

Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica

Psychological contributions to understanding inappropriate use of a pediatric emergency service
Contribuciones psicológicas a la comprensión del uso inadecuado de un servicio de urgencia pediátrica

Susana Sofia de Oliveira Ferreira Rodrigues*

Resumo

Atualmente verifica-se uma crescente progressão do número de atendimentos de falsas urgências nos serviços de urgência pediátrica. Com o objetivo de identificar fatores psicológicos que possam contribuir para a compreensão da utilização inapropriada destes serviços, foi desenvolvido este estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída acidentalmente por 115 díades criança-acompanhante que recorreram inapropriadamente a um serviço de urgência de um hospital pediátrico de Lisboa. Os dados foram recolhidos entre outubro e novembro de 2008 através da consulta da ficha de urgência, da entrevista e de um questionário de crenças e percepções de saúde construído para este estudo. Os resultados revelaram que em 2008 cada criança recorreu em média 5 vezes ao serviço de urgência, e que a recorrência frequente a este serviço está relacionada com as crenças positivas dos acompanhantes, nomeadamente com a confiança e segurança nos cuidados prestados e com a fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos. A percepção da criança como frágil está também associada a uma maior recorrência ao serviço de urgência. Relativamente ao problema de saúde da criança que motivou a procura deste serviço, 52,2% dos acompanhantes consideraram ser grave e 66,1% perceberam-no como urgente. Concluindo, os fatores psicológicos podem contribuir para explicar a utilização inapropriada dos serviços de saúde.

Palavras-chave: mau uso de serviços de saúde; serviço hospitalar de emergência; serviços de saúde da criança; psicologia

Abstract

Currently there is a growing increase in the number of inappropriate emergency cases presenting to the pediatric emergency service. A descriptive and quantitative study was developed to identify the psychological factors that may contribute to understanding inappropriate use of these services. A convenience sample was selected and the total sample size was 115 dyads of a child-caretaker who inappropriately sought care from emergency service at a pediatric hospital in Lisbon. Data were collected between October and November in 2008 using the emergency service records, interviews and a questionnaire on beliefs and health perceptions constructed for this study. The results revealed that in 2008 each child presented on average 5 times to the emergency service. The frequent use of this service was related to positive beliefs of caretakers, such as trust and confidence in the care received and easy access to care and diagnostic services.

The perception of children as fragile was also associated with greater recurrence of emergency service use. Regarding the child health problem behind requesting use of this service, 52,2% of caregivers considered the status of the child to be serious and 66,1% perceived it as urgent. In conclusion, psychological factors may contribute to explaining inappropriate use of health services.

Keywords: health services misuse; emergency service, hospital; child health services; psychology

* Mestre em Psicologia: Desenvolvimento em Contextos de Risco. Enfermeira na Urgência Pediátrica do Hospital Dona Estefânia [suzyrodrigues@gmail.com].

Resumen

Actualmente se observa una creciente progresión del número de asistencia de falsas urgencias en los servicios de urgencia pediátrica. Con el fin de identificar los factores psicológicos que puedan contribuir a la comprensión de la utilización inadecuada de estos servicios, se realizó un estudio de carácter descriptivo con un enfoque cuantitativo. La muestra fue constituida accidentalmente por 115 parejas de niño-acompañante que recurrieron indebidamente a un servicio de urgencias de un hospital pediátrico en Lisboa. Los datos fueron recogidos entre octubre y noviembre de 2008 mediante la consulta de la hoja de urgencia, de una entrevista y un cuestionario sobre las creencias y percepciones de salud construida para este estudio. Los resultados revelaron que en 2008 cada niño recurrió 5 veces al servicio de urgencia en promedio y que la frecuente recurrencia a este servicio está relacionada con las creencias positivas de los acompañantes, en particular en lo que atañe a su confianza y seguridad en los cuidados prestados y el fácil acceso a la atención y los recursos de diagnóstico. La percepción de la fragilidad de los niños está también asociada a una mayor tasa de recurrencia al servicio de urgencias. Con respecto al problema de salud que motivó la demanda de este servicio, el 52,2% de los acompañantes lo consideró como siendo grave y el 66,1% como siendo urgente. Podemos concluir que los factores psicológicos pueden contribuir a la explicación del uso inadecuado de los servicios de salud.

Palabras clave: mal uso de servicios de salud; servicio de urgencias en hospital; servicios de salud del niño; psicología

Recebido para publicação em: 05.10.11

Aceite para publicação em: 28.03.12

Introdução

No sistema de saúde português, os serviços de urgência hospitalar (SUH) são um dos principais pilares da prestação de cuidados, mas são também uma das áreas mais sensíveis da organização da saúde, quer pela dimensão de atendimentos, quer pela sua complexidade estrutural. Na ótica de Antunes (2001), a excessiva procura dos SUH é vista como um dos problemas graves das disfunções do Serviço Nacional de Saúde. Para o autor, o aumento da utilização destes serviços verificado nos últimos anos deve-se em grande parte ao seu uso inapropriado e tem importantes repercussões na área da saúde. Segundo André e Neves (2003), apenas cerca de 20% dos atendimentos efetuados nos SUH correspondem a verdadeiras situações clínicas, o que em termos práticos equivale à necessidade de outros serviços absorverem de forma organizada os 80% de atendimentos hospitalares inapropriados, que atualmente sobrecarregam e desorganizam de forma intolerável as urgências hospitalares.

Esta situação é também observada nos serviços de urgência pediátrica (SUP), onde cada vez mais se verifica uma sobreutilização, constatando-se o frequente uso indiscriminado e incorreto por parte dos pais, tal como é demonstrado por alguns estudos já realizados em Portugal (Melo, 1999; Caldeira *et al.*, 2006). Os resultados destes estudos vieram reforçar a ideia de que a maioria das admissões nos SUP é inapropriada, e que poderiam e deveriam ser solucionadas ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP).

A maioria das investigações sobre esta problemática preocupou-se sobretudo em explorar fatores geográficos, sócioeconómicos e demográficos, e em fazer relações com as organizações e funcionamentos dos serviços de saúde. No entanto, apesar das características da população e da acessibilidade aos serviços poder determinar a procura dos serviços de urgência (SU), outros fatores, como sócio culturais e psicológicos, devem também ser tidos em conta na explicação deste comportamento. No entender de Pereira (1987), para promover a saúde e compreender, reconhecer e tratar os doentes, é essencial ter em conta a totalidade de determinantes envolvidos na saúde e na doença. Estes são, entre outros, as crenças, os valores, os preconceitos, os saberes, os sentimentos e os comportamentos que cada cultura

aceita e transmite. O mesmo autor acrescenta ainda que, as variáveis psicossociais intervêm no significado pessoal e social da doença, e na própria reação perante um problema de saúde.

Considerando esta realidade, e perante o crescente número de utilizadores dos SU, surgiu a seguinte pergunta: quais são os contributos da psicologia para a compreensão da utilização inapropriada dos SUP? Para responder a esta questão desenvolveu-se este estudo descritivo, com abordagem quantitativa, tendo como objetivo geral identificar fatores psicológicos que possam contribuir para a compreensão da utilização inapropriada dos SUP. Com este intuito pretendeu-se responder às seguintes questões de investigação:

- Quantas vezes cada criança recorreu ao SUP entre janeiro e novembro de 2008?
- Quais são as crenças que os acompanhantes das crianças que recorreram inapropriadamente ao SUP têm sobre este serviço?
- O número de episódios de urgência anteriores (NEUA) está relacionado com as crenças dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP?
- Quais são as perceções dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a gravidade e a urgência do problema de saúde das suas crianças?
- Quais são as perceções dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP sobre a fragilidade das suas crianças?
- A perceção de fragilidade das crianças pelos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP está associada ao NEUA?

Dimensões psicológicas envolvidas na utilização inapropriada dos serviços de saúde

O crescimento da procura dos SUH tem incentivado a realização de diversos estudos sobre os motivos impulsionadores da procura (inapropriada), na tentativa de projetar intervenções que façam frente a esta realidade. O modelo mais utilizado para explicar a utilização dos SUH foi inicialmente desenvolvido por Ronald Andersen na década de 1960. Para este autor, a utilização dos serviços de saúde é o resultado da combinação de vários elementos determinantes, tendo-os classificado em fatores predisponentes (características sócio-demográficas, valores e crenças); fatores facilitadores (rendimento

económico, acessibilidade aos recursos) e fatores de necessidade (perceção do estado de saúde, forma como os indivíduos experienciam a doença e consideram necessitar de cuidados profissionais) (Andersen e Newman, 1973).

Para além da utilização inapropriada, os SUH veem-se confrontados com outro problema, o dos utentes que recorrem frequentemente a estes serviços. Esta questão tem suscitado um interesse crescente desde há alguns anos, pelo que têm sido desenvolvidas investigações para identificar este grupo de utentes. A definição de utilizadores frequentes (UF) é consensual entre os diversos autores, que, de um modo geral, os consideram uma categoria de utentes que recorre habitualmente aos serviços de saúde à procura de consultas médicas, pedido de exames, entre outros. Já a operacionalização do conceito de UF é efetuada de modos diversos. O critério do número de consultas durante um determinado período de tempo tem sido um dos mais utilizados. Vários autores, como Byrne *et al.* (2003), utilizaram como critério de identificação dos UF, os utentes que tiveram quatro ou mais consultas anuais em SUH. Relativamente às características dos UF, Byrne *et al.* (2003) verificaram que 82% dos UF tinham baixos rendimentos económicos e apresentavam maior nível de problemas psicológicos e baixos níveis de suporte social.

Hoje em dia, é ideia assente que os serviços de saúde são procurados de forma distinta por diferentes pessoas em diferentes fases de doença, em função do modo como percecionam o contexto da sua patologia e a sua provável evolução. Segundo Duarte (2002), a atitude de cada indivíduo face à saúde e à doença resulta de conceções de origem individual e social que advêm das experiências prévias e da noção de bem-estar corporal. Parafraseando a autora (2002, p.39) “a conceção subjetiva [*sic*] de saúde, usualmente atribuída à forma comum como as pessoas a definem, determina a procura e em grande parte a utilização da assistência médica”. Para Duarte (2002), qualquer indivíduo tem um grau de cultura médica condicionado pela representação mental que tem da doença ou do que é estar doente. Dependendo destes saberes, perceciona um conjunto de sensações orgânicas como doença e decide agir. Na opinião da autora, esta perspetiva é sustentada e enquadrada numa determinada realidade social, que influencia o que o indivíduo define ou não como doença aquilo

que sente, desencadeando do mesmo modo uma determinada atitude.

A procura de cuidados de saúde é encarada por vários autores como um comportamento de doença. Mechanic (1986) descreve o comportamento de doença como o modo como os indivíduos monitorizam os seus corpos, definem, interpretam e tratam os sintomas, e utilizam as fontes de ajuda disponíveis bem como o próprio sistema de cuidados de saúde. Segundo o autor, a premissa crucial no estudo do comportamento de doença é que a experiência da doença é moldada por fatores sócio culturais e psicossociais, independentemente da sua genética, fisiologia ou outras bases biológicas. Para Mechanic (1986) o recurso ao médico insere-se num comportamento de doença, envolvendo fatores como necessidades percebidas, perceção, avaliação, definição, atribuição causal e tomada de decisão.

Com efeito, a explicação dos comportamentos de saúde e das reações à doença não faz hoje em dia sentido sem o contributo das variáveis psicológicas. Diversos modelos teóricos, oriundos da psicologia social e da saúde, têm sido desenvolvidos especificamente para prever o comportamento relativo à saúde, sendo todos eles concordantes no que se refere ao papel central das atitudes e das crenças como determinantes do comportamento.

O Modelo de Crenças de Saúde, inicialmente desenvolvido por Rosenstock em 1966 e posteriormente por Becker e seus colaboradores ao longo dos anos 70 e 80 (Becker e Rosenstock, 1987), pode ser aplicado atualmente para compreender uma vasta gama de comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente a procura de cuidados. De acordo com este modelo, as crenças dos indivíduos em várias temáticas relacionadas com a saúde e a doença determinam as suas atitudes e comportamentos. Este modelo considera que a probabilidade de um indivíduo efetuar um determinado comportamento de saúde será função da perceção de suscetibilidade, perceção de gravidade, perceção de benefícios e perceção de barreiras. A suscetibilidade e gravidade, em conjunto, determinam a ameaça percebida da doença, por vezes também conhecida como vulnerabilidade. Dada a ameaça da doença, a probabilidade do sujeito ter um determinado comportamento de saúde irá depender ainda da medida em que o sujeito acredita que os benefícios da ação poderão ultrapassar as barreiras associadas a ela. Este modelo sugere ainda

que presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as percepções de suscetibilidade e gravidade, e despoletar o comportamento de saúde, motivando o indivíduo a agir. Estes estímulos podem ser internos (por exemplo um sintoma físico) ou externos (conselhos médicos, folhetos informativos). A Teoria da Motivação para a Proteção (Rogers, 1983) consiste numa expansão do Modelo de Crenças de Saúde acrescentando outros fatores. Originalmente defendia que os comportamentos relacionados com a saúde eram produto de quatro componentes principais: autoeficácia, eficácia da resposta, gravidade e vulnerabilidade. Posteriormente, o autor sugeriu a inclusão de um quinto componente, o medo. Os cinco componentes da teoria são influenciados por duas fontes de informação: ambiental e intrapessoal. Esta teoria foca duas categorias de resposta: a avaliação da ameaça, que é função da vulnerabilidade, gravidade e medo percebidos; e a avaliação de *coping*, que está relacionada com as crenças de autoeficácia e a eficácia das respostas. Este processo avaliativo suscita uma intenção do indivíduo para se comportar de modo adaptativo ou inadaptativo. Esta intenção, cuja força reflete o grau de motivação do indivíduo para proteger a sua saúde, por sua vez é preditiva do comportamento. O Modelo de Autorregulação de Leventhal centra-se nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença. Este modelo assume que, quando um indivíduo percebe, de acordo com as suas cognições, um problema de saúde, é motivado a reduzir a angústia consequente e a voltar ao seu estado de equilíbrio (ou seja, a restabelecer o seu estado de saúde), através de diversas estratégias de *coping* (como por exemplo o recurso a ajuda médica) (Leventhal *et al.*, 1997). De acordo com este modelo, as respostas comportamentais perante a ameaça à saúde são mediadas pelas crenças do indivíduo acerca da doença, bem como pela sua interpretação dos sintomas.

