

CRISTINA DE OLIVEIRA LIMAS

**ESTUDO DA DEMANDA NO AMBULATÓRIO DE
HEMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO -
UFSC ENTRE 1994 E 1998**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
De Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

1999

CRISTINA DE OLIVEIRA LIMAS

**ESTUDO DA DEMANDA NO AMBULATÓRIO DE
HEMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO -
UFSC ENTRE 1994 E 1998**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
De Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientadora: Sra. Joanita Angela Gonzaga Del Moral

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

1999

Limas Cristina de Oliveira

Estudo da demanda no ambulatório de hematologia do Hospital
Universitário-UFSC entre 1994 e 1998./ Cristina de Oliveira Limas -
Florianópolis, 1999

20p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em Medicina-UFSC.

Título em inglês: Study of demanda in the ambulatory of hematology
on University Hospital-UFSC between 1994 and 1998.

1. Doenças hematológicas; 2. Epidemiologia; 3. Ambulatório.

AGRADECIMENTOS

À Sra. Joanita Angela Gonzaga Del Moral,
médica hematologista, pela orientação, tempo
dispendido e dedicação.

Aos amigos Rafael Benedet e Vilson Ramon Bonetti
pelo auxílio recebido na coleta de dados.

Ao Prof. Dr. Emil Kupek, médico epidemiologista, pela
orientação na otimização da coleta e análise dos dados.

ÍNDICE

1. Introdução	04
2. Objetivo	06
3. Método	07
4. Resultados	08
5. Discussão	12
6. Conclusões	17
7. Referências bibliográficas	18
Resumo	
Summary	
Apêndice	

1. INTRODUÇÃO

Inúmeras doenças sistêmicas cursam com alterações hematológicas¹. Em muitos casos, é compreensível que o especialista tenha que auxiliar no diagnóstico, geralmente, contudo, na maioria dos pacientes encaminhados, não há uma justificativa, sinal ou sintoma, que necessite a interferência do especialista, e/ou não há investigação clínica adequada para elucidação das causas clínicas de manifestação da doença^{1,2}.

A anemia é a principal manifestação hematológica que acompanha as doenças sistêmicas. Está presente em inúmeras condições clínicas que vão desde a deficiência nutricional simples até os casos cuja etiologia não está claramente definida³, como, por exemplo, as anemias que acompanham doenças crônicas como a artrite reumatóide, o diabetes, os processos infecciosos, inflamatórios e neoplásicos⁴.

A principal causa de anemia secundária é sem dúvida a deficiência de ferro, podendo estar associada à carência alimentar, ao aumento da demanda por causas fisiológicas, e/ou perda sangüínea crônica^{1,5}. Deve-se lembrar que as doenças metabólicas crônicas correspondem à segunda causa mais freqüente de anemia, ainda que temporariamente compensadas⁴.

As outras causas podem exigir investigações mais demoradas, devendo-se definir para que lado a investigação deve seguir, de acordo com o quadro clínico¹.

A leucopenia, alteração observada no hemograma, tradicionalmente também leva o paciente ao hematologista. Freqüentemente causada por viroses, ou por certas infecções bacterianas, a leucopenia é quase sempre referida ao

hematologista sem ter sido confirmada, independentemente dos valores encontrados e das diferenças raciais⁶.

De outra forma, as plaquetopenias e equimoses de causas não-hematológicas são raras, ou seja, devem ser primariamente investigadas pelo hematologista, embora se deva considerar o hiperesplenismo secundário à esquistossomose e às hepatopatias, causas freqüentes de citopenias em nosso meio⁷.

Finalmente, os casos que cursam com poliglobulia, trombocitose, esplenomegalias e/ou adenomegalias devem merecer por parte do internista uma investigação paulatina e criteriosa, cabendo ao hematologista uma atuação auxiliar, quase sempre indispensável¹.

A necessidade de saber o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de hematologia, e a pouca referência bibliográfica referente a este assunto no Brasil, foi o que motivou este trabalho.

Sabendo-se quais as morbidades e o perfil da população atendida pelo serviço, ações preventivas poderiam ser propostas para redução da incidência de doenças de causas evitáveis. Por outro lado, será possível, a partir destes dados, estudar determinado grupo de pacientes em separado com a intenção de avaliar a evolução e o grau de resposta terapêutica adquirida.

2. OBJETIVO

Saber as morbidades mais freqüentes e traçar um perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de hematologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1998.

3. MÉTODO

As informações foram obtidas através das fichas de atendimento do ambulatório de Hematologia do Hospital Universitário (AH-HU), no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1998, sendo que não entrou no estudo o período de janeiro a junho de 1997, pois não se encontravam no serviço de arquivo médico (SAME) as fichas desta época.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, raça, procedência e diagnóstico.

Os dados das fichas de atendimento foram preenchidos pelos escriturários (nome e sexo) e pelos médicos (diagnóstico), todos do AH-HU. Alguns dados como: idade e procedência, foram obtidos através de pesquisa no Serviço de Arquivo Médico (SAME), via arquivo em computador ou em pesquisa nos prontuários.

O programa utilizado para registro e análise dos dados foi o *software* EpiInfo versão 6.02 .

É importante ressaltar que na pesquisa foram colhidos outros dados como: profissão e bairro. No entanto, essas variáveis não foram analisadas pela ausência destes dados na maioria dos pacientes deste trabalho.

4. RESULTADOS

O número total de consultas no ambulatório de hematologia do Hospital Universitário no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1998 foi de 5.194. Deste total, o número de pacientes atendidos foi de 1.125. A média aproximada de consultas foi de 1.137 por ano e a de pacientes atendidos foi de 394 por ano.

Quanto ao sexo, o feminino obteve 65,8% (740) dos atendimentos contra 34,2% (385) do masculino.

Com relação à raça, esta foi dividida em quatro grupos, apresentados na Figura 1.

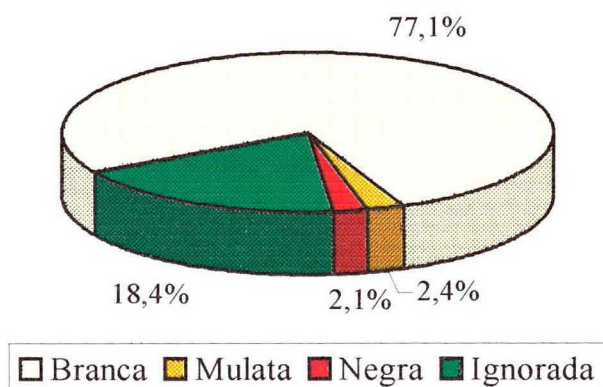


Figura 1: Distribuição por raça.

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 - 1998)

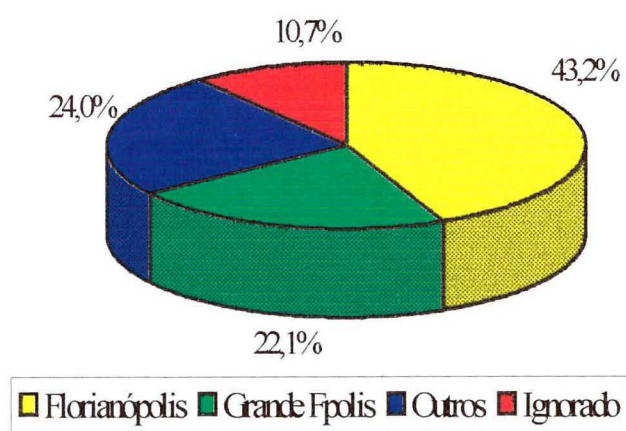
A média de idade foi de 41 anos, com o predomínio da faixa etária dos 35 aos 49 anos, sendo utilizado intervalo padrão de 5 anos como mostra a Tabela I.

A procedência dos pacientes analisados é demonstrada na Figura 2, divididos de acordo com as localidades de Florianópolis, Grande Florianópolis e outras.

Tabela I - Distribuição por faixa-etária .

Faixa etária (anos)	Frequência (Nº. Pctes)	%
00 – 04	25	2,2
05 – 09	22	2,0
10 – 14	38	3,4
15 – 19	85	7,6
20 – 24	109	9,7
25 – 29	79	7,0
30 – 34	89	7,9
35 – 39	99	8,8
40 – 44	105	9,3
45 – 49	96	8,5
50 – 54	87	7,7
55 – 59	62	5,5
60 – 64	70	6,2
65 – 69	55	4,9
70 – 74	40	3,6
75 – 79	35	3,1
80 e mais	29	2,6
TOTAL	1125	100,0

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

**Figura 2:** Distribuição por procedência

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

Dos diagnósticos por paciente, 80,4% (905) se enquadraram em doenças hematológicas, sendo que 19,6% (220) tinham problemas não hematológicos. Os

diagnósticos hematológicos (N=905) mais comuns, levando em conta uma percentagem significativa, incidentes na população atendida, estão listados na Tabela II.

Tabela II - Diagnósticos hematológicos mais freqüentes.

DIAGNÓSTICO	Freqüência	%
Anemia por deficiência de ferro	192	21,2
Anemia sem causa detectada	111	12,3
Púrpura trombocitopênica imunológica	57	6,3
Linfoma não Hodgkin	39	4,3
Leucopenia	39	4,3
Mieloma múltiplo	33	3,6
Leucemia linfocítica crônica	27	3,0
Linfoma Hodgkin	26	2,9
Leucemia linfoblástica aguda	23	2,5
Anemia de doença crônica	23	2,5
Anemia megaloblástica	20	2,2
Traço falciforme	20	2,2
Anemia hemolítica auto-imune	18	2,0
Anemia falciforme	15	1,7
Síndrome mielodisplásica	12	1,3
Talassemia Minor	12	1,3

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

Com referência às doenças neoplásicas em hematologia obtivemos uma freqüência maior das doenças linfoproliferativas na demanda ambulatorial (Tabela III).

Tabela III - Neoplasias hematológicas.

DIAGNÓSTICO	Freqüência	%
Linfoma não Hodgkin	39	21,1
Mieloma múltiplo	33	17,8
Leucemia linfocítica crônica	27	14,6
Linfoma Hodgkin	26	14,1
Leucemia linfoblástica aguda	23	12,4
Síndrome mielodisplásica	12	6,5
Leucemia mielóide crônica	11	5,9
Leucemia mieloblástica aguda	09	4,9
Mielofibrose	05	2,7
TOTAL	185	100

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

Ainda com relação aos diagnósticos hematológicos, separamos aqueles com maior demanda e freqüência entre os sexos (Tabela IV) e a freqüência dos principais diagnósticos na faixa etária maior ou igual a 60 anos (Tabela V).

Tabela IV - Freqüência dos principais diagnósticos entre os sexos.

DIAGNÓSTICO	Sexo M	Sexo F
Anemia por deficiência de ferro	29 (15,1%)	163 (84,9%)
Anemia sem causa detectada	24 (21,8%)	86 (78,2%)
Purpura trombocitopênica imunológica	16 (28,1%)	41 (71,9%)
Linfoma não Hodgkin	25 (64,1%)	14 (35,9%)
Leucopenia	09 (23,1%)	30 (76,9%)

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

Tabela V - Principais diagnósticos na faixa etária maior ou igual a 60 anos.

DIAGNÓSTICO	Freqüência (N=191)	%
Anemia por deficiência de ferro	21	11,0
Mieloma múltiplo	20	10,5
Leucemia linfocítica crônica	18	9,4
Anemia sem causa detectada	17	8,9
Linfoma não Hodgkin	15	7,8
Anemia perniciosa	09	4,7

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

5. DISCUSSÃO

A maior parte dos atendimentos realizados no AH-HU foi no setor da especialidade (80,4%). Numa análise de desordens hematológicas presentes num serviço privado², as desordens não-hematológicas ficaram em 12%, mostrando que no setor público o encaminhamento para as especialidades tende a ser, da mesma forma, pouco criterioso¹⁰.

O sexo feminino foi prevalente em nosso estudo (65,8%), com quase o dobro de diferença em relação ao masculino (34,2%). O sexo feminino aparece também como prevalente em outros serviços hematológicos^{1,2}.

Num estudo semelhante, no Rio de Janeiro¹, a faixa etária prevalente ficou entre 1 e 19 anos (42%). Nesta amostra, grande parte dos pacientes que consultaram o serviço, tinham entre 35 e 49 anos (26,7%), pelo fato de que o atendimento neste ambulatorio é destinado aos adultos, sendo que o Hospital Universitário possui local específico para a pediatria.

Tendo observado que a raça branca foi a predominante com 77,1% e que uma parcela significativa foi ignorada (18,4%), não pudemos fazer uma boa avaliação neste aspecto ao compararmos mulatos (2,4%) e negros (2,1%).

Com relação a procedência dos pacientes, a sua grande maioria foi de Florianópolis (43,2%) e em menor escala da Grande Florianópolis (22,1%), como o que mostraram outros estudos semelhantes^{1, 2}, onde a maioria dos pacientes moravam próximo ao serviço.

No estudo realizado no Instituto de Hematologia do Rio de Janeiro¹, o grupo das anemias foi o mais prevalente com 57% do total, ficando as equimoses com 15%, e as leucopenias com 9%. Já as leucemias corresponderam a 2,7%, os linfomas a 0,9%, e o mieloma múltiplo a 0,3%.

Em nossa análise, comparativamente, predominou o grupo das anemias, principalmente aquelas por deficiência de ferro com 21,2%, sendo que as leucopenias com 4,3%, na quinta posição. Neste estudo as leucemias corresponderam a 7,7%, os linfomas a 7,2%, e o mieloma múltiplo a 3,6%.

Num estudo espanhol¹¹, onde mostrou a incidência das desordens hematológicas primárias na população no ano de 1994, em 1.240 leitos hospitalares, a leucemia linfocítica crônica obteve 2,3% dos casos, o linfoma de Hodgkin, da mesma forma, 2,3%, o mieloma múltiplo 1,9% e a púrpura trombocitopênica imunológica com 1,2% dos casos.

Em nosso estudo, a leucemia linfocítica crônica obteve 3,0%, o linfoma de Hodgkin 2,9%, o mieloma múltiplo 3,6% e a púrpura trombocitopênica imunológica 6,3%, mostrando que as desordens hematológicas, mesmo sobre aspectos diferentes, seja a nível hospitalar ou ambulatorial, seguem uma incidência semelhante.

Em estudo realizado na África¹², foram analisados 51 pacientes com doenças hematológicas malignas. A leucemia mielóide crônica (31,4%) e o linfoma não Hodgkin (21,7%), foram as duas desordens mais frequentes. A média de idade dos pacientes com as doenças referidas foi, respectivamente, 36 e 31 anos. Em comparação com nosso estudo, dentre as neoplasias do sistema hematológico, que em relação ao total das doenças hematológicas foi de 20,4%, a leucemia mielóide crônica foi a sétima doença mais frequente com 5,9%, e o linfoma não Hodgkin, a primeira, com 21,1%. Já a média de idade foi, neste estudo, 42 e 55 anos, respectivamente.

Em observações sobre doenças hematológicas na China¹³, a leucemia mieloblástica aguda corresponde a 40% das leucemias agudas em crianças. Por outro lado, as observações sugerem uma predominância das leucemias

linfoblásticas agudas em adultos. E como em outras populações asiáticas, na China, a leucemia linfocítica crônica é incomum, e o linfoma não Hodgkin é mais comum que a doença de Hodgkin¹⁴. Também, na China, as anemias nutricionais, como a gerada por deficiência de ferro, são freqüentes entre as mulheres¹³. Em nossa análise, e considerando-se apenas as neoplasias do sistema hematológico, o linfoma não Hodgkin foi a doença mais prevalente com 21,1% dos casos, também foi mais comum que a doença de Hodgkin (14,1%); e dentre as leucemias, a mais freqüente foi a leucemia linfocítica crônica (14,2% dos casos), mostrando uma certa semelhança.

No sul da Ásia, Craft¹⁵ observou um número elevado de pacientes com anormalidades hematológicas. Dentre 142 pacientes, 18% tinham anemia e 35% apresentavam microcitose. A causa mais comum deste tipo de anemia foi a deficiência de ferro e a talassemia minor. Em comparação com nossa análise, a anemia por deficiência de ferro também foi o diagnóstico hematológico mais freqüente, correspondendo a 21,2% do total. A talassemia minor correspondeu a 1,3% das doenças.

As anemias por deficiência de ferro correspondem à principal causa de anemia em nosso meio. Apesar de não apresentarem grandes dificuldades diagnósticas, são freqüentemente encaminhadas ao hematologista, sem qualquer investigação prévia^{5, 16, 17}.

A carência alimentar associada à verminose representa a principal causa de anemia por deficiência de ferro, sobretudo na faixa etária infantil^{16, 17}. Já na faixa etária do adulto, além da carência alimentar, a hemorragia digestiva por hérnia de hiato ou doença ulcerosa péptica, e sobretudo por menometrorragia, na mulher, constituem as principais causas a serem exploradas^{16, 17, 18}. Nos Estados Unidos, cerca de 20% das mulheres em idade

reprodutiva são deficientes em ferro, enquanto a incidência global no homem é cerca de 2%¹⁹. Fato muito semelhante detectado em nosso estudo, onde 84,9% das anemias por deficiência de ferro foram diagnosticadas em mulheres. Na Venezuela²⁰, a alta prevalência de anemia e deficiência nutricional nos índios de Bari, pode ser atribuído à inadequada dieta e às várias doenças que ocorrem naquela população.

Na faixa etária dos idosos, as neoplasias do trato gastrointestinal constituem a principal causa de anemia por deficiência de ferro, enquanto que a carência de vitamina B12, que ocorre em 20% dos idosos, é a causa mais freqüente de anemia megaloblástica nesta faixa etária^{16, 17, 18}. Na anemia perniciosa, segundo Goldberg *et al*²¹, é necessário ter cuidadosa vigilância em relação ao desenvolvimento de carcinoma gástrico, pois esta doença, certamente, predispõe ao câncer de estômago. Em nosso estudo a anemia perniciosa incidiu em treze pacientes, sendo que 69,2% destes estavam acima de 60 anos. A nutrição inadequada e o aumento da incidência da doença de Hodgkin e da leucemia aguda nos pacientes acima de 60 anos, são os principais fatores que levam ao aumento das anemias e das malignidades hematológicas nesta faixa etária²². Leucopenia e trombocitopenia também são duas anormalidades hematológicas que podem ocorrer com freqüência no idoso, em associação com a indução por medicamentos²³.

Neste trabalho, o que predominou nesta faixa etária (60 anos ou mais) foram, em primeiro lugar, a anemia por deficiência de ferro com 11%, como nas outras faixas etárias, em segundo veio o mieloma múltiplo com 10,5% dos casos. A leucemia linfocítica crônica ficou em terceiro, com 9,4%.

A leucopenia diagnosticada, sem outras alterações clínicas ou laboratoriais, correspondem à terceira causa mais freqüente de encaminhamento

ao hematologista, segundo Brettle²⁴. Vimos que, neste trabalho, a leucopenia apareceu em quinto lugar como desordem hematológica (4,3%), apesar de não termos levado em conta o sinal e sim já o diagnóstico final.

A púrpura trombocitopênica imunológica (PTI) é uma doença caracterizada pela baixa taxa plaquetária, megacariócitos abundantes na medula óssea e sobrevida curta das plaquetas. Deve ser diferenciada da trombocitopenia induzida por medicamentos, bem como da trombocitopenia pós-transfusional. A trombólise auto-imune está, algumas vezes, associada a doenças do colágeno, especialmente lúpus eritematoso sistêmico. Também é ocasionalmente encontrada em casos de linfoma²⁵. A PTI ficou em terceiro lugar neste estudo, com 6,3% das desordens hematológicas, sendo importante uma boa investigação, tendo em vista estas associações citadas.

Um estudo sobre a mortalidade por anemia falciforme no Brasil (1979 a 1995)²⁶, mostrou que quase 80% dos doentes com anemia falciforme não completaram 30 anos de idade. Em nossa amostra a anemia falciforme apareceu em 1,65% dos casos hematológicos, sendo que cerca de 53,3% dos pacientes estavam abaixo de 30 anos.

O resultado final deste trabalho poderia nos levar a supor que uma parcela significativa de médicos desconhece a matéria Hematologia e do que ela trata.

O desconhecimento dos limites da especialidade também desempenha importante papel, já que é cada vez menor a cultura geral médica. Nota-se igualmente a falta de clínicos, enquanto os médicos especialistas são obrigados a suprir esta deficiência^{1,10}.

6. CONCLUSÕES

As morbidades mais freqüentes no AH-HU no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1998 são: anemia por deficiência de ferro com 21,2% dos casos, anemia (sem causa detectada) com 12,3% , púrpura trombocitopênica imunológica com 6,3%, linfoma não Hodgkin com 4,3% e leucopenia com 4,3%.

A média de idade é de 41 anos, o sexo feminino é o mais freqüente (65,8%), branca é a raça predominante (77,1%) e Florianópolis é a procedência mais prevalente (43,2%).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marra V N, Jorge A C C, de Paula M T M, Gallo H H A, Martins P C. Triage clínica do Instituto Estadual de Hematologia “Arthur de Siqueira Cavalcanti”: Um reflexo da saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Inst Est Hem* 1996; 13: 57-63.
2. Prager D. An analysis of hematologic disorders presenting in the private practice of hematology. *Blood* 1972;40(4): 568- 73.
3. Brown R G. Determining the cause of anemia. *Postgrad Med* 1991; 89:161.
4. Cartwright G E. The anemia of chronic disorders. *Semin Hemat* 1966; 3: 351.
5. Reynolds R D, Binder H J, Miller M B. Pagophagia and iron deficiency anemia. *Ann Int Med* 1968; 69: 435.
6. Cavalieri T A, Chopra A, Bryman P N: When outside the norm is normal: interpreting lab data in the aged. *Geriatr* 1992; 47:66.
7. Yankee R A, Grumet F C, Rogentine G N. Platelet transfusion therapy. *NEMJ* 1969; 281: 1208.
8. Dean A G, Dean J D, Burton A, Dicker R. Epi info version 6.04: a word processing, database and statistics program for Public Health. U.S.A.: Center for Disease Control & Prevention ,1996.
9. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,1999.
10. Rosenblatt R A, Hart L G, Baldwin L M, Chan L,Schneeweiss R. The generalist role specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA* 1998; 279:1364-70.

11. Franco G E, Giraldo P, Bernal M, Rubio F D, Giralt M. Wich are the true incidence rates of primary hematological disorders acquired in our population?. *Sangre (Barc)* 1998; 43: 356-64.
12. Lester F T, Phil M. Hematological malignancies in adults in na Addis Ababa hospital. *East Afr Med J* 1981;58(4): 278-83.
13. Davis R B. Observations on hematology in China. *Nebr Med J* 1986; 71(12): 432-4.
14. Rassiga A L. Hematology in the people's republic of China. *Ann Intern Med* 1982; 96(4): 524-5.
15. Craft J. Hematologic abnormalities in southeast Asian refugees. *JAMA* 1983; 249(23): 3204-06.
16. O'connor N T J, Hoffbrand A V. Anemia in systemics disease. In : Delamore I W , Yin Liu J A. *Haematological aspects of systemics disease*. London: Ballière Tindall, 1990. P.33- 65.
17. Giorgio A J. Cyrrent concepts of iron metabolism and the iron deficiency anemias. *Med Clin Ann* 1970; 54: 1399.
18. Pennypacker L C, Allen R H, Kelly, J P. High prevalence of cobalamin deficiency in elderly out-patients. *J Am Geriat Soc* 1992; 40: 1197- 9.
19. Schafer A I, Bunn H F. Anemias por deficiência de ferro e sobrecarga de ferro. In: Harrison T R. *Medicina interna*, 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. P.2056-62.
20. Ewald M D, Guerra E T, Layrisse M, Leets I, Vizcaíno G, Vizcaíno M A. Prevalence of anemia, iron, folic acid and vitamin B12 deficiency im two

- Bari indian communities from western Venezuela. *Invest Clin* 1997; 38(4): 191-201.
21. Goldberg L S, Bluestone R, Stiehm E R. Human autoimmunity with pernicious anemia as a model. *Ann Int Med* 1974; 81: 372.
 22. Scott R B. Common blood disorders in the elderly. *Compr Ther* 1994; 20(10): 575-9.
 23. Mazza J J. Hematologic problems in the dellderly. *Wis Med J* 1983; 82(9): 13- 16.
 24. Brettle R P. Viral-induced cytopenias and immune deficiencies. In: Delamore I W, Yin-Liu J A. *Haematological aspects of systemic disease*. London: Ballière Tindall, 1990, 377-411.
 25. Baldini M. Idiopatic thrombocytopenic púrpura. *NEJM* 1966; 274: 1245, 1301, 1360.
 26. Alves A L. Estudo da mortalidade por anemia falciforme. *IESUS* 1996; 4: 45-53.

RESUMO

Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal, através do qual foi feita uma análise da morbidade e do perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de hematologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1998. Nesta análise levamos em consideração os seguintes itens: idade, sexo, raça, procedência e diagnósticos. Foram 1.125 pacientes atendidos sendo que o número de consultas requeridas por eles totalizou 5.194. Em geral a maior parte dos pacientes foi do sexo feminino (65,8%), de raça branca (77,1%), com idade entre 36 e 49 anos (26,7%) e procedentes de Florianópolis (43,2%). Quanto aos diagnósticos, 80,4% foram relacionadas com a área hematológica e 19,6% com outras áreas. Das doenças hematológicas, as mais freqüentes foram: anemia por deficiência de ferro (21,2%), anemia de causa não detectada (12,3%), púrpura trombocitopênica imunológica (6,3%), linfoma não Hodgkin (4,3%) e leucopenia (4,3%). As neoplasias representaram 20,4%.

SUMMARY

This is a retrospective and transversal study, that was made an analysis of the morbidity and the profile of the patients treated in the ambulatory of hematology on University Hospital, Federal University of Santa Catarina, from january 1994 until december 1998. In this analysis we took into consideration the following parameters: age, sex, race, origin and diagnostics. The total of patients cares was 1125, while the number of consults reached 5194. In general, the majority of the patients were women (65.8%), white race (77.1%), ages between 36 and 49 years (26.7%) and coming from Florianópolis (43.2%). Of all diagnostics, 80.4% were in the hematology area and 19.6% in other specialities. The more frequents hematologics diseases were: iron deficiency anemia (21.2%), anemia without specific reason (12.3%), imunologic thrombocytopenic purpura (6.3%), non-Hodgkin's lymphoma (4.3%) and leukopenia (4.3%). The malignancies represented 20.4%.

APÊNDICE

Tabela VI - Principais diagnósticos abaixo de 10 anos (n = 41).

DIAGNÓSTICO	Frequência	%
Anemia sem causa detectada	12	29,3
Anemia por deficiência de ferro	07	17,1
Púrpura trombocitopênica imunológica	05	12,2
Traço falciforme	03	7,3

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

Tabela VII - Principais diagnósticos entre 10 e 20 anos (n =103).

DIAGNÓSTICO	Frequência	%
Anemia por deficiência de ferro	22	21,4
Púrpura Trombocitopênica imunológica	12	11,6
Anemia sem causa detectada	08	7,7
Leucemia linfoblástica aguda	08	7,7
Hemofilia A	06	5,8
Linfonodomegalia	05	4,9

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

Tabela VIII - Principais diagnósticos entre 20 e 60 anos (n = 570).

DIAGNÓSTICO	Frequência	%
Anemia por deficiência de ferro	142	24,9
Anemia sem causa detectada	74	13,0
Púrpura trombocitopênica imunológica	38	6,7
Linfoma não Hodgkin	24	4,2
Anemia de doença crônica	21	3,7
Linfoma de Hodgkin	21	3,7
Leucopenia	16	2,8

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

Tabela IX – Diagnósticos encontrados.

DIAGNÓSTICO	Frequência	%
Anemia por deficiência de ferro	192	17,1
Anemia sem causa detectada	111	9,9
Púrpura trombocitopênica imunológica	57	5,1
Linfoma não Hodgkin	39	3,5
Leucopenia	39	3,5
Mieloma múltiplo	33	2,9
Leucemia linfocítica crônica	27	2,4
Linfoma Hodgkin	26	2,3
Leucemia linfoblástica aguda	23	2,0
Anemia de doença crônica	23	2,0
Anemia megaloblástica	20	1,8
Traço falciforme	20	1,8
Anemia hemolítica auto-imune	18	1,6
Anemia falciforme	15	1,3
Eritremia	14	1,2
Leucocitose	13	1,2
Anemia gestacional	12	1,1
Hemofilia A	12	1,1
Síndrome mielodisplásica	12	1,1
Talassemia minor	12	1,1
Leucemia mielóide crônica	11	1,0
Anemia aplástica	10	0,9
Leucemia mieloblástica aguda	09	0,7
Pancitopenia	07	0,6
Telangiectasia hereditária familiar	07	0,6
Policitemia vera	06	0,5
Mielofibrose	05	0,4
Distúrbios da coagulação	35	3,1
Miscelânea	97	8,6
Doenças não hematológica	220	19,6
TOTAL	1125	100

Fonte: SAME – HU-UFSC (1994 – 1998)

**TCC
UFSC
CM
0428**

N.Cham. TCC UFSC CM 0428

Autor: Limas, Cristina de

Título: Estudo da demanda no ambulatório



972808291

Ac. 253577

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM