

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL



FERNANDA ZANOTO KRAEMER

**USUÁRIOS NÃO URGENTES EM EMERGÊNCIA: QUALIDADE DE VIDA E
PROBLEMAS PSQUIÁTRICOS**

Orientador: Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein

Porto Alegre, maio de 2013



FERNANDA ZANOTO KRAEMER

**USUÁRIOS NÃO URGENTES EM EMERGÊNCIA: QUALIDADE DE VIDA E
PROBLEMAS PSQUIÁTRICOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

Orientador: Prof.Dr. Airton Tetelbom Stein

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2013

Q89u Kraemer, Fernanda Zanoto
Usuários não urgentes em emergência: qualidade de vida e
problemas psiquiátricos / Fernanda Zanoto Kraemer. – 2013.
91 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia,
2013.

Orientador: Dr. Airton Tetelbom Stein

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Acesso aos
Serviços de Emergência. 3. Avaliação em Saúde. 4. Qualidade
de Vida. 5. Saúde Mental. I. Stein, Airton Tetelbom. II. Título.

CDU 614(81):616-083.98

Catálogo elaborado por Luciane Berto Benedetti CRB10/1458

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr. Ricardo Kuchenbecker, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Erno Harzheim, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof^a. Dr. Marisa da Silva Santos, doutora em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

"Aquele que quer aprender a voar um dia precisa primeiro aprender a ficar de pé, caminhar, correr, escalar e dançar; ninguém consegue voar só aprendendo vôo."

Friedrich Nietzsche

AGRADECIMENTOS

A tendência do ser humano é estar sempre ultrapassando limites e buscando por novos aprendizados, e esta capacidade de conhecimento intelectual e científico nos difere dos demais seres vivos. Nesses dois últimos anos, usufruí mais um momento de crescimento e conhecimento, e muitas pessoas estimularam e colaboraram com esta vivência. E, é a essas pessoas que ofereço meu sincero muito obrigado!

Agradeço ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição onde trabalho, pelo estímulo à formação profissional e pela liberação de parte da minha carga horária para dedicação a este projeto.

Aos trabalhadores do GHC que de alguma forma estão ligados à pesquisa e que, com seus conhecimentos, são facilitadores de nossos projetos de pesquisa. A bioestatística Vânia Hirakata, a bibliotecária Luciane Berto Benedetti e o analista de sistemas Diovani S. Pires que muito colaboram neste trabalho.

Às minhas chefias anteriores, chefias atuais e colegas de coordenação do Hospital Cristo Redentor pela compreensão da importância deste momento para meu crescimento profissional e por assumir parte de minhas atividades enquanto estava submersa no mundo do mestrado.

À equipe da emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, pelos quais tenho um inestimável carinho, por abrir suas portas e receber a mim e a equipe de coletadores de forma tão acolhedora.

Agradeço, parablenzo e desejo muito sucesso a equipe de coletadores que foram incansáveis e sem os quais esta pesquisa não seria possível. Carolina Maltz, Elise Soares, Giovana Petracco, Ricardo Schwingel, Patricia Antoni, Ernani Boher, Victoria Simonetti, a vontade e o comprometimento demonstrados na participação deste projeto antecipa os excelentes enfermeiros que serão e o futuro brilhante que os aguarda.

Ao meu orientador, Dr^o Airton Stein, pela paciência, pela presença e pelas palavras de estímulo e confiança dedicadas neste mais de um ano de trabalho em conjunto.

À minha família, especialmente a minha mãe Mariza, pelo seu estímulo contínuo, por sempre acreditar em meu potencial e pelo orgulho que demonstra por mim. Ao meu irmão Felipe, que dedicou muitos dias à digitação e à conferência do banco de dados, e que me surpreendeu com a responsabilidade com que executou essa atividade.

Ao meu marido, Alexandre, por me amar e respeitar meu espaço de crescimento profissional, abdicando de minha companhia em prol de meu aperfeiçoamento, obrigada!

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE TABELAS	12
LISTA DE FIGURAS	13
1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 A rede de atenção à saúde como facilitadora da integralidade de atenção	18
3.2 O acesso aos serviços de saúde como determinante pela escolha dos serviços de saúde	21
3.3 O serviço de emergência como porta de entrada ao sistema de atenção à saúde	22
3.4 Classificação de Risco como ferramenta de gestão de fluxo dos serviços de saúde	24
3.5 Avaliação dos serviços de saúde como estratégia de qualificação da atenção	26
3.6 Rastreamento de sintomas depressivos	29
3.7 Rastreamento de sintomas de Transtorno Psiquiátrico Menor	31
3.8 Descrição da qualidade de vida em pacientes da emergência	33
4. OBJETIVOS	48
4.1 Objetivo Geral	48
4.2 Objetivos Específicos	48
REFERÊNCIAS	49
5. ARTIGO	55
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
APÊNDICES	84
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados	85
ANEXOS	91
ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa	92

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CI – Cardiopatia Isquêmica

CR – Classificação de Risco

DP – Desvio Padrão

EDM – Episódio Depressivo Maior

EP – Erro Padrão

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

IC – Intervalo de Confiança

IRC – Insuficiência Renal Crônica

MS – Ministério da Saúde

NATS – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde

QV – Qualidade de Vida

RAS – Rede de Atenção à Saúde

REBRATS - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde

RP – Razão de Prevalência

SE – Serviço de Emergência

SRQ – Self Reporting Questionnaire

SUS – Sistema Único de Saúde

TPM – Transtorno Psiquiátrico Menor

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

É alta a demanda de pessoas com situações não urgentes que procuram os serviços de urgência e emergência o que é considerado como uso inadequado de recursos. Mesmo assim, problemas psiquiátricos e qualidade de vida não são avaliados nessa população. **Objetivo:** Identificar a prevalência de sintomas depressivos e de transtorno psiquiátrico menor e a qualidade de vida em usuários classificados como pouco urgentes e não urgentes em um serviço de emergência. **Método:** Um estudo transversal foi realizado numa amostra aleatória de 241 sujeitos em uma emergência no Sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram: os pacientes classificados como pouco urgentes ou não urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester e com mais de 18 anos. A variável transtorno psiquiátrico menor (TPM) foi avaliada por meio da escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ); a depressão, por meio do Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D); e a qualidade de vida, por meio do Whoqol-Bref. As variáveis independentes foram sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, condição econômica e local habitual de consulta. Realizou-se teste qui-quadrado de Pearson na análise bruta e regressão de Poisson com variância robusta na análise ajustada das variáveis dependentes sintomas de TPM e sintomas depressivos. Para a análise simples da qualidade de vida utilizou-se Teste t e Anova e para a ajustada, regressão linear. **Resultados:** O sexo feminino foi predominante (61%). A faixa etária variou entre 18 e 87 anos, com média de 39 anos, e metade da amostra foi formada por adultos jovens até 33 anos. Houve predominância da situação conjugal atual sem parceiro (67,6%). A cor de pele branca foi referida por 69,7% dos entrevistados. Na avaliação da condição econômica encontrou-se renda familiar *per capita* de até R\$ 500,00 para 48,3% dos sujeitos e renda familiar *per capita* acima de R\$ 1.000,00 para 51,7% da amostra. A presença de cadastro em serviço de APS foi referida por 74% dos sujeitos, sendo a APS mencionada como local habitual de consulta por 45,5% dos entrevistados e a emergência referida por 47,3% deles. Constatou-se que 51% dos participantes apresentaram sintomas de TPM, e 47,7%, sintomas de depressão. A média de qualidade de vida foi de 58,29 (DP=18,22) para o domínio físico, 67,63 (DP=16,67) para o domínio psicológico, 71,71 (DP=16,24) para as relações sociais e média de 57,13 (DP=14,13) para o domínio meio ambiente. Os sintomas de TPM foram 1,38 vezes mais prevalentes no sexo feminino (RP 1,38, IC 95% 1,04-1,84). Os pacientes com sintomas depressivos apresentaram 2,73 vezes maior prevalência de TPM (RP 2,73, IC 95% 1,95-3,83). Na análise bivariada as mulheres apresentaram 1,45 vezes mais prevalência de sintomas depressivos (RP 1,45 IC 95% 1,08-1,93). A condição social com quintis mais baixos apresentou associação com menor qualidade de vida nos domínios psicológico, social e meio ambiente na análise bruta ($p < 0,05$), no entanto perdeu a significância na análise ajustada. **Conclusões:** Existe a necessidade de desenvolver diretrizes nos SE para as mulheres que são consideradas como não urgentes, pois elas têm alta frequência de problemas psiquiátricos, de depressão e baixa QV. Recomenda-se a implementação de diretrizes de rastreamento de problemas de saúde mental nessa população na chegada ao serviço de emergência, mesmo caracterizando-se como problemas não urgentes; a capacitação dos profissionais desse serviço visando maior atenção às questões de saúde mental; desenvolvimento de estratégias que objetivem a formação de vínculo entre o usuário e a APS; assim como um modelo assistencial integral com a participação de serviços de saúde mental. Mesmo o serviço de emergência não sendo um ambiente propício para a avaliação de saúde mental, devem estar preparados para rastrear os problemas de saúde mental em mulheres jovens e organizar o fluxo de atendimento utilizando a rede de atenção à saúde. **Palavras-chave:** serviços médicos de emergência, acesso aos serviços de saúde, avaliação em saúde, depressão, qualidade de vida, saúde mental, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

There is a high demand persons with situations non-urgent that seek emergency departments which is considered to be inappropriate use of resources. Nevertheless, quality of life and psychiatric problems are not evaluated on this population. **Objective:** To identify the prevalence of symptoms of depression, Minor Psychiatric Disorders (MPD) and quality of life (QL) in non-urgent users in an Emergency Department (ED). **Methods:** A cross-sectional study was carried out in a probabilistic sample in 241 subjects in an emergency department in Brazil. The inclusion criteria were non urgent and standard patients according to the Manchester Triage System and to be over 18 year old. The Minor Psychiatric Disorder (MPD) variable was evaluated by the Self-Reporting Questionnaire (SRQ) scale, the depression by the Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) and quality of life by the Whoqol-Brief. The independent variables were sex, age, skin color, conjugal status, economic situation and place of usual medical care. The Pearson's chi square test was performed on the gross analysis and the Poisson regression with robust variance in the adjusted analysis of the dependent variables premenstrual disorder and depressive symptoms. The statistical analysis that were carried out were t Test and Anova. An adjusted analysis was applied for a linear regression. **Results:** The female sex was predominant (61%). The age ranged between 18 and 87 years old, with a mean age of 39 years (SD 18). There was a predominance of current marital status without partner (67.6%). The skin color white was referred by 69.7 % of the subjects. In the assessment of the economic condition it was found a family income per capita of up to R\$ 500.00 for 48.3% of the subjects and family income per capita above R\$ 1,000.00 for 51.7% of the sample. There were 74% who reported to be registered at a primary health care (PHC) services, in which 45.5% seek PHC as the usual place for medical consultation. It was found that 51% of the subjects presented with MPD symptoms and 47.7% had depression symptoms. The mean of quality of life was 58.29 (SD 18.22) for the physical domain, 67.63 (SD 16.67) for the psychological domain, 71.71 (SD 16.24) for social relationships and 57.13(SD 14.13) for the environment domain. The MPD symptoms were 1.38 times most prevalent on the female sex (PR 1.38, CI 95% 1.04 – 1.84). The patients with symptoms of depression presented with 2.73 times most prevalent of MPD (PR 2.73, CI 95% 1.95 – 3.83). On the bivariate analysis women presented 1.45 times most prevalent symptoms of depression (PR 1.45 CI 95% 1.08-1.93). The social condition with lower “quintis” presented association with lower life quality on the psychological domain, social and environment on the gross analyses ($p < 0.05$), however it had lost significance on the adjusted analyses. **Conclusion:** There is a need to develop guidelines in UP for women who are not regarded as urgent as they have a high frequency of psychiatric problems, depression and lower QOL. It is recommended to implement guidelines for tracking mental health problems in this population on arrival at the emergency department, even if characterized as non-urgent problems, the training of professionals that service seeking greater attention to mental health issues, developing strategies aimed at the formation of bond between you and APS, as well as a comprehensive care model involving mental health services. Even the emergency service is not an environment conducive to mental health evaluation, should be prepared to track mental health problems in young women and organize the flow service using the network of health care. **Key words:** Emergency Medical Services, Health Services, Health Services Accessibility, Health Evaluation, Depression, Quality of Life, Mental Health, Primary Care .

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorização de risco do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester	25
Quadro 2 – Caracterização dos tipos de avaliação segundo critérios selecionados	27
Quadro 3 – Caracterização de alguns instrumentos utilizados para a avaliação de QV	35
Quadro 4 – Resumo do material bibliográfico utilizado na revisão do desfecho depressão em estudos realizados no Brasil	38
Quadro 5 – Resumo do material bibliográfico utilizado na revisão do desfecho Transtorno Psiquiátrico Menor em estudos realizados no Brasil	43
Quadro 6 – Resumo do material bibliográfico utilizado na revisão do desfecho qualidade de vida em estudos realizados no Brasil	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas e de local habitual de consultas em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2012 67

Tabela 2. Prevalência de sintomas de transtorno psiquiátrico menor segundo SRQ-20 ajustada conforme as variáveis independentes e dependentes em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2012 68

Tabela 3. Prevalência de sintomas de depressão segundo CES-D ajustada conforme as variáveis independentes e dependentes em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2012 69

Tabela 4. Média de qualidade de vida segundo Whoqol-Bref ajustada conforme as variáveis independentes e dependentes em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2012 70

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde 19

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Usuários não urgentes em emergência: qualidade de vida e problemas psiquiátricos”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 11 de abril de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que se segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

Apesar do esforço que vem sendo realizado para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda há grandes desafios a serem enfrentados. Entre esses é preciso considerar a desarticulação da rede de atenção à saúde e a superlotação dos serviços de urgência e emergência. Tem-se percebido uma inversão na lógica de entrada no sistema de saúde, na qual os usuários têm acessado o sistema através dos serviços de urgência e emergência ¹.

A realidade dos serviços de emergência mostra um alto índice de atendimento para casos não urgentes, entretanto estudos variam muito quanto aos dados de prevalência para estes casos considerados como “inadequados”. Em sua maioria, apresentam altas taxas de prevalência, com média de 40% para casos não urgentes que são atendidos nesses serviços, podendo variar entre 5% a 90% (STEG, 1989 apud 2). Estudos brasileiros chegaram a mostrar taxa de 85% de pacientes de baixo risco para agravos entre os atendimentos de um serviço de emergência referenciado ³.

Os serviços de emergência são um ponto de apoio importante na rede de atenção à saúde e devem estar sempre disponíveis para cumprir seu objetivo principal de salvar vidas, reduzir sequelas importantes e amenizar sofrimento. No momento, frente à alta demanda de usuários não urgentes, o serviço de emergência fica descaracterizado e pode pôr em risco o atendimento àqueles que se encontram em situação de urgência.

A rede de atenção à saúde deve estar organizada de forma a permitir que a atenção primária em saúde (APS) seja a porta de entrada preferencial do sistema, sendo capaz de oferecer assistência resolutiva, inclusive com garantia do primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas, respeitando os princípios do SUS. Através da APS é possível realizar a organização sistêmica da atenção em saúde, garantindo a efetivação de processos de referência entre os serviços ⁴⁻⁵.

É urgente a efetivação da rede de atenção à saúde a partir de uma organização que permita superar a fragmentação da atenção e efetivar a consolidação dos princípios do SUS. Para a estruturação efetiva da rede de atenção à saúde é preciso trabalhar a APS, a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência. Assim como migrar de uma abordagem isolada do serviço de saúde para uma abordagem integral por região de saúde, observando a adscrição da população e estratificação de risco ⁵.

Ainda são encontradas dificuldades de acesso, diagnóstico, tratamento e conhecimento adequado para situações de doenças agudas, como infarto agudo do miocárdio, situação foco

nos serviços de emergência ⁶. Dessa forma, deve ser identificado o subdiagnóstico de situações como depressão e transtorno psiquiátrico menor, que englobam transtornos de humor, ansiedade e somatização.

Os serviços de saúde precisam estar preparados para atender pacientes com problemas de saúde mental. Estudos têm apresentado altas prevalências de distúrbios psiquiátricos na população geral, indicando uma estimativa de até 48,6% de transtornos mentais ao longo da vida ⁷. Quando não tratados, esses transtornos podem acarretar em prejuízos para o indivíduo e para a sociedade, uma vez que vêm acompanhados de sofrimento psíquico e somático, isolamento social, interrupções nas atividades acadêmicas e profissionais, baixo rendimento laboral, abuso de álcool e outras drogas, homicídios, suicídios, além de trazer aumento com gastos em saúde pela maior utilização dos recursos em saúde ⁸.

Além disso, é importante estar atento à qualidade de vida da população, uma vez que esta é fator determinante para a condição de saúde dos indivíduos, podendo ter influência no desfecho de outras doenças e nos índices de morbimortalidade ⁹. Estudos têm mostrado associação entre os transtornos psiquiátricos e a diminuição na qualidade de vida dos indivíduos em geral, chegando a superar a influência de outras doenças crônicas não psiquiátricas ⁸.

Entre os principais motivos para o não diagnóstico dos problemas de saúde mental pelos profissionais de saúde estão a maior probabilidade de esses indivíduos relatarem somente queixas somáticas no atendimento em saúde e a dificuldade dos profissionais em reconhecer os sintomas relatados como parte do quadro de transtorno mental ^(MCQUAID, STEIN, MCCAHILL, 1999; DOCHERTY, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001 apud 10). Outros são a falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com problemas psiquiátricos, não disponibilidade de profissionais de saúde mental na emergência e estigma social em relação aos problemas de saúde mental.

Frente aos serviços de urgência serem uma das portas de entrada do sistema de saúde, é possível que parcela significativa dos pacientes não urgentes que procuram esses serviços apresente quadros depressivos ou de transtorno psiquiátrico menor. Um estudo que analisou mulheres que sofreram algum tipo de violência e procuraram o serviço de urgência e emergência mostrou que 82% das mulheres que apresentaram transtorno psiquiátrico menor relataram queixa clínica na chegada ao serviço ¹¹.

Considerando as questões que envolvem a rede de atenção à saúde e os serviços de urgência e emergência, entende-se como importante conhecer o perfil dos usuários não urgentes que chegam a esses serviços, investigando a presença de sintomas depressivos, de

transtorno psiquiátrico menor e a qualidade de vida dessa população, proporcionando embasamento para propostas de qualificação na atenção integral em saúde.

Conhecer o perfil dos pacientes não urgentes que chegam a um serviço de emergência de grande porte possibilita a qualificação do atendimento, uma vez que fornece subsídio para o planejamento da organização do fluxo da rede de atenção à saúde. Os resultados do estudo também permitirão a educação permanente dos profissionais atuantes no serviço de emergência de acordo com as necessidades dos usuários, possibilitando um olhar mais atento às questões de saúde mental.

3.REVISÃO DE LITERATURA

A coleta das informações bibliográficas utilizadas neste estudo foi realizada através da busca nos bancos de dados virtuais PUBMED e BIREME (Biblioteca Virtual da Saúde), estando compreendidas nesta última a LILACS (Literatura Latino–Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library online–Brasil). O período da coleta dos dados foi de junho de 2011 a janeiro de 2012, sem restrição de ano. Os descritores utilizados nos bancos de dados virtuais foram: serviços médicos de emergência, acesso aos serviços de saúde, avaliação em saúde, depressão, qualidade de vida, saúde mental, atenção primária à saúde, assistência à saúde. Os resumos do material utilizado para a revisão dos desfechos principais (transtorno psiquiátrico menor, depressão e qualidade de vida) serão apresentados nos Quadros 4, 5 e 6, no final deste capítulo.

3.1 A rede de atenção à saúde como facilitadora da integralidade de atenção

Estudos realizados em diversos países têm evidenciado a influência positiva das RAS nos indicadores sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, possibilitando uma forma de superação da crise que enfrenta o sistema de saúde contemporâneo ¹².

As RAS podem ser definidas como a integração coordenada dos pontos de atenção à saúde (serviços de diferentes níveis tecnológicos) visando oferecer uma assistência contínua e integral a uma população definida ¹². Podem ser citados como exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros ⁵.

No Brasil, a discussão sobre RAS é recente, mas vem se dando de forma crescente ¹², tendo sido normatizada através da Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, cuja estruturação vem com o objetivo de superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência ⁵.

Para atingir o objetivo da RAS é necessário que ela esteja organizada de forma efetiva, eficiente e com qualidade, e, para tal, deve estar estruturada baseada na economia de escala,

disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical entre os pontos de atenção, territórios sanitários, níveis de atenção e processos de substituição ¹².

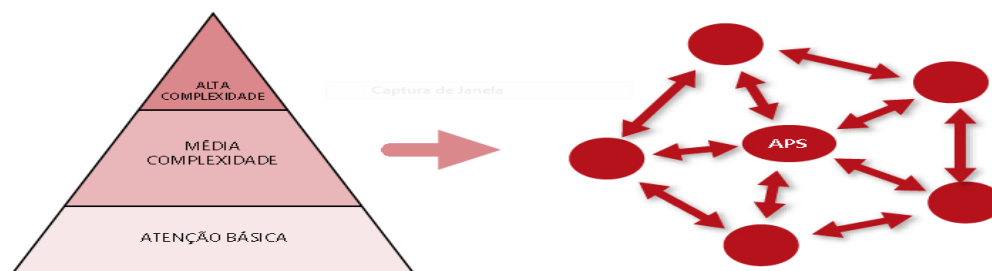
As RAS devem ser estruturadas de forma a combinar a concentração e dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio, mas com a preocupação de manter equilibrado o acesso a esses pontos. Serviços com menor densidade tecnológica e maior disponibilidade de recursos, como a APS, devem estar dispersos, e serviços de maior densidade tecnológica e com maior necessidade de recursos, como os hospitais, devem estar concentrados ¹².

Integrações horizontais e verticais são necessárias para otimizar a oferta dos serviços de saúde. Na integração horizontal há a união de diferentes instituições somando seus serviços, o que pode possibilitar aumento de recursos, aumento da oferta de serviços, diminuição de custos. Na integração vertical serviços de diferentes esferas de gestão estão integrados de forma descentralizada e desburocratizada, permitindo fácil acesso a qualquer ponto de atenção ¹².

Os níveis de atenção são determinados pelos arranjos de serviços com diferentes níveis de oferta de tecnologia, entre a menor densidade tecnologia, nível primário; a densidade tecnológica intermediária, nível secundário; maior nível tecnológico, nível terciário ¹². O serviço hospitalar de urgência é objeto do componente hospitalar da rede de atenção às urgências.

É preciso quebrar o paradigma de formação das RAS sob a forma de pirâmide, com encaminhamento hierarquizado. A RAS precisa ser vista como uma rede de pontos descentralizados, cuja comunicação se dá de forma horizontal e policêntrica. Contudo, é importante estar atento para que o centro de comunicação dessa rede precisa se dar através da APS ¹². Esse modelo é explicado na Figura 1.

Figura1: Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011

O atendimento em rede às urgências é previsto na Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, que institui a rede de atenção às urgências. Essa rede é composta pelos serviços de promoção, de prevenção e vigilância em saúde; pela atenção básica à saúde, pelo SAMU 192 e respectiva regulação; sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; unidades de pronto atendimento (UPA); componente hospitalar e atenção domiciliar. As UPAs, que hoje estão em expansão no país, são unidades de atendimento intermediário entre a complexidade da atenção primária à saúde e da rede hospitalar, e devem estar organizadas de forma a garantir assistência adequada e resolutiva a casos agudos ou agudizados de condições clínicas e primeiro atendimento a casos cirúrgicos e de trauma ¹³.

A organização da rede de atenção às urgências prevê a integralidade do cuidado a partir da articulação entre os diferentes pontos de atenção. A construção desse modelo objetiva articular todos os recursos de atenção às urgências, permitindo a ampliação e qualificação do acesso aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde ¹³.

São muitos os desafios a serem enfrentados para a construção efetiva da rede de urgência, e durante esse processo todos os níveis de atenção às urgências devem estar preparados para atender à demanda, mas precisa-se evoluir para a atenção primária ser a reguladora do sistema ¹⁴.

Em sua maioria, as Unidades de Saúde da Família (USFs) não estão absorvendo as demandas agudas dos usuários; uma vez que o acesso é viabilizado de acordo com a capacidade do serviço e não de acordo com a classificação de risco, não há consideração pela singularidade do usuário. As rotinas administrativas acabam por encaminhar os usuários para outros serviços sem atentar para a continuidade do acompanhamento do estado de saúde do indivíduo ¹⁵.

Medidas como a implantação do acolhimento, equipe matricial e apoio de especialistas podem contribuir na qualificação do processo de trabalho nas USFs e ampliar a resolutividade da atenção. A organização do processo de trabalho das equipes deve ter como objetivo atender às diversas necessidades de saúde da população ¹⁶.

O atendimento das demandas programadas ou espontâneas da população para ações de prevenção, tratamento e acompanhamento fortalece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como serviço de procura regular. Observa-se que a ampliação da oferta de serviços na APS diminui a procura pelos serviços de urgência como local para o primeiro atendimento ¹⁶.

Para que a APS obtenha sucesso é preciso quebrar o paradigma da atenção básica e passar a entendê-la como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde ¹⁷. São necessários mecanismos de integração para garantir um sistema de referência e

contrarreferência que possibilite a coordenação do cuidado, além da criação de estratégias de comunicação e de ampliação da confiança e da credibilidade do profissional de atenção primária por parte dos especialistas ¹⁸.

É importante perceber que mesmo serviços estrategicamente localizados e de fácil acesso podem ser subutilizados, uma vez que é necessária a implementação de insumos e tecnologias adequados às necessidades da população adstrita para produzir as mudanças esperadas no que se refere à porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. São necessárias, também, a implantação de serviços de referência e contrarreferência, construção de fluxos de encaminhamentos e implementação de centrais de regulação que objetivem equalizar o acesso ao usuário ¹⁹.

O reconhecimento de depressão e problemas psiquiátricos menores continua a ser um desafio para os gestores em saúde. É preciso trabalhar em busca do desenvolvimento eficaz e eficiente dos cuidados aos problemas psiquiátricos, e para isso deve haver a colaboração e envolvimento de profissionais de saúde, gestores e usuários ²⁰. É preciso promover a organização da assistência em saúde mental na APS, o que pode ser facilitado pela implantação da avaliação de risco dos usuários e com implementação de ferramentas de intervenção adequadas à alta prevalência desses transtornos, oferta de apoio matricial que permite a integração da equipe de saúde mental à equipe do PSF, auxiliando também na articulação da rede de serviços de saúde ²¹.

3.2 O acesso aos serviços de saúde como determinante pela escolha dos serviços de saúde

O conceito de acesso é complexo, apresenta definições variadas entre diferentes autores e, muitas vezes, pouco claras na sua correlação com a utilização dos serviços de saúde. Alguns autores usam o termo “acessibilidade” para qualificar o ato de ingressar nos serviços de saúde, enquanto que outros utilizam o termo “acesso” ²².

A acessibilidade é a capacidade que os serviços de saúde têm de ofertar recursos de acordo com as necessidades de uma determinada população ²³, sendo considerada também como a facilidade de utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários, considerando as características organizacionais dos serviços e o modo de superação das dificuldades encontradas pelos próprios usuários ²⁴. A acessibilidade resulta, principalmente, da interface de dois fatores importantes, sendo um a organização sociofuncional do serviço, que interfere na relação usuário-serviço, e o outro contempla as questões geográficas ²³⁻²⁴.

O fator sócio-organizacional abrange as características da oferta de recursos determinantes para a população utilizar os serviços de saúde; e o fator geográfico engloba os aspectos geográficos que facilitam ou dificultam a procura dos serviços pela população, e que pode ser medida através da distância, do tempo ou do custo gasto com o deslocamento²³.

A acessibilidade não considera apenas o fato de o usuário utilizar ou não o serviço de saúde, mas também a capacidade que esse serviço tem, através de seus recursos humanos e tecnológicos, de responder às necessidades de seus usuários²². Há uma tendência de ampliar seu conceito para além da entrada nos serviços, abrangendo os resultados da atenção em saúde ofertada. No entanto, é preciso manter a diferenciação entre acesso e utilização dos serviços, acesso e continuidade da atenção, acesso e efetividade do cuidado, visto que para cada um desses é necessário um modelo explicativo diferenciado²².

Observa-se que outros países da América, como Colômbia e Cuba, apresentam dificuldades muito próximas ao Brasil no que se refere ao acesso aos serviços de urgência e emergência. Há procura pelos serviços de emergência para situações de saúde que não são urgências; procura por mais de um serviço de emergência pelo mesmo motivo em menos de 48 horas; alta procura aos serviços de emergência por demanda espontânea, sem referência prévia; tempo de espera elevado para atendimento, aumentando o risco para usuários em reais situações de urgência; necessidade de estruturação de rede de atenção às urgências²⁵⁻²⁶.

Acredita-se que essas situações possam ocorrer devido à facilidade de acesso aos serviços de emergência, com maior facilidade de atendimento do que nos outros serviços, e falta de resolutividade nos outros níveis de atenção²⁵⁻²⁶.

3.3 O serviço de emergência como porta de entrada ao sistema de atenção à saúde

Os serviços de emergência (SE) devem ser planejados e estar estruturados para atender sob a ótica de níveis de complexidade de cuidado, otimizando recursos físicos, humanos e tecnológicos a fim de prestar a assistência específica às necessidades dos usuários. Esses serviços devem organizar sua área física objetivando oferecer logística de área de emergência e área de pronto atendimento²⁷.

Utiliza-se o termo *urgência* para todas as situações de agravos à saúde que necessitem de cuidados agudos e se passa a classificar o “grau de urgência” para estabelecer a prioridade no início do atendimento. O grau de urgência é diretamente influenciado pela gravidade do caso e pelo tempo necessário para iniciar o tratamento visando à manutenção da vida e a prevenção de consequências críticas²⁸.

Os SEs objetivam atender de forma rápida, eficaz, permanente ou não os agravos à saúde que tenham acontecido acidentalmente ou por enfermidades imprevistas e que outros níveis de atenção não têm capacidade para resolver. Essa forma de atendimento tem levado a uma persistente procura por esses serviços mesmo em situações de menor risco de agravos à saúde ²⁹.

A característica de manter atendimento nas 24 horas do dia torna os SEs uma porta de entrada ao SUS, acolhendo usuários em situações de urgências, mas também aqueles que não conseguiram atendimento na APS ou ainda as urgências sociais ³⁰. Algumas causas que são apontadas como associadas à procura inadequada pelos serviços de emergência incluem a dificuldade de acesso à atenção primária, principalmente por horário restrito e por ausência de agenda aberta ³¹. O atendimento desnecessário em SE leva a um aumento no custo da assistência, uma vez que tende à atenção descontinuada, com pouca adesão dos usuários ao tratamento e solicitação de exames complementares desnecessários ²⁹.

A realidade de demanda descontrolada pelos serviços de emergência ocorre em serviços públicos e privados, do país e do exterior, estando acompanhada de consequências importantes como a saturação dos serviços de emergência, com lotação bastante superior à sua capacidade instalada; profissionais sem treinamento ou reciclagem; falta de leitos de retaguarda; gerenciamento precário de recursos; aumento no tempo de espera por atendimento; risco de retardo no atendimento de pacientes potencialmente graves, principalmente se o serviço não conta com a estratégia de classificação de risco ^{30,32}.

A oferta de atendimento público na rede de atenção à saúde no país é composta, em sua maioria, por serviços de atenção básica e de emergência, faltando ambulatórios especializados e hospitais. Esse cenário traz impacto na demanda pelos SEs, uma vez que eles passam a ser a principal forma de acesso à tecnologia e profissionais especializados. ³² Além da dificuldade gerada pela estruturação da rede de atenção à saúde, com falta de conexão entre a emergência e os demais serviços, percebe-se também a dificuldade de absorção da demanda da emergência pelo próprio hospital onde está inserida ³².

Os serviços de urgência são um desafio para o SUS, uma vez que envolvem questões importantes relacionadas a recursos humanos e tecnológicos, processo de trabalho complexo, usuários que refletem a precariedade social na qual estão inseridos. Para superar esse desafio é preciso organizar a rede de atenção às urgências, qualificar os trabalhadores e oferecer uma forma de financiamento compatível com a complexidade desses serviços ³³.

Os pacientes que são classificados como graves têm recebido atendimento adequado nos serviços de urgência, refletindo positivamente nos indicadores de morbimortalidade, no

entanto pacientes menos graves não estão sendo respeitados em seus direitos de equidade e integralidade³³.

Frente à dificuldade crescente que o Brasil vem enfrentando quanto à superlotação dos serviços de emergência, o Ministério da Saúde (MS) lançou algumas medidas através do Programa SOS Emergência. Esse programa abrange 11 hospitais de referência regional em nove capitais do Brasil, tendo entre os objetivos qualificar e ampliar o acesso dos usuários em situações de urgência através da qualificação e ampliação das portas de urgência, leitos de retaguarda, leitos de longa permanência, leitos de cuidado intensivo e reorganização das linhas de cuidado prioritárias (trauma, cardiovascular e cerebrovascular), e tendo como facilitadores o apoio institucional do MS e parcerias com hospitais de excelência³⁴.

3.4 Classificação de Risco como ferramenta de gestão de fluxo dos serviços de saúde

A Classificação de Risco (CR) é uma ferramenta de gestão de fluxo que permite a determinação da agilidade de atendimento a partir da necessidade do usuário, considerando a complexidade da sua atenção, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Para realizar a ordenação do atendimento utilizam-se protocolos de classificação de risco pré-estabelecidos e, preferencialmente, validados²⁷.

A utilização da CR no Brasil foi proposta pela Política Nacional de Humanização em 2004, mas esse era um processo que já acontecia em outras regiões do mundo. Formas de classificação de risco, mesmo que sem essa nomenclatura, foram registradas ainda em 1898 em um hospital em Londres, onde uma enfermeira triava os pacientes segundo suas queixas para encaminhar para o profissional médico adequado. Nos EUA, a CR foi utilizada no período das grandes guerras para definir quais os soldados feridos que seriam primeiramente tratados, mas, no caso, os menos graves e, conseqüentemente, com mais chance de sobrevivência, eram atendidos primeiro. O primeiro registro de utilização da CR fora dos períodos de catástrofes ocorreu em 1963 em Yale (EUA); após a mudança na prática médica com foco na especialização e migração dos médicos de família para hospitais e consultórios, que se deu a partir de 1950, houve um aumento da procura por esses serviços e os profissionais sentiram necessidade de separar a grande demanda de pacientes conforme seu problema de saúde³⁵.

A utilização de CR no Brasil está contemplada na artigo 2º, Capítulo 1, da Portaria nº1.600/ GM/ MS, 7 de julho de 2011, como constituinte das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências¹². Os protocolos validados mais utilizados atualmente são os modelos Americano

(ESI- *Emergency Severity Index*), Australiano (NTS – *National Triage Scale*), Canadense (CTAS – *Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*) e o inglês (MTS – *Manchester Triage System*).

O Grupo de Classificação de Risco de Manchester foi criado em 1994 como o objetivo de formular um consenso entre profissionais médicos e enfermeiros no que se referia à triagem ou classificação de risco nos serviços de urgência em Manchester, na Inglaterra, elaborando assim o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester³⁵. Esse protocolo tem como finalidade fornecer uma prioridade clínica ao atendimento do paciente, baseado nos sinais e sintomas por ele apresentados, e não fazer diagnóstico médico. Na classificação de risco guiada pelo Protocolo de Manchester, a tomada de decisão consiste no seguimento de uma série de passos para se chegar a uma conclusão da prioridade por gravidade da situação de saúde do usuário³⁶.

No Protocolo de Classificação de Risco de Manchester a prioridade de atendimento conforme a gravidade do caso é definida em cinco níveis de atendimento, onde cada um é caracterizado por uma cor e determina o tempo seguro no qual o paciente deve receber o primeiro atendimento médico (Quadro nº 1). Os pacientes classificados com as cores verde e azul são considerados de baixo risco e podem ser referenciados à rede de atenção à saúde, desde que com garantia de atendimento³⁶.

Quadro 1 – Categorização de risco do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo (min)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Escala de triagem estabelecida pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2002

Atualmente, a utilização do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester está difundida em 18 países e em 13 estados brasileiros³⁷.

A CR deve ser realizada por profissional de nível superior treinado para tal²⁷. Em todo o mundo, o profissional de escolha preferencial para desenvolver o processo de classificação de risco tem sido o profissional enfermeiro³⁸. A escolha tem se dado, principalmente pelas características de formação desse profissional: enfatiza a identificação das necessidades do paciente, sejam biológicas, sociais ou psicológicas; tem visão gerencial do serviço, o que

facilita a organização de recursos humanos, área física e fluxo de usuários, aspectos relacionados à priorização do atendimento ³⁹.

