

CADERNOS DE GEOGRAFIA

INSTITUTO DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS

FACULDADE DE LETRAS · UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA 1994 N.º 13



MODELAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS UTILIZADORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Paula Santana*

RESUMO

Alguns autores têm contribuído para a compreensão dos fenómenos relacionados com a utilização e frequência de utilização dos serviços de saúde. Especificar as variáveis que influenciam o comportamento dos consumidores tem sido estudado por sociólogos, economistas, geógrafos e outros investigadores preocupados com esta temática. A análise do conjunto de variáveis quantitativas e qualitativas no estudo dos serviços de saúde não só é possível como também necessária para compreender e explicar os padrões de utilização. Enquanto a investigação estatística pode ser um começo importante, é relevante considerar o complexo sócio-cultural que está subjacente no comportamento de utilização dos serviços de saúde. A modelação é um importante instrumento de análise dos factores, isolados ou interagindo, determinantes da utilização dos serviços.

Palavras chave: Serviços de saúde. Modelação. Acesso. Padrões de utilização.

RÉSUMÉ

Certains auteurs ont contribué à la compréhension des phénomènes qui ont un rapport avec l'utilisation et la fréquence d'utilisation des services de santé. Les variables qui influencent le comportement des consommateurs ont été étudiés par des sociologues, des économistes, des géographes et d'autres chercheurs préoccupés de ce sujet. L'analyse de l'ensemble des variables quantitatives et qualitatives dans l'étude des services de santé est possible mais aussi nécessaire pour comprendre et expliquer les modèles d'utilisation. Alors que la recherche peut être un début important, il est intéressant de considérer le complexe socio-culturel qui est sous-jacent dans le comportement de l'utilisation des services de santé. La construction d'un modèle est un important instrument d'analyse des facteurs qui, isolés ou, jouent ensemble, ont un rôle déterminant sur l'utilisation des services.

Mots-clés: Services de santé. Construction d'un modèle. Accès. Modèle d'utilisation.

ABSTRACT

An increasing number of authors and researchers are studying health services and frequency related issues. To specify the variables that induce the health consumers behavior is one the main jobs of sociologists, economists, geographers and other researchers dealing with such subjects. To understand and explain health services utilization patterns, it is possible, necessary and useful to analyse the set of quantitative variables and attributes (qualifiable variables) one by one and how they work together in different arrangements. Statistical approach is just an important beginning, but it is relevant to consider the socio-cultural complex that actually induces health services utilization behaviors. Modelling is an appropriated tool to analyse and describe those factors.

Key words: Health services. Modelling. Access. Utilization patterns.

* Instituto de Estudos Geográficos. Faculdade de Letras. Universidade de Coimbra.

INTRODUÇÃO

Não será difícil identificar os factores que podem afectar os padrões de utilização dos serviços de saúde. Mais problemático será avaliar a importância relativa de cada factor em ambientes específicos, para serviços específicos e pessoas específicas e encontrar formas de os influenciar no aumento da efectividade e igualdade de acesso aos cuidados de saúde.

Existe um conjunto vasto de modelos de utilização, não se tornando necessário utilizar apenas um. Os modelos de utilização podem ser considerados como complementares e as suas diferenças são de grande importância para os investigadores. Verifica-se, no entanto, que não é possível estudar todo o espectro das variáveis envolvidas nos padrões de utilização num só projecto. Em virtude de não estarem ainda estabelecidas as linhas gerais acerca do que se considera como mais relevante nos estudos de utilização, os investigadores baseiam o seu estudo em valores e objectivos individuais. Por isso, um conjunto de investigadores tem orientado os modelos desenhados segundo os seus conhecimentos e pesquisas científicas (modelos de ANDERSEN, 1968; GROSS, 1972; ANDERSEN e NEWMAN, 1973; VEEDER, 1975; WAN e SOIFER, 1975; WOLINSKY, 1978; KROGER, 1983 e STOCK, 1987, são alguns exemplos).

A importância de um factor ou conjunto de factores pode alterar-se de acordo com condições específicas do meio (por exemplo a cultura, grupos étnicos, relações sociais), os sistemas de cuidados de saúde (público, privado ou misto) e ainda tipos específicos de serviços e tratamentos. Deve ainda ter-se presente que os resultados de um estudo não podem ser aplicados directamente noutro contexto, lugar ou tempo.

MODELOS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Revisão Bibliográfica

Num esquema concertado, e com vista a um planeamento eficaz dos serviços, devem ser analisadas as condições da oferta e as características da população tendo sempre, como ponto de partida, o sistema político em que estão inseridos. ANDERSEN (1968) sugere que uma sequência de condições (factores de predisposição, factores de disponibilidade, factores de doença/necessidade) contribuem para a utilização (Fig. 1). Nos factores de predisposição o autor inclui a composição da família, a idade, o sexo, o estado civil, a dimensão da família, a idade do mais novo e do mais velho, a estrutura social - ocupação, educação e raça. Os factores de disponibilidade dizem respeito aos recursos económicos da família (por exemplo seguros de saúde) e aos recursos da comunidade, incluindo a oferta e distribuição dos recursos. Ainda neste grupo dá relevo às atitudes acerca da doença e utilização de serviços de saúde. Por último, reconhece que a resposta a uma necessidade de saúde (morbilidade) é um factor que tem grande influência na utilização dos serviços.

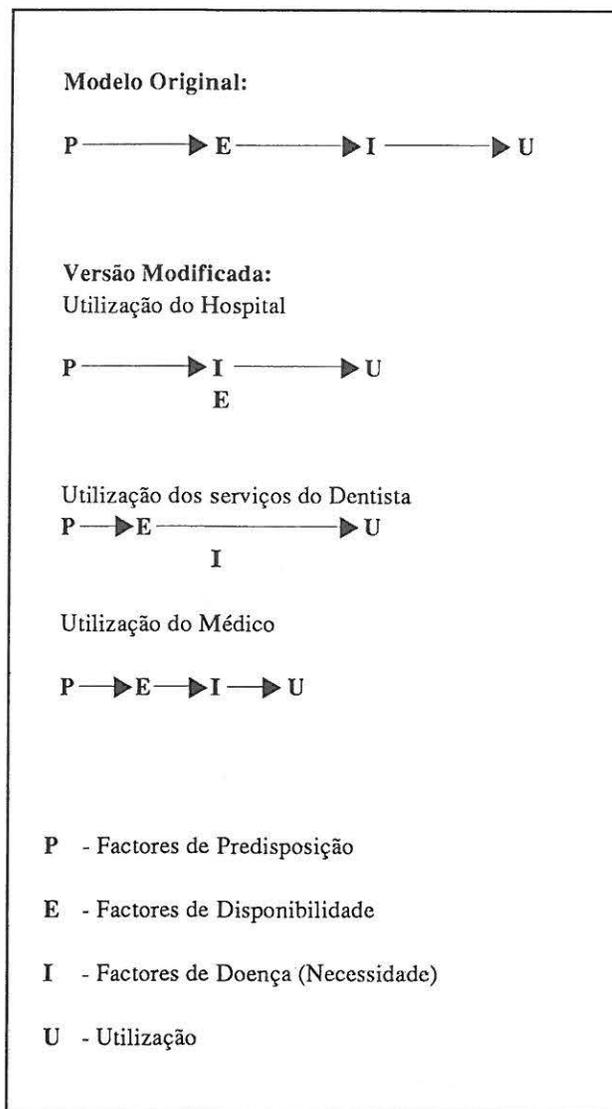


Fig. 1 - Modelo de Andersen: modelo original (1963)
Fonte: ANDERSEN, 1968

Numa primeira fase, ANDERSEN apresenta o modelo de uma forma sequencial, com os três conjuntos de factores originando taxas de utilização diversas. Numa segunda fase, reconhece que, por exemplo, a utilização do hospital é mais influenciada pelos grupos de variáveis de predisposição e doença, relegando para segundo plano o factor disponibilidade. Já na utilização do dentista invertem-se os papéis, passando a ser relevantes os factores de disponibilidade e deixando de ter grande peso os de doença.

No seguimento deste modelo outros surgiram, melhorando-o e, sobretudo, introduzindo uma variável que não tinha sido incluída: factores de acessibilidade geográfica

(distância e/ou tempo de deslocação da residência ao local da oferta, atraso na marcação das consultas, tempo de

espera no dia da consulta, disponibilidade de serviços e médicos (GROSS, 1972), Figs. 2 e 3. ANDERSEN, conjunta-

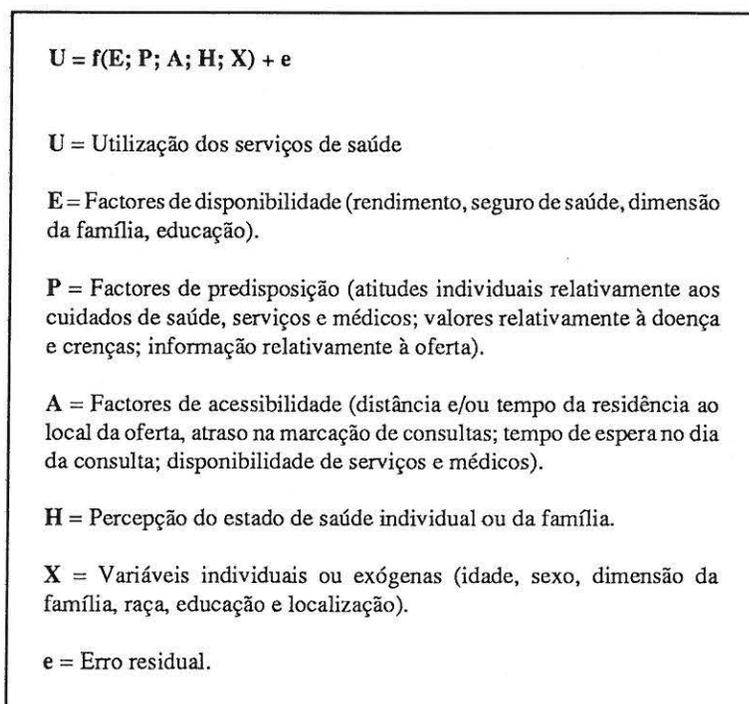


Fig. 2 – Modelo de utilização de Gross (primeiro modelo)
 Fonte: Gross, 1972

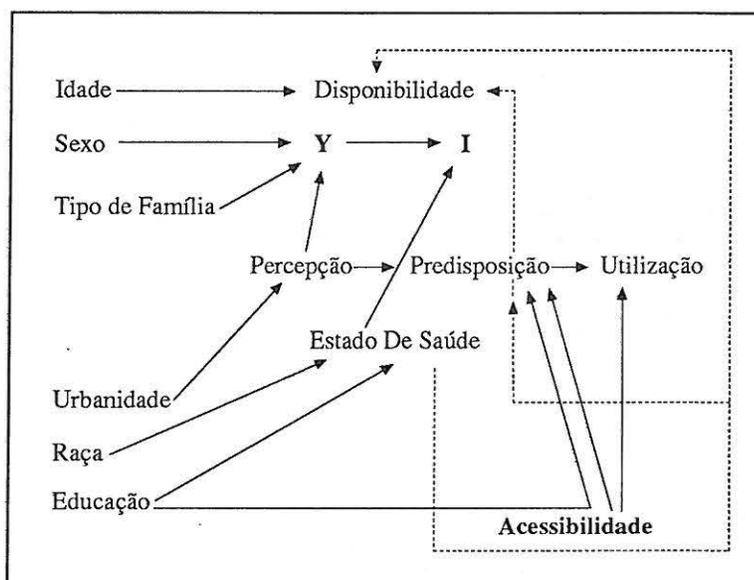


Fig. 3 – Modelo de Gross: factores de comportamento
 Fonte: VEEDER, 1975

mente com NEWMAN, primeiro (1973) (Fig. 4), e com ADAY mais tarde (1974), vai transformando o modelo, dando mais ênfase ao impacto da sociedade sobre as determinantes individuais (predisposição, disponibilidade e nível de doença) quer directamente quer por intermédio do sistema de serviços de saúde. Esta foi a primeira tentativa de sistematizar e desenvolver as relações que se estabelecem entre as forças da sociedade, do sistema de saúde e da população (Fig. 5).

O papel da organização, do financiamento e outros ligados à política de saúde, ganham cada vez mais importância no entendimento do modelo de acesso. Por isso, ADAY, ANDERSEN e FLEMING (1980) referem que a política de saúde deve ter um papel importante na oferta. A entrada no sistema deve ser analisada tendo em conta as características do sistema e da população. O acesso tem componentes quantitativas e qualitativas e ambas devem ser analisadas, distinguindo-se dois tipos de acesso: potencial e revelado.

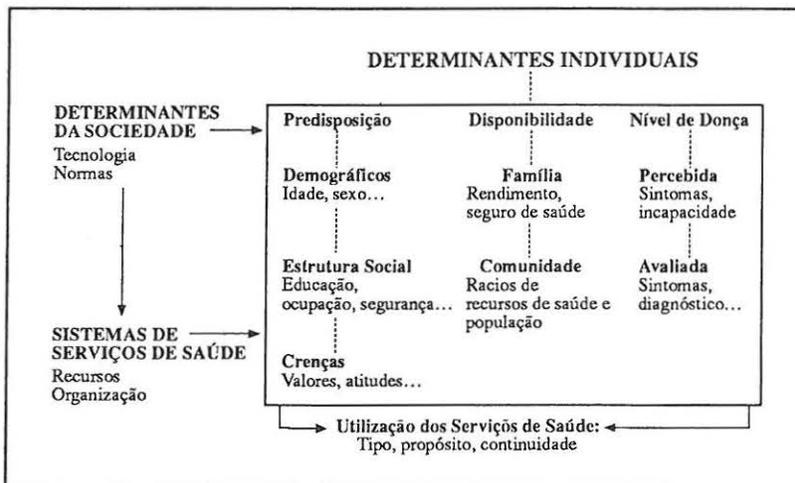


Fig. 4 – Modelo de Andersen e Newman
Fonte: ANDERSEN e NEWMAN, 1973

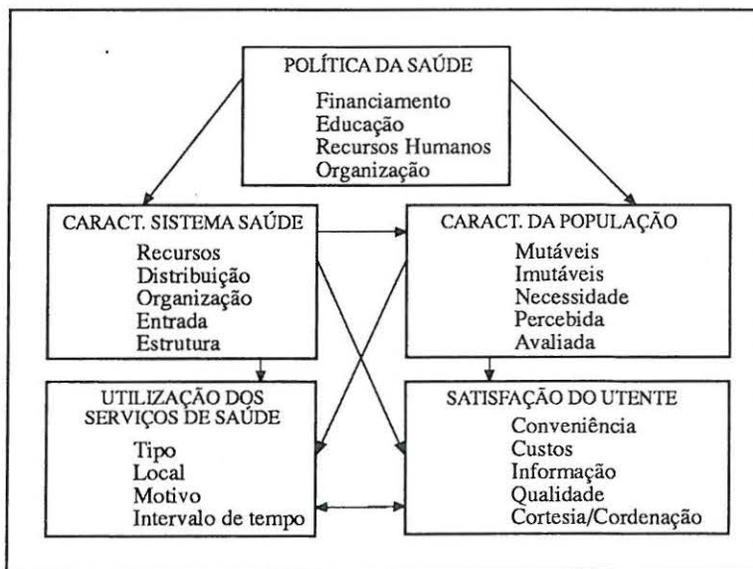


Fig. 5 – Modelo de Aday, Andersen
Fonte: ADAY e ANDERSEN, 1974

O primeiro põe em destaque a possibilidade ou probabilidade de entrada no sistema. Ainda na sequência de ANDERSEN, outros autores (WOLINSKY, 1978 e KROEGER, 1983) apresentam modelos que diferem dos anteriores quer pela introdução de variáveis novas (estatuto do chefe da família, espírito de inovação, aculturação, comunicação

médico/doente e relação entre a acessibilidade e a qualidade dos cuidados - modelo de KROEGER) quer por as variáveis entrarem em bloco e não individualmente, sendo as relações causais estabelecidas entre um bloco e outro e não variável a variável (Figs. 6 e 7).

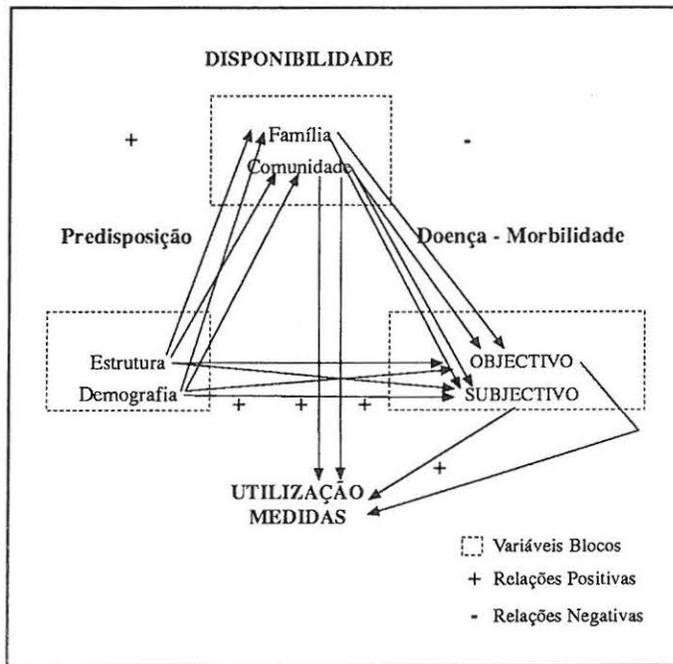


Fig. 6 – Modelo de Wolinsky
Fonte: WOLINSKY, 1978

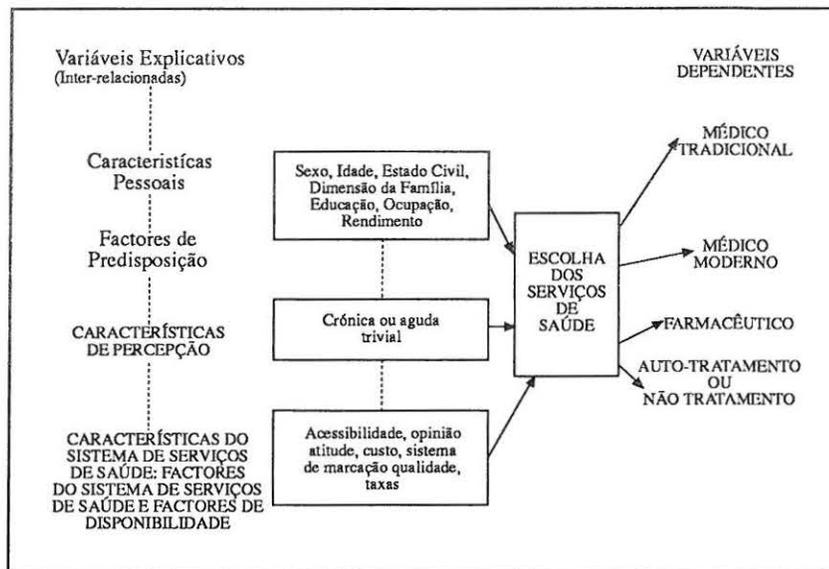


Fig. 7 – Modelo de ICSHC (International Collaborative Study on Health): escolha e utilização
Fonte: KROEGER, 1983

Todos os autores referidos anteriormente desenvolviam os modelos numa base matemática, recorrendo a análises complexas de regressão ou multivariada. As dificuldades foram sentidas principalmente pela quantidade de variáveis que estavam em jogo e, ainda, porque o comportamento humano muito dificilmente pode ser modelado ou reduzido a modelos matemáticos. Com esta preocupação, foram desenvolvidos modelos de acesso utilizando uma metodologia que se afasta do tratamento matemático e privilegia o contexto humanista, ou seja, devem ser examinados os factores de predisposição e de disponibilidade e a utilização (se existir) mas sempre num contexto cultural. Assim, WAN e SOIFER (1975) apresentam o modelo referindo que a utilização pode variar, mesmo observando-se idêntico

quadro relativo aos factores de predisposição, de disponibilidade e de necessidades de cuidados de saúde, desde que os factores culturais variem (Fig. 8).

Stock (1987) baseia-se no modelo anterior, considerando que os valores culturais relativos à doença são o primeiro determinante na escolha pelo utente da estratégia de cuidados de saúde a seguir (auto-tratamento, curas tradicionais e uso dos serviços de saúde). Neste modelo, são ainda considerados os factores de predisposição (sócio demográficos, atitudes e comportamentos e experiência de cuidados de saúde) e de disponibilidade (acessibilidade espacial, considerações financeiras e organização), como pode ser observado na Fig. 9. Os factores básicos que orientam os percursos e a escolha do utente já não se



Fig. 8 – Modelo de Wan e Soifer
 Fonte: WAN e SOIFER, 1975

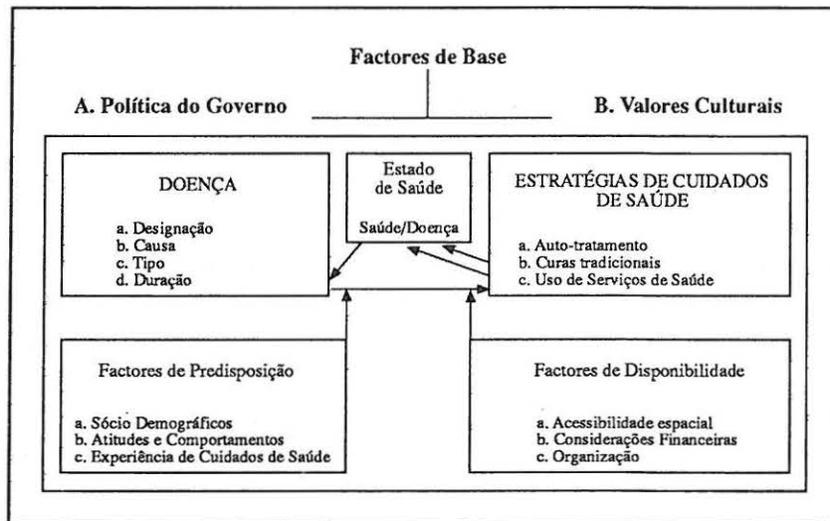


Fig. 9 – Modelo de Stock
 Fonte: STOCK, 1987

preendem apenas com a política de saúde, apresentada por ADAY, ANDERSEN e FLEMING (1980), colocando ao mesmo nível os valores culturais. Tanto o modelo de STOCK como o de WAN e SOIFER foram aplicados em áreas rurais.

Os serviços de saúde são uma base importante em quase todos os modelos explicativos da utilização dos serviços. Todavia, a simples presença de serviços não garante o uso apropriado (eficiência e eficácia). Existe um vasto conjunto de factores que afectam a sua utilização. O balanço entre os conjuntos de factores desenha os padrões de utilização.

A importância do factor distância

O efeito da diminuição de utilização com o aumento da distância é familiar aos geógrafos no contexto do comércio a retalho e como um elemento dos modelos gravitacionais desenvolvidos por STEWART (1948) e ZIPF (1949), a partir do trabalho pioneiro de Ravenstein. Esta metodologia foi introduzida mais tarde nos cuidados de saúde por SHANNON e DEVER (1974). Foi considerado pelos autores que a maior utilização dos serviços correspondia a áreas mais próximas das unidades de saúde e este facto foi mais relacionado com a informação acerca dos benefícios dos serviços pela população vizinha dos cuidados de saúde do que pela influência directa da distância da residência ao local da oferta.

A diminuição da utilização com a distância tem sido amplamente estudada, fundamentalmente pelos geógrafos e outros investigadores ligados ao planeamento dos serviços de saúde, tendo sido reconhecido que os aspectos espaciais desempenham um papel importante no uso dos serviços de saúde (consultórios médicos e hospitais) (KNOX, 1978; JONES e KIRBY, 1982; JOSEPH e PHILLIPS, 1984). WITHEHOUSE (1985), reconhece que aqueles que têm viagens mais longas (superiores a duas milhas e meia) até aos cuidados de saúde, têm uma situação desvantajosa relativamente aos que vivem próximo, em cerca de mais de um terço. Ao factor distância têm sido associados outros que são igualmente influenciadores da capacidade ou não de utilização dos serviços de saúde pelos grupos populacionais com residência mais afastada: horário de funcionamento dos serviços, oferta de transportes públicos de acordo com os horários, sistema de marcação da consulta. A mobilidade individual — carro no alojamento — e, ainda, o contacto directo (telefone na residência) quer com os serviços de saúde quer com formas alternativas de deslocação — ambulância e táxi — assumem significativa importância na utilização/não utilização dos serviços de saúde.

É importante considerar que não existe uma relação uniforme e apodítica entre o aumento da distância e a diminuição da utilização dos serviços de saúde. Quer as características dos serviços prestadores — dimensão, idade das instalações, qualidade dos cuidados, imagem pública, tipo de serviços oferecidos, área de influência — quer a capacidade de oferta e adequação dos horários dos transportes públicos quer, ainda, características individuais dos

consumidores dos cuidados, influenciam os comportamentos de procura e utilização. O efeito da distância pode ser contrabalançado, por exemplo, pela natureza dos sintomas ou da doença de que os utentes sofrem (GIRT, 1973). Esta abordagem varia, ainda, de país para país e segundo o tipo de serviço em causa.

WALMELY (1978) e INGRAM *et al.* (1978), estudaram o efeito da distância na utilização do hospital. Foram encontradas correlações significativas confirmando que o uso do hospital nas consultas externas e serviço de urgência diminuía com o aumento da distância. Embora utilizando uma metodologia diferente — comparação dos ratios actuais de utilização com os ratios esperados (atendendo ao sexo/idade especificados nos dados nacionais) para populações residindo a distâncias variadas da cidade onde o hospital estava localizado, chegou à conclusão que os que residem a mais de dez milhas da cidade King's Lynn consultam o hospital mais 20% do que as suas características de sexo e idade poderiam surgir.

Estudo da influência da distância na utilização do hospital

Tendo como objectivo conhecer a influência da diminuição da distância entre a residência e o HUC na utilização dos serviços de urgência e consulta externa, procedeu-se a uma recolha de informação naqueles dois serviços. A amostra, levantada em 1992, corresponde a 3597 utentes nas consultas externas e 5242 nas urgências.

Os resultados a que chegámos indicam-nos que existe uma correlação negativa entre a utilização da urgência e dos serviços das consultas externas (primeiras consultas reconhecidas administrativamente) e a distância percorrida entre a origem (residência) e o destino (HUC), ou seja, o aumento da distância influencia negativamente a utilização.

Porém a distância apenas influencia a utilização dentro de determinados limites. Para verificar esta hipótese subdividimos a variável distância em dois grupos: até aos 50 quilómetros e mais de 50. O cálculo do coeficiente de regressão gera o gradiente da linha de regressão que indica a influência do factor distância. Assim, que quando a distância é inferior a 50 quilómetros, a variação é explicada pela função em cerca de 76% nas urgências e 44% nas consultas externas. A partir dos 50 quilómetros a equação deixa de ter significado para explicar a variância (Figs. 10 e 11). Em ambos os casos se verifica uma diminuição da percentagem de utilização com o aumento da distância.

O efeito da distância parece variar para os diferentes grupos de pessoas, para os diferentes tipos de serviços e segundo a especificidade ou gravidade da doença. Pode, no entanto, ser questionado quando é que a distância (ou acessibilidade geográfica) em si é o factor mais importante, influenciando determinadamente ou apenas actuando como um obstáculo à utilização dos cuidados de saúde. Reconhece-se que mais investigações são necessárias neste campo para estratificar os utilizadores (e para determinar os não utilizadores) de acordo com um conjunto de

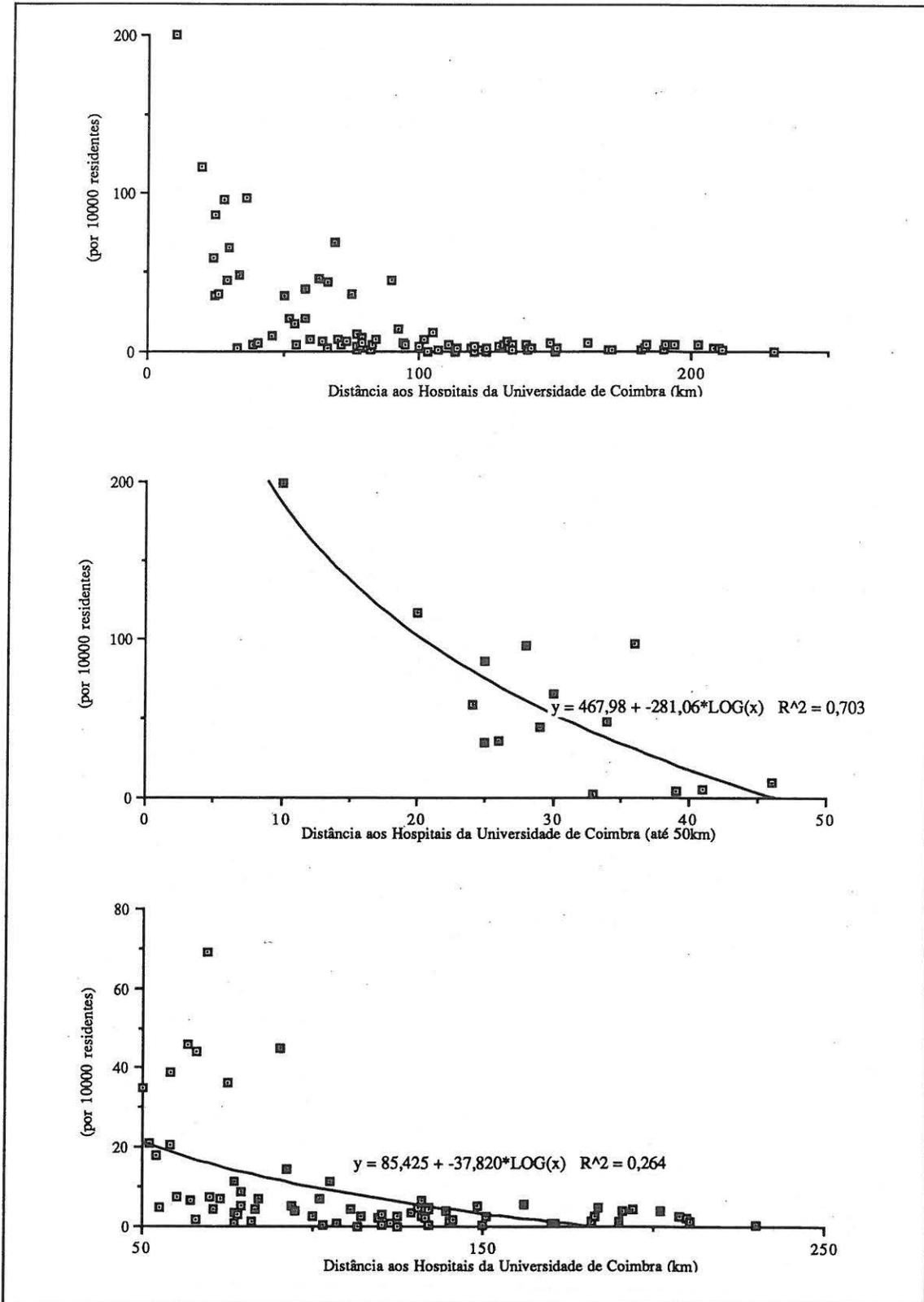


Fig. 10 – Utilização do serviço de urgência dos H.U.C. segundo a distância

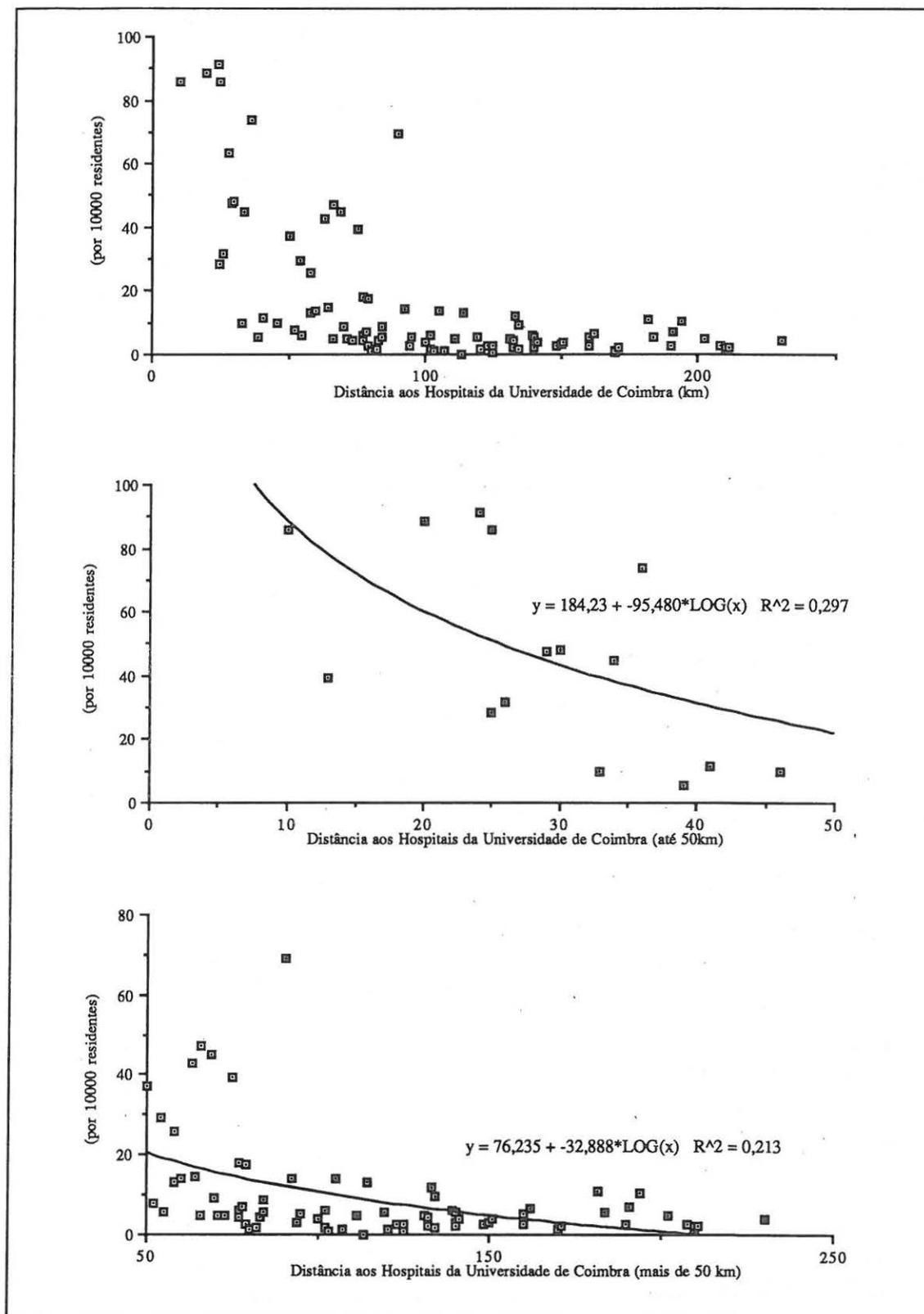


Fig. 11 – Utilização da consulta externa dos serviços dos H.U.C. (primeiras consultas)

características de comportamento. Segundo alguns autores, os factores que mais influenciam a utilização dos serviços de saúde estão relacionados com o rendimento, a idade, o sexo — variáveis individuais — a distância às unidades de saúde e a qualidade dos cuidados.

Modelos de comportamento de utilização dos serviços: ensaio metodológico

Se é relativamente simples elencar as variáveis ou conjuntos de variáveis que se relacionam directa ou indirectamente com a utilização dos serviços de saúde, em geral, não pode considerar-se que elas ajam de forma singular, antes actuando em combinação e resultando em diferentes padrões de utilização. Por exemplo, os mais novos e os mais velhos, as mulheres, o grupo dos trabalhadores manuais, os reformados que vivem sós e os que residem mais próximo dos serviços de saúde têm maiores volumes de utilização dos serviços de saúde públicos (SANTANA, 1993). Enquanto nas três primeiras variáveis a utilização (taxa e frequência) se pode relacionar com maiores necessidades de saúde destes grupos, revelando-se em maior tempo de doença percebida ou clinicamente reconhecida, o factor distância é, na maior parte dos casos, independente daquele, verificando-se muitas vezes que os grupos sócio-económicos mais elevados são duplamente favorecidos: menos propensão para contrair doenças — modos de vida mais saudáveis — e maior proximidade da oferta de serviços — resultando em eventual sobreutilização dos serviços.

Num estudo desenvolvido em 1990, a população residente em dois concelhos da Região Centro de Portugal (Coimbra e Góis, N=7038) foi questionada quanto à utilização dos serviços de saúde num determinado período (seis meses nos cuidados de primeiro contacto: centro de saúde, médico privado e convencionado; um ano nos serviços do hospital: consulta externa, internamento e urgência (SANTANA, 1994).

As desigualdades de utilização foram notadas entre a área rural de Góis e a urbana de Coimbra. Os padrões de utilização estão representados nas Figs. 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 que sistematizam a informação relativa ao consumo dos serviços de saúde nos concelhos referidos. Estes esquemas pretendem revelar apenas os factores que influenciam positiva ou negativamente a utilização, segundo a tipologia dos serviços de saúde considerados. Por isso apenas são apresentadas as variáveis onde se revelaram associações com a utilização dos serviços, constando o valor percentual mais alto dessa variável.

Assim, a utilização dos serviços de saúde resulta de um jogo entre forças positivas — variáveis com associação significativa com a utilização dos serviços — e forças negativas — factores que se relacionam com a oportunidade ou disponibilidade de acesso. Nas primeiras estão incluídas as características demográficas (sexo e idade), sócio-económicas das famílias (grupos sociais: Elevado, Médio/Elevado, Médio, Baixo e Reformados que vivem

sós), de percepção de “doença” (tempo de “doença” em quinze dias): No segundo grupo inclui-se a distância (tempo e custo de deslocação) a percorrer entre a residência e a oferta dos serviços, a oportunidade de consumir cuidados alternativos (quer ao nível da medicina tradicional — em hospital ou consultório médico — quer ao nível do recurso ao farmacêutico, enfermeiro, curandeiro, ervanário, etc.) e os rendimentos das famílias (num mês e per capita). Neste grupo reconhecem-se aspectos relativos à acessi-

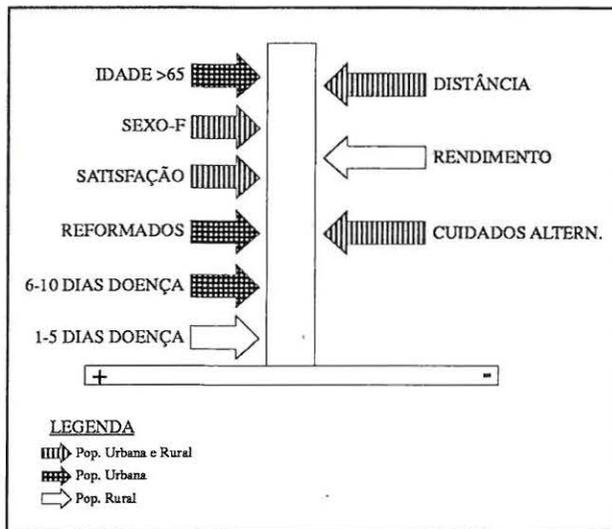


Fig. 12 – Modelo simplificado de utilização do Centro de Saúde pela população rural e urbana

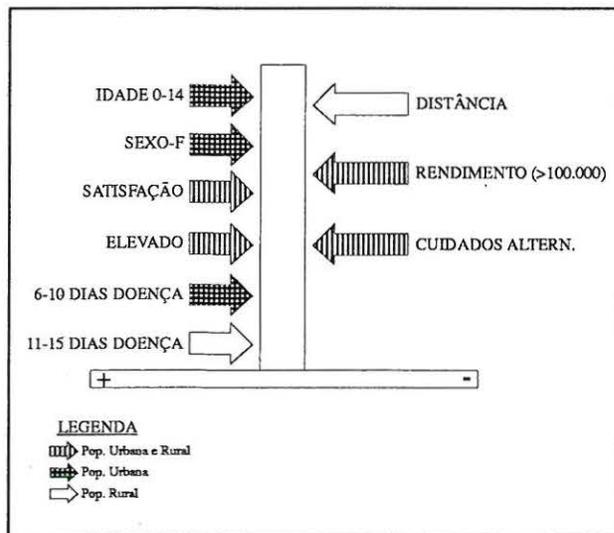


Fig. 13 – Modelo simplificado de utilização do médico privado população rural e urbana

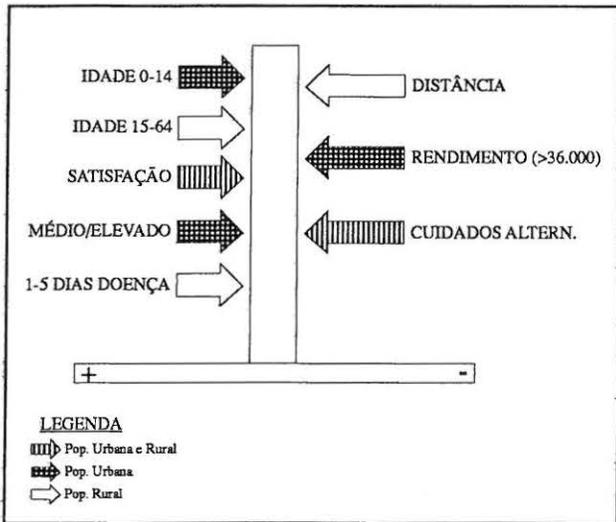


Fig. 14 – Modelo simplificado de utilização do médico convencional pela população rural e urbana

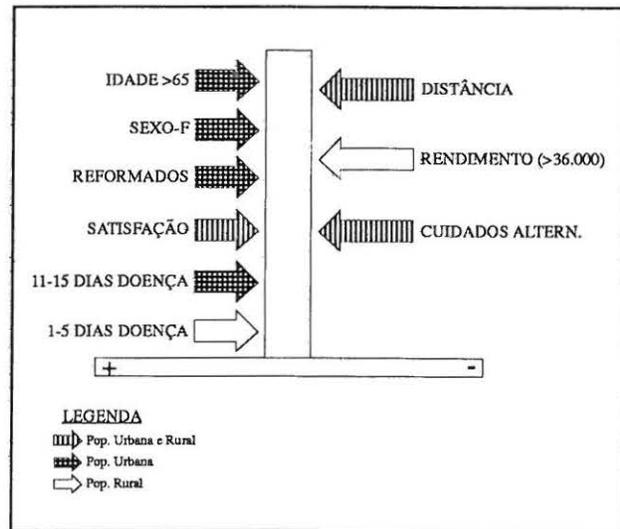


Fig. 16 – Modelo simplificado de utilização das consultas externas do hospital pela população rural e urbana

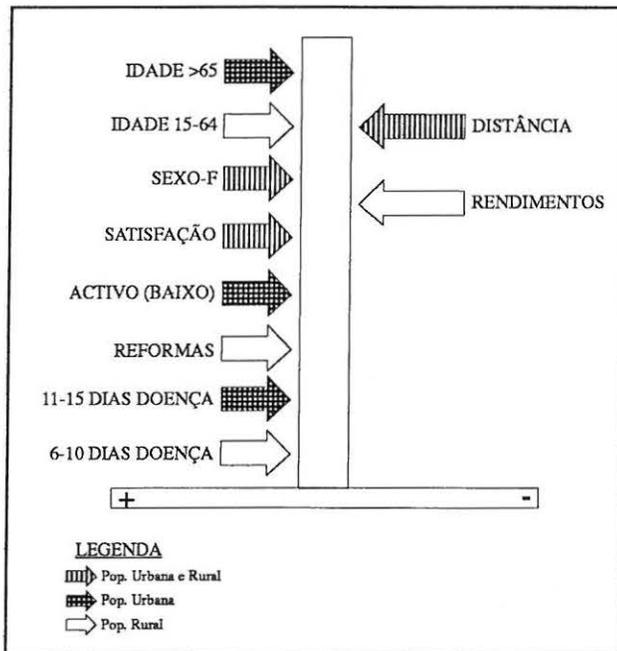


Fig. 15 – Modelo simplificado de utilização do hospital pela população rural e urbana

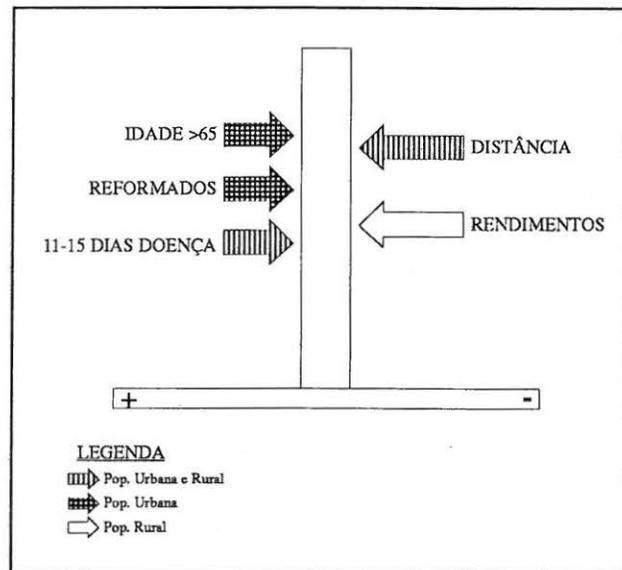


Fig. 17 – Modelo simplificado de utilização do internamento no hospital pela população rural e urbana

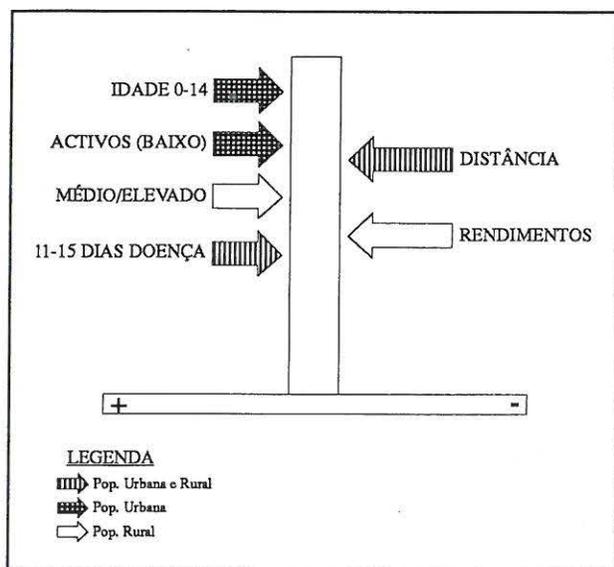


Fig. 18 – Modelo simplificado de utilização das urgências pela população rural e urbana

bilidade em geral — geográfica e económica; recursos de saúde localizados mais afastados da residência são utilizados pelas famílias de maiores rendimentos, principalmente quando os serviços são pagos em parte (médico convencionado) ou na totalidade (privado) pelos consumidores ou quando não existe by-pass do sistema de acesso aos serviços de saúde públicos.

As variáveis ou conjunto de variáveis não apresentam o mesmo comportamento perante a utilização. Observando a Fig. 12 verifica-se que, por exemplo, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,0001$) entre os grupos de idade na utilização do centro de saúde pela população urbana — tendo-se verificado que quem utiliza mais são os de mais idade — enquanto a população da área rural utiliza este serviço independentemente da idade, ou seja, atendendo a esta variável, a população tem uma utilização homogênea deste serviço. O fenómeno é semelhante no comportamento da variável grupo social: os Reformados que residem na área urbana têm utilização percentualmente superior relativamente aos outros grupos sócio-económicos mencionados no parágrafo anterior, o mesmo não acontece na área rural onde a utilização deste serviço não apresenta diferenças percentuais estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos sócio-económicos. A população em estudo (rural e urbana) do sexo feminino utilizou mais estes serviços e, igualmente, os que se sentiram satisfeitos com os serviços oferecidos (quer com a prestação dos cuidados quer com instalações). O tempo de doença influencia positivamente o consumo de serviços nas áreas consideradas, embora com uma estrutura diferente. Enquanto na área urbana a população que utiliza mais tem períodos mais longos de doença percebida, a utilização

pela população da área rural é consequente a uma necessidade percebida de doença, relacionando-se com episódios mais curtos de doença percebida. Este facto resulta, em parte, da tipologia da oferta ao nível dos cuidados alternativos nos dois espaços geográficos considerados. Enquanto na área urbana o contacto com outras estruturas de saúde — médico privado ou hospitalar e farmácia, fundamentalmente — é relativamente fácil, na área rural os cuidados alternativos situam-se ao nível da automedicação, tratamentos caseiros e chás e, para alguns, o recurso à única farmácia existente no concelho ou ao médico privado, localizado nos concelhos limítrofes. O acesso ou a dificuldade de acesso aos cuidados alternativos traduz-se, por vezes, na utilização mais ou menos imediata do centro de saúde na sequência de uma necessidade de saúde percebida pelo utente.

Ainda na Fig. 12 ressalta a influência de factores negativos que actuam tanto na área rural como na urbana e são inibidores do acesso. Estes podem traduzir-se na diminuição de utilização. Ou seja o aumento da distância e dos cuidados alternativos (por ex.: a oferta de cuidados hospitalares em Coimbra) pode traduzir-se na diminuição da utilização do centro de saúde, como referimos anteriormente. Acrescentar a estes factores a população rural, principalmente a que reside mais afastada da sede do concelho onde se localiza o centro de saúde, enfrenta, para além das despesas de deslocação, outros inconvenientes da distância, como por exemplo a diminuição da produtividade no trabalho (agrícola ou outro). O rendimento é, também, uma variável fundamental no entendimento desta problemática. Os residentes nas áreas de menor acessibilidade geográfica ao centro de saúde têm valores mais baixos de utilização à excepção dos que auferem de rendimentos superiores a vinte cinco mil escudos.

Na Fig. 13 o cenário é diferente. O consumo de actos médicos oferecidos pela medicina privada apresenta diferenças significativas entre os grupos sociais, entre os que se sentiram satisfeitos/não satisfeitos com os serviços e, ainda, segundo o tempo percebido de doença, quer na população rural quer na urbana. Verifica-se, então, que quem recorreu mais a este serviço foi a classe social Elevada e os que se sentiram satisfeitos em contactos anteriores com os serviços. Embora o tempo de doença seja uma variável determinante na utilização, o comportamento é diferente nas populações consideradas. Observe-se que os residentes na área rural só recorrem ao médico privado depois de um período de doença prolongado (11 a 15 dias, considerando apenas um período de 15 dias). A distância é mais sentida pela população da área rural; no entanto, o rendimento e os cuidados alternativos actuam como influenciadoras do acesso e utilização, nos dois contextos. Também na utilização do médico privado a população rural não apresenta diferenças significativas entre os grupos de idade e os sexos. Ao contrário, na área urbana quem utiliza mais são as crianças (0 aos 14) e as mulheres.

Na utilização do médico convencionado (Fig. 14) a população urbana apresenta um comportamento diferente

da da área rural nos grupos de idade. A classe social, variável que é determinante no consumo pela população urbana, não é influenciadora nos residentes rurais, aos quais a percepção do estado de doença é mais relevante na decisão de utilização. A distância apenas é obstáculo neste último espaço geográfico.

Os serviços de saúde de carácter mais especializado — hospitais — com oferta de consultas externas, internamento e serviço de urgência, apenas se localizam na cidade de Coimbra. Como pode ver-se nas Figs. 15, 16, 17 e 18 o padrão de utilização do hospital é semelhante aos observados anteriormente, principalmente para a população urbana onde o grupo dos mais velhos, as mulheres, os que obtiveram satisfação com os serviços em contactos anteriores e os do grupo social Baixo são os que apresentam valores percentuais de utilização mais altos e correspondem às variáveis onde se reconhecem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,0001$). A distância é apontada como impedimento a uma maior utilização dos serviços. Na área rural, quem utiliza mais é a população em idade activa, a do sexo feminino e a que referiu período de doença entre 6 e 10 dias, ou seja, superior ao da necessidade de utilização do centro de saúde. No consumo de cuidados do hospital pela população da área rural, nomeadamente ao nível das consultas externas, internamento e urgência, diminui claramente o efeito das variáveis idade, sexo, grupo social (à excepção da urgência). Verifica-se que estes se constituem como serviços agenciados e por isso diminui a influência de decisão ao nível do comportamento individual na utilização dos serviços.

Algumas destas análises são passíveis de se traduzirem em modelos de utilização dos serviços de saúde. Variáveis demográficas, sociais, económicas, geográficas, de satisfação, de percepção da saúde (ou, *a contrario*, de doença) revelaram a sua importância relativa na utilização dos serviços de saúde em geral e reflectiram-se em comportamentos diferentes segundo a sua tipologia (públicos e privados, de carácter mais ou menos especializado) e ainda com diferenças notáveis entre áreas geográficas com características diferentes (urbanas e rurais).

Observa-se, então, que o contexto cultural e geográfico estão associados a padrões diferentes de procura e utilização de serviços. Assim, a modelação deve ter em conta vertentes relativas aos factores ambientais, à percepção da saúde e doença, aos factores de disposição e propensão e, ainda, outros relativos à oferta de serviços e estratégias para resolver os problemas de saúde. A política do governo e da saúde são o ponto de partida na análise desta problemática (Fig. 19). Problemas como o financiamento, a equidade e o organização e gestão do sistema de saúde são aspectos substantivos que a política de saúde terá que resolver e que, necessariamente, permitirão a diminuição das iniquidades locais e regionais no acesso aos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

A discussão dos modelos é relevante porque nos permite conhecer os factores mais importantes que estão relacionados com a utilização dos serviços de saúde e porque

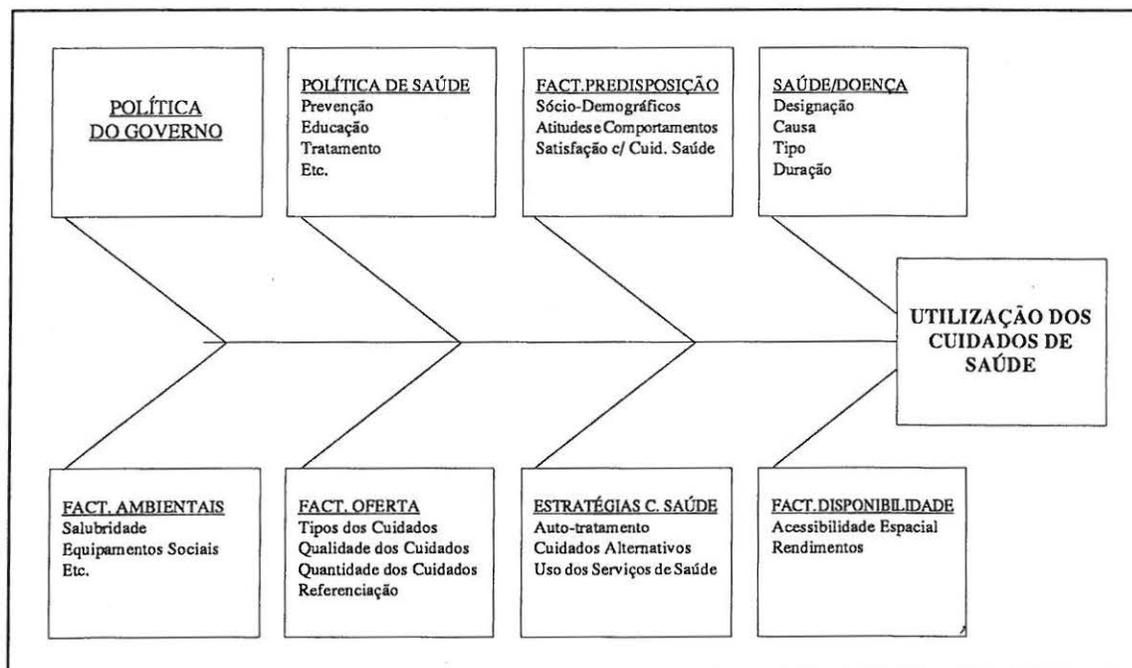


Fig. 19 – Factores determinantes da utilização dos cuidados de saúde

oferece pistas acerca das relações mais importantes entre os factores.

Para responder a “quem, onde, quando, porquê, como” usa os serviços de saúde torna-se necessário entender as relações que se estabelecem entre os vários factores e que podem actuar como decisoras no acesso e utilização ou, pelo contrário, serem um travão. A informação acerca dos serviços, conhecimento acerca da saúde e da doença, os custos relacionados com a deslocação, com as taxas, com os tempos de espera e da deslocação e com os medicamentos são alguns factores que podem influenciar a utilização. Refiram-se, ainda, as características individuais (rendimento, ocupação, sexo, grupo social), a organização e gestão dos serviços de saúde, a distribuição dos recursos, a sua acessibilidade, e a disponibilidade de formas alternativas como factores que podem influenciar os padrões de utilização. Identificar os factores é talvez o menos problemático já que a dificuldade reside em avaliar a sua importância relativa na definição dos padrões de utilização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAY, L. A. e ANDERSEN, R. (1974) - “A frame work for the study of access to medical care”. *Health Services Research*, 9, pp. 208-220.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. e FLEMING, G. (1980) - *Health care in the U.S.: equitable for whom?*. Sage Publications, USA.
- ANDERSEN, R. (1968) - *A behavioural model of family's use of health services*. Research Series, Nº 25, Chicago: Centre for health Administration Studies, University of Chicago.
- ANDERSEN, R. e NEWMAN, J. (1973) - “Societal and individual determinants of medical care utilisation”. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, pp. 95-124.
- EYLES, J. e WOODS, K. J. (1983) - *The social geography of medicine and health*. Nova Iorque, St. Martin's Press.
- GIRT, J. L. (1971) - “The location of medical services and disease ecology - Some conclusions on medical consultations in a rural environment”. *Geographia Medica*, 2, pp. 43-62.
- GIRT, J. L., (1972) - “Distance and patterns of revealed ill-health in a spatially-dispersed population: the problem of ascertaining optimal locations for general medical facilities”, comunicação apresentada no *Congresso Internacional Unions Commission on Medical Geography*, Guelph, Ontario, pp. 2-4.
- GISH, O. (1973) - *Resource allocation, equality of access and health*. World Development, 1, p. 3.
- GROSS, P. F. (1972) - “Urban health disorders, spatial analysis, and the economics of health facility location”. *International Journal of Health Services* (February), 2, pp. 63-84.
- HAYNES, R. M. e BENTHAM, C. G. (1979) - *Community hospitals and rural accessibility*. Teakfield Ltd. Westmead, Reino Unido.
- HAYNES, R. M. e BENTHAM, C. G. (1982) - “The effects of accessibility on general practitioner consultations, out-patient attendances and in-patients admissions in Norfolk, England”. *Soc. Sci. Med.*, 16, pp. 561-569.
- HEALTH ORGANIZATION (ed.) - *Measurement of levels of health*. Copenhagen, Who Regional Publications, pp. 439-446.
- INGRAM, D.; CLARKE, D. e MURDIE, R. (1978) - “Distance and the decision to visit an emergency department”. *Soc. Sci. Med.*, 12, pp. 55-62.
- JONES, D. e KIRBY, A. (1982) - “Provision and well-being: an agenda for public resources research”. *Environment and Planning A*, 14, pp. 297-310.
- JOSEPH, A. e PHILLIPS, D. R. (1984) - *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. Harper and Row, Nova Iorque.
- KNOX, P. L. (1979) - “Medical deprivation, area deprivation and public policy”. *Soc. Sci. Med.*, 13D, pp. 111-121.
- KROEGER, A. (1983) - “Anthropological and socio-medical health care research in developing countries”. *Social Science and Medicine*, 17, Nº 3, pp. 147-167.
- SANTANA, P. (1993) - *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em Geografia da Saúde*. (tese de doutoramento, policopiada).
- SHANNON, G. W. e DEVER, G. E. A. (1974) - *Health care delivery: spatial perspectives*. Nova Iorque, Mcgraw-hill Book Comp.
- SHANNON, G. W. e SPURLOCK, C. W. (1976) - “Urban ecological containers, environmental risk cells, and the use of medical services”. *Economic Geography*, 52, pp. 171-180.
- SHORTELL, S. M. (1980) - “Factors associated with the utilization of health services”. In (ed.) - *Introduction to health services*, EUA, Wiley and Sons, pp. 48-86.
- STOCK, R. (1987) - “Understanding health care behaviour: a model, together with evidence from Nigeria”. In: AKHTOV, R. (Ed.) - *Health and disease in Tropical Africa*. Harwood Academic Publishers, Londres.
- VEEDER, N. (1975) - “Health services utilization models for human services planning”. *Journal of American Institute of Planners*, 41, pp. 101-109.
- WAN, T. e SOIFER, J. (1974) - “Determinants of physician utilization: a causal analysis”. *Journal of Health and Social Behaviour*, 15, pp. 100-112.
- WHEELER, M. (1972) - “Hospital, accessibility and public policy”. *Hospital and Health Services Review*, 68, pp. 82-85.
- WHITE, K. L. (1979) - “Resource allocation: balancing needs, resources and use”. In WORLD
- WHITE, A. N. (1979) - “Accessibility and public facility location”. *Economic Geography*, 55, pp. 18-35.
- WHITEHOUSE, C. (1985) - “Effects of distance from surgery on consultation rates in an urban practice”. *British Medical Journal*, 290, pp. 359-362.
- WOLINSKY, F. (1978) - “Assessing the effects of predisposing, enabling and illness-morbidity characteristics on health service utilization”. *Journal of Health Care & Social Behaviour*, 27, pp. 209-219.