

Os grandes consumidores de consultas medicas: Um estudo de familia¹

M. Graça Pereira², Joaquim Barbosa, José N. de Sousa, Nuno Santiago,
& Margarida Lima (*Universidade do Minho, Portugal*)

(Recibido 16 octubre 2001 / Received 16 October 2001)
(Aceptado 10 enero 2002 / Accepted 10 January 2002)

RESUMO. Este artigo relata um estudo sobre algumas das características familiares dos grandes consumidores de serviços de saúde. Neste sentido, comparou por um lado, um grupo de grandes consumidores de serviços de saúde, ao nível do número de consultas, em relação a um grupo controlo em termos de funcionamento familiar e atitudes em relação aos médicos e medicina e por outro, estudou a relação entre a dinâmica familiar e as atitudes face à medicina e médicos no grupo dos grandes consumidores. Os resultados mostram que os dois grupos de utentes são significativamente diferentes. Além disso, no grupo dos grandes consumidores, o funcionamento familiar problemático parece ser um *buffer* no desenvolvimento de atitudes menos negativas face aos médicos e à medicina. Implicações dos resultados ao nível da intervenção terapêutica são enfatizados.

PALAVRAS CHAVE. Grandes consumidores dos serviços de saúde. Dinâmica familiar, funcionamento familiar

ABSTRACT. This article describes the study of some family characteristics of high health consumers of medical appointments. First, a group of high health consumers regarding medical appointments was compared to a control group in terms of family functioning and attitudes towards doctors and medicine. Second, the relationship between family dynamics and attitudes towards doctors and medicine, in the group of high

¹ Esta investigação foi financeiramente apoiada pela Administração Regional de Saúde do Norte ao abrigo dos Projectos Inovadores.

² Correspondencia: Universidade do Minho. Departamento de Psicologia. 4710 Braga (Portugal). E-Mail: gracep@iep.uminho.pt

health consumers was analyzed. Results showed the two groups to be significantly different. In the high health consumers group, a problematic family functioning seems to be a buffer in the development of less negative attitudes towards doctors and medicine. Implications of these results in terms of therapeutic interventions are emphasized.

KEY-WORDS. High Health Consumers of Medical Apointments. Family Dynamics. Family Functioning

RESUMEN. Este artículo describe un estudio sobre algunas características familiares de sujetos grandes consumidores de servicios de salud. Por un lado, se compara un grupo de grandes consumidores de servicios de salud, a nivel de número de consultas, con un grupo control en términos de funcionamiento familiar y actitudes hacia los médicos y la Medicina; por otro lado, se estudia la relación entre la dinámica familiar y las actitudes hacia la Medicina y los médicos en el grupo de los grandes consumidores. Los resultados muestran que los dos grupos de usuarios son significativamente diferentes; además, en el grupo de grandes consumidores el funcionamiento familiar problemático parece ser un factor intermediario en el desarrollo de actitudes menos negativas hacia los médicos y la Medicina. Se discuten las implicaciones que los resultados tienen a nivel de intervención terapéutica.

PALABRAS CLAVE. Grandes consumidores de servicios de salud. Dinámica familiar. Funcionamiento familiar

Introdução

Vários estudos têm demonstrado uma relação entre suporte social, stress, dor, somatização, hábitos de vida, aspectos psicossociais e o número de visitas médicas (Cockerham, Creditor, Creditor, & Imrey, 1980; Cheng, 1992; Krause, 1988; Stoller & Forster, 1994; Tessler, Mechanic, & Dimond, 1976). Embora a maior parte destes estudos tenham sido realizados na população idosa, parece haver evidência empírica sobre a existência duma relação entre distress e a utilização médica dos serviços de saúde mesmo quando as variáveis demográficas são controladas (Mootz, 1986). Uma grande parte dos grandes consumidores de serviços de saúde são doentes com problemas de foro psicológico particularmente depressão, ansiedade e somatização (Katon, Von Korff, Lin 1992; Smith, Monson, & Ray, 1986). Interessantemente, 30% das visitas ao médico de família envolvem problemas psicológicos (Stewart & Mcwhinney, 1975). Um estudo realizado nos estados Unidos no ano de 1988 revelou que os médicos de família prescreviam 2/3 das medicações psicotrópicas enquanto que os psiquiatras eram apenas responsáveis por 18% dessas mesmas prescrições (Beardsley, Gardochki, Larson, & Hidalgo, 1988; Shurman, Kramer & Mitchel, 1985). Todos estes estudos tem contribuído para demonstrar a necessidade dos médicos estarem atentos não apenas as queixas somáticas dos doentes mas também às questões psicossociais da vida do doente já que a visita ao médico é muitas vezes motivada por causas psicológicas apesar dos sintomas apresentados serem de natureza física. A maior parte dos grandes utilizadores dos

serviços de saúde não são doentes com doenças crónicas ou problemas médicos agudos mas doentes que se queixam de distress muitas vezes difuso e dores sem causa médica detectável estimando-se que um em três tenha uma condição psiquiátrica não diagnosticada ou não tratada (*Center for the Study of High Utilizers of Health Care*). De entre os diversos factores de natureza cognitiva que os estudos têm demonstrado como sendo de primordial relevância para a compreensão dos comportamentos do indivíduos face aos seus processos de saúde e doença, salientam-se as representações cognitivas que estes constróem acerca dos próprios profissionais de saúde e da medicina em geral (Conner & Norman, 1995). Efectivamente, é de esperar que ao longo dos vários contactos que os indivíduos vão estabelecendo com o sistema de saúde e com os profissionais de saúde, construam um conjunto de atitudes face aos mesmos, consoante a avaliação pessoal que vão fazendo desses mesmos contactos e dos resultados daí derivados (Bishop, 1994; Marteu, 1990). Vários estudos têm demonstrado, de forma elucidativa, a importância de se atender a este tipo de cognições tendo em conta as suas implicações em termos da qualidade da comunicação estabelecida com os profissionais de saúde (King, 1984), no grau de confiança depositado pelos paciente nos seus médicos (Haug, Wyykle & Namazi, 1989), na adesão terapêutica (Horne, Weinman & Hankins, 1999) e, numa forma global, na utilização dos serviços de saúde.

Tendo em consideração a importância dos aspectos psicológicos na utilização dos serviços de saúde, o facto de só muito recentemente esta problemática ter recebido atenção científica e finalmente, a maior integração do psicólogo nos serviços de saúde, consideramos pertinente fazer uma caracterização dos grandes consumidores de consultas ao nível familiar e explorar a relação entre o funcionamento familiar e as atitudes destes doentes em relação à medicina e aos médicos. Este estudo pretende assim contribuir também para uma maior especificidade do papel do psicólogo nos centros de saúde e ressaltar a importância da colaboração entre as disciplinas de Psicologia e Medicina.

Metodologia

Sujeitos

A amostra, deste estudo, é constituída por 288 indivíduos com idade superior a 16 anos, utentes dos Centros de Saúde de Espinho, Santa Maria da Feira, Braga e Fafe, dos quais 145 pertencem ao grupo dos grandes consumidores dos serviços de saúde e 143 integram o grupo controlo. Os dois grupos diferem entre si no número de consultas, sendo no grupo dos grandes consumidores superior ou igual a 10 entre Janeiro de 1998 e 31 de Dezembro do mesmo ano.

Procedimento

Participaram neste estudo doze médicos dos Centros de Saúde anteriormente referidos. A selecção dos grandes consumidores foi retirada da lista de utentes de cada um dos médicos de família. De cada família inscrita, apenas um elemento foi escolhido para integrar o grupo dos grandes consumidores. O grupo controlo foi seleccionado

através duma amostra aleatória da lista de cada médico depois de excluídos os grandes consumidores. Todos os utentes que participaram neste estudo foram convocados por carta ou telefone para se dirigirem ao centro de saúde. Aqui, e numa sala destinada ao efeito, preencheram os questionários tendo tido o apoio duma enfermeira devidamente treinada. Por não ter sido possível remunerar os utentes pela sua participação no estudo, foi-lhes simbolicamente oferecido um lanche no respectivo centro de saúde.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo, são seguidamente descritos:

- *FAD. Family Assessment Device* (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983). Avalia sete dimensões do funcionamento familiar, de acordo com o modelo de McMaster: Comunicação, papéis, responsividade afectiva, envolvimento afectivo, controlo do comportamento, resolução de problemas e funcionamento global. Foi utilizada uma versão experimental traduzida por Pereira e Silva (1998). Um resultado elevado significa um funcionamento familiar problemático ou disfuncional.
- *FACES II. Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales* (Olson, Bell, & Portner, 1982). Avalia duas dimensões da dinâmica familiar: *Coesão* i.e. laços emocionais que unem os membros da família entre si e *Adaptabilidade* i.e. capacidade da família em adaptar-se às circunstâncias e mudar. Um resultado elevado nas subescalas indicam uma coesão ou adaptabilidade familiar elevada. Utilizamos a versão portuguesa adaptada por Dantas e Sampaio (1990).
- *ADMS. Attitudes Towards Doctors and Medicine Scale* (Marteau, 1990). Avalia as atitudes negativas e positivas face à eficácia dos médicos e da medicina na promoção da saúde. A escala é composta por quatro sub-escalas: atitudes positivas face à medicina, atitudes positivas face aos médicos, atitudes negativas face à medicina e atitudes negativas face aos médicos. Quanto mais elevado é o resultado mais positivas ou negativas são as atitudes conforme se tratem das sub-escalas positivas ou negativas. Utilizamos a versão portuguesa adaptada por Pereira & Silva (1999).
- Questionário demográfico elaborado para os propósitos do estudo.

Resultados

Caracterização da amostra

O Quadro 1 apresenta a caracterização da amostra que é na sua maioria composta por sujeitos do sexo feminino. A maior parte dos utentes tem uma idade compreendida entre 45-58 anos e na sua quase globalidade, são casados.

QUADRO 1. Variáveis demográficas.

Variáveis	n = 288		
	Grupo controlo	Grupo grandes consumidores	Total
Idade			
17-30	21	8	29
31-44	31	19	50
45-58	44	51	95
59-62	7	14	21
63-76	30	48	78
77-90	4	2	6
Sexo			
Masculino	42	36	78
Feminino	99	105	204
Estado Civil			
Casado	114	118	232
Vivo	8	17	25
Solteiro	17	5	22
Divorciado	3	5	8

Para maior facilidade de leitura apresentamos de seguida os resultados significativos entre os dois grupos de utentes estudados. O Quadro 2 apresenta os resultados do t-teste ao nível do funcionamento familiar.

QUADRO 2. Resultados (t-teste) no Funcionamento Familiar (FAD)

FAD	N		Média (DP)		T	p
	Controlo	Consumidores	Controlo	Consumidores		
Resolução Problemas	142	145	11,06 (2,28)	11,37 (2,48)	-1,10	0,272
Comunicação	141	145	19,01(3,94)	20,17 (4,19)	-2,39	0,017 *
Papeis	142	145	24,83 (4,20)	26,47 (4,10)	-3,34	0,001 **
Responsividade Afectiva	141	145	13,1 (2,94)	13,91 (2,78)	-2,24	0,025 *
Envolvimento Afectivo	141	145	15,57 (3,61)	16,96 (3,76)	-3,17	0,002 **
Controlo de Comportamento	141	145	19,62 (3,17)	20,90 (3,38)	-3,30	0,001 **
Funcionamento geral	142	145	22,89 (5,75)	25,46 (5,53)	-3,85	0,000 **

* Significância ao nível 0,05

**Significância ao nível 0,01

Verificaram-se diferenças significativas em todas as sub-escalas do *FAD*, à excepção da sub-escala relativa à *Resolução de Problemas*. Assim, o grupo dos grandes consumidores apresenta, valores médios mais elevados (pior funcionamento familiar) ao nível da comunicação, papéis, responsividade afectiva, envolvimento afectivo, controlo de comportamento e funcionamento familiar global, quando comparados com os do grupo controlo.

O Quadro 3 apresenta os resultados significativos do t teste em termos da dinâmica familiar.

QUADRO 3. Resultados (t-teste) na dinâmica familiar (FACES).

FACES	N		Média (DP)		t	P
	Controlo	Consumidores	Controlo	Consumidores		
Coesão	107	120	16,96 (6,93)	15,13 (7,13)	1,96	0,50*
Adapt.	107	120	37,89 (7,73)	36,31 (8,19)	1,49	1,37

*Significância ao nível 0,05

Constata-se que os grandes consumidores são menos coesos que os indivíduos do grupo controlo (M=15,13; DP=7,13). Não se verificaram diferenças significativas na sub-escala *Adaptabilidade*.

O Quadro 4 apresenta os resultados significativos da Manova ao nível das atitudes face aos médicos e medicina.

QUADRO 4. Resultados da manova ao nível das Atitudes Face aos Médicos e à Medicina (ADMS).

ADMS	N		Média (DP)		F	P
	Controlo	Consumidores	Controlo	Consumidores		
Atitudes Positivas face aos Médicos	140	145	11,90 (3,70)	10,72 (3,49)	7,72	0,006**
Atitudes positivas face à medicina	140	145	10,18 (3,84)	9,81 (2,82)	1,02	0,311
Atitudes negativas face aos médicos	140	145	25,50 (3,87)	25,28 (4,19)	0,22	0,640
Atitudes Negativas face à Medicina	140	145	17,19(3,75)	16,90 (4,63)	0,33	0,563

**Significância ao nível 0,01

No que diz respeito às atitudes negativas e positivas face à eficácia dos médicos e da medicina, avaliadas através da escala ADMS, constatou-se que o grupo dos gran-
RIPCS/IJCHP, Vol. 2, N° 2

des consumidores tem menos *Atitudes Positivas Face aos Médicos* (M=10,72; DP=3,49) que o grupo controlo. Não se verificaram diferenças significativas ao nível das atitudes negativas face aos médicos nem ao nível das sub-escalas de atitudes positivas e negativas face à medicina. Este resultado é interessante já que só se verifica em relação aos médicos e não à medicina o que poderá ter a ver com o tipo de relação terapêutica estabelecida entre o médico e este tipo de doentes.

Procuramos também avaliar a relação entre a dinâmica familiar e as atitudes face aos médicos e medicina no grupo dos grandes consumidores. A matriz de correlação encontra-se no Quadro 5.

QUADRO 5. Matriz de correlação entre as Atitudes Face aos Médicos e à Medicina (ADMS) e a dinâmica familiar (Faces) no grupo dos grandes consumidores

<i>Faces</i>	<i>Coesão</i>	<i>Adaptabilidade</i>
Atitudes positivas face à medicina	-0,205 **	-0,135 *
Atitudes negativas face à medicina	-0,048	0,011
Atitudes positivas face aos médicos	-0,061	-0,078
Atitudes negativas face aos médicos	-0,119	0,021

**Significância ao nível 0,01

Significância ao nível 0,05

Os resultados mostram que existe uma correlação significativa ao nível da coesão e da adaptabilidade familiar com as atitudes positivas face à medicina, no grupo de grandes consumidores. Assim, os resultados parecem indicar que os grandes consumidores com valores elevados de coesão e adaptabilidade familiar têm menos atitudes positivas face à medicina. De acordo com o modelo de Olson, o funcionamento familiar óptimo caracteriza-se por níveis moderados nestas duas dimensões já que as famílias emaranhadas (alta coesão) e as famílias caóticas (alta adaptabilidade) não são compatíveis com o desenvolvimento individual dos membros da família. É interessante notar que este resultado só se verifica ao nível da medicina e não dos médicos. Provavelmente, são os indivíduos com mais problemas ao nível da dinâmica familiar aqueles que menos acreditam na eficácia da medicina o que os poderá levar a procurar constantemente respostas a este nível consumindo mais serviços de saúde, neste caso, consultas. Contudo, só um estudo qualitativo sobre as crenças dos grandes consumidores, em relação à eficácia da medicina, provenientes de famílias mais extremas nas duas dimensões permitiria interpretar melhor estes dados.

Avaliamos também a existência duma relação entre o funcionamento familiar e as atitudes face aos médicos e medicina. Os resultados estão apresentados no Quadro 6.

QUADRO 6. Matriz de correlação entre as Atitudes Face aos Médicos e à Medicina (ADMS) e o funcionamento familiar (FaD) no grupo dos grandes consumidores.

FaD	Resolução Problemas	Comunicação	Papeis	Respons. Afectiva	Envolv. Afectivo	Controlo Comport.	Funciona Global
Atitudes positivas Medicina	0,247**	0,126 *	0,025	0,036	-0,139*	-0,018	0,107
Atitudes negativas Medicina	0,082	-0,098	-0,149*	-0,096	-0,235**	-0,208**	-0,150*
Atitudes positivas médicos	0,121*	0,155**	0,055	0,134 *	0,008	-0,050	0,099
Atitudes negativas médicos	0,105	-0,201**	-0,341**	-0,241**	-0,452**	-0,226**	-0,273**

**Significância ao nível 0,01

* Significância ao nível 0,05

Os resultados mostram que a Resolução de Problemas (habilidade da família em resolver problemas de forma a manter um bom funcionamento familiar) e a Comunicação (troca de informação dentro da família) estão associadas às atitudes positivas face à medicina e face aos médicos. Assim, um pior funcionamento familiar nestes aspectos (resultados mais elevados significam pior funcionamento familiar) está associado a mais atitudes positivas face à medicina. Este resultado é interessante e pensamos que poderá ter a ver com o facto das escalas de atitudes positivas face à medicina e face aos médicos se correlacionarem significativamente com a escala de locus de controlo “Outros Poderosos” ($r = 0,42$; $p < 0,001$; $r = 0,48$ $p < 0,001$ respectivamente) (Pereira & Silva, 1999). Assim, as famílias com dificuldades em trocar informação e resolver problemas teriam tendência a formar crenças que enfatizam o poder dos outros na resolução dos seus problemas de saúde.

Por sua vez, o Controlo do Comportamento (forma com a família controla o comportamento dos seus membros), os Papeis (padrões de comportamento que permitem realizar as funções familiares), a Comunicação e o Funcionamento Global familiar estão associados a menos atitudes negativas face à medicina e face aos médicos. Desta forma, as famílias dos grandes consumidores, com dificuldades ao nível destas dimensões, parecem ser também mais tolerantes (menos atitudes negativas) em relação à eficácia da medicina ou dos médicos. Parece assim, que os problemas ao nível do funcionamento familiar tornam os indivíduos menos desfavoráveis em relação à eficácia da medicina e dos médicos.

Em termos de Responsividade Afectiva (habilidade da família em responder duma forma apropriada aos sentimentos dos seus membros), uma maior dificuldade a este nível está associado a mais atitudes positivas e menos atitudes negativas face aos

médicos. Este resultado a nosso ver enfatiza a importância da relação terapêutica. Nestes casos, a capacidade de confiança nos médicos, baseada numa relação terapêutica, poderá ser vista como satisfazendo a necessidade de responsividade afectiva que não existe em casa. Finalmente, o Envolvimento Afectivo (interesse e valor que a família demonstra em relação as actividades dos seus membros) está associado a menos atitudes positivas face à medicina mas também a menos atitudes negativas face à medicina e aos médicos, não permitindo assim inferir nenhum tipo de relação específica.

Discussão

Duma forma geral, os resultados mostram que o grupo dos grandes consumidores difere do grupo controlo ao nível do funcionamento familiar excepto na *Resolução de Problemas (FAD)* e ao nível da dinâmica familiar mas só em termos da *Coesão Familiar (FACES)*. Assim, o grupo dos grandes consumidores tem um pior funcionamento familiar e uma menor coesão. Estes resultados estão de acordo com a literatura que tem mostrado um menor nível de coesão familiar nos grandes consumidores, em famílias de diabéticos (Anderson, Miller, Ausland, & Santiago, 1981) e uma maior disfuncionalidade familiar global (Orueta, Viguera, Orgaz, & Torres, 1993; Weimer, Hatcher & Gould, 1983).

Por outro lado, um pior funcionamento familiar em todas as dimensões (à excepção da resolução de problemas) está associado a menos atitudes negativas face aos médicos. São sobretudo as famílias com dificuldades no seu funcionamento familiar, as mais tolerantes em termos da eficácia da medicina e dos medicamentos. As únicas dimensões associadas as atitudes positivas face à medicina e aos médicos foram a comunicação e a resolução de problemas o que revela que as famílias com dificuldades a estes níveis depositam um grau de confiança muito elevado na medicina e nos médicos para lhes resolverem os problemas de saúde. Não será de espantar que em termos de expectativas, estas famílias esperem da medicina uma resposta às suas necessidades e adoptem um papel mais passivo e, quando essa resposta não é satisfatória, procurem frequentemente os serviços de saúde. Duma forma global, parece assim que o funcionamento familiar serve de “buffer” em relação às atitudes negativas face à medicina e médicos i.e. quanto pior é o funcionamento familiar menos negativas são as atitudes face à eficácia da medicina e dos médicos. Esta hipótese necessita de ser testada em estudos posteriores. Deste modo, ao nível da intervenção, podemos contudo, especular que as famílias dos grandes consumidores, com problemas no seu funcionamento familiar, possam necessitar duma abordagem diferente por parte do médico e do sistema de saúde.

Os resultados deste estudo enfatizam a importância das variáveis psicológicas na utilização dos serviços nomeadamente, a necessidade da articulação entre a medicina familiar e a consulta psicológica nos serviços de saúde. Esta colaboração interdisciplinar parece-nos não só indispensável como imprescindível (Pereira & Rotan, 1997) tendo em consideração que 10-20% dos grandes consumidores utilizam 80% dos recursos dos serviços de saúde (*Center for the Study of High Utilizers of Health Care*). Os resultados deste estudo ao enfatizar uma componente psicossocial na utilização dos

serviços sobretudo ao nível do funcionamento familiar apelam, a nosso ver, para uma abordagem diferente em termos de intervenção. As consultas de grupo sem marcação prévia (*DIGMA – Drop-In Group Medical Appointment*) que estão cada vez mais a ser integradas nos serviços de saúde nos Estados Unidos (Noffsinger, 1998, 1999) poderão ser uma forma diferente de proporcionar aos grandes consumidores um tipo de atendimento que está mais de acordo com as suas necessidades. Estes grupos constituem um modelo integrado verdadeiramente biopsicossocial já que são liderados pelo médico de família do doente e por um psicólogo que atendem as necessidades médicas e psicossociais de forma a que o doente possa obter resposta para os seus problemas numa só vez, sem necessitar de constantemente “andar às compras”. Esta forma de dar resposta aos problemas do paciente tem ainda a vantagem de incluir os familiares do doente de forma a que o impacto da doença ao nível familiar possa também ser abordado e estratégias de coping trabalhadas (Noffsinger, 1999). Talvez esta seja uma abordagem diferente que possa melhor responder aos grandes consumidores com problemas familiares. Esperemos que também entre nós, se possa encontrar formas criativas de dar resposta aos problemas psicológicos, sociais e económicos que os grandes consumidores de serviços de saúde colocam. Estamos convictos que esse tipo de resposta terá que passar por uma colaboração interdisciplinar, na área da saúde, entre psicólogos e médicos. Esta colaboração interdisciplinar parece-nos não só indispensável como imprescindível.

Antes de terminar gostaríamos de enfatizar a necessidade de replicar este estudo utilizando outros parâmetros de utilização de serviços de saúde como por exemplo uso de medicamentos, exames médicos, internamentos ou consultas de medicina alternativa.

Referências

- Anderson, B.J., Miller J.P., Ausland W.F., & Santiago J.V. (1981). Family characteristics of diabetic adolescents: Relationship to metabolic control. *Diabetes Care*, 4, 586-594.
- Beardsley, R., Gardochki, G., Larson, D., & Hidalgo, J. (1988). Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1117-1119.
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon
- Cheng, S. (1992). Loneliness-distress and physician utilization in well elderly females. *Journal of Community Psychology*, 20, 43-56.
- Cockerham, W., Creditor M., Creditor U., & Imrey P. (1980). Minor ailments and illness behavior among physicians. *Medical Care*, 18, 164-173.
- Conner, M. & Norman, P. (1995). *Predicting Health Behavior. Research and Practice with Social Cognition Models*. Open University Press.
- Dantas, A..M. & Sampaio, D. (1990). *Versão Portuguesa das escalas de Olson*. Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Haug, M. R., Wykle, M. L., & Namazi, K.H. (1989). Self-care among older adults. *Social Science and Medicine*, 20, 171-183.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The

- development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.
- Katon, W., Von Korff, M., & Lin E. (1992). A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *General Hospital and Psychiatry*, 14, 86-98.
- King, J.B. (1984). Illness attributions and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 10, 287-312.
- Krause, N. (1988). Stressful life events and physician utilization. *Journal of Gerontology*, 43, 53-61.
- Marteau, T.M. (1990). Attitudes towards doctors and medicine: The preliminary development of a new scale. *Psychology and Health*, 4, 351-356.
- Mootz, M. (1986). Health indicators. Special Issue: Medical sociology and the WHO's program for Europe. *Social Science and Medicine*, 22, 255-263.
- Noffsinger, E.B. (1998). Answering physician concerns about drop-in group medical appointments (DIGMAs). *Group Practice Journal*, 48, 14-21.
- Noffsinger, E.B. (1999). Increasing quality care and access while reducing cost through drop-in group medical appointment (DIGMAs). *Group Practice Journal*, 48, 12-18.
- Olson, D., Bell, R., & Portner, J. (1982). *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale II. Family Inventories Project*. P. O. Box 190, Minneapolis, MN 55440-0190.
- Orueta, S.R., Viguera, F., Orgaz P., & Torres C. (1993). The family characteristics of overusers of primary care health services. *Atención Primaria*, 12, 92-94.
- Pereira, M.G. & Rotan, L. (1997). A intervenção terapêutica no domínio da saúde: Reflexões sobre eficiência de custos. *Actas do 2º Congresso de Psicologia da Saúde*, 283-290.
- Pereira, M.G. & Silva, N.S. (1998). *Family Assessment Device. Versão Experimental*. Braga: Universidade do Minho.
- Pereira, M.G. & Silva, N. S. (1999). Escala de Atitudes face aos Médicos e Medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, VI, 496-503.
- Shurman, R., Kramer, P., & Mitchell, J. (1985). The hidden mental health network: Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Archives of General Psychiatry*, 50, 95-107.
- Smith G., Monson, R. & Ray, D. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms: Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 146, 69-72.
- Stewart, M., & McWhinney, I. (1975). How illness presents: A study of patient behavior. *Journal of Family Practice*, 2, 411-414.
- Stoller, E.P. & Forster, L.E. (1994). The impact of symptom interpretation on physician utilization. *Journal of Aging and Health*, 6, 507-534.
- Tessler, R., Mechanic, D., & Dimond, M. (1976). The effect of psychological distress on physician utilization: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 353-364.
- Weimer, S.R., Hatcher, C., & Gould, E. (1983). Family characteristics in high and low health care utilization. *General Hospital Psychiatry*, 5, 55-61.