

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

SOBREUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Inês Gargaté Solteiro

M

2024



Sobreutilização de Consultas nos Cuidados de Saúde Primários: a propósito de um caso clínico

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Inês Gargaté Solteiro

Aluna do 6.º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: inessolteiro@gmail.com

Orientadora: Dra. Carina Liliana Teixeira Mendonça

Assistente de Medicina Geral e Familiar na USF Aníbal Cunha – ULS de Santo António

Colaboradora Externa ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: cmendonca@arsnorte.min-saude.pt

Coorientadora: Prof. Doutora Joana da Costa Baptista Gomes Barrocas

Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na USF Caravela – ULS de Matosinhos

Professora Auxiliar convidada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: joanacostabgomes@gmail.com

PORTO

MAIO 2024

Declaração de Integridade Científica

Estudante:

(Inês Gargaté Solteiro)

Orientadora:

(Dra. Carina Liliana Teixeira Mendonça)

Coorientadora:

(Prof. Doutora Joana da Costa Baptista Gomes Barrocas)

PORTO
MAIO 2024

Agradecimentos

Às minhas orientadoras, Dra. Carina Mendonça e Prof. Doutora Joana Barrocas, por toda a disponibilidade, orientação e apoio que foram fulcrais para a realização deste trabalho.

À minha família e amigos, em especial aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor e apoio incondicionais que me deram ao longo de todo o meu percurso.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), por ter sido a minha segunda casa durante estes anos.

Resumo

Introdução: A Medicina Geral e Familiar, cujo exercício resulta da visão holística dos cuidados que presta e da prestação de cuidados continuados, é, frequentemente, objeto de uma maior procura, por vezes desadequada. Esta realidade espolia diversas questões em relação à gestão que os profissionais de saúde fazem da sobreutilização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), uma vez que os recursos do Sistema Nacional de Saúde são limitados, pelo que a sua sobreutilização poderá comprometer o bom funcionamento dos serviços.

Em média, o número de consultas por indivíduo varia entre três e cinco. Contudo, existe uma pequena porção do bolo, 20%, que consome 80% do tempo de consulta. Esta fração de utentes é denominada de “grande utilizador”, “hiperutilizador” ou ainda “hiperfrequentador”.

Objetivo do trabalho: Pretende-se refletir sobre a sobreutilização dos CSP, nomeadamente sobre as características dos hiperfrequentadores, os motivos que podem levar à elevada procura dos CSP, as implicações que os hiperfrequentadores têm para o sistema de saúde e sobre estratégias de controlo do número de consultas.

Metodologia: Foram utilizados os registos clínicos da Unidade Local de Saúde (ULS) de Santo António, recorrendo às plataformas “SCLínico”, “Registo de Saúde Eletrónico” e a informação obtida em entrevista presencial com a doente. A revisão bibliográfica foi efetuada mediante a consulta de publicações disponíveis na base de dados *PubMed*, através da pesquisa de palavras-chave (MeSH do Index Medicus), “Primary Health Care”, “Access to Primary Care”, “Health Services Misuse” e “Health Services Overuse”, tendo-se limitado a pesquisa com a palavra-chave “Frequent Attender”. Foram incluídos artigos em idioma português e inglês, sem restrição quanto à data de publicação dos mesmos.

Descrição do Caso Clínico: Mulher de 54 anos, com Hipertensão Arterial (HTA), com Perturbação de Ansiedade e Perturbação Depressiva, assim como com vários fatores de stress psicossocial, que apresenta uma média de, aproximadamente, 18 consultas por ano em 16 anos consecutivos (de 2008-2023), com uma predominância de motivos de consulta relativos ao Sistema Músculo-Esquelético (L), ao Sistema Digestivo (D), do foro Psicológico (P) e a Problemas Sociais (Z).

Discussão: As características da utente deste caso clínico em particular coincidiram com as características relatadas nos estudos analisados. É do sexo feminino, pertencente à sexta década de vida, com um nível de escolaridade baixo e com patologia crónica (HTA) e psiquiátrica (perturbação de ansiedade e perturbação depressiva). Para além disso, tem vários fatores de stress psicossocial.

Conclusão: São poucos os estudos existentes sobre esta temática, pelo que a realização de investigações futuras sobre a caracterização dos hiperfrequentadores, de modo a definir melhor o perfil deste grupo e, possivelmente, encontrar outras características e motivos de consulta que possam estar relacionadas com os mesmos, assim como novas estratégias de controlo do número de consultas e estudos sobre a aplicação das mesmas na prática clínica, poderá ser útil. Desta forma, será possível identificar os grandes utilizadores de cada Unidade de Saúde Familiar, assim como os motivos de hiperutilização dos recursos, e aplicar as melhores estratégias de controlo no dia a dia dos CSP, podendo, assim, melhorar a prestação de cuidados aos utentes.

Palavras-chave

“Cuidados de Saúde Primários”, “Acesso aos Cuidados de Saúde Primários”, “Má utilização dos Serviços de Saúde”, “Hiperutilização dos Serviços de Saúde” e “Hiperutilizador”.

Abstract

Introduction: Family Medicine, known for its holistic approach and continuous care provision, frequently encounters high, sometimes inappropriate, demand. This situation raises several issues regarding how healthcare professionals manage the overuse of Primary Health Care (PHC) services, especially when the resources of the National Health Service are limited, so its overuse can compromise the efficient functioning of these services.

On average, individuals have between three and five medical appointments annually. However, a small sector of the population, 20%, accounts for 80% of appointment time. These users are referred to as "high users", "hyperusers" or "frequent attenders".

Objective: This study aims to examine the overuse of PHC services, with a particular focus on the characteristics of frequent attenders, the underlying reasons for their high demand for PHC services, the implications of this overuse for the health system, and strategies to manage and reduce the number of medical appointments.

Methodology: Clinical records from the *ULS de Santo António* were analysed using the "SCLínico" and "Registo de Saúde Eletrónico" platforms, supplemented by information obtained through a face-to-face interview with the patient. Additionally, a literature review was conducted by consulting publications available in the PubMed database. The search included MeSH terms such as "Primary Health Care", "Access to Primary Care", "Health Services Misuse" and "Health Services Overuse", limiting the search to the keyword "Frequent Attender". Articles in both Portuguese and English were included, with no restrictions on the publication date.

Case Description: A 54-year-old woman with Arterial Hypertension, Anxiety Disorder, and Depressive Disorder, as well as various psychosocial stressors, who has averaged, approximately, 18 medical appointments per year, over 16 consecutive years (2008-2023). The primary reasons for medical appointments were issues related to the Musculoskeletal System (L), Digestive System (D), Psychological Issues (P) and Social Problems (Z).

Discussion: The patient in this case exhibits characteristics consistent with those reported in the analysed studies. She is a woman in her fifties, with a low level of education, suffering from chronic conditions, such as hypertension, and psychiatric disorders, including anxiety and depression. Additionally, she faces multiple psychosocial stressors.

Conclusion: There are few existing studies on this topic, highlighting the need for future research to better characterize frequent attenders. Such research could help define their profile more precisely, identify additional characteristics and reasons for their frequent medical appointments,

and develop new strategies to control the number of medical appointments. Studies on the practical application of these strategies could also prove beneficial. This approach would facilitate the identification of frequent attenders in each Family Health Unit, provide insights into the reasons for their overuse of resources, and enable the implementation of effective control strategies in daily PHC practice, thereby improving care delivery to patients.

Keywords

“Primary Health Care”, “Access to Primary Care”, “Health Services Misuse”, “Health Services Overuse” and “Frequent Attender”.

Lista de Abreviaturas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVDs	Atividades de Vida Diárias
CCR	Cancro Colorretal
CIT	Certificado de Incapacidade Temporária
CMIN	Centro Materno-Infantil do Norte
CNP	Consulta Não Presencial
COC	Contraceção Oral Combinada
CPNP	Consulta Presencial Não Programada
CPP	Consulta Presencial Programada
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
HML	Hospital de Magalhães Lemos
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HTA	Hipertensão Arterial
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
ICPC-2	<i>International Classification of Primary Care, 2nd edition</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MeSH	<i>Medical Subject Headings do Index Medicus</i>
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
sic	Segundo Informações Colhidas
SNA	Sistema Nervoso Autónomo
SNS	Sistema Nacional de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract.....	iv
Lista de Abreviaturas	vi
Lista de tabelas	viii
Lista de figuras	ix
Introdução	1
Metodologia	3
Descrição do Caso Clínico	4
Discussão	12
Conclusão.....	17
Anexos.....	18
Referências Bibliográficas	19

Lista de tabelas

Tabela I - Número de consultas da utente entre 2008 e 2023.....	6
Tabela II – Motivos de consultas divididos por sistemas entre 2008 e 2023.....	7

Lista de figuras

Figura 1: Genograma e Psicofigura de Mitchell	8
Figura 2: Círculo Familiar de Thrower	9
Figura 3: Linha de vida de Medalie	9

Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “são uma abordagem à saúde e bem-estar centrada nas necessidades e circunstâncias de indivíduos, famílias e comunidades. Dizem respeito a um estado de completa saúde e bem-estar físico, mental e social interrelacionados”. Desta forma, os CSP garantem que os utentes “recebem cuidados completos, desde a promoção e prevenção até ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão próximo quanto possível do seu ambiente quotidiano”¹.

Nesta área de CSP é frequente os utentes procurarem ajuda quando sentem que um dos pilares do seu bem-estar, seja ele físico, mental ou social, está comprometido. A Medicina Geral e Familiar (MGF), enquanto especialidade prestadora de CSP, tem não só uma abordagem bastante abrangente nos cuidados de saúde que disponibiliza, como também uma maior acessibilidade, pelo que é comum ser objeto de uma maior procura, por vezes desadequada. Esta realidade espolta diversas questões em relação à gestão que os profissionais de saúde fazem da sobreutilização dos CSP, uma vez que os recursos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) são limitados, pelo que a sua sobreutilização poderá comprometer o bom funcionamento dos serviços².

De acordo com McWhinney³, mais de dois terços dos indivíduos procura pelo menos uma vez por ano o serviço de saúde que o abrange, sendo que, em média, o número de consultas por indivíduo varia entre três e cinco. Contudo, existe uma pequena porção do bolo, 20%, que consome 80% do tempo de consulta, tendo implicações na boa prática médica. Esta fração de utentes é denominada de “grande utilizador”, “hiperutilizador” ou ainda “hiperfrequentador”⁴. Embora não seja consensual, nem exista ainda uma definição concreta do que são estes grandes utilizadores, têm sido procurados alguns critérios para os classificar, como o número de consultas por ano, a distribuição por idade e sexo e a perceção do médico que os acompanha. De forma a melhor compreender este grupo de utentes, é necessário estudar o perfil de cada um, dedicando tempo e atenção aos mesmos para procurar entender os motivos por detrás deste comportamento de grande utilizador, sejam eles a vivência das suas patologias e o impacto que têm no seu dia a dia, condições biopsicossociais, entre outras; e ajustar o tempo e recursos que o médico tem de modo a conseguir conciliar a atenção dispensada a estes hiperfrequentadores com a de todos os outros utentes⁵.

Sendo assim, com este trabalho, pretende-se refletir sobre a sobreutilização dos CSP, nomeadamente sobre as características dos hiperfrequentadores, os motivos que podem levar à elevada procura dos CSP, as implicações que os hiperfrequentadores têm para o sistema de saúde e sobre estratégias de controlo do número de consultas, tendo por base revisão da literatura

existente. Para tal, este trabalho inicia-se com a apresentação de um caso clínico de uma doente que sobreutiliza os CSP, com sintomatologia diversa e pouco sistematizada, tendo havido necessidade por parte do seu médico de família de investigar a existência de algum motivo oculto que incentivasse esta procura excessiva.

Obteve-se o consentimento informado escrito da doente para a realização de colheita de história clínica e sua posterior publicação no âmbito de tese de mestrado do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS).

Metodologia

Para a descrição do caso clínico, foram utilizados os registos clínicos da Unidade Local de Saúde (ULS) de Santo António, recorrendo às plataformas “SClínico”, “Registo de Saúde Eletrónico (RSE)” e a informação obtida em entrevista presencial com a doente, após aprovação da Comissão de Ética do Hospital de Santo António (Anexo 1).

Para uma melhor compreensão sobre o tema, foi feita uma revisão bibliográfica, tendo esta sido efetuada mediante a consulta de publicações disponíveis na base de dados *PubMed*, através da pesquisa de palavras-chave (MeSH do Index Medicus), “Primary Health Care”, “Access to Primary Care”, “Health Services Misuse” e “Health Services Overuse”, sendo que, não havendo um termo referente a “hiperutilizador” neste índice, limitou-se a pesquisa com a palavra-chave “Frequent Attender”. Foram incluídos artigos em idioma português e inglês, sem restrição quanto à data de publicação dos mesmos.

Descrição do Caso Clínico

Informação Básica

Identificação:

Mulher de 54 anos, caucasiana, natural e residente no Porto, casada e trabalhadora na indústria de calçado.

Antecedentes pessoais:

#Hipertensão Arterial (HTA), diagnosticada em 2019. Sem atingimentos micro e/ou macro vascular conhecidos.

#Perturbação de Ansiedade, diagnosticada em 2015. Acompanhada no Hospital de Magalhães Lemos (HML), em consulta de Psiquiatria.

#Perturbação Depressiva, diagnosticada em 2017. Acompanhada no HML, em consulta de Psiquiatria.

Antecedentes cirúrgicos:

Duas Poliectomias Endometriais, em 2017 e em 2021, realizadas no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), a última com complicação por perfuração uterina. Sem outras intercorrências.

Medicação habitual:

- Quetiapina 25 mg 1x/dia,
- Ramipril/Hidroclorotiazida 2,5/12,5mg 1x/dia,
- Loflazepato de Etilo em SOS.

Imunizações, rastreios e alergias:

Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado, com 3 doses da vacina SARS-CoV-2. Sem outras vacinas fora do PNV.

Rastreios atualizados. Última Colonoscopia em 2019, sem alterações. Última Mamografia em 2022, sem alterações. Última Citologia Cervicovaginal com pesquisa de Vírus do Papiloma Humano (HPV) em 2021, sem alterações.

Sem alergias alimentares, farmacológicas ou ambientais conhecidas.

História Ginecológica:

Menarca aos 12 anos. Interlúnios regulares, cataménios com pouco fluxo e com duração de 2/3 dias. Sem dismenorreia. Contraceção Oral Combinada (COC) durante 15 anos.

Menopausa aos 52 anos, sem terapia hormonal de substituição até ao momento.

Acompanhamento em consultas de ginecologia particulares.

Nega comportamentos sexuais de risco.

História Obstétrica:

Uma gestação, planeada e desejada, com parto de termo e eutócico no CMIN. Gravidez acompanhada com exames normais. Sem intercorrências nos períodos da gravidez, do parto ou do puerpério.

Hábitos e Fatores de Risco:

Doente independente para as Atividades de Vida Diárias (AVDs).

Alimentação equilibrada e variada, com 4 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar). Consumo de 2 cafés por dia.

Sono irregular e por vezes não reparador, cerca de 6-8 horas/noite. Com insónias iniciais e terminais em períodos de maior stress.

Hábitos alcoólicos sociais.

Nega realização de exercício físico, tabagismo e consumo de drogas ilícitas.

Antecedentes familiares:

Mãe faleceu aos 87 anos com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Desconhece outras patologias de relevo.

Pai faleceu aos 83 anos, desconhece a causa. Antecedente pessoal de HTA.

Irmã faleceu aos 25 anos com Cancro Colorretal (CCR).

Irmão faleceu aos 51 anos, desconhece a causa. Antecedente pessoal de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

História biopsicossocial:

Casada, vive com o marido e com o cunhado, num apartamento com todas as condições de habitabilidade. Tem uma filha de 33 anos, que vive em Inglaterra desde 2015, e uma neta de 6 meses.

Não tem animais de estimação atualmente.

Tem o 10.º ano de escolaridade e trabalha desde os 17 anos, inicialmente como costureira e posteriormente como empregada numa fábrica de calçado, mantendo-se até aos dias de hoje. Tem um relacionamento conflituoso com o seu superior hierárquico e sente-se desmotivada para a execução das tarefas que lhe propõem, diz estar “cansada do que faz” (sic).

Descrição do padrão de consultas da utente:

Foi analisado o número de vezes que a utente recorreu à sua Unidade de Saúde Familiar (USF), dividindo-se em contactos presenciais, que por sua vez se dividem em contactos programados e não programados (consultas abertas), e em contactos não presenciais. Os resultados estão apresentados na Tabela I.

Tabela I- Número de consultas da utente entre 2008 e 2023.

CPNP- Consulta Presencial Não Programada; CNP- Consulta Não Presencial; CPP- Consulta Presencial Programada

	CPNP	CNP	CPP	Total de consultas (CPNP + CPP)
2023	28	6	3	31
2022	17	0	2	19
2021	25	19	1	26
2020	16	12	1	17
2019	38	3	2	40
2018	22	2	2	24
2017	24	6	2	26
2016	17	1	2	19
2015	25	0	2	27
2014	8	0	1	9
2013	9	1	1	10
2012	4	0	2	6
2011	6	0	1	7
2010	9	0	1	10
2009	6	0	1	7
2008	11	0	2	13

De acordo com a Tabela I, a utente apresentou durante estes 16 anos uma média de, aproximadamente, 18 consultas por ano, tendo em conta o número total de consultas, isto é, a soma do número de consultas presenciais não programadas (CPNP) com o número de consultas presenciais programadas (CPP). Dividindo este período em dois momentos, um até ao ano de 2014

e outro a partir de 2015, uma vez que corresponde ao momento a partir do qual se verificou, no mínimo, uma duplicação dos valores de consultas por ano, verificou-se uma média de, aproximadamente, 9 consultas por ano entre 2008 e 2014, exclusive, e de cerca de 25 consultas por ano entre 2015 e 2023, inclusive. O valor mínimo de consultas por ano corresponde a 6, no ano de 2012, e o valor máximo corresponde a 40, no ano 2019, seguindo-se do ano de 2023, em que realizou 31 consultas. Para além disso, foi possível observar que de entre o tipo de consultas efetuado, prevaleceram as CPNP, com um valor médio de, aproximadamente, 17 consultas por ano ao longo dos 16 anos. No ano de 2019, das 40 consultas efetuadas, 38 foram CPNP e em 2023, das 31 consultas realizadas, 28 foram CPNP.

Foi, também, analisado o padrão de sintomas/diagnósticos principais que motivaram as consultas da utente ao longo destes 16 anos. Para tal, foi usada a *International Classification of Primary Care, 2nd edition* (ICPC-2)⁶. Os resultados estão apresentados na Tabela II, onde se acrescentou o número de vezes que a doente necessitou de pedir Certificado de Incapacidade Temporária (CIT).

Ainda através dos registos clínicos da utente, verificou-se que esta não esperava muito tempo entre o início dos sintomas e a procura dos CSP, independentemente do grau de gravidade dos mesmos.

Tabela II – Motivos de consultas divididos por sistemas entre 2008 e 2023.

	K86 - Hipertensão sem complicações	D - Aparelho digestivo	X - Aparelho genital feminino	U - Aparelho urinário	L - Sistema músculo-esquelético	P - Psicológico	Z - Problemas sociais	62 - Procedimento administrativo (CIT)
2023	2	4	1	6	17	0	1	19
2022	2	2	1	3	7	0	1	9
2021	2	20	7	0	9	3	4	36
2020	4	3	1	0	4	4	0	14
2019	5	2	0	0	18	12	0	24
2018	NA	6	2	3	1	6	2	13
2017	NA	3	0	0	0	12	7	18
2016	NA	5	1	1	8	2	1	12
2015	NA	10	0	3	0	9	7	17
2014	NA	0	0	0	0	1	1	5
2013	NA	5	2	2	1	0	0	4
2012	NA	0	1	0	3	0	0	2
2011	NA	4	1	0	0	0	0	2
2010	NA	2	0	0	0	0	0	0
2009	NA	0	0	0	1	0	0	0
2008	NA	2	0	0	2	0	0	2

De acordo com a Tabela II, denotou-se uma predominância de sintomas relativos ao Sistema Músculo-esquelético (L), ao Sistema Digestivo (D) e do foro Psicológico (P). Os Problemas Sociais (Z) tiveram, também, uma elevada relevância na procura de CSP ao longo dos anos por esta utente.

De entre os sintomas gastrointestinais, houve um predomínio de sintomas de Vómitos (D10), Diarreia (D11) e Cólica Abdominal Generalizada (D01). Em relação às queixas do foro psicológico,

predominou a Sensação de Ansiedade/Nervosismo (P01), Sensação de Depressão (P03) e Perturbação do Sono (P06). Já a sintomatologia do sistema músculo-esquelético, foi mais heterogénea, variando entre Sinal/Sintoma do Ombro (L08), Sinal/Sintoma do Pescoço (L01), Sinal/Sintoma da Região Dorsal (L02), Sinal/Sintoma da Região Lombar (L03) e Sinal/Sintoma do Tórax (L04).

Ainda de acordo com esta tabela, podemos observar que entre os anos de 2014 e 2023, a utente pediu, em média, 17 CIT por ano.

Avaliação da dinâmica familiar/social/profissional:

Para melhor compreensão das dinâmicas familiares, sociais e profissionais da utente foram aplicadas algumas ferramentas que serão apresentadas a seguir.

Como já referido anteriormente, o agregado familiar da utente é composto por três pessoas, a própria, o marido e o cunhado, pelo que se trata de uma Família do tipo alargada/extensa, tendo a filha já saído de casa.

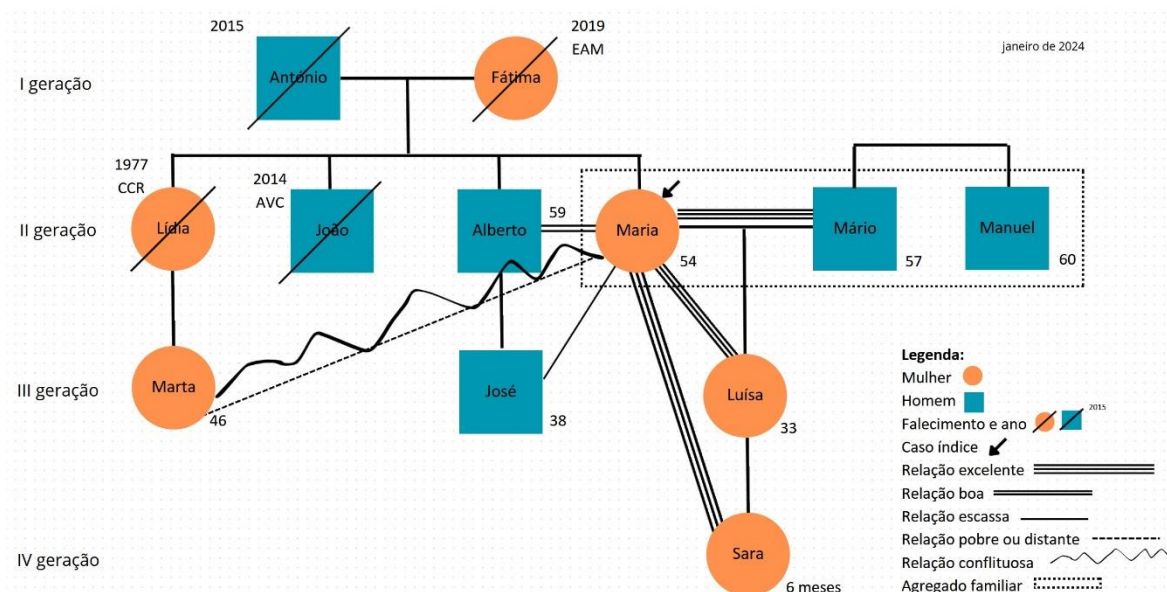


Figura 1: Genograma e Psicofigura de Mitchell (foram utilizados nomes fictícios)

O Genograma e a Psicofigura de Mitchell, que estão representados na Figura 1, demonstraram que a utente tem uma excelente relação com o marido, a filha e a neta, uma boa relação com o irmão, uma relação escassa com o sobrinho e uma relação conflituosa e distante com a sobrinha.

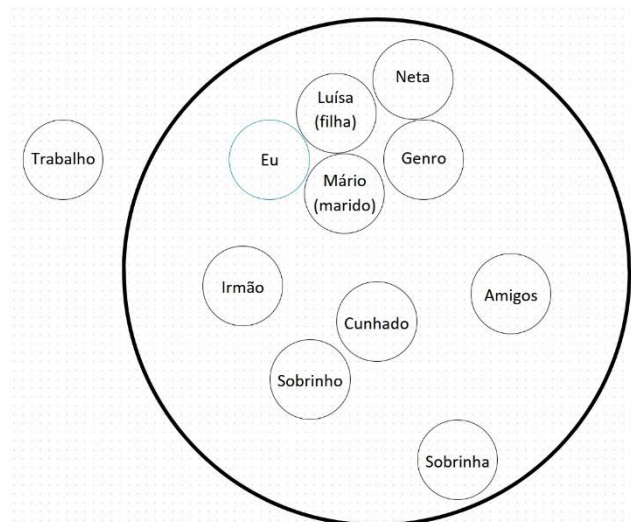


Figura 2: Círculo Familiar de Thrower (foram utilizados nomes fictícios)

O Círculo Familiar de Thrower, representado na Figura 2, revelou que a sua família nuclear (marido, filha, neta e genro) tem o papel mais importante na vida da utente, seguida do irmão e, posteriormente, do sobrinho, do cunhado e dos seus amigos, que diz serem cada vez menos em quantidade e cada vez mais afastados. A sobrinha é a que se encontra mais afastada, com uma relação muito distante. Por fim, fora do seu círculo, a doente desenhou o trabalho, que não considera ser parte integrante das suas prioridades nem da sua realização pessoal.

Após ter desenhado o Círculo Familiar de Thrower, foram feitas as três perguntas complementares a este método de avaliação. À pergunta “Está contente com a representação que fez da sua família?” a utente respondeu que não. À pergunta “Se não está como gostaria que fosse?” a utente respondeu que gostaria de ter os seus pais ainda presentes na sua vida, de ter uma relação mais próxima com os seus amigos e de ter mais amigos e, por fim, de ter relação com a sua sobrinha, com a qual não tem qualquer contacto neste momento. Por fim, à pergunta “A quem recorreria se precisasse de ajuda?” a utente respondeu “ao meu marido”.



Figura 3: Linha de vida de Medalie

A linha de vida de Medalie, representada na Figura 3, onde foram ilustrados os acontecimentos de vida mais marcantes da utente, revelou, a nível familiar, o falecimento de vários membros da família num curto período de tempo: do irmão e do pai, entre 2014 e 2015, e, mais tarde, entre 2017 e 2018, do seu animal de estimação (que a utente referiu várias vezes ao longo da entrevista presencial) e da sua mãe. Por outro lado, a emigração da filha, em 2015, com a qual tinha uma

ligação muito forte e de alguma dependência emocional, o que veio agravar a sua destabilização psicológica, que se veio a comprovar, mais tarde, pelo diagnóstico de Perturbação de Ansiedade, e, por este motivo, a necessidade de um maior acompanhamento. Para além disto, atravessou ainda, em 2017, um período de rutura de relação com a sobrinha que fora criada pela utente, período este que a abalou muito a nível emocional e que, ainda hoje, tem repercussões no seu bem estar emocional. Nesse mesmo ano foi-lhe diagnosticada Perturbação Depressiva. Desde 2019 que foi tendo problemas familiares, com o marido e com a filha, despoletados maioritariamente pela preocupação extrema que tem com a filha e com o facto de se encontrar distante dela, o que a coloca numa posição de impotência com a qual não sabe lidar. No passado ano de 2023, o diagnóstico de depressão pós-parto da filha foi uma das suas maiores preocupações e um dos maiores motivos de ansiedade por parte da utente. A nível laboral, a relação conflituosa que tem com o seu superior hierárquico e a desmotivação que apresenta na execução das tarefas que lhe propõem, são uma das maiores fontes de ansiedade e de mal estar da utente, motivo pelo qual se dirige à USF nos dias em que a ansiedade a impede de trabalhar.

No Apgar Familiar de Smilkstein a utente pontou 9 em 10, que se enquadra na classificação de família altamente funcional. Já no Apgar Ocupacional a utente pontuou 6 em 14, que revela moderada disfunção.

Plano de intervenção

Após a descrição do caso clínico, poderiam ser feitas algumas intervenções numa perspetiva de melhoria da qualidade de vida da utente.

Em relação ao controlo da perturbação de ansiedade e depressiva, a utente beneficiaria de acompanhamento psicológico, para além do acompanhamento psiquiátrico que já tem, com o objetivo de arranjar outras estratégias para lidar com os seus fatores de stress psicossocial. Para além disso, poder-se-ia pensar num ajuste da terapêutica e no aconselhamento relativo a medidas de estilo de vida, como a realização de exercício físico e de outras atividades que sejam do gosto da utente, assim como um investimento na vida social.

Por outro lado, de modo a tentar controlar a procura dos cuidados de saúde por parte da utente, poderia ser benéfico informar a utente relativamente aos motivos que devem levar à procura de cuidados médicos urgentes (CPNP). Para além disso, para que a utente não se sinta desacompanhada, poder-se-ia fazer um agendamento periódico de consultas. Por fim, para que a utente saiba como atuar aquando do aparecimento dos sintomas que mais frequentemente motivam a sua ida às consultas nos CSP, poderia ser benéfico capacitar a utente relativamente a como atuar perante os sintomas que mais frequentemente a levam a procurar consulta.

Por fim, a referência para assistência social poderia ser outro ponto a discutir com a utente, uma vez que poderia haver ganhos a nível de estabilidade, nomeadamente no que se refere à questão laboral.

Discussão

A hiperutilização dos CSP é um problema atual que tem um grande impacto tanto para os próprios utentes grandes utilizadores, que não veem o seu problema resolvido e sentem necessidade de procurar várias vezes os CSP, como para os médicos que os acompanham, que têm de gerir o tempo de consulta de todos os utentes da sua lista, como ainda para os outros utentes, que também precisam que as suas necessidades sejam atendidas, com tempo e disponibilidade suficientes por parte do médico^{4,5,7}.

Assim sendo, pela sua relevância e por representar um problema atual, é necessário proceder-se à identificação dos grandes utilizadores, tendo em conta o número de consultas, caracterizá-los e perceber quais os motivos que os levam a ter uma procura tão elevada dos CSP, de modo a tentar satisfazer as suas necessidades com menos visitas às USF^{4,5,7-9}.

Não existe, ainda, um número consensual a partir do qual se considera que um utente é um grande utilizador dos CSP. Contudo, segundo McWhinney³, um indivíduo, em média, tem cerca de 3 a 5 consultas de MGF por ano. Já, de acordo com duas análises de duas USF portuguesas^{4,5}, os grandes utilizadores têm uma média de consultas por ano superior ou igual a 13 e 15, respetivamente.

Portanto, ao analisar o caso desta utente em particular, e de acordo com as informações apresentadas anteriormente, foi possível concluir que estamos perante uma utente hiperutilizadora de recursos dos CSP. Entre 2008, data a partir da qual temos dados desta utente na USF onde foi realizado o presente trabalho, e 2023 a utente apresentou um número médio de consultas por ano de, aproximadamente, 18, ou seja, sensivelmente quatro vezes mais do que o número médio de consultas por ano de cada indivíduo, de acordo com McWhinney³. A partir de 2015, verificou-se uma subida abrupta do número de consultas por ano. Até 2014, a utente apresentou uma média de, aproximadamente, 9 consultas por ano, e a partir de 2015 uma média de, aproximadamente, 25 consultas por ano, chegando a atingir as 40 consultas num ano.

Apesar de escassos, têm sido feitos alguns estudos que abordam a sobreutilização de recursos nos CSP numa tentativa de melhor compreender o perfil destes utilizadores e as razões que os levam a ter uma maior utilização destes cuidados de saúde, sejam elas questões relacionadas com a saúde física e/ou psíquica, questões biopsicossociais ou outras questões^{4,5}.

Num estudo realizado no Centro de Saúde da Sra. da Hora, o perfil do hiperfrequentador de CSP foi descrito como “indivíduo do género feminino, na sexta década de vida, com baixa escolaridade, casado ou em união de facto, que pertence a uma família nuclear, geralmente com doença crónica”,

com uma prevalência de quase 50% de patologia psiquiátrica neste mesmo grupo⁵, perfil onde a utente em causa se insere.

Segundo outro estudo português, realizado numa outra USF do centro de Portugal, o perfil de hiperfrequentador dos CSP foi definido como indivíduos predominantemente do sexo feminino (74-76% do sexo feminino VS 24-26% do sexo masculino), com uma média de idades de 58-59 anos, pertencentes, na sua maioria, a famílias do tipo nuclear (73%) e com isenção do pagamento de taxas moderadoras (67,5%)⁴.

Um estudo realizado em quatro centros de saúde em Palma de Maiorca, em Espanha, concluiu que a idade mais avançada, o nível de educação mais baixo e a presença de patologias crónicas e/ou de patologias psiquiátricas foram os fatores que predominaram no grupo de hiperfrequentadores dos CSP (com um número de consultas médias superior a 12 por ano) quando em comparação com os normofrequentadores⁷.

Adicionalmente, num estudo realizado no Reino Unido, concluiu-se que o sexo masculino tem um aumento da procura dos CSP com a idade, embora o sexo feminino tenha sido, mais uma vez, o mais frequente⁸.

Scaife *et al.*¹⁰ concluíram que fatores como o divórcio, a viuvez, o desemprego, a classe social a que pertencem ser baixa e o isolamento social apresentavam uma grande relação com os grandes utilizadores dos CSP.

Por outro lado, Smits *et al.*¹¹ chegaram à conclusão de que existia uma relação de associação entre perturbações de pânico e outras perturbações de ansiedade, eventos de vida negativos e baixos níveis de escolaridade, e a maior recorrência aos CSP.

Já num estudo decorrido na Finlândia, foram identificados seis novos fatores de risco, para além de ser do sexo feminino, sendo eles o “medo de morrer”, um índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/m², a abstinência alcoólica, a baixa satisfação relativamente aos serviços de saúde e a síndrome do cólon irritável¹².

Finalmente, num estudo mais recente que decorreu na Alemanha, foram encontrados outros fatores, para além dos apresentados nos estudos anteriores, que revelaram uma relação importante com a elevada procura dos CSP. Por um lado, a presença de fatores de stress psicossocial, como um ambiente familiar disfuncional, ou uma vida stressante, demonstraram ser um importante fator para os utentes hiperfrequentadores. Por outro lado, percebeu-se que a perceção subjetiva da saúde dos utentes, particularmente a perceção de uma baixa a moderada qualidade de vida e de

adoecimento mais fácil do que os outros, teve um impacto positivo no aumento do risco de hiperfrequência dos CSP de oito e seis por cento, respetivamente¹³.

Comparando os estudos anteriormente apresentados com o caso da utente escolhida para este caso clínico, foi possível concluir-se que as características da utente deste caso clínico em particular coincidiram com algumas das características relatadas nestes estudos. É do sexo feminino, característica presente em quase todos os estudos, pertencente à sexta década de vida (54 anos), com um nível de escolaridade baixo e com patologia crónica (HTA) e psiquiátrica (perturbação de ansiedade e perturbação depressiva). Para além disso, tem vários fatores de stress psicossocial, que foram representados anteriormente na Figura 3 e Figura 3 que coincidem temporalmente com aumento da procura de cuidados de saúde.

De entre os motivos de consulta apresentados na Tabela II, como foi referido anteriormente, denotou-se uma predominância de sintomas gastrointestinais, músculo-esqueléticos e do foro psicológico, seguindo-se dos problemas sociais. Tendo em conta os acontecimentos de vida da utente e os diagnósticos de ansiedade e de depressão, é perceptível a procura elevada de consultas por motivos do foro psicológico e por problemas sociais. Em relação aos sintomas gastrointestinais, em que predominaram os vómitos, diarreias e cólicas abdominais generalizadas, pode ter existido, em algumas situações, tendo em conta os eventos de stress desta doente ao longo da vida e a recorrência às consultas pelos mesmos motivos, uma associação destes sintomas à perturbação de ansiedade, uma vez que esta se manifesta frequentemente por sintomas de disfunção do Sistema Nervoso Autónomo (SNA), nomeadamente diarreia ou obstipação, e cólicas abdominais. Por outro lado, os sintomas músculo-esqueléticos, nomeadamente a tensão muscular e as dores musculares, podem ser explicados da mesma forma, como outra manifestação de disfunção do SNA, característica da ansiedade¹⁴.

Em suma, estamos perante uma utente com um número de consultas superior à média de consultas anuais por utente, com características que se enquadram nos resultados dos estudos anteriormente apresentados sobre o perfil dos hiperutilizadores de CSP, onde se destacam os problemas sociais e psiquiátricos, incluindo as manifestações de afetação do SNA, como sendo os mais relevantes para a necessidade de uma procura elevada dos CSP. Para além disso, é uma doente que procura frequentemente as CPNP, vulgarmente conhecidas por consultas abertas, pouco tempo após o início dos sintomas, demonstrando a influência da perceção subjetiva da própria saúde na procura de cuidados de saúde¹³. Por outro lado, a elevada necessidade que a utente tem de pedir CIT corroboram, também, este último ponto.

Um estudo holandês¹⁵, que analisou as consultas de 5 centros de saúde distintos durante 3 anos consecutivos, chegou à conclusão de que os hiperutilizadores apenas o eram de forma transitória, isto é, unicamente durante um período de tempo. Apenas 1 em cada 7 utentes se manteve como grande utilizador em 2 anos consecutivos, sendo que, a estes hiperutilizadores estava associado um maior número de problemas sociais, psiquiátricos ou de somatização¹⁵. No caso específico desta utente, verifica-se que está enquadrada no grupo de hiperutilizadores que se mantém com este padrão por mais de 2 anos consecutivos.

Este grupo de hiperutilizadores, como referido anteriormente, tem grandes implicações tanto para os profissionais de MGF como para os outros utentes, uma vez que ocupam o tempo de consulta sem haver um aumento proporcional do número de recursos disponíveis, diminuindo a disponibilidade para os outros utentes^{4,5,7}.

Por este motivo, e por ser um problema para o qual ainda não há uma solução concreta, têm sido feitas algumas intervenções a nível dos CSP de modo a tentar identificar estes utentes hiperutilizadores, reconhecendo a sua individualidade, colmatando as suas necessidades e promovendo uma utilização adequada dos recursos.

Haroun *et al.*¹⁶ e Santalathi *et al.*¹⁷ verificaram que, em pelo menos um estudo, os médicos de família que tiveram acesso aos nomes, números de consultas por ano e motivos de consulta dos utentes das suas listas pertencentes ao grupo dos grandes utilizadores conseguiram que houvesse uma diminuição do número de consultas deste grupo em apenas um ano. Bellón *et al.*¹⁸ testaram uma intervenção cujo nome é “7 hypotheses + team”, que, resumidamente, consiste em selecionar um motivo, de entre os que estão na lista (biológico, psicológico, social, familiar, cultural, administrativo-organizacional, relação médico-doente) que justifique a hiperutilização dos CSP por parte de cada um dos utentes e construir um plano para cada utente. Posteriormente, discutir as análises e planos que realizaram com outros médicos. Esta intervenção resultou numa diminuição significativa do recurso às consultas dos CSP por parte deste grupo de utentes¹⁸. Deste modo, a intervenção por parte dos médicos de família junto destes doentes, com foco nos principais motivos de consulta de cada um destes utentes, foi eficaz e diminuiu o número de consultas anuais dos mesmos¹⁸.

Por outro lado, Malins *et al.*¹⁹ apuraram o efeito da terapia cognitivo-comportamental na diminuição do número de consultas dos grandes utilizadores, tendo este resultado numa redução de mais de metade do número de consultas destes utentes em 6 meses. A terapia foi baseada numa formulação individual de fatores psicossociais responsáveis por causar e manter uma frequência

elevada de consultas dos CSP, sendo que os participantes deste estudo revelaram que esta os ajudou a desenvolver estratégias de *coping* para os seus problemas crónicos¹⁹.

Ademais, um outro domínio possível de desenvolver e investir de modo a diminuir a frequência aos cuidados de saúde, nomeadamente às consultas abertas, é a literacia em saúde. Segundo a OMS²⁰, literacia em saúde define-se como o conjunto de capacidades sociais e cognitivas, as quais determinam a capacidade individual de aceder, compreender e usar informação de forma a promover e manter uma boa saúde. Baixos níveis de literacia em saúde estão associados a um maior uso de serviços de saúde e com maiores custos²¹. Assim sendo, um investimento nesta área iria promover uma melhor utilização dos serviços de saúde por parte dos utentes e, nomeadamente, dos hiperutilizadores.

Finalmente, os especialistas de MGF são “responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente da sua idade, sexo ou afeção”², isto é, para além de serem o primeiro contacto com os utentes, são responsáveis por acompanhá-los ao longo da vida, tendo, por este motivo, uma visão mais abrangente da vivência biopsicossocial de cada utente. A visão holística característica de MGF, que “lida com problemas de saúde nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial”², assim como a prestação de cuidados continuados, permite, por si só, compreender melhor cada utente na sua individualidade, pelo que é, também, uma boa medida para controlo e abordagem deste grupo de utentes grandes utilizadores.

Conclusão

Os CSP são um alvo fácil de hiperutilização de recursos, por serem responsáveis pelo primeiro contacto dos utentes com os cuidados de saúde, bem como pela prestação de cuidados continuados a estes mesmos utentes^{2,4,5}. Assim, o caso clínico descrito ganha relevância pelo facto de representar, de forma prática, uma problemática atual que consiste na sobreutilização de consultas nos CSP. De realçar que são poucos os estudos que abordam a temática da caracterização do perfil dos hiperfrequentadores e dos motivos de consulta que predominam neste grupo, e são menos ainda os que abordam estratégias de melhoria do apoio aos mesmos de forma a responder às suas necessidades sem que estes necessitem de procurar de forma mais frequente os CSP, sobrecarregando-os.

A utente estudada enquadra-se no perfil dos hiperfrequentadores, uma vez que apresenta uma média de consultas superior ou igual a 13-15 por ano, é do género feminino, está na sexta década de vida, tem baixa escolaridade e pertence a uma classe social baixa^{4,5}.

A presença de fatores de stress psicossocial, de patologias crónicas e/ou psiquiátricas assim como a perceção subjetiva da saúde mostraram ser os motivos de consulta mais relevantes no grupo de grandes utilizadores^{4,5,7-12,22,23}.

Estratégias como a identificação dos utentes hiperfrequentadores assim como o conhecimento dos motivos de consulta que os levam tantas vezes aos CSP, a terapia cognitivo-comportamental e a literacia em saúde mostraram ser eficazes na redução do número de consultas do grupo de hiperutilizadores dos CSP¹⁶⁻²¹.

A realização de investigações futuras sobre a caracterização dos hiperfrequentadores, de modo a definir melhor o perfil deste grupo e, possivelmente, encontrar outras características e motivos de consulta que possam estar relacionadas com os mesmos, assim como novas estratégias de controlo do número de consultas e estudos sobre a aplicação das mesmas na prática clínica, poderá ser útil. Desta forma, será possível identificar os grandes utilizadores de cada USF, assim como os motivos de hiperutilização dos recursos, e aplicar as melhores estratégias de controlo no dia a dia dos CSP, podendo, assim, melhorar a prestação de cuidados aos utentes.

Anexos

Anexo I- Parecer da Comissão de Ética do Santo António



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



COMISSÃO DE ÉTICA Santo António / ICBAS

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 17 ABR. 2024	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Sobreutilização de consultas nos Cuidados de Saúde Primários (CPS): a propósito de um caso clínico"		Ref.: P-2024.02(CC/MIM - USF Anibal Cunha – ACES Porto Ocidental)
Protocolo/Versão: CC - MIM	Promotor: OI a Próprio/a	Investigador / Local: Inês Gargaté Solteiro USF Anibal Cunha – ACES Porto Ocidental

A Comissão de Ética Santo António / ICBAS, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **CC-MIM** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética Santo António / ICBAS presentes:

Presidente: Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr. Aníbal Albuquerque, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Cármen de Carvalho, Dr.ª Fernanda Manuela Costa, Prof. Doutor José António Pinho, Prof.ª Doutora Margarida Araújo, Prof.ª Doutora Maria Strecht, Prof.ª Doutora Susana Magalhães, Mestre Virgínio Costa Ribeiro.

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data 17 ABR. 2024

O Presidente da Comissão de Ética Santo António / ICBAS

Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão

Imp.10/2024

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Cobertura universal de saúde (CUS). World Health Organization (WHO). Published October 5, 2023. Accessed March 6, 2024. [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. Published online 2005:511-516.
3. McWhinney. *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. Vol 4. (Freeman TR, ed.). Oxford; 2016.
4. Magalhães AR, Penetra J, Pereira C, Carvalho R, Neto MG, Santiago LM. Caracterização do perfil dos grandes utilizadores de uma Unidade de Saúde Familiar. *Revista ADSO*. 2016;4(6):15-21. doi:10.35323/revadso.46201654
5. Gomes J, Machado A, Cavadas LF, et al. *Perfil Do Hiperfrequentador Nos Cuidados de Saúde Primários*; 2013. www.actamedicaportuguesa.com
6. Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais A e AA de CG de F (WONCA). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. *Administração Central do Sistema de Saúde, IP & Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral*. 2011;2ª edição.
7. Robles R, Gili M, Gelabert J, et al. Sociodemographic and psychopathological features of frequent attenders in Primary Care. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(6):320-325. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20066583>
8. Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJ, van Weert HC. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract*. 2008;9(1):21. doi:10.1186/1471-2296-9-21
9. Luciano J V, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *British Journal of General Practice*. 2010;60(571):e49-e55. doi:10.3399/bjgp10X483139
10. Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract*. 2000;17(4):298-304. doi:10.1093/fampra/17.4.298

11. Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, 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;77(6):492-503. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.08.003
12. Koskela TH, Ryyanen OP, Soini EJ. 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(1):55-61. doi:10.3109/02813431003690596
13. Luppä M, Giersdorf J, Riedel-Heller S, Prütz F, Rommel A. Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS). *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):10. doi:10.1186/s12875-020-1082-9
14. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.* Vol 7. 7th ed. Oxford; 2018.
15. Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, van Weert HC. 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(1):36. doi:10.1186/1471-2458-9-36
16. Haroun D, Smits F, van Etten-Jamaludin F, Schene A, van Weert H, ter Riet G. The effects of interventions on quality of life, morbidity and consultation frequency in frequent attenders in primary care: A systematic review. *European Journal of General Practice.* 2016;22(2):71-82. doi:10.3109/13814788.2016.1161751
17. Santalahti AK, Vahlberg TJ, Luutonen SH, Rautava PT. Effect of administrative information on visit rate of frequent attenders in primary health care: ten-year follow-up study. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):142. doi:10.1186/s12875-018-0836-0
18. Bellón JÁ, Rodríguez-Bayón A, de Dios Luna J, Torres-González F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of General Practice.* 2008;58(550):324-330. doi:10.3399/bjgp08X280182
19. Malins S, Kai J, Atha C, et al. Cognitive behaviour therapy for long-term frequent attenders in primary care: a feasibility case series and treatment development study. *British Journal of General Practice.* 2016;66(651):e729-e736. doi:10.3399/bjgp16X686569
20. World Health Organization. *Health Promotion Glossary.* (Health Education and Health Promotion Unit (HEP), ed.). World Health Organization; 1998.

21. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med*. 2008;66(8):1809-1816. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.003
22. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005;119(2):118-137. doi:10.1016/j.puhe.2004.03.007
23. Foster A. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Fam Pract*. 2006;23(4):444-452. doi:10.1093/fampra/cml019

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