O enfermeiro da CR precisa ter três habilidades bem desenvolvidas: a avaliação, o conhecimento e a intuição, sendo que essas são aprimoradas com a experiência profissional. No entanto, é fundamental que esse profissional receba capacitação específica para o desenvolvimento da classificação de risco, atendimento às situações de urgência e liderança de grupo³⁹.

A CR é uma área relativamente nova e promissora de atuação para o enfermeiro, sendo importante destacar a importância da capacitação profissional, a construção da integração entre a equipe multiprofissional e o desenvolvimento de protocolos assistenciais voltados à realidade de cada instituição ³⁹.

A utilização de protocolos orientadores do processo de CR e protocolos assistenciais é importante, uma vez que uniformizam a prática assistencial e diminuem os vieses da subjetividade da avaliação da queixa do paciente que procura o serviço de urgência ⁴⁰, além disso, facilita o encaminhamento do usuário através da rede de atenção à saúde, uma vez que utiliza uma linguagem única de gravidade da condição de saúde.

3.5 Avaliação dos serviços de saúde como estratégia de qualificação da atenção

A avaliação de programas públicos de saúde surgiu após a II Guerra Mundial, devido à necessidade de melhor dividir os recursos que se encontravam escassos ⁴¹. A avaliação tecnológica em saúde surgiu na década de 70, associada à expansão dos investimentos na atenção à saúde e à incorporação de novas tecnologias ⁴². Existem diversas linhas metodológicas para a avaliação em saúde, não havendo melhores ou piores, e sim mais ou menos adequadas ao objeto que se quer avaliar e ao contexto no qual se está inserido.

Habitch, et al. sugere dois eixos de ação. O primeiro considera que o indicador a ser utilizado depende do que está sendo avaliado (processo, resultado ou ambos). O segundo refere-se à inferência necessária para afirmar que o resultado observado está efetivamente relacionado à exposição proposta. Entre as inferências possíveis, o autor defende a adequação, plausibilidade e probabilidade. A avaliação de adequação investiga se os objetivos do programa foram alcançados; a avaliação de plausibilidade investiga se os resultados alcançados foram decorrentes do programa; e a avaliação de probabilidade estima a probabilidade de o programa ter efeito ⁴³.

Donabedian desenvolveu uma abordagem sistêmica para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde baseado nos conceitos de estrutura, processo e resultado. Essa tríade, *input-process-output*, corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas, que considera: *estrutura* como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, incluindo financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada; *processo* como as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo; *resultado* sendo o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas⁴⁴.

Esse autor é um dos mais importantes teóricos na área da avaliação da qualidade. Inicialmente, atribuiu três dimensões à qualidade, sendo o conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades. Em outro modelo, ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade⁴⁴.

A área da avaliação, especialmente em saúde, está passando por um momento de expansão e diversificação conceitual e metodológica. Bem como é crescente sua aplicação como apoio para a tomada de decisão no setor saúde. Como mencionado, as formas de avaliação são diversificadas, mas os critérios básicos para a construção de uma avaliação em saúde são comuns. A partir desses critérios de construção são identificados três grandes tipos de avaliação que são apresentados no quadro a seguir⁴².

Quadro 2 – Caracterização dos tipos de avaliação segundo critérios selecionados

Crítérios	Investigação aleatória	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/ externo	Interno/ externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ Quantificação
Metodologia dominante	Quantitativa(qualitativa) Experimental/quase experimental	Qualitativa e quantitativa Situacional	Quantitativa e qualitativa Situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual/ replicado	Recomendações Corrente/ pontual	Normas Integrado/ contínuo

Fonte: Novaes, 2000

Assim, pode-se dizer que, quando o objetivo da pesquisa de avaliação é conhecer o processo aplicado e demonstrar o impacto gerado com sua implementação, utiliza-se a investigação aleatória. Em situações nas quais se busca caracterizar ou compreender uma determinada situação e cuja informação é capaz de embasar a tomada de decisão, deve-se optar pela avaliação para decisão. E, naquelas situações cujo objetivo é levantar dados que

permitam conhecer uma determinada realidade e a partir disso propor aprimoramento das ações em saúde, realiza-se uma avaliação para gestão.

Cada vez mais os profissionais envolvidos com pesquisa de avaliação estão se especializando e formando grupos de trabalho específicos, além de ser crescente a procura da aproximação desses profissionais com os conceitos epidemiológicos e da clínica. As pesquisas de avaliação, normalmente, são coordenadas por instituições acadêmicas, sendo realizadas por iniciativa da própria academia ou por solicitação de órgãos públicos vinculados à construção e/ou implantação de políticas públicas. As principais questões que orientam essas pesquisas são relacionadas à identificação dos impactos obtidos pelas ações/programas/serviços que estão sob avaliação ⁴².

No entanto, no Brasil, o número de profissionais e o investimento envolvido nas pesquisas de avaliação ainda são pequenos, especialmente se compararmos aos países desenvolvidos. Essa situação é preocupante, uma vez que também no Brasil ocorram a expansão da atenção à saúde e a incorporação de novas tecnologias. Condições favoráveis para as práticas de avaliação existem, mas falta organização nas práticas políticas, profissionais e organizacionais para tornar possível a institucionalização da avaliação ⁴².

O MS reconhece que essa área precisa crescer e vem fazendo alguns investimentos para tal. Entre as medidas realizadas podem-se citar a criação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) e o estímulo à criação de núcleos de avaliação de tecnologia em saúde (NATS) pelo país ⁴⁵.

A REBRATS tem o objetivo de promover e difundir a área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil, fazendo o elo entre pesquisa, política, gestão e fornecendo subsídios para decisões de incorporação, monitoramento e abandono de tecnologias no contexto de suas utilizações no SUS. Tem como objetivo, também, o posicionamento estratégico para viabilizar a padronização de métodos, validar e atestar a qualidade de estudos, e instituir educação permanente ⁴⁵.

As mudanças do perfil da atenção à saúde com o aumento da expectativa de vida e o crescente avanço nas tecnologias tornam cada vez mais urgente a implementação efetiva da avaliação em saúde. Essa estratégia pode trazer a reformulação e o aprofundamento que os sistemas de saúde precisam para dar conta do aumento de demanda e de tecnologia disponíveis e recursos escassos ⁴⁶.

As decisões em saúde precisam ser tomadas a partir de avaliação sistemática, passando pelas etapas de planejamento, execução, avaliação e ação sobre os itens avaliados. Introduzir essas etapas em todos os níveis do sistema de saúde, ter todas as decisões embasadas nesse

ciclo e em evidências científicas precisam ser alcançados e esse processo é chamado de institucionalização da avaliação, ou seja, a cultura da avaliação verdadeiramente enraizada nos processos institucionais⁴⁶.

Além de pensar em institucionalizar a avaliação, é imprescindível preparar os avaliadores para utilizarem técnicas seguras e capazes de produzir informações fidedignas e capacitar os tomadores de decisão para que sejam capazes de aproveitar os dados obtidos através da avaliação. O grau em que os resultados de uma avaliação influenciarão em uma tomada de decisão será diretamente proporcional à credibilidade, fundamentação teórica e pertinência do processo de avaliação⁴⁶.

Sabe-se que o processo de institucionalização da avaliação é um crescente dentro da própria instituição, uma vez que, quanto mais atores estiverem envolvidos e apoderados do processo de avaliação e de seus objetivos, maior é a chance de sucesso. Esse processo favorece o aprendizado individual e coletivo e tende a trazer excelentes resultados para os serviços de saúde, podendo, até mesmo, ser um instrumento de transformação e renovação⁴⁶.

3.6 Rastreamento de sintomas depressivos

A depressão tem sido classificada como uma das principais causas de incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida, podendo aumentar o risco de deficiência física e agravamento de condições clínicas (hipertensão, doença cardíaca coronariana e diabetes mellitus)⁴⁷.

Estudo de base populacional realizado no Rio Grande do Sul mostrou alta prevalência de sintomas de depressão, sendo próxima a 40% quando investigada falta de disposição/energia e ultrapassando 50% para ansiedade⁴⁸.

A depressão é uma doença de alta prevalência e de alto impacto em termos econômicos e de saúde pública. Muitos pacientes com sintomas depressivos procuram os serviços de saúde por queixas físicas e estas não são vistas como indício de depressão. O subdiagnóstico de depressão acarreta em prejuízos para o paciente e para a sociedade, uma vez que pode aumentar custos por seu perfil incapacitante e com tratamentos somáticos desnecessários⁴⁹.

A prevalência de depressão é elevada em serviços de APS e esses são os serviços propícios para realizar o diagnóstico da doença, uma vez que devem ser a porta de entrada do sistema de saúde, mas, apesar disso, é muito pouco detectada⁴⁹.

Não foi identificado estudo com o objetivo de investigar a prevalência de depressão em serviço de emergência. Em um estudo que investigou a procura inadequada pelos serviços de emergência, foi encontrada a prevalência de 33% de relatos de pelo menos um episódio de depressão durante a vida em pacientes não urgentes ³¹.

Estudo encontrou prevalência superior de transtorno depressivo maior em pacientes hipertensos do que é encontrado na população em geral. Uma vez que a hipertensão é a mais comum das doenças crônicas em atendimento ambulatorial, é importante que os profissionais de saúde dos serviços de emergência e da APS estejam atentos aos sintomas depressivos, podendo oferecer aos usuários diagnósticos precoces e tratamento eficaz ⁵⁰.

Também em coronariopatas e renais crônicos, encontra-se alta prevalência de transtornos psiquiátricos, incluindo transtornos de ansiedade, e sabe-se que esses problemas estão associados de forma direta ou indireta a limitações funcionais, menor adesão ao tratamento e pior prognóstico ⁵¹⁻⁵².

Sintomas depressivos apresentam-se como fator independente associado à baixa qualidade de vida em pacientes crônicos de cardiopatia isquêmica e insuficiência renal crônica, sendo alta a taxa de pacientes crônicos que apresentam depressão não estão diagnosticados e, conseqüentemente, não estão sendo tratados ⁹.

Para diagnosticar um episódio de depressão maior é preciso que o paciente apresente, por um período mínimo de 15 dias, humor deprimido ou perda de interesse e prazer por praticamente todas as suas atividades, sendo que em crianças e adolescentes a tristeza pode ser substituída pela irritabilidade, acrescida de pelos menos quatro sintomas, entre: alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Este episódio, ainda, deve ser acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo ⁵³.

Indivíduos que vivenciam um episódio depressivo maior, normalmente, descrevem seu humor como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado. Alguns indivíduos queixam de humor indiferente ou ansioso, mas a presença de um humor deprimido pode ser inferida a partir da expressão facial e do modo de portar-se da pessoa. Ocorre ainda de indivíduos salientarem queixas somáticas (por ex., dores ou mal estar físico) ao invés de sentimentos de tristeza ⁵³.

O profissional de saúde precisa estar atento durante a consulta do paciente para perceber os sintomas de depressão, uma vez que o próprio quadro pode ser acompanhado de dificuldades na concentração, prejuízo de memória ou uma tendência a negar, minimizar ou justificar os sintomas. A avaliação dos sintomas de um episódio depressivo maior (EDM) pode ser ainda mais difícil quando ocorre em um indivíduo que também apresenta uma condição médica geral como câncer, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, diabete, uma vez que alguns sintomas são idênticos. O profissional precisa estar atento se há uma associação clara entre o sintoma e a patologia clínica do paciente ⁵³.

O sofrimento decorrente de depressão acompanha os pacientes durante período prolongado, visto que os sintomas de um EDM geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semanas, mas podem estar acompanhados de um período prodrômico que pode incluir sintomas de ansiedade e leves sintomas depressivos durante semanas a meses antes do início de um EDM completo. Ocorre, ainda, de uma parcela significativa dos casos (20 a 30%) apresentarem sintomas depressivos insuficientes para o pleno atendimento aos critérios para um Episódio Depressivo Maior, no entanto estes podem persistir por meses a anos e estar associados com alguma incapacitação ou sofrimento ⁵³.

Estratégias para melhorar o tratamento de depressão na atenção à saúde são necessários, uma vez que diagnosticar e tratar a depressão é custo-efetiva, tem efeito positivo na economia de um modo geral, por aumento de produtividade e redução de absenteísmo. Considerando a alta prevalência e incidência de depressão e a escassez de recursos, supõe-se que investimentos na assistência de pacientes deprimidos, mesmo que modestos, possam resultar em benefícios consideráveis ⁵⁴.

Os transtornos depressivos são comuns em pacientes da atenção primária, com prevalência estimada 13,2% ^{50,55}. Estudos indicam que na atenção primária somente a metade dos casos de depressão são identificados e menos de 25% destes recebem tratamento minimamente adequado. Quando considerado transtorno de ansiedade generalizada, passa para 77% a prevalência de paciente não diagnosticados ^(MCQUAID, STEIN, MCCAHILL, 1999; DOCHERTY, 1997; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001 apud 10)

3.7 Rastreamento de sintomas de Transtorno Psiquiátrico Menor

O Transtorno Psiquiátrico Menor (TPM) é uma categoria de diagnóstico que engloba subgrupos de diferentes patologias devido à similaridade de sintomas e frequência na população. Entre esses incluem-se: a) distúrbios afetivos (depressão, distímia); b) distúrbios

de ansiedade (estados generalizados de ansiedade, distúrbios pós-traumáticos agudos e crônicos, estados de ansiedade atípica); c) distúrbios fóbicos (agorafobia, fobias sociais e simples); e d) distúrbios de somatização (distúrbios conversivos e dissociativos, síndrome de somatização, dor psicogênica) ⁵⁶.

Entre os subgrupos que formam o TPM, o transtorno de ansiedade e o transtorno fóbico são os mais amplos, sendo importante especificar alguns subtipos: ⁵³

- 1) Agorafobia é a ansiedade ou esquivas a locais ou situações das quais poderia ser difícil escapar ou nas quais o auxílio poderia não estar disponível, no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas tipo pânico.
- 2) Fobia Social caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, frequentemente levando ao comportamento de esquivas.
- 3) Transtorno Obsessivo-Compulsivo caracteriza-se por obsessões (que causam acentuada ansiedade ou sofrimento) e/ou compulsões (que servem para neutralizar a ansiedade).
- 4) Transtorno de Estresse Pós-Traumático caracteriza-se pela revivência de um evento extremamente traumático, acompanhada por sintomas de excitação aumentada e esquivas de estímulos associados com o trauma.
- 5) Transtorno de Estresse Agudo caracteriza-se por sintomas similares àqueles do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, ocorrendo logo após um evento extremamente traumático.
- 6) Transtorno de Ansiedade Generalizada caracteriza-se por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes.
- 7) Transtorno de Ansiedade devido a uma condição médica geral caracteriza-se por sintomas proeminentes de ansiedade considerados como sendo a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral.

Considerando a alta demanda pelos serviços de emergência, é importante conhecer também com mais detalhes o transtorno de somatização, uma vez que os usuários com TPM podem estar chegando às emergências com queixas clínicas e o profissional de saúde precisa estar atento. A maioria dos indivíduos com o transtorno descreve a presença de náusea e inchaço abdominal, vômitos, diarreia e intolerância a alimentos. Pode haver também sintomas conversivos, tais como prejuízo na coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldades para engolir ou nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez ou convulsões; sintomas dissociativos tais como amnésia ou perda da consciência, excetuando desmaios ⁵³.

Estudos encontraram alta prevalência de problemas psiquiátricos menores em estudantes de medicina e profissionais da saúde principalmente em mulheres (33,9% e 17,6% respectivamente), e em ambos os grupos é baixa a procura espontânea por ajuda de profissional de saúde mental ⁵⁷⁻⁵⁸. Essa situação preocupa, uma vez que, se nem a população com envolvimento direto com a área da saúde está tendo seus problemas psiquiátricos diagnosticados, espera-se o subdiagnóstico maior para a população leiga.

Estudo de base populacional realizado no sul do Brasil identificou prevalência de 55,5% de TPM em mulheres e 44,5% em homens, sendo estatisticamente significativo o risco 1,4 vezes maior de mulheres apresentarem TPM do que os homens. Estando também associado à idade superior a 55 anos, menos de um ano de escolaridade e renda familiar baixa ⁵⁹.

Estudo realizado com população coberta pela ESF encontrou associação significativa entre a ocorrência de casos suspeitos de TPM e os indicadores de desvantagem social. A prevalência de casos suspeitos no conjunto da população analisada foi de 25% e apresentou-se associada ao sexo feminino, aos indivíduos de maior idade, à baixa escolaridade e à menor renda *per capita* ⁶⁰.

Pesquisa realizada em um serviço de emergência identificou prevalência de 51% de sintomas de transtorno psiquiátrico menor em mulheres e 32% em homens, utilizando o instrumento Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Os sintomas referidos por mais da metade da amostra foram: cefaleia, ter se assustado com facilidade, sentir-se nervoso, falta de clareza no pensamento, sentir-se nervoso e triste, cansar-se com facilidade ⁶¹.

Resultados como esses evidenciam a importância da realização de estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil, objetivando compreender melhor as associações dos TPMs com as variáveis sociodemográficas e, assim, orientar o reconhecimento de grupos de risco, bem como objetivando averiguar qual é a melhor forma de conduzir os casos que se enquadram nessa categoria. É importante salientar a necessidade de conhecimento dos TPMs por parte dos médicos generalistas que, independentemente de sua área de atuação, devem ser conhecedores dessas alterações e de suas possíveis repercussões, sendo capazes de diagnosticar, tratar ou encaminhar adequadamente ⁶⁰.

3.8 Descrição da qualidade de vida em pacientes da emergência

A avaliação da qualidade de vida (QV) no setor saúde vem sendo reconhecida como importante no decorrer das últimas décadas. Considerando que a presença de saúde não é

apenas a ausência de doença, mensurar a QV apresenta-se como uma forma de avaliação multidimensional e subjetiva dos aspectos e condições de vida do sujeito ⁹.

A QV vem sendo estudada como fator determinante para a condição de saúde dos indivíduos, sabe-se da sua relação no desfecho das patologias e influência nas medidas de morbimortalidade ⁹.

O termo “qualidade de vida” é bastante amplo e tem diferentes explicações conceituais de acordo com diferentes autores, e pode ter diferentes significados de acordo com a vivência, cultura e conhecimento de cada um. Mas o entendimento de QV tem sido aproximado ao grau de satisfação encontrado pelo indivíduo em sua vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria satisfação com o seu corpo. Pressupõe também a capacidade individual ou da sociedade de efetuar uma síntese de todos os elementos que determinam seu padrão de conforto e bem-estar ⁶².

Assim, quando se aborda QV é intrínseco abordar questões não materiais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, mas também questões materiais envolvendo a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer ⁶².

Existem diferentes formas de mensurar a QV da população, sendo que, normalmente, os instrumentos abordam com dois enfoques diferenciados: a) Objetivos: referem-se sempre a situações como renda, emprego/desemprego, população abaixo da linha da pobreza, consumo alimentar, domicílios com disponibilidade de água limpa, tratamento adequado de esgoto e lixo e disponibilidade de energia elétrica, propriedade da terra e de domicílios, acesso a transporte, qualidade do ar, concentração de moradores por domicílio e outras; b) Subjetivos: respondem a como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida ⁶².

A QV em saúde é centralizada na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.⁵⁸ Quando se aborda QV nas pesquisas em saúde, objetiva-se mensurar o impacto e a subjetividade das doenças crônicas na funcionalidade e tratamento dos indivíduos. Investigar qualidade de vida permite traçar o perfil epidemiológico da população no que diz respeito ao estado saúde e ao nível de satisfação dessa população de forma subjetiva ⁹.

Pacientes deprimidos podem apresentar mais queixas físicas devido à magnitude do impacto da depressão nas condições físicas e na QV, situação essa que pode estar sendo subestimada se a avaliação ocorrer somente a partir da ótica da doença física. A investigação da depressão deve ser uma das tarefas prioritárias do cuidado à saúde, uma vez que é fator de

risco para piora do estado de saúde e da qualidade de vida, podendo ser modificado com tratamento eficaz⁹.

Estudo realizado com pacientes portadores de doença pulmonar intersticial mostrou que todos os pacientes avaliados tinham sua QV prejudicada, e os piores escores foram observados nos domínios de capacidade funcional e atividade. Em torno de 60% dos pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, sendo que a depressão apresentou uma forte influência sobre o fator preditor de qualidade de vida mental⁶³.

Outro estudo, que analisou a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) e cardiopatia isquêmica (CI), subdividindo os dois grupos em pacientes com e sem depressão, mostrou associação significativa entre as médias de qualidade de vida em todos os domínios de dois instrumentos bastante utilizados para avaliação de QV, quando comparados pacientes com e sem depressão. Associação essa que não ocorreu quando comparados os dois grupos apenas quanto a IRC e CI⁹.

Conforme se fortalecem os estudos de avaliação de tecnologia em saúde, maior importância se dá à medida de QV da população, uma vez que se tem o propósito de que os gastos adicionais em saúde sejam justificados de acordo com os desfechos esperados⁹. Existem diversos instrumentos voltados para a medição da QV da população, estando relacionados com a área de interesse. Alguns desses instrumentos estão citados no Quadro 3.

Quadro 3: Caracterização de alguns instrumentos utilizados para a avaliação de QV

Fonte: Minayo, Hartz Boss, 2000.

No Brasil, a pesquisa com a QV vem crescendo, e os instrumentos mais usados mundialmente para avaliar QV (*Short-Form 36 - SF-36* e *Organization Quality of Life Instrument*-breve -WHOQOL-breve) estão traduzidos e validados para o país. Esses instrumentos vêm sendo aplicados em populações de pacientes brasileiros a fim de avaliar o impacto de doenças e intervenções na QV, no entanto ainda não existe um escore normativo como “padrão ouro” com o qual os grupos estudados possam ser comparados ⁹.

Para este estudo optou-se pela utilização do Whoqol-Bref, por sua praticidade de aplicação e pelo bom desempenho do instrumento quanto à consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e teste-reteste encontrados no estudo de aplicação da versão em português ⁶⁵.

A avaliação da QV permite conhecer o perfil de saúde e a satisfação da população a partir de uma análise subjetiva, considerando o entendimento do paciente e permitindo a comparação entre grupos diferentes ⁹.

Mesmo sabendo-se que há relação entre qualidade/condições de vida e saúde, ainda é um desafio conhecer plenamente a influência destas na qualidade de vida da população e vice-versa. Além disso, ainda são muitas as questões não respondidas sobre quais as intervenções

Identificação	Características	Limitações
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ⁶²	Indicador sintético de QV mundialmente utilizado, que simplificada mente avalia níveis de renda (através do PIB), saúde (através da expectativa de vida ao nascer) e educação (através da taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primários) da população.	- Comparar QV entre territórios quando os índices de avaliação têm diferenças pequenas. -Viés etnocêntrico, uma vez que usa padrões ocidentais de referência para todas as nações do planeta.
Índice de Condições de Vida (ICV) ⁶²	Desenvolvido inicialmente para avaliar a situação de municípios mineiros e logo após adaptado para avaliação de todos os municípios brasileiros. Instrumento mais sofisticado que o IDH e que pode ser aplicado para avaliar microrealidades. Composto por 20 indicadores divididos em cinco dimensões: 1) renda; 2) educação; 3) infância; 4) habitação; 5) longevidade.	- Utiliza apenas dados objetivos, não considerando a percepção das pessoas a respeito de suas vidas.
Índice de Qualidade de Vida (IQV) ⁶²	Criado pelo Jornal Folha de São Paulo, avalia nove fatores (trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviços de transporte). A análise se dá a partir da percepção da população, que é dividida pela faixa de renda, escolaridade, categoria social, sexo e faixa etária. A pergunta chave é o grau de satisfação mensurado entre satisfatório, insatisfatório e péssimo (0 a 10).	- Não tem estudo de validação.
Whoqol ⁶²	Instrumento desenvolvido pela OMS através de estudo multicêntrico baseado no pressuposto de que QV é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por fatores positivos e negativos. Existem dois modelos: o Whoqol-100 ,que conta com 100 questões que avaliam seis domínios (físico, psicológico, de independência, relação social, meio ambiente e espiritualidade; o Whoqol-bref, que é composto de 26 questões divididas entre quatro domínios (físico, psicológico, social, meio ambiente).	- Estudo genérico de base populacional, não considera patologias específicas.
Quality adjusted life years (QALY) – custo por ano de vida ganho ajustado pela qualidade ⁶²	Combina uma abordagem de quantidade e qualidade de vida em uma estimativa de custo-oportunidade para orientar a decisão de alocação de recursos. É calculado como a soma do produto de anos de vida e qualidade de vida em cada um desses anos, atribuindo valor um para um ano de vida em ótima saúde e valor zero para óbito.	-Divergências entre os economistas sobre o método analítico e metodologia. - Difícil de generalização em realidades diferentes. -Preconceituoso em relação ao idoso e ao deficiente físico (nunca podem ter QV ótima).
Disability adjusted life years (DALY) – anos de vida corrigidos pela incapacidade ⁶²	Constituído a partir da mortalidade estimada para cada doença e seu efeito incapacitante ajustado pela idade das vítimas e uma taxa de atualização para perdas futuras. Considera óbitos prematuros e anos de vida perdidos por incapacidade.	-Dificuldade de atribuição de valores.
Medical Outcomes Study 36 (SF36) ⁶⁴	Questionário multidimensional composto por 36 itens englobados em oito escalas (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental). Apresenta escore final entre zero (pior estado geral de saúde) e 100 (melhor estado geral de saúde).	

do setor saúde são efetivas para influenciar positivamente a qualidade de vida. Na articulação saúde e condições/qualidade de vida, há uma vertente atual utilizando o desenvolvimento da promoção da saúde como facilitador desse processo ⁶⁶.

Quadro 4 – Resumo do material bibliográfico utilizado na revisão do desfecho depressão em estudos realizados no Brasil

Depressão					
Título	Autor	Ano	Objetivos	Conclusões	Limitações
Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Brasil	Daniel Maffasioli Gonçalves Flavio Kapczinski	2008	Estimar a prevalência de transtornos mentais em pacientes que buscam atendimento na unidade de referência de um PSF de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.	Alta prevalência de transtornos mentais (51,1%, IC95%:47,5-54,7) Diagnósticos mais frequentes: transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada e distímia; 57,38% dos pacientes que relataram ter DM e/ou HAS apresentaram um ou mais transtornos psiquiátricos Frequência significativamente maior de uso de analgésicos entre os pacientes com presença de transtorno psiquiátrico.	Baixa variabilidade socioeconômica na amostra Predominância de classe socioeconômica desfavorável Amostra limitada a zona periférica urbana de um único município Coleta de dados em duas etapas com perda de 14,81% dos participantes Utilização de questionário autoaplicável para dados socio-demográficos e de utilização de recursos de saúde.
Impacto da depressão na qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas	Luciane Nascimento Cruz	2005	Descrever a prevalência de depressão em populações de pacientes com cardiopatia isquêmica e pacientes em hemodiálise e avaliar o impacto da depressão na qualidade de vida nestas doenças	A depressão parece ser um fator preditor para pior qualidade de vida. Não há dados consistentes para afirmar que a prevalência de depressão em pacientes ambulatoriais portadores de CI ou IRC e estáveis é maior do que na população em geral. Aproximadamente 50% dos pacientes com CI ou IRC nos quais foi identificado depressão não haviam sido anteriormente diagnosticados. A totalidade dos pacientes que haviam sido diagnosticados anteriormente estava sendo corretamente tratadas. A presença de sintomas depressivos afeta negativamente a qualidade de vida. Há indícios de que a depressão acarreta maior prejuízo na qualidade de vida do que a doença física.	Estudo transversal, não permite afirmar causalidade entre a depressão e pior qualidade de vida. Não houve controle para níveis de gravidade da doença. Controle de comorbidades, com amostra de pacientes com poucas comorbidades, não permitindo generalização para toda a população de doentes cardíacos e renais.
Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio	Ricardo Vivian da Cunha Gisele Alsina Nader Bastos Giovâni Firpo Del Duca	2012	Estimar a prevalência e os fatores demográficos e socioeconômicos associados à depressão em adultos e	Prevalência de depressão de 16,1% (IC95%:14,9-17,4) Associação entre depressão e sexo feminino Aumento da depressão relacionado ao aumento da idade	Estudo transversal Utilização da Escala de Edimburgo para avaliar depressão em população do sexo

Grande do Sul			idosos e uma comunidade de baixa renda de Porto Alegre, RS	Associação entre maior ocorrência de depressão em indivíduos com menor nível econômico	masculino, o que não havia sido utilizado.
Conceito e diagnóstico	José Alberto Dal Porto	1999	Rever o conceito de depressão e a nosologia contemporânea dos estados depressivos e seus diferentes subgrupos.	Devem ser levados em conta os diagnósticos diferenciais de depressão: transtorno de personalidade, transtorno de ansiedade, alcoolismo e outras farmacodependências, transtornos e quadros esquizofrênicos, a chamada doença esquizoafetiva e quadros demenciais.	Revisão integrativa
Desempenho de uma escala de rastreamento de depressão (CES-D) em usuários de um serviço de cuidados primários de saúde de Porto Alegre	Gustavo Schestastsky Marcelo Pio de Almeida Fleck	2002	Avaliar o desempenho do CES-D como instrumento de rastreamento de depressão em uma amostra brasileira de indivíduos que procuram os serviços de APS.	O ponto de corte de melhor desempenho global da CES-D foi de 24 para amostra total e mulheres (sensibilidade 74% e especificidade 73%) e 22 para homens. Considerando rastreamento e privilegiando a sensibilidade os melhores pontos de corte foram 18 para população total, 19 para mulheres e 11 para homens CES-D apresentou desempenho geral satisfatório (ASC 0,80), mas excesso de falsos-positivos. Houve diferença marcante no desempenho entre os sexos, podendo ser necessário ajuste no corte de acordo com a finalidade.	Coleta de dados em duas etapas, com intervalo de 6 meses entre cada uma Não avaliação de outros diagnósticos psiquiátricos que normalmente coexistem com depressão maior.
Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial	Geraldo Francisco do Amaral Paulo César Brandão Veiga Jardim Marco Antonio Alves Brasil Ana Luiza Lima Souza Helberte Fernandes Freitas Larissa Mayumi Taniguchi Aline Ferreira Bandeira de Melo Carolina Nazeozeno Ribeiro	2007	Investigar a prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes hipertensos matriculados em um centro de referência universitário para tratamento de hipertensão arterial e fatores de risco cardiovascular.	Prevalência de 20% de transtorno depressivo maior na população estudada Idade média significativamente menor para o grupo-estudo e predominância do sexo feminino Prática regular estatisticamente menor no grupo-estudo Pacientes com depressão diagnosticada apresentaram valores de pressão arterial diastólica e colesterolemia mais elevados. Foi encontrada uma prevalência de TDM em pacientes hipertensos superior àquela encontrada na população geral. Deve-se destacar a necessidade de maior atenção, por parte dos profissionais de saúde, às queixas apresentadas pelo paciente hipertenso no que diz respeito	Estudo transversal

				a sintomas depressivos em atendimento primário, ambulatório específico e hospital geral, visando a um diagnóstico mais preciso e precoce e uma terapêutica mais eficaz.	
Prevalência de transtornos psiquiátricos e ansiedade relacionada à saúde em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado	Aline Sardinha Claudio Gil Soares de Araújo Adriana Cardoso de Oliveira e Silva Antonio Egidio Nardi	2010	Identificar a prevalência de transtornos psiquiátricos e a presença de ansiedade relacionada à saúde e de ansiedade cardíaca em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado.	Dentre os participantes, 38% apresentaram um ou mais diagnósticos psiquiátricos pelo MINI, mas apenas 19% apresentaram múltiplas comorbidades. A presença de transtornos psiquiátricos encontra-se associada a escores mais altos de ansiedade relacionada à saúde e à ansiedade cardíaca ($p < 0,05$). Não foi encontrada relação entre os escores de ansiedade e a gravidade da doença cardiovascular ($p > 0,05$). Ansiedade relacionada à saúde parece estar mais fortemente associada à presença de comorbidades psiquiátricas do que à gravidade do quadro cardiovascular. Apesar da alta morbidade psiquiátrica encontrada no presente estudo, os pacientes encontravam-se subtratados do ponto de vista psiquiátrico, com apenas três pacientes recebendo tratamento psiquiátrico. Recomenda-se a triagem regular de pacientes coronariopatas para transtornos psiquiátricos. Estratégias terapêuticas complementares como exercício físico e psicoterapia podem ser alternativas terapêuticas complementares.	Falta de um grupo de comparação Amostra reduzida Não representatividade da amostra a todo o grupo de cardiopatas, uma vez que analisou grupo com acesso a programa de reabilitação cardíaca. Agrupamento de diferentes diagnósticos cardiovasculares e número reduzido de cada um, não permitindo análise estatística regressiva.
Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise no estado da Bahia	Jose A. Moura Junior Carlos A. Marcilio de Souza Irismar Reis de Oliveira Roberta Oliveira Miranda	2006	Estudar a prevalência e o padrão dos transtornos psiquiátricos em pacientes hemodialisados, identificando variáveis relacionadas com sua ocorrência.	Pelo menos um diagnóstico psiquiátrico foi apresentado por 91 pacientes (37,3%). O sexo feminino apresentou maior risco de transtornos psiquiátricos (razão de chance [RC] = 2,77; intervalo de confiança [IC] 95%: 1,42-5,41). Os pacientes viúvos, separados e solteiros apresentaram maior risco de transtornos psiquiátricos do que os casados	Estudo transversal Amostra pequena Não representatividade dos dados para população geral ou mesmo de pacientes em hemodiálise de Brasil.

				<p>(RC = 5,507; IC 95%: 1,348-22,551).</p> <p>Aqueles com menos de dois anos em diálise apresentaram risco maior (RC = 2,075; IC 95%: 1,026-4,197).</p> <p>Os pacientes com clearance fracional de ureia (Kt/V) abaixo de 0,9 tiveram maior chance de apresentar transtornos psiquiátricos (RC = 3,955; IC 95%: 1,069-11,012).</p>	
Depressão na Atenção Primária à Saúde	Daniel Victor Arantes	2007	<p>Discorrer sobre a importância, diagnóstico e tratamento da depressão na atenção primária e propor estratégias para implementar uma rede efetiva de atendimento, articulada com a atenção secundária.</p>	<p>Planos de tratamento sempre devem ser fundamentados na avaliação completa do quadro, incluindo: tipo; gravidade e duração do episódio depressivo; presença de qualquer estressor que contribua para o episódio.</p> <p>Para a depressão leve a moderada, a continuação da terapia é mais importante do que a escolha do tratamento inicial.</p> <p>Os melhores resultados são alcançados quando uma boa aliança terapêutica é formada entre o profissional e o paciente, e o tratamento adequado é fornecido por período de longo prazo.</p> <p>O tratamento da depressão na Atenção Primária pode ser comprometido por limitações da eficácia, aceitabilidade e pouca disponibilidade de tratamentos existentes</p> <p>Clínicos podem assegurar tratamento adequado mantendo-se atualizados a respeito do transtorno depressivo, sempre atentos para o diagnóstico e seguindo recomendações atualizadas de tratamento disponibilizadas por meio de treinamentos, discussões com colegas e leitura.</p> <p>Informações sobre o transtorno e estratégias de autoajuda, oferecidas de forma verbal ou escrita e dirigidas a pacientes e cuidadores, melhoram a aderência e os resultados do tratamento.</p>	Revisão integrativa

				Rede especializada deve oferecer suporte executivo e treinamento aos profissionais da Atenção Primária, além de tratamento de casos resistentes.	
Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review	Elizabeth A. O'Connor Evelyn P. Whitloc Bradley Gaynes Tracy L. Beil,	2009	Elaborar relatório baseado em evidências atualizadas sobre os benefícios e riscos da triagem de depressão na APS afim de iniciar ou alterar o tratamento.	Programas que incluem seleção de depressão e os funcionários que auxiliam o médico da atenção primária, fornecendo alguns cuidados (como suporte de atendimento ou de coordenação, gestão de casos, ou tratamento de saúde mental) podem aumentar a resposta e remissão da depressão sobre os cuidados habituais. Não está claro se o rastreamento é um componente necessário de tais programas. Antidepressivos e psicoterapia são eficazes no tratamento da depressão em adultos mais velhos, com chances de remissão cerca de duas vezes as observadas no grupo placebo ou outras condições não ativas de controle. Algumas meta-análises sugerem um aumento no comportamento suicida em adultos jovens (com idade entre 18-29 anos) sobre antidepressivos, particularmente aqueles com transtorno depressivo maior e aqueles que tomaram paroxetina. Em contraste, os adultos mais velhos têm um risco reduzido de comportamentos suicidas durante o tratamento antidepressivo. Os programas de rastreio de depressão sem cuidados de suporte eficazes de resultados de melhora da depressão, embora o tratamento da depressão possa ser eficaz em adultos de todas as idades	

Quadro 5 – Resumo do material bibliográfico utilizado na revisão do desfecho Transtorno Psiquiátrico Menor em estudos realizados no Brasil

Transtorno Psiquiátrico Menor					
Título	Autor	Ano	Objetivos	Conclusões	Limitações
Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras	Naomar Almeida-Filho Jair de Jesus Mari Evandro da Silva Freire Coutinho	1999	Contribuir para o debate sobre a correlação entre migração e a ocorrência de distúrbios emocionais no contexto dos avanços metodológicos da pesquisa em psiquiatria social na América Latina.	Há associação direta e positiva entre migração e morbidade psiquiátrica menor, controlando o efeito de variáveis geradoras de confusão. Para mulheres excluídas da força de trabalho, a migração constituiu um fator significativo de risco em relação à morbidade psiquiátrica menor.	
Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de Medicina	Marco Antonio B. Cunhal Antonio A. de França Neves Maria Elisa MoreiraI Fernanda Jacopucci HehnII Tatiana Paludetto LopesI Carolina C. Furtado Ribeiro Ágnes de P. F. Watanabe	2009	Identificar a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores e a procura por ajuda em estudantes de um curso de Medicina.	Entre os acadêmicos com TPM, 41,6% moravam sozinhos e 75% eram mulheres. Entre os acometidos, 59,2% não conheciam qualquer programa e apenas 9,1% procuraram ajuda . O uso de medicamento foi duas vezes mais prevalente em mulheres com TPM do que em homens, sendo antidepressivos e ansiolíticos os mais usados. A prevalência de 26,1% de TPM nos alunos, associada à baixa procura por cuidados e a relatos de automedicação, demonstra a inefetividade dos atuais programas de apoio.	Estudo transversal Amostra pequena, com perda de 14%
O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional	Patrícia Furuta De Marco Vanessa de A. Cítero Edilaine Moraes Luiz A. Nogueira Martins	2008	Avaliar o impacto da carga de trabalho sobre a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de transtornos psiquiátricos	A prevalência de TPM foi de 15,8% Em relação ao trabalho, obteve-se nível de satisfação global mediano (escore 3,59; DP = 0,485). O impacto global foi avaliado como pequeno	Estudo transversal Amostra pequena e com quantidades diferentes entre as categorias profissionais. Pouca representatividade, uma vez que foi realizado somente em uma instituição.

			menores em profissionais de saúde mental.	(escore 1,85; DP = 0,536). Houve prejuízo na qualidade de vida nos subitens: dor, estado geral de saúde e vitalidade. Os profissionais que atuam na área da saúde mental sentem-se mais satisfeitos em relação à qualidade dos serviços oferecidos e ao trabalho realizado em equipe. Foram observados escores mais elevados na subescala referente ao impacto emocional, assim como maior presença de transtornos psiquiátricos menores nos profissionais de terapia ocupacional e serviço social. Profissionais que trabalham mais de 20 horas semanais apresentam prejuízos na qualidade de vida.	Questionários autoaplicáveis
Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo de base populacional	Maurício Silva de Lima Bernardo G. de O. Soares Jair de Jesus Mari	1999	Avaliar a prevalência do consumo de psicofármacos num período de duas semanas, prevalência de TPM e consumo de derivados anfetamínicos em regimes alimentares e a ocorrência de eventos psicossociais em Pelotas, cidade na Região Sul do Brasil, com 300 mil habitantes.	A prevalência de TPM foi de 22,7% (IC 95% 20,4-25,0): 17,9% entre os homens e 26,5% entre as mulheres. O consumo de psicofármacos foi de 11,9%, sendo o uso maior em mulheres (15,1% vs 7,9%) e idosos . Dezesseis pessoas (1,3%) utilizaram anfetamínicos nas últimas duas semanas, sendo os usuários principalmente do sexo feminino e de alta escolaridade e renda familiar. Os eventos vitais associaram-se positivamente à ocorrência de TPM. A fração etiológica atribuível para a ocorrência de qualquer evento no último ano foi de 24%, enquanto que para baixa escolaridade e renda as frações foram respectivamente de 51,2% e de 20%. A frequência de TPM aumenta com a idade, com tendência linear estatisticamente significativa	Possibilidade de viés de causalidade reversa Possível viés por perda

				Estratégias de intervenção específicas no manejo dos TPMs e no uso de psicotrópicos, em especial derivados anfetamínicos, sejam delineadas.	
Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil	Luciana Maragno Moisés Goldbaum Reinaldo José Gianini Hillegonda M. Dutilh Novaes Chester Luiz Galvão César	2006	Investigar a prevalência de TMC segundo a cobertura PSF (QUALIS) e analisar a sua distribuição segundo determinadas variáveis sócio-demográficas.	Associação significativa entre a ocorrência de casos suspeitos de TMC e os indicadores de desvantagem Social Prevalência de casos suspeitos de TMC no conjunto da população analisada, 24,95% Maior prevalência de TMC entre as mulheres Associação TMC e indivíduos de faixa etária mais elevada Menor prevalência de TMC entre os indivíduos casados Associação TMC e baixa renda <i>per capita</i>	Estudo transversal Possível viés de informação devido a especificidade e sensibilidade do teste

Quadro 6 – Resumo do material bibliográfico utilizado na revisão do desfecho qualidade de vida em estudos realizados no Brasil

Qualidade de Vida					
Título	Autor	Ano	Objetivos	Conclusões	Limitações
Impacto da depressão na qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas	Luciane Nascimento Cruz	2005	Descrever a prevalência de depressão em populações de pacientes com cardiopatia isquêmica e pacientes em hemodiálise e avaliar o impacto da depressão na qualidade de vida nestas doenças.	A depressão parece ser um fator preditor para pior qualidade de vida. Não há dados consistentes para afirmar que a prevalência de depressão em pacientes ambulatoriais portadores de CI ou IRC e estaveis é maior do que na população em geral. Aproximadamente 50% dos pacientes com CI ou IRC nos quais foi identificada depressão não haviam sido anteriormente diagnosticados. A totalidade dos pacientes que haviam sido diagnosticados anteriormente estava sendo corretamente tratada.	Estudo transversal, não permite afirmar causalidade entre a depressão e pior qualidade de vida. Não houve controle para níveis de gravidade da doença. Controle de comorbidades, com amostra de pacientes com poucas comorbidades, não permitindo generalização para toda a população de doentes cardíacos e renais.

				<p>A presença de sintomas depressivos afeta negativamente a qualidade de vida.</p> <p>Há indícios de que a depressão acarreta maior prejuízo na qualidade de vida do que a doença física.</p>	
Qualidade de vida e saúde: um debate necessário	<p>Maria C. de Souza Minayo Zulmira M. de Araújo Hartz Paulo M. Buss</p>	2000	<p>Aprofundar a discussão sobre as relações entre saúde e qualidade de vida, por meio de uma revisão sumária da literatura, buscando as bases conceituais e os fundamentos teórico-práticos de suas principais medidas,</p>	<p>Medidas da QV:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) IDH 2) Índice de condições de vida (composto de 20 itens) 3) Índice de qualidade de vida (nove fatores cuja pergunta chave é o grau de satisfação do cidadão) 4) WHOQOL – 100 e bref (OMS) 5) QALY: custo de ano de vida ganho ajustado pela qualidade 6) DALY: anos de vida corrigidos pela incapacidade 	
<p>Fatores preditores da qualidade de vida relacionada à saúde física e mental em pacientes com doença pulmonar intersticial: uma análise multifatorial</p>	<p>Ana Cláudia Coelho Marli Maria Knorst Marcelo Basso Gazzana Sérgio Saldanha M. Barreto</p>	2010	<p>Avaliar fatores preditores da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em pacientes com doença pulmonar intersticial (DPI).</p>	<p>Todos os pacientes avaliados tinham sua QVRS prejudicada, e os piores escores foram observados nos domínios capacidade funcional do SF-36 e atividade do SGRQ.</p> <p>Dos pacientes avaliados, 60,3% e 57,1% apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente.</p> <p>A análise de componentes principais identificou um fator preditor para QVRS física e um fator preditor para QVRS mental.</p> <p>A depressão apresentou uma forte influência sobre o fator preditor de QVRS mental, e o grau de dispneia apresentou uma influência significativa sobre os dois fatores preditores de QVRS nos pacientes avaliados.</p>	<p>Estudo transversal</p> <p>Número pequeno em cada subgrupo de pacientes com tipologia diferente de DPI</p> <p>Amostra formada de maioria de fumantes e ex-fumantes, o que pode ter influência na capacidade pulmonar.</p> <p>A maior parte do diagnóstico de DPI foi realizado através de exame clínico e radiológico, não seguindo padrão ouro para tal.</p>

				Variáveis relacionadas à função pulmonar, capacidade de exercício e ansiedade não apresentaram impactos sobre esses fatores preditores.	
Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)	Rozana Mesquita Ciconelli Marcos Bosi Ferraz Wilton Santos Ivone Meinão Marina Rodrigues Quaresma	1999	Avaliar a tradução, adaptação cultural e propriedades de medidas (reprodutibilidade e validade) do SF-36 em pacientes com artrite reumatoide.	Somente duas questões foram modificadas na fase de tradução e adaptação cultural A reprodutibilidade intra e interobservadores foi estatisticamente significativa. Para dimensões semelhantes, as correlações entre o SF-36, HAQ, NHP e AIMS2 foram estatisticamente significativas. A versão para língua portuguesa do SF-36 é um parâmetro reprodutível e válido para avaliar QV em pacientes brasileiros portadores de artrite reumatoide .	
Promoção da saúde e qualidade de vida	Paulo Marchiori Buss	2000	Discutir a contribuição da promoção da saúde, como campo de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida.	A mediação intersetorial e entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social são contribuições inestimáveis que a prática da promoção da saúde, por profissionais e ativistas da saúde, pode trazer ao movimento social. A mudança da legislação e a introdução de inovações nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família e a ampliação do piso assistencial básico podem ocasionar, no caso brasileiro, um extraordinário impulso à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a ótica da promoção da saúde.	

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência de sintomas depressivos e de transtorno psiquiátrico menor e a qualidade de vida nos usuários classificados como pouco urgentes e não urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

4.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes classificados como pouco urgentes e não urgentes de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester na Emergência do HNSC;
- Descrever o acesso do paciente classificado como pouco urgentes e não urgentes de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester a serviços de saúde nas duas semanas anteriores ao atendimento na Emergência do HNSC pelo motivo de procura atual;
- Identificar o motivo de consulta, o diagnóstico médico e o encaminhamento dado a esse paciente na Emergência do HNSC;
- Avaliar a condição de saúde e a satisfação com o atendimento de uma amostra dos pacientes classificados como pouco urgentes e não urgentes de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester duas semanas após a consulta na Emergência do HNSC;

REFERÊNCIAS

- 1 Furtado BMA, Araújo Júnior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3):279-9.
- 2 Lang T, David A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Commun Health* 1996 Aug; 50(4):456-62.
- 3 Oliveira GN, Silva, MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2011 Maio-Jun; 19(3):548-56.
- 4 Brasil. Portaria nº 648/ GM 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Internet]. [acesso em 2012 10 5]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>
- 5 Brasil. Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso em 2012 10 5]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>
- 6 Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA, Caramelli B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto. *Rev Assoc Med Bras* 2007 Maio-Jun; 53(3):234-9.
- 7 Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO international consortium in psychiatric epidemiology. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4):413-26.
- 8 Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001 Mar; 52(6):911-9.
- 9 Cruz LN. Associação entre qualidade de vida e depressão em pacientes portadores de doenças crônicas [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Departamento de Epidemiologia; 2005.
- 10 Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 Set; 24(9):2043-53.
- 11 Silva IV, Aquino EM. Padrão de distúrbios psiquiátricos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. *Cad Saúde Pública* 2008 Set; 24(9):2103-14.

- 12 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.
- 13 Brasil. Portaria nº 1600/GM, 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso em 2012 10 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
- 14 O'dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Ciênc Saúde Coletiva 2010 Ago; 15(5):2395-2404.
- 15 Barros DM, Sá MC. Processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciênc Saúde Coletiva 2010 Ago; 15(5):2473-82.
- 16 Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica 2011; 29(2):84-95.
- 17 Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. Belo Horizonte: [s.n]; 2009.
- 18 Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2007; 21(2):163-76.
- 19 Melo EMC, Assunção AA, Ferreira RA. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. Cad Saúde Publica 2007 Dez; 23(12):3000-10.
- 20 Pilling S, Whittington C, Taylor C, Kendrick T. Identification and care pathways for common mental health disorder: summary of NICE guidance. BMJ 2011 May; 342:d2868.
- 21 Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Pública 2012 Fev; 46(1):43-50.
- 22 Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(Supl 2):190-8.
- 23 Mendes EV. A análise de tarefas no desenho de programas de saúde. Montes Claros: IPPEDASAR, 1973. In: _____. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011.
- 24 Cunha ABO, Viera LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão pela do sistema. Cad Saúde Pública 2010 Abr; 26(4):725-37.
- 25 Valencia-Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapatta IC. Acceso a los servicios de urgencias en Medellín, 2006. Rev Salud Pública 2007 Oct-Dic; 9(4):529-40.

- 26 Novás JD, Zayas NG. Las urgencias en la atención primaria. Utilización del servicio. Rev Cubana Med 2007; 23(4):1-8.
- 27 Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 28 Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 29 Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de emergência no Sul do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2011 Jun; 16(1 Supl):1069-79.
- 30 Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL et al. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva 2010 Jun; 15(1 Supl):1283-91.
- 31 Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saúde Pública 2009 Jan; 25(1):7-28.
- 32 O'dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Programa QualiSus. Ciênc Saúde Coletiva 2009 Nov-Dez; 14(5):1881-90.
- 33 O'dwyer G, Matta, IEA; Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva 2008 Set-Out; 13(5):1637-48.
- 34 Amaral RM. SOS emergencia e o HNSC, 2012. Apresentação Power Point.
- 35 Freitas P. Triagem do serviço de urgência: Grupo de Triagem de Manchester. 2ª ed. Portugal: BMJ Publishing Group; 2002.
- 36 Jones KM, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
- 37 Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. O que é acolhimento com classificação de risco.[Internet]. 2012. [acesso em 2012 Dez. 18]. Disponível em: http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39
- 38 Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. Texto & Contexto Enferm 2012 Jan; 21(1):217-25.
- 39 Gatti MF, Zorzi. Triagem de enfermagem em serviço de emergência. Centro de Estudos e Pesquisa. Bol Cient Hosp Samaritano 2003; 5.
- 40 Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2009.

- 41 Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública* 2002 Nov-Dez; 18(6):1561-69.
- 42 Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000 Out; 34(5):547-59.
- 43 Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999 Feb; 28(1):10-8.
- 44 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 2005 Dec; 83(4):691-729.
- 45 Ministério da Saúde. Chamada pública para implantação de núcleos de avaliação de tecnologias em saúde em hospitais de ensino-2009. [Internet]. 2009 [acesso em 2009 Mar 03]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_nucleos_2009.pdf
- 46 Contadriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):705-11.
- 47 Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2001 Mar; 36(3):101-7.
- 48 Thum MA, Ceolin T, Borges AM, Heck RM. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. *Rev Gaúch Enferm* 2011 Set; 32(3):576-82.
- 49 Schestatsky G. Desempenho de uma escala de rastreamento de depressão (CES-D) em usuários de um serviço de cuidados primários de saúde Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Departamento de Faculdade de Medicina; 2002.
- 50 Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr RS* 2007 Jun; 29(2):161-8.
- 51 Sardinha A, Araújo CGS, Silva ACO, Nardi AE. Prevalência de transtornos psiquiátricos e ansiedade relacionada à saúde em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado. *Rev Psiquiatr Clín* 2011; 38(2):61-5.
- 52 Moura Junior JA, Souza CAM, Oliveira IR, Miranda RO. Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes em hemodiálise no estado da Bahia. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(3):178-83.
- 53 Episódio depressivo maior. [Internet]. [acesso em 2012 Dez 18]. Disponível em: http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=100.
- 54 Arantes DV. Depressão na atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam e Com* 2007; 2(8):261-71.
- 55 O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL. Screening for Depression in Adults and Older Adults. *AHRQ Publication* [Internet] 2009 Dez [acesso em 2011 Jul 25]; 75:1-167.

Disponível em:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/adultdepression/addepres.pdf>

- 56 Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999 Set-Out; 26(5):237-45.
- 57 Cunhai MAB, Neves AAF, Moreira ME, Hehn FJ, Lopes TP, Ribeiro CCF et al. Transtornos psiquiátricos menores e procura por cuidados em estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 33(3):321-9.
- 58 Marco PF, Cítero VA, Moraes E, Nogueira-Martins, LA. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(3):178-83.
- 59 Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999 Set-Out; 26(5):225-35.
- 60 Maragno L, Gouldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006 Ago; 22(8):1639-48.
- 61 Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 1998.
- 62 Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
- 63 Coelho AC, Knorst MM, Gazzana MB, Barreto SSM. Fatores preditores da qualidade de vida relacionada à saúde física e mental em pacientes com doença pulmonar intersticial: uma análise multifatorial. *J Bras Pneumol* 2010 Set-Out; 36(5):562-70.
- 64 Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF36). *Rev Bras Reumatol* 1999 Maio-Jun; 39(3):143-50.
- 65 Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev. Saúde Pública* 2002 Ago; 36(4):431-8.
- 66 Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1):163-77.
- 67 Jerius M, El-Salim A, Tarawneh M, Habashneh M. Inappropriate utilization of emergency medical services at prince ali military hospital. *J R Med Serv* 2010 Jun; 17(2):32-5.

68 Khangura JK, Flodgren F, Perera R, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 2.

5. ARTIGO

QUALIDADE DE VIDA E PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS EM MULHERES CLASSIFICADAS COMO NÃO URGENTES EM UMA EMERGÊNCIA

QUALITY OF LIFE AND PSYCHIATRICS DISORDERS IN WOMEN CLASSIFIED AS
NON URGENT IN AN EMERGENCY DEPARTMENT

CALIDAD DE VIDA Y PROBLEMAS DE LA PSIQUIATRÍA EN MUJERES
CLASIFICADOS COMO NO URGENTE EN SERVICIO DE EMERGENCIA

Fernanda Zanoto Kraemer, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado à Revista Cadernos de Saúde Pública.

**QUALIDADE DE VIDA E PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS EM MULHERES
CLASSIFICADAS COMO NÃO URGENTES EM UMA EMERGÊNCIA**

Fernanda Zanoto Kraemer¹

Airton Tetelbom Stein²

¹Enfermeira Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS

**² Coordenador do Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde do GHC, Professor
colaborador do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS**

Endereço para correspondência:

Fernanda Zanoto Kraemer

R: Ariovaldo Pinheiro, 157 apto 301 B: Passo d'Areia

Porto Alegre/ RS CEP: 91350-120

Fone: (51) 92175005

e-mail: nandazanoto@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de sintomas depressivos e de transtorno psiquiátrico menor (TPM) e a qualidade de vida (QV) em usuários não urgentes num serviço de emergência (SE). **Métodos:** Estudo transversal em amostra aleatória num SE em adultos. Foram incluídos casos pouco urgentes e não urgentes de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester. Utilizaram-se variáveis sociodemográficas, o SRQ-20 para rastrear TPM, a CES-D para depressão e WHOQOL-Breve para QV. Estatísticas descritivas e de regressão de Poisson foram realizadas e $p < 0,05$ foi estatisticamente significativo. **Resultados:** A amostra foi de 241 pacientes, 61% do sexo feminino, 50% tinham idade entre 18 e 34 anos, com média de 39 anos (DP 18), 41% com menos de 7 anos de estudo e 67% relataram estar solteiros. Problemas psiquiátricos foram identificados em 51% dos pacientes e sintomas de depressão em 47%. A média da QV variou de 57,13 a 71,71 nos quatro domínios. Os problemas psiquiátricos eram 1,38 vezes mais prevalentes nas mulheres em relação aos homens (RP 1,38 IC 95% 1,04-1,84) ajustado para fatores de confusão. **Conclusões:** Existe a necessidade de desenvolver estratégias para mulheres atendidas no SE que são consideradas como não urgentes. Recomenda-se a implementação de diretrizes de rastreamento de problemas de saúde mental na chegada ao SE e um modelo assistencial integral. Ainda que, o SE não tenha o foco na avaliação de saúde mental, é essencial estar preparado para rastrear esses problemas em mulheres jovens e organizar a rede de atenção à saúde. **Palavras-chave:** acesso aos serviços de saúde, avaliação em saúde, depressão, qualidade de vida, saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence symptoms of depression, Minor Psychiatric Disorders (MPD) and quality of life (QL) in non-urgent users in an Emergency Department (ED). **Methods:** A cross-sectional study was carried out in a probabilistic sample in an adult ED. The inclusion criteria were non-urgent and standard patients according to the Manchester Triage System. The variables used were sociodemographic, SRQ -20 to screen MPD, CES-D to identify depression and WHOQOL-Brief to evaluate QL. Descriptive statistics and Poisson Regression were performed and $p < 0.05$ was identified as statistically significant. **Results:** The sample was 241 patients, 61% female sex, age ranged between 18 and 34 years, with a mean age 39 years (SD 18), 41% reported to have less than 7 years of school and 67% were single. Psychiatry problems were identified in 51% and 47% reported depression symptoms. The mean score of QL range between 57.13 and 71.71 on the four domains. The psychiatry problems were 1.38 times more prevalent in women in comparison to men (PR 1.38 CI 95% 1.04-1.84) adjusted to confounding factors. **Conclusion:** There is a need to develop strategies for women treated at SE that are considered non-urgent. It is recommended to implement guidelines for tracking mental health problems on arrival SE and comprehensive care model. Although the SE does not have the focus on mental health evaluation, it is essential to be prepared to track these problems in young women and organize the network of health care. **Key words:** Health Services, Health Services Accessibility, Health Evaluation, Quality of Life, Mental Health.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de los síntomas depresivos y del trastorno psiquiátrico menor (TPM) y la calidad de vida (CV) junto a los usuarios no urgentes del servicio de urgencias (SU). **Metodología:** Estudio transversal en una muestra aleatoria del SU en adultos. Se incluyeron algunos casos poco urgentes y no urgentes, de acuerdo con el Sistema de Triage del Manchester. Se utilizaron las siguientes variables socio demográficas: el SRQ-20 para analizar un seguimiento TPM, el CES-D para la depresión y el WHOQOL-Breve para la CV. Estadística descriptiva y regresión de Poisson fueron utilizadas y $p < 0,05$ fue estadísticamente significativa. **Resultados:** La muestra fue de 241 pacientes, 61% mujeres, 50% tenían entre 18 y 34 años, con un promedio de 39 años (DE 18), 41% abajo de 7 años de educación y 67% reportó ser soltero. Los problemas psiquiátricos se identificaron en 51% de los pacientes y los síntomas de depresión en 47%. El promedio de la CV tuviera una variación desde 57,13 hasta 71,71 en las cuatro áreas. Problemas psiquiátricos fueron 1,38 veces más frecuente en mujeres que en hombres (PR 1.38 95%: 1,04 a 1,84) ajustados por factores de confusión. **Conclusiones:** Hay una necesidad de desarrollar estrategias para las mujeres tratadas a SE que se considera que no es urgente. Se recomienda aplicar las directrices para el seguimiento de los problemas de salud mental a la llegada SE y el modelo de atención integral. Aunque la SE no tiene el foco en la evaluación de la salud mental, es esencial estar preparado para controlar estos problemas en las mujeres jóvenes y organizar la red de servicios de salud. **Palabras clave:** acceso a servicios de salud, evaluación de salud, depresión, calidad de vida, la salud mental.

INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência têm recebido alta demanda de casos não urgentes. Os dados de prevalência para estes casos considerados como “inadequados” apresentam variância de acordo com o serviço ou com o protocolo utilizado para definir a adequação. Em sua maioria, as taxas são em torno de 40%, podendo variar entre 5% a 90% (STEG, 1989 apud 1). Estudo realizado em um serviço de emergência de um município de médio porte no Rio Grande do Sul encontrou prevalência de 24,2% de casos não urgentes ². Estudo realizado na mesma emergência da pesquisa atual, no ano de 1998, identificou prevalência de 46% para esses casos ³.

Todo o momento de acesso ao serviço de saúde deve ser identificado como uma oportunidade do serviço de saúde abordar o tema de saúde mental, uma vez que a prevalência estimada de distúrbios psiquiátricos na população geral ao longo da vida é de 12,2% a 48,6% ⁴. A ausência de diagnóstico ou tratamento adequado para esses transtornos podem acarretar em prejuízos para o indivíduo e para a sociedade, uma vez que vêm acompanhados de sofrimento, interrupções nas atividades acadêmicas e profissionais, baixo rendimento laboral, abuso de álcool e outras drogas, aumento com gastos em saúde pela maior utilização dos recursos em saúde (Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P, 1991; Noël PH, Williams Jr. JW, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al., 2004 apud 5).

Além disso, é importante estar atento à qualidade de vida da população, uma vez que esta é fator determinante para a condição de saúde dos indivíduos, podendo ter influência no desfecho de outras doenças e nos índices de morbimortalidade ⁶. Há associação entre os transtornos psiquiátricos e a diminuição na qualidade de vida dos indivíduos em geral, chegando a superar a influência de outras doenças crônicas não psiquiátricas (Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P, 1991; Noël PH, Williams Jr. JW, Unützer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al., 2004 apud 5).

Entre os principais motivos para o não diagnóstico dos problemas de saúde mental pelos profissionais de saúde estão a maior probabilidade de esses indivíduos relatarem somente queixas somáticas no atendimento em saúde e a dificuldade dos profissionais em reconhecer os sintomas relatados como parte do quadro de transtorno mental ⁵. Bem como a falta de capacitação dos profissionais nessa área, a não disponibilidade de profissionais especializados em equipes de apoio, o estigma social dos problemas de saúde mental.

Para que a população receba atenção em saúde de forma integral, continuada e com garantia de acesso ao serviço de saúde adequado para suas necessidades, a rede de atenção à saúde precisa estar organizada de forma a superar a fragmentação da atenção. A efetivação da

rede de atenção à saúde exige a estruturação da APS, da atenção especializada e dos cuidados de urgência e emergência, com articulação entre os serviços. É necessária, também, a migração de uma abordagem isolada do serviço de saúde, deixando de percebê-lo apenas como um ponto, para uma abordagem integral numa região de saúde que funcione como uma rede, observando adscrição da população e classificação de risco ⁷.

A classificação de risco é uma ferramenta de gestão de fluxo que permite a determinação da agilidade de atendimento a partir da necessidade do usuário, considerando a complexidade da sua atenção, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Para realizar a ordenação do atendimento utilizam-se protocolos de classificação de risco pré-estabelecidos e, preferencialmente, validados ⁸. Entre os protocolos mais utilizados atualmente, tem-se o Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, que define a prioridade de atendimento conforme a gravidade do caso, estratificando-o em cinco níveis de atendimento. Cada nível é caracterizado por uma cor e determina o tempo seguro no qual o paciente deve receber o primeiro atendimento médico. A cor vermelha identifica o paciente emergente, a cor laranja o muito urgente, a amarela a situação urgente, a verde o paciente pouco urgente e azul o não urgente ⁹. Estes dois últimos representam os pacientes com baixo risco de agravos e que podem receber atendimento na APS.

Frente aos serviços de urgência serem uma das portas de entrada do sistema de saúde, é possível que uma parcela significativa dos pacientes menos graves que procuram esses serviços apresente quadros depressivos ou de transtorno psiquiátrico menor e pouco se tem investigado os problemas de saúde mental como fator associado ao uso inadequado dos serviços de emergência.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou identificar a prevalência de sintomas depressivos, de transtorno psiquiátrico menor e a média da qualidade de vida nos usuários classificados como pouco urgentes e não urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester num serviço de emergência de referência no Município de Porto Alegre, RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado em um serviço de emergência de um hospital geral terciário de referência para o atendimento pelo SUS no Município de Porto Alegre, RS.

O cálculo amostral para este estudo considerou a prevalência de depressão na população geral de 17% para um nível de confiança de 95% e um erro aceitável de 5%, sendo o tamanho calculado de 240 sujeitos. A população de pesquisa incluiu os pacientes que chegaram ao serviço de emergência e foram classificados como azuis ou verdes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester. A escolha dos sujeitos se deu por amostra aleatória sistemática, para a qual a Gerência de Informática da instituição programou códigos aleatórios nos boletins de atendimento médico, onde um intervalo de 10 boletins gerados incluíam os sujeitos da amostra. Essa codificação foi programada para aparecer nos horários entre 09:00 e 12:00, 14:00 e 17:00, 19:00 e 22:00 durante os sete dias da semana, e os referidos horários foram escolhidos por serem os de maior procura pela emergência segundo dados do serviço. O período da coleta compreendeu os meses de fevereiro e março do ano de 2012. Foram incluídos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que apresentassem classificação de risco azul ou verde, cujo encaminhamento fosse para clínica médica, cirurgia geral ou ginecologia, que aceitassem participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Definiram-se como critérios de exclusão a incapacidade de entendimento ou comunicação importante, especialmente para o idoso com dificuldade de tomar decisão, estar em custódia policial, ser portador de doença infecto-contagiosa em fase ativa, estar gestante, ter encaminhamento para a odontologia, ser sorteado para a pesquisa mais de uma vez.

A codificação aleatória era gerada após a classificação de risco, no momento em que era gerado o boletim médico. A coleta de dados ocorreu enquanto os pacientes aguardavam no saguão de espera para atendimento. Os pacientes não localizados eram chamados em cinco tentativas em horários distintos, até finalizar o horário previsto para atendimento médico.

O grupo de entrevistadores foi formado por oito alunos da graduação do curso de enfermagem, selecionados pela pesquisadora por meio de entrevista, e receberam treinamento específico para a atividade. O treinamento consistiu de oito horas de aula expositiva (conhecer os instrumentos utilizados, a população de pesquisa, a pontuação de alerta em situação de urgência nos instrumentos SRQ-20 e CES-D para comunicar à equipe do serviço) e oito horas de projeto piloto que possibilitou a familiarização com o ambiente de coleta dos dados,

esclarecimento de dúvidas quanto ao instrumento e sobre a forma de abordar os sujeitos.

O instrumento de coleta de dados consistia de 97 questões, entre as quais: dados sociodemográficos, acesso aos serviços de saúde, avaliação de sintomas de TPM, avaliação de sintomas de depressão, avaliação da qualidade de vida.

A escolaridade foi avaliada em uma amostra de 145 indivíduos, uma vez que esse questionamento foi realizado para a avaliação do Indicador Econômico Nacional (IEN), que considera a escolaridade do chefe da família.

A classe social foi avaliada através da aplicação do IEN, que apresenta cinco quintis desenvolvidos a partir da escolaridade do chefe da família e a aquisição de bens e consumo baseado na presença de 12 bens no domicílio⁹. A escolha desse instrumento se deu por ser de fácil aplicabilidade e contar com distribuições de referência publicadas em nível nacional e regional. Optou-se por agrupar os cinco quintis do IEN em duas categorias, quintis 1, 2 e 3 e quintis 4 e 5. Essa associação foi feita de acordo com a correspondência entre os quintis e a renda percapita e visou uma melhor compreensão do indicador, bem como o aumento do poder estatístico. O primeiro agrupamento corresponde a renda familiar *percapita* de aproximadamente R\$ 500,00 e o segundo a renda familiar *percapita* próxima a R\$ 1.000,00¹⁰.

A avaliação da presença de sintomas de TPM se deu a partir da aplicação do instrumento Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20). Esse instrumento é amplamente utilizado para a identificação de transtornos mentais comuns e permite fácil aplicação a pacientes em espera por consulta médica¹¹. O SRQ consiste de 20 perguntas correlacionadas com sintomas de transtornos mentais comuns baseados no sentimento das últimas quatro semanas, sendo o escore zero para ausência de sintomas e escore 1 para presença de sintomas. A validação do instrumento no Brasil encontrou sensibilidade de 0,83 e especificidade de 0,80¹², assim foi considerada a presença de oito ou mais respostas positivas como indicativo para a presença de sintomas de TPM.

Para o rastreamento de sintomas de depressão utilizou-se o instrumento Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). O CES-D consiste em uma escala de 20 itens que permite identificar a presença de sintomas relacionados à depressão, identificando indivíduos com maior probabilidade de estarem deprimidos. A escala é de fácil aplicabilidade e o paciente deve responder as questões baseado nos seus sentimentos dos últimos sete dias. Cada resposta pode ganhar uma pontuação entre 0 e 3 pontos (0 = raramente a 3 = maior parte do tempo), o escore é uma soma simples que pode variar de zero a 60 pontos. A presença de escore maior que 15 pontos indica a presença de sintomas depressivos¹³⁻¹⁴.

Na investigação sobre qualidade de vida utilizou-se o instrumento WHOQOL-Bref, que permite identificar questões de qualidade de vida e saúde a partir dos sentimentos vivenciados pelo indivíduo a respeito de determinados assuntos nas últimas duas semanas antes da aplicação do questionário. O instrumento contempla 26 questões que, após análise, apresentam uma média para a qualidade de vida dividida em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Optou-se pelo instrumento simplificado pela sua aplicabilidade facilitada em estudo de caráter epidemiológico ¹⁵.

Os instrumentos utilizados para o rastreamento dos desfechos (SRQ-20, CES-D e Whoqol-Bref) foram escolhidos por serem todos instrumentos validados no Brasil.

Para a análise dos dados foi realizada estatística descritiva, apresentando os percentuais para as variáveis categóricas e a média e o desvio padrão para as variáveis contínuas. Para identificar associação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes utilizaram-se o teste qui-quadrado de Pearson para análise univariada e a Regressão de Poisson com variância robusta na análise ajustada das variáveis dependentes presença de sintomas de transtorno psiquiátrico menor e presença de sintomas de depressão. Para a análise simples do desfecho qualidade de vida aplicaram-se o Teste t e a Anova e para a análise ajustada utilizou-se a regressão linear. Foi utilizado como critério de seleção de co-variáveis para análise multivariável a presença de associação significativa entre a variável e o desfecho na análise simples. Os dados foram lançados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados no programa SPSS 18.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição conforme Protocolo 11-184. Este trabalho cumpriu integralmente os princípios éticos da Resolução 196/96 ¹⁶.

RESULTADOS

Foram selecionados 312 indivíduos. Houve perda de 22%, pois 26 pacientes não apresentavam condições de responder ao questionário (dois estavam em atendimento na sala de urgência), 24 não aceitaram participar da pesquisa, 16 não foram localizados no saguão de espera para a consulta médica, cinco foram sorteados mais de uma vez para participar da pesquisa. Assim, foram entrevistados 241 indivíduos.

O sexo feminino foi predominante, compreendendo 61% da amostra. A faixa etária amostral variou de 18 a 87 anos, com média de 39 anos (DP=18). Foi encontrada predominância de indivíduos com situação conjugal atual sem parceiro (67,6%). A situação econômica foi classificada em quintis, nos quais se identificou pouco menos da metade da amostra com renda familiar *percapita* de aproximadamente R\$ 500,00 e pouco mais da metade com renda familiar *percapita* acima de R\$ 1.000,00. Os dados de perfil sociodemográfico estão apresentados na Tabela 1.

A investigação sobre acesso aos serviços de serviço mostrou que quase 74% dos usuários estavam cadastrados num serviço de APS e quase metade deles referiram ter a emergência como local habitual de procura por atendimento.

Ao ser perguntado o motivo de escolha pelo serviço de saúde onde estava sendo realizada a pesquisa, 42,7% responderam que confiavam no serviço, 22,4%, que a acessibilidade ao serviço foi determinante para a escolha do mesmo, e 16,2% referiram não ter conseguido acesso a outro serviço de saúde.

Quando observada a prevalência de sintomas de problemas psiquiátricos, constatou-se que pouco mais da metade da amostra apresentou sintomas de TPM e quase metade apresentou sintomas de depressão. A média de qualidade de vida para os domínios do Whoqol-Bref foi de 58,29 (DP=18,22) para o domínio físico, 67,63 (DP=16,67) para o domínio psicológico, 71,71 (DP=16,24) para as relações sociais e 57,13 (DP=14,13) para o domínio meio ambiente. A distribuição das variáveis dependentes (sintomas de TPM, sintomas de depressão e qualidade de vida) segundo as variáveis independentes está apresentada nas Tabelas 2, 3 e 4, respectivamente.

Os sintomas de TPM foram 1,38 vezes mais prevalentes no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino (RP 1,38, IC 95% 1,04-1,84). Os pacientes que referiram sintomas depressivos apresentaram 2,73 vezes mais prevalência de TPM, comparados ao grupo sem sintomas de depressão (RP 2,73, IC 95% 1,95-3,83). Na análise

bivariada as mulheres apresentaram 1,45 vezes mais prevalência de sintomas depressivos comparado ao sexo masculino (RP 1,45 IC 95% 1,08-1,93), no entanto, na análise ajustada essa associação não foi significativa. Os sintomas depressivos foram 2,9 vezes mais prevalentes nos pacientes que apresentaram sintomas de TPM do que no grupo sem sintomas de TPM (RP 2,9 IC 95% 0,24-0,49). No sexo feminino, sintomas de TPM e sintomas depressivos mostraram-se associados a uma diminuição na qualidade de vida em todos os domínios do Whoqol-bref. A condição econômica, na análise ajustada, não mostrou associação estatística em nenhum domínio relacionado à qualidade de vida (Tabela 4).

Tabela 1. Descrição das variáveis sociodemográficas e de local habitual de consultas em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2012

Variável	N	Prevalência (%)
Sexo (N= 241)		
Masculino	94	39
Feminino	147	61
Idade (N= 241)		
18 a 23 anos	58	24,1
24 a 33 anos	63	26,1
34 a 52 anos	61	25,3
53 a 65 anos	28	11,6
>65 anos	31	12,9
Cor da pele (N= 241)		
Branca	168	69,7
Não branca	73	30,3
Escolaridade (N=145)		
< 4 anos	12	8,3
4 a 7 anos	47	32,4
8 a 10 anos	45	30,8
11 anos ou mais	4	2,7
Situação conjugal atual (N= 241)		
Com parceiro	78	32,4
Sem parceiro	163	67,6
Condição econômica através do IEN (N=211)		
1º quintil	11	5,2
2º quintil	29	13,7
3º quintil	62	29,4
4º quintil	78	37,0
5º quintil	31	14,7
Procedência (N= 241)		
Porto Alegre	167	69,3
Região metropolitana de Porto Alegre	69	28,6
Interior do Rio Grande do Sul	3	1,2
Outros estados	2	0,8
Local habitual de consulta (N= 241)		
Serviço da APS*	109	45,5
Emergência	114	47,3
Consultório particular	11	4,6
Outro	7	2,9

*inclui Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde

Tabela 2. Prevalência de sintomas de transtorno psiquiátrico menor segundo SRQ-20 ajustada conforme as variáveis independentes e dependentes em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester. 2012

Variável	% de sintomas de transtorno psiquiátrico menor	Análise bruta		Análise ajustada*	
		RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
Idade (em anos)					
18 a 23	53,4	1			
24 a 33	53,3	0,99 (0,71-1,39)	0,99		
34 a 52	47,5	0,89 (0,62-1,27)	0,52		
53 a 65	50,0	0,93 (0,59-1,47)	0,93		
>65	63,3	1,18 (0,82-1,70)	0,36		
Sexo					
Masculino	39,6	1		1	
Feminino	61,3	1,55 (1,16-2,06)	<0,01	1,38 (1,04-1,84)	0,02
Cor da pele					
Branca	54,9	1			
Não Branca	47,9	0,87 (0,66-1,15)	0,34		
Situação conjugal					
Sem parceiro	52,2	1			
Com parceiro	54,1	1,03 (0,80-1,34)	0,79		
Condição econômica					
Quintis 1,2 e 3	55,7	1			
Quintis 4 e 5	48,6	0,87 (0,67-1,14)	0,31		
Local habitual de consulta					
APS	45,5	1			
Emergência	46,8	0,96 (0,74-1,23)	0,72		
Particular	4,7	0,99 (0,57-1,76)	0,99		
Outro	3,0	0,52 (0,16-1,71)	0,28		
CES-D alterado					
Não	26,4	1		1	
Sim	76,4	2,89 (2,07-4,04)	<0,01	2,73 (1,95-3,83)	<0,01

* O modelo ajustado consistiu das seguintes variáveis: sexo e CES-D alterado.

Tabela 3. Prevalência de sintomas de depressão segundo CES-D ajustada conforme as variáveis independentes e dependentes em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2012

Variável	% de sintomas de depressão	Análise bruta		Análise ajustada*	
		RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
Idade (em anos)					
18 a 23	25		1		
24 a 33	25,4		1,18 (0,89-2,06)	0,39	
34 a 52	25,4		1,14 (0,76-1,91)	0,51	
53 a 65	11,6		1,21 (0,77-1,68)	0,42	
>65	12,5		1,36 (0,80-1,73)	0,15	
Sexo					
Masculino	40,4		1		1
Feminino	58,5		1,45 (1,08-1,93)	0,01	1,16 (0,65-1,13) 0,28
Cor da pele					
Branca	51		1		
Não Branca	52,2		1,02 (0,78-1,35)	0,87	
Situação conjugal					
Sem parceiro	67,9		1		
Com parceiro	32,1		1,08 (0,83-1,41)	0,55	
Condição econômica					
Quintis 1, 2 e 3	56,8		1		
Quintis 4 e 5	47,1		0,83 (0,63-1,08)	0,17	
Local habitual de consulta					
APS	45,5		1		
Emergência	46,9		0,99 (0,76-1,29)	0,94	
Particular	4,5		1,15 (0,67-1,98)	0,60	
Outro	3,1		0,55 (0,17-1,80)	0,32	
SRQ-20 alterado					
Não	25		1		1
Sim	75		3,0 (2,11-4,26)	<0,01	2,9 (0,24-0,49) <0,01

* O modelo ajustado consistiu das seguintes variáveis: sexo e SRQ -20 alterado.

Tabela 4. Média de qualidade de vida segundo Whoqol-Bref ajustada conforme as variáveis independentes e dependentes em usuários de um serviço de emergência de Porto Alegre/ RS com classificação não urgentes e pouco urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, 2012

Variável	domínio 1		domínio 2		domínio 3		domínio 4	
	Valor de B (EP)	p	Valor de B (EP)	p	Valor de B (EP)	p	Valor de B (EP)	p
Sexo	- 4,49 (2,16)	0,03	- 4,16 (1,93)	0,03	- 4,55 (2,29)	0,04	- 6,09 (1,95)	<0,01
CES-D alterado	- 10,12 (2,37)	<0,01	- 13,75 (2,09)	<0,01	- 10,01 (2,48)	<0,01	- 5,67 (2,12)	<0,01
SRQ alterado	- 11,77 (2,40)	<0,01	- 8,55 (2,11)	<0,01	- 2,39 (2,50)	0,35	- 6,73 (2,14)	<0,01
Quintis 1, 2 e 3 IEN	-		2,99 (1,84)	0,11	2,58 (2,17)	0,28	2,03 (1,87)	0,28

DISCUSSÃO

A população do estudo constitui-se de pacientes classificados como pouco urgentes e não urgentes pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, os quais fazem parte do grupo de demanda prevista para os serviços de APS. Pacientes com esse perfil costumam ser considerados como inadequados para os serviços de emergência. O atendimento desses casos nos serviços de emergência eleva o custo no setor de saúde, diminui a oferta disponível para as situações de urgência e emergência, influencia negativamente na qualidade do atendimento, podendo impactar negativamente na saúde do próprio usuário, uma vez que o cuidado não é realizado de forma integral e continuada ².

A prevalência de pacientes não urgentes nesses serviços é variável em diferentes países, com diferentes sistemas de saúde, apresentando-se principalmente entre 20 a 40% dos casos de procura pelos serviços de emergência. Estudo realizado no mesmo serviço de emergência, no ano de 1998, encontrou prevalência de 39% para casos não urgentes ³. No período da coleta de dados, o serviço de emergência apresentava 76% das consultas para casos não urgentes. Esse dado provavelmente reflita uma piora no modelo assistencial da APS na região metropolitana de Porto Alegre. Em outubro de 2012, foi inaugurada uma Unidade de Pronto Atendimento, na zona norte do município, gerenciada pela mesma instituição. Essa estratégia demonstra uma percepção do gestor em reorganizar a demanda de pacientes não urgentes, encaminhando-os para um outro local de atendimento. No entanto, as necessidades apontadas nesta pesquisa continuam sem uma estratégia efetiva.

Nos fatores associados à procura inadequada pelos serviços de emergência têm sido encontradas as faixas etárias jovem, o sexo feminino, a ausência de serviço ou médico de referência e cuidado continuado, a dificuldade de acesso no cuidado primário ². De forma similar, os resultados do presente estudo encontraram maior prevalência de mulheres e adultos jovens entre a população com baixo risco para agravos que procurou o serviço de emergência.

A caracterização da amostra deste trabalho com predominância de mulheres, adultos jovens, cor de pele branca, escolaridade entre quatro e sete anos, é coincidente com os resultados de um estudo realizado em serviço de emergência em Pelotas/ RS ¹⁷. Em relação à situação conjugal, o estudo de Pelotas mostrou predominância de usuários com companheiros e esta pesquisa encontrou-se maior prevalência de indivíduos sem parceiro. É importante

considerar a influência que podem ter a ausência de companheiro e a possível falta de apoio social para a saúde física e mental das mulheres, além da possibilidade de estar sem parceiro levar à escolha do serviço de emergência como local de consulta.

É interessante refletir sobre dois dados que parecem controversos, a alta prevalência referida para presença de cadastro na APS (74%) e a alta procura pelo serviço de emergência como local habitual de consulta (45,5%). A relação óbvia parece ser que usuários que possuem cadastro na APS procurem esse serviço para consulta em casos de menor gravidade, o que não ocorreu. Esse dado vem ao encontro do referido por Mendes, 2012: que o reconhecimento da APS pela população é um processo longo e difícil, que envolve a valorização dessa estratégia nos planos político, econômico e ideológico¹⁸. Bárbara Starfield defende que, para a efetividade da APS e, provavelmente, evitar consultas não urgentes no serviço de emergência, é necessária a operacionalização dos sete princípios fundamentais da APS¹⁹.

O resultado encontrado para o motivo de escolha pelo serviço de emergência no qual a pesquisa estava sendo realizada reflete em parte o citado por Mendes, 2012¹⁸, uma vez que a quase metade da amostra referiu confiar no serviço, e a outra metade mostrou-se dividida entre o fácil acesso (geográfico) e não ter conseguido acesso a outro serviço. Resultado este semelhante ao encontrado em estudo realizado no mesmo serviço há 15 anos³. Evidencia-se que o mau funcionamento de modelo assistencial tem persistido ao longo dos anos e esta pesquisa busca identificar as características dos pacientes não urgentes e possíveis estratégias para contribuir na organização da demanda espontânea.

Este estudo enfoca o rastreamento de problemas psiquiátricos na emergência. Quanto ao desfecho presença de sintomas psiquiátricos menores, encontrou-se prevalência em mais da metade da amostra. Na literatura, a prevalência desse problema é variável (entre 22,7% e 82%) de acordo com a população investigada. Estudo de base populacional realizado em Pelotas/ RS encontrou prevalência de 22,7% de sintomas de TPM²⁰, por outro lado, estudo com mulheres vítimas de violência atendidas em um serviço de emergência identificou prevalência de 82% de sintomas de TPM²¹, ambos utilizando o mesmo instrumento de rastreamento SRQ-20 do presente estudo. Numa emergência clínica de hospital geral, habitualmente, não são desenvolvidos serviços de saúde mental, no entanto identifica-se uma alta frequência de TPM entre a clientela não urgente que procurou esse serviço, logo é necessária a organização do fluxo desse atendimento a partir do serviço de emergência.

Em relação ao desfecho depressão, este trabalho identificou presença de sintomas depressivos em quase metade da amostra. Um estudo realizado em sete países participantes do Consórcio Internacional da OMS em Epidemiologia Psiquiátrica, incluindo o Brasil, encontrou prevalência estimada de 36,3% de algum episódio de doença mental e 15,5% de prevalência estimada para ocorrência de depressão em algum momento da vida ⁴.

Considerando que a prevalência de ideação suicida entre pacientes deprimidos chega a 17% ²², recomenda-se a realização de pesquisas sobre esse tema entre os pacientes não urgentes. Além disso, é importante considerar a necessidade de rastreamento sistemático de sintomas depressivos que permita identificar os pacientes que apresentem ideação suicida no serviço de emergência.

A associação de depressão e transtorno psiquiátrico menor com o sexo feminino reflete um dado bastante importante na epidemiologia das doenças mentais, dado este também confirmado em outras pesquisas ^{4,15,20,23-23}. Possíveis explicações para essa diferença entre os sexos podem estar relacionadas às experiências adversas e atributos emocionais vinculados à maior vulnerabilidade a eventos estressantes entre as mulheres ^(WHO, 2001 apud 23). Outra hipótese para essa associação pode estar relacionada às variáveis sociais que envolvem as mulheres (filhos, casamento, jornada de trabalho) ^(BAHIA, 2009 apud 15).

Ao investigar a qualidade de vida dos pacientes não urgentes ou pouco urgentes que procuram um serviço de emergência, encontrou-se associação estatisticamente significativa de mulheres apresentarem uma menor média de qualidade de vida, se comparadas aos homens, em todos os domínios do Whoqol-Bref. Associação essa encontrada em outros estudos. Pesquisa de base populacional, que investigou a qualidade de vida de adultos de 150 cidades do Brasil através do instrumento SF-8, encontrou média de qualidade de vida menor nas mulheres comparativamente aos homens ²⁴. Outro estudo realizado com jovens de 18 a 24 anos no Município de Pelotas/ RS encontrou menor escore de qualidade de vida em sete dos oito domínios do instrumento SF-36 e maior prevalência de TPM em mulheres ²⁵. Considera-se que os resultados do presente estudo devem ser interpretados com cautela e a baixa qualidade de vida nas mulheres deve ser identificada como um gerador de hipóteses apresentado a partir desses resultados, uma vez que pode ter havido influência de fatores de confusão como, por exemplo, a presença de comorbidades.

Uma contribuição do presente estudo é chamar a atenção dos gestores, profissionais de saúde e pesquisadores para investigarem a qualidade de vida dos pacientes atendidos em

serviços de emergência, principalmente em mulheres jovens, considerando que a média desse desfecho foi baixa e que o sexo feminino tem compreendido mais da metade da população que procura os serviços de emergência ^{3,17,26}.

A análise multivariada mostrou associação entre presença de sintomas depressivos e de transtorno psiquiátrico menor com redução na qualidade de vida. Em Cruz, 2005 ⁶, observou-se associação entre presença de depressão e menor média de qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas (cardiopatias isquêmicas e insuficiência renal crônica). Fleck, 2002 ¹⁵, identificou influência negativa dos sintomas de ansiedade e depressão na qualidade de vida em usuários da APS. A população pesquisada nesse último artigo, usuários atendidos na APS, tende a ter características em comum com a população do estudo aqui apresentado, uma vez que usuários classificados como não urgentes ou pouco urgentes fazem parte da população que teria a APS como local mais adequado para atendimento.

A renda média domiciliar *per capita* que é considerada como um dos determinantes sociais de saúde, não foi significativa na análise ajustada para a diminuição da qualidade de vida na amostra de pacientes pouco urgentes ou não urgentes que procuraram o serviço de emergência. Outros estudos encontraram associação entre baixa renda familiar e menor média de qualidade de vida ^{5,24}, mas acredita-se que no presente estudo essa associação não foi significativa devido à homogeneidade da população que procura o serviço de emergência pesquisado.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, sendo a principal delas o delineamento transversal, que impede uma análise causal, impossibilitando o entendimento temporal na relação entre presença de sintomas de TPM, sintomas depressivos e diminuição na média da qualidade de vida. Apesar de a amostra ter sido coletada a partir de um único hospital, acredita-se que o estudo tem potencial de generalização, uma vez que foi realizada uma amostra probabilística e o hospital estudado não tem restrição de acesso por atender exclusivamente pelo SUS, podendo caracterizar uma representatividade da demanda espontânea da população a emergências públicas. Não há como excluir a causalidade reversa entre a presença de sintomas psiquiátricos e o sofrimento/ desconforto causado pela doença que levou o indivíduo a procurar o serviço de emergência naquele momento. No período da coleta de dados, a alta demanda no serviço de emergência e o número reduzido de profissionais para atender os pacientes não urgentes proporcionaram um tempo de espera de até 12 horas, o que levou à desistência de alguns indivíduos (16/312).

É preciso considerar como uma possível limitação o uso do SRQ-20 não autoaplicado. Devido ao local de realização da pesquisa optou-se pelos entrevistadores lerem as perguntas do questionário aos participantes, e os homens podem sentir algum constrangimento em reconhecer dificuldades emocionais frente aos entrevistadores. No entanto, essa logística foi implementada pela dificuldade de utilizar questionários autoaplicáveis nessa população. O ponto de corte empregado para presença de sintomas depressivos a partir do CES-D foi igual para ambos os sexos, embora exista estudo¹⁵ que sugere haver diferença entre os sexos e que pontos específicos devam ser definidos para cada grupo. Pode ser considerada ainda como limitação do estudo a não investigação de sofrimento de violência na população do sexo feminino, o que pode ter influência numa prevalência maior de transtornos mentais.

No presente estudo houve coleta de dados realizada 15 dias após o atendimento na emergência, a qual não foi apresentada neste artigo. Essa etapa focou em avaliar a satisfação com o atendimento e a percepção de melhora do motivo de consulta, no entanto não se avaliaram os problemas psiquiátricos e a qualidade de vida num ambiente fora do serviço de emergência. Portanto, é essencial que estudos futuros avaliem esses aspectos, especialmente entre as mulheres jovens. Outra sugestão para novas pesquisas é avaliar a prevalência de problemas mentais a partir de instrumentos que confirmem o diagnóstico e o rastreamento de drogadição nessa população.

Considerando a alta prevalência dos problemas psiquiátricos (TPM e depressão) num serviço de emergência e frente ao grande impacto social e financeiro que acompanha o não diagnóstico dos problemas de saúde mental, bem como ao elevado custo da utilização de recursos de alta tecnologia nos serviços de emergência, são necessárias algumas mudanças na avaliação das mulheres jovens com problemas não urgentes que procuram esses serviços. Recomenda-se a implementação de diretrizes de rastreamento de problemas de saúde mental nessa população na chegada ao serviço de emergência, mesmo caracterizando-se como problemas não urgentes; a capacitação dos profissionais desse serviço visando maior atenção às questões de saúde mental; desenvolvimento de estratégias que objetivem a formação de vínculo entre o usuário e a APS; assim como um modelo assistencial integral com a participação de serviços de saúde mental.

Compreende-se que o serviço de emergência não é um ambiente propício para a avaliação de saúde mental, uma vez que os profissionais se mantêm ocupados com a alta demanda e com a preocupação em cumprir o objetivo principal desses serviços, que é atender pacientes clinicamente instáveis com risco de morte. No entanto, os serviços de emergência

devem estar preparados para rastrear os problemas de saúde mental em mulheres jovens e organizar o fluxo de atendimento utilizando a rede de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Lang T, David A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect? *J Epidemiol Commun Health* 1996 Aug; 50(4):456-62.
- 2 Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública* 2009 Jan; 25(1):7-28.
- 3 Stein AT. Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência [tese]. Porto Alegre: UFRGS; 1998.
- 4 WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000; 78(4):413-26.
- 5 Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 Set; 24(9):2043-53.
- 6 Cruz LN. Associação entre qualidade de vida e depressão em pacientes portadores de doenças crônicas [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Departamento de Epidemiologia; 2005.
- 7 Brasil. Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. [acesso em 2012 10 5] Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>
- 8 Ministério da Saúde. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 9 Jones KM, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
- 10 Barros AJD, Victora CG. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. *Rev Saúde Pública* 2005 Aug; 39(4):523-9.
- 11 Santos KOB, Araújo TM, Oliveira, NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad Saúde Pública* 2009 Jan; 25(1):214-22.
- 12 Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiat* Londres 1986; 148(1):23-6.

- 13 Lima AFLBS, Fleck MPA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Rev Bras Psiquiatr*. Ahead of print epub 2011 Mar 11
- 14 Schestatsky G. Desempenho de uma escala de rastreamento de depressão (CES-D) em usuários de um serviço de cuidados primários de saúde Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Departamento de Faculdade de Medicina; 2002.
- 15 Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002 Ago; 36(4):431-8.
- 16 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 17 Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de emergência no Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011 Jun; 16(1 Supl):1069-79.
- 18 Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet]. [acesso em 2012 Dez 19]. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde – Representação Brasil; 2012. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2012.
- 19 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
- 20 Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999 Set-Out; 26(5):225-35.
- 21 Silva IV, Aquino EM. Padrão de distúrbios psiquiátricos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência. *Cad Saúde Pública* 2008 Set; 24(9):2103-14.
- 22 Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31 (1): S18-25.
- 23 Cunha RV, Bastos GAN, Duca G FD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol* 2012 Jun; 15(2):346-54.
- 24 Campolina AG, Pinheiro MM, Ciconelli RM, Ferraz MB. Quality of life among Brazilian adult population using the generic SF-8 questionnaire. *Cad Saúde Pública* 2011 Jun; 27(6):1121-31.
- 25 Walters K, Buszewicz M, Wheich S, King M. Mixed anxiety and depressive disorders outcomes: prospective cohort study in primary care. *Br J Psychiatry* 2011 Jun; 198(6):472-8.

- 26 Jansen K, et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011 Mar; 27(3):440-8.

- 27 Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho-Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun 2011 [acesso em: 2013 fev 19];19(3):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300014&lang=pt&tlng=

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de emergência tornaram-se a porta preferencial de entrada no sistema de saúde atual. Os usuários dos serviços de saúde têm procurado as emergências para resolver qualquer problema de saúde, uma vez que as características desses serviços os tornam de mais fácil acesso e com maior resolutividade imediata. Esse fenômeno tem descaracterizado o serviço de urgência e emergência, uma vez que a alta demanda com casos não urgentes pode retardar e desqualificar o atendimento aos casos urgentes e graves, que são o objetivo desses serviços.

As reflexões a partir deste trabalho vão ao encontro do afirmado por outros estudiosos⁶¹ com relação à necessidade de desenvolvimento de vínculo entre o usuário e a APS como estratégia de redução da procura das emergências pelos casos não urgentes. Somente uma rede de saúde bem estruturada, com facilidade de acesso e acessibilidade, articulação entre os diferentes níveis de atenção e a presença de profissionais capacitados e preocupados em atender às necessidades da população, poderá reverter este cenário descontrolado de procura pelas emergências.

Sobre alta a prevalência de casos não urgentes nos serviços de emergência, a literatura traz dados que ultrapassam os 50%⁶⁷. O atendimento dessa população nas emergências traz prejuízos para a sociedade e para o indivíduo, uma vez que representa aumento de custos através da utilização de recursos onerosos e, possivelmente, desnecessários, além de uma atenção não integral, descontinuada e com menor chance de adesão ao tratamento.

A prevalência significativa de problemas psiquiátricos e a baixa média de qualidade de vida encontrada na população estudada reforçam a necessidade de desenvolver uma diretriz clínica para atender as mulheres jovens com problemas psiquiátricos e capacitar os profissionais de saúde sobre este grupo de pacientes com necessidades especiais. Há uma lacuna de conhecimento sobre problemas psiquiátricos menores, depressão e qualidade de vida em pacientes não urgentes nos serviços de emergência, uma vez que pouco se tem estudado sobre essa correlação.

É conhecida a maior pré-disposição de problemas mentais em mulheres, sendo que as associações significativas do sexo com a presença de sintomas de transtornos psiquiátricos menores e sintomas depressivos encontradas neste trabalho reforçam a necessidade de rastreamento desses problemas em mulheres que procuram os serviços de emergência por

problemas não urgentes. Além disso, ser mulher mostrou-se também como uma característica para menor média de qualidade de vida, indicando mais uma vez que precisa ser dada maior atenção à saúde das mulheres, principalmente as jovens, no que se refere a problemas psiquiátricos.

Outros achados deste estudo, que serão apresentados mais detalhadamente em artigos posteriores, referem-se à avaliação da condição de saúde e à satisfação com relação ao atendimento recebido pelos pacientes classificados como pouco urgentes e não urgentes na Emergência. Esses dados foram coletados a partir de uma ligação telefônica 15 dias após a consulta no serviço de emergência, em uma subamostra de 74 pacientes. Essa amostra foi calculada a partir da meta institucional do serviço de 80% de satisfação dos usuários, com erro de 10% e nível de confiança de 95%.

A avaliação do atendimento prestado no serviço de emergência foi obtida a partir da aplicação de uma escala analógica com nota de zero a 10, tendo como resultado a média de 7,4 (DP 3,4), e a mediana foi 9. Esse dado reflete que o serviço está atendendo à expectativa dos usuários, no entanto reflete uma cultura imediatista de atendimento. É necessário o trabalho de conhecimento da população quanto aos benefícios do cuidado integral e continuado prestado pela APS e o risco de procurar os serviços de emergência para casos não urgentes. Além de qualificar e expandir o acesso aos serviços de APS em Porto Alegre e região metropolitana.

Como a população compreendia pacientes não urgentes, e, conforme já mencionado, o local de atendimento mais adequado é a APS, e, mesmo recebendo atendimento no serviço de emergência é realizada essa orientação. Assim, foi questionado se, nos 15 dias subsequentes ao atendimento na emergência, esses pacientes buscaram algum serviço da APS. A partir desse questionamento encontrou-se que 40,5% da amostra procuraram a APS e 17,6% procuraram novamente um serviço de emergência. Não foi questionado o motivo dessa nova procura. Entende-se que é preciso realizar algum trabalho de aproximação do usuário com a APS e, que nesse momento, o trabalho possa ser desencadeado pelo serviço de emergência, uma vez que tem sido entendido como porta preferencial de entrada ao sistema de saúde. Um plano de ações pode ser elaborado na tentativa de vincular o usuário ao serviço de APS, e pode ser uma estratégia a marcação de consulta na APS quando o paciente for atendido na emergência.

Na tentativa de verificar a compreensão do usuário quanto ao local mais adequado para atendimento, foi perguntado qual serviço de saúde o pesquisado indicaria a um amigo que

estivesse com um problema de saúde semelhante ao seu, e 75% dos entrevistados responderam que indicariam a mesma emergência na qual foram atendidos. Esse dado reforça a preocupação quanto à preferência pelo serviço de emergência e que medidas precisam ser desencadeadas para mudar esse cenário.

Foi questionada ainda a percepção do usuário quanto à melhora do problema de saúde que o fez procurar a emergência no dia em que respondeu à pesquisa. Ao fazer a pergunta o entrevistador referia a queixa relatada, sendo usada para a resposta uma escala analógica de zero a 10. A melhora total do problema (nota 10) foi referida por 42% dos entrevistados, 57% referiram nota acima de 7 e 17,6 referiram nenhuma melhora (nota zero). Esse dado instiga a curiosidade sobre se o usuário, assim como o profissional da emergência, não percebe que pode estar com alguma alteração psiquiátrica, dando importância apenas para a sintomatologia física ou, ainda, se os sintomas de depressão ou TPM encontrados no dia da procura pela emergência poderiam ser decorrência da queixa física. Para tentar responder a esse questionamento é preciso investigar os sintomas psiquiátricos também após a consulta na emergência ou realização de estudos de coorte.

Apesar dos temas de uso inadequado e superlotação dos serviços de emergência serem frequentes na literatura atual, não existem ensaios clínicos randomizados recentes que testem alternativas para resolução desses problemas. Isso se deve, provavelmente, à dificuldade de realização desse delineamento de estudo frente à logística de trabalho nos serviços de emergência. No entanto, são necessários estudos que testem o impacto de algumas intervenções como estratégias de mudança. Uma revisão publicada pela *Cochrane* indica como sugestão de intervenção a ser pesquisada a alocação de médico de família para atender essa população nos serviços de emergência⁶⁸.

A elaboração desta pesquisa desencadeou o início de trabalhos abordando a atenção em saúde mental na população atendida nos serviços de emergência. Foi proposta a realização de um *workshop* com o enfoque de como o profissional de saúde pode abordar os problemas de saúde mental em pacientes não urgentes atendidos em um serviço de emergência, no 10º GIN Conference (Guidelines International Network), no mês de agosto de 2013 em São Francisco.

A partir dos dados deste estudo, chama-se a atenção dos gestores, profissionais de saúde e pesquisadores a respeito da necessidade de investimento na organização de uma rede de atenção efetiva e capaz de atender integralmente às necessidades de saúde da população. É preciso estreitar o laço entre os usuários e a APS, construindo uma relação entre profissional

de saúde e paciente de confiança e continuidade. É necessário, também, quebrar o estigma social em relação aos problemas de saúde mental, enfrentando-os considerando a sua magnitude e a carga de doença como fator determinante para a saúde e qualidade de vida da população.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

PARTE I

Entrevista aplicada ao paciente não urgente classificado pelo Protocolo de Classificação de Risco de Manchester durante a espera no Acolhimento.

Data: _____

Identificação:

1. Município de residência:

Bairro:

2. Idade: _____ anos (*Escreva*)

Circule as respostas abaixo

3. Qual seu sexo?

(0) Masculino (1) Feminino

4. Qual seu estado civil?

(1) solteiro; (2) casado; (3) viúvo; (4) separado

5. Qual a sua cor da pele?

(1) Branca; (2) Negra; (3) Entre Branca e Negra; (4) Indígena; (5) Asiática (6) não sei responder

6. Quem é chefe da sua família?

(1) eu mesmo; (2) meu pai; (3) minha mãe; (4) outra pessoa

As questões 7 a 18 são referentes ao instrumento Indicador Econômico Nacional (IEN)

7. Quantos anos estudou o chefe da sua família?

(0) menos de 4 anos; (1) de 4 a 7 anos; (2) de 8 a 10 anos (ensino fundamental); (3) 11 anos ou mais (ensino médio); (4) nível superior (completo);

Na casa em que você mora tem:

8. Televisão? (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (3) Quatro; (3) Cinco; (3) Seis ou mais

9. Rádio? (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

10. Telefone?(fixo e celular) (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

11. Carro? (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (2) Três; (2) Quatro; (2) Cinco; (2) Seis ou mais

12. Geladeira? (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

13. Videocassete/ aparelho de DVD? (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

14. Computador? (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

15. Condicionador de ar? (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

16. Banheiro? (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (3) Quatro; (3) Cinco; (3) Seis ou mais

17. Micro-ondas? (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (1) Duas; (1)Três; (1) Quatro; (1) Cinco; (1) Seis ou mais

18. Máquina de lavar roupas? (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (1) Duas; (1)Três; (1) Quatro; (1) Cinco; (1) Seis ou mais

19. Em qual o serviço de saúde que você costuma procurar atendimento?

(1) posto de saúde; (2) emergência; (3) consultório particular; (4) outro;

20. Você é cadastrado em alguma Unidade Básica de Saúde?

(1) Sim, qual? _____ (2) Não

21. Você consultou em algum serviço de saúde nas últimas duas semanas pelo mesmo motivo que trouxe você aqui hoje?

(1) Sim, qual? _____ (2) Não

22. Qual o problema de saúde que trouxe você na Emergência do HNSC hoje? (*escreva*)

23. Por que você procurou a Emergência do HNSC hoje?

(1) não consegui atendimento em outro lugar; (2) confio/gosto do serviço daqui; (3) foi mais fácil chegar aqui; (4) outro

As questões 24 a 43 são referentes ao instrumento Self Report Questionnaire-SRQ-20 e devem ser respondidas a partir dos seus sentimentos no último mês

24. Você tem dores de cabeça freqüentes?

(1) sim (2) não

25. Você tem falta de apetite?

(1) sim (2) não

26. Você dorme mal?

(1) sim (2) não

27. Você se assusta com facilidade?

(1) sim (2) não

28. Você tem tremores nas mãos?

(1) sim (2) não

29. Você sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?

(1) sim (2) não

30. Você tem má digestão?

(1) sim (2) não

31. Você tem dificuldade de pensar com clareza?

(1) sim (2) não

32. Você tem se sentido triste ultimamente?

(1) sim (2) não

33. Você tem chorado mais do que de costume?

(1) sim (2) não

34. Você encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?

(1) sim (2) não

35. Você tem dificuldade para tomar decisões?

(1) sim (2) não

36. Você tem dificuldade no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?

(1) sim (2) não

37. Você é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

(1) sim (2) não

38. Você tem perdido o interesse pelas coisas?

(1) sim (2) não

39. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?

(1) sim (2) não

40. Você tem tido a idéia de acabar com a vida?

(1) sim (2) não

41. Você sente-se cansado (a) o tempo todo?

(1) sim (2) não

42. Você tem sensações desagradáveis no estômago?

(1) sim (2) não

43. Você se cansa com facilidade?

(1) sim (2) não

As questões de nº 44 a 63 são referentes ao instrumento CES-D. Responda baseado (a) nos seus sentimentos dos últimos 7 dias, onde raramente refere-se a < 1 dia; durante pouco tempo refere-se a 1 ou 2 dias; durante tempo moderado refere-se a 3 ou 4 dias e durante maior parte do tempo refere-se a 5 a 7 dias:

44. Senti-me incomodado (a) com coisas que habitualmente não me incomodariam

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

45. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

46. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com ajuda de amigos e familiares

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

47. Senti-me comparando-me com outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

48. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

49. Senti-me deprimido

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

50. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

51. Senti-me otimista em relação ao futuro

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

52. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

53. Senti-me amedrontado

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

54. Meu sono não foi repousante

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

55. Estive feliz

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

56. Falei menos que o habitual

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

57. Senti-me sozinho

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

58. As pessoas não foram amistosas comigo

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

59. Aproveitei minha vida

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

60. Tive crises de choro

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

61. Senti-me triste

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

62. Senti que as pessoas não gostavam de mim

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

63. Não consegui levar adiante minhas coisas

(1) raramente; (2) durante pouco tempo; (3) durante tempo moderado; (4) durante a maior parte do tempo

As questões de nº 64 a 89 são referentes ao instrumento WHOQOL. Responda baseado (a) nos seus sentimentos das últimas duas semanas:

64. Como você avaliaria sua qualidade de vida

(1) muito ruim; (2) ruim; (3) nem ruim, nem bom; (4) boa ; (e) muito boa

65. Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

66. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) extremamente

67. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) extremamente

68. O quanto você aproveita a vida?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) extremamente

69. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) extremamente

70. O quanto você consegue se concentrar?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) extremamente

71. O quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) extremamente

72. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) mais ou menos; (4) bastante; (5) extremamente

73. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) médio; (4) muito; (5) completamente

74. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) médio; (4) muito; (5) completamente

75. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) médio; (4) muito; (5) completamente

76. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) médio; (4) muito; (5) completamente

77. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

(1) nada; (2) muito pouco; (3) médio; (4) muito; (5) completamente

79. Quão bem você é capaz de se locomover?

(1) muito ruim; (2) ruim; (3) nem ruim, nem bom; (4) bom; (5) muito bom

79. Quão satisfeito você está com seu sono?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

80. Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

81. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

82. Quão satisfeito (a) você consigo mesmo (a)?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

83. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parente, conhecidos, colegas)?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

84. Quão satisfeito (a) você está sua vida sexual?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

85. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

86. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

87. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

88. Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?

(1) muito insatisfeito; (2) insatisfeito; (3) nem insatisfeito, nem satisfeito; (4) satisfeito; (5) muito satisfeito

89. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

(1) nunca; (2) algumas vezes; (3) freqüentemente; (4) muito freqüentemente; (5) sempre

PARTE II**Entrevista aplicada por telefone**

90. Por favor, indique com uma nota de zero a dez o quanto o Sr. (a) melhorou do problema de saúde que o levou à Emergência do HNSC no dia _____, sendo zero nenhuma melhora e dez a melhora total do problema. *(buscar data de atendimento)*



91. O Sr. (a) procurou o Posto de Saúde depois de ter consultado na Emergência do HNSC no dia _____? *(buscar data de atendimento)*

(1) sim (2) não

92. O Sr. (a) procurou atendimento em alguma emergência após a consulta na Emergência do HNSC em _____? *(buscar data de atendimento)*

(1) sim (2) não

93. Qual o serviço de saúde que o Sr. (a) indicaria para um amigo procurar caso estivesse com um problema semelhante ao seu?

94. Por favor, dê uma nota de zero a dez para o atendimento que o Sr. (a) recebeu na Emergência do HNSC no dia _____, sendo zero o pior atendimento e dez o melhor atendimento que o Sr. (a) poderia ter recebido. *(buscar data de atendimento)*

**PARTE III****Dados coletados a partir do Boletim de Atendimento do paciente**

95. Queixa do paciente registrada no boletim de CR *(classificação CIAP)*

96. Queixa do paciente registrada no boletim de atendimento médico *(classificação CIAP)*

97. Desfecho do atendimento da Emergência HNSC (pode ser mais de 1). **Circule:**

(1) sala de medicação; (2) coleta de exames; (3) encaminhamento UBS; (4) encaminhamento UBS; (5) retorno à Emergência; (6) internação hospitalar; (7) encaminhamento ao especialista; (8) outro

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 26 de outubro de 2011, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 11-184 **Versão do Projeto:** **Versão do TCLE:**

Pesquisadores:

AIRTON TETELBOM STEIN
FERNANDA ZANOTO KRAEMER

Título: Características dos usuários classificados como não urgentes em uma emergência do Sul do país.

Documentação: Aprovados
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais:

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados para este CEP.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.

Porto Alegre, 26 de outubro de 2011.


Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC