

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E NOSOLÓGICOS DA POPULAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DISTRITAL DE GUIMARÃES (UM ESTUDO DE GEOGRAFIA HUMANA)¹

PAULA CRISTINA A. REMOALDO

RESUMO:

O presente artigo encerra a análise de alguns dos comportamentos patológicos mais frequentes num Serviço de Urgência, nomeadamente, do Hospital Distrital de Guimarães. Subdivide-se estruturalmente em duas partes: a primeira apresenta um *facies* teórico, centralizando-se na problemática dos indicadores de saúde mais válidos para avaliar o estado de saúde de uma população, analisando a evolução de alguns indicadores, *e.g.*, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade perinatal, à escala nacional e infradistrital. A segunda parte evidencia um *facies* mais pragmático, resultante da recolha de uma amostra a partir da leitura de 6579 fichas de doentes e da realização de um inquérito por entrevista em três dias do Verão de 1990.

Os principais objectivos que estiveram subjacentes à sua feitura foram: transmitir um conhecimento detalhado dos comportamentos da população que afluía a um Serviço de Urgência nos finais da década de oitenta, incluindo a morbilidade

¹ O presente artigo constitui um resumo do texto de 261 páginas, apresentado em Abril de 1993, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho como Prova de Aptidão Científica prevista nos artigos 53.º a 60.º do Estatuto da Carreira Docente Universitária. A autora é Geógrafa e desempenha actualmente as funções de Assistente no Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

mais frequente pouco considerada nas estatísticas oficiais de saúde e nos estabelecimentos hospitalares e alertar os organismos administrativos dos estabelecimentos hospitalares para a necessidade de reverem as suas estatísticas.

1. Preâmbulo

Em todas as sociedades existe a ideia de que a doença é um fenómeno que ameaça o indivíduo ou a sociedade no seu conjunto. Trata-se de um fenómeno biológico e ao mesmo tempo social, que se desenha, antes de tudo, como uma rede organizada de sinais e sintomas que requerem uma acção.

A doença compreende atitudes, reacções e comportamentos bastante «sui generis», a maior parte das vezes. Provavelmente será num Serviço de Urgência de qualquer estabelecimento hospitalar, onde os podemos encontrar em maior número.

A pesquisa de que se apresenta um resumo encerra a análise de alguns dos comportamentos patológicos mais frequentes num Serviço de Urgência, concretamente o do Hospital Distrital de Guimarães. Trata-se de uma temática de incipiente abordagem no campo da Geografia (apanágio que é do pessoal clínico), apresentando-se como um vasto campo de estudo em plena fase exploratória. Os principais objectivos que estiveram subjacentes à sua feitura foram: transmitir um conhecimento detalhado dos comportamentos da população que afluía a um Serviço de Urgência nos finais da década de oitenta, incluindo os estados mórbidos mais frequentes pouco considerados nas estatísticas oficiais de saúde e nos estabelecimentos hospitalares; alertar os organismos administrativos dos estabelecimentos hospitalares para a necessidade de reverem as suas estatísticas, nomeadamente o não privilégio de indicadores de morbidade; servir de elemento de comparação entre a orgânica de funcionamento do antigo Hospital Distrital de Guimarães e a actual orgânica resultante da entrada em funcionamento do novo Hospital em finais de 1991.

Cientes da multifacetiz da presente temática e das possíveis dificuldades que poderíamos encontrar na caminhada de dois anos que empreendemos, optámos por abordá-la.

A consecução do presente trabalho ficou largamente a dever-se à orientação da Professora Doutora Rosa Fernanda Moreira da Silva, que desde o início nos acompanhou incansavelmente e ao Professor Doutor Manuel Silva e Costa, pelo acompanhamento que dispensou desde o início e pela perspectiva sociológica que nos incutiu.

2. Índice geral da obra

Preâmbulo	1
I – NÍVEIS SANITÁRIOS EM PORTUGAL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS	
1 – Algumas reflexões sobre indicadores de Saúde	6
2 – Indicadores de mortalidade mais representativos	12
2.1 – Evolução da taxa de mortalidade infantil	12
2.2 – Panorama da mortalidade perinatal	27
2.3 – Evolução do obituário nas últimas décadas	32
3 – Outros indicadores de eficácia do funcionamento do Sistema de Saúde	48
II – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E NOSOLÓGICAS DOS DOENTES QUE AFLUEM AO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DISTRITAL DE GUIMARÃES	
1 – Considerações sobre o Hospital Distrital de Guimarães	58
2 – O Serviço de Urgência deste Hospital	62
2.1 – O movimento assistencial daquele serviço	62
2.2 – Circunstâncias de acesso àquele serviço	74
2.2.1 – Indicadores mais representativos concernentes à procura	74
2.2.2 – Características da amostra e metodologia	93
2.2.3 – Breve resenha histórica da Classificação Internacional de Doenças	97
2.2.4 – Justificação da opção pela Lista Básica para Tabulação	100
2.3 – Características nosológicas dos doentes que afluem ao Serviço de Urgência	104
2.3.1 – Contributo de rubricas imprecisas	104

2.3.2 - A componente espacial como elucidativa das características nosológicas	118
2.3.3 - Significado das lesões traumáticas e envenenamentos	140
2.3.3.1 - Ponderação dos vários subgrupos e dicotomia segundo o sexo	140
2.3.3.2 - Distribuição dos vários subgrupos segundo os grupos etários	160
2.3.4 - As doenças do foro respiratório e restantes nosologias	174
2.3.4.1 - Ponderação das patologias do foro respiratório segundo o sexo e os grupos etários ..	174
2.3.4.2 - Caracterização das restantes patologias ..	182
2.4 - Aferição de outras características inerentes ao doente do Serviço de Urgência	187
2.4.1 - Encaminhamento e razão de escolha do Serviço de Urgência	188
2.4.2 - Opinião do doente sobre o Serviço de Urgência ...	191
2.4.3 - Características culturais e comportamentais do doente	200
Conclusão	208
Anexos	211
Bibliografia de base	230
Publicações	249
1 - Organismos Oficiais	249
2 - Organismos Privados	251
3 - Fontes Estatísticas	251
Índice de Figuras	254
Índice de Quadros	258

3. Estrutura da obra

A obra divide-se estruturalmente em duas partes: a primeira apresenta um *facies* marcadamente teórico, enquanto a segunda um *facies* mais pragmático, este último resultante fundamentalmente do trabalho de campo empreendido no Verão de 1990.

A primeira parte intitulada «Níveis sanitários em Portugal nas últimas décadas» subdivide-se em três itens, pretendendo-se estabelecer um sucinto perfil sanitário de Portugal nas últimas três décadas. Antes

de o delinear-mos debruçamo-nos sobre a problemática dos indicadores de saúde mais válidos para avaliar o estado de saúde de uma população.

Segundo a Organização Mundial de Saúde², a taxa de mortalidade infantil é um indicador precioso para a avaliação do estado de saúde de uma população. Esta avaliação diz respeito não só ao foro infantil como também é extensível a toda a população e, implicitamente, às condições socio-económicas que lhe estão subjacentes. Por outro lado, e ainda segundo aquela entidade, estaremos perante um indicador revelador da disponibilidade, utilização e provavelmente da eficácia dos cuidados de saúde, particularmente dos cuidados pré-natais.

A abordagem que se enceta da taxa de mortalidade infantil engloba duas escalas, a nacional e a infradistrital, alertando o leitor para o facto de Portugal constituir em 1989 o único país da então Comunidade Europeia que não tinha ainda ultrapassado a barreira dos 10%. Na década de cinquenta o *décalage* que o separava de outros países era superior, evidenciando, por exemplo, uma taxa quase cinco vezes superior à da Holanda (17.2%o *versus* 84.0%o para Portugal).

Portugal teve que esperar pela década de setenta para assistir a um declínio acentuado das taxas de mortalidade infantil, como resultado de uma importante intervenção do Estado Português no âmbito da saúde, do direito à saúde para todos, do desenvolvimento de uma rede de centros de saúde responsáveis pelos cuidados básicos de saúde (Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro) e da criação de um serviço médico à periferia.

No seio do espaço português, o norte, sempre se perfilhou como a região menos feliz no que concerne a este tipo de taxas, como resultado de aspectos demográficos e sociais. Por um lado, são os valores tradicionais que desde sempre estiveram mais enraizados naquele espaço, representados por uma elevada taxa de natalidade, uma elevada percentagem de nados-vivos de quarta ordem e mais, de famílias numerosas, de casamentos católicos, uma baixa taxa de divórcios e de nados-vivos que ocorrem fora do casamento. Parece estar provado que as pessoas que cortam com a tradição são menos fatalistas e mais prontas a colaborar com o pessoal dos serviços de saúde. Além disso,

² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, in «Santé pour tous», Genève, 4, 1981.

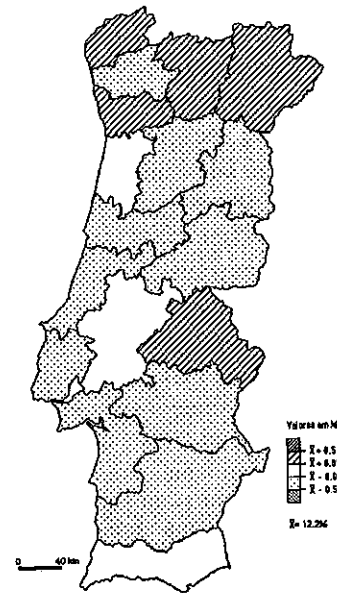
revelam-se mais desejosas de aprender novas formas de cuidados infantis e melhor nutrição, vacinação das crianças, etc.. São focalizados outros factores nas páginas 14 a 24 da obra.

Outro dos indicadores privilegiado foi a taxa de mortalidade perinatal. O perfil de evolução deste índice empírico para o conjunto do país é similar ao da taxa de mortalidade infantil, tendo decrescido de 38.9‰ em 1970 para 12.1‰ em 1991, revelando um decréscimo menos marcante. A melhoria daquele índice parece ter-se feito essencialmente à custa da diminuição da mortalidade fetal tardia. Registou-se uma melhoria sensível na década de oitenta, mas, tal como acontece para a taxa de mortalidade infantil, Portugal encontra-se numa posição desvantajosa quando comparado com os restantes países do espaço comunitário.

Em Portugal as causas de morte perinatal, tal como acontece com as da infantil, não são maioritariamente patológicas, mas, principalmente sociais, sendo enumeradas nas páginas 27 a 32.

A Figura 1 deixa transparecer importantes assimetrias distritais no que diz respeito à mortalidade perinatal, que reflectem as diferenças do desenvolvimento económico e socio-cultural. Mais uma vez é a região Norte que se salienta no conjunto do Continente, apesar do distrito de Braga ocupar uma situação mais satisfatória do que no âmbito da mortalidade infantil.

FIGURA 1
Taxas de Mortalidade Perinatal
por distritos, 1990



Fonte: Estatísticas Demográficas, INE, Lisboa, 1990.

Um dos indicadores que geralmente é utilizado para aferir o nível sanitário de uma qualquer área é a mortalidade por causas. A sua utilização permitiu-nos aferir aspectos sobre o processo de Transição Epidemiológica e, implicitamente, sobre a Teoria da Transição Demográfica. Neste sentido, utilizámos o esqueleto da Classificação Internacional de Doenças, alicerçado em 17 agrupamentos nosológicos.

Para completarmos o perfil sanitário do espaço continental e do posicionamento do distrito de Braga tornou-se imperioso empreender uma análise sucinta doutros indicadores, tendo sido seleccionados os *ratios* habitante/médico, habitante/enfermeiro e o índice camas/1000 habitantes (páginas 48 a 57).

A segunda parte da obra, intitulada «Características sociodemográficas e nosológicas dos doentes que afluem ao Serviço de Urgência do Hospital Distrital de Guimarães», encerra uma análise empírica da orgânica de funcionamento do Hospital D. de Guimarães, com particular ênfase para o Serviço de Urgência, sobressaindo a crescente afluência de doentes àquele sector de atendimento, mormente a partir de meados dos anos setenta, tendo-se alcançado um pico no ano de 1988 (138 081 casos). Na base deste crescimento vertiginoso poderão estar vários factores, uns de cariz extrínseco e outros intrínseco, estes últimos resultantes da própria orgânica de funcionamento daquela instituição.

Poder-se-á avançar como factor extrínseco, o progressivo aumento da consciência sanitária da população, sem ter havido significativa criação de infraestruturas adequadas noutras entidades prestadoras de cuidados de saúde. Esta transformação de mentalidades é decorrente da informação médico-sanitária prestada à população e que veio sendo veiculada, mais insistentemente, a partir dos anos oitenta pelos *mass media*. Outros factores são enunciados nas páginas 63 a 70.

Depois de efectuada uma análise da evolução das características daquele sector de atendimento, legitimou-se o pressuposto de que não era justificativa a ida ao S.U. por grande parte da população que o fazia. Saliente-se até 1990 uma maior frequência à segunda-feira, enquanto o dia menos solicitado era o domingo. Tal cenário, induziu-nos o levantar da seguinte questão: será que além do Serviço de Urgência funcionar como um sector substituto do de consultas externas, a sua maior solicitação à segunda-feira representa uma procura de justificação para retardamento do início da semana de trabalho? Claro que teremos ainda que enadir o facto de as unidades prestadoras de cuidados primários de saúde não se encontrarem a funcionar ao fim-de-

-semana no ano referente à amostra recolhida, o mesmo acontecendo com a consulta externa do hospital, impossibilitando a população de se socorrer destas instituições. Contudo, e por isso mesmo, pensamos que se aos casos estivesse inerente um certo grau de gravidade, a população não esperaria pela segunda-feira para se dirigir a uma qualquer instituição.

Também se registou uma elevada frequência média às quartas e sextas-feiras. Quanto às quartas-feiras e segundo apurámos, a equipa médica que nos últimos anos aí vem prestando serviço está bastante creditada junto da população, podendo contribuir para tal situação. No caso da elevada representatividade das sextas-feiras, tratar-se-á também da tentativa de encontrar uma justificação para a precoce finalização da semana de trabalho? Um outro evento que poderá ter uma elevada ponderação na ocorrência assinalada é a circunstância de a sexta-feira coincidir com o dia de feira semanal, desenrolando-se a escassas centenas de metros do estabelecimento hospitalar. Uma parcela de Vimeirense aproveitará, assim, este dia para realizar as suas compras semanais e para debelar a «patologia» que o atormenta.

Os indicadores «distribuição da população pelos meses do ano», «frequência pelas horas do dia», «características nosológicas da população», «causas de afluência ao S.U.» e «resultado após a consulta», também contribuíram para a comprovação do pressuposto que avançámos antes (páginas 74 a 86).

No sentido de se perscrutar alguns dos estados mórbidos que se circunscreviam ao Serviço de Urgência em análise, encetámos a recolha de uma amostra a partir da leitura das fichas dos doentes, reportando-nos ao ano de 1989. Além de nos proporcionar o conhecimento de indicadores que geralmente são omissos pelo núcleo de estatística deste hospital, deu-nos ensejo a que completássemos o perfil do doente. O volume da amostra foi de 5% (6579 fichas), constituindo uma amostra simples, aleatória e retirada sistematicamente em cada primeiros e segundos dias de cada mês do ano de 1989.

Relativamente à representatividade dos vários grupos nosológicos refira-se que a casuística do Serviço de Urgência não se revelou muito profícua, já que se denotou uma clara hegemonia dos grupos 16 (síntomas, sinais e afecções mal definidas) e 17 (lesões traumáticas e envenenamentos) – 56,47% dos casos. Os elevados *scores* alcançados pelo grupo 16, pode induzir-nos a concluir que a ida ao S.U. não era justificada para 32.3% dos doentes analisados para o ano de 1989.

Importa enadir que alguns dos casos que se inserem no agrupamento 16, poderão relacionar-se com uma estratégia dos doentes para retardarem o início da semana de trabalho ou para a finalizarem mais precocemente, ilação que foi comprovada pela maior solicitação do S.U. às segundas e sextas-feiras.

O grupo 17 evidenciou também um forte contributo (24.17%) no conjunto dos estados mórbidos diagnosticados, constituindo, à partida, o que mais justificava um atendimento no Serviço de Urgência. É por demais sabido que as lesões traumáticas têm vindo a desempenhar um papel importante nas causas de morte no nosso país, com particular incidência para as resultantes dos acidentes de viação.

Numa área de elevada pressão demográfica, com o subsequente intenso tráfego rodoviário e além disso face à forte concentração industrial, seria de prever a elevada representatividade deste grupo.

Refira-se a significativa relevância do sexo masculino nas várias rubricas do grupo 17 (66.4% das ocorrências). Apesar dos comportamentos sociais dos dois sexos se virem a aproximar cada vez mais, ainda é o homem que é mais flagelado por qualquer tipo de traumatismo, com particular destaque para os acidentes de trabalho e os acidentes rodoviários. Seguidamente, discute-se o quadro legislativo existente referente a este tipo de acidentes bem como a sua aplicação na prática (páginas 146 a 160).

Ressalta-se também a importância das lesões traumáticas entre os mais novos e os idosos, particularmente as que se dão em casa. Nas crianças de 1 a 4 anos de idade as injúrias são responsáveis por perto de metade de todas as causas de morte e causam três vezes mais mortes do que a causa que se lhe segue – anomalias congénitas. Este aspecto é de fácil compreensão, já que as crianças juntamente com os idosos constituem duas das parcelas da população que permanecem mais tempo em casa.

As crianças que começam a andar são as que sofrem maior número de acidentes, já que se tornam fisicamente activas, sem se aperceberem do perigo que as cerca. Afiguram-se como elementos fisicamente imaturos, que concomitantemente, se aventuram demasiado a explorar o meio que os circunda. Neste caso, é importante referirmos que o maior ou menor risco de acidentes na criança depende não só do meio ambiente que a cerca, mas ainda mais do seu estado de desenvolvimento físico e mental e da capacidade locomotora que vai adquirindo. Será por volta dos 10-12 meses que, ao adquirir a posição vertical e ensaiando os primeiros passos, se lançará na exploração e conquista

do desconhecido. Deste modo, a vigilância da criança deverá ser redobrada entre o primeiro e o quinto ano de idade, já que começam a estar ao seu alcance novos perigos: venenos, utensílios de cozinha, torneira de gás, aparelhos eléctricos com instalação defeituosa, *et cetera*.

Como já referenciámos anteriormente, os «mass media» no nosso país têm privilegiado a informação das pessoas no que toca à prevenção dos acidentes de viação, mas têm negligenciado outro tipo de informação, mormente aquela que se prende com as injúrias que atingem as crianças e os idosos e que se processam em espaços específicos.

Os custos indirectos das injúrias, no que diz respeito às crianças, são elevadíssimos. Estes ao serem afectados poderão ter a maior parte da sua vida perdida, o que não ocorre quando pensamos nas doenças do cancro, do aparelho circulatório, que geralmente ocorrem nos mais idosos. Nas páginas 165 a 174 chama-se a atenção para a prevenção deste tipo de acidentes passar pela modificação das circunstâncias ambientais, para além da educação da população. O design da casa tem a sua importância, concretamente nalguns espaços da casa tais como a cozinha, as escadarias, as casas-de-banho, as varandas, *et cetera*.

A prevenção dos acidentes pode tornar-se efectiva através da mutação de três aspectos: modificação da educação dos seres humanos; tornar o agente que causa o acidente menos «perigoso» ou modificando as circunstâncias do meio ambiente.

Por último, analisam-se as variáveis privilegiadas no inquérito por entrevista realizado em três dias do Verão de 1990, sobressaindo a variável «encaminhamento do doente para o S.U.», (averiguação de se o doente se dirigia ao Serviço de Urgência por sua iniciativa ou se teria sido encaminhado por algum pessoal clínico ou outra entidade de cuidados de saúde). Os resultados revelaram-se avassaladores, já que 86.05% dos doentes dirigiram-se àquele serviço por sua própria iniciativa, contra 13.95% dos casos em que o doente terá sido encaminhado por outras entidades de cuidados de saúde ou por pessoal clínico. Em termos de encaminhamento não se registou uma relevante dicotomia entre os dois sexos, apesar de o sexo feminino se dirigir maior número de vezes em primeiro lugar aos Centros de Saúde ou à clínica/médico privado, o que nos levou a pensar que aquele sexo se encontrava mais bem informado e integrado na estrutura de funcionamento do sistema de saúde.

Por outro lado, a maioria dos doentes utilizou o Serviço de Urgência como primeira fonte de assistência, porque na sua opinião tratava-

-se de um serviço rápido (página 189). Facto curioso é o de poucos inquiridos inferirem como vantagem de utilização do Serviço de Urgência, o «tirar a maçada de marcar consulta», ou porque não sentiram que se tratava de um argumento relevante (pelo menos mais relevante do que o ser um serviço rápido) ou porque este motivo, *per si* pouco válido, induzia o doente a optar por outro mais coadonante com a função de um Serviço de Urgência. Se optassem por aquela razão, estariam a sustentar que a sua ida àquele serviço não era justificada, fazendo emergir o carácter de pseudo-urgência.

Assim, não é de admirar que tal justificação apenas tenha algum significado quando associada a outras contempladas no questionário, tais como «É um serviço rápido», «É um serviço gratuito», «Outra razão». No caso da sua associação com esta última justificação, há todo um revelar do mau funcionamento do sistema de saúde vigente, pelo menos até 1990. «A dificuldade em obter consulta no Centro de Saúde ou em serviços similares», (elemento mais representativo no seio do grupo «Outra razão»), afigurou-se como a mais veemente justificação utilizada pelos doentes para se servirem do Serviço de Urgência (80 casos - 70.2%). Todavia, outras razões adquiriram algum significado, mormente as que se prendiam com «a existência de meios técnicos não existentes noutros estabelecimentos de saúde» ou com o facto de «o Médico de Família do doente se encontrar a trabalhar naquele momento no Serviço de Urgência» ou ainda porque «o Centro de Saúde já não se encontrava em funcionamento» à hora em que o doente se dirigiu ao Serviço de Urgência (28 ocorrências - 24.6%).

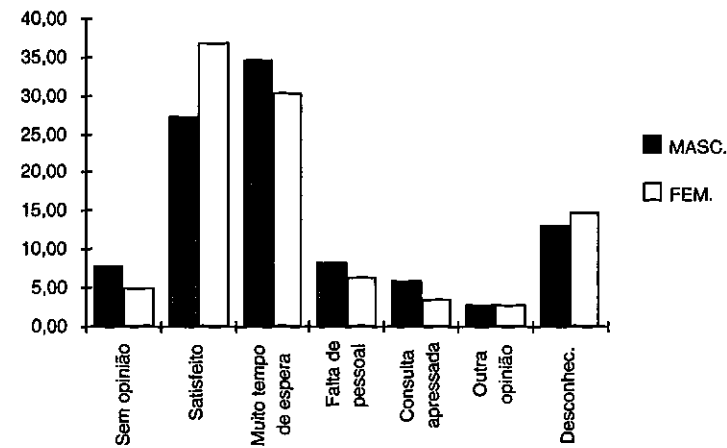
Trata-se, em suma, de comportamentos que se explicam pela imagem que se encontra enraizada na população de que o Hospital continua sendo o único local seguro para debelação da patologia. Para a população continua sendo o local onde se encontram os mais completos meios técnicos e humanos de diagnóstico da sua patologia, duvidando da qualidade dos cuidados extrahospitalares. Tal imagem interiorizada coaduna-se com a situação real vivida.

Um comportamento que se adivinhou como particularmente interessante de aquilatar foi o que se prendeu com a opinião do utente sobre a assistência prestada no Serviço de Urgência. De facto, a imagem recolhida foi a de que apesar de o utente necessitar, a maior parte das vezes, de aguardar mais do que uma hora até ser atendido naquele sector, revelava uma opinião satisfatória sobre o mesmo. A Figura 46 (página 193) deixa transparecer a hegemonia da opinião «satisfeito» (136 ocorrências), tendo sido contabilizada 97 vezes quando

apresentada como única opinião e 39 vezes quando associada a outro tipo de opinião, mormente quando o doente além de referir que se encontrava satisfeito com o atendimento no Serviço de Urgência, manifestava o tempo excessivo que tinha aguardado até ser atendido.

FIGURA 46

Opinião do doente sobre o Serviço de Urgência segundo o sexo, 1990



Nota: a opinião «desconhecida» encerra casos de doentes que se esquivaram ou se olvidaram de responder às restantes questões do inquérito depois de terem obtido alta clínica.
Fonte: Inquérito realizado no serviço de Urgência entre Julho e Setembro de 1990.

Vários autores (e.g., KAOS, 1955; DOYLE E WARE, 1977; DIMATTEO, 1979) se têm debruçado sobre a determinante conduta do médico na satisfação do doente em relação aos cuidados médicos, tendo chegado à conclusão de que a conduta do médico é a variável mais importante na satisfação do doente, justificando as opiniões emitidas.

A opinião «falta de pessoal» suscitou pouca representatividade, provavelmente devido ao baixo nível de instrução detectado na população que pode ter contribuído para a falta de percepção daquela situação. Na realidade, uma das premissas que contribuía, no ano de 1990,

para a situação constrangedora que se vivia naquele sector de atendimento, era o reduzido pessoal clínico que aí prestava assistência. Nos três dias em que realizámos o inquérito, encontravam-se a trabalhar diariamente naquele serviço, treze médicos, em média, número claramente insuficiente para o volume populacional que se servia daquele serviço, visto o trabalho de triagem dos doentes recair, a maior parte das vezes, sobre apenas três desses elementos. Tal facto, além de conduzir a um excessivo tempo de espera por parte do doente, perspectivava uma baixa qualidade de atendimento, que se manifestava numa mistura de doentes de diferente gravidade. Por outro lado, tal cenário conduzia a uma situação de stress junto do corpo clínico e ao aparecimento de conflitos entre este e os doentes. Daí que também tenha tido alguma representatividade a opinião «consulta apressada», quer quando esta aparece como única opinião emitida quer quando associada a outras.

A Figura 46 deixa ainda transparecer a dicotomia sexo masculino/sexo feminino. As opiniões «satisfeito» e «muito tempo de espera» em separado ou em associação revelaram-se como as mais importantes para os dois sexos. Todavia, o sexo feminino manifestou uma maior satisfação em relação ao atendimento a que foi sujeito no Serviço de Urgência (36.87% das ocorrências contra 27.32% do sexo masculino). Será que o sexo feminino se encontrava mais acostumado à situação que se vivia no Serviço de Urgência? Ou será que aquele sexo manifesta uma maior facilidade de comunicação com o pessoal clínico, remetendo facilmente para o esquecimento as dificuldades sentidas? Estes poderão constituir alguns dos factores que terão contribuído mais determinadamente para tal opinião, mas, também um certo receio e desconfiança poderão ter influenciado em tais resultados. Na realidade, no momento em que o utente tinha que opinar sobre o seu atendimento naquele serviço, foi fácil constatar a atitude de indecisão, desconfiança e receio revelados pelo sexo feminino.

O sexo masculino, por seu turno, manifestou opiniões menos satisfatórias sobre aquele sector de atendimento, aldemente, no conjunto «consulta apressada» e «muito tempo de espera».

Como nos refere Robin DiMatteo a relação interpessoal entre o médico e o doente envolve uma elevada componente afectiva. Como resultado, a satisfação do doente com os cuidados médicos tende a relacionar-se, substancialmente, com a habilidade do médico para satisfazer as suas necessidades socio-emocionais. Essa habilidade para estabelecer um *rappor*t com o doente é parcialmente dependente da

perícia do médico para descodificar as mensagens não verbais do foro afectivo inerentes ao doente.

A elevada carga da componente afectiva em jogo resulta do acesso do médico ao corpo do doente, a detalhes íntimos da vida do doente, assim como, da considerável dependência emocional que as pessoas doentes manifestam.

Contudo, não podemos esquecer que há outras determinantes na satisfação do utente. Temos que ter em conta as características inerentes ao doente, que vão desde as suas características sociodemográficas até às expectativas do encontro com o médico, passando pelo seu próprio estado de saúde. Além disso, determinados factores estruturais e de localização podem jogar um papel preponderante, tais como, a acessibilidade, a forma de pagamento, *et cetera*, que podem predispor o doente para um sentimento de satisfação ou de insatisfação.