Relativamente às crenças parentais, a grande maioria dos modelos reconhece a existência de uma relação entre as crenças dos pais e as suas atitudes. Hoje pode afirmar-se que as significações parentais determinam ou influenciam as atitudes dos pais perante a doença na criança. Relativamente às significações parentais sobre problemas de desenvolvimento e de saúde dos filhos, Barros (2003) sugere uma sequência desenvolvimentista, organizada em três áreas principais que, segundo a autora, são as que

parecem ter maior relevância para compreender as atitudes dos pais face a problemas de saúde nos seus filhos: significação do sintoma/doença, que integra as significações parentais sobre o conceito de saúde, o conhecimento da doença dos filhos e sobre o impacto dessa doença no desenvolvimento da criança; compreensão do processo de desenvolvimento, que abrange as significações parentais sobre a possibilidade de controlo da doença dos filhos e sobre a atribuição da competência, a si ou a outros agentes, para esse mesmo controlo; resolução de problemas/adeseão às recomendações do especialista, que diz respeito às significações parentais sobre as suas capacidades para antecipar e resolver problemas, e sobre a sua decisão no que concerne à adeseão aos tratamentos do seu filho e ao papel que se atribui em todo o processo de tratamento.

Metodologia

Tendo em conta o objetivo geral e as questões de investigação levantadas realizou-se um estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi selecionada por amostragem acidental e composta por 115 díades criança-acompanhante que recorreram inapropriadamente ao SUP de um hospital pediátrico de Lisboa, e que preencheram os requisitos previamente estabelecidos: crianças dos 0 aos 16 anos de idade que recorreram ao SUP sem referência médica prévia e que após a triagem foram classificadas com grau de prioridade «não-urgente»; acompanhantes das crianças que preenchiam o requisito anterior, que levaram as suas crianças ao SUP por iniciativa e meios próprios, que soubessem ler e escrever e que aceitaram participar na investigação tendo assinado o consentimento informado.

A recolha da amostra efetuou-se durante os meses de outubro e novembro de 2008. Após a triagem das crianças que deram entrada no SUP, foram selecionadas as que preenchiam os requisitos atrás descritos e dado a conhecer aos respetivos acompanhantes o contexto, os objetivos e a pertinência do estudo. O respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação foi garantido através do consentimento informado dos participantes, bem como da autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do hospital onde se realizou o estudo.

Os dados relativos às crianças, nomeadamente as características sócio-demográficas e o NEUA, foram obtidos através da consulta da respetiva ficha de urgência e da entrevista aquando da realização da triagem. As informações concernentes aos acompanhantes foram recolhidas por meio do autorrelato escrito, para o qual foi elaborado um caderno de recolha de dados constituído por várias questões fechadas relacionadas com as características sócio-demográficas, as crenças sobre o SUP, a perceção da gravidade e da urgência do problema de saúde da criança e a perceção da fragilidade da criança.

As crenças dos acompanhantes sobre o SUP foram avaliadas através de um conjunto de 6 questões de resposta fechada, elaboradas com base na literatura revista. As questões apresentaram três opções de resposta, «concordo», «não concordo nem discordo» ou «discordo», cotadas respetivamente com 3, 2 e 1 valores. O total da pontuação traduz um valor de crença, que foi considerado tanto mais positiva quanto maior o seu valor. A fidelidade deste instrumento foi testada pela sua consistência interna através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. O conjunto dos 6 itens apresentou um valor alfa de Cronbach de 0.78, tendo-se definido previamente valores acima de 0.70 como tradutores de uma boa consistência interna.

A perceção da gravidade e da urgência do problema de saúde da criança foram avaliadas através da resposta (verdadeira ou falsa) à questão «Hoje trouxe a minha criança ao serviço de urgência pediátrica porque».

A perceção da fragilidade da criança pelos acompanhantes que recorreram inapropriadamente ao SUP foi analisada através da questão «Acha que o seu filho é uma criança mais/tão/menos frágil do que a maioria das crianças da sua idade».

Para o tratamento dos dados foi utilizada a versão 15.0 do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*. Os métodos de análise utilizados tiveram em consideração o tipo de estudo pretendido, as técnicas amostrais e o grau de complexidade dos instrumentos utilizados. Desta forma, tendo em conta estes aspetos, neste estudo foram utilizadas medidas de estatística descritiva e

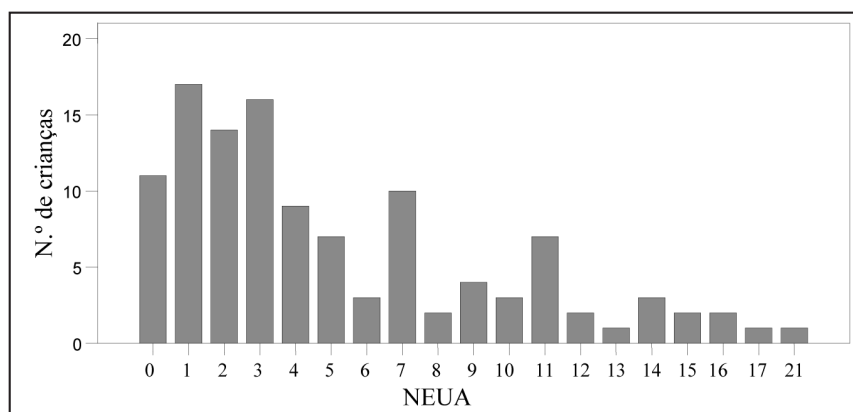
inferencial. Considerou-se uma probabilidade de erro tipo I (α), tendo-se aceite como diferenças estatisticamente muito significativas quando $\alpha \leq 0.01$. Antes da aplicação dos testes estatísticos verificaram-se os pressupostos da normalidade através do teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo-se optado pelos testes paramétricos quando esses pressupostos se constatarem, e pelos testes não-paramétricos quando tal não sucedeu.

Resultados e discussão

A maioria das crianças pertencentes à amostra deste estudo tem idades compreendidas entre os 29 dias e os 5 anos de idade (81.7%), sendo a idade mínima de 5 dias e a máxima de 16 anos ($M=2.71$, $DP=1.55$). A maior parte das crianças foi levada ao SUP pela mãe (76.5%). A média de idades dos acompanhantes é de 34.02 anos, com uma idade mínima de 17 anos e máxima de 72 anos, sendo 59.1% casados, 40.9% com ensino secundário, 20.0% com ensino superior e 73.9% profissionalmente ativos.

Neste estudo, pretendeu-se quantificar o número de vezes que cada criança recorreu ao SUP entre janeiro e novembro de 2008 (NEUA). Esta informação encontrava-se disponível na ficha de urgência de cada criança. Verificou-se que o número médio de consultas de urgência por cada criança da amostra entre janeiro e novembro de 2008 foi de 5.13 ($SD=4.63$). O número máximo de consultas anteriores foi de 21 ($n=1$), e 11 crianças ainda não tinham sido observadas no SUP nesse ano, como se pode ver no gráfico 1. Constatou-se igualmente que 57 crianças utilizaram 4 ou mais vezes o SUP, pelo que, e apesar de os números não se referirem ao ano civil completo, se pode afirmar que pelo menos 49,6% são utilizadoras frequentes deste serviço, com base no critério de Byrne *et al.* (2003). Estes resultados vêm ao encontro de vários estudos que evidenciaram que o número de recorrências repetidas pelo mesmo paciente é uma das causas de maior utilização dos SUH (Camí *et al.*, 2003).

GRÁFICO 1 — Distribuição do n.º de crianças pelo



NEUA entre janeiro e novembro de 2008

No que diz respeito às crenças sobre o SUP, analisando a tabela 1, verifica-se que 86.1% dos acompanhantes que recorreram inapropriadamente a este serviço o fizeram porque se sentem mais seguros e confiantes, 65.2% consideram que os médicos são mais experientes e competentes, e 90.4% porque sabem que têm acesso fácil e gratuito a meios auxiliares de diagnóstico. Relativamente ao facto de considerarem

o atendimento mais rápido no SUP, apenas 36.5% dos acompanhantes concordaram, mas ainda assim 48.7% consideram que o atendimento neste serviço é mais acessível do que no centro de saúde ou pediatria particular. Ainda 61.7% afirmaram que optaram por uma consulta no SUP devido à compatibilidade do horário com os seus empregos e vidas quotidianas.

TABELA 1 – Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes às crenças dos acompanhantes sobre o SUP (N=115)

	Concordo	Não concordo Nem discordo	Discordo	Total
Sinto-me mais seguro(a) e confiante se a minha criança for observada por um médico especialista em pediatria.	99 (86.1%)	12 (10.4%)	4 (3.5%)	115 (100.0%)
Penso que os médicos do hospital têm mais experiência e competência para tratar as crianças doentes.	75 (65.2%)	30 (26.1%)	10 (8.7%)	115 (100.0%)
Sinto-me mais seguro(a) num serviço de urgência porque a minha criança tem acesso fácil e imediato a meios auxiliares de diagnóstico (raio x, ecografia, análises,...).	104 (90.4%)	9 (7.8%)	2 (1.7%)	115 (100.0%)
O atendimento é mais rápido do que no meu centro de saúde/consultório do meu pediatra particular.	42 (36.5%)	30 (26.1%)	43 (37.4%)	115 (100.0%)
O atendimento é mais acessível do que no meu centro de saúde/consultório do meu pediatra particular.	56 (48.7%)	35 (30.4%)	24 (20.9%)	115 (100.0%)
O horário é mais compatível com o meu emprego/a minha vida quotidiana.	71 (61.7%)	33 (28.7%)	11 (9.6%)	115 (100.0%)

Para verificar se o NEUA está relacionado com as crenças dos acompanhantes sobre o SUP foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson. Considerando $\alpha=0.01$, constatou-se que existe uma correlação muito significativa, positiva e moderada entre estas duas variáveis ($CCP=0.368$; $p=0.00$). Assim, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que o NEUA está relacionado com as crenças sobre o SUP,

sendo que quanto maior o NEUA mais positivas são as crenças sobre este serviço.

Os dados deste estudo vêm ao encontro dos motivos mais frequentes da procura dos SUP relatados na bibliografia: a reputação e a maior confiança no hospital (Antón *et al.*, 1992; Cabeza *et al.*, 2007); o facto de considerarem os cuidados mais adequados e com mais qualidade (Cabeza *et al.*, 2007); o atendimento

por técnicos de saúde com formação especializada em pediatria (Melo, 1999); a procura de uma segunda opinião (Cabeza *et al.*, 2007); a procura por exames complementares de diagnóstico não disponíveis nos centros de saúde e a confiança de um rápido e correto diagnóstico oferecidos pelos níveis de utilidade e tecnologia (Cabeza *et al.*, 2007); a facilidade horária (Pasarin *et al.*, 2006); a hora em que surgiu o problema (Antón *et al.*, 1992); a prestação de cuidados 24 horas por dia e sem nenhum impedimento burocrático (Cabeza *et al.*, 2007) e a rapidez de atendimento (Antón *et al.*, 1992; Melo, 1999).

Tendo em conta que a situação de saúde de todas as crianças que constituíram a amostra era inapropriada para observação no SUP, pretendeu-se verificar se os acompanhantes tinham a verdadeira percepção da não gravidade e da não-urgência do problema das suas crianças. Na tabela 2, pode observar-se que 52.2% dos acompanhantes não consideraram o problema da criança grave, contudo 66.1% consideraram ser mais urgente. De realçar que 42.6% consideraram ser uma situação grave e urgente, e que 28.7% tinham a percepção de que a situação da criança não era grave nem urgente.

TABELA 2 – Distribuição das frequências absolutas e relativas referentes à percepção da gravidade e da urgência do problema de saúde da criança (N=115)

			Considere que era uma situação mais urgente do que outros problemas de saúde anteriores.		
			Verdadeiro	Falso	Total
Considere que era uma situação mais grave do que outros problemas de saúde anteriores.	Verdadeiro	<i>n</i> % do Total	49 42.6	6 5.2	55 47.8
	Falso	<i>n</i> % do Total	27 23.5	33 28.7	60 52.2
	Total	<i>n</i> % do Total	76 66.1	39 33.9	115 100.0

Também Martínez e Moreno (2008) constataram que 77.4% das urgências foram sentidas e apenas 22.6% das urgências foram reais. A percepção de necessidade de atenção imediata por parte dos utilizadores trata-se de um dos principais fatores citados na bibliografia como explicativos da utilização indevida dos SUH. Vários estudos evidenciam que, entre os motivos frequentes da procura dos SUP constam o facto de se considerar um problema grave (Melo, 1999), o alarmismo em relação aos sintomas e o acreditar que a criança necessita de cuidados imediatos (Cabeza *et al.*, 2007).

O facto de 28.7% dos acompanhantes do estudo terem recorrido ao SUP, mesmo não considerando a situação da criança grave nem urgente, pode ser justificada de várias formas. Cabeza *et al.* (2007) referem que os pais não procuram o SUP com base na gravidade do estado da criança, mas pela facilidade de acesso a um pediatra com meios de diagnóstico mais disponíveis, sem necessidade de marcação ou referência prévia. Igualmente Pasarin *et al.* (2006), ao procurarem explicar por que recorrem as pessoas aos SUH por problemas de baixa complexidade,

concluíram que a partir da percepção dos sintomas valorizados como diminuição ou perda de saúde, e da consequente elaboração de um autodiagnóstico, os indivíduos determinam a necessidade e o tipo de atenção que desejam. Na perspetiva destes autores, o autodiagnóstico, entendido como uma ideia ou significado do que se passa com o indivíduo, representa o fio condutor e é determinante da necessidade de requerer cuidados urgentes, bem como do tipo de cuidados urgentes necessários. Do confronto entre a percepção do tipo de necessidade, dos conhecimentos da oferta dos serviços e da situação vital da pessoa, surge a decisão de recorrer a um serviço de saúde. Jiménez (2006) defende que o grau de sofrimento físico e psicológico do paciente e as suas expectativas face à assistência a receber, influenciam significativamente a percepção do paciente e família sobre a sua situação clínica, razão pela qual deve ser sempre tida em conta na avaliação do grau de urgência, especialmente na população pediátrica, em geral mais vulnerável e subjetiva.

Quanto à percepção da fragilidade da criança, os resultados mostram que 49.6% dos acompanhantes

avalia a sua criança como mais frágil, 13% como menos frágil e 37.4% não considera a sua criança diferente das outras. Para avaliar se a percepção de fragilidade das crianças pelos acompanhantes influencia o NEUA foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que se pretendeu comparar três grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo que não têm distribuição normal. Para $\alpha=0.01$, constatou-se que as diferenças são estatisticamente muito significativas [$X^2_{KW}(2)=18.88$; $p=0.00$; $N=115$]. Assim, existe evidência estatística suficiente para afirmar que a percepção da fragilidade da criança influencia o NEUA. Através da aplicação do teste *post hoc* de Tukey é ainda possível verificar que entre janeiro e novembro de 2008, as crianças consideradas frágeis pelo seu acompanhante foram observadas em média 7.07 vezes no SUP, as crianças consideradas menos frágeis recorreram 2.67 vezes, e as que não são consideradas diferentes das outras crianças foram assistidas 3.42 vezes. Assim sendo, a convicção dos pais de que o seu filho é especial, e portanto pode piorar e ficar em perigo a qualquer momento, pode conduzir a um excesso de dependência dos profissionais de saúde e do hospital. Com efeito, Santos (2007) descreve que as significações da criança como mais vulnerável ou frágil contribuem não só para o aumento da perturbação emocional dos pais, como determinam atitudes de maior superproteção da criança. Este princípio poderá explicar o facto de as crianças consideradas como mais frágeis terem recorrido mais vezes ao SUP, no entanto ressalve-se que para o comprovar seriam necessários mais estudos. Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, a procura inapropriada dos SUP pode ser também explicada à luz de alguns modelos sócio-cognitivos. Assim, com base no Modelo de Crenças da Saúde (Becker e Rosenstock, 1987), a procura de cuidados pode ser explicada pela percepção do acompanhante da sua criança como frágil, que associada à percepção de gravidade/urgência do problema de saúde, o estimula a procurar o médico após acreditar que os benefícios obtidos (neste caso a resolução do problema de saúde) ultrapassam as barreiras desta ação (por exemplo, os riscos para a criança decorrentes do contacto com o meio hospitalar, a perda de tempo, as taxas moderadoras no caso de crianças com mais de 12 anos). Isto, associado às crenças sobre o SUP (acessibilidade, comodidade, segurança, confiança) motiva o acompanhante a procurar este serviço.

Se aplicada a Teoria da Motivação para a Proteção (Rogers, 1983), é mais provável que um indivíduo procure inapropriadamente o SUP em resposta a um sinal de doença na criança que lhe provoque medo/inquietação, se acreditar que a sua criança é frágil podendo por isso contrair uma doença, que essa doença poderá trazer consequências graves, e se estabelecer uma relação entre o comportamento de procurar ajuda num serviço de saúde e a resolução do problema, considerando-se capaz de se envolver nesse comportamento.

A procura inapropriada do SUP pode também ser explicada pelo Modelo de Autorregulação do Comportamento de Doença de Leventhal (Leventhal *et al.*, 1997). Assim, perante a percepção dos sintomas da criança e da atribuição de um significado de carácter grave/urgente ao problema, baseado nas cognições que detém sobre esse problema, o acompanhante seleciona estratégias que lhe permitam restabelecer o estado de saúde que considera normal para a criança, que neste caso passam por procurar ajuda profissional no SUP.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração na interpretação dos resultados e que se prendem principalmente com o tipo de amostragem utilizada. O facto de se ter utilizado um método não-probabilístico para seleccionar a amostra interfere na sua representatividade. Sendo assim, a extrapolação dos resultados deste estudo deve ser cautelosa, pelo que se optou por não os generalizar para a população dos utilizadores inapropriados do SUP. A limitação deste método de selecção da amostra foi considerado desde o início da investigação, contudo, tendo em conta o carácter e a dinâmica do campo de estudo, foi o que se considerou mais possível de concretizar. Também o facto de a amostra ter sido unicamente constituída por sujeitos que recorreram ao SUP por motivos que não cumpriam critérios de urgência se torna limitativo e cauteloso no modo de tecer as conclusões deste estudo, uma vez que os resultados não puderam ser comparados com outro tipo de amostra, nomeadamente de sujeitos que utilizaram de modo correto o SUP. Ainda, a utilização de um questionário de avaliação das crenças, construído para o efeito e cujo estudo da validade merece ser aprofundada em estudos posteriores.

Conclusão

A bibliografia sobre a utilização dos serviços de saúde é consensual e evidencia que, presentemente, a inapropriada e excessiva procura dos SUH afeta todo o sistema de saúde português, estando o tema «urgências» omnipresente sempre que se abordam os problemas da saúde, se reflete sobre as condições do Serviço Nacional de Saúde e se discute a qualidade da prestação dos cuidados. Os SUP também não escapam a esta realidade tendo-se tornado nos últimos anos num serviço de primeira linha para os pais quando detetam na criança qualquer sinal sugestivo de doença, ainda que trivial.

A realização deste estudo permitiu constatar que o número de episódios de urgência no SUP é influenciado pelas crenças dos acompanhantes sobre este serviço, que estão principalmente relacionadas com a confiança e segurança nos cuidados prestados e com a fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos. Este estudo demonstrou também que a perceção da fragilidade da criança parece ser também um fator que influencia a procura inapropriada, uma vez que estão relacionados com maior NEUA.

Estes resultados vêm reforçar a ideia que é possível utilizar novos contributos, nomeadamente da psicologia, para tentar explicar a utilização inapropriada dos SUP. Com efeito, a ciência da psicologia é hoje em dia abordada no âmbito da saúde englobando variadas áreas de intervenção e inúmeros contextos. Nomeadamente, o ramo da psicologia da saúde começa a ser utilizado para a análise e melhoria dos sistemas de cuidados de saúde, bem como na identificação de barreiras à adesão de comportamentos de promoção da saúde, na avaliação das crenças e emoções dos doentes e na modificação de atitudes negativas dos utentes. A suposição de que as atitudes e as crenças são determinantes dos comportamentos é partilhada por vários modelos de cognição social que tentam identificar os processos cognitivos subjacentes às tomadas de decisão relacionadas com a saúde.

Os resultados da presente investigação mostram que, relativamente à perceção do problema de saúde da criança, a maior parte dos inquiridos que utilizou inapropriadamente o SUP tinham a noção que a situação não era grave, mas consideravam-na urgente. Neste sentido, considera-se que a melhoria e o desenvolvimento de estruturas ao nível dos

CSP, que deem respostas eficazes e eficientes aos doentes em situações clínicas de instalação súbita mas de gravidade relativa, deverá constar na lista de prioridades das entidades responsáveis.

O carácter descritivo deste estudo contribuiu igualmente para a emergência de novas questões que poderão servir de ponto de partida para estudos futuros. Em investigações posteriores seria interessante replicar a investigação, estudando amostras aleatórias de sujeitos que recorressem ao SUP por motivos realmente urgentes, referenciados por outros serviços, que utilizassem outros serviços de saúde pelos mesmos motivos (como os centros de saúde e os serviços privados) e sujeitos que apesar de apresentarem sinais ou sintomas de doença optassem por não procurar cuidados de saúde. Esta variabilidade amostral seria enriquecedora, permitindo aumentar a abrangência do estudo e tecer conclusões sobre a utilização dos serviços de saúde que este não permitiu. Por outro lado, seria igualmente interessante continuar a estudar outros fatores psicológicos que possam também contribuir para a explicação da utilização inapropriada dos SUP, como por exemplo a presença, ou não, de dimensões de psicopatologia nos seus utilizadores.

Apesar das limitações, considera-se que os resultados deste estudo podem ser úteis para despertar uma reflexão crítica e esboçar alternativas de intervenção, no sentido de uma mais correta e racionalizada utilização dos serviços de saúde, de modo a garantir uma melhoria na prestação de cuidados, mais adaptada às necessidades da população. Esclarecida a influência que as crenças e representações de doença parecem exercer na procura dos serviços de saúde, muitas vezes baseadas em estereótipos e preconceitos, considera-se importante implementar medidas que racionalizem a utilização dos serviços, que podem passar por exemplo pela implementação de campanhas de sensibilização. Neste campo destaca-se o papel que o enfermeiro pode desempenhar enquanto agente de educação para a saúde, com o objetivo de consciencializar os utentes para uma correta utilização dos serviços de saúde, de modo a facilitar a prestação de cuidados com qualidade e adequados às diversas necessidades da população.

Referências bibliográficas

- ANDERSEN, R. ; NEWMAN, J. F. (1973) - Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. 51, nº 1, p. 95-124.
- ANDRÉ, O. ; NEVES, M. A. (2003) - Atendimento de urgência: a perspectiva do utente. *Revista Sinais Vitais*. Nº 46, p. 25-28.
- ANTÓN, M. D. [et al.] (1992) - Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Medicina Clínica*. Vol. 99, nº 19, p. 743-746.
- ANTUNES, M. J. (2001) - A doença da saúde. *Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. 2ª ed. Lisboa : Quetzal Editores.
- BARROS, L. (2003) - *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa : Climepsi Editores.
- BECKER, M. H. ; ROSENSTOCK, I. M. (1987) - Comparing social learning theory and the health belief model. In WARD, W. B., ed, lit. - *Advances in health education and promotion*. Greenwich: JAI Press. p. 245-249.
- BYRNE, M. [et al.] (2003) - Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Annals of Emergency Medicine* [Em linha]. Vol. 41, nº 3, p. 309-318. [Consult. 10 Fev. 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(02\)84991-5/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(02)84991-5/fulltext) > .
- CABEZA, J. M. [et al.] (2007) - Differences in the consultation motives between referral and non-referral patients attending a Critical Care and Emergency Service at a general hospital. *Emergências*. Nº 19, p. 70-76.
- CALDEIRA, T. [et al.] (2006) - O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 37, nº 1, p. 1-4.
- CAMÍ, M. G. [et al.] (2003) - Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátricas. *Emergências*. Nº 15, p. 351-356.
- DUARTE, S. C. (2002) - Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?. Coimbra : Quarteto.
- JIMÉNEZ, J. G. (2006) - Urgencia, gravedad y complejidad: Un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergências*. Nº 18, p. 156-164.
- LEVENTHAL, H. [et al.] (1997) - Illness representation: theoretical foundations. In PETRIE, K. J. ; WEINMAN, J. A. - *Perceptions of health and illness: current research & applications*. Singapore : Harwood Academic Publishers. p. 19-46.
- MARTÍNEZ, R. Q. ; MORENO, M. N. (2008) - Padecimientos más frecuentemente atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. Vol. 51, nº 1, p. 5-10.
- MECHANIC, D. (1986) - The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*. Vol. 16, nº 1, p. 1-7.
- MELO, E. P. (1999) - Acessibilidade/utilização do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência*. Nº 3, p. 59-62.
- PASARIN, M. I. [et al.] (2006) - Reasons for attending emergency departments: people speak out. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 20, nº 2, p. 91-99.
- PEREIRA, J. M. (1987) - Será possível uma nova medicina? *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº 23, p. 185-193.
- ROGERS, R. W. (1983) - Cognitive and physiological processes in fears appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In CACIOPPO, J. ; PETTY, R. - *Social psychology: a source book*. New York : Guilford Press. p. 153-176.
- SANTOS, M. C. (2007) - *Vivência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes: estudo desenvolvimentista*. Lisboa : Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento.