

Caracterização dos Grandes Utilizadores de uma Unidade de Saúde Familiar

Profile of the Frequent Attenders at a Family Health Unit

Ana Rita Magalhães*, Joana Penetra*, Carolina Pereira*, Rosa Carvalho**, Maria Glória Neto**, Luiz Miguel Santiago***

Resumo

Objetivos: Caracterizar o grupo de utentes classificados como “grande utilizador” quanto às características sociodemográficas e patológicas numa Unidade de Saúde Familiar, comparando dois períodos temporais.

Métodos: Estudo transversal observacional da população de “grandes utilizadores” inscrita nas listas de cinco médicos de família, entre 1 de junho de 2013 e 31 de maio de 2014 e entre 1 de junho de 2014 e 31 de maio de 2015. Consideraram-se “grandes utilizadores” os 3% de utentes com maior número de consultas médicas, excluindo grávidas, crianças e adolescentes até aos 18 anos. Procedeu-se a análise descritiva das variáveis: sexo, idade, tipo de família, isenção de taxas moderadoras, número de consultas, motivo de consulta e problemas activos classificados.

Resultados: Primeira avaliação: 80 utentes “grandes utilizadores”, 74% do sexo feminino, média de idade de 59 anos, pertencentes a famílias nucleares em 73% dos casos e isentos de pagamento de taxas moderadoras em 67,5%. Segunda avaliação: 33 utentes, 76% do sexo feminino, média de idade de 58 anos, 73% dos casos em famílias nucleares e 55% com isenção de taxas moderadoras. Média de 13 consultas/ano na primeira avaliação, 15 na segunda. Um motivo de consulta diferente, em média, por cada consulta na primeira avaliação e dois na segunda. Treze problemas activos, em média, na primeira avaliação, 12 na segunda. Capítulos “T - Endócrino, Metabólico e Nutricional”, “K - Circulatório”, “L - Musculo-esquelético”, “P - Psicológico”

Abstract

Objectives: To characterize the “frequent attenders” at a Family Health Unit in the Center of Portugal regarding their sociodemographic and pathologic characteristics, comparing two periods of time.

Methods: Observational cross-sectional study of the population of “frequent attenders” on the lists of five family doctors in a Health Family Unit, between June 1, 2013 and May 31, 2014 (first evaluation) and between June 1, 2014 and May 31, 2015 (second evaluation). “Frequent attenders” were defined as the 3% of users with the most presential medical appointments in the studied period, excluding pregnant women, children and adolescents up to 18 years. The variables: sex, age, type of family, exemption of user fees, total number of consults, the reason for consultation and classification of active problems were collected. Data was analyzed using descriptive statistic.

Results: In the first evaluation, 80 users were classified as frequent attenders, 74% were female with an average age of 59 years. Seventy three percent belonged to a nuclear family and 67,5% had exemption of user fees. In the second evaluation period, there were 33 frequent attenders, 76% female, with an average age of 58 years and in 73% of cases belonging to nuclear families. In 55% of cases there was exemption of fees. The average number of visits per year was 13 in the first assessment and 15 on the second one. In the first assessment, there was an average of one different motive per visit, which increased to two motives per visit in the second assessment. Regarding the list of active problems, there was an average of 13 problems

* Interna de formação específica em MGF, USF Topázio.

** Especialista em MGF, USF Topázio.

*** Especialista em MGF, USF Topázio PhD, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

e “D - Digestivo” foram os mais frequentes na lista de problemas activos. Nenhum dos grandes utilizadores se manteve da primeira para a segunda avaliação.

Conclusões: O grande utilizador era do sexo feminino, na sexta década de vida, pertencente a família nuclear, com isenção de taxas moderadoras. Na segunda avaliação, obteve-se um número inferior de “grandes utilizadores”, sendo a média de consultas/ano, o número de motivos e número de motivos de consulta em média por cada consulta realizada, superiores. Os utentes identificados como grandes utilizadores diferiram em dois anos consecutivos, bem como as suas características, tornando-se importante perceber as razões que desencadeiam este tipo de procura, assim como a atitude da equipa médica para a melhoria da prática clínica.

Palavras-chave: Grandes utilizadores, Mau uso de cuidados de saúde, Cuidados de Saúde Primários.

per person in the first evaluation and 12 on the second. The chapters “T - Endocrine, Metabolic and nutrition,” “K - Circulatory”, “L - Musculoskeletal”, “P - Psychological” and “D - Digestive” emerge as the most frequently found in the list of active problems in both analyzed periods. None of the “frequent attenders” transitioned from the first to the second evaluation.

Conclusions: The frequent attender was a female, in the sixth decade of life, belonging to a nuclear family, with exemption of fees. We obtained a lower number of frequent attenders in the second evaluation but the average number of visits per year, the number of reasons for consultation and the number of reasons for consultation on average per year were higher in the second evaluation. It was also found that none of the frequent attenders transitioned from the first to the second period of evaluation, and that they had different characteristics, which calls for the was importance to understand the reasons for their demand as well as the attitude of the medical team in order to improve clinical practice.

Key-words: Frequent attenders, Health Service Misuse, Primary Health Care.

Introdução

Apesar do número crescente de estudos, existem ainda muitas questões inerentes ao tema e à caracterização do grande utilizador ou utilizador frequente dos Cuidados de Saúde Primários. Segundo McWhinney¹, 70-80% dos indivíduos abrangidos por um serviço de saúde consulta o mesmo pelo menos uma vez por ano, sendo o número médio de consultas por indivíduo entre três e cinco. No entanto, 20% dos utentes consome 80% do tempo disponível para consulta², o que condiciona a prática médica. Apesar da definição não ser consensual, estes utentes são considerados “grandes utilizadores”. Alguns critérios têm sido sugeridos para a sua classificação, como o número de consultas por ano, (identificando os 3% ou 10% de pessoas com maior número de consultas por ano), a distribuição etária por sexo e grupo etário e a percepção do próprio médico.²

Num estudo português, transversal e descritivo, levado a cabo no Centro de Saúde da Senhora da Hora e relativo às listas de seis médicos de família, entre janeiro de 2007 e dezembro de 2009, o grande frequentador típico revelou-se do sexo feminino, na sexta década de vida, com baixa escolaridade, casado ou em união de facto, pertencente a uma família nuclear e geralmente com doença crónica.³ Em outro estudo nacional, o

sexo feminino apresentou maior representatividade no perfil, contudo, o sexo masculino teve maior número médio de consultas⁴. Factores como o facto de viver só revelaram ter um impacto significativo e, pelo contrário, o rendimento, a dupla cobertura de seguro, a idade, sofrer de hipertensão e obesidade não mostraram significado estatístico.

Adicionalmente, num estudo do Reino Unido, o sexo feminino manteve-se como o mais frequente, concluindo-se ainda que o género masculino mostra um aumento progressivo com a idade.⁵ Scaif B. et al. concluíram que também os divorciados ou separados, desempregados, pertencentes a classes sociais baixas, com maiores níveis de pobreza e isolamento social mostraram maior ligação ao perfil do grande utilizador.⁶ De acordo com Smits F.T. et al., perturbação de pânico, acontecimentos de vida negativos, perturbação do comportamento e baixa auto-estima associam-se de forma independente à persistência como grande utilizador.⁷

Por seu lado, num estudo que decorreu na Finlândia, identificaram-se sete factores de risco como os mais previsíveis para definir o perfil do grande utilizador: sexo feminino, “medo de morrer”, índice de massa corporal

(IMC) superior a 30 kg/m², antecedentes pessoais de grande utilização dos serviços, abstinência alcoólica, baixa satisfação relativamente aos serviços de saúde e síndrome do cólon irritável.⁸

Num estudo holandês, prospectivo, de caso-controlo, em que se analisaram as consultas de cinco centros de saúde durante três anos consecutivos, concluiu-se que os grandes utilizadores o eram transitoriamente. Assim, apenas um em cada sete se manteve como grande utilizador durante dois anos consecutivos, apresentando maior número de problemas sociais, de índole psiquiátrica e somatização. Foram-lhes prescritos mais analgésicos e medicação psiquiátrica.⁹ Em estudo croata semelhante, 11% permaneceu como grande utilizador em dois anos consecutivos e apenas 8% nos três anos desse mesmo estudo.¹⁰

Ao estudar o perfil do grande utilizador, torna-se possível uma melhor compreensão do mesmo, dedicando tempo e atenção ao utente para assim tentar entender e integrar as razões subjacentes a este tipo de padrão de consulta, procurando rentabilizar o tempo em termos de qualidade e ajustar os recursos existentes a esta realidade.

Assim, os objectivos deste artigo são conhecer e caracterizar o grupo de utentes classificados pelos investigadores como “grande utilizador” quanto às características socio-demográficas e patológicas numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Centro do país, comparando dois períodos temporais, na tentativa de perceber se o são permanentemente ou apenas de forma transitória.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal observacional da população de utentes classificados pelos investigadores como “grandes utilizadores” e inscritos nas listas de cinco médicos de família da USF Topázio, entre 1 de junho de 2013 e 31 de maio de 2014 (primeira avaliação) e entre 1 de junho de 2014 e 31 de maio de 2015 (segunda avaliação). A classificação de grande utilizador recaiu sobre a população dos 3% de utentes com maior número de consultas médicas presenciais nos períodos em causa, tendo sido excluídos grávidas e crianças e adolescentes

até aos 18 anos. As listagens foram obtidas com recurso ao gabinete dos serviços informáticos do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego, Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

Após obtenção da população em estudo, colheram-se os dados sociodemográficos sexo, idade, tipo de família de acordo com Saraceno C. e Naldini M.¹¹ e isenção de taxas moderadoras, assim como número total de consultas no período em análise, motivo de consulta em S do registo SOAP e problemas activos na lista de problemas segundo a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – Versão 2 (ICPC-2)¹². Estes dados foram colhidos com recurso ao programa de Serviço de Apoio ao Médico (SAM) disponível no ambiente computacional, sempre pelas mesmas duas investigadoras, em simultâneo, e registados numa base de dados elaborada em suporte informático (Microsoft Excel 2010[®]), garantindo-se o anonimato dos dados nela inseridos, pela impossibilidade de correlação entre estes e a identificação do utente. Efectuou-se análise estatística descritiva simples, univariada.

Resultados

Na primeira avaliação, entre junho 2013 e maio de 2014, do total de 80 utentes classificados como grandes utilizadores, 74% pertencia ao sexo feminino e 26% ao sexo masculino, com média de idade de 59 anos. (Quadro I). Setenta e três por cento dos casos pertencia a famílias do tipo nuclear, 16% do tipo alargada, 10% do tipo unitária e 1% a famílias do tipo monoparental. Sessenta e sete e meio por cento tinha isenção de pagamento de taxas moderadoras.

No segundo período de avaliação, decorrente entre junho de 2014 e maio de 2015, encontraram-se 33 utentes grandes utilizadores, dos quais 76% do sexo feminino e 24% do sexo masculino, com média de idades de 58 anos, (Quadro I). Em 73% dos casos os utentes pertenciam a famílias do tipo nuclear, em 12% do tipo alargada, em 9% do tipo monoparental e em 6% dos casos do tipo unitária. Cinquenta e cinco por cento tinha isenção de pagamento de taxas moderadoras.

Quadro I: Caracterização sumária dos grandes utilizadores.

		Primeira Avaliação		Segunda Avaliação	
		N	%	N	%
Nº Utentes Grandes Utilizadores		80	3%	33	3%
Nº Total de Consultas Presenciais (Excluindo-se crianças, adolescentes e grávidas)		2666	100%	1100	100%
Sexo	Masculino	21	26,25%	8	24,24%
	Feminino	59	73,75%	25	75,75%
Idade (anos)	Média	59		57	
	Desvio padrão	16,12	-	17,64	-
	Mínima	22		25	
	Máxima	92		91	
Isento de Taxas Moderadoras	Sim	54	67,50%	18	54,54%
	Não	26	32,50%	15	45,45%
Tipo de Família	Nuclear	58	72,50%	24	72,72%
	Alargada	13	16,25%	4	12,12%
	Unitária	8	10,00%	2	6,06%
	Monoparental	1	1,25%	3	9,09%
Nº Total de Consultas	Média	13		15	
	Desvio padrão	2,79	-	2,17	-
	Mínima	11		13	
	Máxima	27		21	
Nº Total de Motivos de Consulta Diferentes	Média	13		18	
	Desvio padrão	5,84	-	4,54	-
	Mínima	5		6	
	Máxima	36		28	
Nº Total de Problemas Activos na Lista de Problemas	Média	13		12	
	Desvio padrão	5,19	-	5,18	-
	Mínima	4		3	
	Máxima	26		23	

Quando analisados os dados, na primeira avaliação, obteve-se uma média de 13 consultas por ano, sendo de 15 consultas por ano na segunda avaliação. Relativamente ao número de motivos de consulta, foi possível determinar, em média, um motivo de consulta

diferente por cada consulta realizada na primeira avaliação e dois motivos na segunda. Quanto à lista de problemas activos codificados registou-se uma média de 13 e 12 problemas activos, na primeira e segunda avaliação, respectivamente.

Ao analisar os principais motivos de consulta codificados em S (Gráfico I), os capítulos “A - Geral e Inespecífico”, “L - Musculo-esquelético”, “R - Respiratório”, “D - Digestivo” e “K - Circulatório” foram os mais frequentes na primeira avaliação, sendo, na segunda avaliação sobreponíveis, com excepção do capítulo “P - Psicológico” que foi mais frequentemente codificado na segunda avaliação em relação ao capítulo “D - Digestivo” na primeira.

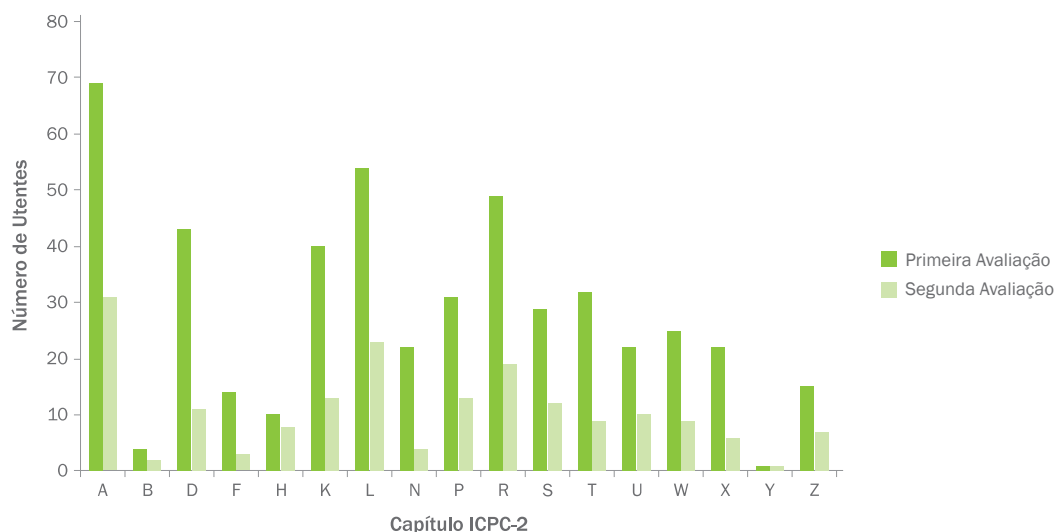


Gráfico I: Distribuição dos motivos de consulta por capítulo da ICPC-2, comparando os dois períodos de avaliação.

Quanto aos principais problemas activos codificados (Gráfico II), os capítulos “T - Endócrino, metabólico e nutricional”, “K - Circulatório”, “L - Músculo-esquelético”, “P - Psicológico” e “D - Digestivo” surgiram na maioria dos casos na primeira avaliação, sendo os capítulos “T - Endócrino, metabólico e nutricional”, “K - Circulatório”, “L - Músculo-esquelético”, “P - Psicológico” e “D - Digestivo” os mais frequentes na segunda avaliação.

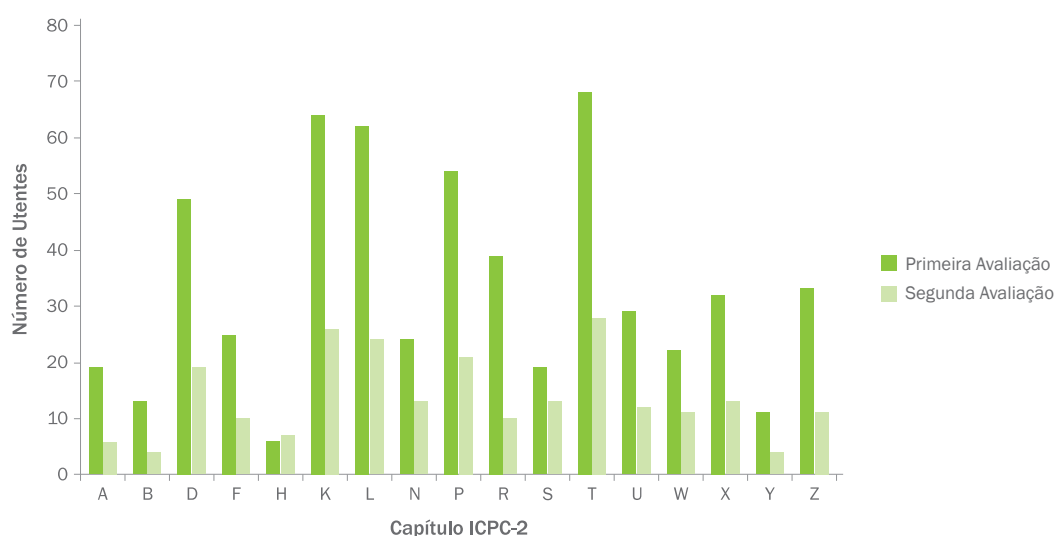


Gráfico II: Distribuição dos problemas activos por capítulo da ICPC-2, comparando os dois períodos de avaliação.

Discussão

Como pontos fortes deste estudo, considera-se a existência de poucos trabalhos a nível nacional nesta área, a pertinência no contexto actual do nosso país e a avaliação dos grandes utilizadores em dois períodos temporais, que permitiu inferir acerca da persistência ou transitoriedade deste padrão. A dimensão da população em comparação com outros estudos^{3-6,9,10} constitui uma limitação, tal como o facto de se tratarem de dados de apenas uma unidade de saúde e a ausência de uma definição consensual de grande utilizador e, por conseguinte, o pressuposto de uma definição adoptada pelos próprios autores do estudo. Por outro lado, os autores apenas pretenderam estudar o motivo para consulta pelo que a classificação de avaliação médica (A do SOAP) para cada consulta não foi estudada. Assim, estes factores são condicionantes dos resultados e de possíveis comparações com estudos semelhantes, constituindo um viés de observação.

De acordo com a definição adoptada, 3% de utentes com maior número de consultas presenciais no período em causa, obtiveram-se 80 utentes classificados como grandes utilizadores na primeira avaliação e 33 utentes na segunda. À data da recolha de dados e de acordo com a população total de inscritos na USF Topázio em cada período, obtém-se um valor de grandes utilizadores de aproximadamente 1% dos utentes inscritos na primeira avaliação e de 0,4% na segunda avaliação. A ausência de outros estudos que permitam uma comparação impossibilita-a, pelo que os valores encontrados carecem de significado.

Quando traçado o perfil do grande utilizador, em ambos os períodos, foi consensual que a maioria pertencia ao sexo feminino, encontrando-se, em média, na sexta década de vida. Pertencia predominantemente a famílias do tipo nuclear, seguindo-se o tipo alargada, o que se enquadra nos tipos de famílias mais comumente encontradas na população abrangida pela USF Topázio. Estes resultados são concordantes com estudos nacionais e internacionais.^{3,4,7,8} Em ambos os períodos, a maioria tinha isenção de pagamento de taxas moderadoras. A análise desta variável surgiu tendo em conta o actual contexto socioeconómico que o país atravessa e a percepção dos próprios investigadores que apontava para uma maior utilização dos cuidados de saúde pelos utentes com contextos socioeconómicos mais desfavoráveis. A maioria dos grandes utilizadores da USF Topázio tinha isenção de taxas moderadoras, em ambos os períodos com valores superiores ao número total de inscritos com isenção (cerca de 43%), o que poderá tra-

duzir uma maior afluência aos cuidados de saúde de classes sociais mais baixas, ou, por outro lado, o facilitismo do acesso aos cuidados de saúde que advém dessa isenção. De facto, num estudo de Scaif B. et al⁶, concluiu-se que utentes pertencentes a classes sociais baixas e maiores níveis de pobreza mostraram maior ligação ao perfil do grande utilizador.

Avaliando cada grande utilizador individualmente, verificou-se não existir nenhum caso de sobreposição, isto é, nenhum dos grandes utilizadores do primeiro período de estudo se manteve para o segundo, corroborando o estudo holandês de Smits F.T et al⁹, que concluiu que os grandes utilizadores o eram apenas transitoriamente. A explicação para esta variação será, ainda assim, motivo para eventual estudo posterior. Mas poderá prender-se com um período de doença aguda, na qual sejam necessários contactos mais próximos e frequentes, cessando aquando da sua resolução, ou ainda, com uma fase de transição de ciclo de vida, como por exemplo, a morte de familiar ou outro evento de vida gerador de stress.

Apesar de haver um menor número de grandes utilizadores na segunda avaliação, obteve-se uma média de consultas por ano superior na segunda avaliação (15 *versus* 13), assim como maior número de motivos de consulta (18 *versus* 13) e maior número de motivos de consulta em média por cada consulta realizada (dois motivos por consulta *versus* um motivo por consulta). A ausência de estudos semelhantes impossibilita a interpretação adequada, assim como a comparação directa destes dados. Contudo, o número de motivos de consulta em S poderá significar uma multiplicidade de queixas em S do SOAP, concordantes com também múltiplos problemas codificados em A do SOAP, mas, também poderá significar a existência de vários sintomas, traduzindo o mesmo problema avaliado. Nesta linha parece não se verificar a presença do mesmo problema como motivo de consulta principal, enveredando, ao invés, o grande utilizador por ter uma multiplicidade de motivos de consulta, colocando os autores em hipótese, vários motivos para poder abordar o mesmo problema ou, em outra análise, por nunca o seu problema ter sido resolvido. Quanto à lista de problemas activos codificados, registou-se uma média de 13 problemas activos na primeira avaliação e de 12 na segunda avaliação, dados que são sobreponíveis. Estes dados são desafiantes para o médico, sendo possível o desencadear de excesso de intervencionismo e de prescrição, quer no que diz respeito a meios complementares de diagnóstico como de terapêutica farmacológica, bem como o surgimento de erro médico devido à saturação e frustração profissional.

Quando analisamos os principais motivos de consulta codificados em S do SOAP, os capítulos “A - Geral e Inespecífico”, “L - Musculo-esquelético”, “R - Respiratório”, “D - Digestivo” e “K - Circulatório” foram os mais frequentes na primeira avaliação, sendo a diferença para a segunda avaliação a predileção do capítulo “P - Psicológico” ao invés do capítulo “D - Digestivo”. Em relação aos principais problemas activos codificados, os capítulos “T - Endócrino, metabólico e nutricional”, “K - Circulatório”, “L - Músculo-esquelético”, “P - Psicológico” e “D - Digestivo” surgiram na maioria dos casos em ambos os períodos analisados, englobando capítulos que abarcam doenças com elevada prevalência, quer crónicas como agudas.

Em conclusão, estes dados permitem ao médico de família familiarizar-se com o perfil do grande utilizador, de modo a identificá-lo precocemente e procurar entender as verdadeiras razões da elevada utilização dos serviços de saúde e assim melhor poder abordar tais casos de potenciais grandes utilizadores. A dor, a doença, o motivo oculto e a carência emocional são factores que deverão ser tidos em conta pelo médico de família que tem a responsabilidade de empatizar e de se “centrar” nestes utilizadores, sendo importante percebê-los e, assim, otimizar a prestação de cuidados, adequando a resposta às suas necessidades.

Referências Bibliográficas

1. McWhinney I., Freeman T., “Manual de Medicina de Família e Comunidade”, Artmed, 2010.
2. Gusso G., Lopes J. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, Artmed, 2012.
3. Gomes J. et al. Perfil do Hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários. Acta Med Port 2013 Jan-Feb;26(1):17-23.
4. Quintal C., Lourenço O., Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2012. 30 (01).
5. Howe A., Parry G., Pickvance D., Hockley B., Defining frequent attendance: evidence for routine age and sex correction in studies from primary care settings. Br J Gen Pract. 2002 Jul;52(480):561-2.
6. Scaif B., Gill P., Heywood P., Neal R., Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. Fam Pract. 2000 Aug;17(4):298-304.
7. Smits F.T. et al., Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. J Psychosom Res. 2014 Aug 21.
8. Koskela T.H., Ryyanen O.P., Soini E.J. Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: a Bayesian approach. Scand J Prim Health Care. 2010; 28(2): 128.
9. Smits F.T, Brouwer H.J., Ter Riet G., Van Weert H.C.E., 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. 2009; 9:36.
10. Vrca Botica M. et al. Frequent attenders in family practice in Croatia: retrospective study. Croat Med J. 2004 Oct;45(5):620-4.
11. Saraceno C. e Naldini M. Sociologia da Família. Editorial Estampa. 2ª edição. 2003.
12. Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Aca-demias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, 2ª edição – revista. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP & Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, 2011.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não ter conflitos de interesses.

Endereço para Correspondência:

Ana Rita Magalhães

Email: anaritamag@gmail.com