

Perfil do Hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários



The Primary Care Frequent Attender Profile

Joana GOMES¹, Alexandra MACHADO¹, Luís Filipe CAVADAS¹, Hermínia TEIXEIRA², Paulo PIRES¹, José Agostinho SANTOS¹, Sofia ESQUÍVEL¹, Marlene SOUSA³
Acta Med Port 2013 Jan-Feb;26(1):17-23

RESUMO

Introdução: A problemática dos hiperfrequentadores nos Cuidados de Saúde Primários tem impacto humano, económico e social não desprezível. O objetivo deste trabalho é descrever as características sociodemográficas e patológicas dos utentes hiperfrequentadores.

Material e Métodos: Foi efetuado um estudo transversal descritivo, com componente analítica, da população de utentes hiperfrequentadores inscrita nas listas de seis médicos de família do Centro de Saúde da Senhora da Hora, entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2009. Obtiveram-se dados sociodemográficos e antecedentes patológicos crónicos. Foram testadas associações entre variáveis com os testes χ -quadrado e *t student*. Comparou-se o quartil superior dos hiperfrequentadores com os restantes quartis. O nível de significância adotado foi 0,05.

Resultados: Dos 582 indivíduos avaliados, com média de idades 55,4 anos (mulheres 54,3 e homens 58,6; $p = 0,006$), 85% possuíam patologia física crónica e 42% tinham doença psiquiátrica crónica. No quartil superior observou-se uma prevalência superior de doença psiquiátrica crónica ($p < 0,001$), bem como de patologia múltipla ($p = 0,01$), comparativamente à restante população. Os indivíduos com doença física eram mais velhos (idade média: 58,0 anos vs 40,1 anos; $p < 0,001$) enquanto que aqueles com doença psiquiátrica crónica eram mais novos (idade média 53,7 anos vs 56,6; $p = 0,035$).

Discussão: Foi traçado um perfil do hiperfrequentador concordante com a literatura internacional, numa altura em que não há estudos nos cuidados de saúde primários portugueses. Com o intuito de discriminar os hiperfrequentadores entre si, foi feita a comparação do quartil superior dos hiperfrequentadores com os restantes. Algumas características parecem estar mais associadas ao hiperfrequentador, como a idade avançada, a baixa escolaridade e a presença de patologia psiquiátrica.

Conclusão: O hiperfrequentador típico do Centro de Saúde da Senhora da Hora é um indivíduo do género feminino, na sexta década de vida, com baixa escolaridade, casado ou em união de facto, que pertence a uma família nuclear, geralmente com doença crónica. O conhecimento destes utentes permitirá delinear estratégias que conduzam a uma utilização de cuidados de saúde com melhor relação custo-efetividade. Este estudo lança linhas de orientação para futuros estudos sobre esta população tão importante.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários; Mau Uso de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Frequent attenders are believed to represent a problem in Primary Care, with human, economic and social impact. The present study aimed to describe these patients' sociodemographic and pathological characteristics.

Material and Methods: A cross-sectional study with analytical component was conducted in the population of frequent attenders in a Portuguese Primary Health Care Practice, between January 2007 and December 2009, allocated to six General Practitioners. Sociodemographic characteristics as well as data related to physical and mental illness were collected from clinical records. Associations between variables were tested with χ -square and *t-test*. The top quartile of frequent attenders was compared with the remaining population. The adopted significance level was 0.05.

Results: Of the 582 individuals evaluated, with a mean age of 55.4 years (men 58.6 and women 54.3; $p = 0.006$), 85% had chronic physical illness and 42% had chronic psychiatric illness. In the upper quartile of frequent attenders was observed a higher prevalence of chronic psychiatric illness ($p < 0.001$), as well as multiple pathology ($p = 0.01$), when compared to the remaining population. Individuals with physical illness were older (mean age: 58.0 years vs 40.1 years; $p < 0.001$) while those with chronic psychiatric illness were younger (mean age 53.7 years vs 56.6; $p = 0.035$).

Discussion: It was drawn a profile of the frequent attender consistent with international literature, at a time when there are no studies in Portuguese Primary Care settings. Information and selection bias were detected and minimized. In order to discriminate between frequent attenders, the upper quartile was compared with the remaining population. Some features seemed to be more associated with frequent attendance, such as advanced age, low educational level and the presence of chronic psychiatric illness.

