

EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS CRÓNICAS COM ELEVADO CONSUMO DE CONSULTAS/ANO

Tipo de Atendimento
e Relação Médico-Doente

IDALMIRO ROCHA CARRAÇA



Prémio **Bial**
de Medicina Clínica 1990

2º CLASSIFICADO

IDALMIRO ROCHA CARRAÇA

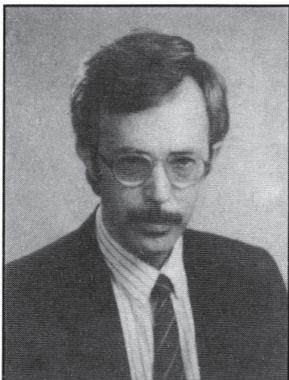
EVOLUÇÃO DAS
DOENÇAS CRÓNICAS
COM ELEVADO CONSUMO
DE CONSULTAS / ANO

TIPO DE ATENDIMENTO E
RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

PORTO — 1991

O livro «Evolução das Doenças Crónicas com Elevado Consumo de Consultas/Ano foi publicado em 1ª edição pelos Laboratórios Bial com uma tiragem de 12.500 exemplares.
Execução Gráfica
Tipografia Nunes, Lda.
Depósito Legal n.º43.534/91
Capa de Fernando Penides

COPYRIGHT 1991. Idalmiro Rocha Carraça. Este trabalho está sujeito a Copyright. Todos os direitos estão reservados tanto no que diz respeito à totalidade como a qualquer das suas partes, especificamente os de tradução, reimpressão, transmissão por qualquer forma, reprodução por fotocopiadores ou sistemas semelhantes e arquivo em sistemas de informática.



BIOGRAFIA DO AUTOR

Idalmiro Rocha Carraça nasceu em Santiago Maior - Alandroal- Évora , em 7 de Novembro de 1952.

Iniciou os seus estudos em Medicina na Universidade de Luanda, e concluiu a licenciatura na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em 1978, com a média final de 16 valores.

Especializou-se em Psiquiatria pela Ordem dos Médicos, em 1987, por unanimidade e distinção.

É Clínico Geral no Centro de Saúde da Alameda, Lisboa, desde Janeiro de 1986.

Exerce funções de Coordenador Pedagógico da Formação em Psiquiatria e Saúde Mental no Instituto de Clínica Geral da Zona Sul desde 1989 e é Prelector permanente da Cadeira de Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública de 1985 a 1991.

Tem desenvolvido actividades nas áreas de Investigação de Serviços, Psicogeriatrics e Cuidados Primários, com publicação de diversos trabalhos científicos e comunicações alusivas.

É membro da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e da Sociedade Portuguesa de Epidemiologia Psiquiátrica.

COLABORAÇÃO

Colaboraram nesta obra os seguintes Clínicos Gerais do Centro de Saúde da Alameda:

Álvaro Mendes, Ana Isabel Gonçalves, Ana Maria Vaz, Cristina Mendes, Madalena Simões, Maria Conceição Travassos, Maria Manuel Barroso, Mário Mendes, Rita Simões, Teresa Lopes, Teresa Franco (Colaboradores do Grupo de Estudo).

Briosa e Gala, Emília Mourão, Fernanda Paula, Helena Gago, Isaura Sarmento, José Piairo, Maria João Lobo, Rui Lourenço, Serzedelo Coimbra, Tamara Moy, Teresa Amaral, Teresa Fernandes, Tito Fernandes (Colaboradores do Grupo de Controlo).

AGRADECIMENTOS

A todos os Colegas que se empenharam de forma directa ou indirecta na realização deste trabalho.

Aos Professores João Sannfelt e Soares de Oliveira pela crítica construtiva e revisão do projecto de investigação.

À Dra. Fernanda Labrincha pelo apoio motivador prestado enquanto Directora do Centro de Saúde da Alameda, tendo incluído este trabalho no Plano de Actividades do referido Centro de Saúde.

À Secretária Maria Engrácia Garrido pelo zelo e competência com que imprimiu o texto.

A meu irmão João Carraça por todo o seu entusiasmo e colaboração no tratamento informático.

Instituições que apoiaram este Projecto:

- C. S. Alameda. Lisboa
- Cadeira de Saúde Mental — Escola Nacional de Saúde

Pública

ÍNDICE

Í N D I C E

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Doente Crónico e os Serviços de Saúde	19
1.2. O Fenómeno da Procura. Padrões de Frequência às Consultas nos Cuidados de Saúde Primários	20
1.3. Os Grandes Utilizadores — Perspectiva Balintiana. Características Biopsicossociais	23
1.4. Serviços de Saúde e Satisfação dos Utentes. Humanização dos Cuidados	24
1.5. As Necessidades segundo os Peritos	24
1.6. Objectivos e Pressupostos	26
2. OBJECTIVOS	31
3. POPULAÇÃO E MÉTODOS	35
3.1. População	35
3.1.1. Universo	35
3.1.2. População do Estudo	35
3.1.3. População de Controlo	35

3.2. Métodos	35
3.2.1. Critérios de Inclusão / Exclusão	35
3.2.2. Selecção	36
3.2.2.1. Utentes	36
3.2.2.2. Médicos	36
3.3. Definição de Variáveis	36
3.3.1. Tipo de Atendimento	36
3.3.2. Variação do N.º de Consultas / Ano	37
3.3.3. Relação Médico-Doente	37
3.3.4. Evolução Clínica	37
3.3.5. Sexo, Idade, Estado Civil, Grau de Instrução, Situação na Profissão, Dificuldades Económicas, Suporte Social, Isolamento e Eventos Críticos	38
3.4. Recolha de Dados	38
3.5. Plano de Análise	38
3.6. Limitações do Método	39
4. RESULTADOS	43
4.1. Caracterização das Amostras	43
4.1.1. Distribuição por Sexo	43
4.1.2. Escalões Etários	44

4.1.3. Grau de Instrução	46
4.1.4. Estado Civil	47
4.1.5. Situação na Profissão	48
4.1.6. Isolamento	49
4.1.7. Dificuldades Económicas	50
4.1.8. Eventos Críticos	52
4.1.9. Patologia	52
4.2. Variação do N.º de Consultas	55
4.2.1. Total de Consultas / Ano	55
4.2.2. Média do N.º de Consultas por Ano e para o conjunto dos dois anos do Estudo	56
4.2.3. Distribuição dos Utentes segundo a Variação Geral do N.º de Consultas e o Tipo de Atendimento	56
4.2.4. Variação do N.º de Consultas / Ano segundo houve redução constante ou alternada em cada ano e segundo o Tipo de Atendimento.....	58
4.2.5. Redução quantificada (em n.º de Consultas) por utente e ano e para a média final do Estudo para ambos os grupos	62
4.2.6. Evolução do Consumo em cada ano dos utentes que reduziram em 10% ou mais o N.º de Consultas / ano na média final.....	63
4.2.7. Controlo de Variáveis	64
4.3. Relação Médico-Doente	67

4.3.1. Distribuição dos Utentes segundo a RMD e a Redução do N.º de Consultas ($\geq 10\%$)	68
4.4. Evolução Clínica	69
4.4.1. Distribuição dos Utentes segundo a Evolução Clínica e a variação do N.º de Consultas ($\geq 10\%$) na média global	70
4.4.2. Distribuição dos Utentes segundo a Evolução Clínica e a RMD	71
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
5.1. Evolução do Consumo	75
5.2. Relação Médico-Doente	77
5.3. Evolução Clínica	77
5.4. Evolução Clínica e Evolução do Consumo	78
5.5. Dificuldades Económicas	80
5.6. Eventos Críticos	80
5.7. Isolamento	81
5.8. Verificação das Hipóteses	81
6. CONCLUSÕES	85
7. RECOMENDAÇÕES	89
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXOS	95

SIGLAS UTILIZADAS

CSP	— Cuidados de Saúde Primários
RMD	— Relação Médico-Doente
ARS	— Administração Regional de Saúde
SIDA	— Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
MF	— Médico de Família
CG — MF	— Clínico Geral - Médico de Família
M / E	— Melhoria ou Estacionário
CONS	— Consultas
H1	— Hipótese de Trabalho n.º 1
H2	— Hipótese de Trabalho n.º 2
VAR N.º CONS	— Variação do Número de Consultas

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. *O DOENTE CRÓNICO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE*

Um dos problemas com que a Medicina se debate hoje em dia é, sem dúvida, o controlo e tratamento dos doentes crónicos. Se não fosse a pandemia de SIDA que se tem propagado desde o início da década de 80 poderíamos continuar a assumir que a fase histórica da luta contra as doenças infecciosas fora ultrapassada.

Na verdade, desde há algumas décadas que a investigação médica se tem vindo a centrar de forma crescente no campo das doenças crónicas e degenerativas, procurando factores envolvidos de forma directa ou indirecta na génese de processos, em geral pouco conhecidos excepto nos seus efeitos patentes na clínica. Correia de Campos⁽¹⁾ descrevendo a evolução dos grandes problemas de saúde nos últimos cem anos considera o apogeu desta segunda fase a seguir à última grande guerra, prolongando-se entre nós pelos anos 80.

Porém, se a descoberta dos antibióticos associada à melhoria das condições sócio-ambientais e sanitárias das populações levou à quase erradicação de grande número de patologias tão frequentes há algum tempo atrás, é reconhecido que os avanços tecnológicos em Medicina não produziram o mesmo efeito no controlo das doenças crónicas.

O progressivo envelhecimento das populações nos países desenvolvidos e outros, taxas de maior cobertura assistencial médico-sanitária, melhor informação dos pacientes e utilizadores em geral quanto ao binómio saúde-doença, são factores que, no seu conjunto, fazem prever novos desafios para as sociedades: os doentes crónicos crescem de forma desproporcionada face aos recursos e capacidades dos Ser-

viços de Saúde. Estes não estão ainda estruturados, entre nós, para dar resposta às necessidades dos doentes crónicos de forma integrada e coerente.

1.2. O Fenómeno da Procura. Padrões de Frequência às Consultas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

O recurso ao médico depende, como é sabido, dum conjunto de factores, a começar pela existência de um problema de saúde física ou emocional. É variável de indivíduo para indivíduo o nível de percepção, o grau de informação. O Sistema de Saúde, a existência de barreiras económicas, físicas, de oportunidade, tempo de espera, etc., influem igualmente no processo que leva o indivíduo a procurar o médico. Ilustrando este facto, Luciano Patrão⁽²⁾ refere que, com a introdução das taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde Português, se verificou nos anos seguintes uma diminuição sensível da afluência às consultas nos Centros de Saúde.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) vários autores têm estudado o fenómeno da procura, quer de um ponto de vista descritivo dos motivos de consulta, quer de um ponto de vista analítico buscando um modelo explicativo do comportamento dos utilizadores, quer ainda e apenas de um ponto de vista económico-administrativo.

Nesta última linha, para Luciano Patrão⁽²⁾ tem-se assistido em Portugal, ao longo da década de 80, a uma redução do número de consultas nos CSP e ao mesmo tempo a um acréscimo progressivo das observações nas Urgências. Conclui haver uma diminuição da rentabilidade dos serviços, admitindo como causa possível associada, entre outras, a impossibilidade do controlo adequado das Despesas em Saúde já que 2/3 dos gastos são transferidos para o sector privado (exames complementares, serviços convencionados, etc.).

Portugal atravessa uma fase de mudança no campo da Saúde, adivinhandose alterações estruturais no futuro próximo. A existência de barreiras económicas não directas, o tipo de atendimento, o acesso aos serviços, a estrutura física e assistencial, o acto médico em si, também ele em mutação com novas aquisições teóricas de importância vital para a Medicina Familiar, são aspectos que, quanto a nós, devem ser tidos em

conta na análise dos números. Citemos, por exemplo, Correia de Campos⁽¹⁾, que tende a caracterizar a presente fase da evolução Saúde-Doença pela emergência de novos problemas, de origem social e ambiental, que não encontram resposta fácil no sistema existente: toxicidade ambiental e profissional, disfunções sociais conduzindo ao alcoolismo/toxicodependência/tabagismo, risco de suicídio acrescido, isolamento na velhice. Situações que no seu conjunto têm como denominador comum a origem multicausal. Destaca as mudanças de comportamento, efeito e causa, nesta cadeia de doenças sociais e ambientais. Sabemos como é difícil mudar comportamentos. Se a toxicodependência não basta a SIDA aí está para o provar.

Idalmiro Carraça⁽³⁾, num estudo sobre a caracterização da procura numa consulta de Clínica Geral-Medicina Familiar, estima que mais de 70% dos utentes que recorrem ao Centro de Saúde recebem cuidados terapêuticos eficazes, sendo inferior a 10% os utentes referenciados aos cuidados secundários, valores que pensamos não se afastam muito da realidade.

O exercício da Medicina Familiar, pela filosofia que presidiu à criação da carreira, representa um esforço permanente no sentido de garantir uma assistência coerente, continuada e personalizada a indivíduos e famílias, cuja qualidade tende a aumentar pelo conjunto de experiência acumulada. Garante-se não só a observação episódica, transversal, do indivíduo que adocece, mas também a observação longitudinal ligada às vicissitudes familiares, laborais e outras. Se muito há a esperar deste tipo de cuidados, não é menos certo que a análise das condições gerais da assistência aos utentes em que se insere este exercício médico pode permitir clarificar dificuldades que impedem a pretendida melhoria global dos cuidados.

Idalmiro Carraça⁽³⁾ referencia, no mesmo estudo, que cerca de 30% dos utentes consultam sem clara motivação médica. Isto é, buscam a obtenção de facilidades médicas com incidência nos Sistemas de Assistência e Segurança Social (Baixa, Reforma antecipada, etc.), ou simplesmente secundarizam a observação e o acto médico em função de expedientes em grande medida aceites, quando não promovidos pelos próprios Serviços.

Sem entrarmos na análise das motivações que aqueles utentes comportam no seu movimento de vinda ao médico e, apesar da fraca evidência revelada nesse estudo, supomos que parte substancial deles relegam, igualmente, para segundo plano o seu próprio estado de saúde e como grandes consumidores (o grupo é apelidado de consumismo-médico-medicamentoso) procuram repetidamente, sem sucesso, soluções deslocadas para os seus verdadeiros problemas. Este tipo de utentes que cada MF pode identificar na sua lista, certamente pode ser incluído em grupos dessa natureza. Não são geralmente em grande número mas os médicos, pela sobrecarga, grau de exigência, comportamentos peculiares, relação médico-doente (RMD) pesada, sistematicamente tendem a suportar maior.

A frequência às consultas depende, em nosso entender, tanto das necessidades dos utilizadores quanto das disponibilidades e eficácia dos cuidados prestados.

Kilpatrick⁽⁴⁾, recorrendo a registos sistemáticos duma área do Reino Unido, durante um dado período de tempo, conclui que a distribuição das frequências de consultas nos CSP, duma dada população, segue uma curva binomial negativa, independentemente de se considerar um episódio de doença (gerando n consultas) ou diferentes episódios e *follow-up*. Segundo este modelo (*proneness*) a grande maioria dos utilizadores — 73% consultam apenas uma vez no ano; 14,6% necessitam de 2 consultas e 5,4%, de 3 consultas para reporem o seu estado de saúde. Os utilizadores que consultam 4 ou mais vezes no ano não ultrapassam os 7%. A curva é assim decrescente, abrupta de início atenuando-se de seguida.

Béland⁽⁵⁾ retoma esta análise e detecta duas populações distintas segundo o padrão de frequência às consultas. Procurando factores preditivos de utilização futura conclui que há uma propensão a consultar nos indivíduos e grupos sociais que aparentemente não depende do médico e do serviço prestado, e obedece fundamentalmente ao padrão de consumo anterior. Isto é, tal propensão seria uma característica dos indivíduos e determinaria basicamente dois padrões de consumo distintos. No grupo ou subgrupo com padrão de consumo baixo a médio, a frequência às consultas aumenta com o tempo. No grupo ou subgrupo com padrão de consumo elevado (≥ 6 consultas/ano nesse estudo) o consumo não depende do tempo, permanece estável ao longo dos anos.

1.3. Os Grandes utilizadores — *Perspectiva Balintiana. Características Biopsicossociais*

Esta conclusão não deixa de ser curiosa e remete-nos para outras áreas de trabalho. Na década de 50, Balint⁽⁶⁾ chama a atenção para a necessidade de compreender os aspectos funcionais dos pacientes que buscam repetidamente a observação/encontro com o médico. As razões expressas ou aparentes dessa procura induzirão em erro o médico se este não estiver atento à utilização e significado do encontro. Mais, despertarão contra-attitudes negativas, geralmente inconscientes e que tendem a eternizar os contactos sem benefício aparente para o doente. Balint enfatiza a importância da Relação Médico-Doente (RMD), sugerindo que apenas o reconhecimento e a aceitação dos aspectos emocionais associados, a «oferta» que o paciente traz, permite intervenções terapêuticas eficazes.

Outros autores têm abordado este tema. Os grandes consumidores tornam-se frequentemente doentes-problema, doentes difíceis, que os médicos toleram mal, como atrás sugerimos.

Westhead⁽⁷⁾, Schire⁽⁸⁾, Chandy⁽⁹⁾ identificaram as características psicológicas, sociais e biológicas destes utentes tão conhecidos na «gíria» médica. Fazem ressaltar os mitos e fantasias peculiares com que estes pacientes encaram ou associam a doença, a sua susceptibilidade emocional com fraca tolerância ao conflito, traços neuróticos e depressivos, simbolização dos sintomas, múltiplas queixas. No aspecto biológico, o fraco limiar à dor, a panóplia de doenças crónicas e psicossomáticas. Socialmente a doença corresponde a um papel e refúgio que lhes autoriza e reforça o comportamento. Prevalencem as situações de ruptura conjugal, familiar e o isolamento.

A procura dos serviços está associada nestes pacientes ao grande consumo de consultas, de exames complementares e ao envio frequente às diversas especialidades, configurando para Chandy o síndrome da Ficha Gorda⁽⁹⁾.

Edward Shahady⁽¹⁰⁾ recoloca o problema na sua dimensão balintiana. Tratando-se também de um problema de relação, o médico é parte envolvida e igualmente responsável. Ele próprio pode motivar comportamentos já que os sentimentos nele induzidos pelo paciente determinam em parte as suas atitudes.

Não deve ser negligenciada a fixação de sintomas, a iatrogenização com base na solução mais fácil que é, em muitos casos, a requisição de novos exames, baixa, envio ao especialista, etc., isto é, a incapacitação progressiva do doente.

1.4. *Serviços de Saúde e Satisfação dos Utentes. Humanização dos Cuidados*

Grande número de estudos têm revelado, por outro lado, que os determinantes da satisfação dos utentes são suficientemente simples e pouco exigentes: Comstock e colaboradores⁽¹¹⁾ apontam como fundamentais a cortesia, o respeito e a informação transmitida ao paciente. Paradoxalmente ou não, a competência (?), a forma de observação, as características físicas e comportamentais do médico parecem ter pouca importância. Segundo Gerson de Noronha, num artigo de revisão⁽¹²⁾, a maioria dos autores salienta ainda a importância da continuidade, disponibilidade e acesso aos cuidados.

No entanto, para Gerson de Noronha o que se observa é uma certa perplexidade por parte dos profissionais da saúde em utilizarem estes dados para a melhoria dos Serviços.

Poderíamos talvez admitir que a tentativa de melhorar a resposta e eficácia dos cuidados médicos não tem evoluído apenas na investigação de novos medicamentos e tecnologias, ou em melhores estudos epidemiológicos de natureza e alcance diverso, mas também numa maior humanização dos serviços, com valorização de aspectos tão simples como o tipo de atendimento, a acessibilidade e a relação personalizada com o utente.

Caldas de Almeida⁽¹³⁾ admite inclusive que o investimento preferencial ou complementar na área da Relação Médico-Doente, pode conseguir, com custos reduzíssimos, maiores benefícios aos pacientes, contrastando com os elevados custos investidos em tecnologias de ponta, com resultados discutíveis, se bem que necessários.

O presente estudo insere-se naquela linha.

1.5. *As Necessidades segundo os Peritos*

Rosário Giraldes⁽¹⁴⁾ reportando-se aos consensos obtidos no Painel Delphi, realizado em 1986, por peritos diversificados dos Serviços de

Saúde do nosso país, aponta como a média ideal de consultas por grupo etário e por ano os seguintes valores, distinguindo actividades curativas e preventivas nos CSP (Quadro 1).

QUADRO 1

GRUPOS ETÁRIOS	CSP N.º MÉDIO DE CONSULTAS / ANO	
	CURATIVAS	PREVENTIVAS
25-44	1	1
45-64	2	1
65-74	3-4	2
> 74	3-4	2

Como é sabido as necessidades em termos do número de consultas/ano são maiores nos grupos etários extremos — primeira infância e idosos.

Os peritos tendem a identificar como necessidade média ideal 2 a 4 consultas por ano e por habitante acima dos 44 anos. Para as consultas de carácter preventivo, correspondendo a observações de rotina e vigilância da saúde, esse número não vai além das 2 por ano.

Os resultados deste painel permitiram estimar um número médio de consultas por ano e por habitante de 3,7 nos CSP. Este valor equipara-se aos registados para as médias de vários países, incluindo as nacionais (Patrão⁽²⁾).

QUADRO 2

MÉDIA DE CONSULTAS / ANO			
Finlândia	— 3,3	Suécia	— 2,6
França	— 4,4	Turquia	— 1,2
Grécia	— 4,7	Reino Unido	— 3,8
Espanha	— 4,7	E.U.A.	— 4,6
	Portugal — 3,16		

Estes valores são, no entanto, inferiores aos registados por utilizador e por ano, já que uma percentagem razoável de utentes inscritos não chega a procurar os Serviços de Saúde durante o ano. No estudo referido, reportando-se aos registos numa área do Reino Unido, Kilpatrick⁽⁴⁾ verifica que:

- 35,9% dos inscritos não haviam consultado
- 36,2% consultaram entre 1 a 3 vezes no ano
- 27,9% haviam consultado 4, 5, 6 ou mais vezes no ano

A média de consultas/ano mais elevada registava-se no grupo acima dos 75 anos (4,2).

No Plano de Actividades da ARS de Lisboa para 1989⁽¹⁵⁾ pode verificar-se que de uma média geral de 2,93 consultas por habitante dependente da referida ARS se passa para uma média de 5,42 por utilizador no mesmo período (1987).

Considerando por base os utilizadores, e não a população em geral, as taxas de frequência são obviamente superiores.

Reconhece-se que os utilizadores com padrão mais elevado de consultas têm, de uma forma geral, idades mais elevadas bem como características biopsicossociais distintas. Neste subgrupo populacional pelo simples factor de idade prevalece a patologia geral e, em particular, as doenças crónicas.

1.6. *Objectivos e Pressupostos*

No presente trabalho propomo-nos justamente demonstrar que os pacientes com Doenças Crónicas vulgares entre nós, Grandes Utilizadores dos Centros de Saúde (consultas), quando sujeitos a condições de atendimento que se aproximam das ideais — isto é, acesso facilitado à observação médica no próprio dia ou imediato, e disponibilidade do clínico para a escuta atenta e compreensiva das queixas do paciente num sentido globalizante, incluindo pois a vertente psicossocial e não só física — tendem a reduzir o número de consultas/ano.

Este efeito será mais visível no grupo de utentes cuja Relação Médico-Doente (definida pelo médico) é positiva. A Evolução Clínica é maioritariamente para o controlo/melhoria do processo crónico. Estes

resultados serão diferentes e estatisticamente significativos quando comparados com um grupo de controlo (utentes sujeitos ao atendimento usual do Centro de Saúde).

Este estudo assenta em três pressupostos que foram passados em revista nesta introdução:

1. Reconhecimento de que os utentes incluídos correspondem a um subgrupo populacional com padrão elevado e tendencialmente estável do consumo de consultas ao longo do tempo — Béland⁽⁵⁾.

2. A existência frequentemente associada de factores de ordem psicossocial nestes utentes que reiteradamente procuram o seu Médico de Família — Balint⁽⁶⁾, Chandy⁽⁹⁾ e Shahady⁽¹⁰⁾.

3. O reconhecimento de que o paciente não constitui um personagem passivo. A todos os níveis do seu funcionamento o seu papel parece considerável qualquer que seja a sua atitude aparente — Pierre Marty⁽¹⁶⁾.

Embora baseado em amostras aleatórias de um Centro de Saúde Urbano (C.S. da Alameda — Lisboa) é nossa opinião que os resultados deste estudo e respectivas conclusões, pela importância para a Clínica e para os Serviços, merecem reflexão, não se limitando ao exercício médico em Clínica Geral e aos Centros de Saúde, pois colocam questões pertinentes quanto ao atendimento usual nos Serviços e à postura dos técnicos de saúde em geral face aos utentes.

OBJECTIVOS

2. OBJECTIVOS

Neste estudo longitudinal a 2 anos, controlado por amostra, incidindo sobre utilizadores de um Centro de Saúde urbano, grandes consumidores de consultas, seleccionados aleatoriamente, sujeitos a uma intervenção qualificada — Atendimento facilitado e Disponibilidade do Médico de Família, pretende-se demonstrar:

Hipóteses de Trabalho

H1 — A maioria dos pacientes sujeitos à intervenção proposta tende a melhorar e a reduzir o número de consultas/ano num mínimo de 10% relativamente a 1987 e ao Controlo.

H2 — Esta tendência estará igualmente associada a uma Relação Médico-Doente (RMD) positiva, se os resultados forem estatisticamente diferentes e significativos quando comparados com o Controlo.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

3. POPULAÇÃO E MÉTODOS

3.1. POPULAÇÃO

3.1.1. **Universo:** Utentes com 7 ou mais consultas/1987 inscritos no MF do C. Saúde (Alameda), padecendo de doenças crónicas.

3.1.2. **População do Estudo:** 65 utentes (Grupo A)

3.1.3. **População de Controlo:** 72 utentes (Grupo C)

3.2. MÉTODOS

3.2.1. Critérios de Inclusão/Exclusão

Foram admitidos no Grupo de Estudo (A) e Controlo (C) os utentes que no ano anterior (1987) consultaram 7 ou mais vezes o seu médico de família, padecendo de doenças crónicas, em situação clínica compatível com autonomia física e funcional. Neste sentido foram excluídos os doentes com patologia grave do foro neurológico e psiquiátrico, os doentes em fase terminal ou cuja situação clínica obrigava a uma dependência de cuidados médicos permanentes. Foram ainda excluídos os doentes que não terminaram o Estudo por internamento, morte ou transferência de domicílio, a saber:

Doentes Excluídos

Grupo A

4 utentes do sexo feminino:

- 2 por falecimento
- 1 por baixa prolongada
- 1 por falta de informação em 1989

Grupo C

2 utentes:

1 do sexo masculino e outro do sexo feminino por registos imprecisos, com falhas de informação.

Total: 6 utentes.

3.2.2. **Seleção**

3.2.2.1. **Utentes** — Os utentes do Grupo A foram seleccionados pelo respectivo MF, uma vez aplicados os critérios de inclusão/exclusão em consulta normal no decurso do último trimestre de 1987.

No Controlo (Grupo C) foram seleccionados de igual modo no término do Estudo, em idêntico período do ano — último trimestre de 1989.

3.2.2.2. **Médicos** — Os médicos do Grupo A foram seleccionados por convite com base no conhecimento pessoal e desejo em colaborar com o responsável do Estudo.

Os médicos do Controlo foram convidados na mesma base no fim do estudo.

Dada a finalidade do Estudo não foi dado conhecimento aos doentes seleccionados da sua inclusão (Grupo A).

3.3. *Definição de Variáveis*

3.3.1. **Tipo de Atendimento (A e C)**

Trata-se da variável independente correspondendo à intervenção praticada (Grupo A): consistiu no Acesso facilitado à observação médica (próprio dia ou dia imediato) e disponibilidade para a escuta das queixas do utente. Grupo C — Atendimento usual do Centro de Saúde pelos respectivos MF.

Definem-se 2 componentes no Atendimento A: 1.º Acesso facilitado. 2.º A atitude de escuta compreensiva das queixas do paciente e a tentativa de estabelecimento de elos significativos entre os sintomas e as dificuldades emocionais, relacionais e acontecimentos da vida.

3.3.2. **Variação do N.º de Consultas/ano**

Oscilação do número de consultas em cada ano em torno do número registado em 1987 para cada utente. Considerou-se consulta todo o contacto médico-doente no gabinete, dependente de um ou mais episódios de doença e respectivos *follow-up*, determinados pela necessidade real ou subjectiva do paciente (Grupo A). Registo na ficha clínica usual no Centro de Saúde (Grupo C). (Anexo 1).

Aquela relação foi determinada pelo somatório de consultas em cada ano do Estudo (88 e 89) e para a média dos 2 anos, comparativamente a 1987.

Permitiu apurar 2 subgrupos consoante reduziram ou não em 10% ou mais o número de consultas relativamente ao ano de referência.

3.3.3. **Relação Médico-Doente (RMD)**

Corresponde, neste Estudo, ao sentimento mais ou menos consciencializado pelo médico face ao utente. É classificada em três graus: POSITIVA/SOFRÍVEL/NEGATIVA. Aceitou-se a clareza das classificações extremas agregando-se os casos duvidosos (sofrível) a Negativa, por forma a obstar a verificação das Hipóteses de Trabalho.

Trata-se de um juízo subjectivo do médico, formulado no início do Estudo (Grupo A) e no seu término (Grupo C), que procura traduzir a qualidade da RMD de uma forma simples não pretendendo substituir-se à noção mais geral e complexa da relação no seu todo.

3.3.4. **Evolução Clínica**

Classificada em três graus segundo o juízo clínico global para o período em que decorreu o Estudo: 2 de Janeiro de 1988 a 31 de Dezembro de 1989.

Considerou-se a evolução com tendência a: 1) MELHORIA 2) ESTACIONÁRIO 3) AGRAVAMENTO. Para os propósitos do Estudo procedeu-se à agregação de valores da variável: a) Melhoria/Estacionário (Evolução Satisfatória) b) Agravamento.

3.3.5. Sexo, Idade, Estado Civil, Grau de Instrução, Situação na Profissão, Dificuldades Económicas, Suporte Social, Isolamento e Eventos Críticos.

Procedeu-se à caracterização das amostras segundo estas variáveis, utilizando-se nalguns casos grelhas de avaliação e escalas com scores, definidos por facilidade na exposição dos resultados. (Anexo 2)

Fez-se uma análise comparativa dos subgrupos definidos por estas variáveis.

3.4. Recolha de Dados

O registo de dados foi feito em folha própria e na ficha clínica do utente pelo respectivo MF. (Anexo 1)

Estes dados deram entrada numa Base de Dados que permitiu o tratamento estatístico e elaboração computadorizada de gráficos comparativos.

3.5. Plano de Análise

a) Divisão dos utentes segundo o Grupo (A e C).
b) Caracterização dos dois grupos segundo as Variáveis em Estudo.
c) Aplicação do Teste do Qui Quadrado (χ^2) na análise comparativa dos dois grupos segundo:

1) O Tipo de Atendimento e a Variação do número de Consultas/Evolução Clínica.

2) A RMD e a Variação do número de Consultas/Evolução Clínica.

A análise foi feita ano por ano e para a média dos dois anos. Quando possível fixou-se uma subpopulação definida por um dos valores de uma variável comparando-se posteriormente os grupos A e C em função de outras variáveis quando se mantinham as características de semelhança.

d) Comparação das médias de consumo pela distribuição *t* de student.

3.6. *Limitações do Método*

Os utentes com Doenças Crónicas são naturalmente utilizadores dos Serviços de Saúde com taxas acima das médias nacionais — 5,42 consultas/utilizador da ARS de Lisboa em 1987⁽¹⁵⁾.

Para uma mesma doença crónica há uma multitude de factores, desde a variação individual, o estadio evolutivo, a resposta dos Serviços, etc., que determinam o prognóstico, a evolução clínica e o recurso ao médico.

Considerando que os utentes admitidos ao Estudo padecem de diferentes doenças crónicas, é de esperar que os factores intervenientes se multipliquem, tornando-se mais complexa a possibilidade de isolar factores que determinam o recurso aos Serviços de Saúde.

No entanto, o conhecimento generalizado de que nem sempre o estadio evolutivo, a gravidade, a resposta dos Serviços, determinam variações coerentes e compreensivas da taxa de recurso aos Serviços de Saúde, leva a colocar hipóteses que vão no sentido de valorizar outros aspectos não tão objectivos. A RMD, independentemente da tecnologia usada em medicina, é muitas vezes apontada como elemento importante para a compreensão daquele fenómeno.

Sabendo-se que a dimensão psicológica destes doentes, numa percentagem significativa, é determinante quer no processo de adoecer quer na evolução futura, tem levado alguns autores na linha de Balint⁽⁶⁾ a admitir que a pessoa carrega simultaneamente factores funcionais nem sempre reconhecidos e valorizados.

O sintoma constituiria como que uma «oferta» que, se recusada pelo médico, levaria o utente à procura reiterada de um cuidado junto do médico, daí resultando o acréscimo do número de consultas.

Ora bem, neste estudo o termo RMD é usado reflectindo apenas uma das suas facetas e que tem a ver com a «contra-atitude médica», mais ou menos consciencializada. Dadas estas reservas admitimos, contudo, que a classificação unilateral e subjectiva da RMD traduza, de forma aproximada ainda que grosseiramente, a qualidade dessa RMD.

Por outro lado, a Intervenção considerada é a modificação das condições de Acesso e Disponibilidade do médico para a escuta compreensiva e empática das queixas do doente, a par da sua actuação clínica habitual.

De facto, não se pretende e não se fez qualquer tipo de supervisão psicoterapêutica que auxiliasse os colegas participantes no manejo da RMD e nomeadamente da contra-atitude. Basicamente estimulou-se a atitude de escuta e respeitou-se a psicoterapia do bom senso de cada MF.

Outros aspectos merecem reflexão.

O critério de admissão fixado no Protocolo em 7 ou mais consultas em 1987 e a conseqüente caracterização dos utentes como Grandes Utilizadores, parece-nos terem ficado amplamente justificados na introdução e pressupostos delineados com base nos autores que se debruçaram sobre o tema.

Encontros do corredor ou mesmo no gabinete para uma simples palavra ou pequenos esclarecimentos sobre, por exemplo, a posologia, não foram registados na ficha, não constituindo uma consulta (Grupo A). Aceita-se que este procedimento é o habitual e terá ocorrido igualmente no controlo.

Sendo polémica a existência de uma tendência, qualquer que ela seja, na variação do número de consultas/ano, nas condições do estudo, o critério de estabelecer como significativa uma variação mínima de 10% parece-nos justificado.

A Evolução Clínica, bem como as Patologias registadas são analisadas no global e com base no juízo clínico usual na praxis médica, sem o recurso a protocolos ou medições instrumentais. Se a clínica é válida supomos adequado o critério utilizado para estes *itens*.

Finalmente a duração do Estudo (2 anos) para observar variações significativas e duráveis do consumo de Consultas é, certamente, reduzida. Verificar a simples existência de uma tendência — redução ou não do número de consultas/ano, parece-nos, contudo, exequível a 2 anos.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

A apresentação dos resultados procederá segundo a lógica da sua discussão que será retomada e aprofundada em capítulo próprio.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS

65 utentes — Grupo de Estudo (Grupo A)

72 utentes — Controlo (Grupo C)

Total : 137 utentes

Doentes Excluídos: 6 utentes

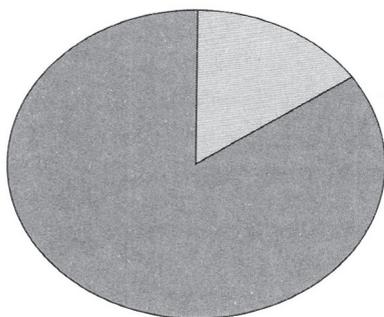
4.1.1. **Distribuição por Sexo**

Predomina o sexo feminino nos dois grupos com realce para o Grupo A.

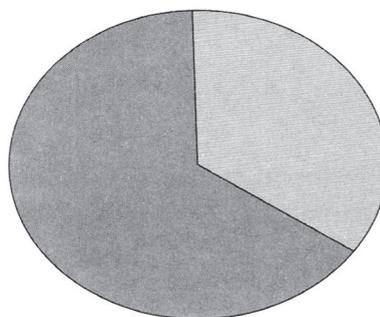
QUADRO 3

Sexo	GRUPOS				Subtotal
	A		C		
Fem.	55	85%	47	65%	
Masc.	10	15%	25	35%	
Subtotal	65	100%	72	100%	137

Grupo A



Grupo C



■ Feminino
■ Masculino

4.1.2. Escalões Etários

78% dos utentes quer do Grupo A quer do Grupo C têm idades compreendidas entre os 50 e os 79 anos. O escalão etário dominante é o dos 70 - 79 anos nos dois grupos (31% — A; 35% — C).

QUADRO 4

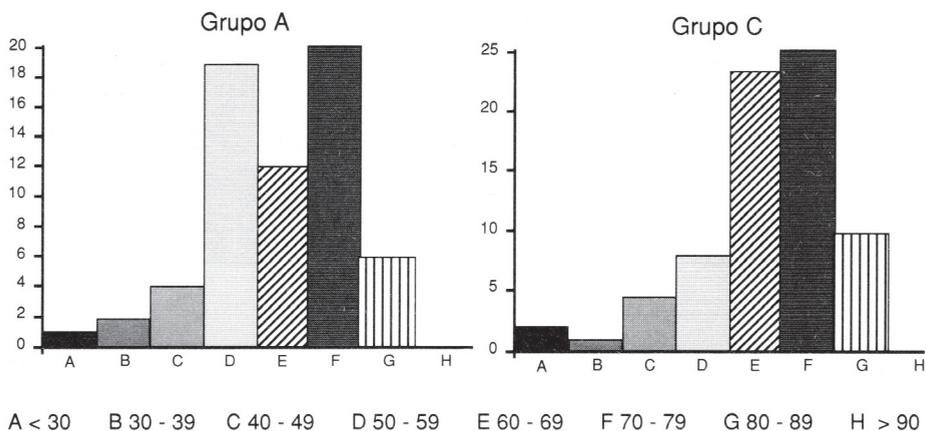
Escalões Etários	GRUPOS	
	A	C
< 30	1 2%	2 3%
30-39	2 3%	1 1%
40-49	4 6%	3 4%
50-59	19 29%	8 11%
60-69	12 18%	23 32%
70-79	20 31%	25 35%
80-89	7 11%	10 14%
≥ 90	0	0
	65	72

No Grupo A a média de idades é 65 anos (64,85).

(mínima 28 anos, máxima 85 anos). Mediana 67 moda 57 D.P. 12,88.

No controlo a média de idades é de 67 anos (67,43).

(mínima 20 anos, máxima 89 anos). Mediana 69 moda 77 D.P. 12,87.

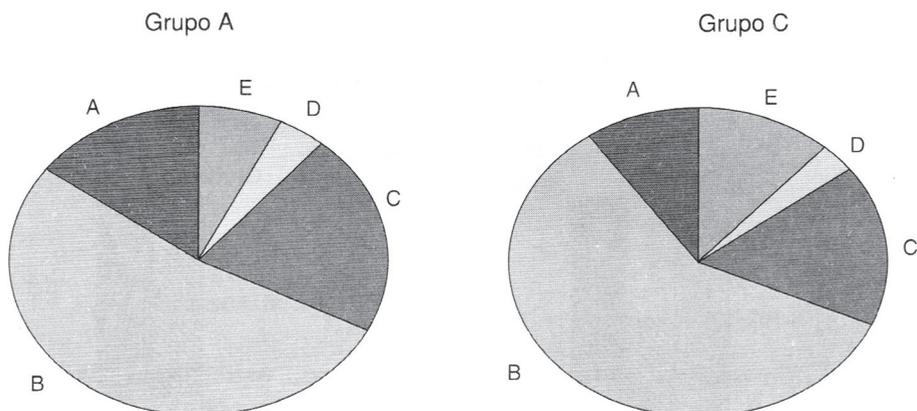


4.1.3. Grau de Instrução

A maioria dos utentes tem instrução primária (58% no Grupo A, 53% no Controlo). Segue-se o grupo de utentes com instrução média (17% - A; 21% - C).

QUADRO 5

Grau de Instrução	GRUPOS			
	A		C	
Analfabeto	6	9%	11	15%
Primário	38	58%	38	53%
Médio	11	17%	15	21%
Superior	2	3%	3	4%
Ignorado	8	12%	5	7%



A — Analfabeto B — E. Primário C — E. Médio D — E. Superior E — Ignorado

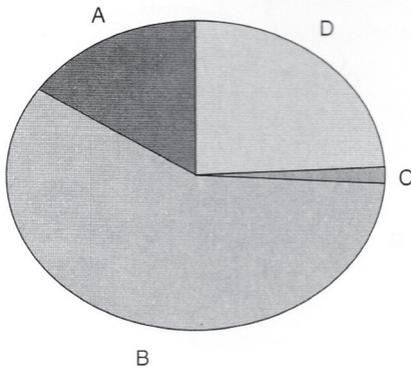
4.1.4. Estado Civil

A maioria dos utentes são casados ou juntos: 58% - A, 61% - C.
Segue-se o grupo dos viúvos nas duas amostras: 25% - A; 21% - C.

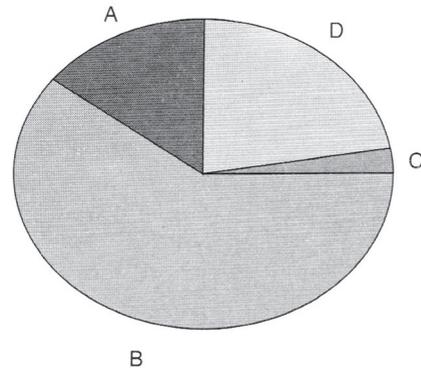
QUADRO 6

Estado Civil	GRUPOS	
	A	C
Solteiro	10 15%	11 15%
Cas. / Junto	38 58%	44 61%
Sep. / Div.	1 2%	2 3%
Viúvo	16 25%	15 21%
	65 100%	72 100%

Grupo A



Grupo C



A — Solteiro

B — Casado / Junto

C — Separado / Divorciado

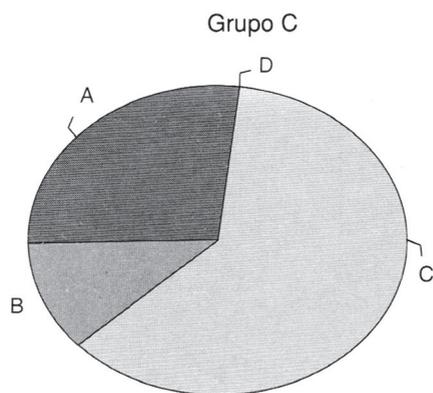
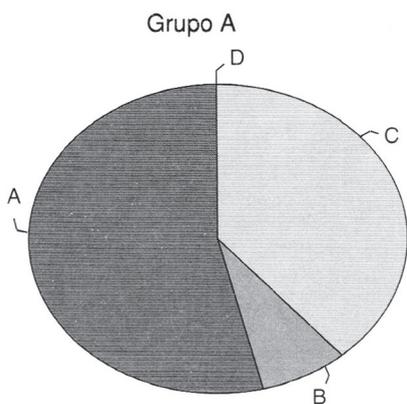
D — Viúvo

4.1.5. Situação na Profissão

Os grupos divergem quanto à situação na profissão. 54% no Grupo de Estudo são activos contra 28% no Controlo. No Grupo A a repartição é equilibrada.

QUADRO 7

Situação Profissional	GRUPOS			
	A		C	
Activos	35	54%	20	28%
Reformados	30	46%	52	72%
	65	100%	72	100%



A — Activo

B — Ref. Ocupado

C — Reformado

D — Outros

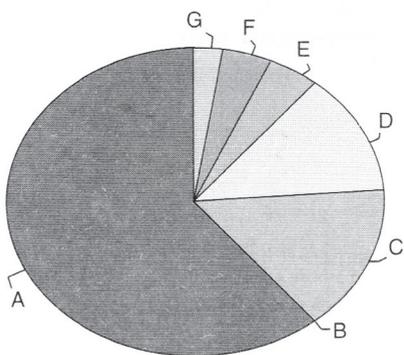
4.1.6. Isolamento

Embora a maioria dos utentes num e noutro grupo não refira queixas de isolamento, uma parte substancial e semelhante refere essa queixa —40% - A; 39% - C.

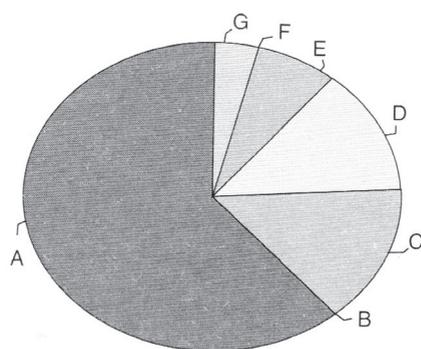
QUADRO 8

	QUEIXAS DE ISOLAMENTO			
	A		C	
SIM	26	40%	28	39%
NÃO	39	60%	44	61%
	65	100%	72	100%

Grupo A



Grupo C



A — Não refere queixas de isolamento B — Convive com 0/1 pessoas
C — Convive com 2 D — Convive com 3 E — Convive com 4
F — Convive com 5 G — Convive com 6 +

Podemos ver no quadro seguinte como estes doentes com queixas de isolamento se distribuem em função do número de pessoas com quem convivem no global (referência dos doentes inquiridos sobre o número de familiares, vizinhos ou amigos com que convivem, como medida grosseira do suporte social). Na grande maioria o núcleo de convívio dos utentes ronda, nos 2 grupos, 2 a 3 pessoas (64% - A; 70% - C).

QUADRO 9

Nº DE PESSOAS COM QUEM CONVIVEM		
	A	C
0 — 1	— 0%	— 0%
2 — 3	18 69%	19 70%
≥ 4	8 31%	8 30%

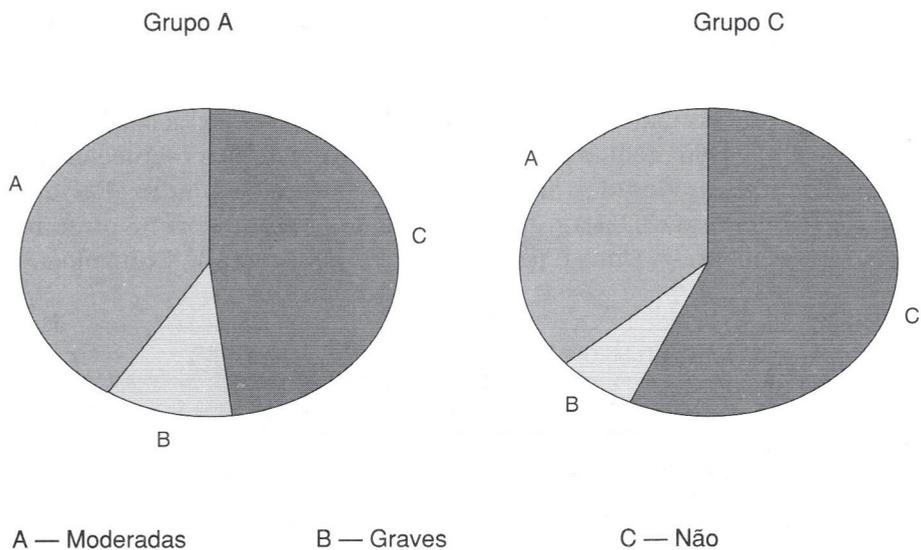
4.1.7. Dificuldades Económicas

A distribuição dos utentes segundo referem ou não dificuldades económicas ronda os 50%, predominando no Grupo A com 52% contra 43% no Controlo (Quadro 10).

QUADRO 10

Dificuldades Económicas	GRUPOS	
	A	C
SIM	34 52%	31 43%
NÃO	31 48%	41 57%
	65 100%	72 100%

E V O L U Ç Ã O D A S D O E N Ç A S C R Ó N I C A S C O M
E L E V A D O C O N S U M O D E C O N S U L T A S / A N O



Quantificando estas dificuldades em moderadas ou graves (prejuízo acentuado e limitante da vida social, suprimentos básicos—alimentação, necessidade de apoio económico da parte de terceiros), pode constatar-se no quadro seguinte que a maioria dos utentes apresenta dificuldades de grau moderado.

QUADRO 11

Dificuldades Económicas	GRUPO	
	A	C
Graves	7 11%	5 7%
Moderadas	27 42%	26 36%
	34 53%	31 43%

4.1.8. Eventos Críticos

Segundo a grelha utilizada (Anexo 2) que discrimina os acontecimentos de vida considerados consensualmente como críticos, classificados de 1 a 3 pelo médico consoante o seu impacto psico-emocional e físico (ligeiros, moderados e graves), constata-se (Quadro 12) que apenas 15 doentes (23,1%) no grupo A apresentam um score >3 na soma global dos dois anos. Não se fez este registo no Grupo de Controlo.

QUADRO 12

Eventos Críticos	GRUPOS	
	A	C
≤ 3	50 77%	72 100%
> 3	15 23%	0
	65 100%	72 100%

4.1.9. Patologia

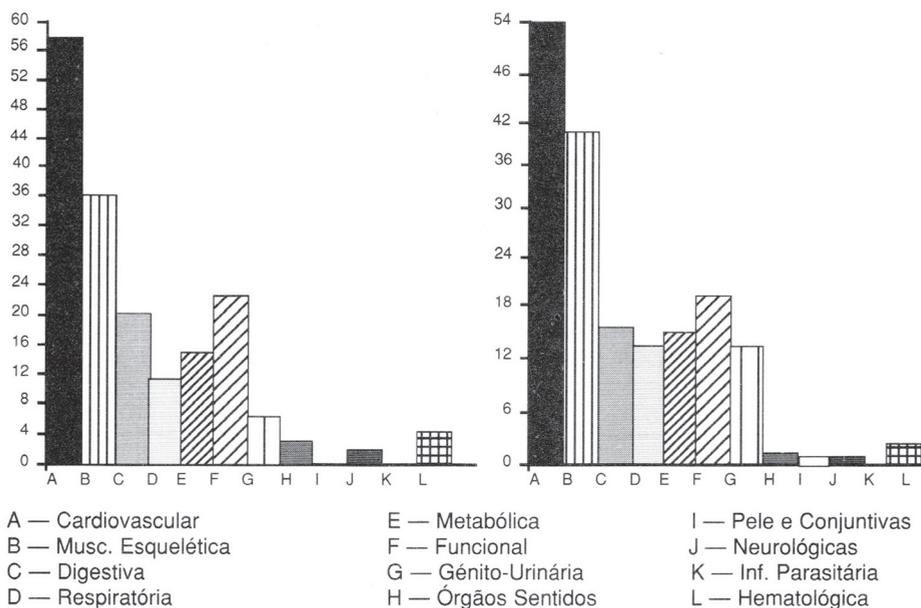
No quadro seguinte podemos observar a distribuição dos utentes pela patologia (n.º de referências assinaladas)

As patologias assinaladas apresentam uma hierarquia idêntica para os 5 primeiros grupos, encimada pelas Doenças Cardiovasculares, seguindo-se as Doenças Músculo-Esqueléticas. As Doenças Funcionais constituem a 3.ª patologia mais assinalada.

QUADRO 13

PATOLOGIA POR SISTEMAS (POR ORDEM DECRESCENTE)				
	DESCRIÇÃO	(A) N.º DE REF. AS	DESCRIÇÃO	(C) N.º DEREF. AS
1.º	CARDIOVASCULAR	60	CARDIOVASCULAR	49
2.º	MUSC. ESQUELÉTICA	41	MUSC. ESQUELÉTICA	40
3.º	FUNCIONAL	23	FUNCIONAL	20
4.º	DIGESTIVA	21	DIGESTIVA	16
5.º	METABÓLICA	15	METABÓLICA	15
6.º	RESPIRATÓRIA	11	GÊNITO-URINÁRIA	11
7.º	GÊNITO-URINÁRIA	6	RESPIRATÓRIA	13
8.º	HEMATOLÓGICA	4	ÓRGÃOS SENTIDOS	2
9.º	ÓRGÃOS SENTIDOS	3	HEMATOLÓGICA	1
10.º	NEUROLÓGICA	2	NEUROLÓGICA	1
11.º	-----	—	DERMATOLÓGICA	1
TOTAL DE REFERÊNCIAS		186	169	

E V O L U Ç Ã O D A S D O E N Ç A S C R Ô N I C A S C O M
E L E V A D O C O N S U M O D E C O N S U L T A S / A N O



O Grupo A apresenta uma média de 2,8 patologias assinaladas/utente contra 2,3 no Controlo.

No quadro seguinte pode observar-se a distribuição dos utentes segundo a Patologia discriminada (para as 5 patologias mais assinaladas).

QUADRO 14

DISTRIBUIÇÃO DAS 5 PATOLOGIAS MAIS ASSINALADAS				
A		GRUPOS		C
ORDEM	PATOLOGIA	N.º REFER.	PATOLOGIA	N.ºREFER.
1.º	OSTEOARTROSE	40	OSTEOARTROSE	30
2.º	HIP. ARTERIAL	38	HIP. ARTERIAL	27
3.º	ANSIEDADE/DEPRESSÃO	15	ANSIEDADE/DEPRESSÃO	20
4.º	INSUF. CORONÁRIA	15	DIABETES	13
5.º	CÓLON IRRITÁVEL	8	INSUF. CORONÁRIA	9
	TOTAL DE REF.	116		99

Constata-se que em ambas as amostras predominam os doentes com doença osteoartrósica. A 2.^a patologia nos 2 grupos é a hipertensão arterial e a 3.^a patologia as síndromes com ansiedade/ depressão.

4.2. VARIACÃO DO N.º DE CONSULTAS

4.2.1. Total de Consultas/ano

O quadro seguinte visa apenas indicar os números globais de consultas para os dois grupos no início do Estudo (87) e no decurso do mesmo (88 e 89), bem como as médias globais finais. Em ambos os grupos se constata um decréscimo de consultas.

QUADRO 15

N.º DE CONSULTAS / ANO					
GRUPO	ANO				
	1987	1988	1989	MÉDIA	DIFE- RENÇA 87 — 89
A	692	586	487	536	- 205
C	648	625	559	592	- 89

O Grupo A apresenta um n.º de consultas superior no ano de referência, com um decréscimo progressivo nos anos de 88 e 89, sendo a diferença para o último ano do estudo de menos 205 consultas, contra menos 89 consultas no Controlo.

O cálculo das médias mostra a distribuição seguinte.

4.2.2. Média do N.º de consultas por ano e para o conjunto dos dois anos do Estudo.

QUADRO 16

GRUPO	ANO			
	1987	1988	1989	MÉDIA
A	11	9	7	9
C	9	9	8	9

No Grupo A a média inicial é de 11 consultas reduzindo-se para 9 consultas no fim do Estudo. No Controlo mantém-se a média inicial de 9 consultas/ano.

4.2.3. Distribuição dos Utentes segundo a Variação Geral do N.º de Consultas e o Tipo de Atendimento.

Os utentes foram divididos segundo reduziram ou não o n.º de consultas, relativamente ao ano de referência. Considera-se no Quadro 17 o n.º médio de consultas de cada utente para os dois anos do Estudo.

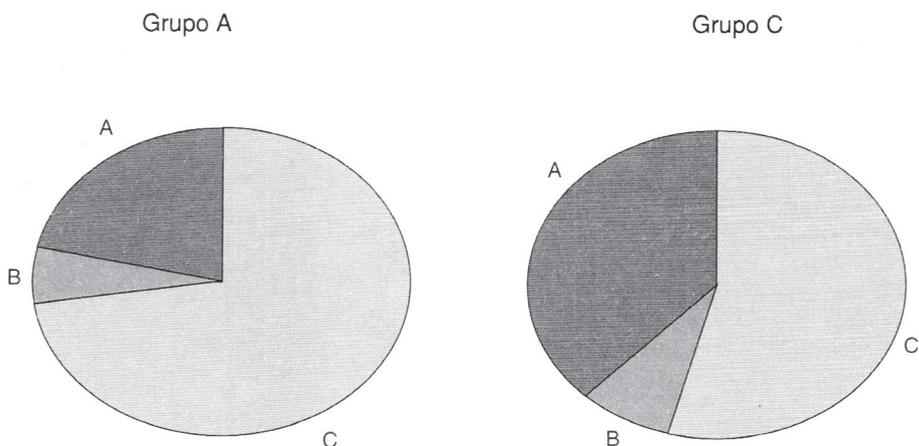
Os utentes do Grupo A sujeitos ao Atendimento fixado no protocolo reduziram o n.º de consultas na sua grande maioria — 72% contra 54% no Controlo. As diferenças são estatisticamente significativas.

QUADRO 17

VAR. N.º CONS.	TIPO DE ATENDIMENTO			
	A		C	
Reduziu	47	72%	39	54%
Não	18	18%	33	46%

$$X^2 = 4,81 ; P \leq 0,05; 1 \text{ G. L.}$$

E V O L U Ç Ã O D A S D O E N Ç A S C R Ó N I C A S C O M
E L E V A D O C O N S U M O D E C O N S U L T A S / A N O



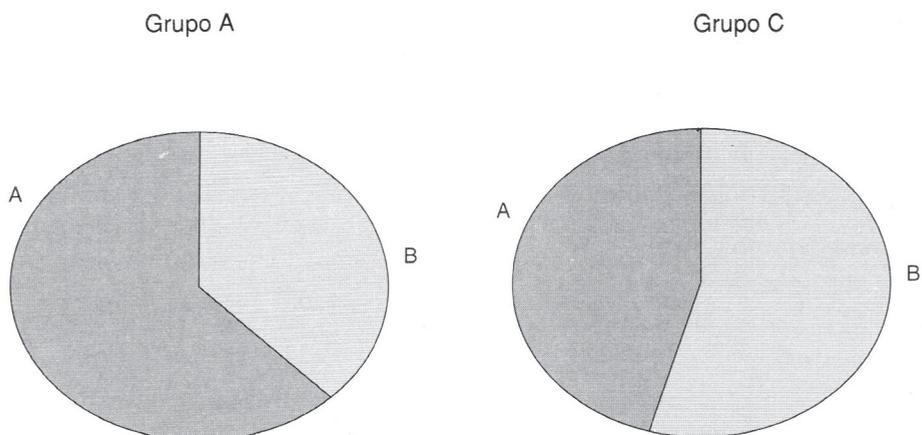
A - Cresceu
B - Estacionou
C - Diminuiu

Nas condições deste trabalho considerou-se como significativa uma redução $\geq 10\%$ do n.º de consultas (na média final) face ao ano de referência. A distribuição tomou então a seguinte forma:

QUADRO 18

VAR. N.º CONS. $\geq 10\%$	TIPO DE ATENDIMENTO			
	A		C	
Reduziu	41	63%	33	46%
Não	24	37%	39	54%

$X^2 = 4,09$; $P \leq 0,05$; 1 G. L.



A - Reduziu
B - Não reduziu

Os Grupos A e C divergem de forma estatisticamente significativa. No grupo de Estudo houve tendência nítida à redução ($\geq 10\%$) do consumo face a 1987 e face ao controlo. De facto, no critério estabelecido, o consumo permaneceu relativamente estável no grupo de controlo.

Estes resultados apontam para a confirmação da hipótese de trabalho emitida (H_1).

4.2.4. **Varição do N.º de Consultas/Ano segundo houve redução constante ou alternada em cada ano e segundo o Tipo de Atendimento.**

O quadro síntese que se segue mostra-nos a distribuição do total de utentes das amostras A e C quanto ao seu comportamento na variação do consumo de ano para ano. Foram utilizados dois critérios na composição do quadro:

1.º — Variação do Consumo de ano para ano, segundo houve redução num só dos anos ou de forma constante nos dois anos do Estudo.

2.º — Os utentes que variaram o Consumo de forma alternada em 88 e 89 foram subdivididos, segundo reduziram ou não esse consumo no conjunto dos dois anos relativamente a 1987.

QUADRO 19

GERAL

GRUPOS	REDUZIRAM O N.º DE CONSULTAS			NÃO REDUZIRAM
	DE FORMA CONSTANTE EM 88 E 89	ALTERNADAMENTE EM 88 OU 89		
		MÉDIA FINAL < 87	MÉDIA FINAL ≥ 87	
a) A	19	28	12	6
C	11	28	17	16

≥ 10%

b) A	19	22	14	10
C	10	23	22	17

b) $X^2 = 6,08$; $P \leq 0,05$; 3 G. L.

Universo: Total das Amostras

Varição no geral a) e para o critério dos 10% b).

Como pode verificar-se a maioria dos utentes apresenta uma variação alternada do Consumo. No grupo A predominam os utentes que na média global reduziram o consumo. Contrariamente, no Controlo predominam os utentes que não reduziram o Consumo relativamente ao ano de referência.

Porém as diferenças não são significativas.

Examinando esta questão em pormenor e comparando os grupos A e C segundo a redução do Consumo exclusivamente num dos dois anos (Quadros 20 e 21) ou sucessivamente nos dois anos (Quadro 22) constatamos comportamentos semelhantes no 1.º caso.

QUADRO 20

REDUÇÃO ≥ 10%
DO N.º CONS. - Só em 88

	A	C
SIM	22	25
NÃO	43	47

QUADRO 21

REDUÇÃO ≥ 10%
DO N.º CONS. - Só em 89

	A	C
SIM	14	20
NÃO	51	52

Isto é, a distribuição dos utentes com variação alternada do Consumo em cada ano foi semelhante nos dois grupos.

Já no segundo caso, os grupos A e C divergem de forma estatisticamente significativa.

QUADRO 22

REDUÇÃO ≥ 10% DO N.º CONS.
DE FORMA CONSTANTE EM 88 E 89

	A	C
SIM	19	10
NÃO	46	62

$\chi^2 = 4,82$; $P \leq 0,05$; 1 G. L.

O grupo de Estudo apresenta uma proporção significativamente diferente de utentes que reduziram o Consumo de forma continuada e persistente ao longo dos dois anos.

A comparação das médias pelo *t* de Student e testando a hipótese nula, admitindo a mesma variância, mostra-nos que efectivamente o Consumo é homogéneo nos grupos A e C em cada ano, mas que divergia no ano de referência.

QUADRO 23

COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE CONSULTAS/ANO				
ANO	1987	1988	1989	MÉDIA FINAL
GRUPO	A — C	A — C	A — C	A — C
to	3,34	0,46	- 0,43	0,051
P	0.005	0,3231	0,6661	0,4797
tc	1,98			
G. L.	135			
Signif. estat.	S	N S	N S	N S

Se a evolução do Consumo, em cada ano de per si, não apresenta diferenças significativas entre A e C, podemos encontrar novas pistas de compreensão quanto às diferenças finais encontradas, repetindo esta comparação dos consumos médios de cada ano, isoladamente em cada grupo. É o que podemos observar no quadro seguinte.

QUADRO 24

COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DE CONSULTAS/ANO EM CADA GRUPO						
GRUPO	A			C		
	87-88	88-89	87-89	87-88	88-89	87-89
ANO	87-88	88-89	87-89	87-88	88-89	87-89
to	2,31	2,07	5,14	0,57	1,43	2,39
P	0,0112	0,0202	0,000 0005	0,2848	0,075	0,0091
tc	1,998			1,9768		
G. L.	128			142		
Signif. estat.	S	S	S	NS	NS	S

No Grupo de Estudo, o Consumo médio diverge significativamente de ano para ano e é estatisticamente muito diferente o Consumo inicial e final (to = 5,14; P = 0,000 0005).

No Grupo de Controlo, idêntica comparação revela não haver diferença significativa nos Consumos médios de ano para ano. A tendência à redução do Consumo, no Controlo, só encontra diferença significativa quando se comparam os Consumos inicial e final.

4.2.5. Redução Quantificada (em n.º de consultas) por utente e ano e para a média final do Estudo, para ambos os grupos.

Os quadros seguintes revelam a diminuição das consultas de 87 para 88, de 88 para 89 e de 87 para a média final.

QUADRO 25

GRUPO A				GRUPO C		
UTENTES				UTENTES		
88 87 — 88	89 88 — 89	MÉDIA 87 — Média	REDUÇÃO DE	88 87 — 88	89 88 — 89	MÉDIA 87 — Média
6 14%	8 22%	7 15%	1 Cons.	6 17%	7 23%	11 28%
14 33%	7 19%	6 13%	2 Cons.	10 28%	5 16%	5 13%
7 17%	6 17%	12 25%	3 Cons.	9 25%	5 16%	12 31%
15 36%	15 42%	22 47%	≥ 4	11 30%	14 45%	11 28%
42 100%	36 100%	47 100%		36 100%	31 100%	39 100%

Podemos admitir não haver grandes diferenças na redução quantificada em n.º de consultas, para os utentes dos grupos A e C de 87 para 88 e de 88 para 89, já que os valores percentuais são duma forma geral similares para cada escalão de redução. Em valor absoluto, como temos visto, o n.º de utentes que reduziram o n.º de consultas em cada ano é geralmente superior no grupo de Estudo.

Considerando nesta mesma perspectiva os utentes que na média dos 2 anos reduziram o n.º de consultas face a 87, constata-se que no Grupo A predominam os utentes que reduziram 4 ou mais consultas (47%) e 3 consultas (25%). No Controlo predominam os utentes que reduziram 3 consultas (31%), 4 ou mais consultas (28%) e significativamente 28% reduziram apenas uma consulta. Estes dados sugerem que no grupo de Estudo houve tendência a um maior n.º de utentes a registar redução do n.º de consultas e que essa redução foi mais acentuada.

No entanto, constata-se (Quadro 26) que as diferenças entre os 2 grupos não são estatisticamente significativas, a um nível de erro de 5%.

QUADRO 26

GRUPO	- 1 CONS.	-2 CONS.	- 3 CONS.	-≥ 4 CONS.	N.º Uteses
A	7 15%	6 13%	12 25%	22 47%	47 100%
C	11 28%	5 31%	12 31%	11 28%	39 100%

$X^2 = 3,94$; $P \leq 0,05$; 3 G. L.

4.2.6. Evolução do consumo em cada ano dos utentes que reduziram em 10% ou mais o N.º de consultas/ano na média final

Nos quadros seguintes pretende-se comparar o comportamento dos utentes que satisfizeram o critério de redução $\geq 10\%$ na média final, observando como se processou essa variação no primeiro e segundo ano do Estudo.

41 — Grupo A

33 — Controlo

QUADRO 27

ANO 1988

VAR. N.º CONS. ≥ 10%	ATENDIMENTO			
	A		C	
Reduziu	37	90%	31	94%
Não	4	10%	2	6%

QUADRO 28

ANO 1989

VAR. N.º CONS. ≥ 10%	ATENDIMENTO			
	A		C	
Reduziu	23	56%	13	39%
Não	18	44%	20	61%

$X^2 = 2,04$; $P \leq 0,05$; 1 G. L.

Estes resultados mostram que 90% dos utentes nos dois grupos reduziram o consumo logo no 1.º ano e de forma muito semelhante.

No 2.º ano o comportamento foi diferente nos dois grupos, embora sem atingir nível significativo: 56% dos utentes sujeitos a Intervenção diminuíram o n.º de Consultas contra 39%.

4.2.7. Controlo de Variáveis

Foi feito o Controlo de Variáveis que se admitia poderem interferir nos resultados. Para esse efeito considerámos as variáveis — Idade e Situação na Profissão — relativamente às quais os grupos apresentavam maiores dissemelhanças.

a) *Idade*

No quadro seguinte apresentamos a distribuição dos utentes segundo o escalão etário e o grupo.

QUADRO 29

GRUPOS	ESCALÕES ETÁRIOS				
	≤ 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥ 80
A	7	19	12	20	7
C	6	8	23	25	10

$$X^2 = 8,77 ; \text{ G. L. } 4 \quad P = 0,067$$

As diferenças quanto aos escalões etários não são estatisticamente significativas.

Nos quadros seguintes testaremos pelo X^2 a associação entre os escalões etários e a variação do consumo na média final ($\geq 10\%$).

QUADRO 30

Grupo A

ESCALÕES ETÁRIOS	Var. Cons.	
	Redução	NÃO
≤ 59	16	10
60 - 69	9	3
≥ 70	16	11

$$X^2 = 0,928 ; \text{ G. L. } 2; \quad P = 0.63$$

QUADRO 31

Grupo C

ESCALÕES ETÁRIOS	Var. Cons.	
	Redução	NÃO
≤ 59	7	7
60 - 69	10	13
≥ 70	16	19

$$X^2 = 0,149 ; \text{ G. L. } 2; \quad P = 0,93$$

Concluiu-se não haver associação entre os escalões etários e a redução do n.º de Consultas. A variável Idade não interfere nos resultados.

b) *Situação na profissão*

Procedendo de igual modo relativamente a esta variável verificámos:

QUADRO 32

Situação na Profissão		
	GRUPOS	
	A	C
Activos	35	20
Reformados ocupados	5	8
Reformados	25	44

$X^2 = 9,88$; G. L. 2

Os grupos A e C não são homogéneos quanto à Situação na Profissão. Verifiquemos então se estas diferenças comprometem os resultados, agregando num só subgrupo os reformados.

QUADRO 33

Grupo A

Situação na Profissão	Var. Cons.	
	Redução	NÃO
Activos	20	15
Reformados	21	9

$X^2 = 1,147$; G. L. 1

QUADRO 34

Grupo C

Situação na Profissão	Var. Cons.	
	Redução	NÃO
Activos	8	12
Reformados	25	27

$X^2 = 0,380$; G. L. 1

Em nenhum dos grupos, os subgrupos definidos pela variável Situação na Profissão estão associados preferencialmente a uma das categorias de Variação do N.º de Consultas.

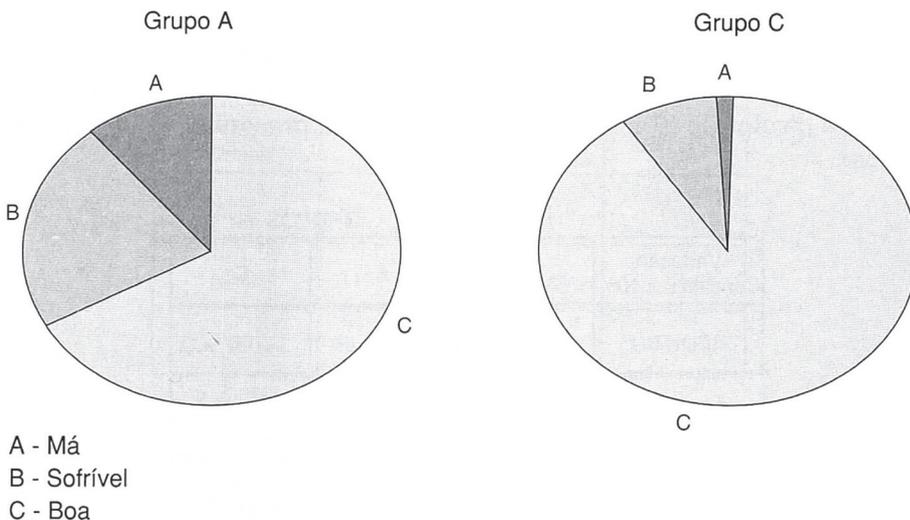
Conclusão: a Idade e a Situação na Profissão não são variáveis interferentes.

4.3. RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE (RMD)

Os resultados são apresentados agregando as situações de RMD sofrível e negativa por forma a isolar claramente os utentes cuja RMD é positiva.

QUADRO 35

RMD / GRUPOS A e C				
RMD	GRUPOS			
	A		C	
POSITIVA	44	68%	65	90%
NÃO POSIT.	21	32%	7	10%



Os médicos participantes classificaram maioritariamente a RMD como positiva, principalmente no grupo de controlo. De facto, nesse grupo apenas 7 doentes (10%) foram classificados com RMD não positivas.

4.3.1. Distribuição dos utentes segundo a RMD e a redução do N.º de consultas (≥ 10%).

QUADRO 36

GRUPO A		
RMD	Variação Consultas ≥ 10%	
	Reduz	Não
POSITIVA	31	13
NÃO	10	11
	41	23

$X^2 = 3,19$; $P \leq 0,05$; 1 G. L.

QUADRO 37

GRUPO C		
RMD	Variação Consultas ≥ 10%	
	Reduz	Não
POSITIVA	30	35
NÃO	3	4
	33	39

X^2 não aplicável dado o pequeno n.º de utentes com RMD não positiva, no grupo de controlo. De qualquer modo a distribuição é visivelmente homogénea nesse grupo.

Estes 2 quadros parecem sugerir que existe associação entre a RMD e a variação do N.º de Consultas no Grupo A mas não no Controlo, embora o valor do X^2 não atinja, nas amostras presentes, valor significativo.

QUADRO 38

GRUPOS

Variação Consultas ≥ 10%	RMD	A	C
REDUZIU	POSITIVA	31	30
REDUZIU	NÃO POSITIVA	10	3
NÃO REDUZIU	POSITIVA	13	35
NÃO REDUZIU	NÃO POSITIVA	11	4
		65	72

$X^2 = 16,82$; $P \leq 0,05$; 3 G. L.

No Quadro 38 pode verificar-se na análise conjunta destas variáveis que os grupos A e C divergem de forma estatisticamente significativa.

4.4. EVOLUÇÃO CLÍNICA

Tratando-se de doentes crónicos as situações de melhoria ou evolução estacionária (M/E) foram agrupadas, por suporem um objetivo clínico razoável, contra evolução negativa.

A Evolução Clínica registada foi maioritariamente positiva (M/E) nos dois grupos. Apenas 17 doentes (12,7%) registaram uma evolução considerada negativa (11 no Grupo A e 6 no Grupo C).

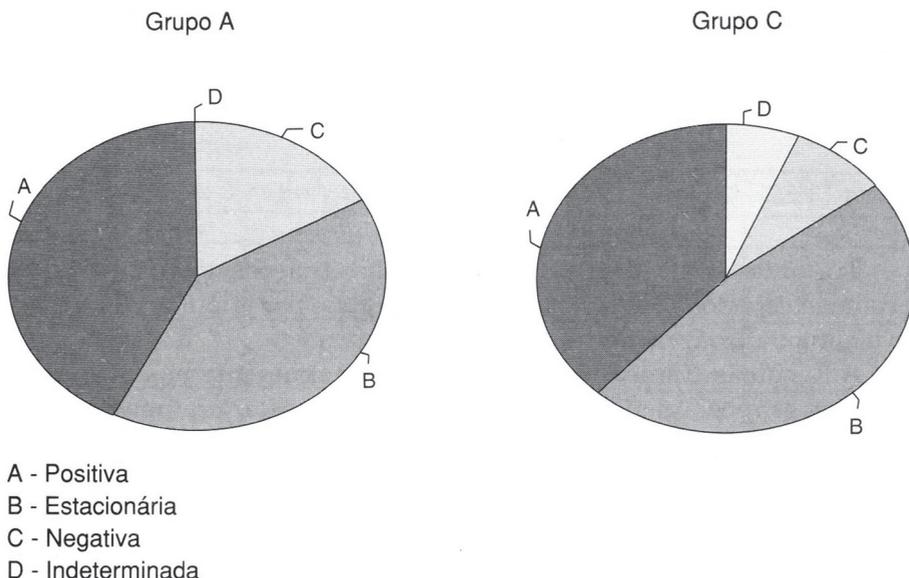
QUADRO 39

Evolução Clínica	TIPO DE ATENDIMENTO				SUBTOTAL
	A		C		
M/E	54	83%	62	91%	116
NEG.	11	17%	6	9%	17
SUBTOTAL	65	100%	68*	100%	133

$X^2 = 1,95$; $P \leq 0,05$; 1 G. L.

* No Grupo C foram excluídos 4 doentes por informação imprecisa sobre estes *itens*.

EVOLUÇÃO DAS DOENÇAS CRÓNICAS COM
ELEVADO CONSUMO DE CONSULTAS / ANO



Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos para a Evolução Clínica e o Tipo de Atendimento.

4.4.1. Distribuição dos utentes segundo a Evolução Clínica e a Redução $\geq 10\%$ do N.º de Consultas na média global.

Os resultados presentes nos dois Quadros seguintes revelam que, neste Estudo, a redução do N.º de consultas, na margem indicada, está associada a uma Evolução Clínica satisfatória, (M/E) no Grupo A.

QUADRO 40

Evolução Clínica	Var. N.º Cons. $\geq 10\%$	
	Reduz	Não
M/E	37	17
NEG.	4	7

QUADRO 41

Evolução Clínica	Var. N.º Cons. $\geq 10\%$	
	Reduz	Não
M/E	30	32
NEG.	3	3

$X^2 = 4,00$; (correção de Yates).
 $P \leq 0,05$; 1 G. L.

No Grupo de Controlo a distribuição é homogénea não havendo associação entre a Variação do N.º de Consultas e a Evolução Clínica.

Dado que nos dois grupos a evolução foi maioritariamente satisfatória (83% - A; 91% -C), admitindo a semelhança das subpopulações de A e C com essa evolução podemos compará-las em função da Variação do N.º de Consultas ($\geq 10\%$).

QUADRO 42

Variação N.º Consultas $\geq 10\%$	Utentes com Evolução Clínica M/E	
	A	C
REDUZ	37	30
NÃO	17	32

$X^2 = 4,79$; $P \leq 0,05$; 1 G. L.

Os Grupos A e C divergem de forma estatisticamente significativa, sugerindo a associação entre o Grupo A e a redução do número de consultas.

4.4.2. Distribuição dos Utentes segundo a Evolução Clínica e a RMD.

No quadro seguinte podemos constatar a associação entre a Evolução Clínica e a RMD. Em conformidade com uma das premissas para a confirmação da 2.ª hipótese de trabalho (H2), a uma boa RMD está associada uma Evolução Clínica satisfatória no Grupo A. Dado o pequeno n.º de utentes com Evolução Clínica negativa e RMD má ou sofrível, não foi possível testar esta associação no controlo.

QUADRO 43

RMD	Evolução Clínica	
	M/E	N
Positiva	40	4
Não Positiva	14	7

$X^2 = 4,35$; (correção de Yates).
 $P \leq 0,05$; 1 G. L.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As amostras revelam-se semelhantes quando comparadas as distribuições em função das variáveis sócio-demográficas: Sexo, Idade, Estado Civil, Grau de Instrução, como também relativamente à Patologia assinalada no global, Dificuldades Económicas, Eventos Críticos e Queixas de Isolamento.

Existem contudo diferenças significativas quanto à variável Situação na Profissão: 54% activos no Grupo A contra 28% no Controlo, 46% reformados no Grupo A contra 72% no Controlo. Dado porém que esta distribuição diversa, com maioria de activos no grupo de Estudo poderia acentuar o n.º de consultas por «Baixa», situação que não foi registada como consulta, admitimos que a verificar-se algum efeito este seria no sentido de contrariar a verificação das hipóteses de trabalho. Os activos sendo globalmente mais jovens, com Doenças Crónicas diagnosticadas mais recentemente tendem a consultar mais. Sabe-se, contudo, que com a idade o consumo de consultas tende a aumentar independentemente da ocupação. De qualquer modo o Controlo destas variáveis revelou não interferirem nos resultados verificados. Em consequência admitimos não estar prejudicada a comparabilidade entre A e C no global.

5.1. EVOLUÇÃO DO CONSUMO

De acordo com a hipótese admitida (H1) há uma distribuição estatisticamente diferente entre o Grupo de Estudo e o Controlo para esta variável. Esta diferença geral mantém-se a um nível estatisticamente significativo quando se impõe o limite da redução do N.º de Consultas superior ou igual a 10%.

A análise desta relação incide sobre a natureza da intervenção praticada no Grupo A (mas não no Controlo). Esta intervenção foi definida como constituída por dois componentes fundamentais:

1.º — Acesso facilitado do utente à observação pelo médico (próprio dia ou dia imediato), sempre que solicitada.

2.º — Disponibilidade do médico para a escuta compreensiva das queixas do doente com valorização dos aspectos psicossociais e tentativa de estabelecimento de elos entre os sintomas e aqueles aspectos da vida dos doentes.

Estão envolvidos neste segundo componente aspectos da relação Médico-Doente.

Neste sentido, a diferença verificada na variação do n.º de consultas entre os Grupos A e C reflecte a influência de um tipo de atendimento A (englobando aqueles dois componentes) e C — o usual na prática dos médicos e Centros de Saúde em geral.

No entanto os resultados obtidos merecem-nos os seguintes comentários:

Em ambos os grupos se regista uma tendência à redução do Consumo no decursos dos dois anos do Estudo.

O facto de essa tendência ser mais marcada e continuada no grupo de Estudo, aliado à circunstância de, o mesmo, no ano de referência apresentar consumo substancialmente mais elevado, pode explicar as diferenças finais na evolução do consumo.

Na verdade, a comparação das médias de consumo em cada ano não revelou diferenças significativas entre os dois grupos. Porém, estudando a evolução das médias de consumo em cada grupo separadamente, comprovou-se o que atrás ficou dito: no grupo A a evolução foi claramente no sentido da redução do Consumo, de ano para ano, com diferenças estatisticamente significativas. No grupo de Controlo as diferenças ocorridas no decurso do Estudo não atingiram nível significativo.

Constatou-se também que, dos utentes que na média final reduziram o N.º de Consultas, em 10% ou mais, relativamente a 87, a grande maioria (90%) registou redução logo no 1.º ano do Estudo e de forma semelhante nos dois grupos. Estes dados não parecem obedecer ao que se poderia esperar nos pressupostos deste Estudo, já que se admite que as repercussões da Intervenção praticada na evolução do Consumo se vão acentuando com o tempo. Coloca a hipótese de que, quer no grupo de Estudo quer no de Controlo, grande n.º de utentes

tenha sofrido acúmulo de intercorrências críticas no ano de referência, associado à elevação do consumo nesse ano, e que registaram no ano seguinte natural redução.

Constatou-se, não obstante, uma maior coerência na redução continuada do Consumo no grupo sujeito à Intervenção, consequente com os efeitos esperados no tempo e significativamente diferentes do Controlo.

Finalmente a hipótese de a Idade ou a Situação na Profissão poderem ser variáveis interferentes na evolução do Consumo foi liminarmente rejeitada. Fez-se o controlo destas variáveis relativamente às quais as amostras diferem mais. Porém, as mesmas, não interferem nos resultados.

5.2. *RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE (RMD)*

A repartição dos utentes segundo a classificação da RMD é igualmente diversa nos dois grupos. Aparentemente parece ter havido uma retracção dos médicos do grupo de Controlo em catalogar RMD negativas nos seus utentes.

Pensamos que este facto vem dificultar a verificação da hipótese de trabalho (H2) de uma forma estatisticamente correcta e com inferências clínicas adequadas. De qualquer forma, e posta esta reserva, no Grupo de Estudo, não se confirmou haver associação estatisticamente significativa entre os utentes com RMD positiva e a Redução do N.º de Consultas ($\geq 10\%$), a nível de erro de 5% (H2). Os resultados, no entanto, parecem sugerir que os utentes com boa RMD tendem a reduzir a frequência de consultas, nas condições de atendimento fixadas para o Grupo A (H2). Acresce que os dois grupos divergem de forma estatisticamente muito significativa quanto a estas duas variáveis (Quadro 38).

5.3. *EVOLUÇÃO CLÍNICA*

A maioria dos doentes cujas patologias crónicas são diversas na natureza e gravidade mas equiparáveis para os dois grupos segundo a distribuição geral, apresenta Evolução Clínica satisfatória (M/E). Este juízo é eminentemente clínico e o seu valor é obviamente relativo.

Os resultados revelam diferenças significativas entre os doentes estudados e os do controlo quando se confronta a Evolução Clínica com a Variação do N.º de Consultas.

Há uma associação entre a Evolução Clínica satisfatória e a redução do consumo de consultas no Grupo A mas não no Controlo.

5.4. *EVOLUÇÃO CLÍNICA E EVOLUÇÃO DO CONSUMO*

A Evolução Clínica reflecte-se no Consumo de Consultas. Em termos gerais e considerando um Consumo médio variável, com pequenas oscilações, de pessoa a pessoa, sabemos que ao agravamento corresponde um aumento do Consumo e, da mesma forma, à melhoria corresponde uma redução do Consumo.

A utilização do Consumo como índice de recurso só tem cabimento sob duas condições.

1 — Se esse Consumo corresponder à procura real.

2 — Se anularmos todos os factores que concorrem para o Consumo à excepção do estado de saúde dos utentes.

A procura real tem que ver com a totalidade de observações requeridas a «n» médicos. Ora no nosso Sistema de Saúde, o MF tem um papel centralizador e referenciador dos cuidados requeridos necessários. Assim, se a demanda de um cuidado se inicia no MF e o doente referenciado a ele é remetido na continuidade, pode admitir-se que o Consumo, em Medicina Familiar, traduz de forma adequada a procura real.

Se as condições de acessibilidade não constituírem obstáculo ao livre funcionamento do sistema o factor pressivo determinante da procura será o estado de saúde do utente.

Garantindo-se a acessibilidade aos cuidados, a procura é satisfeita em torno dos 100%. O Consumo mede a procura e de alguma forma reflecte a Evolução Clínica.

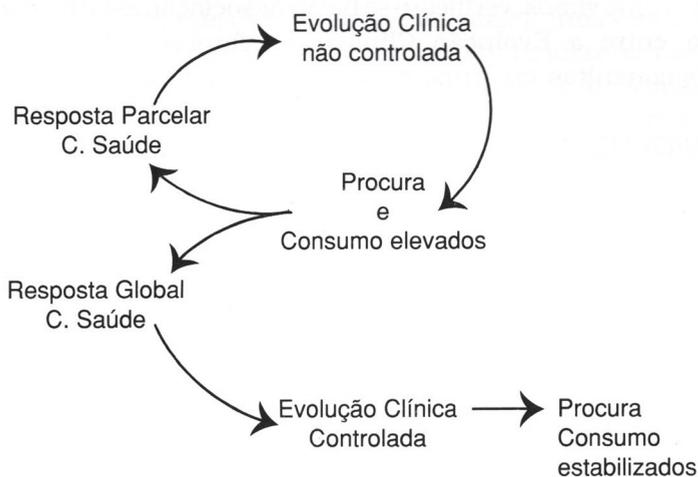
A apreciação da Evolução Clínica para diferentes entidades é difícil de protocolar e será sempre subjectiva. O denominador comum será a

repercussão no Consumo, pois a estabilização de um processo crónico estará associada à estabilização do Consumo, qualquer que seja a patologia (que obedeça aos critérios de inclusão e exclusão fixados). Nos Grandes Utilizadores, caricaturando o fenómeno do consumismo, é mais fácil apreciar Variações no Consumo e relacioná-las com a Evolução Clínica.

Foi isso que se pretendeu no presente trabalho.

Por outro lado, a hipótese central (H1) tem que ver com o Tipo de Resposta/Atendimento.

FIGURA 1



Parte-se do princípio de que a resposta médica tradicional é parcelar, já que não valoriza os factores psicossociais de forma adequada, em oposição a uma resposta mais global em que os mesmos são considerados.

Uma resposta parcelar, não atendendo à globalidade da pessoa, nos seus diversos aspectos e necessidades, determinará uma Evolução Clínica de alguma forma deficitária objectivada num consumo inflacionado. Este ciclo vicioso só será quebrado, como esquematicamente se representa, se a estes utentes for disponibilizada uma resposta mais global.

Os utentes apresentarão Evolução Clínica positiva (melhoria/controlo do processo crónico) e tenderão progressivamente a estabilizar o Consumo médio a níveis mais baixos.

Se a comparação dos dois grupos, no presente Estudo, se baseasse apenas na avaliação subjectiva da Evolução Clínica, não haveria diferenças detectáveis. A análise da Evolução do Consumo — como dado objectivo — permite distinguir as diferenças existentes.

Isto é, poderíamos concluir então que, se em ambos os grupos a Evolução foi semelhante e positiva, no grupo de Controlo ela não ficou totalmente avalizada e objectivada na prova do Consumo, contrariamente ao que sucedeu no Grupo de Estudo.

De facto, como vimos, verificou-se haver associação estatisticamente significativa entre a Evolução Clínica satisfatória e a redução do consumo de consultas no grupo A mas não no controlo (H1).

5.5. *DIFICULDADES ECONÓMICAS*

Entre 40 a 50% dos utentes nos dois grupos referem dificuldades económicas.

Esta situação evoca o facto conhecido com incidência na frequência de consultas que se traduz na impossibilidade de espaçar as mesmas dado o preço dos medicamentos. Muitas consultas obedecem, desta forma, ao critério da capacidade económica do utente em aviar a medicação e não ao critério de gestão do médico na programação das consultas.

5.6. *EVENTOS CRÍTICOS*

A incidência de eventos críticos registada neste trabalho é baixa face às expectativas.

Admitimos, contudo, que o seu registo peque por defeito, inviabilizando quaisquer inferências sobre este dado. Na verdade o registo dos acontecimentos da vida ainda não é um hábito totalmente integrado na prática do M F.

5.7. ISOLAMENTO

Cerca de 40% dos utentes nos dois grupos referem queixas de isolamento. Desses, porém, mais de 60% apresentam um núcleo de convívio de duas a três pessoas. Não se registam situações de isolamento absoluto.

Pensamos ser um dado a avaliar com maior precisão em futuros estudos desta natureza.

5.8. VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Ficou confirmada a 1.^a Hipótese (H1).

Os utentes, grandes utilizadores, sujeitos à Intervenção proposta, decorrente do tipo de atendimento (grupo A), tenderam, neste Estudo, a melhorar clinicamente e a reduzir o consumo de consultas num mínimo de 10% relativamente ao ano de referência. Estes resultados são estatisticamente diferentes e significativos quando comparados com os obtidos no grupo de controlo.

De facto, a Evolução Clínica foi semelhante e positiva nos dois grupos, mas os mesmos divergem quanto à média global do Consumo de Consultas nos dois anos do Estudo.

A confirmação da 2.^a Hipótese (H2) baseia-se na verificação das seguintes associações resumidas no Quadro 44, não se tendo verificado

QUADRO 44

Associação de Variáveis	Significância	
	A	C
a) Var. N.º Cons. — Ev. Clínica	S	—
b) RMD — Ev. Clínica	S	—
c) Var. N.º Cons. — RMD	NS	—

a associação entre a RMD e a Var. N.º Cons. Consideramos H2 não confirmada. E embora a associação seja fortemente sugerida pelo conjunto de resultados obtidos não atingiu significado estatístico nas dimensões da amostra presente.

Não foi possível testar estas associações no grupo de controlo dado o pequeno n.º de utentes com a RMD má ou sofrível e Evolução Clínica negativa. Porém os resultados exibidos são consistentes: grande homogeneidade no Controlo, sugerindo associações nulas, e diferenças significativas (a e b) no grupo de Estudo.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

A tendência registada neste Estudo vai ao encontro das hipóteses formuladas: os utentes com Doenças Crónicas, com sete ou mais consultas no ano anterior ao início do Estudo, sujeitos à intervenção fixada no protocolo, tendem a reduzir a frequência de consultas/ano em 10% ou mais, quando comparados com o Grupo de Controlo.

a) Os doentes sujeitos a intervenção apresentam Evolução Clínica positiva ou estacionária de forma similar à encontrada no Grupo de Controlo, mas quando se correlaciona esta variável com a Variação do Número de Consultas (Geral e $\geq 10\%$) verifica-se associação entre Evolução Clínica para melhoria ou estacionária (M/E) e Redução do Número de Consultas no grupo de Estudo mas não no Grupo de Controlo.

b) Não se confirmou haver associação estatisticamente significativa entre uma boa RMD e a Redução ($\geq 10\%$) do Número de Consultas, nos limites impostos para este estudo. Os resultados parecem sugerir essa associação embora não se possa precisar com rigor o peso deste factor (RMD) do conjunto da intervenção praticada no Grupo A. Assim se explicará porque no Grupo de Controlo semelhante associação seja nula. De facto os grupos divergem de forma estatisticamente muito significativa.

c) Mais de 40% dos utentes nos dois grupos referem Queixas de Isolamento e Dificuldades Económicas, fenómenos associados aos grandes utilizadores na linha de outros estudos, alertando para a importância dos mesmos.

Duma forma global os resultados deste Estudo sugerem que os utentes sujeitos a Intervenção (Grupo A) tendem a melhorar e a reduzir a frequência de consultas /ano (H1), mas a associação entre uma boa RMD e a Redução do N.º de Consultas, ainda que sugestiva, carece de evidência estatística significativa (H2).

RECOMENDAÇÕES

7. RECOMENDAÇÕES

As inferências clínicas e para a organização de serviços parecem-nos óbvias:

O acesso facilitado do utente ao seu médico, nos Centros de Saúde, associado à possibilidade de gerir o tempo de consulta para cada utente sem pressões excessivas de tempo ou sobrecarga de doentes (em cada período de consulta) e o investimento na Relação Médico-Doente, traduzir-se-á, segundo as conclusões deste Estudo, em ganhos futuros (no médio/longo prazo) para Médicos, Serviços e principalmente para os Doentes.

De facto estas condições permitem uma melhoria global dos cuidados com resposta mais eficaz às necessidades dos doentes no plano bio e psico-emocional, que melhoram e tendem a reduzir o consumo de consultas, motivando os profissionais de saúde para prosseguir trabalho de qualidade.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1 — *Correia de Campos A* — Os Serviços de Saúde em Portugal. Organização Actual. — Comunicação presente ao Seminário «Os Serviços de Saúde Mental em Portugal. Passado, Presente e Futuro». Sociedade Portuguesa de Psiquiatria Social. Lisboa. Julho 1987.

2 — *Patrão LMRS* — A Procura/Utilização de Cuidados de Saúde. Aspectos da Evolução Recente. Comunicação às Jornadas de Saúde de Aveiro. Aveiro 1984.

3 — *Carraça IR* — Estudo do Pedido. Caracterização da Procura numa Consulta de Clínica Geral, Medicina Familiar. Monografia. Cadeira de Saúde Mental. ENSP, Lisboa, 1988.

4 — *Kilpatrick Jr SJ* — Consultation. Frequencies in General Practice. *Health Services Research*, 1977; 12 (3).

5 — *Béland F* — Utilization of Health Services as Events; An Exploratory study. *Health Services Research* 1988; 23 (2).

6 — *Balint M* — Le Medicin, son Malade et la Maladie. Ed. Pavot. Paris 1975.

7 — *Westhead J N* — Frequent Attenders in General Practice: Medical, Psychological and Social characteristics. *Journal of the Royal College of General Practice*, July 1985.

8 — *Schire S* — Frequent Attenders - a review. *J Fam Practice*, 1986; 3 (4).

9 — *Chandy J, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M* — Medical Care and Demographic Characteristics of «Difficult» Patients. *J Fam Practice*, 1987; 24 (6).

10 — *Shahady EJ* — Difficult Patients. Uncovering the real problems of «Crocks» and «Gomers». *Consultant*, (Abril), 1984.

11 — *Comstock LM, Hooper EM, Win JMG, Win JSG* — Physician behaviours that correlate with patient satisfaction. *J. Medical Education* 1982; 57 (Feb).

12 — *Noronha Filho G* — O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os Serviços. *Rev Port S Pública (ENSP)* 1990; 8 (2).

13 — *Caldas de Almeida JM* — Psiquiatria de ligação - Prelecção do Internato Médico do Hospital Miguel Bombarda, Lisboa, 1986.

14 — *Rosário Giraldes M* — Análise Crítica da Estrutura da Despesa em Cuidados Primários de Saúde *Rev Port S Pública* 1989; 7 (3).

15 — Plano de Actividades da Administração Regional de Saúde de Lisboa para 1989. Lisboa, 1988.

16 — *Marty P* — Les Mouvements Individuels de Vie et de Mort. Essai d'Économie Psychosomatique. Ed. Pavot, Paris, 1976.

ANEXOS

ANEXO 1 — FICHA DE RECOLHA DE DADOS

ANEXO 2 — EVENTOS CRÍTICOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLHA DE DADOS

FICHA _____ IDADE _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____
GRAU DE INSTRUÇÃO _____ PROFISSÃO _____
Se Reformado: com ocupação SIM NÃO

Dados sócio-económicos:

a) O doente queixa-se de isolamento: NÃO SIM

Convive habitualmente com:

Familiares — 1 <input type="checkbox"/>	Vizinhos — 1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
≥ 3 <input type="checkbox"/>	≥ 3 <input type="checkbox"/>

b) O doente tem dificuldades económicas: NÃO SIM

Limitam moderadamente a sua vida social

Limitam gravemente a sua vida social

N.º de consultas/ano: 1987 _____ 1988 _____ 1989 _____

RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE: Sente este doente como mantendo uma relação que
poderia classificar como: má sofrível boa

EVOLUÇÃO CLÍNICA: Em termos clínicos globais e reportando-se a 1987 a evolução clínica
registada foi: positiva estacionária negativa

PATOLOGIA: Principal _____
Secundárias (2) _____ , _____

ANEXO 2

GRUPO DE ESTUDO — Relativamente aos utentes em Estudo assinal, por Ano, os Eventos Críticos (se os houve) e a sua Gravidade no Equilíbrio Biopsíquico em 3 Graus (1 - Ligeiro, 2 - Moderado a grave e 3 - muito grave).

EVENTO CRÍTICO	REPERCUSSÃO BIOPSÍQUICA					
	1988			1989		
	1	2	3	1	2	3
<input type="checkbox"/> SEPARAÇÃO/VIUVEZ						
<input type="checkbox"/> MORTE DE FAMILIAR						
<input type="checkbox"/> DOENÇA GRAVE DE FAMILIAR						
<input type="checkbox"/> AGRAVAMENTO DA PATOLOGIA						
<input type="checkbox"/> PRÓPRIA/NOVA PATOLOGIA						
<input type="checkbox"/> REFORMA						
<input type="checkbox"/> AFASTAMENTO DE ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR						
<input type="checkbox"/> NOVOS ELEMENTOS NO AGREGADO FAMILIAR						
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RESIDÊNCIA						
<input type="checkbox"/> CRISE NA ECONOMIA FAMILIAR						
SCORES						

Ao comemorar o seu 60.º aniversário, em Abril de 1984, os Laboratórios BIAL criaram o PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA tendo em vista galardoar obras intelectuais escritas, inéditas, de índole médica e dirigidas ao leitor clínico geral. Dado o êxito obtido, efectuaram-se novas edições do Prémio em 1986, 1988 e 1990. Nesta última edição os valores atribuídos aos 1º e 2º classificados foram, respectivamente, 2.000.000\$00 e 800.000\$00, e quatro menções honrosas no valor de 100.000\$00 cada.

Concorreram 33 trabalhos. O Júri constituído pelos Professores Nuno Rodrigues Grande, António Falcão de Freitas, Armando Porto, Artur Torres Pereira, Eurico de Figueiredo e Nuno Cordeiro Ferreira classificou em 1º lugar a obra "O Diário do Orientador", do Dr. José Falcão da Silva Tavares e em 2º lugar a obra "Evolução dos doentes crónicos com elevado consumo de consultas/ano, tipo de atendimento e relação médico-doente", do Dr. Idalmiro da Rocha Carraça, tendo atribuído 4 menções honrosas.

No sentido de incentivar ainda mais o trabalho desenvolvido em prol da Medicina, Bial decidiu alargar para o biénio 1991-92 o âmbito da iniciativa, que passará a designar-se GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA. Assim, à obra escrita de índole médica com maior repercussão investigacional ou maior relevância científica será atribuído o **Grande Prémio Bial de Medicina** no valor de **10.000.000\$00**. De entre as obras concorrentes, à que mais se distinga como mensagem útil ao Clínico Geral, será atribuído o **Prémio Bial de Medicina Clínica**, no valor de **2.500.000\$00**. Serão ainda atribuídas **menções honrosas** (máximo de quatro, no valor de 200.000\$00 cada).

O GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA tem o patrocínio do Senhor Presidente da República e do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas.