

RODRIGO DOS SANTOS MORAES

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA DURANTE A EPIDEMIA DE INFLUENZA H1N1
NO ANO DE 2009.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação de
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

RODRIGO DOS SANTOS MORAES

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA DURANTE A EPIDEMIA DE INFLUENZA H1N1
NO ANO DE 2009.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação de
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo
Orientador: Prof. Dr. Roberto Henrique Heinisch
Co-orientador: Dra. Vanessa Priscilla Martins da Silva**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

*Dedico este trabalho
àqueles que, mesmo longe, sempre se
fizeram presentes: minha família.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Inez dos Santos Moraes e Edson de Moraes, pelo constante incentivo e ensinamentos, por estarem sempre próximos e participando de minha formação, não apenas como médico, mas ser humano.

A minha irmã Barbara dos Santos Moraes, por todo aprendizado conjunto, companheirismo e proteção.

Ao meu orientador Professor Doutor Roberto Henrique Hensch pela atenção, paciência e ensinamentos, não apenas científicos, mas também como profissional médico.

A minha co-orientadora Vanessa Priscilla Martins da Silva pela extrema paciência, atenção e dedicação na elaboração deste trabalho.

Aos meus companheiros de apartamento Ricardo, Pedro e André, uma segunda família, e aos amigos de faculdade, que juntos compartilhamos momentos a serem lembrados a todo e qualquer reencontro.

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico do (SAME) do Hospital Universitário pelo apoio durante a coleta dos dados.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a demanda do setor de emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no ano de 2009, pico da epidemia de Influenza H1N1.

Método: Foram analisadas as fichas de atendimentos prestados na emergência de 652 pacientes não internados e 230 pacientes internados, no ano de 2009. Avaliamos as variáveis data, hora, idade, sexo, mês, procedência, queixa principal, hipóteses diagnósticas, temperatura corporal na admissão, positividade do exame H1N1 e comorbidades relacionadas ao sistema cardiovascular.

Resultados: No grupo dos não internados houve predomínio de mulheres jovens e no grupo dos internados, leve predomínio de homens idosos. Ambos grupos procedentes de Florianópolis buscando o SE no período da manhã. O inverno foi a estação que teve maior procura com aumento dos casos de doenças do aparelho respiratório. A queixa principal dos pacientes liberados era cefaléia, nos internados, era a dispnéia. A hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais prevalente. As doenças do aparelho respiratório foram as que prevaleceram nos liberados sendo o diagnóstico mais frequente o de infecção de vias aéreas superiores. Nos internados as doenças do aparelho digestivo e circulatório foram as que prevaleceram, contudo, o diagnóstico mais frequente foi o de pneumonia não especificada. Houve apenas o registro de uma solicitação de exame laboratorial confirmatório de H1N1, no grupo dos internados, sendo este positivo.

Conclusão: Durante o ano de epidemia do H1N1 encontramos aumento no volume dos atendimentos durante o inverno de causas ligadas ao aparelho respiratório que não refletiu no número de internação dos pacientes. O perfil epidemiológico encontrado manteve-se semelhante a estudos prévios realizados no HU/UFSC e na literatura.

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical and epidemiological profile of the population attended in the emergency department (ED) of medical clinic of the Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina in 2009, during the novel influenza A (H1N1) epidemic.

Methods: The 2009 ED records of 652 patients not interned were analyzed, and more 230 patients who were hospitalized. The variables studied were gender, age, schedule, assistance day, month, origin, complain, diagnosis, body temperature on admission, positive tests of H1N1 and cardiovascular diseases as comorbidities.

Results: In the group not hospitalized there was a predominance of young women as among the admitted patients elderly men predominated. Both groups were coming from Florianópolis and visited the ED in the morning. The winter was the season that had increased demand. In patients not hospitalized the most frequent complaint was headache and as among admitted patients it was dyspnea. Hypertension was the most prevalent comorbidity. Patients in both groups were afebrile. Among not hospitalized patients the respiratory diseases were the most prevalent as the most frequent diagnosis was infection of the upper airways. In patients who were hospitalized the digestive and circulatory system diseases prevailed however, the most frequent diagnosis was unspecified pneumonia. There was only a request for confirmatory laboratory testing for H1N1 in the hospitalized group, which was positive.

Conclusions: During the epidemic of H1N1 we found an increase in the volume of patients during the winter which were related to the respiratory system. It didn't reflect in the number of patients admissions. The epidemiological profile founded during the epidemic of H1N1 is similar to previous studies in HU/UFSC and literature.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ED	Emergency departament
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SE	Serviço de emergência
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
HU/UFSC	Hospital Universitário de Universidade Federal de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CID	Classificação Internacional de Doenças
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
FA	Fibrilação atrial
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PACIENTES NÃO INTERNADOS - DISTRIBUIÇÃO POR SEXO.....	15
FIGURA 2 - PACIENTES INTERNADOS- DISTRIBUIÇÃO POR SEXO.....	15
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO SAZONAL DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS.....	19
FIGURA 4 – TEMPERATURA CORPORAL NA ADMISSÃO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS.....	21
FIGURA 5 – TEMPERATURA CORPORAL NA ADMISSÃO DOS PACIENTES INTERNADOS.....	21
FIGURA 6 - COMORBIDADES CARDÍACAS EM PACIENTES NÃO-INTERNADOS..	22
FIGURA 7 – COMORBIDADES CARDÍACAS EM PACIENTES INTERNADOS.....	22
FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO SAZONAL DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: NÃO INTERNADOS.....	25
FIGURA 9 – DISTRIBUIÇÃO SAZONAL DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS NO GRUPO DOS INTERNADOS.....	26

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO INTERNADOS E INTERNADOS POR FAIXA ETÁRIA.....	16
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO INTERNADOS E INTERNADOS POR PROCEDÊNCIA.....	16
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO INTERNADOS E INTERNADOS POR BAIRRO DE PROCEDÊNCIA.....	17
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO INTERNADOS E INTERNADOS POR MUNICÍPIO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS.....	17
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO INTERNADOS E INTERNADOS POR OUTRAS CIDADES.	18
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO INTERNADOS E INTERNADOS POR HORÁRIO DE CHEGADA.	18
TABELA 7 - PACIENTES NÃO INTERNADOS E INTERNADOS DISTRIBUÍDOS POR MESES.....	19
TABELA 8 – RELAÇÃO DAS 10 PRINCIPAIS QUEIXAS APRESENTADAS PELO GRUPO DOS NÃO INTERNADOS.....	20
TABELA 9 – RELAÇÃO DAS 10 PRINCIPAIS QUEIXAS APRESENTADAS PELO GRUPO DOS INTERNADOS.....	20
TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ENTRE O GRUPO DE PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS, DE ACORDO COM O CID, (10ª REVISÃO)	24
TABELA 11 – PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS NO GRUPO DOS NÃO INTERNADOS.....	26
TABELA 12 – PRINCIPAIS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS NO GRUPO DOS INTERNADOS.....	27

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS	vii
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTA DE TABELAS	ix
SUMÁRIO	x
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGIA	4
3.1. Deliniamento da pesquisa.....	4
3.2. Casuística.....	4
3.2.1. Cálculo da amostra.....	4
3.2.1.1. Pacientes não-internados	4
3.2.1.2. Pacientes internados	4
3.3. Procedimentos	5
3.3.1. Instrumentos	5
3.3.2. Coleta de dados	5
3.4. Descrição das variáveis de estudo	6
4. RESULTADOS	7
5. DISCUSSÃO	20
6. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
NORMAS ADOTADAS	30
ANEXOS	31

1. INTRODUÇÃO

Em muitos países vem-se observando nos últimos anos um aumento nas urgências atendidas nos hospitais¹. Diversas causas influenciam nessa tendência, entre as quais se destacam as mudanças sociodemográficas produzidas nas grandes cidades e a atração que os centros hospitalares exercem sobre a população devido a idéia estendida entre os usuários de que, ao serem centros altamente especializados, a atenção é melhor¹⁻³. Uma maneira melhor de planejar as ações em saúde e diminuir as superlotações nos serviços de emergência é conhecer as características da população que frequenta este serviço⁴⁻⁶. Acredita-se que as pessoas recorram ao serviço de emergência (SE) por razões diversas: além de se encontrarem angustiadas, apreensivas e impossibilitadas de recorrer aos serviços ambulatoriais, o SE conta com profissionais qualificados, de fácil acessibilidade e funcionamento durante 24 horas⁶.

Atualmente se reporta na literatura nacional e internacional que a demanda de serviços de urgências, tanto a nível pré-hospitalar como hospitalar, está se caracterizando por um alto percentual de visitas realizadas que não têm um caráter urgente e que poderiam ser atendidas fora destes serviços¹⁻³. Esta situação tem sobrecarregado os serviços e gerado problemas assistenciais, descontentamento na opinião pública e preocupação das autoridades de saúde pública com os problemas que isto pode resultar para seu bom funcionamento¹⁻³, podendo ser prejudicial quando enfrentamos surtos de doenças infecciosas que necessitam de uma atenção a nível terciário.

Vários relatos têm descrito o impacto de surtos de doenças infecciosas no volume de atendimento nos serviços de emergência⁷. Em maio de 1993, um surto de hantavírus no sudoeste dos Estados Unidos conduziu a um aumento de 2 vezes na procura do SE⁸ e, um surto de *Escherichia coli* 0157:H7 em 1993 em Washington, aumentou o fluxo no SE em 17%⁹.

Durante a temporada outono-inverno de 2009, em um hospital de grande demanda em Santiago no Chile, observou-se um aumento de 88,5% nas visitas às emergências durante o período da epidemia de H1N1 e, excetuando-se um pequeno atraso no início, a curva de atendimento relacionado ao Influenza acompanhou a curva de crescimento de atendimento deste ano¹⁰. Já no mesmo ano, um estudo retrospectivo de pequeno porte em Kobe no Japão, mostrou que a pandemia de influenza não teve um grande impacto no SE¹¹.

Desde abril de 2009, quando no México o novo vírus influenza H1N1 foi identificado como causa de um surto generalizado de infecção febril do trato respiratório¹⁰, vivemos uma nova epidemia de influenza que foi elevada à fase 6 de pandemia pela Organização Mundial da Saúde em junho do mesmo ano¹¹.

A pandemia de H1N1 foi considerada generalizada no Brasil em 16 de julho de 2009 e, desde o primeiro caso, o Ministério da Saúde publicou como notificação compulsória imediata os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)¹². Em 2009, durante a temporada de inverno quando tipicamente ocorre a sazonalidade do influenza¹³, a região sul esteve a frente do número de casos notificados sendo que Florianópolis era o município de Santa Catarina com os maiores valores de notificação de SRAG¹⁴.

No município de Florianópolis, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) embora não fosse considerado um hospital referência pelo Ministério da Saúde¹⁵, recebeu alguns casos suspeitos e confirmados de influenza H1N1.

O HU/UFSC é um hospital geral conveniado exclusivamente ao SUS que conta com 927 profissionais, sendo 220 médicos. Está equipado com 233 leitos destinados à internação em clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, além de atendimentos no setor de emergência/urgência, ambulatório e centro cirúrgico¹⁶.

São atendidos no SE 146.000 indivíduos ao ano, sendo que este serviço divide-se em cinco áreas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, traumatologia/ortopedia, e ginecologia/obstetrícia¹⁶. O setor de clínica médica, objeto do presente estudo, atende a pacientes de 14 anos ou mais, portadores de condições onde o manuseio é clínico¹⁶.

Em estudo realizado anteriormente onde avaliou-se o perfil da população atendida no SE do HU/UFSC no ano de 2004, ano ainda que não vivíamos a epidemia de H1N1, encontrou-se uma população de mulheres jovens, geralmente queixando-se de cefaléia ou dor abdominal, sendo diagnosticado na maioria das vezes doenças do aparelho respiratório¹⁶.

Reconhecer a nova demanda e perfil de pacientes que procuram o SE do HU/UFSC durante o período mais preocupante da epidemia - ano de 2009 - é o objetivo deste estudo. Confrontaremos os resultados obtidos com os dados prévios e com dados da literatura de tal forma que possamos colaborar no planejamento e execução das ações de saúde, na adequação do setor de emergência às suas reais funções e realidade frente a novos episódios de epidemias infecciosas como as de Influenza H1N1.

2. OBJETIVOS

2.1 Principal

Caracterizar a demanda do setor de emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) no ano de 2009, pico da epidemia de Influenza H1N1, a partir da análise de dados epidemiológicos e clínicos dos pacientes, buscando comparar com estudos prévios.

2.2 Secundários

- Estabelecer a porcentagem de homens e mulheres atendidos;
- Estabelecer a faixa etária dos pacientes;
- Verificar a procedência desses pacientes;
- Determinar o período do ano de maior atendimento;
- Observar a queixa principal;
- Observar quais as hipóteses diagnósticas mais frequentes;
- Observar a prevalência de comorbidades cardíacas;
- Verificar a positividade para o teste H1N1;
- Comparar com a literatura.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, retrospectivo.

3.2 Casuística

Foram analisadas as fichas de atendimentos prestados na emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 01 janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2009.

Através do sistema informatizado do Serviço de Arquivo Médico (SAME) buscamos o número de pacientes atendidos no SE do HU/UFSC e quantos deles foram internados. Os dados referentes aos atendimentos foram obtidos através das fichas de atendimentos da emergência. As fichas dos pacientes que não necessitaram de internação ficam arquivadas em caixas no SAME do HU. No caso de pacientes internados, as fichas de emergência ficam anexadas aos seus prontuários.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina sob o certificado de número 946.

3.2.1 Cálculo da amostra

Foram colhidas duas amostras. A primeira relacionada aos pacientes não-internados e a segunda com pacientes que necessitaram de internação.

3.2.1.1 Pacientes não-internados

Através do SAME, observou-se que o número de pacientes atendido no ano de 2009 no SE foi de 37.961. Utilizou-se então o programa Epi Info® para o cálculo da amostra com os seguintes critérios: frequência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 99%. Obteve-se assim um total de 652 fichas.

3.2.1.2 Pacientes internados

De acordo com o SAME, o número de pacientes internados no período provenientes do SE foi de 3.655. Para o cálculo da amostra utilizou-se o Epi Info® com os seguintes

critérios: frequência esperada de 20%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%. Foi colhida uma amostra de 230 pacientes.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Instrumentos

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário de pesquisa (ANEXO 1) que contém as informações: data, hora, idade, sexo, procedência, queixa principal, hipóteses diagnósticas, temperatura corporal na admissão, positividade do exames H1N1 e comorbidades cardíacas.

3.3.2 Coleta de dados

Serão incluídos no estudo os atendimentos realizados no serviço de emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2009. As fichas dos pacientes que não foram internados, após permanecerem três meses arquivadas no próprio setor da emergência, são encaminhadas ao arquivo do SAME. Os pacientes que foram internados têm sua ficha anexada ao prontuário.

No arquivo do SAME, as fichas de atendimento ficam arquivadas em caixas, as quais são etiquetadas conforme vão sendo completamente preenchidas, e são identificadas com o período de atendimento ao qual as fichas se referem. Como as caixas possuem mesmo tamanho, esse período pode corresponder a poucos dias como a uma semana, dependendo da demanda do período. Dentro de cada caixa as fichas na maioria das vezes estão em uma seqüência de dia de atendimento.

A fim de conferir aleatoriedade na retirada da amostra, as fichas foram empilhadas em ordem de atendimento sendo estimado o número de centímetros (n) que corresponde ao total de 37.961 fichas. O valor encontrado foi de n=492 cm. Com nossa amostra de 652 pacientes, para mantermos a aleatoriedade retiramos uma ficha a cada 8,4 cm iniciado em algum ponto qualquer da pilha.

As fichas que estiveram com os dados de queixa principal e diagnóstico incompletos ou preenchimento incompreensível foram substituídas pela ficha imediatamente a seguir. Possíveis fichas de outros departamentos que erroneamente encontraram-se nessas caixas foram desprezadas e substituídas pela ficha subsequente.

No SAME temos acesso a lista de pacientes que foram internados durante o período estudado em ordem cronológica de atendimento no SE. Para mantermos a aleatoriedade da

amostra retiramos um prontuário a cada 15 pacientes (número total de pacientes internados, pelo número da amostra). Quando o número sorteado continha o prontuário de uma internação de outra clínica que não a Médica, buscamos o prontuário seguinte.

3.4 Descrição das variáveis de estudo

Serão selecionadas as seguintes variáveis:

- a. Data: sazonalidade do atendimento;
- b. Hora: horário do atendimento;
- c. Idade: a idade dos pacientes será categorizada em seis faixas etárias: 14 aos 24 anos incompletos, 24 aos 34 anos incompletos, 34 aos 44 anos incompletos, 44 aos 54 anos incompletos, 54 aos 64 anos incompletos e acima dos 64 anos;
- d. Sexo: as categorias masculino ou feminino;
- e. Procedência: refere-se a cidade de procedência. Pacientes de Florianópolis terão o bairro de origem coletado;
- f. Queixas principais: será coletada a queixa principal apontada no atendimento. Nos casos em que houver mais de uma queixa, serão anotadas as duas primeiras de acordo com a ordem em que aparecem;
- g. Hipóteses diagnósticas: a catalogação dos diagnósticos será realizada conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão;
- h. Temperatura corporal na admissão: será anotado o maior valor de temperatura em graus centígrados registrado nas primeiras 24 horas de admissão hospitalar, categorizadas em cinco faixas: até 35,5°; 35,5°-37,0°; 37,0°-37,5°; 37,5°-38,5°; >38,5°;
- i. Exames H1N1 positivo: caso pedido, se o resultado era positivo ou negativo;
- j. Cardiopatia: presença de doença cardíaca crônica;

4. RESULTADOS

De acordo com as fichas analisadas dos pacientes não internados o sexo feminino foi mais prevalente com uma proporção de 1,4:1. Já nos pacientes internados, houve uma prevalência do sexo masculino, 1,11:1. As figuras 1 e 2 mostram as distribuição quanto ao sexo dos pacientes não internados e dos internados, respectivamente.

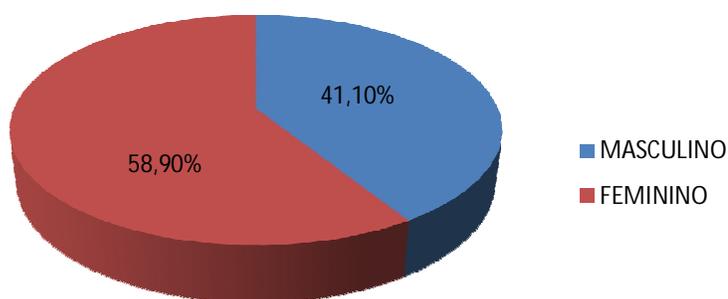


Figura 3 - Pacientes não internados. Distribuição por sexo.

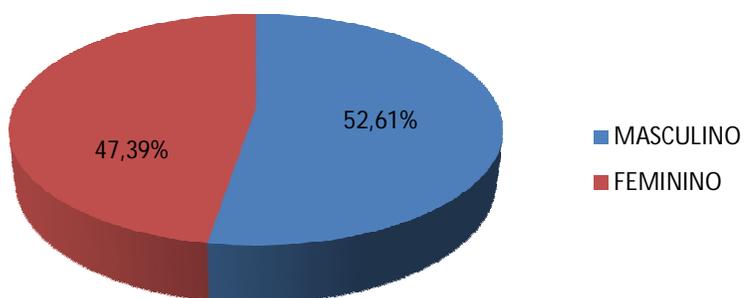


Figura 4 - Pacientes internados. Distribuição por sexo.

No primeiro grupo, o dos não-internados, a média de idade foi de 37,9 anos, variando entre 14 e 94 anos. A faixa etária que procurou o SE em maior número e não necessitou de internação encontravam-se entre 24-34 anos de idade. Nos internados, a média de idade foi de 46,1 anos, sendo 16 anos a idade mínima e 72 a máxima. O maior número de internados eram pacientes acima dos 64 anos. Na Tabela 1 podemos visualizar a distribuição por faixa etária nos dois grupos.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes não internados e internados por faixa etária.

Grupos Faixa etária (anos)	Não Internados		Internados	
	Número	Percentual	Número	Percentual
14-24	154	23,62%	20	8,70%
24-34	172	26,38%	29	12,61%
34-44	108	16,56%	36	15,65%
44-54	98	15,03%	35	15,22%
54-64	54	8,28%	39	16,96%
64-	66	10,12%	71	30,87%
TOTAL	652	100,00%	230	100,00%

Ao analisarmos a procedência dos pacientes, não houve diferença com relação ao seu local de origem. Tanto no grupo dos não internados quanto no grupo dos internados a maioria dos pacientes era proveniente de Florianópolis, no entanto, o percentual de pacientes vindo de outras cidades e da grande Florianópolis foi maior no segundo grupo, como observamos na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes não internados e internados por procedência.

Grupos Procedência	Não Internados		Internados	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Florianópolis	522	80,06%	152	66,09%
Grande Florianópolis	104	15,95%	52	22,61%
Outras Cidades	14	2,15%	26	11,30%
Não Informado	12	1,84%	-	-
TOTAL	652	100,00%	230	100,00%

Analisamos também o bairro de procedência, quando em Florianópolis (Tabela 3), e as principais cidades de origem, quando não a capital. No grupo dos não internados o bairro da Trindade, onde está localizado o HU/UFSC, foi o de maior procedência. Já dos pacientes internados, o número foi maior no bairro da Agrônômica.

São José foi a cidade de maior procedência dos pacientes procedentes da Grande Florianópolis, tanto no grupo dos não internados quanto no grupo dos internados (Tabela 4). Em relação aos outros municípios a procedência manteve-se semelhantes nos dois grupos.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes não internados e internados por bairro de procedência.

Grupos Procedência	Não Internados		Internados		
	Número	Percentual	Número	Percentual	
Trindade	96	18,39%	Agromômica	12	7,89%
Itacorubi	44	8,43%	Ingleses do Rio Vermelho	12	7,89%
Agromômica	29	5,56%	Trindade	10	6,58%
Pantanal	28	5,36%	Costeira do Pirajuba	8	5,26%
Córrego Grande	25	4,79%	Campeche	7	4,61%
Saco dos Limões	24	4,60%	Centro	7	4,61%
Centro	21	4,02%	Lagoa da Conceição	6	3,95%
Ingleses do Rio Vermelho	20	3,83%	Monte Verde	6	3,95%
Saco Grande	19	3,64%	Tapera	6	3,95%
Costeira do Pirajuba	17	3,26%	Cachoeira do Bom Jesus	5	3,29%
TOTAL	323	61,88%		79	51,97%

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes não internados e internados por município da Grande Florianópolis.

Grupos Procedência	Não Internados		Internados		
	Número	Percentual	Número	Percentual	
Águas Mornas	1	1,92%	Antônio Carlos	1	1,92%
Biguaçu	13	28,85%	Biguaçu	11	21,15%
Gov Celso Ramos	2	0,96%	Gov Celso Ramos	1	1,92%
Palhoça	30	12,50%	Palhoça	10	19,23%
Santo Amaro da Imperatriz	1	0,96%	Santo Amaro da Imperatriz	2	3,85%
São José	57	54,81%	São José	27	51,92%
TOTAL	104	100,00%		52	100,00%

Com relação aos pacientes de outras cidades que procuraram o serviço, a cidade de Tijucas foi a de maior procedência em ambos os grupos, dividindo o primeiro lugar com São João Batista no grupo dos não internados. A Tabela 5 apresenta a distribuição dos pacientes de outras cidades e inclui as cinco cidades de maior procedência.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes não internados e internados por outras cidades.

Grupos Procedência	Não Internados		Internados		
	Número	Percentual	Número	Percentual	
São João Batista	2	14,29%	Tijucas	5	19,23%
Tijucas	2	14,29%	Imbituba	3	11,54%
Blumenau	1	7,14%	Itajaí	2	7,69%
Canelinhas	1	7,14%	São Bento do Sul	2	7,69%
Canoinhas	1	7,14%	Alfredo Vagner	1	3,85%
TOTAL	7	50,00%		13	50,00%

Avaliando o horário de atendimento, mostrado na Tabela 6, a procura foi maior durante o dia - 65% nos dois grupos - sendo mais prevalente no período da manhã, das 06h às 11h59min.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes não internados e internados por horário de chegada.

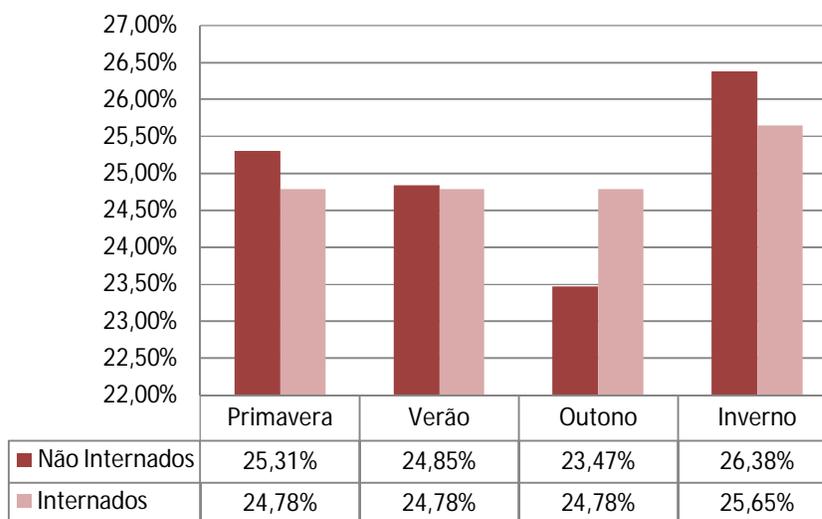
Grupos Procedência	Não Internados		Internados	
	Número	Percentual	Número	Percentual
00h-05h59min	57	8,74%	19	8,26%
06h-11h59min	247	37,88%	76	33,04%
12h-17h59min	180	27,61%	74	32,17%
18h-23h59min	168	25,77%	61	26,52%
TOTAL	652	100,00%	230	100,00%

Quando analisamos a distribuição dos pacientes pelos meses, no grupo dos não internados, tivemos maior procura durante o mês de agosto e menos procura durante o mês de fevereiro. Já no grupo dos internados manteve-se valor aproximado durante os 12 meses do ano, sendo os maiores registros encontrados em janeiro, abril e setembro, conforme Tabela 7.

A distribuição sazonal dos grupos pode ser vista na Figura 3. Houve predomínio da procura durante o inverno em ambos os grupos.

Tabela 7 - Pacientes não internados e internados distribuídos por meses.

Grupos Procedência	Não Internados		Internados	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Janeiro	60	9,20%	21	9,13%
Fevereiro	48	7,36%	17	7,39%
Março	54	8,28%	19	8,26%
Abril	49	7,52%	21	9,13%
Maio	52	7,98%	18	7,83%
Junho	52	7,98%	18	7,83%
Julho	53	8,13%	20	8,70%
Agosto	68	10,43%	18	7,83%
Setembro	51	7,82%	21	9,13%
Outubro	58	8,90%	17	7,39%
Novembro	49	7,52%	20	8,70%
Dezembro	58	8,90%	20	8,70%
TOTAL	652	100,00%	230	100,00%

**Figura 3** - Distribuição sazonal dos pacientes não-internados e internados.

Quando analisamos as queixas do grupo dos não internados, observamos um total de 1452 queixas, sendo 177 tipos diferentes. No grupo dos internados constam 104 tipos de queixas de um total de 461. As 10 principais queixas dos dois grupos são apontadas nas Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 – Relação das 10 principais queixas apresentadas pelo grupo dos não internados.

Queixa	Número	Percentual
Cefaléia	121	8,33%
Febre	119	8,20%
Tosse	109	7,51%
Dispnéia	60	4,13%
Dor lombar	60	4,13%
Náuseas	58	3,99%
Vômito	58	3,99%
Odinofagia	56	3,86%
Diarréia	47	3,24%
Dor abdominal	43	2,96%
TOTAL	731	50,34%

Observamos no grupo dos não internados uma prevalência maior nas queixas de cefaléia e febre, praticamente com a mesma frequência relatada. Já no grupo dos não internados, a dispnéia figurou como causa importante de procura ao serviço.

Tabela 9 – Relação das 10 principais queixas apresentadas pelo grupo dos internados.

Queixa	Número	Percentual
Dispnéia	48	10,41%
Dor abdominal	31	6,72%
Febre	30	6,51%
Vômitos	30	6,51%
Tosse	29	6,29%
Queda do estado geral	14	3,04%
Edema mmii*	13	2,82%
Dor torácica	12	2,60%
Diarréia	11	2,39%
Emagrecimento	11	2,39%
TOTAL	229	49,67%

*mmii: membros inferiores

Dos pacientes que procuraram a emergência e foram liberados, mais da metade (61,2%) não teve a temperatura corporal da admissão registrada na ficha de atendimento. Dos que estavam registrados, apenas 10% estava com temperatura axilar acima de 37°C, como observado na Figura 4.

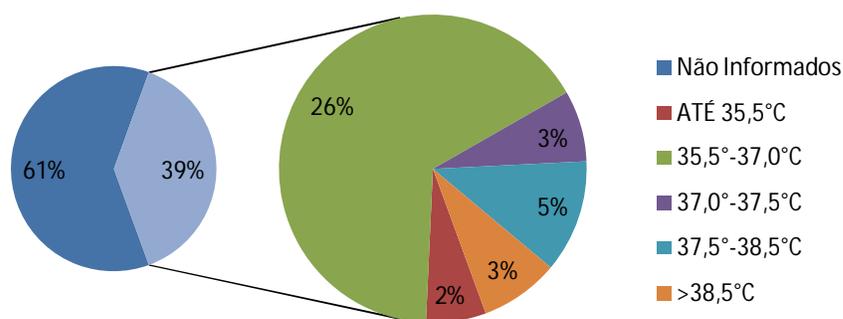


Figura 4 – Temperatura corporal na admissão dos pacientes não-internados.

Quando analisadas a temperatura de admissão dos pacientes que foram internados apenas 7% não apresentaram a descrição deste item. Dezesesseis por cento apresentaram temperatura axilar acima do valor normal (37°C), como visto na Figura 5.

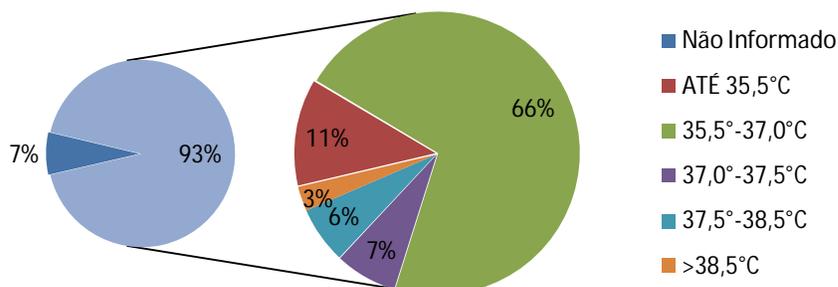


Figura 5 – Temperatura corporal na admissão dos pacientes internados

Ao analisarmos as comorbidades cardiológicas dos pacientes que não foram internados apenas 85 pacientes, 13%, referiram pelo menos uma doença cardíaca prévia, 31% negaram qualquer comorbidade e 55% não tiveram esse item relatado na ficha da emergência. Foram notados 96 relatos de comorbidades e 12 diferentes diagnósticos, o que mostra que houve pacientes com mais de uma comorbidade cardíaca. Das cardiopatias, a mais freqüente foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) observada na Figura 6.

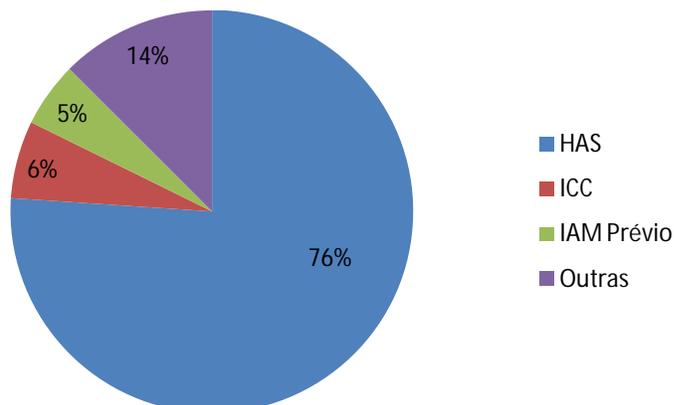


Figura 6 – Comorbidades cardíacas em pacientes não-internados.
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; ICC: Insuficiência Cardíaca Congênita; IAM: Infarto agudo do Miocárdio.

Nos pacientes internados houve 132 informações de cardiopatia prévia com 18 diagnósticos diferentes em 86 pacientes (37,4%). Cinquenta e seis por cento negaram cardiopatia prévia e em 6% dos internados não havia esse relato na ficha de emergência. A comorbidade mais relatada também foi a HAS, como observado na Figura 7.

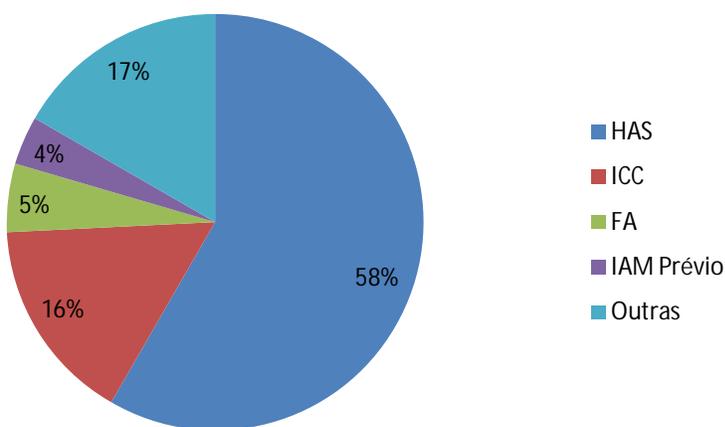


Figura 7 – Comorbidades cardíacas em pacientes internados.
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; ICC: Insuficiência Cardíaca; FA: Fibrilação Atrial; IAM: Infarto agudo do Miocárdio.

Quando investigamos as hipóteses diagnósticas chegamos aos dados da Tabela 10. No grupo dos não internados foram apontadas 668 hipóteses e, no dos internados, 249 o que

mostra que alguns pacientes receberam mais do que uma hipótese. No primeiro grupo houve uma prevalência maior nas doenças do aparelho respiratório (28,74%), enquanto no segundo grupo o maior número era o de doenças do aparelho digestivo (16,47%) e circulatório (16,06%).

Na distribuição das hipóteses diagnósticas de acordo com o CID, 10ª revisão, dos pacientes liberados na emergência observamos como mais importante:

- No grupo I, a diarreia e a gastroenterite de origem infecciosa presumível foi a doença com maior número de casos, correspondendo a praticamente 6% do total.
- A hipoglicemia de causa não especificada foi o diagnóstico mais presente no grupo IV.
- No grupo V, a ansiedade generalizada consta como maior número de casos, correspondendo a 2,10% do total.
- A enxaqueca responde a 1,95% das queixas totais e é a de maior prevalência do grupo VI.
- Foram encontrados três casos de conjuntivite, 0,45% do total, no grupo VII.
- No grupo VIII a otite média apresentou 1,20% do total de diagnósticos agrupando os casos supurativos e não supurativos.
- No grupo IX, a hipertensão essencial foi considerada em 1,80% dos casos, seguida pela insuficiência cardíaca, com 1,05%.
- O grupo X que apresentou maior número de diagnósticos teve como principal causa a infecção de vias aéreas superiores não especificadas, com 10,93% do registro. A influenza devida a vírus não identificado foi apontado em 2,40% dos casos.
- No grupo XI, a calculose da via biliar e a doença do refluxo gastroesofágico responderam juntas a 1,5% dos casos sendo cada uma responsável por metade desses.
- No grupo XII a urticária respondeu a 1,20% do total.
- A mialgia, presente no grupo XIII, respondeu a 3,59% dos diagnósticos, ajudando esse grupo a se apresentar na quinta posição de diagnósticos mais frequente.
- O grupo XIV, segundo com maior número de casos, apresentou 6,59% de diagnósticos de cólica nefrética não especificada e 6,14% infecção do trato urinário de localização não especificada.
- O diagnóstico de gravidez no grupo XV encontrou um caso, 0,15% no nosso estudo, embora o HU conte com o serviço de maternidade.
- O grupo XVIII, terceiro em número de casos, apresentou 2,84% de diagnósticos de cefaléia e 2,40% de dor abdominal e pélvica.
- Foram três (0,45%) o número de casos de efeito tóxico com animal venenoso, presente no grupo XIX.

Tabela 10 - Distribuição das hipóteses diagnósticas entre o grupo de pacientes não-internados e internados, de acordo com o CID*, 10ª revisão.

Grupo CID	Não-internado		Internado	
	Número	Percentual	Número	Percentual
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	60	8,98%	19	7,63%
II Neoplasias [tumores] (C00-D48)	2	0,30%	20	8,03%
III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	5	0,75%	1	0,40%
IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	6	0,90%	8	3,21%
V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	25	3,74%	6	2,41%
VI Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	21	3,14%	12	4,82%
VII Doenças do olho e anexos (H00-H59)	4	0,60%	0	0,00%
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95)	14	2,10%	2	0,80%
IX Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	38	5,69%	40	16,06%
X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	192	28,74%	36	14,46%
XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	31	4,64%	41	16,47%
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	20	2,99%	13	5,22%
XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	48	7,19%	2	0,80%
XIV Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	102	15,27%	23	9,24%
XV Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	1	0,15%	0	0,00%
XVI Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96)	0	0,00%	0	0,00%
XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	0	0,00%	0	0,00%
XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	73	10,93%	9	3,61%
XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	11	1,65%	6	2,41%
XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	14	2,10%	10	4,02%
XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	1	0,15%	1	0,40%
XXII Códigos para propósitos especiais (U00-U99)	0	0,00%	0	0,00%
TOTAL	668	100,00%	249	100,00%

*Classificação Internacional das Doenças

Houve diferença estatisticamente significativa ($P < 0,05$) somente nos atendimentos da emergência relacionados ao grupo X, doenças do aparelho respiratório, em relação aos outros grupos diagnósticos. Foi possível demonstrar um aumento no número de atendimentos no inverno em relação aos outros períodos do ano nos pacientes que não foram internados. A

Figura 8 mostra a distribuição sazonal dos quatro grupos diagnósticos mais frequentes entre os pacientes que procuraram a emergência e foram liberados.

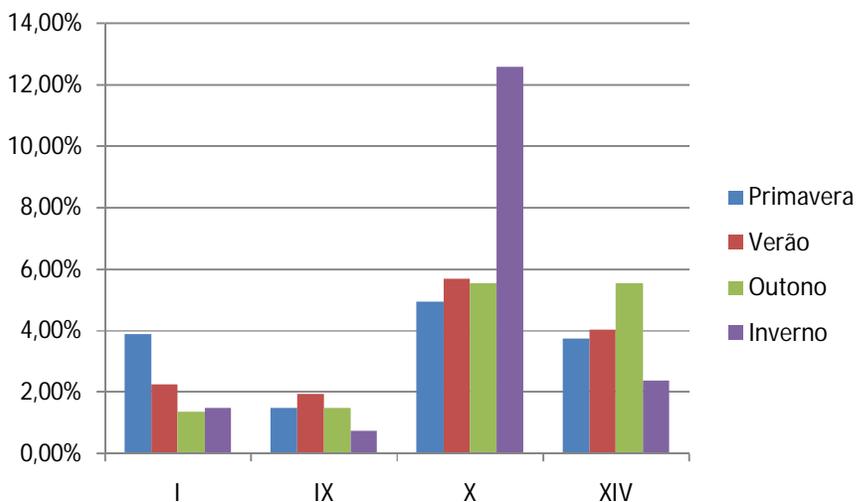


Figura 8 – Distribuição sazonal das hipóteses diagnósticas: não internados. (I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XIV: Doenças do aparelho geniturinário)

No grupo dos internados, merecem destaque:

- O grupo IX, segundo mais prevalente, tem no acidente vascular cerebral não especificado a maior prevalência, com 3,61%, seguido pela angina e insuficiência cardíaca com 2,40% cada.
- O grupo X, terceiro com maior número, mostrou 10,04% dos casos como pneumonia não especificada.
- O grupo XI apresentou o maior volume diagnóstico sendo distribuídos em dezenove diferentes achados, merecendo destaque a hemátêmese com 2,81% e, pancreatite aguda com 2,41% do total de casos.
- No grupo XIV merece destaque a infecção do trato urinário de localização não especificada com 4,02% dos casos.

Não há associação significativa entre grupo diagnóstico e a época em que ocorreu a internação. Na Figura 9, observamos a distribuição sazonal nos pacientes que estiveram internados.

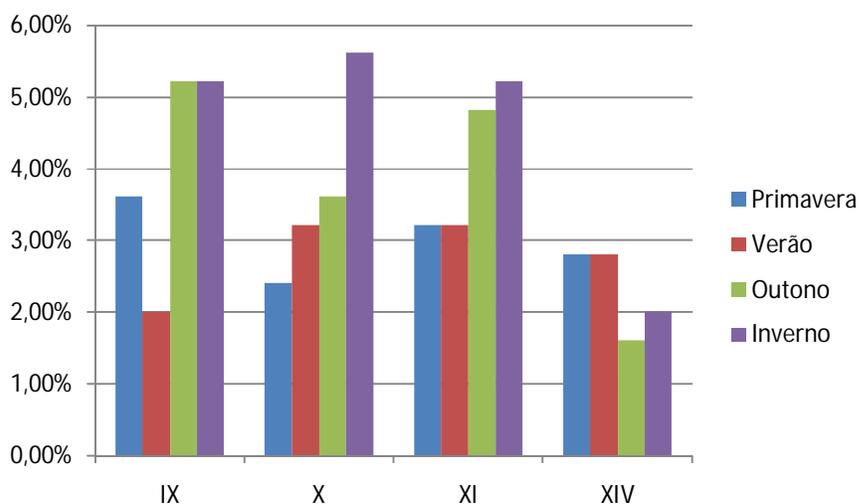


Figura 9 – Distribuição sazonal das hipóteses diagnósticas no grupo dos internados. (IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XI: Doenças do aparelho digestivo; XIV: Doenças do aparelho geniturinário)

A Tabela 11 mostra as 14 principais hipóteses diagnósticas no grupo dos não internados, e a Tabela 12, as 10 hipóteses mais frequentes dos pacientes internados.

Tabela 11 – Principais hipóteses diagnósticas no grupo dos não internados.

Hipóteses Diagnósticas	Número	Percentual
Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	72	10,00%
Infecção do trato urinário de localização não especificada	40	5,56%
Cólica nefrética não especificada	36	5,00%
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	38	5,28%
Amigdalite aguda	34	4,72%
Sinusite aguda	24	3,33%
Mialgia	21	2,92%
Cefaléia	16	2,22%
Dor abdominal e pélvica	16	2,22%
Enxaqueca	13	1,81%
Ansiedade generalizada	12	1,67%
Influenza devida a vírus não identificado	16	2,22%
Pielonefrite aguda	9	1,25%
Pneumonia não especificada	8	1,11%
TOTAL	355	49,31%

Tabela 12 – Principais hipóteses diagnósticas no grupo dos internados.

Hipóteses Diagnósticas	Número	Percentual
Pneumonia não especificada	26	10,44%
Infecção do trato urinário de localização não especificada	10	4,02%
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	9	3,61%
Hematêmese	9	3,61%
Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte - local não especificado	7	3,61%
Insuficiência cardíaca	6	2,41%
Pancreatite aguda	6	2,41%
Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada	5	2,01%
Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores	5	2,01%
Efeito tóxico do veneno de serpente	4	1,61%
TOTAL	87	35,74%

Não se encontrou no grupo dos não-internados informação sobre coleta e resultados de exame laboratorial de identificação da infecção por H1N1. Dentre os pacientes internados, apenas um encontrava-se registrado a solicitação do exame, tendo este seu resultado positivo.

5. DISCUSSÃO

Ao descrever o perfil da população atendida na emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, este estudo encontrou como principais resultados no grupo dos não internados: predomínio de mulheres jovens, com idade inferior a 34 anos, procedentes de Florianópolis e de bairros próximos a UFSC, buscando o SE no período da manhã. O inverno foi a estação que teve maior procura, principalmente durante o mês de agosto. A queixa principal dos pacientes era cefaléia tendo hipertensão arterial sistêmica como comorbidade mais prevalente e, embora na maioria dos atendimentos a temperatura axilar não tivesse sido anotada na ficha da emergência, entre as que se encontravam registradas prevaleceram os pacientes afebris. As doenças do aparelho respiratório foram as que prevaleceram sendo o diagnóstico mais frequente o de infecção de vias aéreas superiores não especificadas. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Peixoto Filho *et al.*¹⁷ em 1988 e Silva *et al.*¹⁶ em 2004 no mesmo hospital. Não houve registro de solicitação de exame laboratorial confirmatório de H1N1.

No grupo dos internados encontramos: leve predomínio de homens idosos, com idade superior a 64 anos, procedentes de Florianópolis, atendidos principalmente no período da manhã, sem predominância clara dos bairros acerca da UFSC. O inverno foi a estação que teve maior procura. Os pacientes apresentavam-se afebris, a queixa principal era dispnéia tendo hipertensão arterial sistêmica como comorbidade mais prevalente. As doenças do aparelho digestivo e do aparelho circulatório foram as que prevaleceram, contudo, o diagnóstico mais frequente foi o de pneumonia não especificada. Houve apenas o registro de uma solicitação de exame laboratorial confirmatório de H1N1, sendo este positivo.

A distribuição dos pacientes estudados por sexo acompanhou aquela da população de Santa Catarina e da cidade de Florianópolis (IBGE, Censo 2010) no grupo dos não internados. Souza *et al.* estudando o perfil de um hospital localizado em Tubarão – SC também encontrou maior número de atendimentos no gênero feminino²¹. O inverso ocorreu no grupo dos internados onde a maior prevalência foi a do sexo masculino, como ocorreu no estudo de Salla *et al.*¹⁸ e Anson *et a.*¹⁹.

No grupo dos não internados a faixa etária abaixo dos 34 anos correspondeu a 50% dos atendimentos, caracterizando o público jovem como os mais atendidos no SE do HU, o que também foi notado em outros trabalhos^{6,16,20,21}. Entre os pacientes internados a média de idade é maior, prevalecendo os pacientes acima dos 64 anos, fato observado nos trabalhos de Rodriguez *et al.*¹, Silva *et al.*¹⁶, e Downing *et al.*²².

Quanto a cidade de procedência ambos os grupos tiveram sua maior prevalência referente a cidade de Florianópolis, o que também foi observado por Peixoto *et al.*¹⁷, Souza²⁰ e Silva *et al.*¹⁶.

Nosso estudo encontrou que mais da metade dos pacientes que procuraram o SE residiam próximo ao HU confirmando o que foi descrito por Jacobs *et al.*²³ onde 63,53% dos pacientes que procuraram o serviço residiam até 15 km do Hospital, mostrando que uso do serviço de emergência está relacionado a menor distância do mesmo à moradia do paciente²¹.

Na distribuição mensal dos atendimentos notamos certo equilíbrio no grupo dos internados, como mostrado por Furtado *et al.*⁶, Silva *et al.*¹⁶ e Downing *et al.*²². Na avaliação do atendimento por sazonalidade notamos a predominância dos atendimentos durante o inverno principalmente no grupo dos não internados, o que também foi demonstrado por Downing *et al.*²², embora a cidade de Florianópolis seja uma cidade turística onde no verão a população praticamente quadriplica. Não foi o que encontrou Silva *et al.*¹⁶ o qual a primavera foi a estação que predominou. Nosso achado pode ser reflexo da epidemia de influenza que tem sua sazonalidade no hemisfério sul durante os meses de Maio a Setembro¹³. Torres *et al.* encontrou em um grande hospital no Chile durante epidemia de influenza A (H1N1) nos meses de maio e julho de 2009 aumento de 88,5% na procura ao atendimento do SE em comparação ao mesmo período durante os anos 2006-2008¹⁰.

Encontramos um aumento estatisticamente significativo somente nos atendimentos de emergência relacionados a doenças do aparelho respiratório no grupo dos não internados, onde demonstramos um aumento no número de atendimentos durante o inverno, o que também é registrado em outros trabalhos^{16,17,22}. Tal fato pode ser explicado pelo o que demonstrou Hajat *et al.*²⁴, um pico anual de consultas de causas cardio-pulmonares ocorrendo nos meses de inverno e o agrupamento de doenças das vias aéreas superiores positivamente relacionadas as temperaturas frias²⁴. Downing *et al.*²² apontou forte ligação entre uma queda

recente na temperatura e um aumento na incidência de bronquite, sendo também um fator importante nas epidemias de influenza.

Quando verificamos a temperatura corporal na admissão, mais da metade do grupo dos não internados, 61%, não teve esse ponto registrado na ficha de emergência, denotando falta do total de preenchimento da ficha, também observado por Peixoto *et al.*¹⁷ e Silva *et al.*¹⁶. Já no grupo dos não internados, apenas 7% não teve o registro de sua temperatura corporal na admissão. Fato de extrema importância, pois a temperatura corporal na admissão pode estar relacionada com a mortalidade, como demonstrou Nallamotheu *et al.*²⁵ e Darowski *et al.*²⁶.

Quando avaliamos as comorbidades dos pacientes, ambos os grupos apresentam prevalência elevada de hipertensão arterial sistêmica (HAS), encontrada em mais de 50% dos pacientes que relataram algum tipo de comorbidade cardíaca. Isto condiz com a realidade da população brasileira onde inquéritos populacionais nos últimos 20 anos apontaram prevalência da HAS acima de 30%²⁷. Diversos estudos populacionais evidenciaram que a HAS sem controle aumenta a morbidade e mortalidade cardiovascular²⁸, o que pode refletir na procura ao SE.

Como no estudo de Silva *et al.*¹⁶ encontramos 10 queixas principais respondendo a praticamente 50% das queixas em ambos os grupos, sendo essas queixas semelhantes aos encontrados no estudo de 2004¹⁶. Souza *et al.*²¹ encontrou que as queixas referentes ao aparelho respiratório, osteoarticular e gastrointestinal representavam 62,1% do total das queixas. Febre, diarreia e dispnéia foram as principais queixas em um estudo realizado por Jacobs *et al.* em Salvador²³. Nosso trabalho, no grupo dos não internados, mostrou que as três principais queixas apresentadas foram cefaléia, febre e tosse, justificando a maior prevalência de doenças do aparelho respiratório serem diagnosticada, sendo que muitas delas podem ter sido causadas pela influenza A (H1N1) já que o espectro clínico de apresentação é amplo, variando de uma doença leve do trato respiratório superior, com ou sem febre, podendo alguns pacientes apresentarem sintomas gastrointestinal de vômito ou diarreia²⁹.

No grupo dos não internados quando discutimos as hipóteses diagnósticas, o grupo de doenças do aparelho respiratório esteve a frente assim como também se mostrou mais frequentes em outros estudos^{16,23,30}. Nosso estudo manteve o achado de Silva *et al.* em 2004 onde as doenças do aparelho geniturinário e o capítulo referente aos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório mantiveram-se entre as três principais

hipóteses diagnósticas. O capítulo I, referente a algumas doenças infecciosas e parasitárias teve destaque em 2009, sendo a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível a principal responsável por tal achado. Já no grupo mais prevalente, o das doenças respiratórias, quando consideramos as hipóteses de (1) infecções das vias aéreas superiores e (2) influenza devido a vírus não identificados, elas respondem juntas a mais de 44% dos diagnósticos dentro deste grupo, o que difere do que encontrou Pereda *et al.*³¹ onde, embora as doenças do aparelho respiratório se mostraram mais prevalentes, as principais responsáveis foram a asma, a bronquite e a DPOC. No trabalho de Silva *et al.* as (1) infecções de vias aéreas não especificadas, (2) a amigdalite aguda e (3) pneumonia não especificada corresponderam a 45% dos diagnósticos dentro do grupo X. Tal situação pode ser explicada por estes estudos terem sido realizados fora da epidemia do vírus influenza, Pereda *et al.* em 2001 e Silva *et al.* em 2004.

No grupo dos internados, diferentemente do que mostraram os estudos de Silva et al e Peixoto et al. onde as doenças do aparelho respiratório foram destaque, encontramos as doenças do aparelho digestivo como principal responsável pelas internações (16,47%), contudo não muito distante das causas por doenças do aparelho circulatório (16,06%) e do aparelho respiratório (14,46%). Foram registradas dezenove diferentes hipóteses diagnósticas dentro deste grupo sendo por tanto, queixas bem distribuídas, destacando-se apenas a hematêmese e a pancreatite aguda que juntas são responsáveis por cerca de 30% das hipóteses dentro deste grupo. Este padrão de prevalência entre os internados correlaciona-se com o que também encontrou Loyola Filho *et al.*³² com doenças do aparelho digestivo, respiratório e circulatório sendo as principais causas de internações hospitalares no Brasil, principalmente em idosos, faixa etária que corresponde as principais internações no HU durante 2009. Embora esperássemos encontrar mais internações por causas respiratórias por vivermos meio a epidemia, em outros estudos, como o de Torres *et al.*¹⁰ e Tsubokura *et al.*¹¹, também ficou evidente que a epidemia de H1N1 foi responsável mais pelo aumento do volume de atendimento ao serviço de emergência do que de casos de internações hospitalares.

No SE do HU/UFSC em 2004 o número de atendimentos realizados foi de 54.317¹⁶. No ano de 2009 o total foi de 37.961. Isto corresponde a uma queda de 30%. Tal fato pode ser explicado pela presença das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), uma na região norte e outra na região sul já instaladas na cidade durante o ano de 2009 e que não haviam sido inauguradas em 2004. As UPAS são estruturas de complexidade intermediária entre os

Centros de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências³⁴. Elas provavelmente evitaram uma mudança no número de atendimentos no HU já que concentram um grande volume de atendimento, média de 9.000 atendimentos mensais em cada UPA e, como dados de 2010 mostram, a proporção de atendimentos que são encaminhados a Unidades Hospitalares via ambulância gira em torno de 2%³⁴. Importante destacar que as UPAS ajudaram a reduzir o número de atendimentos, porém nada modificaram em relação ao perfil, que continua em sua maioria com pacientes que são liberados, jovens, e que provavelmente não se caracterizam como urgência²¹. Chen *et al.*³⁵ demonstrou em um SE de Taiwan em 2003 queda em 40% de visitas durante um surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave podendo estar relacionado ao receio das pessoas em frequentarem o hospital em épocas de epidemia³⁵, local onde estariam mais próximas do contato com vírus, buscando então tratamentos alternativos antes de visitar o SE³⁵.

Em 2009 o volume de atendimento de causas do aparelho respiratório foi representado por 192 (28,7%) pacientes não-internados e 36 (14,46%) pacientes internados, Silva *et al.*¹⁶ demonstrou em 2004 que as causas respiratórias foram diagnosticadas em 161 (21%) pacientes não-internados e 9 (10,8%), internados. Mesmo que o número total de pacientes tenha diminuído, a proporção de pacientes com atendimentos por hipóteses do aparelho respiratório subiu. O aumento no volume de atendimentos de causas ligadas ao aparelho respiratório durante o inverno pode também estar relacionado ao alarme feito pela imprensa e a grande preocupação da população sobre a incerteza da evolução da infecção pelo novo vírus¹¹. A busca precoce da população pode ter levado a um desfecho favorável com a redução dos números de casos graves¹⁰ o que fez com que o aumento de atendimento durante o inverno não tenha sofrido reflexo no número de internações.

Não se encontrou no grupo dos não-internados informação sobre coleta e resultados de exame laboratorial de identificação da infecção por H1N1 e dentre os pacientes internados, em apenas um encontramos registro da solicitação do exame tendo este seu resultado positivo. Contudo, isso não descarta a pesquisa e sorologia para tal vírus, pois os pacientes quando suspeitados eram notificados seguindo o Protocolo da Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1)³³. Portanto, devido a falta do completo preenchimento da ficha de emergência, não foi possível quantificar através deste estudo quantos pacientes efetivamente foram atendidos com suspeita de H1N1 e qual seu desfecho.

Sugerimos que nosso estudo sirva como banco de informações para estratégias organizacionais especialmente voltadas para esse serviço. Conhecer o perfil da população e o que a leva a procurar o Hospital Universitário permite criarmos estratégias para melhor atendê-la e direcionar o atendimento principalmente quando enfrentamos surtos de doenças infecciosas onde o volume do atendimento tende a aumentar. Apresentando as principais causas de procura ao serviço e de internações permite aos profissionais estarem cientes da demanda que encontrarão. Todos os trabalhos que estudaram o setor de emergência de clínica médica do HU 1988¹⁷, 2004¹⁶ e 2009 observaram que as fichas não estão adequadamente preenchidas. Isto é uma situação grave tendo em vista os aspectos legais que podem implicar e também porque dificulta e até mesmo impossibilita estudos. Acreditamos que a implementação de um banco de dados informatizado na emergência facilite seu preenchimento, agilidade e qualidade no seguimento dos casos e permita o armazenamento de informações que possam ser utilizadas em novos estudos.

Apesar das UPAS o volume de atendimento ainda permanece muito alto (104 pacientes/dia). Considerando que no mínimo 30% dos atendimentos de pacientes que são liberados e que são internados se concentram no período da manhã, mostra que na maioria das vezes os profissionais de saúde do setor atendem no período das 6 as 12 horas no mínimo 30 pacientes, o que corresponde a aproximadamente 12 minutos por paciente. Raciocinando neste sentido, é plenamente possível entender porque encontramos fichas mal preenchidas. Além disso, a sobrecarga do sistema pode aumentar a chance de erros, o que é uma situação gravíssima. Tendo em vista que as UPAS não modificaram o perfil do atendimento e que as situações de epidemia como a de H1N1 podem piorar ainda mais a situação de sobrecarga da emergência, outras medidas na política de saúde devem ser tomadas.

Limitações do estudo

O estudo compreende características de um único hospital com suas características peculiares apresentando limitações para se estender a outras instituições. Encontramos dificuldades nas identificações de alguns itens de preenchimento da ficha de coleta ou pela falta de preenchimento ou pela letra estar ilegível.

6. CONCLUSÃO

A população atendida no HU durante a epidemia de H1N1 em 2009 caracteriza-se por serem jovens do sexo feminino, procedentes de Florianópolis e dos bairros próximos ao hospital no período da manhã. A maior procura foi durante o inverno com cefaléia como queixa principal e hipertensão arterial sistêmica a comorbidade mais prevalente. Os pacientes apresentavam-se afebris e as doenças do aparelho respiratório foram as que prevaleceram tendo um aumento estatisticamente significativo durante os meses do inverno. Infecções das vias aéreas superiores não especificada foi o diagnóstico mais freqüente.

Entre os pacientes internados tivemos leve predomínio entre os homens idosos, procedentes de Florianópolis, no período da manhã, sem predominância certa dos bairros próximos ao hospital. O inverno foi quando a procura foi maior. Os pacientes apresentavam-se afebris, a queixa principal era dispnéia tendo hipertensão arterial sistêmica como comorbidade mais prevalente. As doenças do aparelho digestivo e circulatório foram as que prevaleceram, contudo, o diagnóstico mais freqüente foi o de pneumonia não especificada.

O perfil epidemiológico encontrado durante o ano de epidemia do H1N1 manteve-se semelhante a estudos prévios realizados no HU/UFSC e na literatura, contudo aumentou o volume no inverno e de queixas do aparelho respiratório, o que era esperado. A presença das UPAS diminuiu o volume de atendimentos do SE mas não a ponto de tornar adequado para o setor além disso, não modificou o perfil que se mantém de pacientes jovens e que são na maioria das vezes liberados para casa, o que denota que medidas no sentido de modificar o perfil devam ser tomadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP. Urgencias clínicas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17:329-335.
2. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 2003 jul;117(4):250-255.
3. Schneider S, Zwemer F, Doniger A, Dick R, Czapranski T, Davis E. Rochester, New York A Decade of Emergency Department Overcrowding. *Acad Emergency Med*. 2001;8(11):1044-1050.
4. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*. 2005 out;31(5):429-435.
5. Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *European Journal of Epidemiology*. 1997 fev 1;13(2):223-228-228.
6. Furtado B, Araújo Jr. 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.* [Internet]. 2004 [citado 2011 fev 2];7(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000300006&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Heiber M, Lou WYW. Effect of the SARS outbreak on visits to a community hospital emergency department. *CJEM*. 2006 set;8(5):323-328.
8. Brillman JC, Sklar DP, Davis KD, Beamsely A. Hantavirus: emergency department response to a disaster from an emerging pathogen. *Ann Emerg Med*. 1994 set;24(3):429-436.
9. Del Beccaro MA, Brownstein DR, Cummings P, Goldoft MJ, Quan L. Outbreak of *Escherichia coli* O157:H7 hemorrhagic colitis and hemolytic uremic syndrome: effect on use of a pediatric emergency department. *Ann Emerg Med*. 1995 nov;26(5):598-603.
10. Torres JP, O'Ryan M, Herve B, Espinoza R, Acuña G, Mañalich J, et al. Impact of the novel influenza A (H1N1) during the 2009 autumn-winter season in a large hospital setting in Santiago, Chile. *Clin. Infect. Dis*. 2010 mar 15;50(6):860-868.
11. Tsubokura M, Nakada H, Matsumura T, Kodama Y, Kami M. The impact of H1N1 influenza A virus pandemic on the emergency medical service in Kobe. *Am J Emerg Med*. 2010 fev;28(2):248-251.
12. Schout D, Hajjar LA, Galas FRBG, Uip DE, Levin ASS, Caiaffa Filho HH, et al. Epidemiology of human infection with the novel virus influenza A (H1N1) in the Hospital das Clínicas, São Paulo, Brazil--June-September 2009. *Clinics (Sao Paulo)*. 2009;64(10):1025-1030.

13. Depoortere E, Mantero J, Lenglet A, Kreidl P, Coulombier D. Influenza A(H1N1)v in the southern hemisphere--lessons to learn for Europe? Euro Surveill [Internet]. 2009 jun 18 [citado 2011 fev 2];14(24). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19555604>
14. Situação epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 no Mundo e no Brasil, até semana epidemiológica 40 de 2009. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe epidemiológico Influenza A (H1N1) – 2009;9:1-14.
15. Ministério da Saúde. Lista de Hospitais de Referência para Pandemia de Influenza. [homepage na Internet] [atualizado em 03 de julho de 2009; acesso em 2 de julho de 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hospitais_referencia_influenza_03_07_2009.pdf
16. Silva AK, Silva VPM, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Arquivos Catarinenses de Medicina (Online), v. 36, p. 18-27, 2007. [Internet]. 2007 [citado 2011 fev 2];Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&extAction=lnk&exprSearch=479406&indexSearch=ID#top>
17. Peixoto FAJ, Campos HD, Botelho LJ. Serviço de emergência em clínica médica do Hospital Universitário da UFSC: estudo do perfil da demanda. Arq Cat Méd. 1990;19(1):37-44.
18. Salla J, Márcia G, Mauro K. Perfil da demanda de um serviço de Pronto Socorro, Santa Maria. Saúde. 1989;15(1/2):71-80.
19. Anson O, Carmel S, Levin M. Gender Differences in the Utilization of Emergency Department Services. Women & Health. 1991;17(2):91.
20. Souza JE. Avaliação da necessidade de atendimento no serviço de emergência do Hospital Governador Celso Ramos: Um estudo transversal. 1996;
21. Souza BC, Felipe F, Silva RM da. Perfil da demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão - SC. Arq Cat Med. 2009;38(2):73-79.
22. Downing A, Wilson R. Temporal and demographic variations in attendance at accident and emergency departments. Emergency Medicine Journal. 2002 nov 1;19(6):531 -535.
23. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - BahiaExploratory study of an emergency unit in Salvador, Bahia, Brazil. Rev. Assoc. Med. Bras. 2005;51:348-353.
24. Hajat S, Haines A. Associations of cold temperatures with GP consultations for respiratory and cardiovascular disease amongst the elderly in London. Int J Epidemiol. 2002 ago;31(4):825-830.
25. Nallamotheu BK, Payvar S, Wang Y, Kosiborod M, Masoudi FA, Havranek EP, et al. Admission Body Temperature and Mortality in Elderly Patients Hospitalized for Heart Failure. J Am Coll Cardiol. 2006 jun 20;47(12):2563-2564.

26. Darowski A, Najim Z, Weinberg JR, Guz A. The Increase in Body Temperature of Elderly Patients in the First Twenty-four Hours Following Admission to Hospital. *Age and Ageing*. 1991 mar 1;20(2):107 -112.
27. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;95:I-III.
28. Rosário TM do, Scala LCN, França GVA de, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arq. Bras. Cardiol*. 2009;93(6):672-678.
29. Peiris JSM, Tu W-wei, Yen H-ling. A novel H1N1 virus causes the first pandemic of the 21st century. *Eur. J. Immunol*. 2009 nov;39(11):2946-2954.
30. Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaim Paulista, relatório [Internet]. 2002 [citado 2011 abr 30];Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=338339&indexSearch=ID>
31. Filtro sanitario en las urgencias médicas. Un problema a reajustar [Internet]. 2001 [citado 2011 abr 30];Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=322866&indexSearch=ID>
32. Loyola Filho AI de, Leite Matos D, Giatti L, Afradique ME, Viana Peixoto S, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2004 [citado 2011 maio 7];13(4). Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=pt&nrm=iso
33. Dados sobre emergências em Florianópolis 2010 - Prefeitura Municipal de Florianópolis [Internet]. [citado 2011 maio 11];Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/ppt/02_03_2011_11.11.27.c9d8dca49dcfcc6f9bf2b3beff30a6e7.ppt
34. Chen T-A, Lai K-H, Chang H-T. Impact of a severe acute respiratory syndrome outbreak in the emergency department: an experience in Taiwan. *Emerg Med J*. 2004 nov;21(6):660-662.
35. Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1n1) 2009. Notificação, Investigação e Monitoramento [Internet]. [citado 2011 maio 11]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_ve_influenza_2010.pdf

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Emergência Internado

Número: _____

Mês: _____

Horário de Atendimento: _____

Idade: _____

Sexo: F M

Procedência: Florianópolis [Bairro: _____]

Grande Florianópolis Outras cidades

Queixa Principal: _____

Hipótese Diagnóstica: (CID) _____

Temperatura corporal na admissão: _____

Exames H1N1 positivo: Sim Não Não solicitado

Cardiopatía: não não informado sim Qual: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

ALUNO: RODRIGO DOS SANTOS MORAES

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____