Conclusion: The frequent attender of this Portuguese Primary Care Practice is a female, in the sixth decade of life, with low educational level, married or living as a couple, coming from a nuclear family, and often with chronic illness. Knowledge of these patients may allow the development of strategies that lead to more cost-effective health care services. This study shows some guidelines for studies on this important population.

Keywords: Health Services Misuse; Primary Health Care.

1. Unidade de Saúde Familiar de Lagoa. Matosinhos. Portugal.

2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Senhora da Hora. Matosinhos. Portugal.

3. Unidade de Saúde Familiar Caravela. Matosinhos. Portugal

Recebido: 12 de Abril de 2012 - Aceite: 30 de Novembro de 2012 | Copyright © Ordem dos Médicos 2013

INTRODUÇÃO

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários tem-se verificado que um pequeno número de doentes é responsável pelo gasto de uma elevada percentagem de tempo ao Médico de Família. Denominados de *hiperfrequentadores* ou *hiper-utilizadores*, estes doentes consomem entre 21 a 67% dos recursos, sendo ainda responsáveis por um grande número de prescrições e de referências para outros níveis de cuidados. Causam, portanto, elevado impacto económico, humano e social.¹⁻³

Os estudos na área dos hiperfrequentadores denotam ainda alguma heterogeneidade na definição deste conceito.^{4,5} No entanto, nos últimos anos, tem vindo a ser cada vez mais utilizada a definição deste termo como os 10% mais utilizadores de consultas num dado período de tempo. Este conceito provou originar resultados independentes do género e idade e, permite uma boa discriminação entre utentes hiperfrequentadores e não-hiperfrequentadores.⁶

As razões que motivam o indivíduo a recorrer frequentemente ao Centro de Saúde podem estar relacionadas com fatores individuais, patológicos, sociodemográficos, e relacionados com os próprios serviços de saúde.² Embora os hiperfrequentadores se apresentem como um grupo heterogéneo, algumas características comuns como a idade avançada, o género feminino e as classes social, educacional ou económica mais baixas têm sido identificadas.³ A evidência revela que este conjunto de indivíduos regista elevadas prevalências de doença crónica, física e psiquiátrica, bem como problemas sociais e emocionais.^{2,5,7} Estima-se que mais de 50% dos hiperfrequentadores tenham uma doença física e cerca de 33% apresentam uma combinação de problemas físicos, mentais e sociais.⁷

Em Portugal existem poucos dados que permitam compreender quem são os hiperfrequentadores e por que motivos consomem mais recursos de saúde, especialmente ao nível dos cuidados de saúde primários (Almeida LM. Cuidados de saúde primários e utentes persistentes – caracterização dos hiperfrequentadores da sub-região de saúde de Coimbra. Espelho - publicação da Administração Regional de Saúde do Centro, Sub-região de Saúde de Coimbra. Janeiro 2004). A caracterização destes utentes assume grande importância ao permitir que o médico de família possa otimizar a prestação de cuidados e a gestão do seu tempo.⁸

O objetivo deste estudo é traçar o perfil do hiperfrequentador no Centro de Saúde da Senhora da Hora, descrevendo os 10% de utentes mais frequentadores desse Centro de Saúde num período de três anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, descritivo com uma componente analítica. A recolha de dados foi efetuada entre Abril e Julho de 2010, no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

Consideraram-se hiperfrequentadores os 10% de utentes que mais vezes foram consultados (em consulta programada ou não programada) no período de tempo de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2009, inscritos nas listas de seis

médicos de família.

Foram excluídos utentes menores de 18 anos, utentes que faleceram durante o período de estudo e utentes incapazes de responder ao questionário aplicado. Não foram contabilizados os contactos indiretos e consultas programadas de Saúde Materna e Planeamento Familiar.

A recolha de dados foi realizada tendo por base um formulário construído pelos investigadores que permitiu colher informação relativa à idade, género, estado civil (solteiro, casado/união de facto, viúvo, divorciado/separado), escolaridade (definida em número de anos completos de escolaridade) e situação profissional (trabalhador no ativo, desempregado, reformado, outra situação). A informação referente à escolaridade e idade foram posteriormente categorizadas para a análise estatística. Foi ainda recolhida informação relativa ao tipo de família (família nuclear, família alargada, família unitária, família monoparental, família reconstruída ou outras).

A presença de doença crónica foi definida considerando a definição utilizada pela OMS: 'doença que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiência residual, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial do doente para a reabilitação, ou pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados'.⁹ Consideraram-se portadores de doença física crónica os utentes com registo no processo clínico de diagnóstico de doença física crónica e/ou prescrição de terapêutica para doença física crónica no período de tempo em que incidiu o estudo, e portadores de doença psiquiátrica crónica os utentes com registo no processo clínico de diagnóstico de doença psiquiátrica crónica e/ou prescrição de terapêutica para doença psiquiátrica crónica no período de tempo em que incidiu o estudo. Foi considerada prescrição prolongada de terapêutica dirigida a doença psiquiátrica crónica a prescrição superior a seis meses.

Os utentes foram contactados telefonicamente pelos investigadores até um máximo de três tentativas e, após explicação da finalidade do estudo, foram convidados a participar no mesmo. Depois da obtenção verbal do consentimento, os utentes foram solicitados a responder ao questionário elaborado também pelos investigadores. A informação foi complementada consultando o processo clínico do utente (físico e/ou eletrónico). Toda a informação foi registada na folha de recolha de dados. O questionário foi sujeito a um teste piloto.

Análise estatística

Após o período de recolha de dados foi efetuada a sua codificação e registo numa base de dados em Microsoft Office Excel 2007®.

Foram determinados resultados referentes à estatística descritiva e inferencial, utilizando os testes χ -quadrado e *t student* consoante adequado. Procedeu-se à comparação da presença de patologia por género nos hiperfrequentadores e foi realizada uma análise comparativa por quartis comparando o quartil superior dos hiperfrequentadores

Tabela 1 - Características sócio-demográficas e patológicas dos hiperfrequentadores.

Características sociodemográficas e patológicas dos Hiperfrequentadores (n = 582)	
Idade (média ± dp)	55,4 ± 15,92
Género [n (%)]	
Masculino	138 (23,7)
Feminino	444 (76,3)
Escolaridade [n (%)]*	
≤ 4 anos	312 (53,6)
5 - 6 anos	34 (5,8)
7 - 9 anos	71 (12,2)
10 -12 anos	96 (16,5)
≥ 12 anos	47 (8,1)
Estado civil [n (%)]	
Solteiro	44 (7,6)
Casado/união de facto	435 (74,7)
Viúvo	68 (11,7)
Divorciado/separado	35 (6,0)
Situação profissional [n (%)]†	
Activo	269 (46,2)
Desempregado	57 (9,8)
Reformado	204 (35,1)
Outra	51 (8,8)
Tipo de Família [n (%)]	
Nuclear	402 (69,1)
Alargada	63 (10,8)
Unitária	57 (9,8)
Monoparental	33 (5,7)
Reconstruída	15 (2,6)
Outra	12 (2,1)
Doença física crónica [n (%)]	496 (85,2)
Diabetes	106 (18,2)
HTA	280 (48,1)
Dislipidemia	232 (39,9)
Asma/DPOC	71 (12,2)
Patologia osteoarticular	224 (38,5)
Outra	334 (57,4)
Múltiplas patologias (≥ 2)	366 (62,9)
Doença psiquiátrica crónica [n (%)]	245 (42,1)

* missing n=22 ; † missing n=1

com os restantes três. A análise de dados foi feita utilizando o programa STATA 11.0 (Stata Corporation, College Station, Texas).

Considerações éticas

O protocolo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

RESULTADOS

Da população inicial de 5820 indivíduos que frequentaram pelo menos uma vez o Centro de Saúde nos três anos do estudo, foram seleccionados os 10% com maior número de consultas, que correspondem a uma população de 582 hiperfrequentadores. Os indivíduos seleccionados tiveram um de mínimo 15 consultas no período do estudo. O indivíduo mais frequentador recorreu a 76 consultas (23 com o seu médico de família e 53 com outro médico), sendo que o número médio de consultas por hiperfrequentador nos três anos de estudo foi $22,2 \pm 7,69$ em qualquer médico e $17,4 \pm 7,11$ considerando apenas as consultas com seu médico de família. Verificou-se que estes 10% de utentes geraram 19% das consultas dos seis médicos de família cujas listas foram alvo do estudo.

A média de idades foi 55,4 anos (mulheres 54,3; homens 58,6; $p = 0,006$) com uma idade mínima de 20 anos e máxima de 95 anos. Quatrocentos e quarenta e quatro (76,3%) indivíduos eram do género feminino. Os hiperfrequentadores tinham em média $6,6 \pm 4,02$ anos de escolaridade. Cerca de 75% eram casados ou viviam em união de facto, 269 (46,2%) eram profissionalmente ativos e 204 (35%) reformados. Verificou-se ainda que aproximadamente 70% dos indivíduos faziam parte de uma família nuclear (Tabela 1). Oitenta e cinco por cento dos hiperfrequentadores avaliados tinham patologia física crónica e 40% patologia psiquiátrica crónica. Os indivíduos com doença física

eram mais velhos (idade média: 58,0 anos $\pm 15,10$ vs 40,1 anos $\pm 11,35$; $p < 0,001$) e os indivíduos com doença psiquiátrica crónica eram mais novos (idade média 53,7 $\pm 15,28$ vs 56,5 $\pm 16,9$; $p = 0,035$).

Não se registaram diferenças significativas por género em relação à presença de doenças física ou psiquiátrica crónicas. Analisando por tipo de doença física verificou-se, no entanto, que uma maior proporção de homens tinham diabetes *mellitus* ($p = 0,006$), hipertensão arterial (HTA) ($p = 0,008$), dislipidemia ($p < 0,001$) e múltiplas patologias ($p = 0,014$). A doença psiquiátrica foi mais frequente nas mulheres do que nos homens, embora a diferença não seja estatisticamente significativa (43,9% vs 36,2; $p = 0,11$) (Tabela 2). Relativamente à escolaridade, estado civil ou tipo de família, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos com doença psiquiátrica.

Na análise por quartis (25 - 50 - 75) documentou-se que os indivíduos do quartil mais frequentador eram mais velhos (idade média 56,2 vs 51,8; $p = 0,001$), tinham mais patologia física múltipla ($p = 0,009$) e mais doença psiquiátrica crónica ($p < 0,001$). Não se encontrou qualquer outra diferença estatisticamente significativa para as variáveis avaliadas. Verificou-se também diferenças ao nível da escolaridade e estado profissional, tendo o quartil superior maior proporção de indivíduos com mais escolaridade e desempregados (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O hiperfrequentador típico da população estudada é um indivíduo do género feminino, na sexta década de vida, com baixa escolaridade, casado ou em união de facto, que pertence a uma família nuclear, geralmente com doença crónica. Quase metade dos hiperfrequentadores têm patologia psiquiátrica crónica.

Os cuidados de saúde primários são a porta de entrada

Tabela 2 - Distribuição das patologias crónicas avaliadas por género

	Género		p
	Masculino (n = 138)	Feminino (n = 444)	
Doença física crónica [n (%)]	124 (89,9)	372 (83,8)	0,079
Diabetes	36 (26,1)	70 (16,8)	0,006
HTA	80 (58,0)	200 (45,1)	0,008
Dislipidemia	73 (52,9)	159 (35,8)	< 0,001
Asma/DPOC	19 (13,8)	52 (11,7)	0,519
Patologia osteoarticular	47 (34,1)	177 (39,9)	0,221
Outra	84 (60,9)	250 (56,3)	0,344
Múltiplas patologias (≥ 2)	99 (71,7)	267 (60,1)	0,014
Doença psiquiátrica crónica [n (%)]	50 (36,2)	195 (43,9)	0,110

Tabela 3 - Comparação dos indivíduos do quartil superior de hiperfrequentadores com os restantes três quartis.

	Quartil superior (n = 145)	Quartis inferiores (n = 437)	P
Idade (média ± dp)	56,2 ± 15,28	51,8 ± 14,73	0,001
Género [n (%)]			
Masculino	38 (26,2)	100 (22,8)	0,415
Feminino	107 (73,8)	337 (77,1)	
Escolaridade [n (%)]*			
≤ 4 anos	66 (47,1)	246 (58,6)	0,018
5 - 6 anos	12 (8,6)	22 (5,2)	
7 - 9 anos	27 (19,3)	44 (10,5)	
10 - 12 anos	21 (15,0)	75 (17,9)	
≥ 12 anos	14 (10,0)	33 (7,9)	
Estado civil [n (%)]			
Solteiro	12 (8,3)	32 (7,3)	0,081
Casado/união de facto	102 (70,4)	333 (76,2)	
Viúvo	16 (11,0)	52 (11,9)	
Divorciado/separado	15 (11,3)	20 (4,6)	
Situação profissional [n (%)]†			
Activo	66 (45,5)	203 (46,6)	0,002
Desempregado	23 (15,9)	34 (7,8)	
Reformado	38 (26,2)	166 (38,1)	
Outra	18 (12,4)	33 (7,6)	
Tipo de Família [n (%)]			
Nuclear	93 (64,2)	309 (70,7)	0,219
Alargada	18 (12,4)	45 (10,3)	
Unitária	15 (10,3)	42 (9,6)	
Monoparental	7 (4,8)	26 (6,0)	
Reconstruída	7 (4,8)	8 (1,8)	
Outra	5 (3,5)	7 (1,6)	
Doença física crónica [n (%)]			
Diabetes	22 (15,2)	84 (19,2)	0,274
HTA	63 (43,4)	217 (49,7)	0,195
Dislipidemia	59 (40,7)	173 (39,6)	0,814
Asma/DPOC	13 (9,0)	58 (13,3)	0,170
Patologia osteoarticular	56 (38,6)	168 (38,4)	0,970
Outra	78 (53,8)	256 (58,6)	0,312
Múltiplas patologias (≥ 2)	78 (53,8)	288 (65,9)	0,009
Doença psiquiátrica crónica [n (%)]			
	82 (56,6)	163 (37,3)	< 0,001

* missing n=22 ; † missing n=1

no sistema de saúde e o médico de família é o clínico com maior acessibilidade, fazendo com que a utilização racional destes serviços seja crucial para o bom funcionamento de todo o sistema.^{8,10} Os resultados deste estudo permitem uma sistematização das características dos indivíduos que mais consomem recursos nas unidades de saúde onde ele decorreu. Esta informação poderá contribuir para compreender melhor quem são os hiperfrequentadores de cuidados de saúde em Portugal, possibilitando uma melhor gestão do tempo de consulta.

Não obstante a sua relevância, o presente estudo não é isento de limitações. A definição de hiperfrequentadores é controversa,^{2,11} podendo os autores estar a incorrer num viés de seleção. Contudo, a definição adotada é a que se tem revelado mais consensual e que tem sido usada por vários estudos.^{2,11,12} Poderá existir também um viés de informação do diagnóstico das patologias crónicas, quer física, quer psiquiátrica. Para este estudo, os autores utilizaram uma combinação de autodeclaração de doença com os registos existentes tanto em papel como no processo informático e, por isso, consideram que a classificação se aproximará da realidade. Relativamente à doença psiquiátrica foi também usada, como método auxiliar, a prescrição prolongada de medicação ansiolítica, anti-depressiva e anti-psicótica, o que poderá ter originado um sobrediagnóstico. Há que considerar também um outro viés de informação resultante da possibilidade de heterogeneidade entre os registos feitos por médicos diferentes. Além disso, neste estudo foram analisados dados dos utentes hiperfrequentadores das listas de seis médicos de família, não podendo os resultados ser extrapolados para toda a população dos cuidados de saúde primários.

Em relação às características sociodemográficas os resultados encontrados relativos ao género e à idade estão de acordo com a evidência anterior.^{1,2} A prevalência encontrada de doença crónica é elevada, o que poderá significar que estes indivíduos têm, na sua generalidade, patologia que justifica acompanhamento. No entanto, o número elevado de consultas não pode ser, exclusivamente, justificado pela vigilância de patologia crónica. Da mesma forma, também se verificam prevalências de diabetes *mellitus*, HTA e dislipidemia superiores às esperadas para a população em geral. Este facto é explicado pela maior frequência de doença em frequentadores de cuidados de saúde do que na população geral.¹³ A prevalência de doença psiquiátrica crónica encontrada, também superior à esperada para a população geral, poderá justificar, em parte, o elevado consumo de recursos de saúde, uma vez que a evidência anterior mostra que existe uma forte componente psicológica, emocional e social na procura excessiva de cuidados. A reduzida escolaridade dos hiperfrequentadores está também de acordo com esta evidência.^{2,3}

O baixo nível socioeconómico e o desemprego têm sido associados a consumo excessivo de cuidados de saúde.^{3,14} Alguns estudos identificaram ainda que viver sozinho, ser divorciado ou ser solteiro são fatores associados a este comportamento.^{14,15} No entanto, os dados não são consen-

suais e diferem consoante o género.³ Os resultados obtidos mostram que a grande maioria dos hiperfrequentadores são casados ou vivem em união de facto, são profissionalmente activos ou reformados e pertencem a uma família do tipo nuclear, o que sugere que outros fatores poderão estar implicados neste comportamento.

Com o intuito de discriminar os hiperfrequentadores entre si foi feita a comparação do quartil superior dos hiperfrequentadores com a restante população. Os resultados encontrados salientam que algumas características parecem estar mais associadas aos hiperfrequentadores, como a idade avançada, a baixa escolaridade e a presença de patologia psiquiátrica.

Poucos estudos até à data têm mostrado que alguma intervenção tenha efeito na melhoria da qualidade de vida ou morbidade dos hiperfrequentadores dos cuidados de saúde primários. Há alguma evidência de dois tipos de abordagem que permitem a redução do número de consultas por estes utentes, melhoram a sua satisfação e a dos seus médicos de família, e reduzem os custos para os sistemas de saúde: a intervenção em clínicas especializadas abordando o utente como um todo biopsicossocial e integrando as suas queixas no contexto das suas vivências¹⁶ e a intervenção pelo próprio médico de família através da aplicação de um modelo diferente de abordagem dos motivos do indivíduo para o recurso a cuidados de saúde.¹⁷ Importa refletir sobre o facto de que a solução para este problema parece estar centrada na intervenção e mudança de atitudes do próprio médico de família. Nesse sentido, teria interesse que um estudo sobre esta temática se centrasse também nas características médicas e não apenas nas do utente.

CONCLUSÃO

A evidência gerada por este estudo permite verificar que um pequeno número de utentes consome uma elevada percentagem do tempo dos médicos de família e que é necessário saber quem são estes utentes para que se possam delinear estratégias que conduzam a uma utilização de cuidados de saúde com melhor relação custo-efetividade, já que este fenómeno é um sinal de má utilização do sistema de saúde, que acarreta custos elevados.^{1,18-20}

No futuro será importante comparar estes utentes com um grupo de utentes não-hiperfrequentadores pois permitirá discriminar as características associadas a um maior consumo de cuidados de saúde. Da mesma forma, teria interesse estudar a influência de outros fatores associados a um maior uso dos recursos disponíveis, como a isenção de taxas moderadoras.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Robles R, Gili M, Gelabert J, Llull M, Bestard F, Vicens C, et al. Sociodemographic and psychopathological features of frequent attenders in primary care. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37:320-5.
2. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005;119:118-37.
3. Vedsted P, Fink P, Sorensen HT, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2004;59:813-23.
4. Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Fam Pract*. 2006;23:444-52.
5. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: A systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res*. 1999;47:115-30.
6. Luciano JV, Fernandez A, Pinto-Meza A, Lujan L, Bellon JA, Garcia-Campayo J, et al. Frequent attendance in primary care: Comparison and implications of different definitions. *Br J Gen Pract*. 2010;60:49-55.
7. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Assendelft WJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Fam Pract*. 2008;9:5.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
9. Timmreck TC. Dictionary of health services management. New York: National Health Publishing; 1982.
10. WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar). Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; 2002.
11. Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJ, van Weert HC. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract*. 2008;9:21.
12. Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: A 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*. 2009;9:36.
13. Ohinmaa A, Schopflocher D, Jacobs P, Demeter S, Chuck A, Golmohammadi K, et al. A population-based analysis of health behaviours, chronic diseases and associated costs. *Chronic Dis Can*. 2006;27:17-24.
14. Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: Secondary analysis of data. *Fam Pract*. 2000;17:298-304.
15. Baez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: A case-control study. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1824-7.
16. Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: Description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract*. 2002;24:251-6.
17. Bellon JA, Rodriguez-Bayon A, de Dios Luna J, Torres-Gonzalez F. Successful gp intervention with frequent attenders in primary care: Randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2008;58:324-30.
18. Hansagi H, Olsson M, Sjoberg S, Tomson Y, Goransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med*. 2003;41:561-7.
19. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: Service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry*. 2002;180:248-53.
20. Stewart P, O'Dowd T. Clinically inexplicable frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract*. 2002;52:1000-1.