificam os utentes por género e idade. Em diversos estudos, os UF apresentam mais morbidade física e psiquiátrica, mais *distress* emocional e dificuldades sociais (e.g., desemprego). Para além das características dos utentes, existem outras variáveis que influenciam a utilização frequente dos CSP, como as características dos médicos e dos serviços de saúde, e a relação médico-paciente. Por último, constata-se que existem poucas investigações que estudem o impacto de intervenções com os UF, com o objetivo de reduzir a utilização frequente de cuidados de saúde

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

No segundo capítulo é apresentado o estudo empírico, estando dividido em quatro pontos. No primeiro ponto descreve-se a metodologia utilizada na condução do estudo apresentado. Neste sentido, expõe-se os objetivos e o desenho de investigação, as variáveis em estudo e as hipóteses. Seguidamente, aborda-se os procedimentos de recolha de dados, no qual se especifica o *setting* onde se desenrolou o estudo, os critérios utilizados na identificação dos Utilizadores Frequentes (UF) e o tipo de consultas contabilizadas. Apresenta-se também a caracterização da população e amostra estudada, bem como os instrumentos de avaliação utilizados. Por último, descreve-se os procedimentos de análise dos dados.

No segundo ponto são descritos os resultados obtidos no presente estudo, de acordo com os objetivos delineados e com as hipóteses previamente formuladas. Primeiramente, são apresentadas as percentagens de utilização de consultas de medicina familiar dos UF e dos Utilizadores Não Frequentes (UNF). Seguidamente, são apresentados os dados referentes às estatísticas descritivas nas variáveis psicossociais estudadas para as duas subamostras (UF e UNF). Posteriormente, são expostos os resultados relativos à estatística inferencial, resultantes da testagem das hipóteses. Por último, são apresentados os resultados obtidos nas análises exploratórias.

O terceiro ponto é dedicado à discussão dos resultados apresentados anteriormente. Inicialmente é apresentada a discussão dos resultados relativos às percentagens de utilização de consultas médicas pelos Utilizadores Frequentes e Utilizadores Não Frequentes (UNF). Segue-se a discussão dos resultados dos testes de hipóteses, referentes às características psicossociais do grupo de UF com base na comparação com o grupo de UNF. Por último, realiza-se a discussão dos resultados das análises exploratórias.

O último ponto refere-se à conclusão integrativa do estudo empírico, refletindo-se as limitações do estudo e as implicações futuras.

1. Metodologia

1.1 Objetivos e Desenho de Investigação

Os objetivos da investigação foram delineados com base na revisão da literatura de investigações empíricas na temática da utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Partiu-se para esta investigação com a seguinte questão: os utentes que mais recorrem às consultas com o médico de família apresentam características distintivas, que influenciam o seu comportamento de procura de cuidados de saúde, relativamente aos utentes que menos recorrem às consultas?

Neste sentido, o *objetivo geral* da presente investigação prende-se com o estudo da utilização frequente dos CSP, mais especificamente a utilização frequente de consultas com o médico de família. Os *objetivos específicos* que orientam esta investigação são: i) determinar as percentagens de consultas médicas utilizadas pelos Utilizadores Frequentes (UF) e pelos Utilizadores Não Frequentes (UNF) durante o período de 2011; ii) caracterizar os UF em relação a variáveis psicossociais, como perceção de saúde, queixas subjetivas de saúde, representações de doença, ansiedade face à morte, sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e somatização) e suporte social, com base na diferenciação com uma subamostra de UNF; iii) estudar a variável número de consultas médicas e as variáveis psicossociais em função das habilitações literárias e das variáveis clínicas; e iv) contribuir com pistas para o desenvolvimento de linhas orientadoras que promovam uma correta identificação dos UF, bem como para futuras intervenções nestes pacientes de forma a reduzir a utilização ou a integrá-los de forma mais adequada nos serviços de saúde.

De acordo com o exposto, conceptualizámos um estudo observacional-descritivo, transversal, com comparação de grupos. O estudo enquadra-se dentro da categoria de estudos prospetivos, com uma variável independente e desenho simples (Montero & León, 2007), uma vez que todos os participantes foram selecionados e agrupados de acordo com o valor da variável independente, sendo os grupos posteriormente comparados nas variáveis dependentes.

1.2 Variáveis em Estudo

As variáveis estudadas nesta investigação podem agrupar-se em variáveis psicossociais, variáveis clínicas e variáveis sociodemográficas.

Variáveis psicossociais: percepção geral de saúde, nomeadamente, percepção de saúde atual, percepção de saúde passada, preocupação com a saúde e atitude para com a ida ao médico; queixas subjetivas de saúde, agrupados em dores músculo-esqueléticas, alergias, problemas gastrointestinais, pseudoneurologia e gripe; sintomatologia psicopatológica, referente a sintomas de ansiedade, depressão e somatização; ansiedade face à morte; satisfação com o suporte social, agrupada em satisfação com os amigos, percepção de suporte social íntimo, satisfação com a família e atividades sociais; e representações de doença, como consequências, duração, controlo pessoal, controlo pelo tratamento, identidade, preocupação, compreensão e resposta emocional.

Variáveis clínicas: motivo da procura de cuidados médicos; doenças diagnosticadas; consumo de medicamentos; isenção das taxas moderadoras; número de cirurgias; índice de massa corporal; e utilização de outros serviços de saúde.

Variáveis sociodemográficas: género; idade; estado civil; habilitações literárias; número de filhos; número de elementos do agregado familiar; rendimento mensal aproximado do agregado familiar; área de residência; profissão; e estatuto profissional.

1.3 Hipóteses

As hipóteses formuladas nesta investigação prendem-se com a identificação de variáveis psicossociais num grupo de UF, comparando-o com um grupo de UNF.

Hipótese 1: Preveem-se diferenças significativas entre o grupo de UF e o grupo de UNF ao nível da percepção geral de saúde, evidenciando o primeiro uma menor percepção de saúde atual, menor percepção de saúde passada, uma atitude mais negativa para com a ida ao médico e níveis maiores de preocupação com a saúde.

Hipótese 2: Preveem-se diferenças significativas entre o grupo de UF e o grupo de UNF quanto às queixas subjetivas de saúde, evidenciando o primeiro grupo níveis mais elevados.

Hipótese 3: Preveem-se diferenças significativas nas representações de doença entre o grupo de UF e o grupo de UNF, evidenciando o primeiro grupo uma maior percepção de

sintomas de doença (identidade), uma maior preocupação com a doença, uma percepção mais crónica da doença (duração), percepção de maior gravidade da doença (consequências), mais *distress* emocional (resposta emocional) e menor percepção de controlo pessoal.

Hipótese 4: Preveem-se diferenças significativas entre os dois grupos quanto aos níveis de ansiedade face a morte, evidenciando os UF níveis mais elevados do que os UNF.

Hipótese 5: Preveem-se diferenças significativas entre o grupo de UF e o grupo de UNF relativamente à sintomatologia psicopatológica, referente a sintomas de ansiedade, depressão e somatização, evidenciando o primeiro grupo níveis mais elevados.

Hipótese 6: Preveem-se diferenças significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre os dois grupos, evidenciando os UF uma menor percepção.

1.4 Procedimento de Recolha dos Dados

A população à qual se destinou este estudo foi constituída por utentes inscritos, até ao ano de 2011, na USF S. Nicolau, com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos de idade. A recolha dos dados junto desta população foi sempre pautada com o cumprimento dos requisitos éticos exigidos nas investigações, de forma a garantir uma participação livre e informada dos participantes.

Obtida autorização da ARS Norte para a realização deste estudo (ver Anexo I), foi pedida autorização, por escrito, à Coordenadora da USF S. Nicolau. Diferido o pedido (ver Anexo II), foi marcada uma reunião com a Coordenadora para apresentação de explicações adicionais do estudo, bem como a importância de aceder à lista de pacientes desta unidade e ao número de consultas realizadas pelos mesmos durante o ano de 2011, de forma a identificar os UF.

A amostra de utentes foi selecionada através de um processo de amostragem não probabilístico, por conveniência, tendo estes sido distribuídos por dois grupos: UF e UNF. A explicação de como se procedeu à identificação dos dois grupos será dada posteriormente (ver ponto 1.4.2). No que diz respeito aos critérios de inclusão, na amostra constam apenas utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos de idade, inscritos na unidade até ao ano

de 2011, com capacidades de leitura e/ou compreensão da língua portuguesa e que não estejam a participar noutras investigações.

Os participantes foram contactados diretamente na sala de espera da unidade, sendo apresentado o estudo oralmente e solicitada a sua colaboração no mesmo. Foi sublinhado o carácter voluntário da participação na investigação, bem como a confidencialidade dos dados. Aos participantes que aceitaram participar neste estudo foi entregue um consentimento informado (ver Anexo III), no qual consta informação pormenorizada acerca do âmbito e finalidade do estudo em questão. Como este documento representa uma forma de “contrato” entre investigador e participante, cada parte ficou com uma via assinada por ambos.

A administração dos questionários foi feita em hetero-relato, devido à baixa escolaridade dos participantes. Desta forma, a investigadora leu os itens do questionário em voz alta, sem dar explicações adicionais, de forma a evitar um viés de administração. Este processo de recolha decorreu entre o ano de 2012 e 2013.

A taxa de participação neste estudo foi de 80.8% (147 participantes). Os motivos dados pelos utentes para a recusa em participar no estudo foram variadas, destacando-se a falta de disponibilidade de tempo e vontade (35 sujeitos). Sete dos 147 participantes foram excluídos porque a sua inscrição na unidade foi posterior ao ano de 2011.

1.4.1 *Setting*

Os dados foram recolhidos na USF S. Nicolau, que consiste numa unidade de prestação de cuidados de saúde primários, individuais e familiares, e assenta numa equipa multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Esta USF foi inaugurada em Julho de 2008, apresentando as suas instalações na Extensão Amorosa, sendo parte integrante do Centro de Saúde de Guimarães. A USF integra 8 médicos de família, com especialidade em medicina geral e familiar, abrangendo 15.166 utentes, no ano de 2011.

1.4.2 Critérios Utilizados na Identificação dos Utilizadores Frequentes

A investigação adotou os critérios propostos por Smits e colaboradores (2008) para identificar os UF da USF S. Nicolau. Os autores consideram que o melhor método, como já referido no capítulo anterior, consiste no uso de grupos divididos por género e por pequenas categorias de idades. Assim, os UF são os utentes de cada grupo que se encontram nos 10% daqueles que mais utilizam os serviços de saúde.

Deste modo, para identificar os UF da presente investigação procedeu-se ao levantamento de todos os utentes da USF (12.287), com idades compreendidas entre os 18 e os 90 anos de idade, bem como ao número de consultas efetuadas pelos mesmos durante o ano de 2011.¹ Seguidamente, fez-se a estratificação dos utentes por género e idade. Quanto à idade esta foi dividida em três categorias: 18-40 anos de idade; 41-64 anos de idade; e 65-90 anos de idade. Posteriormente, foram identificados os UF dentro de cada grupo de utentes, devendo estes corresponder àqueles utentes que se encontram no rácio 10% dos que mais recorreram às consultas com o seu médico de família. Contudo, não foi possível fazer um ponto de corte nos 10%, uma vez que tal implicaria agrupar utentes com o mesmo número de consultas em ambos os grupos – grupo de UF e grupo de UNF. Para o efeito, procurou-se para cada grupo de utentes o ponto de corte possível, que mais se aproximasse dos 10%. Os pontos de corte utilizados para cada grupo de utentes foram os seguintes (ver tabela 1.1):

- para o grupo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, o ponto de corte situou-se nos 8.2%, que corresponde a utentes com 6 ou mais consultas;
- para o grupo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, o ponto de corte situou-se nos 11%, que corresponde a utentes com 4 ou mais consultas;
- para o grupo feminino, com idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos, o ponto de corte situou-se nos 9.6%, que corresponde a utentes com 10 ou mais consultas;
- para o grupo masculino, com idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos, o ponto de corte situou-se nos 9.8%, que corresponde a utentes com 8 ou mais consultas;
- para o grupo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos, o ponto de corte situou-se nos 8.5%, que corresponde a utentes com 13 ou mais consultas;
- para o grupo masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos de idade, o ponto de corte situou-se nos 8.7%, que corresponde a utentes com 12 ou mais consultas.

¹ A lista de utentes inscritos em 2011 na USF e as consultas efetuadas por cada utente no mesmo ano foram retiradas do programa estatístico Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIMUF). Estas informações foram recolhidas com a permissão da ARS Norte e da Coordenadora da unidade.

TABELA 1.1

Pontos de corte e números mínimos de consultas utilizados na identificação dos UF de cada grupo, estratificado por gênero e idade

Grupos	Ponto de corte (%)	Número mínimo de consultas
Feminino		
18-40 anos de idade	8.2	6 ou +
41-64 anos de idade	9.6	10 ou +
65-90 anos de idade	8.5	13 ou +
Masculino		
18-40 anos de idade	11	4 ou +
41-64 anos de idade	9.8	8 ou +
65-90 anos de idade	8.7	12 ou +

1.4.3 Tipo de Consultas Contabilizadas

Um critério importante que se deve definir quando se está a realizar um estudo sobre UF é o tipo de consultas contabilizadas para identificar os UF. Neste estudo, contabilizaram-se tanto as consultas presenciais como as não presenciais (e.g., consultas para prescrição de medicamentos). Dentro das consultas presenciais, foram contabilizadas as consultas de “Saúde de Adultos”, “Consulta Aberta”, “Diabetes” e “Hipertensão”, tendo-se excluído as consultas de “Saúde Materna” e de “Planeamento Familiar”.

1.5 População e Amostra

A caracterização da população será descrita por grupos de utilizador, relativamente às variáveis género, idade e número de consultas. Também se apresenta as percentagens de UF e de UNF nas listas de utentes de cada médico de família. Seguidamente, será apresentada a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra em estudo, por grupos de UF e de UNF. Para o efeito, foram realizados testes de diferenças (*qui-quadrado*) entre os grupos para variáveis categóricas, tendo-se recorrido ao teste de *Fisher* quando os pressupostos para a realização do teste *qui-quadrado* não se cumpriam (presença de frequências esperadas menores do que 5 para cada célula).

1.5.1 Caracterização da População de Utentes da USF

A população é constituída por 12.287 utentes inscritos na USF S. Nicolau, sendo que 1168 (9.5%) utentes são UF e 11.119 (90.5%) são UNF. As características da população encontram-se na tabela 1.2.

Relativamente ao género, 580 (49.7%) UF são do género feminino e 588 (50.3%) UF são do género masculino, correspondendo nos UNF a 6.012 (54.1%) do género feminino e a 5107 (45.9%) do género masculino.

Quanto à idade, verifica-se que as médias são muito idênticas para os dois grupos de utilizadores. Os UF têm uma média de idade de 47.73 (DP = 16.68), variando entre os 19 e os 90 anos de idade. Os UNF possuem uma média de idade de 45.76 (DP = 17.26), variando entre os 18 e os 90 anos de idade. A variável idade foi categorizada entre os 18 e 40 anos, os 41 e 64 anos e os 65 e 90 anos. Observa-se que em ambos os grupos o número de utentes é inferior para as idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos de idade. Dos UF, 506 (43.3%) têm menos que 41 anos de idade, 490 (42.0%) têm menos que 65 anos e 172 (14.7%) têm entre 65 e 90 anos de idade, correspondendo no grupo de UNF a 4705 (42.3%), a 4590 (41.3%) e a 1824 (16.4%), respetivamente.

No que concerne ao número de consultas de clínica geral e familiar que os utentes realizaram em 2011, estas dividem-se em consultas com o seu médico de família e em consultas com outro médico de família; o primeiro tipo de consultas engloba as consultas categorizadas como “Saúde de Adultos”, “Diabetes” e “Hipertensão” e o segundo tipo de consultas apenas inclui as consultas categorizadas como “Consulta Aberta”. Quanto às consultas com o seu médico de família, verifica-se que os UF apresentam uma média de consultas bastante superior aos UNF, correspondendo a uma média de 8.47 (DP = 4.79) para os UF, variando entre 0 e 28 consultas e a uma média de 1.96 (DP = 2.37) para os UNF, com uma variação entre 0 e 12 consultas. Também relativamente às consultas com outro médico de família, a média é superior para os UF (M = 2.04; DP = 2.81) comparativamente com os UNF (M = .41; DP = 1.03), verificando-se ainda, que o número de consultas varia entre 0 e 27 para os UF e entre 0 e 10 para os UNF. No que respeita ao total de consultas realizadas, os UF apresentam uma média de consultas de 10.51 (DP = 4.65), tendo realizado entre 4 e 34 consultas. Os UNF realizaram em média de 2.36 consultas (DP = 2.64), variando entre 0 e 12 consultas.

A distribuição dos UF por médico de família varia entre 8.0% e 16.9%. Já em relação aos UNF, a distribuição situa-se aproximadamente nos 12% para cada médico de família.

TABELA 1.2

Caracterização da população por grupo (N = 12.287)

Características	Grupo UF (n = 1168)				Grupo UNF (n = 11.119)			
	n	%	M	DP	n	%	M	DP
Gênero								
Feminino	580	49.7	-	-	6012	54.1	-	-
Masculino	588	50.3	-	-	5107	45.9	-	-
Idade	-	-	47.73	16.68	-	-	45.76	17.26
Idade Categorizada								
18-40	506	43.3	-	-	4705	42.3	-	-
41-64	490	42.0	-	-	4590	41.3	-	-
65-90	172	14.7	-	-	1824	16.4	-	-
Consultas com o médico de família	-	-	8.47	4.79	-	-	1.96	2.37
Consultas com outro médico de família	-	-	2.04	2.81	-	-	.41	1.03
Total de consultas de medicina geral e familiar	-	-	10.51	4.65	-	-	2.36	2.64
Listas de utentes de cada médico de família								
Médico 1	176	15.1	-	-	1383	12.4	-	-
Médico 2	141	12.1	-	-	1334	12.0	-	-
Médico 3	139	11.9	-	-	1386	12.5	-	-
Médico 4	139	11.9	-	-	1417	12.7	-	-
Médico 5	94	8.0	-	-	1425	12.8	-	-
Médico 6	117	10.0	-	-	1407	12.7	-	-
Médico 7	164	14.0	-	-	1415	12.7	-	-
Médico 8	197	16.9	-	-	1333	12.0	-	-
Sem médico de família	1	.1	-	-	19	.2	-	-

1.5.2 Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra é constituída por 140 utentes, sendo que 40 sujeitos pertencem ao grupo de UF e 100 ao grupo de UNF, correspondendo a 28.6% e 71.4% da amostra total, respetivamente. As características sociodemográficas encontram-se na tabela 1.3.

O grupo de UF é constituído por 25 sujeitos do género feminino (62.5%) e 15 do género masculino (37.5%). Já o grupo de UNF é composto por 72 sujeitos do género feminino (72.0%) e 28 do género masculino (28.0%). Não foram encontradas diferenças significativas ao nível do género entre os dois grupos ($\chi^2(1) = 1.21, p = .271$).

Relativamente à idade, esta foi categorizada em 3 grupos, verificando-se que o grupo com idade compreendida entre os 41 e os 64 anos é o mais representado em ambos os grupos de utilizadores, correspondendo a 50% de cada subamostra. No grupo de UF, 22.5% dos participantes possuem idades compreendidas entre os 18 e 40 anos de idade e no grupo de

UNF corresponde a 30.0%. Para as idades compreendidas entre os 64 e os 90 anos de idade, o grupo de UF possui 27.5% de participantes com esta faixa etária e o grupo de UNF apresenta 20%. As diferenças de idades entre os dois grupos não são significativas ($\chi^2 (2) = 1.30, p = .521$).

Quanto às habilitações literárias, constata-se que os sujeitos do grupo de UF possuem menos estudos comparativamente ao grupo de UNF, tendo-se encontrado diferenças significativas entre os dois grupos ($\chi^2 (3) = 8.97, p = .030$). No grupo de UF, 62.5% dos sujeitos possui o 1.º ciclo ou menos, 22.5% o 2.º ou 3.º ciclo, 12.5% o 12.º ano e apenas 2.5% apresentam o ensino superior. No grupo de UNF, 38.0% dos sujeitos tem o 1.º ciclo ou menos, 26.0% o 2.º ou 3.º ciclo, 21.0% o 12.º ano e 15.0% possui o ensino superior.

No que concerne ao estatuto profissional, o grupo de UNF apresentam mais participantes no ativo, correspondendo a 45.0% e no grupo de UF a percentagem é de 27.5. Já em relação às reformas e desemprego verifica-se o contrário, sendo que 45.0% dos participantes do grupo de UF e 31.0% do grupo de UNF são reformados e 20.0% dos participantes do grupo de UF e 13.0% do grupo de UNF são desempregados. Para esta variável não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, $\chi^2 (3) = 5.07, p = .167$.

A maioria dos participantes das duas subamostras estão integrados em três grupos de profissões². No grupo dos UF 41.0% dos participantes são trabalhadores não qualificados, representando 20.4% dos participantes do grupo de UNF; 12.8% dos participantes do grupo UF e 18.2% do grupo de UNF são trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; e 17.9% do grupo de UF e 20.4% do grupo de UNF são trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores.

No que se refere ao estado civil, o grupo de UF possui 75.0% de casados, 5.0% de solteiros, 10.0% de divorciados ou separados e 10.0% de viúvos. O grupo de UNF contempla 58.0% de casados, 2.0% de uniões de facto, 25.0% de solteiros, 10.0% de divorciados ou separados e 5.0% de viúvos. Quanto ao número de filhos, verifica-se que no grupo de UF a média de filhos é de 2.2 (DP = 1.46), variando entre 0 e 6 filhos e no grupo de UNF a média é de 1.7 (DP = 1.68), variando entre 0 e 9 filhos. A maioria dos participantes dos grupos de UF e de UNF possui filhos, no entanto, a percentagem é significativamente maior no grupo de UF do que no grupo de UNF, correspondendo a 90.0% e 73.0%, respetivamente. A este nível encontrou-se diferenças significativas entre os dois grupos ($\chi^2 (1) = 4.79, p = .029$).

² As profissões dos participantes foram agrupadas de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, elaborada pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Quanto à área de residência, a maioria dos sujeitos em ambos os grupos reside em zona urbana, correspondendo a 72.5% dos sujeitos do grupo de UF e a 69.0% do grupo de UNF, não se registando diferenças significativas entre os dois grupos ($\chi^2 (1) = .17, p = .683$).

Relativamente ao agregado familiar, as médias referentes ao número de elementos que os compõem são de 2.7 (DP = .97) para o grupo de UF, com uma variação entre 1 e 5, e de 3.1 (DP = 1.20) para o grupo de UNF, assumindo valores entre 1 e 7. Quanto ao rendimento monetário mensal do agregado familiar constatou-se que não existem diferenças entre os grupos ($\chi^2 (3) = 2.63, p = .453$), sendo que uma grande parte dos participantes possuem um rendimento mensal baixo, variando entre menos do que 500€ e entre 500 e 1000€ (68.5% dos UF e 57.3% dos UNF).

TABELA 1.3

Caracterização sociodemográfica da amostra por grupo (N = 140)

Variáveis Sociodemográficas	Grupo UF (n = 40)		Grupo UNF (n = 100)		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Género					1.21	1	.271
Feminino	25	62.5	72	72.0			
Masculino	15	37.5	28	28.0			
Idade					1.30	2	.521
18-40	9	22.5	30	30.0			
41-64	20	50.0	50	50.0			
65-90	11	27.5	20	20.0			
Habilitações Literárias					8.97	3	.030
Sem estudos, 1.º ciclo incompleto ou completo	25	62.5	38	38.0			
2.º ciclo ou 3.º ciclo	9	22.5	26	26.0			
12.º ano	5	12.5	21	21.0			
Ensino superior	1	2.5	15	15.0			
Estado Civil					-	-	-
Solteiro	2	5.0	25	25.0			
Casado	30	75.0	58	58.0			
União de facto	0	0.0	2	2.0			
Divorciado, separado	4	10.0	10	10.0			
Viúvo	4	10.0	5	5.0			
Filhos					4.79	1	.029
Sim	36	90.0	73	73.0			
Não	4	10.0	27	27.0			
Estatuto Profissional					5.07	3	.167
Profissionalmente ativo	11	27.5	45	45.0			
Desempregado	8	20.0	13	13.0			
Reformado	18	45.0	31	31.0			
Outro	3	7.5	11	11.0			

(continua)

TABELA 1.3 (continuação)

Caracterização sociodemográfica da amostra por grupo (N = 140)

Variáveis Sociodemográficas	Grupo UF (n = 40)		Grupo UNF (n = 100)		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Grupos de Profissões					-	-	-
Grupo 1 <input type="checkbox"/>	1	2.6	5	5.1			
Grupo 2 <input type="checkbox"/>	0	0.0	11	11.2			
Grupo 3 <input type="checkbox"/>	3	7.7	3	3.1			
Grupo 4 <input type="checkbox"/>	3	7.7	4	4.1			
Grupo 5 <input type="checkbox"/>	7	17.9	21	21.4			
Grupo 6 <input type="checkbox"/>	0	0.0	2	2.0			
Grupo 7 <input type="checkbox"/>	5	12.8	20	20.4			
Grupo 8 <input type="checkbox"/>	2	5.1	4	4.1			
Grupo 9 <input type="checkbox"/>	16	41.0	20	20.4			
Sem profissão	2	5.1	8	7.3			
Área de Residência					.17	1	.683
Zona Urbana	29	72.5	69	69.0			
Zona Rural	11	27.5	31	31.0			
Rendimento Mensal do Agregado					2.63	3	.453
Menos de 500€	8	21.1	12	12.5			
Entre 500 e 1000€	18	47.4	43	44.8			
Entre 1000 e 1500€	6	15.8	16	16.7			
Mais de 1500€	6	15.8	25	26.0			

- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos
- Especialistas das atividades intelectuais e científicas
- Técnicos e profissões de nível intermédio
- Pessoal administrativo
- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- Trabalhadores não qualificados

Em suma, através da análise das variáveis sociodemográficas, observa-se que os dois grupos são equivalentes para a maioria das variáveis estudadas, tendo-se encontrado diferenças significativas para as variáveis habilitações literárias e ter ou não filhos, verificando-se que o grupo de UF tem uma maior percentagem de participantes com o 1.º ciclo ou menos comparativamente ao grupo de UNF, bem como uma maior percentagem de participantes com filhos. Estas diferenças serão tidas em conta na interpretação dos resultados.

1.5.3 Caracterização Clínica da Amostra

Decorrente do levantamento, na USF, do número de consultas realizadas pelos utentes em 2011, verificou-se que o grupo de UF realizou em média de 12.45 consultas (DP = 4.83), variando entre 4 a 30 consultas e o grupo de UNF consumiu em média 3.77 consultas (DP = 2.96), variando entre 0 e 12 consultas. Comparando estes dados com os dados fornecidos pelos participantes (questionou-se a cada participante a frequência da utilização de consultas de medicina familiar ao longo de um ano), constata-se que os dados fornecidos pelo grupo de UNF se aproximam aos dados obtidos na USF, não se tendo verificado o mesmo para o grupo de UF. Assim, no grupo de UF a média de consultas é de 6.67 consultas (DP = 4.89), flutuando entre 1 e 20 consultas e no grupo de UNF a média é de 3.56 (DP = 2.64), variando entre 0 e 12 consultas.

No que concerne aos motivos que levaram os participantes a recorrerem ao seu médico de família, estes são muito semelhantes nos dois grupos. Cerca de metade dos participantes das duas subamostras recorreram à consulta por iniciativa própria (45.9% e 49.0%) e nos restantes a consulta foi marcada pelo médico de família (55.0% e 51.0%). Não se evidenciaram diferenças significativas ao nível desta variável entre os dois grupos ($\chi^2 (1) = .18$, $p = .669$). Estes dados, bem como as restantes características clínicas das duas subamostras em estudo são apresentados na tabela 1.4.

Relativamente às taxas moderadoras, 65.0% dos inquiridos pertencentes ao grupo de UF são isentos das taxas moderadoras, correspondendo a 51.0% dos participantes do outro grupo. Não se registaram diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 (1) = 2.26$, $p = .133$).

Quanto a ser seguido em consulta de psicologia e/ou psiquiatra, a maioria dos participantes de ambas as amostras não estavam a ser seguidos em nenhuma das especialidades, destacando-se o grupo de UF relativamente às consultas de psiquiatria com uma percentagem de 17.5 participantes em acompanhamento. Também para estas duas variáveis, consulta de psicologia e consulta de psiquiatria, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos ($p = .471$ e $p = .237$, respetivamente).

No que se refere à presença de diagnóstico patológico ou psicopatológico, verifica-se uma proporção maior no grupo de UF, com uma percentagem de 92.5, variando entre 0 e 7 diagnósticos por participante (M = 2.95; DP = 1.70). Já no grupo de UNF, 66% apresenta algum tipo de diagnóstico, variando entre 0 e 6 diagnósticos por participantes (M = 1.40; DP = 1.44). Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos e ter ou não diagnósticos clínicos ($\chi^2 (1) = 10.32$, $p = .001$). De uma forma geral, o grupo de UF apresenta percentagens

superiores para as diversas patologias e psicopatologias, evidenciando-se diferenças significativas entre os grupos para as variáveis asma ou bronquite crónica ($p = .043$), dislipidemia ($\chi^2 (1) = 4.68, p = .030$), hipertensão arterial ($\chi^2 (1) = 5.66, p = .017$), patologias cardiovasculares ($p = .002$), patologia osteoarticulares ($p = .016$), sinusite ($p = .007$) e perturbações de humor (unipolar) ($\chi^2 (1) = 5.88, p = .015$).

Quanto ao consumo de fármacos, 90% dos participantes do grupo de UF consome fármacos, variando entre 0 e 12 fármacos ($M = 3.60; DP = 2.93$), correspondendo a 67.0% no grupo de UNF, com uma variação entre 0 e 8 fármacos ($M = 1.57; DP = 1.75$). Encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos e o consumo de fármacos ($\chi^2 (1) = 7.77, p = .005$).

Também, relativamente às cirurgias, verifica-se que o grupo de UF apresenta uma maior percentagem de participantes que foram submetidos a uma ou mais cirurgias. No grupo de UF a percentagem de indivíduos submetidos a cirurgias é de 85.0, variando entre 0 e 9 cirurgias ($M = 2.50; DP = 2.23$). Já para o grupo de UNF a percentagem é de 59.0, fluando entre 0 e 8 cirurgias ($M = 1.32; DP = 1.58$). Para esta variável também foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 (1) = 8.66, p = .003$).

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC)³, comparando os UF com os UNF, observa-se uma percentagem maior de UF com uma classificação de obeso, já para as classificações faixa normal e excesso de peso, são os UNF que apresentam uma percentagem maior de participantes. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos ($\chi^2 (2) = 3.42, p = .181$).

No grupo de UF a maioria dos sujeitos (82.5%) relatam utilizarem outros serviços de saúde, no grupo de UNF corresponde a metade dos participantes (49.5%). Existe diferenças significativas entre os grupos ao nível da utilização ou não de outros serviços de saúde ($\chi^2 (1) = 12.83, p = .000$). Quanto ao tipo de serviço de saúde, no grupo de UF, 63.6% dos sujeitos referem o hospital público, 18.2% o hospital privado e/ou clínicas privadas e 18.2% os serviços de saúde públicos e privados. No grupo de UNF, 40.8% dos sujeitos mencionam que utilizam o hospital público, 36.7% o hospital privado e/ou clínicas privadas e 22.4% utilizam ambos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ao nível do tipo de serviços de saúde ($\chi^2 (2) = 4.55, p = .103$).

³ Recorreu-se às orientações da Organização Mundial de Saúde para calcular e classificar o IMC (World Health Organization, 1998).

No âmbito da variável familiares⁴ com doenças médicas⁵, existem diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2(1) = 5.90$, $p = .015$). No grupo de UF, 71.8% dos participantes apresenta familiares com doença, apresentando um mínimo de 0 e um máximo de 4 familiares doentes ($M = 1.13$; $DP = 1.03$). Quanto ao grupo de UNF, a percentagem de participantes com familiares doentes é menor (49.0%), variando entre 0 e 6 familiares doentes ($M = .91$; $DP = 1.24$). Já no que se refere ao falecimento de familiares devido a doenças médicas, não se verificam diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2(1) = .73$, $p = .393$). No grupo de UF, 72.5% dos participantes apresentam história de falecimentos de familiares devido a doenças ($M = 1.18$; $DP = 1.17$), correspondendo a 65.0% no grupo de UNF ($M = .93$; $DP = .94$), em ambos os grupos, o número de familiares que faleceram devido a doença varia entre 0 e 5.

TABELA 1.4

Caracterização clínica da amostra por grupo (N = 140)

Variáveis Clínicas	Grupo UF (n = 40)		Grupo UNF (n = 100)		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Motivo da Consulta					.18	1	.669
Iniciativa própria	18	45.0	49	49.0			
Marcada pelo médico	22	55.0	51	51.0			
Taxas Moderadoras					2.26	1	.133
Isento	26	65.0	51	51.0			
Não isento	14	35.0	49	49.0			
Consulta Psicologia					-	-	.471
Sim	4	10.0	6	6.0			
Não	36	90.0	94	94.0			
Consulta Psiquiatria					-	-	.237
Sim	7	17.5	9	9.0			
Não	33	82.5	91	91.0			
Patologia ou Psicopatologia					10.32	1	.001
Sim	37	92.5	66	66.0			
Não	3	7.5	34	34.0			

(continua)

⁴ Apenas se refere a familiares próximos ou significativos ao participante.

⁵ Consideraram-se também as doenças não incapacitantes para a rotina diária do sujeito (e.g., diabetes).

TABELA 1.4 (continuação)

Caracterização clínica da amostra por grupo (N = 140)

Variáveis Clínicas	Grupo UF (n = 40)		Grupo UNF (n = 100)		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Patologias							
Asma ou bronquite crónica					-	-	.043
Sim	5	12.5	3	3.0			
Não	35	87.5	97	97.0			
AVC/AIT					-	-	.141
Sim	3	7.5	2	2.0			
Não	37	92.5	98	98.0			
Diabetes					.08	1	.783
Sim	8	20.0	18	18.0			
Não	32	80.0	82	82.0			
Dislipidemia					4.68	1	.030
Sim	16	40.0	22	22.0			
Não	24	60.0	78	78.0			
Dor crónica					-	-	.624
Sim	2	5.0	3	3.0			
Não	38	95.0	97	97.0			
Gastrite crónica					-	-	.070
Sim	3	7.5	1	1.0			
Não	37	92.5	99	99.0			
Hipertensão Arterial					5.66	1	.017
Sim	21	52.5	31	31.0			
Não	19	47.5	69	69.0			
Hipocoagulação					-	-	.471
Sim	4	10.0	6	6.0			
Não	36	90.0	94	94.0			
Patologia cardiovascular					-	-	.002
Sim	6	15.0	1	1.0			
Não	34	85.0	99	99.0			
Patologia oncológica					-	-	1.000
Sim	1	2.5	3	3.0			
Não	39	97.5	97	97.0			
Patologia osteoarticulares					-	-	.016
Sim	9	22.5	7	7.0			
Não	31	77.5	93	93.0			
Patologias da tiróide					-	-	.183
Sim	0	0.0	6	6.0			
Não	40	100.0	94	94.0			
Patologia venosa					-	-	.353
Sim	3	7.5	3	3.0			
Não	37	92.5	97	97.0			
Rinite					-	-	.195
Sim	6	15.0	7	7.0			
Não	34	85.0	93	93.0			
Sinusite					-	-	.007
Sim	6	15.0	2	2.0			
Não	34	85.0	98	98.0			
Outras patologias					2.55	1	.110
Sim	8	20.0	10	10.0			
Não	32	80.0	90	90.0			

Nota. AVC = acidente vascular cerebral; AIT = acidente isquémico transitório

(continua)

TABELA 1.4 (continuação)

Caracterização clínica da amostra por grupo (N = 140)

Variáveis Clínicas	Grupo UF (n = 40)		Grupo UNF (n = 100)		χ^2	Df	p
	n	%	n	%			
Psicopatologias							
Perturbações de humor (unipolar)					5.88	1	.015
Sim	11	27.5	11	11.0			
Não	29	72.5	89	89.0			
Perturbações de ansiedade					-	-	1.000
Sim	1	2.5	3	3.0			
Não	39	97.5	97	97.0			
Outras psicopatologias					-	-	.286
Sim	1	2.5	0	0.0			
Não	39	97.5	100	100.0			
Consumo de fármacos							
					7.77	1	.005
Sim	36	90.0	67	67.0			
Não	4	10.0	33	33.0			
Cirurgias							
					8.66	1	.003
Sim	34	85.0	59	59.0			
Não	6	15.0	41	41.0			
IMC							
					3.42	2	.181
Faixa normal	13	32.5	41	41.4			
Excesso de peso	14	35.0	40	40.4			
Obeso (classe I, II e III)	13	32.5	18	18.2			
Uso de outros serviços de saúde							
					12.83	1	.000
Sim	33	82.5	49	49.5			
Não	7	17.5	50	50.5			
Tipo de serviço de saúde							
					4.55	2	.103
Hospital público	21	63.6	20	40.8			
Hospital privado e/ou clínicas privadas	6	18.2	18	36.7			
Ambos	6	18.2	11	22.4			
Familiares com doença							
					5.90	1	.015
Sim	28	71.8	49	49.0			
Não	11	28.2	51	51.0			
Falecimento de familiares devido a doença							
					.73	1	.393
Sim	29	72.5	65	65.0			
Não	11	27.5	35	35.0			

Em conclusão, verifica-se que em relação às variáveis clínicas, existem algumas diferenças significativas entre os grupos, no que se refere à presença ou não de patologia(s) e/ou psicopatologia(s) em geral e em alguns grupos de patologias e psicopatologias, ao consumo de fármacos, à história de cirurgias, ao uso de outros serviços de saúde e à presença ou não de familiares com doença. No grupo de UF, constata-se uma percentagem mais elevada de participantes, comparativamente ao grupo de UNF, com uma ou mais patologias e/ou psicopatologias, com asma ou bronquite crónica, com dislipidemia, com hipertensão arterial, com patologias cardiovasculares, com patologias osteoarticulares, com sinusite, com perturbações de humor (unipolar), com consumo de fármacos, com história de cirurgias, com

uso de outros serviços de saúde e com familiares doentes. As diferenças encontradas entre os grupos serão tidas em conta na interpretação dos resultados.

1.6 Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos utilizados (ver Anexo IV) para medir as variáveis em estudo foram um questionário sociodemográfico e clínico desenvolvido para o efeito e os questionários de autorrelato que se apresentam em seguida:

- *Health Perception Questionnaire* (HPQ; Brook et al., 1979; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 1993);
- *Subjective Health Complaint* (SHC; Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999; versão portuguesa de Alves & Figueiras, 2008);
- *Brief Illness Perception Questionnaire* (Brief IPQ; Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; versão portuguesa de Araújo-Soares, Trovisqueira, & McIntyre, 2004);
- *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ; Conte, Weiner, & Plutchic, 1982; versão portuguesa de Barros, 1998);
- *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1999);
- *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999).

Obedeceu-se a critérios rigorosos para a seleção dos instrumentos de avaliação para o contexto de investigação. Foram selecionados apenas instrumentos validados para a população portuguesa e procedeu-se ao estudo das principais características psicométricas dos instrumentos, em termos de sensibilidade, fidelidade interna e validade de constructo. Esta última característica foi apenas estudada para o BSI. A descrição de cada instrumento com as respetivas características psicométricas estudadas será apresentada de seguida.

1.6.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário, de preenchimento breve, construído especificamente para esta investigação, foi o primeiro a ser utilizado, e teve como propósito recolher informação acerca

dos dados demográficos, sociais e clínicos das participantes. Os itens deste instrumento são constituídos por questões de resposta múltipla e de resposta breve. Quanto aos dados sociodemográficos, foram registadas informações como o género, idade, estado civil, composição do agregado familiar, número de filhos, habilitações literárias, área de residência, profissão, estatuto profissional e rendimento mensal aproximado. Relativamente à situação clínica foram registados: motivo da procura de cuidados médicos; doenças diagnosticadas; consumo de fármacos; isenção das taxas moderadoras; história de cirurgias; peso e altura; utilização de outros serviços de saúde; familiares doentes; e história de falecimentos de familiares devido a doença.

1.6.2 *Health Perception Questionnaire* (HPQ; Brook et al., 1979; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 1993)

O HPQ é um questionário que avalia a perceção geral de saúde e a sua orientação concetual baseia-se na saúde em geral ao invés de componentes específicos de saúde, como físico, social e mental (Ware, 1976).

Versão Original

Este instrumento foi inicialmente desenvolvido por Ware, Wright e Snyder (1974), tendo sido posteriormente revisto por Ware e Karmos (1976), constituindo a Forma II do HPQ. Nesta versão revista foi desenvolvida uma taxonomia de perceções gerais de saúde através dos dados da Forma I do HPQ, correspondendo a oito dimensões de perceção geral de saúde: *saúde anterior*; *saúde atual*; *expectativas de saúde*; *preocupações com a saúde*; *resistência/suscetibilidade à doença*; *inclinação para a doença*; *rejeição do papel de doente*; e *atitude para com a ida ao médico* (Ware, 1976; Ware, Davies-Avery, & Donald, 1978).

A Forma II do HPQ é constituída por 36 itens, que consistem em afirmações acerca da opinião pessoal em relação à saúde, sendo que as respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo *Likert*, variando de 1 a 5 (Ware, 1976; Ware et al., 1978). Pontuações elevadas representam uma perceção favorável, por exemplo, pontuações altas para a dimensão *saúde atual* indicam perceções de boa saúde atual, e pontuações elevadas na dimensão *resistência/suscetibilidade à doença* indicam perceção de resistência à doença, enquanto baixas pontuações indicam perceção de suscetibilidade à doença (Ware et al., 1978).

No estudo de construção e validação das oito subescalas da Forma II do HPQ, realizado por Ware (1976), englobando 5 amostras independentes com aproximada de 2.000 adultos da população em geral dos E.U.A., 4 dos 36 itens do instrumento não satisfizeram os critérios da análise fatorial e validade discriminante, tendo sido eliminados, levando a que o instrumento passasse a ser utilizado apenas com 32 itens (Ware et al., 1978; Brook et al., 1979).

No que respeita à fidelidade interna, de acordo com o estudo de Ware (1976), verifica-se que os valores médios de *alfa de Cronbach*, encontrados em quatro testes de campo independentes, variam de um mínimo de .59 para a subescala *inclinação para a doença* e de um máximo de .91 para a subescala *saúde atual*. Os valores de *alfa de Cronbach* mais baixos são aceitáveis visto que as subescalas são constituídas por um número reduzido de itens, por exemplo, a subescala *inclinação para a doença* é constituída apenas por 2 itens.

Versão Portuguesa

O HPQ foi adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (1993), através da versão do *General Health Perception Battery do Rand's Health Perception Study* (Brook et al., 1979).

A versão portuguesa é designada por *A Minha Saúde* e é constituída por 18 itens, que correspondem a afirmações e a resposta é dada numa escala *Likert* de 5 pontos (*Totalmente Falsa* = 1, *Em grande Parte Falsa* = 2, *Não sei* = 3, *Em Grande Parte Verdade* = 4, *Totalmente Verdade* = 5). Os itens compõem quatro subescalas, designadas: *perceção da saúde atual* (PSA), que inclui 9 itens respeitantes à perceção do respondente sobre a saúde que tem no momento, como por exemplo, “De acordo com os médicos que tenho consultado, a minha saúde é atualmente excelente”; *perceção da saúde passada* (PSP), que é composta por 3 itens sobre a saúde que o sujeito teve, como por exemplo, “Já estive tão doente que pensei que ia morrer”; *preocupação com a saúde* (PS), que engloba 4 itens em que o respondente classifica a sua preocupação com a saúde, como por exemplo, “Nunca fico preocupado com a minha saúde”; *atitude para com a ida ao médico* (PIM), que inclui 2 itens que avaliam a atitude de procura de cuidados médicos, como por exemplo, “Ir ao médico não é coisa que me incomode” (Pais-Ribeiro, 1993).

As quatro subescalas foram obtidas através da análise fatorial, mais especificamente através da análise de componentes principais, no estudo de adaptação do questionário à população portuguesa, realizado por Pais-Ribeiro (1993), com uma amostra de 609 universitários. Os quatro fatores explicam 51.7% da variância total. O primeiro fator, PSA,

apresenta uma consistência interna, Alfa de Cronbach, de .80; o segundo fator, PSP, de .70; o terceiro, PS de .64; o quarto fator, PIM, de .77. O Alfa de Cronbach para a escala total é de .72, evidenciando uma consistência interna adequada.

1.6.2.1 Características Psicométricas na amostra em Estudo

Para avaliar as qualidades psicométricas do HPQ na amostra em estudo, começou-se por determinar se as subescalas possuíam uma distribuição normal. Os dados obtidos pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* e a análise dos valores da curtose e assimetria, permitiram perceber que a distribuição desta amostra não se aproxima da distribuição normal.

Com o objetivo de testar a fidelidade, utilizou-se o alfa de *Cronbach*, separadamente para as subescalas, tal como efetuado pelos autores da versão original (Ware, 1976). Na tabela 1.5 apresentam-se os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* para as subescalas do HPQ.

TABELA 1.5

Resultados da análise da consistência interna das subescalas do HPQ (N = 140)

Subescalas/Itens	Correlação do item com o total da subescala (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado	Alfa de Cronbach do total da subescala
PSA			.88
Item 1	.76	.86	
Item 2	.59	.88	
Item 5	.65	.87	
Item 7	.50	.88	
Item 9	.42	.89	
Item 12	.81	.86	
Item 14	.60	.87	
Item 17	.66	.87	
Item 18	.72	.86	
PSP			.60
Item 6	.39	.53	
Item 10	.38	.54	
Item 16	.45	.43	
PS			.59
Item 3	.25	.60	
Item 8	.32	.55	
Item 11	.49	.41	
Item 13	.44	.46	
PIM			.63
Item 4	.47	-	
Item 15	.47	-	

Pela análise dos coeficientes alfa de *Cronbach* é possível constatar que a subescala PSA apresenta um valor elevado (.88), semelhante ao encontrado no estudo da versão original (.91) e superior à versão portuguesa (.80). As restantes subescalas apresentam valores de alfa de *Cronbach* mais baixos, sendo que o valor encontrado para a escala PS (.59) é semelhante aos estudos da versão original (.60) e versão portuguesa (.64). A subescala PSP (.60) apresenta um valor de alfa inferior ao estudo da versão original (.73) e portuguesa (.70). Para a subescala PIM (.63), o valor encontrado é semelhante ao estudo original (.67) e inferior ao estudo português (.77). As correlações dos itens de cada uma das subescalas com a subescala total são adequados, de .25 a .81, de acordo com Briggs e Cheek (1986; cit. in Pallant, 2001), que consideram que o intervalo ótimo de correlações inter-item é de .20 a .40.

Em suma, as subescalas para a presente amostra apresentam uma consistência interna adequada, apesar de a maioria apresentar valores de alfa inferiores a .70, uma vez que o alfa de *Cronbach* é sensível ao número de itens da escala, sendo comum em escalas pequenas encontrar valores de alfa baixos, como de .50 (Pallant, 2001).

1.6.3 Subjective Health Complaint (SHC; Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999; versão portuguesa de Alves & Figueiras, 2008)

Esta escala permite avaliar sintomas e queixas de saúde, contribuindo para avaliar o bem-estar (Eriksen et al., 1999). A seleção dos itens desta escala foi realizada de forma a cobrir as preocupações de saúde e razões para a procura do médico de família mais frequentes (Eriksen et al., 1999).

Versão Original

O questionário SHC (Eriksen et al., 1999), inicialmente designado de *Ursin Health Inventory* (UHI), é constituído por 29 itens elaborados por Ursin, Endresen e Ursin (1988), referentes a queixas subjetivas somáticas e psicológicas sentidas nos últimos 30 dias. Cada item é acompanhado por uma escala de resposta de 4 pontos para avaliar a severidade das queixas e pelo número de dias de presença da queixa, durante os últimos 30 dias, para avaliar a duração. A escala é constituída por 5 dimensões que consistem em *problemas gastrointestinais, gripe, dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia e alergia*.

Para as análises de validade e fidelidade da escala, Eriksen e colaboradores (1999) utilizaram uma amostra de 1219 sujeitos (896 do género feminino e 323 do género masculino) pertencentes a várias profissões, tendo a investigação sido realizada na Noruega. ´

Quanto à validade fatorial, os autores realizaram a análise de componentes principais, com rotação *varimax*, tendo optado pelo último, onde encontraram cinco fatores com valor próprio superiores a 1 que explicam 42% da variância. A estrutura fatorial encontrada, de acordo com os autores (Eriksen et al, 1999), é similar à reportada em outros estudos. Os autores referem ainda, que apesar de os fatores serem distintos, estes correlacionam-se, principalmente os fatores *dores músculo-esqueléticas* e *pseudoneurologia*.

Na análise da consistência interna, os autores recorreram ao *alfa de Cronbach*, verificando-se que a escala total (29 itens) apresenta uma boa consistência interna, com uma *alfa de Cronbach* de .82 para o género feminino e de .75 para o género masculino. Os *alfas de Cronbach* para a subescalas *problemas gastrointestinais* (7 itens) foram de .64 para o género feminino e de .49 para o género masculino, para a *gripe* (2 itens) foram de .68 para o género feminino e de .67 para o género masculino, para a *dores músculo-esqueléticas* (8 itens) foram de .77 para o género feminino e de .63 para o género masculino, para a *pseudoneurologia* (7 itens) foram de .72 para o género feminino e de .68 para o género masculino e para a *alergia* (5 itens) foram de .56 para o género feminino e de .65 para o género masculino.

Versão Portuguesa

A versão portuguesa do instrumento adaptado por Alves e Figueiras (2008), designada *Queixas Subjetivas de Saúde*, inclui apenas 23 itens, onde o indivíduo deve de assinalar a frequência com que sentiu os 23 sintomas físicos nos últimos 30 dias, numa escala de 4 pontos (*Nenhuma vez* = 0; *Quase nunca* = 1; *Poucas vezes* = 2; e *Muitas vezes* = 3). Esta é uma escala de autopreenchimento e destina-se à população em geral.

A escala SHC é constituída por 5 dimensões, tal como na versão original, sendo que a subescala *problemas gastrointestinais* é constituída por 5 itens, *gripe* por 3 itens, *dores músculo-esqueléticas* por 4 itens, *pseudoneurologia* por 5 itens e *alergia* por 6 itens (Alves & Figueiras, 2008).

No estudo de validação do instrumento para a população portuguesa, Alves e Figueiras (2008) contaram com uma amostra de 1113 sujeitos (713 do género feminino e 400 do género masculino) da população em geral, com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos.

De acordo com Alves e Figueiras (2008), a escala apresenta uma estrutura fatorial muito semelhante à versão original, embora a estrutura de alguns fatores seja diferente. A estrutura fatorial foi estudada através de uma análise confirmatória de componentes principais, com rotação *varimax* e com predeterminação de cinco fatores, conforme as recomendações de Eriksen e colaboradores (1999). Os cinco fatores com valor próprio superior a 1 explicam 50% da variância, confirmando a multidimensionalidade (5 dimensões) da escala. Para o estudo da validade concorrente, através do estudo das correlações entre a escala SHC e a percepção individual de saúde (avaliada numa escala de 7 pontos, de *terrível* a *excelente*) e a afetividade negativa (PANAS), constatou-se que a percepção individual de saúde está negativamente correlacionada com a escala SHC e a afetividade negativa está positivamente correlacionada com o instrumento em estudo.

A consistência interna das cinco dimensões da escala SHC foi verificada através do coeficiente alfa de *Cronbach* e revelou valores satisfatórios, superando mesmo os da escala original. O coeficiente alfa de *Cronbach* para as cinco dimensões foi de .84 para *dores musculoesqueléticas*, de .67 para *alergia*, de .77 para *problemas gastrointestinais*, de .74 para *pseudoneurologia* e de .74 para *gripe* (Alves & Figueiras, 2008). A consistência interna da escala total com os 23 itens é elevada (alfa de *Cronbach* de .88).

1.6.3.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Com o objetivo de avaliar as qualidades psicométricas da escala SHC na amostra em estudo, começou-se por investigar se as subescalas obedeciam a uma distribuição normal. Os resultados do teste *Kolmogorov-Smirnov* e a análise dos valores da curtose e assimetria permitiram determinar que a distribuição desta amostra não se aproxima da distribuição normal.

Para determinar a fidelidade foram calculados os coeficientes de alfa de *Cronbach* para a escala total e para cada uma das subescalas, tal como procederam os autores da versão original (Eriksen et al, 1999) e portuguesa (Alves & Figueiras, 2008). A escala total possui uma elevada consistência interna, apresentando um alfa de .88, o mesmo valor encontrado no estudo da versão portuguesa e superior ao valor encontrado no estudo original. As correlações inter-item variam entre .18 para o item 16 (diarreia) a .67 para o item 7 (dor de cabeça).

Na tabela 1.6 apresenta-se os valores de alfa de *Cronbach* para a escala total e para cada uma das subescalas. As subescalas *dores músculo-esqueléticas* e *pseudoneurologia* apresentam uma boa consistência interna, semelhante ao estudo da versão portuguesa. Já as

restantes subescalas possuem valores de alfas entre .52 e .63, sendo mais baixos que os valores encontrados no estudo da versão portuguesa.

TABELA 1.6

Resultados da análise da consistência interna da escala total e das subescalas da SHC (N = 140)

Subescalas/Itens	Correlação do item com o total da subescala (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado	Alfa de Cronbach do total da subescala
Dores músculo-esqueléticas			.83
Item 3	.72	.75	
Item 4	.65	.78	
Item 5	.57	.82	
Item 6	.68	.77	
Alergias			.52
Item 17	.24	.49	
Item 18	.24	.48	
Item 19	.23	.49	
Item 20	.41	.40	
Item 21	.36	.43	
Item 23	.18	.53	
Problemas gastrointestinais			.63
Item 12	.60	.45	
Item 13	.37	.58	
Item 14	.57	.49	
Item 15	.30	.65	
Item 16	.16	.66	
Pseudoneurologia			.78
Item 7	.62	.71	
Item 8	.68	.68	
Item 9	.68	.69	
Item 10	.26	.81	
Item 11	.52	.74	
Gripe			.52
Item 1	.32	.43	
Item 2	.32	.44	
Item 22	.35	.38	
Alfa de Cronbach da Escala Total			.88

Na subescala *pseudoneurologia*, o item 10 apresenta uma correlação com o total da subescala de .26 e o alfa se o item fosse eliminado aumentava para .81. Optou-se por não eliminar o item porque, para escalas validadas, deve-se ponderar a eliminação de um item com correlações inter-item baixas se o valor de alfa para a subescala for inferior a .7 (Pallant, 2001). O item 16 da subescala *problemas gastrointestinais* e o item 23 da subescala *alergias* apresentam correlações baixas (.16 e .18, respectivamente) com o total da subescala a que pertencem, indicando que estes medem algo diferente das subescalas a que pertencem

(Pallant, 2001). Contudo, optou-se por eliminar apenas o item 16 da subescala *problemas gastrointestinais*, porque a subescala a que pertence apresenta uma alfa inferior a .7 e o alfa da subescala, com a sua eliminação, aumenta de .63 para .66. Para além disso a correlação do item 16 com a totalidade da escala também é baixa (.18), ao contrário do item 23 (.40). O que contribuiu para a opção de não eliminar o item 23 da subescala *alergias* foi que o alfa da subescala apenas aumentaria .01 e, também, o facto de a sua eliminação afetar o item 18, levando a que a correlação inter-item deste item baixe de .24 para .18 (tabela 1.6).

Como se pode verificar na tabela 1.7, a eliminação do item 16 da subescala *problemas gastrointestinais* não alterou a consistência interna da escala total, mantendo-se o valor de alfa de *Cronbach* de .88, verificando-se que a correlação inter-item ficou fortalecida, variando entre .24 a .67.

TABELA 1.7

Resultados da análise da consistência interna da SHC sem o item 16 (N = 140)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
1	.36	.88
2	.33	.88
3	.67	.87
4	.58	.87
5	.60	.87
6	.65	.87
7	.67	.87
8	.38	.88
9	.41	.88
10	.50	.87
11	.64	.87
12	.56	.87
13	.29	.88
14	.46	.87
15	.42	.87
17	.28	.88
18	.40	.88
19	.24	.88
20	.39	.88
21	.44	.87
22	.46	.87
23	.40	.88
Alfa de Cronbach da Escala Total		.88

Em conclusão, a escala SHC, na versão de 22 itens, versão utilizada na amostra deste estudo, revelou uma elevada homogeneidade dos itens que a compõem. No geral, as

subescalas possuem uma homogeneidade dos itens menos elevada (alfa de *Cronbach* entre .52 e .83), mostrando-se no entanto adequadas, devido a serem compostas por um número reduzido de itens.

1.6.4 *Brief Illness Perception Questionnaire* (Brief IPQ; Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; versão portuguesa de Araújo-Soares, Trovisqueira, & McIntyre, 2007)

O *Brief IPQ* (Broadbent et al., 2006) permite avaliar as representações cognitivas e emocionais da doença, constituindo uma forma abreviada do *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002). A versão original destes dois instrumentos designa-se de *Illness Perception Questionnaire* (IPQ; Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996), que ao contrário dos outros dois instrumentos, apenas avalia as representações cognitivas de doença. Estes três instrumentos foram construídos tendo por base o *Modelo de Auto-Regulação* de Leventhal e colaboradores (Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001; cit. in Moss-Morris et al., 2002; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984; Leventhal & Diefenbach, 1991; cit. in Weinman et al., 1996).

Este questionário foi respondido apenas pelos participantes que apresentavam algum tipo de diagnóstico, como por exemplo, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, entre outros.

Versão Original

O IPQ, construído por Weinman e colaboradores (1996), foi desenvolvido para aceder quantitativamente às cinco componentes de representações cognitivas de doença do *Modelo de Auto-Regulação* de Leventhal (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; cit. in Weinman et al., 1996). As cinco dimensões são as seguintes: *identidade*, que se refere ao número e natureza dos sintomas associados à doença; *consequências*, que diz respeito às crenças sobre a severidade e efeitos da doença na vida do paciente; *duração*, que consiste na perceção do paciente acerca da duração da sua doença; *controlo/cura*, referente às expectativas do paciente acerca da recuperação e controlo sobre a sua doença; e *causas*, que se baseia nas ideias pessoais do paciente sobre os fatores envolvidos na etiologia da doença (Weinman et al., 1996).

Cada dimensão corresponde a uma subescala que apresenta um conjunto de afirmações acompanhadas por uma resposta numa escala de *Likert*, sendo que na subescala *identidade* a

escala de Likert é de 4 pontos (variando de *sempre* = 3 a *nunca* = 0) e nas restantes subescalas a escala de *Likert* é de 5 pontos (*discordo completamente* = 1 a *concordo completamente* = 5). A pontuação total da subescala *identidade* resulta da soma do número de itens (12 itens pertencem a esta escala) que obtiveram uma resposta de *ocasionalmente*, *frequentemente* ou *sempre*, de modo a que a pontuação total varie entre 0 a 12 pontos. As pontuações totais para as subescalas *consequências*, *duração* e *controlo/cura* são obtidos através da soma da pontuação obtida em todos os itens pertencentes à subescala e divisão pelo número de itens. Para a subescala *causas* não é apropriado fazer a soma dos itens, uma vez que estes representam uma crença causal específica (Weinman et al., 1996).

A versão revista desta escala, o IPQ-R, da autoria de Moss-Morris e colaboradores (2002), estendeu a escala original, adicionando mais itens, dividindo a dimensão *controlo/cura* em *controlo pessoal* e *controlo de tratamento*, e inclui ainda subescalas adicionais como a *duração cíclica*, a *compreensão de doença* e a *representação emocional*.

A necessidade de modificar o IPQ surgiu, de acordo com Moss-Morris e colaboradores (2002), do feedback dos pesquisadores que utilizam o IPQ, revelando a necessidade de melhorar as propriedades de medida de algumas das subescalas existentes e alargar o seu âmbito. Os autores referem que através da revisão crítica de estudos publicados sobre o IPQ, verificou-se a existência de alguma variação na consistência interna de subescalas específicas, em particular das subescalas *controlo/cura* e *duração*, revelando a necessidade de dividir em duas a subescala *controlo/cura* e em relação à subescala *duração* constatou-se a indispensabilidade de aumentar o número de itens da subescala e o desenvolvimento de novos itens para avaliar a duração cíclica. De acordo com os autores, também é importante acrescentar a subescala *representação emocional*, visto ser uma componente importante do *Modelo de Auto-Regulação* de Leventhal não contemplada no IPQ. Também acharam relevante a criação da subescala *compreensão de doença*, na qual os sujeitos avaliam a compreensão ou utilidade da sua representação da doença.

O IPQ-R é constituído por 70 itens, que são distribuídos por 9 subescalas: *identidade*, *duração cíclica*, *consequências*, *controlo pessoal*, *controlo de tratamento*, *compreensão de doença*, *duração aguda/crónica*, *representação emocional* e *causas*. A subescala *identidade* é constituída por 14 itens, que corresponde a sintomas que o indivíduo pode ter experienciado, destes, 12 correspondem aos incluídos na versão original. O formato de resposta foi alterado, para um formato de sim ou não, onde o sujeito deve assinalar positiva ou negativamente tanto para a presença do sintoma desde o início da doença como para a crença de o sintoma estar relacionado com a sua doença. A subescala *causas* apresenta 18 itens, mais 8 itens que o

instrumento original. As restantes subescalas são cotados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (discordo completamente = 1, discordo = 2, não concordo nem discordo = 3, concordo = 4 e concordo completamente = 5), tal como a versão original. Também a pontuação total de cada subescala é realizada como no IPQ, soma da pontuação obtida em cada item da subescala e divisão pelo número total de itens da subescala (Moss-Morris et al., 2002).

O *Brief* IPQ é uma escala de 9 itens e foi projetado por Broadbent e colaboradores (2006) para avaliar rapidamente as representações cognitiva e emocional da doença, tendo sido adaptado do IPQ-R, como já foi anteriormente referido. O *Brief* IPQ é formado por um item, que consiste numa questão que sumaria os itens contidos em cada dimensão do IPQ-R. Todos os itens, exceto o item relativo às causas, são respondidos numa escala linear contínua com 11 posições, que avalia cada questão de 0 a 10 com várias categorias. Quanto maior o valor obtido em cada dimensão maior o valor relativo à representação da doença naquela dimensão. Cinco dos itens avaliam as representações cognitivas de doença: *consequências* (item 1), *duração* (item 2), *controlo pessoal* (item 3), *controlo pelo tratamento* (item 4) e *identidade* (item 5). Dois dos itens avaliam as representações emocionais: *preocupação* (item 6) e *reposta emocional* (item 8). Um item avalia a *compreensão* (item 7). A avaliação da *representação causal* é realizada através de uma questão aberta adotada do IPQ-R, que pede ao sujeito que liste as três causas mais importantes da sua doença (item 9). Estas respostas ao item *causas* podem ser agrupadas em categorias como stresse, estilo de vida, hereditariedade, entre outras, determinadas pela doença em estudo e pela análise categorial (Broadbent et al., 2006).

Tal como nas duas versões anteriores, o *Brief* IPQ usa a expressão “doença”, mas esta pode ser substituída pelo nome da doença em particular. Da mesma forma, o *controlo de tratamento* usa a palavra “tratamento”, podendo ser substituído pelo nome do tratamento no caso de o investigador estar interessado num tratamento particular (Broadbent et al., 2006).

As propriedades psicométricas das escalas foram avaliadas num estudo (Broadbent et al., 2006), onde os dados foram recolhidos de 6 grupos de doenças, Enfarte do Miocárdio (n = 103), doença renal (n = 132), diabetes *mellitus* tipo 2 (n = 119), asma (n = 309), “doenças menores” (alergias, gripe, dor de cabeça) (n = 166) e dor no peito (n = 62).

Para estudar a fidelidade externa do instrumento, os autores recorreram aos dados dos pacientes com doença renal (n = 132), em dois momentos de seguimento, após 3 e 6 semanas. As correlações de *Pearson* obtidas demonstraram que a escala apresenta boa fidelidade teste-reteste nos dois momentos de seguimento. Na subescala *consequências* os valores obtidos foram de .70 e .71; na subescala *duração* foram de .67 e de .73; na de *controlo pessoal* foram

de .63 e .42; na de *controlo de tratamento* foram de .55 e de .70; na subescala *identidade* foram de .65 e de .75; na subescala *preocupação* foram ambos de .66; na *compreensão* foram de .48 e de .61; e a *reposta emocional* foi de .65 e .72.

O estudo da validade concorrente foi realizado com os dados dos pacientes com doença renal, diabetes e asma (n = 560) e consistiu na análise das correlações de *Pearson* entre o *Brief IPQ* e o *IPQ-R*. De acordo com os autores, as subescalas equivalentes do *Brief IPQ* e do *IPQ-R*, exceto a subescala *causas* que não foi submetida a este processo, correlacionaram-se apropriadamente, apresentando associações moderadas a elevadas, variando com um mínimo de $r = .32$, $p < .001$ para as dimensões *controlo pelo tratamento* dos dois instrumentos e um máximo de $r = .63$, $p < .001$ para as dimensões *representação emocional* do *IPQ-R* e *resposta emocional* do *Brief IPQ*.

Versão Portuguesa

A versão portuguesa do *Brief IPQ* – designada *Questionário de Crenças sobre a Doença - versão breve* –, foi adaptada para a população portuguesa por Trovisqueira e McIntyre (2007) numa amostra de 87 pacientes no período pós Enfarte do Miocárdio. As autoras optaram por uma escala de resposta mais curta, 0 a 4, substituindo a escala original de 0 a 10. Esta opção deveu-se ao facto de se verificarem algumas dificuldades de discriminação de categorias, dado o baixo nível de escolaridade dos participantes no estudo (Trovisqueira, 2007).

O instrumento adaptado para a população portuguesa é constituído pelas mesmas dimensões do instrumento que lhe deu origem, sendo elas: *consequências*, que compreende o item “Qual o grau em que a sua doença afeta a sua vida?”, em que 0 significa *não afeta nada* e 4 *afeta gravemente a minha vida*; *duração*, representado pelo item “Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?”, em que 0 significa *muito pouco tempo* e 4 *para sempre*; *controlo pessoal*, que corresponde ao item “Qual o grau de controlo que sente sobre a sua doença?”, em que 0 significa *nenhum controlo* e 4 *tenho muitíssimo controlo*; *controlo pelo tratamento*, que corresponde ao item “Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?”, em que 0 significa *não vai ajudar nada* e 4 *vai ajudar muitíssimo*; *identidade*, que se refere ao item “Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?”, em que 0 significa *nenhum sintoma* e 4 *muitos sintomas graves*; *preocupação*, que corresponde ao item “Qual o grau de preocupação com a sua doença?”, em que 0 significa *nada preocupado* e 4 *extremamente preocupado*; *compreensão*, que resulta o item “Até que ponto sente que

compreende a sua doença?”, em que 0 significa *não compreendo* e 4 *compreendo muito bem*; *resposta emocional*, que engloba o item “Até que ponto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (ex. fá-lo(a) sentir-se zangado(a), assustado(a), perturbado(a), deprimido(a)?)”, em que 0 significa *não me afeta emocionalmente* e 4 *afeta-me muitíssimo emocionalmente*; e *causas*, em que é pedido ao sujeito para referir por ordem decrescente as três razões mais importantes que acredita terem causado a sua doença.

No estudo da fidelidade externa do instrumento, Trovisqueira (2007) obteve os seguintes resultados, teste-reteste, no momento da alta e um mês após a alta: na subescala *consequências* a correlação obtida no momento da alta foi de .70 e de .50 um mês após a alta.; na subescala *duração*, as correlações encontradas foram .59 e .42; no *controlo pessoal* .75 e .54; no *controlo pelo tratamento* .51 e .50; na *identidade* .61 e .53; na *preocupação* .60 e .60; na *compreensão* .59 e .52; e por fim, na subescala *resposta emocional* .72 e .62. Deste modo, o IPQ-B revela boas características de fidelidade, semelhantes aos encontrados na versão original (Trovisqueira, 2007).

A validade de constructo, de acordo com a autora, não foi possível ser avaliada através da análise fatorial devido ao tamanho da amostra, tendo optado por utilizar as correlações de *Spearman* entre as subescalas do instrumento. As correlações entre as subescalas são baixas a moderadas (entre $r_s = .25$ e $r_s = .44$), com exceção da *resposta emocional* e *preocupação* que apresenta uma correlação elevada ($r_s = .52$, $p < .01$).

1.6.4.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Na presente amostra, para avaliar as qualidades psicométricas do *Brief IPQ*, começou-se por analisar se as subescalas obedeciam a uma distribuição normal. A análise dos resultados do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos valores da curtose e assimetria revelaram que distribuição desta amostra não se aproxima da distribuição normal.

O estudo da fidelidade interna, com recurso ao alfa de *Cronbach*, não é possível por se tratar de um instrumento com um único item por subescala. Perante esta impossibilidade, optou-se pelo estudo das correlações entre as subescalas que compõem o *Brief IPQ*, através de correlações de *Spearman*. Como se pode analisar na tabela 1.8, a maioria das correlações entre as subescalas são moderadas a elevadas e na sua maioria não significativas, o que apoia a especificidade das dimensões do instrumento. As correlações entre as subescalas *consequências* e *controlo pessoal* ($r_s = -.24$, $p = .03$) e *controlo pelo tratamento* e *compreensão* ($r_s = .29$, $p = .01$) são baixas. As subescalas que apresentam correlações mais

elevadas são *consequências e identidade* ($r_s = .65, p < .001$), *consequências e resposta emocional* ($r_s = .68, p < .001$) e *identidade e resposta emocional* ($r_s = .65, p < .001$). A maioria das correlações encontradas são positivas, à exceção da subescala *consequências* que se correlaciona negativamente com a subescala *controlo pessoal*.

TABELA 1.8

Correlações de *Spearman-Rho* entre as subescalas do *Brief IPQ* ($n = 80$)

Brief IPQ	Consequências	Duração	Controlo pessoal	Controlo tratamento	Identidade	Preocupação	Compreensão	Resposta emocional
Consequências	-							
Duração	.05							
Controlo pessoal	-.24*	.02						
Controlo tratamento	-.03	-.05	.44***					
Identidade	.65***	-.03	-.21	-.13				
Preocupação	.46***	.01	-.12	-.03	.33**			
Compreensão	-.11	.17	-.10	.29**	-.10	-.01		
Resposta emocional	.68***	-.01	-.15	-.13	.65***	.43***	-.21	-

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados encontrados neste estudo assemelham-se aos do estudo da versão portuguesa (Trovisqueira, 2007), verificando-se apenas que as correlações são mais fortes do que no estudo da autora mencionada.

1.6.5 *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ; Conte, Weiner, & Plutchic, 1982; versão portuguesa de Barros, 1998)

O DAQ é um instrumento que permite medir atitudes sobre a morte e o morrer, avaliando o nível de ansiedade em relação à morte. Os itens que o compõem foram elaborados a partir de entrevistas, realizadas a 5 idosos com mais de 70 anos (4 a viverem na sua comunidade e 1 institucionalizado em um hospital de cuidados crónicos) e a 3 estudantes universitários. O conteúdo das entrevistas relacionava-se com os medos específicos dos participantes quando pensavam na morte ou no ato de morrer (Conte, Weiner, & Plutchic, 1982). Neste estudo optou-se por se utilizar a versão portuguesa readaptada de Barros (1998).

Versão Original

O DAQ foi construído por Conte e colaboradores (1982) e é constituído por 15 itens, onde é pedido ao sujeito para referir numa escala de *Likert* de 3 pontos (*nada* = 0, *um pouco* = 1 e *muito* = 2) o seu grau de incômodo ou preocupação em relação à morte e ao ato de morrer. A pontuação total pode variar de 0 a 30 e quanto maior a pontuação maior o nível de ansiedade face a morte. É constituído por quatro dimensões independentes de ansiedade face à morte: *medo do desconhecido*, *medo do sofrimento*, *medo da solidão* e *medo da extinção pessoal* (Conte et al., 1982).

As propriedades psicométricas do instrumento foram avaliadas por Conte e colaboradores (1982) numa amostra de 230 sujeitos, englobando estudantes universitários e idosos. O estudo da fidelidade interna, revela que o instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um coeficiente alfa de *Cronbach* de .83. O estudo da fidelidade externa (n = 30) revela uma boa estabilidade de resultados, com um resultado de teste-reteste (após duas semanas) de .87 (Conte et al, 1982).

A validade de constructo foi avaliada através da análise de componentes principais, com rotação *varimax*, onde foram encontrados 5 fatores que explicam 64.3% da variância. Contudo, de acordo com os autores, os itens de um dos fatores eram difíceis de interpretar teoricamente, optando pela distribuição dos 15 itens por quatro fatores. A validade concorrente foi avaliada através do estudo de correlações entre o DAQ e o *Death Anxiety Scale*, com uma correlação de .51 e o DAQ e o *Death Concern Scale*, com uma correlação de .58. As correlações encontradas são elevadas revelando evidência de validade concorrente.

Versão Portuguesa

O DAQ foi adaptado para a população portuguesa por Simões e Neto (1994) e readaptado por Barros (1998), com a designação de *Questionário de ansiedade face à morte*. A versão adaptada por Simões e Neto (1994) possui menos uma dimensão que a escala original, traduzindo-se nas seguintes dimensões: *perdas*, como a perda do próprio ser, daquelas pessoas que se ama, dos projetos que se fizeram; *sofrimento*, pessoal e alheio; e *solidão*, afastamento dos outros. Na readaptação realizada por Barros (1998) foram suprimidos alguns itens e a escala foi considerada unidimensional. Os 4 itens foram retirados por Barros (1998) como resultado de uma análise qualitativa dos itens, utilizando como critérios a repetição do conteúdo entre os itens, o serem mais dirigidos para a população idosa

ou por apresentarem saturações mais baixas. A formulação dos itens também foi alterada, passando a ser formulados na primeira pessoa e de forma afirmativa. Quanto à tridimensionalidade da versão portuguesa de Simões e Neto (1994), extraída através da análise de componentes principais, Barros (1998) considera que os resultados não são muito evidentes. Justifica dizendo que no 1.º fator agregam-se mais de metade dos itens (com saturações mais elevadas) e que é difícil agregar o 2.º e 3.º fatores sob um tema comum que não esteja já implícito no 1.º fator, uma vez que para o autor o sofrimento e a solidão perante a morte dependem das perdas que ela significa.

A readaptação do instrumento para a população portuguesa consta de 11 itens, onde as respostas são dadas de acordo com uma escala tipo *Likert* com cinco modalidades (1-5), desde *totalmente em desacordo* até *totalmente de acordo*. Diferindo da versão original, que utiliza uma escala de 3 modalidades. A pontuação total da escala pode variar entre um mínimo de 11 valores e um máximo de 55 valores, sendo que quanto maior a pontuação maior o nível de ansiedade face à morte (Barros, 1998).

A unidimensionalidade da escala foi evidenciada por Barros (1998) através análise de componentes principais, em quatro amostras de 742 jovens do ensino secundário e superior, pertencentes a duas nacionalidades, portuguesa e cabo-verdiana. A análise fatorial resultou em 2 fatores que explicam 41.5% e 11.3% da variância total, respetivamente, o que de acordo com o autor denota uma clara tendência para um único fator. Esta tendência foi também encontrada na análise fatorial de cada uma das quatro amostras separadamente.

Nos estudos portugueses de Simão e Neto (1994) e de Barros (1998), a escala apresenta-se com um coeficiente alfa de *Cronbach* de .88 e de .86, respetivamente, o que revela uma boa consistência interna.

1.6.5.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para avaliar as qualidades psicométricas do DAQ na amostra em estudo, começou-se por determinar se a escala possuía uma distribuição normal. Os dados obtidos no teste *Kolmogorov-Smirnov*, bem como a análise dos valores de curtose e assimetria, revelam que a distribuição desta amostra se aproxima da distribuição normal.

De forma a estudar a fidelidade interna, calculou-se o alfa de *Cronbach* do instrumento. A escala apresenta, tal como no estudo de readaptação do instrumento (Barros, 1998), uma boa consistência interna, com uma alfa de .80, revelando boas características de fidelidade para a amostra em estudo (tabela 1.9).

TABELA 1.9

Resultados da análise da consistência interna do DAQ (N = 140)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
1	.41	.79
2	.58	.77
3	.43	.79
4	.40	.79
5	.65	.76
6	.31	.80
7	.41	.79
8	.50	.78
9	.41	.79
10	.47	.78
11	.49	.78
Alfa de Cronbach da Escala Total		.80

1.6.6 *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1999)

O BSI permite avaliar uma ampla gama de sintomas psicopatológicos e consiste numa versão breve do *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1977). Os itens pertencentes a cada um dos inventários englobam importantes elementos de psicopatologia para a elaboração de diagnósticos das primeiras cinco categorias do CID-10 e das perturbações do Eixo 1 do DSM-IV (Canavarro, 1999).

Versão Original

O *Symptom Checklist-90* (SCL-90) foi desenvolvido por Derogatis (Derogatis, 1977; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973; Derogatis, Rickels, & Rock, 1976) e evoluiu do instrumento *Hopkins Symptom Checklist* (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974), tendo sido revisto uma vez a partir da versão original, adquirindo a designação de SCL-90-R.

O SCL-90-R é constituído por 90 itens que avaliam a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e 3 índices globais. O estudo da validade do instrumento, numa amostra de 1002 pacientes psiquiátricos, revelou que todas as dimensões apresentam pelo menos níveis moderados de acordo teórico-empírico (Derogatis & Cleary, 1997).

O BSI é constituído por 53 itens e, tal como o SCL-90-R, avalia nove dimensões de sintomatologia – *somatização* (7 itens), *obsessões-compulsões* (6 itens), *sensibilidade interpessoal* (4 itens), *depressão* (6 itens), *ansiedade* (6 itens), *hostilidade* (5 itens), *ansiedade fóbica* (5 itens), *ideação paranóide* (5 itens), *psicoticismo* (5 itens) – e três Índices Globais, que consistem em avaliações sumárias de perturbação emocional. Quatro itens do BSI, não pertencem a nenhuma das nove dimensões, mas são incluídos devido à sua importância clínica, sendo apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro, 1999).

Um estudo realizado com uma amostra de 565 doentes psiquiátricos evidenciou que o instrumento apresenta validade concorrente, onde as correlações encontradas para as nove dimensões entre o BSI e o SCL-90-R variam entre .92 e .99 (Derogatis, 1993; cit. in Canavarro, 2007). O instrumento é amplamente aceite pela sua forte fidelidade, tanto externa como interna; quanto à estabilidade do instrumento, este apresenta correlações de .90 para o Índice Geral de Sintomas, de .87 para o Índice de Sintomas Positivos e de .80 para o Total de Sintomas Positivos; relativamente à consistência interna das nove subescalas, foram encontrados os valores de alfa de *Cronbach* entre .71 para a dimensão *psicoticismo* e .85 para a dimensão *depressão* (Derogatis & Spencer, 1982; cit. in Loutsiou-Ladd, Panayiotou, & Kokkinos, 2008).

O BSI pode ser administrado a diversas populações, nomeadamente a doentes psiquiátricos, a indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral, podendo ser utilizado com adolescentes de idade igual ou superior a 13 anos (Canavarro, 1999).

Versão Portuguesa

A versão portuguesa da escala (Canavarro, 1999) apresenta a mesma estrutura da versão original. É formada por nove dimensões, englobando 53 itens, onde a resposta é dada num formato de 5 modalidades (entre *nunca* = 0 a *muitíssimas vezes* = 4). As pontuações totais para cada uma das nove dimensões são obtidas através da soma dos valores obtidos em cada item da subescala e dividido pelo número de itens pertencentes à subescala.

O estudo de validação do instrumento para a população portuguesa (Canavarro, 1999), realizado com uma amostra da população em geral (n = 404) e outra da população clínica (n = 147), apresenta em geral uma boa consistência interna das suas subescalas, à exceção das subescalas de *ansiedade fóbica* e *psicoticismo*, ambas com o valor de alfa de *Cronbach* de

.62. As restantes subescalas apresentam os seguintes valores de alfa de *Cronbach*: .80 para a *somatização*; .77 para a *obsessões-compulsões*; .76 para a *sensibilidade interpessoal*; .73 para a *depressão*; .77 para a *ansiedade*; .76 para a *hostilidade*; e .72 para a *ideação paranóide*.

A fidelidade externa foi avaliada em 108 indivíduos, com um tempo de intervalo entre a primeira e a segunda passagem do instrumento entre um mínimo de três semanas e máximo de seis. As correlações de *Pearson* encontradas entre os dois momentos de avaliação (de $r = .45$ a $r = .84$) evidenciam que o inventário apresenta boa estabilidade temporal (Canavarro, 1999).

Para o estudo da validade de constructo do instrumento, Canavarro (1999) recorreu à matriz de correlações de *Spearman* entre as notas das nove dimensões de sintomatologia e das três notas globais. As correlações encontradas são todas estatisticamente significativas ($p < .001$), variando entre .38 a .91. Verifica-se através da variação das correlações, segundo a autora, que o aumento numa subescala se encontra associada a aumentos em todas as outras subescalas e todas as subescalas correlacionam-se mais com as três notas globais do que entre si. As correlações mais elevadas de cada subescala com as outras subescalas são as seguintes: *somatização* com *ansiedade* ($r = .54$); *obsessões-compulsões* com *psicoticismo* ($r = .58$) e com *ansiedade* ($r = .61$); *sensibilidade interpessoal* com *psicoticismo* ($r = .68$) e com *depressão* ($r = .64$); *hostilidade* com *sensibilidade interpessoal* ($r = .61$), *psicoticismo* ($r = .61$) e *ansiedade* ($r = .61$); *ansiedade fóbica* com *ansiedade* ($r = .54$); *ideação paranóide* com *sensibilidade interpessoal* ($r = .61$); e *psicoticismo* com *depressão* ($r = .73$).

1.6.6.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

No presente estudo, para avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica dos participantes foram utilizadas apenas três subescalas do BSI, a subescala da *ansiedade*, a da *depressão* e a da *somatização*. Quando se modifica a estrutura original de uma medida de avaliação, neste caso, a utilização de apenas três subescalas – *ansiedade*, *depressão* e *somatização* –, o comportamento do instrumento altera-se. Neste sentido, para o estudo das características psicométricas deste instrumento optou-se por se estudar também a validade de constructo.

Inicialmente procedeu-se ao estudo da distribuição dos dados, separadamente para cada subescala. Os resultados do teste *Kolmogorov-Smirnov* e a análise dos valores de curtose e assimetria permitem determinar que a distribuição não é suficientemente próxima da distribuição normal.

Para estudar a validade de constructo das três subescalas do BSI, efetuou-se uma análise de componentes principais para determinar os componentes no conjunto dos dados, de forma a estudar se as variáveis estão a medir vários aspetos da mesma ou de várias dimensões. Para se realizar a análise de componentes principais é necessário verificar se os dados preenchem dois requisitos, no que se refere ao tamanho e força das relações entre os itens (Pallant, 2001).

Tabachnick e Fidell (1996; cit. in Pallant, 2001), bem como Kass e Tinsley (1979; cit. in Field, 2009), sugerem que 5 casos por cada item é adequado para a maioria dos casos. As três subescalas do BSI são compostas por um total de 19 itens e a amostra do presente estudo é constituída por 140 sujeitos, portanto a os dados preenchem o requisito de tamanho.

A força das intercorrelações entre os itens é importante, devendo-se verificar na matriz de correlações a presença de coeficientes superiores a .30, considerando-se que a análise fatorial poderá não ser apropriada se estiverem presentes poucas correlações acima deste nível (Tabachnick & Fidell, 1996; cit. in Pallant, 2001). A verificação da matriz de correlações dos itens das três subescalas do BSI na presente amostra, revelou a presença de vários coeficientes acima de .30.

Para além da ponderação do tamanho da amostra e da análise da força das relações entre os itens, realizou-se o teste *Kaiser-Meyer-Olkin* e o teste de *Esfericidade de Bartlett*, de forma a verificar se os dados são adequados para se prosseguir com a análise fatorial. O valor do teste *Kaiser-Meyer-Olkin* é de .86, superior ao valor recomendado de .60 (Kaiser, 1970, 1974; cit. in Pallant, 2001; Field, 2009) e o teste de *Esfericidade de Bartlett* atingiu significância estatística ($p < .001$).

A análise de componentes principais revelou a presença de quatro componentes com valores próprios superiores a 1, explicando 42.4%, 8.1%, 6.8% e 5.7% de variância, respetivamente. Recorrendo ao *scree test* de Catell (1966; cit. in Pallant, 2001), observou-se que o primeiro componente explicava muito melhor a variância do que os restantes, visto que a análise do *screeplot* revela um claro ponto de inflexão na curva depois do primeiro componente. A solução de um fator explica 42.4% da variância total e as cargas fatoriais do fator são elevadas (tabela 1.10).

A estrutura fatorial encontrada revela, ao contrário do esperado (três componentes, ansiedade, depressão e somatização), a unidimensionalidade da escala para a amostra em estudo.

TABELA 1.10

Estrutura fatorial do primeiro componente das três subescalas do BSI (N = 140)

Componente 1	Carga Fatorial
Item 8	.78
Item 7	.75
Item 16	.75
Item 9	.74
Item 19	.72
Item 15	.72
Item 11	.70
Item 14	.68
Item 5	.67
Item 1	.65
Item 4	.64
Item 6	.63
Item 2	.62
Item 3	.61
Item 18	.59
Item 13	.58
Item 12	.56
Item 10	.39
Item 17	.49
Valor próprio	8.06
Total da variância explicada	42.4 %

As correlações de *Spearman* entre as três subescalas, revelam valores elevados de correlação, o que apoia a estrutura fatorial de um componente encontrada através da análise fatorial. A subescala somatização correlaciona-se positivamente com a depressão ($r_s = .67$, $p < .001$) e com a ansiedade ($r_s = .66$, $p < .001$), e a depressão correlaciona-se positivamente com a ansiedade ($r_s = .72$, $p < .001$).

Contudo, apesar dos resultados da análise fatorial, optou-se por se manter a estrutura original das subescalas *ansiedade*, *depressão* e *somatização* pertencentes ao instrumento BSI, dado que o contrário impossibilitaria a discriminação dos diversos sintomas entre os participantes. Tal foi efetuado de maneira a não se excluir os resultados obtidos na análise fatorial, permitindo aumentar a validade do instrumento na amostra em estudo, realizou-se também o estudo para a totalidade das três subescalas.

Para estudar a fidelidade do instrumento, procedeu-se ao cálculo do alfa de *Cronbach* para as três subescalas separadamente e para a totalidade das três subescalas. Como se pode observar na tabela 1.11, as três subescalas possuem uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de .78 para a subescala *ansiedade*, de .85 para a subescala *depressão* e de .81 para a subescala *somatização*. A totalidade das três subescalas do BSI apresenta um alfa de *Cronbach* de .92, o que revela uma elevada fidelidade.

TABELA 1.11

Resultados da análise da consistência interna para cada uma das três subescalas do BSI e para a totalidade das três subescalas do BSI (N = 140)

Subescalas/Itens	Correlação do item com o total da subescala (corrigido)	Alfa de Cronbach se o item for eliminado	Alfa de Cronbach do total da subescala
Ansiedade			.78
Item 1	.56	.75	
Item 5	.58	.74	
Item 9	.61	.72	
Item 16	.65	.71	
Item 17	.35	.79	
Item 18	.52	.75	
Depressão			.85
Item 4	.56	.85	
Item 6	.61	.84	
Item 7	.66	.83	
Item 8	.79	.80	
Item 14	.60	.84	
Item 19	.70	.82	
Somatização			.81
Item 2	.66	.77	
Item 3	.50	.80	
Item 10	.41	.81	
Item 11	.55	.79	
Item 12	.55	.79	
Item 13	.57	.78	
Item 15	.63	.77	
Alfa de Cronbach do Total das Três Subescalas			.92

1.6.7 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999)

Esta medida permite avaliar a percepção de suporte social existente e foi construída tendo por base o pressuposto defendido por Wethington e Kessler (1986; cit. in Pais-Ribeiro, 2011) de que as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as medidas de suporte social tangível. Assim, este instrumento foi desenvolvido com o fundamento de que a percepção de suporte social é uma dimensão essencial nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2011).

Versão Original

A ESSS foi construída por Pais-Ribeiro (1999) e é formada por 15 frases, devendo o sujeito assinalar o grau em que concorda com cada afirmação, numa escala de *Likert* com

cinco posições (1-5), *concordo totalmente*, *concordo na maior parte*, *não concordo nem discordo*, *discordo na maior parte* e *discordo totalmente*. Esta escala é constituída por quatro dimensões: a primeira designa-se de *satisfação com os amigos*, mede a satisfação com as amizades/amigos que tem e inclui cinco itens; a segunda é chamada de *intimidade*, mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui quatro itens; a terceira foi batizada de *satisfação com a família*, mede a satisfação com o suporte social familiar existente e inclui três itens; e a última designada por *atividades sociais*, mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui três itens. A pontuação total da escala pode variar entre 15 e 75 valores, em que pontuações mais elevadas correspondem a uma percepção de maior suporte social. De acordo com Pais-Ribeiro (1999), a escala não apresenta pontos de corte que possam ser considerados como deficitários.

O estudo das características psicométricas da escala foi realizado numa amostra de 609 estudantes do ensino secundário e do ensino superior, com idades entre os 15 e 30 anos. Para estudar a validade fatorial da escala, Pais-Ribeiro (1999) procedeu à análise de componentes principais, verificando que o agrupamento dos itens a partir deste teste estatístico estava de acordo com os constructos iniciais. A solução fatorial encontrada inclui quatro componentes que explicam 63.1% da variância total.

A fidelidade foi estudada através do alfa de *Cronbach*, apresentando uma consistência interna adequada para a escala total, com um alfa de *Cronbach* de .85. Para as subescalas *satisfação com os amigos*, *intimidade*, *satisfação com a família* e *atividades sociais* o alfa de *Cronbach* é de .83, .74, .74 e .64, respetivamente. Apesar da subescala *atividades sociais* apresentar um alfa de *Cronbach* abaixo de .70, pode-se concluir que as subescalas também apresentam uma boa consistência interna, pois a subescala apresenta um número reduzido de itens.

De acordo com o autor, o estudo das características psicométricas do instrumento revelam que este é fiel e válido para a população portuguesa.

1.6.7.1 Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Com o objetivo de estudar as qualidades psicométricas da ESSS na amostra em estudo, iniciou-se o estudo da distribuição dos dados para cada uma das subescalas. Os dados obtidos pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*, bem como a análise dos valores de curtose e assimetria, permitiram perceber que a distribuição desta amostra não se aproxima da distribuição normal.

A fidelidade interna da globalidade da escala, bem como das subescalas separadamente, foi estudada a partir do alfa de *Cronbach*. Os alfas de *Cronbach* para a escala total e para as subescalas são apresentados na tabela 1.12.

TABELA 1.12

Resultados da análise da consistência interna da escala total e das subescalas da ESSS (N = 140)

Subescalas/Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for eliminado	Alfa de <i>Cronbach</i> do total da subescala
SA			.68
Item 3	.37	.67	
Item 12	.59	.59	
Item 13	.42	.65	
Item 14	.56	.57	
Item 15	.40	.66	
IN			.55
Item 1	.37	.46	
Item 4	.36	.47	
Item 5	.28	.53	
Item 6	.39	.44	
SF			.57
Item 9	.44	.42	
Item 10	.28	.74	
Item 11	.50	.31	
AS			.60
Item 2	.37	.57	
Item 7	.42	.50	
Item 8	.45	.45	
Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala Total			.79

A subescala SA possui um alfa de .68 e as correlações interitens variam entre .37 a .59, a subescala IN apresenta um alfa de .55 e correlações interitens entre .28 e .39, a subescala SF tem uma alfa de .57 e correlações interitens entre .28 a .50, por último a subescala AS apresenta um alfa de .60 e correlações interitens entre .37 a .45. Relativamente à subescala SF, optou-se por se eliminar o item 10, pois a sua eliminação aumenta o alfa de .57 para .74 (tabela 1.13).

TABELA 1.13

Resultados da análise da consistência interna da subescala SF sem o item 10 (N = 140)

Subescala/Itens	Correlação do item com o total da subescala (corrigido)	Alfa de <i>Cronbach</i> do total da subescala
SF		.74
Item 9	.59	
Item 11	.59	

Os valores de alfa de *Cronbach* encontrados para as subescalas SF (sem o item 10) e AS são semelhantes ao estudo original (Pais-Ribeiro, 1999), já para as restantes duas subescalas os valores obtidos são inferiores ao estudo original.

O valor de alfa de *Cronbach* para a escala total (sem o item 10) é de .78, assemelhando-se ao valor encontrado no estudo original (tabela 1.14).

TABELA 1.14

Resultados da análise da consistência interna da ESSS, sem o item 10 (N = 140)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for eliminado
1	.40	.77
2	.48	.77
3	.55	.76
4	.37	.77
5	.20	.79
6	.28	.79
7	.58	.75
8	.26	.79
9	.50	.77
11	.29	.78
12	.56	.76
13	.44	.77
14	.57	.76
15	.36	.78
Alfa de <i>Cronbach</i> da Escala Total		.78

Os resultados da análise da fidelidade da ESSS indicam que possui boa consistência interna para a escala total. A consistência interna das subescalas também é adequada, apesar de duas das subescalas apresentarem valores de alfa de *Cronbach* inferiores a .70, visto que são constituídas por um número reduzido de itens.

1.7 Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados através do programa informático *IBM® Statistical Package for the Social Sciences®* (IBM® SPSS®; versão 21.0).

A análise das características sociodemográficas, clínicas e psicossociais das subamostras foi realizada com recurso à estatística descritiva, através da análise dos valores médios, desvios padrão, valores mínimos e máximos, e distribuição dos dados para as

variáveis contínuas; e frequências para as variáveis categóricas. Para o estudo das diferenças existentes entre os grupos, nas variáveis sociodemográficas e clínicas, foram realizados os testes de *Qui-Quadrado* e de *Fisher* para as variáveis categóricas.

Previamente à testagem das hipóteses, foi realizada uma análise exploratória dos dados, tendo como objetivo o estudo de normalidade e homogeneidade dos mesmos. O estudo da normalidade foi realizado através do teste *Kolmogorov-Smirnov* e dos índices de curtose e assimetria. Para estudar a homogeneidade recorreu-se ao teste de *Levene*. Atendendo aos resultados obtidos nesta primeira fase da análise dos dados decidiu-se utilizar testes não paramétricos, visto não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos⁶.

A testagem das hipóteses levantadas foi realizada através do teste *U Mann-Whitney*, para testar diferenças entre grupos (UF e UNF) nas variáveis psicossociais em estudo. Nas análises exploratórias foram utilizados os testes *U Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis*, com o objetivo de estudar os resultados da variável número de consultas médicas e das variáveis psicossociais na amostra total, em função das habilitações literárias e de variáveis clínicas. A variável sociodemográfica e as variáveis clínicas utilizadas nas análises exploratórias dizem respeito às variáveis onde foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. Para a sua seleção também se considerou a revisão bibliográfica sobre essas variáveis e a utilização frequente dos cuidados de saúde.

Também foram determinadas as percentagens de consultas médicas utilizadas pelos UF e pelos UNF durante o período de 2011 - na USF S. Nicolau –, por se tratar de um dos objetivos específicos do presente estudo.

Este estudo assumiu um valor de $p \leq .05$ como valor de significância dos resultados dos testes de hipóteses e um valor de $p \leq .1$ para indicar resultados marginalmente significativos.

⁶ Testou-se a transformação das variáveis, de acordo com a distribuição dos dados para cada uma das variáveis. Contudo, os dados continuavam a não apresentar uma distribuição próxima da normalidade. A decisão final foi a não transformação das variáveis e a utilização de testes não paramétricos.

2. Apresentação dos Resultados

2.1 Percentagens de Utilização de Consultas de Medicina Familiar pelos UF e UNF

Em 2011, os médicos de família da USF S. Nicolau realizaram 46.417 consultas de “Saúde Adultos” (engloba consultas a utentes com idade > 18 anos) a utentes inscritos na unidade, a utentes de outra extensão - mesmo Centro Saúde e a utentes com inscrição esporádica. Verificou-se que os UF (n = 1.168) da USF S. Nicolau foram responsáveis pelo consumo de 26.5% (12.281) das consultas, os UNF (n = 11.119) consumiram 56.6% (25.267) e as restantes 16.9% (7.869) foram consumidas por utentes inscritos com mais de 90 anos e por utentes sem inscrição na unidade ou pertencentes a outra extensão de saúde. Assim, os UF da USF S. Nicolau consumiram em média 10.5 consultas em 2011 e os UNF consumiram em média 2.3 consultas.

Estes dados revelam que os UF, que correspondem a cerca de 10% dos utilizadores da USF com idades entre os 18 e os 90 anos, consumiram aproximadamente 1/4 das consultas realizadas em 2011. Os UNF, que correspondem a cerca de 90% dos utilizadores, consumiram aproximadamente 2/4 das consultas.

2.2 Resultados Descritivos das Variáveis Psicossociais nas Subamostras de UF e UNF

O objetivo principal do estudo consiste na caracterização dos UF relativamente a variáveis psicossociais, recorrendo-se à comparação com um grupo de UNF para a persecução desse objetivo. Nesse sentido, previamente à apresentação dos testes de comparação de grupos, expõe-se os resultados descritivos das características psicossociais do grupo de UF e UNF, nomeadamente, as médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos e distribuição dos dados. As variáveis psicossociais estudadas correspondem à perceção geral de saúde, às queixas subjetivas de saúde, às representações de doença, à ansiedade face à morte, à sintomatologia psicopatológica, referente a sintomas de ansiedade, depressão e somatização e perceção de suporte social.

Perceção Geral de Saúde

A perceção geral de saúde foi avaliada através de um instrumento constituído por quatro subescalas, *perceção de saúde atual* (PSA), *perceção de saúde passada* (PSP), *preocupação com a saúde* (PS) e *atitude para com a ida ao médico* (PIM).

Na tabela 2.1 são apresentados os resultados descritivos para as variáveis percepção geral de saúde. Como se pode observar na tabela, na subescala PSA, os UF possuem uma média de 24.13 (DP = 10.36), variando entre 10 e 45 valores e os UNF de 32.81 valores (DP = 9.81), variando entre 12 e 45 valores. Na subescala PSP, os UF apresentam uma média de 9.03 (DP = 4.12), variando entre 3 e 15 valores e os UNF de 12.12 (DP = 3.67), com a mesma variação dos valores. Estes valores indicam que os UF têm uma pior percepção de saúde atual e de saúde passada, comparativamente aos UNF.

Já para as subescalas PS e PIM, as médias e desvios padrão encontrados são muito semelhantes para os dois grupos, o que revela que ambos os grupos têm uma preocupação moderada com a sua saúde e apresentam atitudes bastante favoráveis com a ida ao médico.

No que se refere à distribuição dos dados, para a maioria das subescalas de ambos os grupos, verifica-se que os dados apresentam desvios à média, concentrando-se mais nos valores inferiores à média (assimetria negativa), e que os dados concentram-se pouco em volta da média (distribuição alongada).

TABELA 2.1

Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para as variáveis percepção geral de saúde, por grupo (N = 140)

HPQ	Grupo UF (n = 40)						Grupo UNF (n = 100)					
	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K
PSA	24.13	10.36	10	45	.51	-.88	32.81	9.81	12	45	-.52	-.89
PSP	9.03	4.12	3	15	-.12	-1.16	12.12	3.67	3	15	-1.28	.75
PS	13.95	3.67	4	20	-.54	.43	12.54	4.30	4	20	-.10	-.61
PIM	7.58	2.53	2	10	-.67	-.48	7.27	2.80	2	10	-.59	-.91

Nota. HPQ = *Health Perception Questionnaire*; PSA = *percepção de saúde atual*, PSP = *percepção de saúde passada*, PS = *preocupação com a saúde*; PIM = *atitude para com a ida ao médico*.

Queixas Subjetivas de Saúde

Relativamente à variável queixas subjetivas de saúde (tabela 2.2), verifica-se que os UF apresentam uma média para a escala total de 23.93 (DP = 13.66), variando entre 0 e 54 valores, e os UNF uma média de 15.45 (DP = 11.62), variando entre 0 e 47 valores. Estes resultados permitem afirmar que os UF apresentam mais queixas subjetivas de saúde do que os UNF. Os dois grupos apresentam para a escala total uma distribuição dos dados assimetricamente positiva e alongada.

TABELA 2.2

Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variáveis queixas subjetivas de saúde, por grupo (N = 140)

SHC	Grupo UF (n = 40)						Grupo UNF (n = 100)					
	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K
Escala – Total	23.93	13.66	0	54	.06	-.79	15.45	11.62	0	47	.76	-.38
DME	6.60	4.33	0	12	-.08	-1.31	4.42	4.01	0	12	.61	-.86
AL	4.15	3.66	0	14	.82	.21	2.19	2.60	0	13	1.67	3.40
PGI	3.90	3.24	0	10	.50	-.90	2.45	2.76	0	12	1.18	.95
P	7.20	4.53	0	15	-.29	-1.03	5.03	4.07	0	14	.65	-.75
G	2.08	2.19	0	7	.64	-.85	1.36	1.92	0	7	1.23	.402

Nota. SHC = *Subjective Health Complaint*; DME = *dores músculo-esqueléticas*; AL = *alergias*; PGI = *problemas gastrointestinais*; P = *pseudoneurologia*; G = *gripe*.

No que concerne às subescalas do instrumento *Subjective Health Complaint*, *dores músculo-esqueléticas*, *alergia*, *problemas gastrointestinais*, *pseudoneurologia* e *gripe*, verifica-se que as suas médias são mais elevadas para os UF. Para os UF, os dados das subescalas *dores músculo-esqueléticas* e *pseudoneurologia* estão distribuídos de forma assimetricamente positiva e as restantes de forma assimetricamente negativa; todas as subescalas apresentam uma distribuição alongada. Para os UNF, os dados de todas as subescalas estão distribuídos de maneira assimetricamente positiva; as subescalas *dores músculo-esqueléticas* e *pseudoneurologia* apresentam uma distribuição alongada dos dados e as restantes uma distribuição achatada dos dados.

Representações de Doença

As representações de doença foram avaliadas apenas nos participantes (n = 80) que revelavam, aquando da recolha dos dados, algum diagnóstico de patologia. Naqueles que apresentavam mais do que um diagnóstico solicitava-se que seleccionassem a patologia mais significativa para si. Dos 80 UF e UNF que responderam ao questionário *Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)*, 34 (42.5%) avaliaram as suas representações da hipertensão arterial, 19 (23.8%) da diabetes *mellitus*, e os restantes 27 participantes avaliaram as suas representações em relação a outras doenças, tais como asma ou bronquite crónica (5%), doença de *chron* (2.5%), dor crónica (1.3%), prostatite (1.3%), fibromioma uterino (1.3%), enxaquecas (1.3%), patologias cardiovasculares (3.8%), acidente vascular cerebral/acidente isquémico transitório (AVC/AIT; 3.8%), patologias osteoarticulares (6.3%), fibromialgia (1.3%), gastrite crónica (1.3%), patologias da tiróide (3.8%) e patologias oncológicas (1.3%). No grupo de UF, 15 participantes (50%) responderam ao questionário em

relação à hipertensão arterial e 5 (16.7%) em relação à diabetes *mellitus*, os restantes 10 (33.3%) distribuíram-se pelas outras doenças mencionadas. No grupo de UNF, 19 participantes (38%) responderam ao questionário em relação à hipertensão arterial e 14 (28%) em relação à diabetes *mellitus*, os restantes 17 (34%) distribuíram-se pelas outras doenças.

Na tabela 2.3 é apresentada a estatística descritiva referente às representações de doença para cada uma das subamostras. Como se pode observar, os UF possuem valores médios um pouco mais elevados, comparativamente aos UNF, para as subescalas *consequências*, *identidade* e *resposta emocional*. O que indica que os UF consideram que a doença afeta moderadamente as suas vidas, enquanto os UNF consideram que afeta um pouco, relatam mais sintomas associados à doença do que os UNF, e a doença afeta-os emocionalmente mais que os UNF.

Os valores médios encontrados para a subescala *compreensão*, revelam que ambos os grupos possuem uma compreensão moderada da sua doença, mas a média é ligeiramente inferior para os UF.

Para as restantes subescalas, as médias são semelhantes entre os dois grupos. Indicando que os dois grupos, em média, consideram que a sua doença vai durar bastante tempo (*duração*), o que revela coerência com a cronicidade das diversas doenças utilizadas para responder a este instrumento (por exemplo, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, asma ou bronquite crónica, entre outras); consideram que possuem algum controlo pessoal sobre a sua doença (*controlo pessoal*); que o tratamento vai ajudar muito a sua doença (*controlo pelo tratamento*); e apresentam níveis moderados de preocupação com a sua doença (*preocupação*).

TABELA 2.3

Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para as variáveis representações de doença, por grupo (n = 80)

<i>Brief IPQ</i>	Grupo UF (n = 30)						Grupo UNF (n = 50)					
	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K
Consequências	2.27	1.60	0	4	-.31	-1.48	1.62	1.47	0	4	.34	-1.23
Duração	3.57	1.04	0	4	-2.36	4.79	3.80	.61	1	4	-3.32	11.13
Controlo pessoal	2.33	1.18	0	4	.09	-1.03	2.52	1.09	0	4	-.40	-.09
Controlo pelo tratamento	2.90	.96	1	4	-.29	-1.01	3.02	.87	2	4	-.04	-1.69
Identidade	2.17	1.34	0	4	-.14	-1.10	1.68	1.30	0	4	.17	-.98
Preocupação	2.57	1.25	0	4	-1.01	.23	2.48	1.13	0	4	-.44	-.39
Compreensão	2.77	.97	0	4	-.70	.84	3.12	1.04	0	4	-.92	.11
Resposta emocional	1.97	1.56	0	4	-.17	-1.50	1.34	1.42	0	4	.56	-1.08

Nota. *Brief IPQ* = *Brief Illness Perception Questionnaire*.

No que respeita à assimetria dos dados no grupo de UF, a maioria das subescalas tem uma distribuição assimétrica negativa, significando que os desvios à média são maiores para os valores inferiores à média do que para os valores superiores. Quanto à curtose, no grupo de UF, os dados referentes às subescalas *duração* e *compreensão* têm uma distribuição achatada, as restantes subescalas apresentam uma distribuição alongada. Para os UNF, os dados apresentam uma distribuição assimétrica positiva para as subescalas *consequências*, *identidade* e *resposta emocional*, para as restantes subescalas a distribuição é assimétrica negativa. À exceção da subescala *duração*, em que os seus dados possuem uma distribuição claramente achatada, as subescalas têm uma distribuição alongada dos dados.

Relativamente à subescala *causas* do *Brief IPQ*, apenas 24 UF e 36 UNF responderam a esta dimensão. Pela observação da tabela 2.4, constata-se que a maioria dos UF e dos UNF atribui como principal causa para a sua doença o estilo alimentar e a hereditariedade.

TABELA 2.4

Frequências da principal causa atribuída à doença, por grupo (n = 60)

Principal causa atribuída à doença	Grupo UF (n = 24)		Grupo UNF (n = 36)	
	n	%	n	%
Hereditariedade	5	20.8	9	25
Estilo alimentar	6	25	8	22.2
Acontecimentos de vida stressantes	2	8.3	1	2.8
Estilo de vida	2	8.3	-	-
Excesso de peso	2	8.3	3	8.3
Fruta mal lavada	1	4.2	-	-
Idade	1	4.2	1	2.8
Outros problemas de saúde	1	4.2	-	-
Sedentarismo	1	4.2	1	2.8
Sistema nervoso	3	12.5	1	2.8
Acidentes de trabalho	-	-	1	2.8
Ansiedade	-	-	1	2.8
Exposição prolongada ao frio	-	-	1	2.8
Menopausa	-	-	1	2.8
Stresse	-	-	5	13.9
Tratamentos médicos	-	-	3	8.3

Ansiedade Face à Morte

No que concerne à variável ansiedade face à morte, esta foi avaliada através da versão portuguesa do instrumento *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ). A análise da tabela 2.5, permite observar que no grupo de UF, os valores totais do instrumento variam entre 18 e 53,

com uma média de 34.95 e desvio padrão de 8.54. No grupo UNF, os valores variam entre 11 e 55, com uma média de 31.74 e desvio padrão de 10.95.

As médias encontradas são muito semelhantes para os dois grupos, indicando que ambos os grupos apresentam uma ansiedade baixa a moderada⁷ face à morte. Nenhum participante do grupo de UF apresentou a pontuação máxima para o instrumento (55). Os dados apresentam uma distribuição assimétrica positiva e alongada para ambos os grupos.

TABELA 2.5

Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variável ansiedade face à morte, por grupo (N = 140)

DAQ	Grupo UF (n = 40)						Grupo UNF (n = 100)					
	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K
Escala Total	34.95	8.54	18	53	.15	-.29	31.74	10.95	11	55	.16	-.66

Nota. DAQ = *Death Anxiety Questionnaire*.

Sintomatologia Psicopatológica (Ansiedade, Depressão e Somatização)

A sintomatologia psicopatológica foi medida através de três subescalas do *Brief Symptom Inventory* (BSI), recorrendo-se tanto à análise das três subescalas separadamente como à análise da soma das três subescalas. A análise da tabela 2.6 permite concluir que, apesar da diferença de médias para a escala total entre os dois grupos ser pequena, o grupo de UF apresenta mais sintomatologia psicopatológica (M = .88, DP = .84) do que o grupo de UNF (M = .49, DP = .59). A pontuação do total das três subescalas varia entre 0 e 4 valores, em que 0 significa ausência de sintomas psicopatológicos e 4 presença de muitíssimos sintomas psicopatológicos. Nas duas subamostras em estudo, a pontuação da escala total varia entre 0 e 3.05 valores para os UF e entre 0 e 2.37 para os UNF.

Quanto à subescala ansiedade, os UF (M = 1.02, DP = .95) apresentam uma média um pouco mais elevadas do que os UNF (M = .57, DP = .63). Observa-se o mesmo para a subescala depressão, onde os UF apresentam uma média de .88 (DP = .97) e os UNF de .49

⁷ As pontuações entre os seguintes intervalos significam:

- entre 11 e 22 - ausência de ansiedade face à morte;
- entre 23 a 33 - baixa ansiedade face à morte;
- entre 34 a 44 - moderada ansiedade face à morte;
- e entre 45 a 55 - elevada ansiedade face à morte.

Estes valores servem apenas de referência para os resultados obtidos no presente estudo, de forma a ser possível uma melhor interpretação dos mesmos. O autor da escala (Barros, 1998) apenas refere que a escala tem uma pontuação mínima de 11, máxima de 55 e quanto maior for a pontuação maior a ansiedade face à morte.

(DP = .72), e para a subescala somatização, apresentando os UF uma média de .76 (DP = .89) e os UNF de .42 (DP = .61).

TABELA 2.6

Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variável sintomatologia psicopatológica, por grupo (N = 140)

3 subescalas BSI	Grupo UF (n = 40)						Grupo UNF (n = 100)					
	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K
Escala Total	.88	.84	0	3.05	.91	-.02	.49	.59	0	2.37	1.48	1.43
Ansiedade	1.02	.95	0	3.17	.67	-.64	.57	.63	0	2.50	1.22	.63
Depressão	.88	.97	0	3.67	1.13	.57	.49	.72	0	3.33	1.94	3.65
Somatização	.76	.89	0	3.43	1.49	2.00	.42	.61	0	2.14	1.45	.97

Quanto à distribuição dos dados da totalidade das três subescalas do BSI, bem como para a subescala ansiedade, no grupo de UF, verifica-se que estes apresentam uma distribuição assimétrica positiva (desvios à média são maiores para os valores superiores à média que para os valores inferiores) e alongada (valores concentram-se pouco em torno da média). Para as subescalas depressão e somatização, no grupo de UF, observa-se que os dados têm uma distribuição também assimétrica positiva, mas a distribuição é achatada, ou seja, há uma forte concentração das pontuações em torno da média. No grupo de UNF os dados, quer para a soma das três subescalas quer para as subescalas separadamente, apresentam uma distribuição assimétrica positiva e achatada.

Percepção de Suporte Social

Relativamente à percepção de suporte social, como se pode verificar na tabela 2.7, ambos os grupos apresentam médias equivalentes para o total da escala. Para os UF a média é de 57.65 (DP = 10.75) e para os UNF é de 59.06 (DP = 9.73), o que indica uma boa satisfação com o suporte social. O mesmo se passa para cada uma das subescalas, revelando que ambos os grupos consideram estar bastantes satisfeitos com as suas amizades (SA), família (SF), atividades sociais (AS) e apresentam uma elevada percepção da existência de suporte social íntimo (IN).

TABELA 2.7

Resultados descritivos (médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose) para a variável percepção de suporte social, por grupo (N = 140)

ESSS	Grupo UF (n = 40)						Grupo UNF (n = 100)					
	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K	M	DP	Mín.	Máx.	\bar{X}	K
Escala – Total	57.65	10.75	26	70	-1.03	.64	59.05	9.73	27	70	-1.02	.71
SA	21.10	4.37	9	25	-1.29	1.41	21.51	4.35	5	25	-1.53	2.31
IN	16.43	3.76	8	20	-.66	-.82	17.28	3.53	5	20	-1.31	1.19
SF	9.08	2.11	2	10	-2.43	5.26	9.48	1.37	2	10	-3.38	12.31
AS	11.05	3.80	3	15	-.48	-.86	10.78	4.04	3	15	-.64	-.82

Nota. ESSS = *Escala de Satisfação com o Suporte Social*; SA = *satisfação com os amigos*; IN = *intimidade*; SF = *satisfação com a família*; AS = *atividades sociais*.

Quanto à assimetria dos dados para a escala total, constata-se que em ambos os grupos os dados se encontram distribuídos negativamente, verificando-se o mesmo para cada uma das subescalas. Em relação à curtose, os dados apresentam uma distribuição achatada para a escala total nos dois grupos. Também se observa um achatamento dos dados para as subescalas *satisfação com a família* e *satisfação com os amigos*, em ambos os grupos, e para a subescala *intimidade*, no grupo de UNF. De destacar a subescala *satisfação com os amigos*, que em ambos os grupos apresenta valores de curtose muito elevados, mostrando claramente que as pontuações se concentram fortemente na média. As restantes subescalas, em ambos os grupos, apresentam uma distribuição alongada.

2.3 Resultados dos Testes de Hipóteses

Seguidamente expõem-se os resultados obtidos na testagem de cada uma das hipóteses previamente formuladas. Estas hipóteses referem-se às diferenças entre o grupo de utilizadores frequentes e o grupo de utentes que não recorrem com frequência aos cuidados de saúde nas variáveis psicossociais estudadas.

2.3.1 Hipótese 1 – Diferenças entre os UF e os UNF na percepção geral de saúde

A Hipótese 1 previa diferenças significativas entre os dois grupos ao nível da percepção geral de saúde, evidenciando os UF uma menor *percepção de saúde atual* (PSA), menor *percepção de saúde passada* (PSP), uma *atitude para com a ida ao médico* (PIM) mais negativa e níveis maiores de *preocupação com a saúde* (PS).

Esta hipótese foi testada através do teste *U* de *Mann-Whitney*. Os resultados encontrados acerca da testagem de diferenças significativas entre os grupos para cada uma das variáveis de percepção geral de saúde são apresentados na tabela 2.8.

TABELA 2.8

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para as variáveis de percepção geral de saúde, em função do tipo de utilizador (N = 140)

Subescalas do HPQ	Grupo UF (n = 40)	Grupo UNF (n = 100)	Z	p
	Ordem média	Ordem média		
PSA	47.7	79.6	-4.21	.000***
PSP	48.0	79.5	-4.34	.000***
PS	80.7	66.4	-1.90	.057
PIM	72.3	69.8	-.35	.728

Nota. *** $p < .001$. HPQ = *Health Perception Questionnaire*.

Os resultados encontrados permitem afirmar que existem diferenças significativas entre as pontuações dos dois grupos nas variáveis *percepção de saúde atual* ($Z = -4.21$, $p < .001$) e *percepção de saúde passada* ($Z = -4.34$, $p < .001$). Verificando-se que as pontuações da subescala *percepção de saúde atual* e da subescala *percepção de saúde passada* para o grupo de UF (Ordem média = 47.7 e 48.0, respetivamente) são significativamente mais baixas do que para o grupo de UNF (Ordem média = 79.6 e 79.5), indicando que os UF têm uma pior percepção de saúde atual e passada quando comparados com os UNF. Para a variável *preocupação com a saúde* encontraram-se diferenças marginalmente significativas para as pontuações dos dois grupos ($Z = -1.90$, $p = .057$). Sendo que o grupo de UF (Ordem média = 80.7) apresenta maior preocupação com a saúde comparativamente com o grupo de UNF (Ordem média = 66.4). Por último, em relação à variável *atitude para com a ida ao médico*, constata-se não existir diferenças significativas nas pontuações dos dois grupos ($Z = -.35$, $p = .728$).

Em suma, a Hipótese 1 é parcialmente aceite, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas para as pontuações da dimensão *atitude para com a ida ao médico* nos dois grupos e as diferenças encontradas para as pontuações da dimensão *preocupação com a saúde* foram marginalmente significativas.

2.3.2 Hipótese 2 – Diferenças entre os UF e os UNF nas queixas subjetivas de saúde

Recorreu-se ao teste *U* de *Mann-Whitney* para testar a Hipótese 2. Esta postulava diferenças significativas entre o grupo de UF e o grupo de UNF quanto às queixas subjetivas de saúde, evidenciando o primeiro grupo níveis mais elevados. Como se pode observar na tabela 2.9, existem diferenças significativas para as pontuações totais do instrumento de queixas subjetivas de saúde nos dois grupos ($Z = -3.40$, $p < .001$). Desta forma, pode-se aceitar a Hipótese 1, visto que o grupo de UF (Ordem média = 88.9) apresenta valores significativamente mais elevados de queixas subjetivas de saúde do que o grupo de UNF (Ordem média = 63.1).

Também se procedeu ao estudo das diferenças entre os dois grupos para as subescalas do instrumento *Subjective Health Complaint* (SHC), através do mesmo teste estatístico, tendo-se verificado a mesma tendência dos resultados obtidos para escala total. As pontuações de todas as subescalas são significativamente (com níveis de significância entre $p < .01$ e $p < .05$) mais elevadas para o grupo de UF (Ordens médias entre 80.5 e 87.2) do que para o grupo de UNF (Ordens Médias entre 63.8 e 66.5).

TABELA 2.9

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para a variável queixas subjetivas de saúde (SHC total) e para as subescalas do SHC, em função do tipo de utilizador (N = 140)

SHC	Grupo UF	Grupo UNF	Z	p
	(n = 40)	(n = 100)		
	Ordem média	Ordem média		
Escala Total	88.9	63.1	-3.40	.001***
Dores músculo-esqueléticas	85.3	64.6	-2.76	.006**
Alergias	87.2	63.8	-3.16	.002**
Problemas gastrointestinais	84.2	65.0	-2.60	.009**
Pseudoneurologia	84.3	65.0	-2.55	.011**
Gripe	80.5	66.5	-2.00	.046*

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. SHC = *Subjective Health Complaint*.

2.3.3 Hipótese 3 – Diferenças entre os UF e os UNF nas representações de doença

A Hipótese 3 previa diferenças significativas nas representações de doença entre o grupo de UF e o grupo de UNF, evidenciando o primeiro grupo uma maior perceção de sintomas de doença (identidade), uma maior preocupação com a doença, uma perceção mais

crónica da doença (duração), percepção de maior gravidade da doença (consequências), mais *distress* emocional (resposta emocional) e menor percepção de controlo pessoal.

A testagem desta hipótese foi feita através da utilização do teste *U* de *Mann-Whitney* para cada uma das dimensões, apresentando-se os resultados na tabela 2.10. Nenhuma das dimensões apresenta pontuações significativamente diferentes entre os dois grupos ($p > .05$ em todas as dimensões), pelo que se rejeita a Hipótese 3.

TABELA 2.10

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para as variáveis representações de doença, em função do tipo de utilizador ($n = 80$)

Subescalas <i>Brief IPQ</i>	Grupo UF	Grupo UNF	Z	p
	(n = 30)	(n = 50)		
	Ordem média	Ordem média		
Consequências	46.4	37.0	-1.80	.072†
Duração	39.0	41.4	-.72	.470
Controlo pessoal	37.7	42.2	-.86	.390
Controlo pelo tratamento	39.1	41.4	-.46	.647
Identidade	45.6	37.4	-1.56	.119
Preocupação	42.6	39.3	-.65	.518
Compreensão	35.0	43.8	-1.72	.085†
Resposta emocional	46.1	37.2	-1.73	.084†

Nota. † $p < .10$. *Brief IPQ* = *Brief Illness Perception Questionnaire*.

Contudo, deve-se realçar que as pontuações de três dimensões apresentaram diferenças marginalmente significativas para os dois grupos, correspondendo às seguintes dimensões: *consequências* ($Z = -1.80$, $p = .072$), indicando que os UF (Ordem média = 46.4) têm uma percepção mais elevada das consequências da doença do que para os UNF (Ordem média = 37.0); *compreensão* ($Z = -1.72$, $p = .085$), revelando que os UF (Ordem média = 35.0) apresentam níveis mais baixos de compreensão da doença do que os UNF (Ordem média = 43.8); e *resposta emocional* ($Z = -1.73$, $p = .084$), revelando que os UF (Ordem média = 46.1) possuem mais *distress* emocional do que os UNF (Ordem média = 37.2).

2.3.4 Hipótese 4 – Diferenças entre os UF e os UNF na ansiedade face à morte

A Hipótese 4 previa diferenças significativas entre os dois grupos quanto aos níveis de ansiedade face a morte, evidenciando os UF níveis mais elevados do que os UNF.

Esta hipótese foi testada com recurso ao teste *U* de *Mann-Whitney*, tendo os resultados revelado uma diferença marginalmente significativa entre os dois grupos ($Z = -1.70$, $p =$

.088), pelo que se rejeita a Hipótese 4. No entanto, como se pode analisar na tabela 2.11, as pontuações encontradas para a variável ansiedade face à morte são mais elevadas no grupo de UF (Ordem média = 79.7) do que no grupo de UNF (Ordem média = 66.8), conforme se esperava.

TABELA 2.11

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para a variável ansiedade face à morte, em função do tipo de utilizador (N = 140)

DAQ	Grupo UF (n = 40)	Grupo UNF (n = 100)	Z	p
	Ordem média	Ordem média		
Escala Total	79.7	66.8	-1.70	.088†

Nota. † p < .10. DAQ = *Death Anxiety Questionnaire*.

2.3.5 Hipótese 5 – Diferenças entre os UF e os UNF na sintomatologia psicopatológica

Para testar a Hipótese 5 utilizou-se o teste *U* de *Mann-Whitney*. A hipótese previa diferenças significativas entre o grupo de UF e o grupo de UNF relativamente à sintomatologia psicopatológica, nomeadamente sintomas de ansiedade, depressão e somatização, evidenciando o primeiro grupo níveis mais elevados.

Pela observação dos resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* apresentados na tabela 2.12, é possível aceitar a Hipótese 3, uma vez que os dados para a soma das três subescalas do *Brief Symptom Inventory* (BSI) e para as subescalas *ansiedade*, *depressão* e *somatização* do BSI são significativamente diferentes entre o grupo de UF e o grupo de UNF.

TABELA 2.12

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para a variável sintomatologia psicopatológica (soma das 3 subescalas do BSI) e para as subescalas *ansiedade*, *depressão* e *somatização* do BSI, em função do tipo de utilizador (N = 140)

3 subescalas do BSI	Grupo UF (n = 40)	Grupo UNF (n = 100)	Z	p
	Ordem Média	Ordem Média		
Escala Total	84.7	64.8	-2.62	.009**
Ansiedade	83.2	65.4	-2.38	.017*
Depressão	82.7	65.6	-2.35	.019*
Somatização	83.7	65.2	-2.55	.011*

Nota. * p < .05; ** p < .01. BSI = *Brief Symptom Inventory*.

As pontuações de sintomatologia psicopatológica ($Z = -2.62$, $p = .009$) são significativamente mais elevadas para o grupo de UF (Ordem média = 84.7) do que para o grupo de UNF (Ordem média = 64.8). O mesmo se verifica em relação às pontuações de sintomas de ansiedade ($Z = -2.38$, $p < .05$), depressão ($Z = -2.35$, $p < .05$) e somatização ($Z = -2.55$, $p < .05$).

2.3.6 Hipótese 6 – Diferenças entre os UF e os UNF na satisfação com o suporte social

Para se testar a Hipótese 6, que previa diferenças significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre os dois grupos (evidenciando os UF uma menor percepção), recorreu-se ao teste U de *Mann-Whitney*. Os resultados encontrados apontam para a rejeição da Hipótese 6 (tabela 2.13). Uma vez que as pontuações de satisfação com o suporte social para o grupo de UF (Ordem média = 67) e para o grupo UNF (Ordem média = 71.9) não são significativamente diferentes ($Z = -.65$, $p = .517$).

Verificou-se a mesma ausência de significância entre os dois grupos, para as subdimensões *satisfação com os amigos* ($Z = -.59$, $p = .553$), *intimidade* ($Z = -1.42$, $p = .154$), *satisfação com a família* ($Z = -.53$, $p = .593$) e *atividades sociais* ($Z = -.20$, $p = .844$).

TABELA 2.13

Resultados do teste U de *Mann-Whitney* para a variável satisfação com o suporte social (ESSS total) e para as subescalas da ESSS, em função do tipo de utilizador ($N = 140$)

ESSS	Grupo UF	Grupo UNF	Z	p
	(n = 40)	(n = 100)		
	Ordem média	Ordem média		
Escala Total	67.0	71.9	-.65	.517
SA	67.4	71.7	-.59	.553
IN	63.2	73.4	-1.42	.154
SF	68.5	71.3	-.53	.593
AS	71.5	70.1	-.20	.844

Nota. ESSS = *Escala de Satisfação com o Suporte Social*; SA = *satisfação com os amigos*; IN = *intimidade*; SF = *satisfação com a família*; AS = *atividades sociais*.

Em suma, os resultados da testagem das hipóteses sugerem que os UF da amostra em estudo apresentam piores percepções de saúde atual e passada, mais queixas subjetivas de saúde, maiores níveis de sintomatologia psicopatológica no geral, mais sintomas de ansiedade, depressão e somatização. Apresentam também, ainda que com valores

marginalmente significativos, mais preocupação com a saúde, uma percepção mais elevada das consequências da doença, níveis mais baixos de compreensão da doença e maior *distress* emocional relacionado com a doença, e mais ansiedade face à morte.

2.4 Resultados das Análises Exploratórias

Com o objetivo de complementar o estudo da utilização frequente dos CSP foram realizadas análises exploratórias. Estas envolveram o estudo da variável número de consultas médicas e das variáveis psicossociais⁸ na amostra total⁹ em função das habilitações literárias e das variáveis clínicas. As variáveis sociodemográficas e clínicas utilizadas dizem respeito às variáveis onde foram encontradas diferenças significativas entre os grupos e foram selecionadas tendo também em consideração a revisão bibliográfica sobre as variáveis sociodemográficas e clínicas associadas à utilização frequente dos cuidados de saúde.

2.4.1 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Habilitações Literárias

A variável número de consultas médicas e as variáveis psicossociais foram estudadas em função das habilitações literárias da amostra total (N = 140). A variável habilitações literárias foi categorizada em 4 grupos: grupo A (sem habilitações literárias, 1.º ciclo incompleto ou completo), grupo B (com 2.º ou 3.º ciclo), grupo C (com o 12.º ano) e grupo D (com ensino superior). Os resultados do teste *Kruskal Wallis* para a variável número de consultas médicas e para as diversas variáveis psicossociais em função das habilitações literárias da amostra total são apresentados na tabela 2.14.

Quanto ao estudo da variável número de consultas médicas realizadas pelos participantes em função das habilitações literárias, observa-se através dos resultados do teste *Kruskal Wallis*, que o número de consultas médicas difere significativamente entre os vários grupos de habilitações literárias ($\chi^2 (3) = 37.88, p < .001$). Constata-se assim, que os participantes com menos estudos consomem mais consultas (Ordem média do grupo A é de

⁸ Não foram estudadas as representações de doença devido ao número inferior de indivíduos que foram avaliados nesta variável.

⁹ Não foi possível fazer o estudo para as subamostras (grupo UF e grupo UNF) porque algumas variáveis evidenciaram um número reduzido de elementos por célula.

91.7 e do grupo B é de 65.3) comparativamente aos participantes com mais estudos (Ordem média do grupo C é de 46.4 e do grupo D é de 37.4).

Os resultados do teste *Kruskal Wallis* de comparação dos grupos A, B, C e D para as diversas variáveis psicossociais, sugerem que existe diferença com significância estatística para as pontuações de percepção de saúde passada ($\chi^2(3) = 14.76$, $p = .002$), revelando que os grupos com habilitações mais baixas, os grupos A (Ordem média = 59.0) e B (Ordem média = 69.4), apresentam uma pior percepção de saúde passada.

Foram encontradas diferenças marginalmente significativas entre os quatro grupos para as pontuações da variável queixas subjetivas de saúde ($\chi^2(3) = 6.26$, $p = .100$). Também para esta variável, observa-se que os grupos com menos habilitações literárias apresentam mais queixas subjetivas de saúde (Ordem média de 78.4 para o grupo A e de 69.9 para o grupo B).

TABELA 2.14

Resultados do teste *Kruskal Wallis* para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função das habilitações literárias (N = 140)

	Grupo A (n = 63)	Grupo B (n = 35)	Grupo C (n = 26)	Grupo D (n = 16)	χ^2	Df	p
	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média			
N.º consultas médicas	91.7	65.3	46.4	37.4	37.88	3	.000***
Percepção geral de saúde – HPQ							
PSA	63.6	71.0	85.1	72.8	5.25	3	.155
PSP	59.0	69.4	90.0	86.4	14.76	3	.002**
PS	75.9	65.0	70.2	61.8	2.53	3	.470
PIM	75.1	63.6	66.0	74.8	2.51	3	.474
Queixas subjetivas de saúde							
SHC Total	78.4	69.9	55.6	64.8	6.26	3	.100†
Sintomatologia psicopatológica							
Soma das 3 subescalas do BSI	77.9	71.5	56.0	62.9	6.02	3	.111
Ansiedade	76.2	69.5	58.9	69.2	3.69	3	.296
Depressão	77.6	70.7	58.1	62.3	5.47	3	.141
Somatização	76.8	72.0	57.1	64.3	4.94	3	.176
Ansiedade face à morte							
DAQ Total	71.3	69.1	70.5	70.7	.07	3	.996
Satisfação com o suporte social							
ESSS Total	66.0	81.9	69.3	65.4	3.82	3	.281

Nota. † $p < .10$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. HPQ = *Health Perception Questionnaire*; SHC = *Subjective Health Complaints*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; DAQ = *Death Anxiety Questionnaire*; ESSS = *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

2.4.2 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Variáveis Clínicas

A variável número de consultas médicas e as variáveis psicossociais foram estudadas em função de algumas variáveis clínicas, nomeadamente, presença de diagnóstico de patologia(s) e/ou psicopatologia(s), consumo de medicamentos, história de cirurgias e utilização de outros serviços de saúde. Recorreu-se ao teste de *U Mann-Whitney* para comparar a variável número de consultas médicas e as variáveis psicossociais nos grupos das diversas variáveis clínicas.

No que concerne ao estudo das diferenças entre o grupo com presença de diagnóstico patológico e/ou psicopatológico e o grupo sem diagnóstico (tabela 2.15), verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos ao nível da variável número de consultas médicas ($Z = -4.95$, $p < .001$). O consumo de consultas é significativamente maior para o grupo com diagnóstico médico (Ordem média = 80.6) comparativamente ao grupo sem diagnóstico médico (Ordem média = 42.3)

TABELA 2.15

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função da presença de diagnóstico patológico e/ou psicopatológico (N = 140)

	Grupo c/ diagnóstico (n =103)	Grupo s/ diagnóstico (n = 37)	Z	p
	Ordem média	Ordem média		
N.º consultas médicas	80.6	42.3	-4.95	.000***
Perceção geral de saúde – HPQ				
PSA	61.3	96.0	-4.47	.000***
PSP	62.4	93.0	-4.09	.000***
PS	71.1	68.8	-.29	.770
PIM	69.6	73.2	-.48	.630
Queixas subjetivas de saúde				
SHC Total	76.4	54.0	-2.89	.004**
Sintomatologia psicopatológica				
Soma das 3 subescalas do BSI	75.3	57.0	-2.36	.018*
Ansiedade	73.1	63.2	-1.29	.197
Depressão	74.9	58.2	-2.24	.025*
Somatização	75.3	57.1	-2.45	.014**
Ansiedade face à morte				
DAQ Total	71.4	68.0	-.44	.660
Satisfação com o suporte social				
ESSS Total	67.3	79.5	-1.59	.113

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. HPQ = *Health Perception Questionnaire*; SHC = *Subjective Health Complaints*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; DAQ = *Death Anxiety Questionnaire*; ESSS = *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

Relativamente às variáveis psicossociais, verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos ao nível das variáveis de percepção geral de saúde, nomeadamente, nas variáveis de percepção de saúde atual ($Z = -4.47$, $p < .001$) e de percepção de saúde passada ($Z = -4.09$, $p < .001$), e ao nível de queixas subjetivas de saúde ($Z = -2.89$, $p = .004$). Estes valores indicam que os participantes com diagnóstico patológico e/ou psicopatológico apresentam pior percepção de saúde atual (Ordem média = 61.3), pior percepção de saúde passada (Ordem média = 62.4) e mais queixas subjetivas de saúde (Ordem média = 76.4), comparativamente com os participantes sem diagnóstico.

Quanto ao estudo das diferenças entre o grupo que consome medicamentos e o grupo que não consome (tabela 2.16), constatou-se a existência de diferenças significativas em relação à variável número de consultas médicas ($Z = -5.07$, $p < .001$), e em relação às variáveis percepção de saúde atual ($Z = -3.83$, $p < .001$), percepção de saúde passada ($Z = -3.91$, $p < .001$) e queixas subjetivas de saúde ($Z = -3.25$, $p < .001$). Revelando que os utentes que consomem medicamentos também consomem mais consultas médicas (Ordem média = 80.9), têm pior percepção de saúde atual (Ordem média = 62.6) e de saúde passada (Ordem média = 62.8), e apresentam mais queixas subjetivas de saúde (Ordem média = 72.2).

TABELA 2.16

Resultados do teste U de *Mann-Whitney* para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função do consumo de medicamentos ($N = 140$)

	Grupo c/ consumo	Grupo s/ consumo	Z	p
	(n = 103)	(n = 37)		
	Ordem média	Ordem média		
N.º consultas médicas	80.9	41.6	-5.07	.000***
Percepção geral de saúde – HPQ				
PSA	62.6	92.4	-3.83	.000***
PSP	62.8	91.9	-3.91	.000***
PS	72.2	65.7	-.84	.400
PIM	70.6	70.2	-.06	.951
Queixas subjetivas de saúde				
SHC Total	77.2	52.0	-3.25	.001***
Sintomatologia psicopatológica				
Soma das 2 subescalas do BSI	74.3	59.8	-1.87	.061†
Ansiedade	73.6	62.0	-1.51	.132
Depressão	73.8	61.4	-1.65	.098†
Somatização	74.0	60.7	-1.79	.073†
Ansiedade face à morte				
DAQ Total	70.3	71.1	-.10	.921
Satisfação com o suporte social				
ESSS Total	70.6	70.3	-.03	.977

Nota. † $p < .10$; *** $p < .001$. HPQ = *Health Perception Questionnaire*; SHC = *Subjective Health Complaints*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; DAQ = *Death Anxiety Questionnaire*; ESSS = *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

Foram encontradas diferenças marginalmente significativas entre os dois grupos para a variável sintomatologia psicopatológica, no que se refere à soma das três subescalas do *Brief Symptom Inventory* (BSI; $Z = -1.87$, $p = .061$) e relativamente às subescalas *depressão* e *somatização* do BSI ($Z = -1.65$, $p = .098$ e $Z = -1.79$, $p = .073$, respetivamente). Para estas variáveis psicossociais, os resultados indicam a presença de maiores níveis de sintomatologia psicopatológica em geral, de sintomas de depressão e de somatização no grupo de utentes que consomem medicamentos.

Quanto ao estudo das diferenças entre o grupo que apresenta historial de cirurgias e o grupo que não apresenta historial (tabela 2.17), constatou-se a existência de diferenças significativas em relação à variável número de consultas médicas ($Z = -4.07$, $p < .001$). Revelando que os participantes que apresentam historial de cirurgias (Ordem média = 80.4) consomem significativamente mais consultas médicas comparativamente aos participantes sem historial de cirurgias (Ordem média = 50.9).

TABELA 2.17

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função do historial de cirurgias (N = 140)

	Grupo c/ historial de cirurgia (n = 93)	Grupo s/ historial de cirurgia (n = 47)	Z	p
	Ordem média	Ordem média		
N.º consultas médicas	80.4	50.9	-4.07	.000***
Perceção geral de saúde – HPQ				
PSA	64.9	81.5	-2.28	.022*
PSP	62.1	87.2	-3.60	.000***
PS	68.7	74.2	-.77	.444
PIM	69.6	72.3	-.38	.701
Queixas subjetivas de saúde				
SHC Total	75.1	61.4	-1.89	.059†
Sintomatologia psicopatológica				
Soma das 3 subescalas do BSI	75.1	61.4	-1.89	.059†
Ansiedade	77.6	56.4	-2.96	.003**
Depressão	75.2	61.2	-2.00	.045*
Somatização	72.5	66.6	-.84	.400
Ansiedade face à morte				
DAQ Total	71.7	68.1	-.50	.616
Satisfação com o suporte social				
ESSS Total	67.6	76.2	-1.18	.239

Nota. † $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. HPQ = *Health Perception Questionnaire*; SHC = *Subjective Health Complaints*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; DAQ = *Death Anxiety Questionnaire*; ESSS = *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

Observa-se ainda, diferenças significativas entre os grupos relativamente a algumas variáveis de perceção geral de saúde, nomeadamente as variáveis de perceção de saúde atual ($Z = -2.28$, $p = .022$) e de perceção de saúde passada ($Z = -3.60$, $p < .001$), bem como ao nível das variáveis ansiedade e depressão ($Z = -2.96$, $p = .003$ e $Z = -2.00$, $p = .045$, respetivamente). Observando-se que os utentes que apresentam historial de cirurgias possuem pior perceção de saúde atual (Ordem média = 64.9) e pior perceção de saúde passada (Ordem média = 62.1), e possuem mais sintomas de ansiedade e depressão (Ordens médias de 77.6 e de 75.2, respetivamente).

Foram encontradas diferenças marginalmente significativas entre os dois grupos para a soma das três subescalas do BSI ($z = -1.89$, $p = .059$), e queixas subjetivas de saúde ($z = -1.89$, $p = .059$). O que indica que os participantes com historial de cirurgias apresentam mais sintomatologia psicopatológica em geral (Ordem média = 75.1) e mais queixas subjetivas de saúde (Ordem média = 75.1).

Por último, é apresentado na tabela 2.18 os resultados referentes à comparação entre o grupo que utiliza outros serviços de saúde e o grupo que não utiliza outros serviços de saúde, para além dos serviços de medicina familiar pertencentes aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Constatou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos ao nível da variável número de consultas médicas ($Z = -2.35$, $p = .019$), indicando que os utentes que utilizam outros serviços de saúde consomem mais consultas médicas (Ordem média = 76.7) do que os utentes que não utilizam (Ordem média = 60.4).

Quanto às variáveis psicossociais, verifica-se diferenças significativas entre os grupos ao nível das variáveis de perceção geral de saúde, no que se refere à perceção de saúde atual ($Z = -4.08$, $p < .001$), perceção de saúde passada ($Z = -3.05$, $p = .002$) e preocupação com a saúde ($Z = -4.16$, $p < .001$), ao nível da variável ansiedade face à morte ($Z = -3.07$, $p = .002$) e ainda, em relação à variável somatização ($Z = -2.00$, $p = .045$). Os resultados encontrados sugerem que os utentes que utilizam outros serviços de saúde apresentam pior perceção de saúde atual (Ordem média = 58.4) e passada (Ordem média = 61.7), são mais preocupados com a saúde (Ordem média = 81.8) e possuem níveis mais elevados de ansiedade face à morte (Ordem média = 78.7) e de somatização (Ordem média = 75.5).

Também se encontraram diferenças marginalmente significativas entre os grupos para a soma das três subescalas do BSI ($Z = -1.90$, $p = .058$), para a subescala *depressão* do BSI ($Z = -1.89$, $p = .059$) e para a subescala *atitude para com a ida ao médico* do instrumento que mede a perceção geral de saúde ($Z = -1.67$, $p = .095$). Sugerindo que os participantes que utilizam outros serviços de saúde apresentam mais sintomatologia psicopatológica em geral

(Ordem média = 75.4), mais sintomas de depressão (Ordem média = 75.2) e possuem uma atitude mais favorável para com a ida ao médico (Ordem média = 74.6).

TABELA 2.18

Resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para a variável número de consultas médicas e para as variáveis psicossociais, em função da utilização de outros serviços de saúde (N = 139)

	Grupo c/ utilização de outros serviços (n = 82)	Grupo s/ utilização de outros serviços (n = 57)	Z	p
	Ordem média	Ordem média		
N.º consultas médicas	76.7	60.4	-2.35	.019*
Percepção geral de saúde – HPQ				
PSA	58.4	86.7	-4.08	.000***
PSP	61.7	82.0	-3.05	.002**
PS	81.8	53.1	-4.16	.000***
PIM	74.6	63.4	-1.67	.095†
Queixas subjetivas de saúde				
SHC Total	74.4	63.7	-1.55	.121
Sintomatologia psicopatológica				
Soma das 3 subescalas do BSI	75.4	62.3	-1.90	.058†
Ansiedade	73.9	64.5	-1.37	.171
Depressão	75.2	62.6	-1.89	.059†
Somatização	75.5	62.2	-2.00	.045*
Ansiedade face à morte				
DAQ Total	78.7	57.4	-3.07	.002**
Satisfação com o suporte social				
ESSS Total	72.0	67.1	-.702	.483

Nota. † p < .10; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001. HPQ = *Health Perception Questionnaire*; SHC = *Subjective Health Complaints*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; DAQ = *Death Anxiety Questionnaire*; ESSS = *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

Em suma, o estudo da variável número de consultas médicas em função das habilitações literárias revela que os participantes com menos estudos consomem mais consultas comparativamente aos participantes com mais escolaridade. O estudo das variáveis psicossociais em função das habilitações literárias, permite afirmar que dentro das variáveis psicossociais, a percepção de saúde passada e as queixas subjetivas de saúde diferem em função das habilitações literárias dos participantes do presente estudo. Observa-se assim, que os participantes com habilitações literárias mais baixas apresentam pior percepção de saúde passada (valores significativos) e uma tendência para apresentarem mais queixas subjetivas de saúde (valores marginalmente significativos).

No que concerne às variáveis clínicas, constata-se a existência de diferenças significativas no número de consultas médicas entre os diversos grupos clínicos. Observa-se

ainda, de uma maneira geral, que os resultados das variáveis psicossociais diferem nos diversos grupos clínicos ao nível das seguintes variáveis: percepções de saúde atual e passada; queixas subjetivas de saúde; e sintomatologia psicopatológica em geral (soma das três subescalas do BSI), bem como sintomas de ansiedade, depressão e somatização.

Assim, o estudo da variável número de consultas médicas e das variáveis psicossociais em função das variáveis clínicas sugerem que os participantes que possuem algum tipo de diagnóstico médico consomem mais consultas médicas, apresentam pior percepção de saúde atual e passada, possuem mais queixas subjetivas de saúde e apresentam mais sintomatologia psicopatológica em geral, bem como mais sintomas de depressão e somatização (valores significativos). Os utentes que consomem medicamentos também consomem mais consultas médicas, possuem pior percepção de saúde atual e passada, e apresentam mais queixas subjetivas de saúde (valores significativos). Estes participantes também revelam mais sintomatologia psicopatológica em geral e mais sintomas de depressão e somatização (valores marginalmente significativos). Os sujeitos com historial de cirurgias consomem mais consultas médicas, revelam pior percepção de saúde atual e passada, e apresentam mais sintomas de ansiedade e de depressão (valores significativos). Apresentam ainda, níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica em geral e mais queixas subjetivas de saúde (valores marginalmente significativos). Por último, o grupo de utentes que utiliza outros serviços de saúde consome mais consultas médicas, apresenta pior percepção de saúde atual e passada, é mais preocupado com a saúde e possui níveis mais elevados de ansiedade face à morte e de somatização (valores significativos). Este grupo manifesta também, mais sintomatologia psicopatológica em geral, mais sintomas de depressão e possui uma atitude mais favorável para com a ida ao médico (valores marginalmente significativos).

3. Discussão dos Resultados

3.1 Discussão dos Resultados das Percentagens de Utilização de Consultas de Medicina Familiar pelos UF e UNF

Os resultados das percentagens de utilização de consultas médicas revelaram que os UF (n = 1168) da USF S. Nicolau foram responsáveis pelo consumo de 26.5% (12.281) das consultas de “Saúde Adultos” em 2011 e os UNF (n = 11.119) pelo consumo de 56.6% (25.267). As restantes 16.9% (7.869) das consultas foram consumidas por utentes inscritos com mais de 90 anos e por utentes sem inscrição na unidade ou pertencentes a outra extensão de saúde, ou seja, por utentes excluídos para participar no estudo. Estes resultados vão de encontro à evidência empírica que aponta que os UF, que correspondem aos utentes que se encontram nos 10 pontos percentuais dos que mais recorrem às consultas médicas, são responsáveis por 30 a 50% de todas as consultas médicas (Vedsted & Christensen, 2005). De facto, a percentagem encontrada de utilização de consultas médicas pelos UF seria provavelmente maior se no presente estudo se tivesse incluído os utilizadores com mais de 90 anos de idade. Também se se tivesse contabilizado apenas as consultas realizadas pelos UF e pelos UNF identificados, excluindo-se as realizadas pelos outros utentes referidos, as percentagens de utilização de consultas médicas seriam superiores, correspondendo a 32.7% para os UF e a 67.3% para os UNF.

Os dados encontrados são semelhantes aos resultados de um estudo retrospectivo realizado na Croácia (Botica et al., 2004). O estudo revelou que em 1997, 944 UF consumiram 11.257 consultas médicas, em 1998, 966 UF consumiram 12.145, e em 1999, 988 UF consumiram um total de 12.259 consultas médicas. Um outro estudo indicou que os UF que se inseriam no valor percentil 1 dos que mais recorreram a consultas médicas foram responsáveis pelo consumo de 6% das consultas e os UF que se inseriam no valor percentil 3, consumiram 15% das consultas médicas (Neal, Heywood, Morley, Clayden & Dowell, 1998).

3.2 Discussão dos Resultados dos Testes de Hipóteses

Seguidamente é apresentada a discussão dos resultados para cada uma das seis hipóteses testadas, recorrendo-se às evidências empíricas encontradas na revisão bibliográfica para a temática em estudo.

3.2.1 Hipótese 1 – Diferenças entre os UF e os UNF na percepção geral de saúde

A Hipótese 1 previa diferenças significativas entre os dois grupos ao nível da percepção geral de saúde, evidenciando os UF uma menor percepção de saúde atual, menor percepção de saúde passada, uma atitude perante a ida ao médico mais negativa e níveis maiores de preocupação com a saúde. Os resultados encontrados no presente estudo apoiam parcialmente a hipótese, observando-se que os UF apresentam níveis mais baixos de percepção de saúde atual e de percepção de saúde passada, revelam pontuações mais elevadas de preocupação com a saúde, embora os resultados sejam apenas marginalmente significativos, e não apresentam uma atitude perante a ida ao médico mais negativa que os UNF.

As evidências encontradas neste estudo, que sugerem que os UF possuem piores percepções de saúde atual e passada são consistentes com o estudo realizado por Dowrick e colaboradores (2000). Os autores constataram que apenas 31% dos UF revelaram que a sua saúde era boa ou excelente, enquanto nos UNF esta percepção correspondeu a 78%. Numa revisão bibliográfica sobre a utilização frequente de cuidados de saúde, Gill e Sharpe (1999) afirmam que existem muitas evidências de que os UF possuem uma percepção de saúde mais pobre do que os UNF. Outros estudos revelaram dados idênticos, evidenciando que os UF apresentam uma percepção pobre da saúde, como se verifica no estudo realizado por Borgquist, Hansson, Nettelbladt, Nordström e Lindelöw (1993) e no estudo realizado por Freeborn, Pope, Mullooly e McFarland (1990). Contudo, os dados deste último estudo referem-se apenas a UF idosos. Um estudo mais antigo, realizado por Anderson, Buck, Danaher e Fry (1977), também apresenta as mesmas evidências. Os autores concluíram que os UF se percebem como menos saudáveis em comparação com os UNF.

Relativamente à variável preocupação com a saúde, Little (2001) sugere que os UF são mais propensos a apresentar ansiedade em relação à saúde. Uma outra investigação, com um desenho de investigação qualitativo, postula que uma das três principais razões para os UF apresentarem elevadas taxas de consultas médicas prende-se com a ansiedade/preocupação em relação à doença/sintomas. Estes dados vão de encontro às pontuações mais elevadas de preocupação com a saúde nos UF em comparação com os UNF no presente estudo. Assinala-se contudo, que os valores obtidos na comparação de grupos foram apenas marginalmente significativos.

Os resultados encontrados para a variável atitude para com a ida ao médico evidenciam a inexistência de diferenças significativas entre os dois grupos, observando-se que os UF apresentam níveis ligeiramente superiores (sem significância estatística) comparativamente

com os UNF. Estes dados indicam que ambos os grupos apresentam atitudes favoráveis face a ida ao médico. Estes dados contrariam os resultados de alguns estudos que postulam que os UF têm a percepção que os médicos não entendem a complexidade dos seus problemas, podendo levar a uma relação disfuncional entre médico e paciente (Hodgson, Smith, Brown, & Dowrick, 2005; Jackson & Kroenke, 1999; Scaife, Gill, Heywood, & Neal, 2000). Contudo, o estudo realizado por Heywood e colaboradores (1998) evidencia que não existem diferenças significativas entre os UF e os UNF quanto à satisfação dos serviços prestados pelo médico de família, assemelhando-se aos resultados obtidos no presente estudo. E ainda, o estudo realizado por Kersnik, Svab e Vegnuti (2001) revela que os UF apresentam-se mais satisfeitos com o médico de família do que os UNF.

3.2.2 Hipótese 2 – Diferenças entre os UF e os UNF nas queixas subjetivas de saúde

A Hipótese 2 postulava diferenças significativas entre o grupo de UF e o grupo de UNF quanto às queixas subjetivas de saúde, evidenciando o primeiro grupo níveis mais elevados. De acordo com o previsto, os resultados obtidos permitiram concluir que os UF apresentam significativamente mais queixas subjetivas de saúde comparativamente aos UNF, confirmando a hipótese formulada.

No estudo realizado por Wagner e colaboradores (1995; cit. in Wagner et al., 2010), os dados revelam que os UF são mais propensos a procurarem cuidados médicos por sintomas menores e num curto espaço de tempo, o que apoia os resultados obtidos no presente estudo. No mesmo sentido, Kapur e colaboradores (2004) observaram que os sintomas físicos se associam à utilização frequente de consultas médicas. Outros estudos também comprovam a existência de correlações positivas entre o relato de sintomas e a utilização dos cuidados de saúde (Corney & Murray, 1988; Robinson & Granfield 1986; Smedby 1974; cit. in Jyväsjarvi, 2001).

Constatou-se ainda, diferenças significativas entre os dois tipos de utilizadores em todas as subescalas do instrumento utilizado para medir as queixas subjetivas de saúde. Assim, os dados revelam que a subamostra de UF apresenta significativamente mais queixas relacionadas com dores músculo-esqueléticas, alergias, problemas gastrointestinais, pseudoneurologia e gripe. Estes resultados são apoiados por um estudo que demonstrou que os UF apresentam mais problemas gastrointestinais, músculo-esqueléticos e psiquiátricos do que os UNF, tendo estes problemas sido considerados as principais razões para os UF

procurarem o médico de família (Jyväsjarvi, Keinänen-Kiukaanniemi, Väisänen, Larivaara, & Kivelä, 1998).

3.2.3 Hipótese 3 – Diferenças entre os UF e os UNF nas representações de doença

Esta hipótese previa diferenças significativas nas representações de doença entre o grupo de UF e o grupo de UNF, evidenciando o primeiro grupo uma maior percepção de sintomas de doença (identidade), uma maior preocupação com a doença, uma percepção mais crónica da doença (duração), percepção de maior gravidade da doença (consequências), mais *distress* emocional (resposta emocional) e menor percepção de controlo pessoal. Os resultados obtidos revelam que não existem diferenças significativas entre os grupos nas diversas representações de doença. Observa-se assim, que os dados não vão de encontro com o estudo realizado por Frostholm e colaboradores (2005). Estes autores encontraram uma associação entre a elevada utilização dos cuidados de saúde e uma forte identidade de doença, preocupação com a doença, perspectiva de longa de duração, crença de que os sintomas possuem consequências sérias e *distress* emocional.

Contudo, encontraram-se valores marginalmente significativos para as dimensões *consequências*, *compreensão* e *resposta emocional* do *Brief Illness Perception Questionnaire*, indicando que os UF possuem uma percepção mais elevada das consequências da doença, níveis mais baixos de compreensão de doença e mais *distress* emocional. Os resultados obtidos para as dimensões *consequências* e *resposta emocional* apontam no mesmo sentido que os do estudo anteriormente mencionado.

As diferenças entre os resultados encontrados no presente estudo e no estudo de Frostholm e colaboradores (2005) poderão ser explicadas pela diferença da metodologia adotada em cada um dos estudos. Dado que no estudo de Frostholm e colaboradores (2005) foram realizados testes de correlação e no presente estudo foram realizados teste de comparação de grupos. Com efeito, se no presente estudo se tivesse optado por realizar testes correlacionais, as subamostras de UF e UNF desapareceriam, perdendo-se a análise daqueles utentes que utilizam mais frequentemente as consultas com o médico comparativamente aos utentes da mesma idade e género. Isto sucede, porque a não estratificação dos tipos de utilizadores por género e idade conduz à seleção de UF maioritariamente do género feminino e com idades avançadas, dado que este perfil está associado à utilização de mais consultas.

3.2.4 Hipótese 4 – Diferenças entre os UF e os UNF na ansiedade face à morte

A Hipótese 4 referia-se a diferenças significativas entre os dois grupos quanto aos níveis de ansiedade face a morte, evidenciando os UF níveis mais elevados. Esta hipótese foi rejeitada. No entanto, assinala-se que os valores encontrados foram marginalmente significativos, sugerindo que os UF apresentam níveis mais elevados de ansiedade face à morte quando comparados com os UNF. Assim, pode-se afirmar que os dados são parcialmente consistentes com os resultados encontrados por Koskela e colaboradores (2010). Os autores evidenciaram pela primeira vez, que o medo da morte é preditor da utilização frequente persistente entre os UF.

De assinalar, que os resultados do presente estudo foram obtidos através de uma subamostra de UF e de UNF, enquanto que no estudo de Koskela e colaboradores (2010) os resultados foram obtidos entre uma subamostra de Utilizadores Frequentes Temporários e de Utilizadores Frequentes Persistentes. Provavelmente, se no presente estudo se utilizasse as consultas realizadas ao longo de três anos para identificar os UF, em vez de um ano, encontrar-se-ia resultados significativamente diferentes entre os UF e os UNF para a variável ansiedade face à morte, dado que assim se eliminaria os Utilizadores Frequentes Temporários (e.g. utentes com baixa médica temporária ou utentes com diagnóstico inicial de patologia aguda moderada a grave).

3.2.5 Hipótese 5 – Diferença entre os UF e os UNF na sintomatologia psicopatológica

Esta hipótese previa diferenças significativas entre o grupo de UF e o grupo de UNF relativamente à sintomatologia psicopatológica, nomeadamente sintomas de ansiedade, depressão e somatização, evidenciando o primeiro grupo níveis mais elevados.

Os dados obtidos para a soma das três subescalas do *Brief Symptom Inventory* (BSI) e para as subescalas *ansiedade*, *depressão* e *somatização* do BSI são significativamente mais elevados no grupo de UF do que no grupo de UNF, confirmando-se a hipótese formulada. Estes resultados são apoiados pela revisão sistemática sobre a utilização frequente de cuidados de saúde realizada por Gill e Sharpe (1999). Os autores concluíram que os problemas psiquiátricos, que incluem toda a gama de sintomas e perturbações comuns, tais como a ansiedade e depressão, são mais prevalentes nos UF, e observam que cerca de 50% dos UF apresentam *distress* emocional. Também os autores Vedsted, Fink, Olesen e Munk-

Jorgensen (2001) concluíram que o *distress* psicológico é um fator preditor da utilização frequente de serviços de saúde.

Um outro estudo evidenciou que a prevalência de Perturbações de Humor, Perturbações de Ansiedade e Perturbações Somatoformes eram superiores no grupo de UF (Schmitz & Kruse, 2002). Observa-se ainda, um estudo que evidenciou uma associação elevada entre somatização e utilização frequente, especialmente entre os UF com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos (Vedsted, Fink Sorensen, & Olesen, 2004).

3.2.6 Hipótese 6 – Diferenças entre os UF e os UNF na satisfação com o suporte social

A Hipótese 6 previa diferenças significativas relativamente à satisfação com o suporte social entre os dois grupos, evidenciando os UF uma menor perceção de satisfação com o suporte social. Contrariamente ao esperado, os resultados das pontuações totais da *Escala de Satisfação com o Suporte Social* e das subescalas pertencentes a este instrumento não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de UF e de UNF.

Estes resultados não vão de encontro aos resultados encontrados na meta-análise realizada por Vedsted e Christensen (2005) nem aos dados encontrados por Kouzis e Eaton (1998), em que a falta de suporte social aparece associada à utilização frequente de cuidados de saúde. No entanto, os dados são suportados por um estudo mais recente, o estudo de Bergh e colaboradores (2006), em que os autores não encontraram uma influência significativa entre suporte social e utilização frequente, verificando que o suporte social é tão forte entre os UF como nos UNF. Este estudo utilizou o mesmo método de identificação dos UF do presente estudo.

3.3 Discussão dos Resultados das Análise Exploratórias

Seguidamente, apresenta-se a discussão dos resultados da variável número de consultas médicas e das variáveis psicossociais em função das habilitações literárias e das variáveis clínicas. Estes foram realizados para a amostra total (N = 140), dado a impossibilidade para realizar nas duas subamostras.

3.3.1 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Habilidades Literárias

Vários estudos associam a utilização frequente a pessoas com um nível de educação mais baixo (Báez et al., 1998; Jyvasjarvi et al., 1998; Kersnik et al., 2001; Robles et al., 2009). Com efeito, observa-se no presente estudo que o consumo de consultas médicas é significativamente superior nos participantes com escolaridades mais baixas. De salientar, que 85% dos UF da amostra em estudo possuem baixa escolaridade (até ao 3.º ciclo), correspondendo nos UNF a uma percentagem significativamente menor, de 64%.

Os resultados revelam ainda, que os grupos com habilidades literárias mais baixas apresentam uma pior perceção de saúde passada (valores encontrados são significativos) e apresentam mais queixas subjetivas de saúde (valores encontrados são marginalmente significativos). Assim, constata-se que as variáveis psicossociais diferem mais quando comparadas entre os grupos de UF e de UNF do que quando comparadas entre os diversos grupos de habilidades literárias.

3.3.2 Resultados da Variável Número de Consultas Médicas e das Variáveis Psicossociais em Função das Variáveis Clínicas

O estudo da variável número de consultas médicas em função da presença de diagnóstico patológico e/ou psicopatológico, revela que os participantes que possuem um ou mais diagnósticos consomem significativamente mais consultas médicas comparativamente aos participantes sem diagnóstico. Esses dados são consistentes com as conclusões da revisão sistemática realizada Mendoza-Sassi e Béria (2001), em que a variável estado de saúde aparece como principal determinante de utilização de serviços de saúde. De considerar, que foram encontradas diferenças significativas entre os UF e os UNF da presente amostra ao nível da presença de diagnóstico médico, verificando-se que a maioria dos participantes do grupo de UF apresenta um ou mais diagnósticos médicos (92.5% dos UF e 66% dos UNF). De facto, os estudos são consistentes na confirmação que os UF apresentam elevadas taxas de doenças físicas e psiquiátricas (Gill & Sharpe, 1999).

Os resultados das variáveis psicossociais em função da presença de diagnóstico médico sugerem que os participantes que possuem algum tipo de diagnóstico apresentam pior perceção de saúde atual e passada, possuem mais queixas subjetivas de saúde e apresentam mais sintomatologia psicopatológica em geral, bem como mais sintomas de depressão e

somatização (os valores encontrados são significativos). Apesar de mais variáveis psicossociais apresentarem diferenças significativas entre os grupos com diagnóstico médico e sem diagnóstico, as diferenças continuam a ser superiores entre os grupos de UF e de UNF.

Os utentes que consomem medicamentos também consomem significativamente mais consultas médicas. Possuem pior perceção de saúde atual e passada, e apresentam mais queixas subjetivas de saúde (os valores encontrados são significativos). Observa-se que no grupo de UF 90% dos participantes consomem medicamentos e no grupo de UNF corresponde a 67%. Estes resultados são apoiados pelo estudo de Bergh e colaboradores (2003), que revela que os UF apresentam mais prescrições do que os UNF. Salienta-se, que os grupos de UF e de UNF também apresentam diferenças significativas para mais variáveis psicossociais do que os grupos que consomem medicamentos e os que não consomem.

Os sujeitos com historial de cirurgias consomem mais consultas médicas, revelam pior perceção de saúde atual e passada, e apresentam mais sintomas de ansiedade e de depressão (valores encontrados são significativos). Também no grupo de UF se constata que 90% dos participantes possuem historial de cirurgias médicas comparativamente com 67% dos participantes no grupo de UNF. Estes dois grupos diferem significativamente em mais variáveis psicossociais do que os grupos em função do historial de cirurgias.

Os utentes que utilizam outros serviços de saúde consomem significativamente mais consultas médicas. Observa-se o mesmo entre o grupo de UF e o grupo de UNF, em que 82.5% dos UF manifestam utilizar outros serviços de saúde comparativamente a 49.5% dos UNF. Também noutros estudos se conclui que os UF são mais encaminhados para os hospitais ou especialistas comparativamente aos UNF (Heywood et al., 1998; Svab & Zaletel-Kragel, 1993; Vedsted et al., 2004). Verifica-se ainda, que os participantes que utilizam outros serviços de saúde apresentam pior perceção de saúde atual e passada, são mais preocupado com a saúde e possuem níveis mais elevados de ansiedade face à morte e de somatização (valores encontrados são significativos). Não foram encontradas diferenças significativas na preocupação com a saúde e na ansiedade face à morte entre o grupo de UF e o grupo de UNF. Pode-se afirmar que os grupos em função do tipo de utilizador e os grupos em função da utilização de outros serviços de saúde aproximam-se no número de variáveis psicossociais em que diferem significativamente.

4. Conclusão Integrativa e Implicações Futuras

O presente estudo procurou aprofundar o conhecimento no domínio da utilização frequente dos Cuidados de Saúde Primários, com base na identificação de potenciais diferenças entre os Utilizadores Frequentes (UF) e os Utilizadores Não Frequentes (UNF) de uma unidade de saúde. Investigou-se as percentagens das consultas médicas utilizadas pelos UF e pelos UNF no período de 2011. Os resultados obtidos mostram claramente que os UF da USF S. Nicolau consomem desproporcionalmente mais consultas médicas do que os UNF, tal como apontam os dados de outras investigações (Botica et al., 2004; Vedsted & Christensen, 2005). Assim, os 1168 UF identificados consumiram 12.281 consultas médicas no ano de 2011 e os 11.119 UNF consumiram 25.267, o que indica que os UF (cerca de 10% dos utentes) foram responsáveis por 1/4 das consultas realizadas, enquanto os UNF (cerca de 90% dos utentes) foram responsáveis por apenas 2/4 das consultas. As restantes consultas foram consumidas por utentes excluídos de participar no estudo (e.g., utentes com inscrição posterior a 2011).

O principal objetivo do presente estudo compreendia a identificação de variáveis psicossociais nos UF, tendo por base a comparação com um grupo de UNF. Os resultados obtidos da testagem das hipóteses permitem concluir que os UF apresentam níveis significativamente mais baixos de perceção de saúde atual e passada, revelam significativamente mais queixas subjetivas de saúde e possuem níveis significativamente mais elevados de sintomatologia psicopatológica em geral, e especificamente mais sintomas de ansiedade, depressão e somatização. No entanto, contrariamente ao esperado, os UF não apresentam diferenças significativas comparativamente com os UNF ao nível da preocupação com a saúde, da atitude para com a ida ao médico, das representações de doença, da ansiedade face à morte e da satisfação com o suporte social.

O tamanho da amostra e a identificação dos UF através do número de consultas realizadas por cada utente ao longo de um ano, em vez de três anos, poderão estar a influenciar os resultados obtidos no presente estudo. Assinala-se assim, em futuros estudos, a importância da utilização de amostra maiores e a identificação dos UF através da análise das consultas efetuadas ao longo de três anos, pois permite eliminar os Utilizadores Frequentes Temporários, considerados utentes que não apresentam um padrão persistente de utilização frequente dos cuidados de saúde. No entanto, alguns destes pacientes passam a ser Utilizadores Frequentes Persistentes, acabando por adquirir um padrão persistente de utilização frequente dos cuidados de saúde (Koskela, 2010; Smit et al., 2009). Neste sentido, o estudo dos utentes que apresentam um padrão de comportamento persistente de utilização frequente dos cuidados de saúde e exclusão dos que apresentam um padrão temporário em vez

de persistente, poderá revelar diferenças significativas para as variáveis psicossociais em estudo onde não foi possível atestar essa significância.

Outro possível fator que pode estar a influenciar os resultados é o estabelecimento do ponto de corte nos 10% para identificar os UF. A utilização de um ponto de corte mais baixo, entre os 3 e os 5%, também poderia reduzir os Utilizadores Frequentes Temporários.

Apesar das limitações apresentadas, os resultados da testagem das hipóteses mostram claramente que os UF comparativamente com os UNF apresentam diferenças significativas ao nível de algumas variáveis psicossociais, indicando que estas poderão estar a influenciar a utilização frequente dos cuidados de saúde, para além da efetiva necessidade de cuidados de saúde, atestada no presente estudo pela presença de mais diagnósticos médicos nos UF do que nos UNF.

Assim, considera-se que intervenções focadas na redução de sintomatologia psicopatológica, no aumento da perceção geral de saúde e na normalização das queixas subjetivas de saúde poderão contribuir para a redução da utilização frequente de serviços médicos. Estas intervenções poderão ser realizadas pelo próprio médico, ou através do encaminhamento para outros profissionais (e.g., psicólogos), ou ainda serem realizadas em grupo. Para tal acontecer é necessário que os centros de saúde promovam a monitorização dos seus UF (através de programas informáticos), sendo essencial a consciencialização dos médicos de família para este fenómeno, de forma a identificar nos utentes considerados UF a possível presença de sintomatologia psicopatológica ou pobres perceções de saúde, não justificadas pelos seus quadros patológicos.

Apesar deste fenómeno ser estudado há vários anos, ainda não foi possível compreender porque é que alguns utentes utilizam desproporcionalmente mais consultas comparativamente a outros utentes. Tal deve-se, em parte, à grande proliferação de definições de UF na literatura e conseqüente diversidade de metodologias adotadas pelos diferentes estudos. Com efeito, é importante que futuros estudos nesta área identifiquem os UF através da sua estratificação por género e idade, de forma a contemplar aqueles utentes que utilizam mais os serviços de saúde comparativamente aos seus pares.

Por último, é importante realçar a necessidade de mais estudos nesta área em Portugal e que estes englobem para além do estudo da influência das variáveis psicossociais estudadas na utilização frequente dos serviços de saúde, a influência de outras dimensões como locus de controlo da saúde, estratégia de *coping* de saúde, características dos médicos de família e relação médico-paciente.

Referências Bibliográficas

- Afonso, A. & Fonseca, A. (2012). *Quem são os utilizadores frequentes dos Cuidados de Saúde Primários?* Comunicação apresentada no 17º Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar. Braga, Portugal.
- Alves, N. C. & Figueiras, M. J. (2008). Adaptação experimental da Escala de Queixas Subjectivas de Saúde para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 281-293. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/>
- Andersen, R. M. & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund*, 83 (4), 1-28. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10. Obtido de http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting_Behavioral_Model_and_Access.pdf
- Anderson, J. A. D., Buck, C., Danaher, K., & Fry, J. (1977). Users and non-users of doctors – implications for self-care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 27, 155-159. Obtido de <http://europepmc.org/articles/PMC2158458/pdf/jroyalcgprac00267-0029.pdf>
- Andersson, S. O., Lynoe, N., Hallgren, C. G., & Nilsson, M. (2004). Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22 (2), 91-94. doi: 10.1080/02813430410005207
- Andersson, S. O., Mattsson, B., & Lynöe, N. (1995). Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden – A comparative study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23 (4), 251-257. doi: 10.1177/140349489502300406
- Ascari, A., Ferrari, S., Andreoli, M., Peggi, M., & Rigatelli, M. (2011). Frequent attenders at a primary care clinic: Occasional or regular abusers? *European Psychiatry*, 26 (1), 1699. doi: 10.1016/S0924-9338(11)73403-4

- Báez, K., Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Pedrero, E., Aranguren, J., & Retolaza, A. (1998). Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *British Journal of General Practice*, 48 (437), 1824-1827. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313286>
- Barbosa, P. (2012). (Des) centralização dos cuidados de saúde primários? *Revista de Saúde Pública Portuguesa*, 30 (1), 1-2. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.05.001
- Barros, J. (1998). *Viver a Morte. Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almeida
- Bellón, J. A. & Fernández-Asensio, M. E. (2002). Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education and Counseling*, 48, 33-41. Obtido de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e66aaae4-f248-4976-83bb-d60b51142eb3%40sessionmgr113&vid=5&hid=4210>
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D., & Lardelli, P. (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological Medicine*, 29, 1347-1357. Obtido de <http://hera.ugr.es/doi/15007340.pdf>
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bergh, H. & Marklund, B. (2003). Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(3), 171-177. doi: 10.1080/02813430310001149
- Bergh, H., Baigi, A., Fridlund, B., & Marklund, B. (2006). Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health*, 120, 229-236. doi: 10.1016/j.puhe.2005.08.020
- Bergh, H., Baigi, A., Mansson, J., Mattsson, B., & Marklund, B. (2007). Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in

- primary health care over 5 years. *Public Health*, 121 (1), 25-33. doi:10.1016/j.puhe.2006.08.018
- Berghofer, A., Hartwich, A., Bauer, M., Unutzer, J., Willich, S. N., & Pfennig, A. (2012). Efficacy of a systematic depression management program in high utilizers of primary care: a randomized trial. *BMC Health Services Research*, 12 (298), 1-10. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/298>
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Bogaerts, K., Van Eylen, L., Li, W., Bresseleers, J., Van Diest, I., De Peuter, S., Stans, L., & Decramer, M. (2010). Distorted symptom perception in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 226-234. doi: 10.1037/a0017780
- Borgquist, L., Hansson, L., Nettelbladt, P., Nordström, G., & Lindelöw, G. (1993). Perceived health and high consumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district. *Psychological Medicine* 23, 763-770. Obtido de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5022552>
- Botica, M. V., Kovacic, L., Kujundzic, T., Katic, M., Botica, I., Rapic, M., Novakovic, D., & Lovasic, S. (2004). Frequent Attenders in Family Practice in Croatia: Retrospective Study. *Croatian Medical Journal*, 45 (5), 620-624. Obtido de <http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2004/45/5/15495291.pdf>
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12. Obtido de <https://cms.ensp.unl.pt>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020

- Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, W., Williams, K. & Johnston, S. (1979). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7), iii-x, 1-131.
- Campbell, S. M. & Roland, M. O. (1996). Why do people consult the doctor? *Family Practice*, 13 (1), 75-83. Obtido de <http://fampra.oxfordjournals.org/content/13/1/75.short>
- Campos, A. C. & Simões, J. (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (p. 305-330). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (p. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Carney, T., Guy, S., & Jeffrey, G. (2001). Frequent attenders in general practice: A retrospective 20-year follow-up study. *British Journal of General Practice*, 51, 567-569. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314050/>
- Conte, H., Weiner, M., & Plutchic, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (4), 775-785. doi: 10.1037/0022-3514.43.4.775
- Courtenay, M. J. F., Curwen, M. P., Dawe, D., Robinson, J., & Stern, M. J. (1974). Frequent attendance in a family practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 24, 251-261. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2157350/>

- Dalgard, O. S., Bjork, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 29-34. doi: 10.1192/bjp.166.1.29
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A Study in Construct Validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33 (4), 981-989. Obtido de <http://ehis.ebscohost.com>
- Direcção-Geral da Saúde (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração. Manual para a Mudança*. Lisboa: DGS
- Dowrick, C. F., Bellón, J. A., & Gómez, M. J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365. Obtido de <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/rcgp/09601643/v50n454/s4.pdf?expires=1383603306&id=76107143&titleid=30000031&accname=Guest+User&checksum=EDD7B2EA12E634AEE70BB647DCBA4901>
- Dutton, D. (1986). Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Social Science & Medicine*, 23 (7), 721-735. doi: 10.1016/0277-9536(86)90121-8
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., & Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27 (1), 63-72. doi: 10.1080/14034949950153931
- Evans, R. G. & Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science & Medicine*, 31 (12), 1347-1363. Obtido de <http://students.med.mcgill.ca/sites/default/files/content/clubs/mighc/2009/files/lecture04/Evans%201990%20producing%20health%20consuming%20health%20care.pdf>
- Félix-Bortolotti, M. (2009). Part 1 – unravelling primary health care conceptual predicaments through the lenses of complexity and political economy: a position paper for progressive transformation. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15 (5), 861–867. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01274.x

- Ferrari, S., Galeazzi, G. M., Mackinnon, A., & Rigatelli, M. (2008). Frequent Attenders in Primary Care: Impact of Medical, Psychiatric and Psychosomatic Diagnoses. *Psychother Psychosom*, 77, 306-314. doi: 10.1159/000142523
- Ferreira, G. (1989). *Sistemas de saúde e seu funcionamento. Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo. O Caso Particular de Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Steinberg, K., Tennen, H., & Allen, S. (2004). Prospective association of anxiety, depressive, and addictive disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical care. *Social Science & Medicine*, 58 (11), 2145-2149. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.08.017.
- Freeborn, D. K., Pope, C.R., Mullooly, J.P., & McFarland, B. H. (1990) Consistently high users of medical care among the elderly. *Medical Care*, 28, 527-540. Obtido de <http://www.jstor.org/stable/i290483>
- Frostholm, L., Fink, P., Christensen, K. S. Toft, T., Oernboel, E., Olesen, F., & Weinman, J. (2005). The Patients' Illness Perceptions and the Use of Primary Health Care. *Psychosomatic Medicine*, 67 (6), 997-1005. doi: 10.1097/01.psy.0000189164.85653.bc
- Gill, D. & Sharpe, M. (1999). Frequent Consulters in General Practice: A Systematic Review of Studies of Prevalence, Associations and Outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (2), 115-130. doi: 10.1016/S0022-3999(98)00118-4.
- Hall, J. J. & Taylor, R. (2003). Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *The Medical Journal of Australia*, 178 (1), 17-20. Obtido de <https://www.mja.com.au>
- Heywood, P. L., Blackie, G. C., Cameron, I. H., & Dowell, A. C. (1998). An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Family Practice*, 15, 198-204. Obtido de <http://fampra.oxfordjournals.org/content/15/3/198.short>

- Hodgson, P., Smith, P., Brown, T., & Dowrick, C. (2005). Stories from Frequent Attenders: A Qualitative Study in Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 3 (4), 318-323. doi: 10.1370/afm.311
- Howe, A., Parry, G., Pickvance, D. & Hockley, B. (2002). Defining frequent attendance: evidence for routine age and sex correction in studies from primary care settings. *British of General Practice*, 52, 561-562. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314358/>
- Jackson, J. L. & Kroenke, K. (1999). Difficult Patient Encounters in the Ambulatory Clinic: Clinical Predictors and Outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159 (10), 1069-1075. doi: 10.1001/archinte.159.10.1069
- Jatic, Z. & Jatic, D. (2008). Socio-Demographic and Health Characteristics of Frequent Attender in Family Practice. *Journal of Society for development of teaching and business processes in new net environment in B&H*, 2 (4), 206-213. Obtido de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=e66aaae4-f248-4976-83bb-d60b51142eb3%40sessionmgr113&hid=4108>
- Jyvasjarvi, S. (2001). *Frequent Attenders in Primary Health Care. A cross-sectional study of frequent attenders' psychosocial and family factors, chronic diseases and reasons for encounter in Finnish health centre*. Tese de Doutoramento, Oulu University Press. Obtido de <http://herkules oulu.fi/isbn9514264460/>
- Jyvasjarvi, S., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Vaisanen, E., Larivaara, P., & Kivela, S.-L. (1998). Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16 (3), 141-148. Obtido de <http://web.ebscohost.com>
- Kapur, N., Hunt, I., Lunt, M., McBeth, J., Creed, F., & Macfarlane, G. (2004). Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care – a cohort study. *Psychological Medicine*, 4, 719-728. doi: 10.1017/S0033291703001223

- Katerndahl, D. (2010). Power law relationships between health care utilization and symptom assessment among people with panic attacks. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *16* (3), 421-426. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01462.x
- Kersnik, J., Svab, I., & Vegnuti, M. (2001). Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *19* (3), 174-177. doi: 10.1080/028134301316982405
- Kolk, A. M. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S., & Gijbbers van Wijk, C. M. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, *52* (1), 35-44. Obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399901003075#>
- Koskela, T.-H., Ryyanen, O.-P., & Soini, E. J. (2010). Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: A Bayesian approach. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *28* (1), 55-61. doi: 10.3109/02813431003690596
- Kouzis, A. C. & Eaton, W. W. (1998). Absence of social networks, social support and health services utilization. *Psychological Medicine*, *28* (6), 1301-1310. Obtido de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=D41D237FB3E6278EC03027139998605F.journals?fromPage=online&aid=25939>
- Little, P., Somerville, J., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Wiles, R., George, S., Smith, A., & Peveler, R. (2001). Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *British Journal of General Practice*, *51*, 987-994. Obtido de <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/rcgp/09601643/v51n473/s6.pdf?expires=1383618032&id=76109156&titleid=30000031&acname=Guest+User&checksum=92B014909B57201B86DBBDF5CC2E2158>
- Loutsiou-Ladd, A., Panayiotou, G., & Kokkinos, C. M. (2008). A Review of the Factorial Structure of the Brief Symptom Inventory (BSI): Greek Evidence. *International Journal of Testing*, *8*, 90-110. doi: 10.1080/15305050701808680

- Matalon, A., Yaphe, J., Nahmani, T., Portuguese-Chitrit, N., & Maoz, B. (2009). The Effect of a Multi-Disciplinary Integrative Intervention on Health Status and General Health Perception in Primary Care Frequent Attenders. *Families, Systems, & Health*, 27 (1), 77-84. doi: 10.1037/a0014769
- Mendoza-Sassi, R. & Béria, J. U. (2001). Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (4), 819-832. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>
- Miguel, L. S. & Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde no SNS*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde (2012). *Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde (2013, 01,01). *USF – Em atividade*. Obtido de <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/tabid/770/language/pt-PT/Default.aspx>
- Ministério da Saúde (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862. Obtido de http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf

- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17* (1), 1-16. doi: 10.1080/0887044029000149
- Neal R. D., Dowell A., Heywood P., & Morley S. (1996). Frequent attenders: Who needs treatment? *British Journal of General Practice, 46*, 131-132. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239565/>
- Neal, R. D., Heywood, P. L., Morley, S., Clayden, A. D., & Dowell, A. C. (1998). Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *British of General Practice, 48*, 895-898. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1409909/>
- Neal, R. D., Wickenden, G., Cottrel, D., Mason, J., Rugiano, J., Clarkson, P., & Bearpark, A. (2001). The use of primary, secondary, community and social care by families who frequently consult their general practitioner. *Health & Social Care in the Community, 9* (6), 375-382. doi: 10.1046/j.1365-2524.2001.00315.x
- Norton, J., David, M., Roquefeuil, G., Boulenger, J.-P., Car, J., Ritchie, K., & Mann, A. (2012). Frequent attendance in family practice and common mental disorders in an open access health care system. *Journal of Psychosomatic Research, 72* (6), 413-418. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.02.010
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Organização Mundial da Saúde & Fundo das Nações Unidas para a Infância, (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Comunicação apresentada na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde. Cuidados de Saúde Primários. Agora Mais que Nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.

- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558. Obtido de <http://www.scielo.oces.mctes.pt>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo Editora.
- Pais-Ribeiro, J.L. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes jovens da cidade do Porto*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 10)*. Philadelphia: Open University Press.
- Paulsen, V. M. & Shaver, J. L. (1991). Stress, support, psychological states and sleep. *Social Science & Medicine*, 32 (11), 1237-1243. doi: 10.1016/0277-9536(91)90038-E
- Pavão, A. B. & Coeli, C. M. (2008). Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 16 (3), 471-482. Obtido de http://www.iesc.uftj.br/cadernos/images/csc/2008_3/artigos/CSC_5_2008_3_Ana%20Luiza.pdf
- Paykel, E. S. (1994). Life events, Social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement s377*, 89, 50-58. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05803.x
- Pickvance, D., Parry, G., & Howe, A. (2004). A cognitive analytic framework for understanding and managing problematic frequent attendance in primary care. *Primary Care Mental Health*, 2, 165-174. Obtido de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=e66aaae4-f248-4976-83bb-d60b51142eb3%40sessionmgr113&hid=104>
- Posey, A. D. (2006). Symptom Perception: A Concept Exploration. *Nursing Forum*, 41 (3), 113-124. doi: 10.1111/j.1744-6198.2006.00047.x

- Redding, C. A., Rossi, J. S., Rossi, S. R., Velicer W. F., & Prochaska, J. O. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3, 180-193. Obtido de <http://www.iejhe.siu.edu>
- Rifel, J., Svab, I., Selic, P., Pavlic, D. R., Nazareth, I., & Car, J. (2013). Association of Common Mental Disorders and Quality of Life with the Frequency of Attendance in Slovenian Family Medicine Practices: Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 8 (1), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0054241
- Robles, R., Gili, M., Gelabert, J., Llull, M., Bestard, F., Vicens, C., Bauzá, N., & Roca, M. (2009). Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 320-325. Obtido de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio>
- Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 94-124. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x
- Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 101-108. Obtido de <http://www.ensp.unl.pt>
- Savageau, J. A., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M., & Cashman, S. B. (2006). Characteristics of Frequent Attenders At a Community Health Center. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19 (3), 265-275. doi: 10.3122/jabfm.19.3.265
- Scaife, B., Gill, P. S., Heywood, P. L., & Neal, R. D. (2000). Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Family Practice*, 17 (4), 298-304. doi: 10.1093/fampra/17.4.298
- Schmitz, N. & Kruse, J. (2002). The relationship between mental disorders and medical service utilization in a representative community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 380-386. doi: 10.1007/s00127-002-0567-2

- Sensky, T., MacLeod, A. K., & Rigby, M. F. (1996). Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders. *Psychological Medicine*, 26 (3), 641-646. doi: 10.1017/S0033291700035716
- Simões, A. & Neto, F. (1994). Ansiedade face à morte. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 28 (1), 79-96.
- Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Edições Almedina.
- Smits, F., Brouwer, H. J., ter Riet, G., & Van Weert, H. (2009). Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*, 9, 1-7. doi: 10.1186/1471-2458-9-36
- Smits, F., Mohrs, J., Beem, E., Bindels, P., & Van Weert, H. (2008). Defining frequent attendance in general practice. *BMC Family Practice*, 9 (21), 1-6. doi: 10.1186/1471-2296-9-21
- Smucker, D., Zink, T., Susman, J., & Crabtree, B. (2001). A Framework for Understanding Visits by Frequent Attenders in Family Practice. *Journal of Family Practice*, 50 (10), 847-852. Obtido de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=e66aaae4-f248-4976-83bb-d60b51142eb3%40sessionmgr113&hid=104>
- Sousa, J. R., Sardinha, A. M., Sanchez, J. P., Melo, M., & Ribas, M. J. (2001). Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 63-74. Obtido de <http://www.cdi.ensp.unl.pt>
- Steenkiste, B., Knevel, M. F., Akker, M., & Metsemakers, J. F. M. (2010). Increased attendance rate: BMI matters, lifestyles don't. Results from the Dutch SMILE study. *Family Practice*, 27, 632-637. doi: 10.1093/fampra/cmq062

- Strecher, V. J. & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (p. 113-117). Cambridge: Universidade de Cambridge.
- Svab, I. & Zaletel-Kragel, L. (1993). Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11, 38-43. Obtido de <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/02813439308994900>
- Taylor, R. E., Marshall, T., Mann, A., & Goldberg, D. P. (2012). Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological Medicine*, 42, 855-864. doi: 10.1017/S0033291711001589
- Teixeira, H., Santos, J. A., Machado, A., Gomes, J., Cavadas, M. S., Pires, P., & Esquível, S. (2010). *Perfil do hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários*. Comunicação apresentada no 15.º Congresso Nacional de Medicina Familiar. Espinho, Portugal.
- Travassos, C. & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 190-198. Obtido de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
- Trovisqueira, A. M. (2007). *Impacto de uma Intervenção Informativa baseada na Teoria das Cognições de Doença, em doentes no Pós-Enfarte do Miocárdio*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho.
- Ursin, H., Endresen, I. M., & Ursin G. (1988). Psychological factors and self-reports of muscle pain. *European Journal of Applied Physiology*, 57(3), 282-90. Obtido de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00635986#page-1>
- Vedsted, P. & Christensen, M. B. (2005). Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*, 119 (2), 118-137. doi: 10.1016/j.puhe.2004.03.007

- Vedsted, P. & Olesen, F. (2005). Social environment and frequent attendance in Danish general practice. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55 (516), 510-515. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1472799>
- Vedsted, P., Fink, P., Olesen, F., & Munk-Jorgensen, P. (2001). Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study. *Psychosomatics*, 42 (5), 416-422. Obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318201704744>
- Vedsted, P., Fink, P., Sorensen, H. T., & Olesen, F. (2004). Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 59 (4), 813-823. Obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603006208>
- Wagner, P. J., Warren, P. R., & Moseley, G. (2010). Patient and Physician Perceptions of Dimensions of Necessity of Medical Utilization. *Qualitative Report*, 15 (2), 301-317. Obtido de <http://www.eric.ed.gov/PDFS/EJ875257.pdf>
- Ware, J. E., Davies-Avery, A., & Donald, C. A., (1978). *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study: Vol. V, General Health Perceptions*. Santa Mónica: The Rand Corporation. Obtido de <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2006/R1987.5.pdf>
- Ware, J. E. & Karmos, A. H. (1976). *Development and Validation of Scales to Measure Perceived Health and Patient Role Propensity*. Springfield, VA: National Technical Information Service.
- Ware, J. E. (1976). Scales for Measuring General Health Perceptions. *Health Services Research*, 11 (4), 396-415. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071941>

- Ware, J. E., Wright, W. R., & Snyder, M. K. (1974). *Measures of Perceptions Regarding Health Status: Preliminary Findings as to Scale Reliability, Validity and Administration Procedures*. Springfield, VA: National Technical Information Service.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*, 11. Obtido de <http://www.uib.no/ipq/pdf/The%20illness%20perception%20questionnaire.pdf>
- Westhead, J. N. (1985). Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35 (276), 337-340. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1960182>
- World Health Organization (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: World Health Organization. Obtido de [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)

Anexo I – Autorização da ARS Norte

Ministério da Saúde

**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

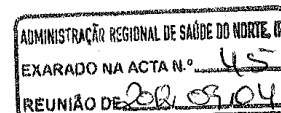
DELIBERADO AUTORIZAR

*2012.03.104*COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 15 DATA: 02-08-2012

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 03 /2012



Rui Carnadas
Vice-Presidente do C. D.

José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Dr. Pónciano Oliveira
Vogal C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 03/2012 (sobre o estudo: "Variáveis Clínicas e Psicossociais Associadas à Utilização Frequente de Cuidados de Saúde"), aprovado na reunião do dia 26 de Junho de 2012, por unanimidade.

À Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC



Ministério da Saúde

**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.**DELIBERADO AUTORIZAR***26/08/2012*COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 15 DATA: 02-08-2012

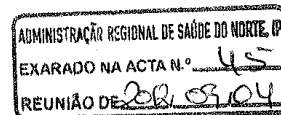
DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 03 /2012

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 03/2012 (sobre o estudo: "Variáveis Clínicas e Psicossociais Associadas à Utilização Frequente de Cuidados de Saúde"), aprovado na reunião do dia 26 de Junho de 2012, por unanimidade.

À Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC

Rui Carnadas
Vice-Presidente do C. D.

José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Dr. Pónciano Oliveira
Vogal C. D.



Ministério da Saúde

**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

Parecer nº 3/2012

Sobre o Estudo T52.12CES: "Variáveis Clínicas e Psicossociais Associadas à Utilização Frequente de Cuidados de Saúde"

A- Relatório

1. Processo apresentado por CARLA MARIA SALGADO DE OLIVEIRA, em 29/03/2012. É um trabalho de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a apresentar À Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa (Braga).
2. Apresenta documentos relativos ao propósito, ao estado da arte, com a respectiva bibliografia, descrição dos momentos do estudo e Anexos. Apresenta igualmente a aprovação da UIC. Pretende ser efetuado no ACES Ave II – Guimarães/Vizela, com os Utentes da USF S. Nicolau.
3. Pretende propor um inquérito para obter conclusões sobre a utilização indevida de cuidados de saúde pelos utentes hipoteticamente chamados "Utilizadores frequentes", em comparação com os utilizadores padrão.

B- Identificação das Questões com eventuais implicações éticas

1. Está garantida a recolha do consentimento informado.
2. Garante a confidencialidade e anonimato.
3. Usa responsabilmente os recursos.
4. O inquérito não oferece comentários.
5. Não se coloca a questão da justiça.
6. Nada se prevê que contradiga.
7. Garantida a não-maleficência.
8. A autonomia dos participantes deve ser garantida a propósito das respostas sobre vida íntima das pessoas, prevendo a resposta facultativa.

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

C- Conclusões

1. Proponho que se aprove.
2. nenhuns.

O Relator: Professor Doutor Jorge Teixeira da Cunha



Aprovado na Reunião de 26 de Junho de 2012, por unanimidade.



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Anexo II – Autorização da Coordenadora da USF S. Nicolau



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, LP

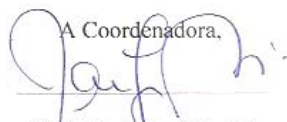
ACES
Guimarães – Vizela

USF S. Nicolau

Declaração

Declara-se para os devidos efeitos que se autoriza a implementação e desenvolvimento do projeto de investigação, na USF S. Nicolau, apresentado pela Carla Maria Brandão Salgado de Oliveira, aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga, sob a orientação da Dr.ª Ana Margarida Trovisqueira e da Professora Doutora Eleonora Costa.

Guimarães, 11 de Abril de 2012

A Coordenadora,

(Dr.ª Maria José Diniz)

Consentimento Informado para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O presente estudo intitula-se de “Variáveis Clínicas e Psicossociais Associadas à Utilização Frequente dos Cuidados de Saúde Primários”, inserindo-se no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa – Braga, estando sob a orientação da Dr.^a Ana Trovisqueira e da Professora Doutora Eleonora Costa. Este estudo obteve Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Este estudo tem como objetivo identificar algumas características dos utentes que mais recorrem às consultas com o seu médico de família. A sua participação envolve o preenchimento de alguns questionários breves, sendo necessário cerca de 10 a 15 minutos para o preenchimento dos mesmos.

A sua participação é muito importante para a concretização deste estudo e é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem dar qualquer explicação e sem qualquer consequência.

Os dados recolhidos serão confidenciais e de acesso restrito à investigadora e orientadoras do estudo.

A investigadora,

(Carla Oliveira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

Anexo IV – Instrumentos de Avaliação - General Health Perception Battery

Percepção Geral de Saúde

(Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, Williams & Johnston, 1979; versão portuguesa: Ribeiro, 1993)

Por favor, leia cada uma das afirmações seguintes e, depois, assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se aplica a si. Não há respostas certas ou erradas.

Algumas afirmações podem parecer iguais, mas cada uma é diferente e deverá ser assinalada.

	Totalmente Verdade	Em Grande Parte Verdade	Não sei	Em Grande Parte Falsa	Totalmente Falsa
1. De acordo com os médicos que tenho consultado, a minha saúde é atualmente excelente					
4. Não gosto de ir ao médico					
7. Não sou tão saudável agora como costumava ser					
10. Nunca tive uma doença que durasse muito tempo					
13. A minha saúde é uma das minhas preocupações					
16. Nunca estive seriamente doente					
18. Sinto-me tão bem agora como em qualquer outro momento da minha vida					

Anexo IV – Instrumentos de Avaliação - Subjective Health Complaint Scale

Escala de Queixas Subjetivas de Saúde

(Eriksen, Ihlebaek & Ursin, 1999; versão portuguesa de Alves & Figueiras, 2008)

Por favor, assinale os sintomas que sentiu nas últimas 4 semanas:

Problemas de Saúde	Nenhuma vez	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes
Constipação				
Dores de pescoço				
Dor de cabeça				
Cansaço				
Azia				
Diarreia				
Olhos inflamados				
Comichão no nariz				

Anexo IV – Instrumentos de Avaliação - Brief Illness Perception Questionnaire

Questionário de Crenças sobre a Doença – Versão Breve

(Weinman & Petrie, 2004; versão portuguesa: Araújo-Soares, Trovisqueira & McIntyre, 2004)

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:

Qual o grau em que a sua doença afeta a sua vida?				
0	1	2	3	4
Não afeta nada				Afeta gravemente a minha vida
Até que ponto pensa que o seu tratamento pode ajudar a sua doença?				
0	1	2	3	4
Não vai ajudar nada				Vai ajudar muitíssimo
Até que ponto sente que compreende a sua doença?				
0	1	2	3	4
Não compreendo				Compreendo muito bem
Por favor, refira por ordem decrescente (1,2,3), as três razões mais importantes que acredite terem causado a <u>sua doença</u>. As causas mais importantes para mim são:				
1. _____				
2. _____				
3. _____				

Anexo IV – Instrumentos de Avaliação - Death Anxiety Questionnaire

Questionário de Ansiedade Face à Morte

(Conte, Weiner & Plutchic, 1982; versão portuguesa de Barros, 1998)

Este questionário procura sondar algumas atitudes face à morte. Responda sincera e espontaneamente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Não há respostas certas nem erradas; todas são boas se sinceras. Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor corresponda à sua situação (se possível, evite o “mais ou menos”).

	Totalmente em desacordo	Bastante em desacordo	Nem de acordo, nem em desacordo	Bastante de acordo	Totalmente de acordo
1. Preocupo-me com a morte					
4. Aflige-me pensar que os outros me podem ver sofrer antes de morrer					
7. Preocupa-me pensar que as despesas com a minha morte podem vir a ser um peso para as outras pessoas					
11. Preocupa-me não saber o que me espera depois da morte					

Anexo IV – Instrumentos de Avaliação - Brief Symptom Inventory

BSI – 3 subescalas

(Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas que por vezes as pessoas apresentam. Por favor leia cada um cuidadosamente e assinale a opção que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O/A AFECTOU DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, INCLUINDO **HOJE**. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
1. Nervosismo ou tensão interior.					
4. Pensamentos de acabar com a vida.					
7. Sentir-se triste.					
10. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.					
13. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.					
16. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
19. Sentir que não tem valor.					

Anexo IV – Instrumentos de Avaliação - Escala de Satisfação com o Suporte Social

Escala de Satisfação com o Suporte Social

(Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco opções de resposta. Marque uma cruz (X) na resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1 – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
4 – Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
7 – Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam					
10 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
13 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
15 – Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					