

ANA KRIS DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA DEMANDA DO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

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

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

ANA KRIS DA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DA DEMANDA DO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE CLÍNICA MÉDICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

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

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof. Dr. Roberto Henrique Heinisch

Co-orientador: Prof^ª. Dr^ª. Liana Miriam Miranda Heinisch

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

*Dedico este trabalho à minha família,
a maior responsável pela realização
do meu sonho.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Arialdo José da Silva e Lourdes Maria Sommariva da Silva, às minhas irmãs Cinthya M. da Silva Zanuzzi e Janaína da Silva Borin, e suas famílias, pelo carinho, compreensão e dedicação a mim prestados.

Ao meu orientador, Professor Dr. Roberto Henrique Heinsch, pela paciência, atenção, dedicação e pelos inúmeros ensinamentos.

À Prof. Dr^a Liana, por toda a orientação, conhecimento e empenho neste estudo.

Ao Dr. Antônio Carlos Marasciulo por engrandecer este trabalho com seus conhecimentos.

Ao meu namorado, Rodrigo Antunes Pereira, por todo amor, carinho e compreensão dedicada durante a realização deste trabalho.

À Vanessa Priscilla Martins da Silva, pelo companheirismo, dedicação e empenho.

A todos os funcionários do Serviço de Arquivos Médicos (SAME) do Hospital Universitário, pela disponibilidade e atenção sempre prestadas.

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil clínico e epidemiológico da população atendida no serviço de emergência em clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (SE/CM/HU/UFSC).

Desenho: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo.

Método: Foram analisadas as fichas de atendimentos de 1.067 pacientes não-internados e 71 internados, no ano de 2004. Foram estudadas as variáveis sexo, idade, horário, dia da semana e mês do atendimento, procedência, encaminhamento, exame complementar, queixa e hipótese diagnóstica. Para a análise estatística foram utilizados os testes t de Student e qui-quadrado (significante $P < 0,05$).

Resultados: Pacientes do sexo feminino e jovens predominaram em ambos os grupos, a média de idade foi de 37,8 anos nos não-internados e 52,6 nos internados ($P < 0,05$). A maioria dos pacientes era de Florianópolis (88,4%), residia próximo ao HU (52,8%), procurou atendimento durante o dia (67,2%), em dias de semana e sem variações na sazonalidade mensal. Foram encaminhados para casa 50% dos pacientes. A queixa mais freqüente entre os não-internados foi a cefaléia (8,0%) e entre os internados, a dispnéia (7,3%). A radiografia de tórax foi o exame mais solicitado. Entre os não-internados as doenças do aparelho respiratório (21,5%) foram as mais freqüentes e nos internados, as do aparelho circulatório (20,4%).

Conclusão: O perfil da população atendida no SE/CM do HU/UFSC é do sexo feminino, jovem, procedente de Florianópolis, residindo próximo ao hospital, que procura o serviço nos dias de semana, durante o dia. Os resultados obtidos são similares a de outros estudos na literatura.

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical and epidemiological profile of the population attended in the Emergency Room (ER) of medical clinic of the Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

Design: It is a observational, descriptive and retrospective study.

Methods: They were analyzed the records of 1,067 patients not interned and more 71 patients put into hospital, in the year of 2004. The variables studied were gender, age, schedule, assistance day, week and month, origin, guiding, complementary exam, complains and diagnosis. For the statistical analysis were used the t-Student and chi-square tests (significant $P < 0.05$).

Results: Patients of the female sex and young predominated in both groups. The means age were 37.8 years in the not interned and 52.6 in the interned patients ($P < 0.05$). Most patients was from Florianópolis (88.4%), residing near to HU/UFSC (52.8%), searching assistance during the day (67.2%). They were referred home 50% of the patients. The most frequent complaint among not interned was migraine and dyspnea among interned patients. The thorax x-ray was the exam more frequently requested. Diseases of the respiratory tract (21.5%) were the most frequent in not interned and of the circulatory tract in interned patients (20.4%).

Conclusions: The population profile attended in SE/CM do HU/UFSC belongs to the feminine sex, young, coming from Florianópolis, residing near to hospital, that search the service in the week's days, during the day. The obtained results are similar other studies in the literature.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SE	SERVIÇO DE EMERGÊNCIA
HU	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CM	CLÍNICA MÉDICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SAME	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO
CID	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PERTENCENTES AO GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS DE ACORDO COM O SEXO.....	8
FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PERTENCENTES AO GRUPO DOS INTERNADOS DE ACORDO COM O SEXO.....	8
FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO SAZONAL DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS.....	12
FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS.....	13
FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS DE ACORDO COM O ENCAMINHAMENTO DADO.....	15
FIGURA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES DO GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS DE ACORDO COM O ENCAMINHAMENTO DADO, SOMENTE QUANDO ESPECIFICADO.....	15
FIGURA 7 - OS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS NO GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS.....	17
FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO SAZONAL DOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS X, XIII, XIV (CID, 10ª REVISÃO) NO GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS.....	20
FIGURA 9 – DISTRIBUIÇÃO SAZONAL DOS 5 GRUPOS DIAGNÓSTICOS (CID, 10ª REVISÃO) MAIS FREQUENTES NO GRUPO DOS INTERNADOS.....	21

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA	9
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS QUANTO À PROCEDÊNCIA.....	9
TABELA 3 – OS 10 BAIRROS COM MAIOR NÚMERO DE PACIENTES ENTRE O GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS.....	10
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS POR HORÁRIO DE CHEGADA.....	10
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS QUANTO À PROCEDÊNCIA E HORÁRIO DE CHEGADA	10
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS QUANTO À PROCEDÊNCIA E HORÁRIO DE CHEGADA À EMERGÊNCIA	11
TABELA 7 – FREQUÊNCIA MENSAL DE ATENDIMENTOS ENTRE O GRUPO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS.....	12
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS DE ACORDO COM O DIA DA SEMANA DO ATENDIMENTO	13
TABELA 9 – AS 10 QUEIXAS MAIS FREQUENTES ENTRE AS 1.826 APRESENTADAS PELOS 1.067 PACIENTES NÃO-INTERNADOS.....	14
TABELA 10 – AS 10 QUEIXAS MAIS FREQUENTES ENTRE AS 123 APRESENTADAS PELOS 71 PACIENTES INTERNADOS.....	14
TABELA 11 – ENCAMINHAMENTO DADO AOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS..	14
TABELA 12 – ENCAMINHAMENTO DADO AOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS DE ACORDO COM A PROCEDÊNCIA.....	16
TABELA 13 – OS EXAMES COMPLEMENTARES MAIS SOLICITADOS NO GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS E DOS INTERNADOS.....	16
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ENTRE O GRUPO DOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS E INTERNADOS, DE ACORDO COM O CID (10ª REVISÃO).....	18
TABELA 15 – AS 20 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS MAIS FREQUENTES ENTRE OS 1.067 PACIENTES DO GRUPO DOS NÃO-INTERNADOS.....	22

TABELA 16 – AS 10 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS MAIS FREQUENTES ENTRE OS 71 PACIENTES DO GRUPO DOS INTERNADOS.....	22
--	-----------

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE TABELAS.....	ix
SUMÁRIO.....	xi
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. MÉTODO.....	4
3.1. Delineamento 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 do Estudo.....	6
3.5. Análise Estatística.....	7
3.6. Aspectos Éticos.....	7
4. RESULTADOS.....	8
5. DISCUSSÃO.....	23
6. CONCLUSÕES.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

NORMAS ADOTADAS.....	32
ANEXO.....	33
APÊNDICES.....	35

1 INTRODUÇÃO

A situação dos serviços de emergência é, hoje, motivo de preocupação para a comunidade sanitária e a sociedade em geral, já que o seu uso tem experimentado um importante crescimento nas últimas décadas.¹⁻¹¹ As razões do uso dos serviços de emergência envolvem mecanismos complexos, credibilidade e confiança na instituição, facilidade de acesso e baixa resolutividade dos outros serviços da rede pública de saúde estão entre os principais.^{1,2} Ademais os serviços de emergência garantem a continuidade da assistência médica durante 24 horas por dia e 365 dias ao ano.²

Uma maneira melhor de planejar as ações em saúde e diminuir as superlotações nos serviços de emergência, é conhecendo as características da população que frequenta este serviço.^{5,7}

É importante que todo serviço de emergência (SE) seja estudado dentro de seu contexto em particular, evitando-se comparações deliberadas, uma vez que as características determinadas para um serviço podem ser distintas das de um outro, servindo a uma população diferente. Assim, decisões específicas podem ser tomadas com o máximo de adequação.⁸

Vistas numa perspectiva sistêmica mais ampliada, as informações geradas por um estudo acerca do perfil de uma população atendida em um serviço de emergência representa um instrumento importante na gestão de ações do serviço de saúde, auxiliando nos processos de organização, avaliação, planejamento e tomada de decisões do SUS (Sistema Único de Saúde); algumas informações são fundamentais para isto: perfil epidemiológico da população e demanda do sistema de saúde, por exemplo.¹²

Em 1990, Peixoto Filho *et al.*,⁸ publicaram estudo no Serviço de Emergência em Clínica Médica (CM) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no qual propuseram-se a estudar o perfil da população que frequentava este serviço. Porém, é relevante considerar que, decorridos 16 anos, o Ministério da Saúde empreendeu algumas modificações nos serviços de saúde, sendo a principal delas a municipalização do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da assistência básica.⁷ Torna-se assim, relevante o empreendimento de um novo estudo neste serviço, a fim de verificarmos se houve mudança na demanda deste.

O motivo por optar-se pela emergência de clínica médica, relaciona-se ao fato de, atualmente, constatar-se um número cada vez maior de pacientes nas emergências com

doenças clínicas.^{13,14} Este estudo pode ajudar a evidenciar o papel que as doenças de manejo clínico assumem hoje no setor de emergência de um hospital.

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/obstetria, além de atendimentos no setor de emergência/urgência, ambulatório e centro cirúrgico.¹⁵

Em 1988, o HU contava com 120 leitos e o Serviço de Emergência recebia aproximadamente 50.000 visitas ao ano.⁸ Hoje 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/obstetria.¹⁵ O setor de clínica médica, objeto do presente estudo, atende a pacientes de 14 anos ou mais, portadores de condições onde o manuseio é clínico.⁸

Este estudo propõe-se a verificar o perfil da demanda da emergência de clínica médica do HU/UFSC, confrontando sua realidade atual com dados prévios e com dados da literatura, de tal forma que possa colaborar no planejamento e execução das ações de saúde e na adequação do setor de emergência às suas reais funções.

2 OBJETIVOS

2.1 Principal

Caracterizar a demanda do setor de emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2004, a partir da análise de dados epidemiológicos e clínicos dos pacientes, buscando comparar com estudos prévios.

2.2 Secundário

- Estabelecer a porcentagem de homens e mulheres atendidos;
- Estabelecer a faixa etária dos pacientes;
- Verificar a procedência destes pacientes, quanto a município e bairro;
- Determinar os horários, dias da semana e o período do ano de maior atendimento;
- Observar quais as queixas e hipóteses diagnósticas mais frequentes;
- Conhecer o encaminhamento dado aos pacientes;
- Conhecer quais os exames mais solicitados neste setor de emergência;
- Comparar com a literatura.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

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

3.2 Casuística

Foram analisadas as fichas de atendimento prestados na Emergência em Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2004.

De acordo com o sistema informatizado do SAME (Serviço de Arquivo Médico), o serviço de emergência de clínica médica do HU da UFSC, prestou 54.317 atendimentos no ano de 2004; 2.329 pacientes foram internados. Os dados referentes ao atendimento dos pacientes que não tiveram como desfecho a internação, foram obtidos através das fichas de atendimento, arquivadas no SAME do HU. As fichas de atendimento dos pacientes internados são arquivadas ao prontuário dos mesmos.

3.2.1 Cálculo da amostra

Foram colhidas duas amostras. A primeira amostra se refere ao grupo dos pacientes não-internados. A segunda amostra se relaciona com os pacientes que tiveram como desfecho a internação.

3.2.1.1 Pacientes não internados

Sabendo que o total de atendimentos no período descrito correspondeu a 54.317, utilizou-se o programa estatístico Epi Info® para o cálculo desta amostra e os seguintes critérios: população de 54.317, frequência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 99%. Obteve-se desta forma um total de 1.067 fichas.

3.2.1.2 Pacientes internados

De acordo com o sistema informatizado foram internadas, no período analisado, 2.329 pessoas atendidas na emergência, tanto da clínica médica quanto da clínica cirúrgica. Para o cálculo desta amostra, utilizou-se o programa estatístico Epi Info® e utilizou-se os seguintes

critérios: população de 2.329, frequência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%. Foi colhida uma amostra de 71 pacientes.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Instrumentos

Para a coleta de dados deste estudo, foi elaborado um instrumento de pesquisa (ANEXO 1), contendo informações quanto à idade, sexo, procedência, horário de atendimento, queixa principal, hipóteses diagnósticas, exames solicitados, encaminhamento realizado. No projeto inicial pretendia-se observar o estado civil dos pacientes atendidos, porém este dado não constava na ficha de emergência.

3.3.2 Coleta de dados

Foram incluídos no estudo os atendimentos realizados na Emergência de Clínica Médica do HU da UFSC, no período de 01 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2004. As fichas dos pacientes que não foram internados ficam por um período de três meses arquivadas no próprio setor de emergência, sendo após este período, encaminhadas para o arquivo passivo do SAME do Hospital Universitário.

No arquivo passivo, 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 não seguem uma ordem cronológica exata, apesar de na maioria das vezes numa seqüência de dia de atendimento.

A fim de conferir a aleatoriedade na retirada da amostra, foi estimado o número de centímetros que corresponde as 54.317 fichas. Sabendo então do número de fichas por centímetro iniciou-se, a partir de um ponto qualquer da pilha, a retirada sistemática de uma ficha a cada 7 centímetros. Como ao final, ficaram faltando 13 fichas, dividiu-se novamente o número de centímetros que correspondia às fichas totais por 13, retirando-se então as fichas restantes.

As fichas totalmente incompletas ou com dados incompreensíveis foram substituídas pela ficha seguinte. Algumas fichas da clínica cirúrgica ou da pediatria estavam equivocadamente arquivadas nas caixas analisadas. Quando coletadas fichas como estas, as mesmas foram também substituídas pela ficha seguinte.

As fichas de atendimento dos pacientes internados no HU são arquivadas, anexadas ao prontuário dos mesmos. O sistema informatizado nos forneceu a lista em ordem cronológica do número do prontuário dos pacientes que foram atendidos na emergência de clínica médica e clínica cirúrgica no ano de 2004. A fim de conferir a aleatoriedade na retirada da amostra, retirou-se um número a cada 53 números. Quando o número sorteado continha uma ficha da Clínica Cirúrgica, buscou-se o próximo prontuário que continha a ficha de Clínica Médica imediatamente após o sorteado.

3.4 Descrição das Variáveis do Estudo

Foram selecionadas as seguintes variáveis para o estudo:

- a. idade: a idade dos pacientes foi 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;
- b. sexo: corresponde a duas categorias, feminino ou masculino;
- c. procedência: refere-se à cidade de procedência. Quando o paciente era procedente de Florianópolis coletou-se também o bairro de origem. Para a análise quanto à proximidade do hospital, considerou-se ainda a divisão do município de Florianópolis em distritos.¹⁶
- d. horário de atendimento: cada dia foi dividido em quatro períodos, das 00h às 5h59, das 6h às 11h59, das 12h às 17h59 e das 18h às 23h59, sendo o horário de chegada do paciente enquadrado em um destes períodos.
- e. data do atendimento: foi observado dia e mês do atendimento. Foi observado também o dia da semana em que ocorreu o atendimento.
- f. queixas principais: foram coletadas duas das queixas descritas, de acordo com a ordem em que apareceram. Nos casos em que havia apenas uma queixa nos limitamos a ela.
- g. hipóteses diagnósticas: a catalogação dos diagnósticos foi feita conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão.¹⁷
- h. encaminhamento realizado: casa, ambulatório, óbito, outros ou não especificado. Quando constava na ficha que foi prescrito para casa considerou-se casa como encaminhamento. Quando estava escrito “orientada a consultar com seu médico” ou “encaminhada ao posto de saúde”, considerou-se ambulatório como encaminhamento. Considerou-se internação na emergência e evasão do paciente antes de ser reavaliado como outro encaminhamento. Foi considerado como não especificado quando não

constava o preenchimento do campo Encaminhamento ou quando não continha nenhuma informação sobre este campo em outros locais da ficha.

3.5 Análise Estatística

As variáveis categóricas (por exemplo, sexo, queixa, hipótese diagnóstica) foram expressas por número e porcentagem. As variáveis contínuas (por exemplo, idade) foram expressas pelas medidas de tendência central (média, moda, mediana, desvio padrão da média). Algumas variáveis contínuas foram categorizadas (por exemplo, o horário de atendimento, faixa etária).

Quando comparamos os dados de grupos diferentes utilizamos os seguintes testes: teste qui-quadrado para variáveis categóricas e teste t de Student para as contínuas, sendo considerado significativo um $P < 0,05$.

Os dados foram digitados utilizando o programa Epi Data® e analisados no programa Epi Info® 3.3.2.

3.6 Aspectos Éticos

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC aprovou o projeto segundo protocolo nº 194/05 em 27 de junho de 2005, permitindo a coleta de dados das fichas de atendimentos e dos prontuários dos pacientes internados.

4 RESULTADOS

Antes de analisarmos os resultados, é relevante considerarmos que algumas tabelas e gráficos possuem um “n” menor que a amostra devido à falta do preenchimento de alguns itens em determinadas fichas.

De acordo com as 1.067 fichas analisadas dos pacientes não-internados, o sexo feminino foi mais prevalente (1,7:1), o que também ocorreu no grupo dos internados, porém na proporção de 1,1:1. Apesar da proporção de mulheres ser maior no grupo dos não-internados, não houve diferença significativa entre os dois grupos de pacientes ($P > 0,05$). As figuras 1 e 2 trazem a distribuição dos pacientes quanto ao sexo.

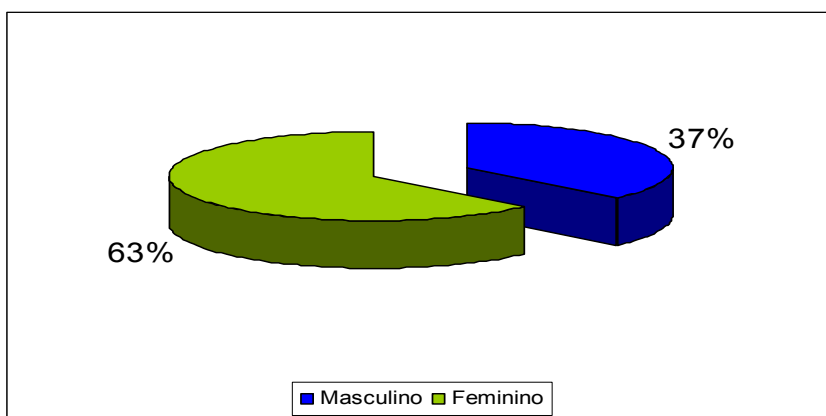


Figura 1 – Distribuição dos pacientes pertencentes ao grupo dos não-internados de acordo com o sexo

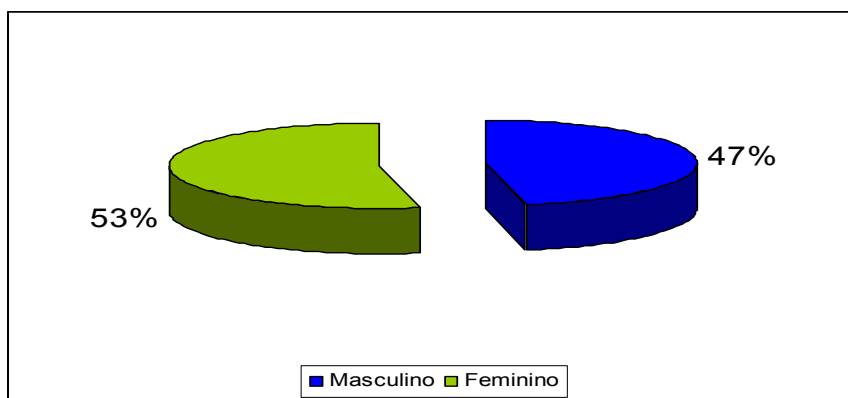


Figura 2 – Distribuição dos pacientes pertencentes ao grupo dos internados de acordo com o sexo

A média de idade no primeiro grupo foi de 37,8 anos, com idade mínima de 14 e máxima de 91 anos. Já entre os internados, a média foi de 52,6 anos, com idade mínima de 19 e máxima de 89 anos. Essa diferença foi significativa quando as médias foram comparadas ($P < 0,05$). A distribuição dos atendimentos por faixa etária pode ser vista na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes não-internados e internados segundo a faixa etária

Grupos Faixa etária (anos)	Não-internados*		Internados*	
	Número	Percentual	Número	Percentual
14-24	251	23,6	3	4,2
24-34	269	25,3	8	11,3
34-44	207	19,5	17	23,9
44-54	139	13,1	11	15,5
54-64	88	8,3	7	9,8
64-	108	10,2	25	35,3
TOTAL	1062	100,0	71	100,0

Fonte: SAME/HU/UFSC (2004)

*P= não significante

Houve diferença significativa entre a procedência dos não-internados e internados, sendo que o grupo dos internados contou com menos pacientes de Florianópolis, e um grupo mais significativo procedente da Grande Florianópolis ($P < 0,05$). Em ambos os grupos, a maioria dos pacientes era procedente da cidade de Florianópolis (Tabela 2). Nosso trabalho observou também o bairro de procedência do paciente quando este era oriundo da cidade de Florianópolis. Constatamos que a maior parte da população residia no bairro Trindade (6,3%), no qual está localizado o Hospital Universitário, como mostra a tabela 3. No grupo dos internados, os bairros mais frequentes foram Itacorubi e Trindade, com 5 (9,6%) e 4 (7,7%) casos respectivamente. A cidade de Florianópolis é também dividida em distritos, doze no total, sendo que o HU está localizado no distrito Sede Insular o qual contém 15 bairros. Este distrito foi responsável por mais da metade (52,8%) dos pacientes atendidos.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes não-internados e internados quanto à procedência

Grupo Procedência	Não-internados*		Internados*	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Florianópolis	921	88,4	53	74,6
Grande Florianópolis	105	10,2	15	21,1
Outras cidades	16	1,4	3	4,3
TOTAL	1042	100,0	71	100,0

Fonte: SAME/HU/UFSC (2004)

* $P < 0,05$

Tabela 3 - Os 10 bairros com maior número de pacientes entre o grupo dos não-internados

Bairros	Número	Percentual
Trindade	56	6,3
Tapera	46	5,2
Itacorubi	43	4,8
Córrego Grande	43	4,8
Inglese	42	4,7
Serrinha	40	4,5
Saco dos Limões	40	4,5
Agronômica	35	3,9
Pantanal	34	3,8
Saco Grande II	32	3,6
TOTAL	411	46,1

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

Quando consideramos o horário de chegada ao setor de emergência, nos dois grupos foi possível observar que a maior procura se dá durante o dia (67,2%), como está demonstrado na tabela 4. Não houve associação entre o horário de chegada no SE e ser internado ou não ($P > 0,05$).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes não-internados e internados por horário de chegada

Grupos Horário	Não-internados*		Internados*	
	Número	Percentual	Número	Percentual
00h-05h59min	66	6,2	6	9,2
06h-11h59min	389	36,7	23	34,8
12h-17h59min	323	30,5	23	34,8
18h-23h59min	282	26,6	14	21,2
TOTAL	1060	100,0	66	100,0

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

*P= não significante

As tabelas 5 e 6 trazem os dados referentes ao horário de chegada dos pacientes ao setor de emergência e a sua procedência. Não houve diferença estatisticamente significativa entre procedência e horário de chegada ao SE em ambos os grupos ($P > 0,05$).

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes não-internados quanto à procedência e horário de chegada à emergência

Localidade Horário	Florianópolis*		Grande Florianópolis*		Outras localidades*	
	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual
00h-5h59min	60	6,3	4	4,0	2	12,5
6h-11h59min	340	36,1	43	42,6	6	37,5
12h-17h59min	291	30,9	28	27,7	4	25,0
18h-23h59min	252	26,7	26	25,7	4	25,0
TOTAL	943	100,0	101	100,0	16	100,0

Fonte: SAME/HU/UFSC (2004)

*P= não significante

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes internados quanto à procedência e horário de chegada à emergência

Localidade Horário	Florianópolis*		Grande Florianópolis*		Outras localidades*	
	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual
00h-05h59min	4	8,3	2	13,3	0	0,0
06h-11h59min	18	37,5	4	26,7	1	33,3
12h-17h59min	13	27,1	8	53,3	2	66,7
18h-23h59min	13	27,1	1	6,7	0	0,0
TOTAL	48	100,0	15	100,0	3	100,0

Fonte: SAME/HU/UFSC (2004)

*P= não significante

A partir dos dados dos pacientes não-internados, chegamos ao número médio de atendimentos diários, o qual foi de 149 pacientes, distribuídos da seguinte forma:

00h – 5h59min: nove pacientes

06h – 11h59min: cinquenta e cinco pacientes

12h – 17h59min: quarenta e cinco pacientes

18h – 23h59min: quarenta pacientes

Observou-se um número maior de atendimentos no mês de abril no grupo dos não-internados, e menor no mês de julho, enquanto que no grupo dos internados, a maior procura se deu nos meses de janeiro e março. Quando se relaciona o mês do atendimento com o fato de ser internado ou não, não se verifica relação estatisticamente significativa, com $P > 0,05$. A distribuição mensal do número de atendimentos dos dois grupos está exposta na tabela 7. A distribuição sazonal dos pacientes dos dois grupos pode ser vista na figura 3. Não há diferença significativa entre os grupos de pacientes quanto à estação do ano em que se deu a procura pelo atendimento ($p > 0,05$).

Tabela 7 - Frequência mensal de atendimentos entre o grupo dos pacientes não-internados e internados

Grupos Mês	Não-internados*		Internados*	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Janeiro	85	8,9	7	9,8
Fevereiro	94	8,8	5	7,0
Março	90	8,5	7	9,8
Abril	98	9,2	6	8,4
Mai	94	8,8	5	7,0
Junho	94	8,8	6	8,4
Julho	58	5,5	5	7,0
Agosto	87	8,2	6	8,4
Setembro	93	8,7	6	8,4
Outubro	90	8,5	6	8,4
Novembro	94	8,8	6	8,4
Dezembro	77	7,2	6	8,4
TOTAL	1054	100,0	71	100,0

Fonte: SAME do HU/UFSC (2004)

*P= não significante

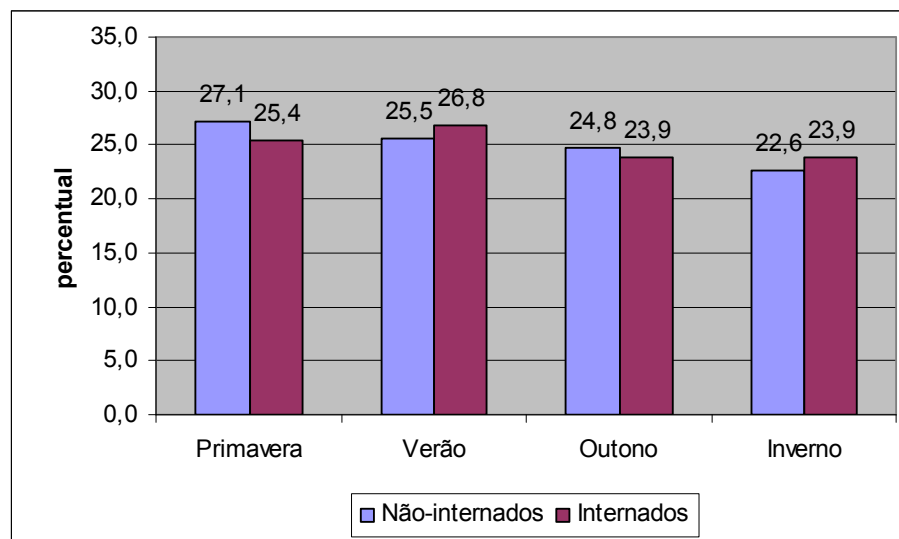


Figura 3 – Distribuição sazonal dos pacientes não-internados e internados

Durante a semana, houve um maior número de atendimentos na terça-feira no grupo dos não-internados e na quinta-feira no grupo dos internados (Tabela 8; Figura 4), porém esta diferença não foi significativa entre os dois grupos ($P > 0,05$).

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes não-internados e internados de acordo com o dia da semana do atendimento

Grupos Dia da semana	Não-internados*		Internados*	
	Número	Percentual	Número	Percentual
domingo	129	12,1	9	12,7
segunda-feira	157	14,8	7	9,9
terça-feira	170	16,0	7	9,9
quarta-feira	166	15,6	8	11,3
quinta-feira	163	15,3	15	21,1
sexta-feira	153	14,4	14	19,7
sábado	125	11,8	11	15,5
TOTAL	1063	100,0	71	100,0

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

*P= não significante

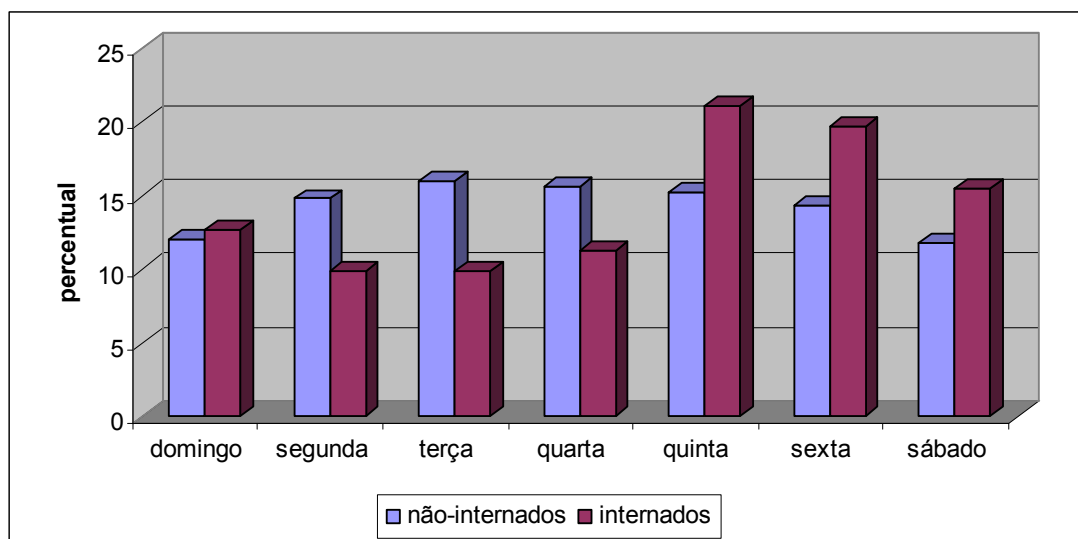


Figura 4 – Distribuição semanal dos pacientes não-internados e internados

Dentre as 1.067 fichas do grupo dos não-internados, foram detectadas 1.826 queixas, sendo que havia 138 tipos de queixas e, dos 71 pacientes internados pertencentes à amostra, encontramos 123 queixas, sendo que havia 49 tipos de queixas. (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9 - As 10 queixas mais frequentes entre 138 apresentadas pelos pacientes não-internados

Queixa	Número	Percentual
Cefaléia	147	8,0
Dor abdominal	144	7,9
Dor torácica	111	6,0
Tosse	107	5,8
Febre	102	5,6
Dor lombar	90	4,9
Náuseas	85	4,6
Dispnéia	75	4,2
Vômitos	66	3,7
Dor de garganta	49	2,7
TOTAL	976	53,4

Fonte: SAME/HU/UFSC (2004)

Tabela 10 - As 10 queixas mais frequentes entre 49 apresentadas pelos 71 pacientes internados

Queixa	Número	Percentual
Dispnéia	9	7,3
Dor torácica	8	6,5
Febre	8	6,5
Dor abdominal	6	4,8
Tosse	5	4,0
Vômitos	5	4,0
Parestesia cutânea	4	3,2
Diarréia	4	3,2
Cefaléia	4	3,2
Náuseas	3	2,4
TOTAL	56	45,1

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

O encaminhamento dado aos pacientes do grupo dos não-internados está representado na tabela 11 e nas figuras 5 e 6.

Tabela 11 - Encaminhamento dado aos pacientes não-internados

Encaminhamento	Número	Percentual
Casa	163	15,3
Ambulatório	116	10,9
Óbito	0	0
Outros*	41	3,8
Não especificado	747	70,0
TOTAL	1067	100,0

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

* evasão e internação na emergência

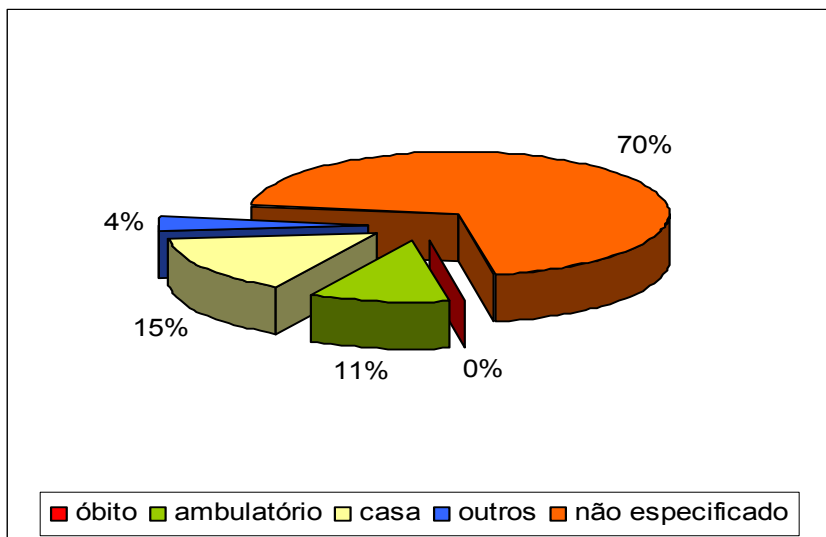


Figura 5 – Distribuição dos pacientes do grupo dos não-internados de acordo com o encaminhamento dado

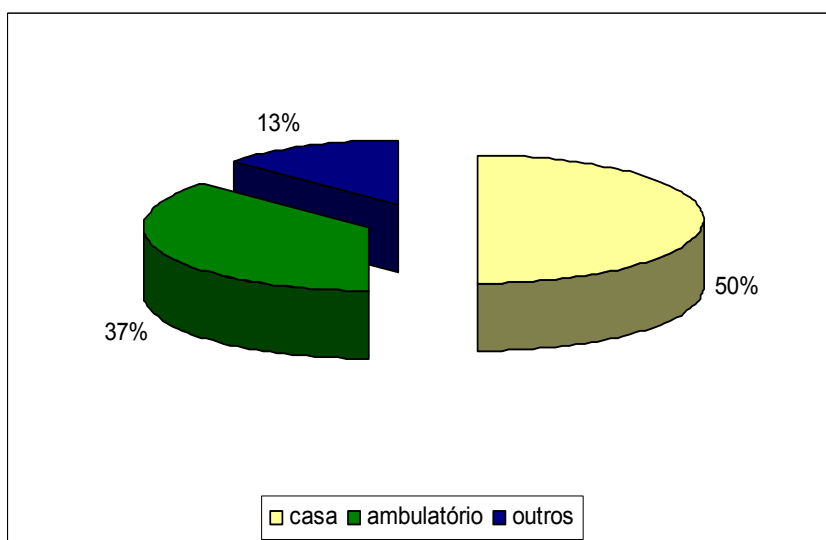


Figura 6 - Distribuição dos pacientes do grupo dos não-internados de acordo com o encaminhamento dado, somente quando especificado

A tabela 12 traz a distribuição desses pacientes quanto ao encaminhamento dado e ao seu local de procedência. Os pacientes provenientes de Florianópolis foram mais frequentemente encaminhados ao ambulatório que os da Grande Florianópolis, no entanto, não ficou evidenciado em nosso estudo associação entre procedência e encaminhamento ($P > 0,05$).

Tabela 12 - Encaminhamento dado aos pacientes não-internados de acordo com a procedência

Localidade Encaminhamento	Florianópolis*		Grande Florianópolis*		Outras localidades*	
	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual
Casa	144	15,1	17	17,0	2	15,4
Ambulatório	107	11,2	7	7,0	2	15,4
Óbito	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros [†]	38	4,0	3	3,0	0	0,0
Não especificado	665	69,7	73	73,0	9	69,2
TOTAL	954	100,0	100	100,0	13	100,0

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

*P= não significante

[†]evasão e internação na emergência

No grupo dos não-internados, 354 pacientes (33,2%) tiveram algum exame complementar solicitado, o que ocorreu em 56 pacientes (78,9%) do grupo dos internados. Quanto ao tipo de exame requerido, a tabela 13 demonstra a variação. A radiografia de tórax (20,0%) foi o exame mais solicitado no grupo dos não-internados e, o hemograma (27,2%), no grupo dos internados (figura 7). Observamos que há associação significativa entre solicitar hemograma em um grupo de pacientes e no outro ($P < 0,05$), o que não acontece com a radiografia de tórax.

Tabela 13 - Os exames complementares mais solicitados no grupo dos não-internados e dos internados

Grupos Exame	Não-internados*		Internados*	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Eletrocardiograma	84	13,2	14	8,9
Hemograma*	113	17,8	43	27,2
Parcial de urina	102	16,2	22	13,9
Radiografia de tórax	127	20,1	24	15,2
Radiografia de abdome	27	4,3	8	5,1
Outros [†]	180	28,4	47	29,7
TOTAL	633	100,0	158	100,0

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

* $P < 0,05$

[†] radiografia de outras partes do corpo, gasometria, cultura de urina, hemocultura, etc.

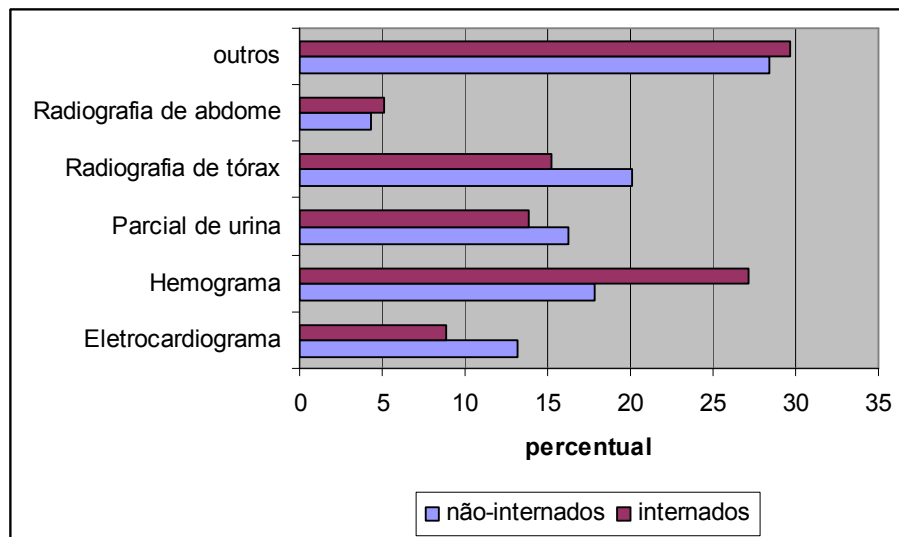


Figura 7 – Os exames complementares solicitados no grupo dos não-internados e dos internados

Ao investigarmos quais as hipóteses diagnósticas mais frequentes chegamos aos dados listados na tabela 14. Foram formuladas 747 hipóteses diagnósticas para o grupo de pacientes não-internados, o que denota a falta do preenchimento deste item em boa parte da amostra; 643 pacientes (60,2%) tinham ao menos uma hipótese diagnóstica. Isto, porém, não ocorreu no grupo dos internados, onde para 71 pacientes encontramos 83 hipóteses diagnósticas.

Tabela 14 - Distribuição das hipóteses diagnósticas entre o grupo de pacientes não-internados e internados, de acordo com o CID*, 10ª revisão

Grupo CID	Não-internados		Internados	
	Número	Percentual	Número	Percentual
I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias)	54	7,2	12	7,2
II (Neoplasias)	1	0,1	2	2,4
III (Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, e alguns transtornos imunitários)	1	0,1	2	2,4
IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas)	6	0,8	3	3,6
V (Transtornos mentais e comportamentais)	23	3,0	1	1,2
VI (Doenças do Sistema Nervoso)	24	3,2	4	4,8
VII (Doenças do olho e anexos)	8	1,0	0	0,0
VIII (Doenças do ouvido e apófise mastóide)	27	3,6	0	0,0
IX (Doenças do aparelho circulatório)	52	6,9	17	20,4
X (Doenças do aparelho respiratório)	161	21,5	9	10,8
XI (Doenças do aparelho digestivo)	32	4,2	8	9,6
XII (Doenças da pele e do tecido subcutâneo)	17	2,2	1	1,2
XIII (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo)	96	12,8	2	2,4
XIV (Doenças do aparelho geniturinário)	93	12,4	8	9,6
XV (Gravidez, parto e puerpério)	2	0,2	0	0,0
XVI (Algumas afecções originadas no período neonatal)	0	0,0	0	0,0
XVII (Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas)	0	0,0	0	0,0
XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte)	102	13,6	10	12,0
XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas)	29	3,8	1	1,2
XX (Causas externas de morbidade e mortalidade)	16	2,1	2	2,4
XXI (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde)	3	0,4	1	1,2
TOTAL	747	100,0	83	100,0

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

*Classificação Internacional de Doenças

Na distribuição das hipóteses diagnósticas de acordo com o CID, 10ª revisão, observamos como mais importante:

1. No Grupo I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias), a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, foi a doença de maior destaque, com 27 casos (3,6%).
2. No Grupo IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas), o diabetes mellitus contou com apenas 3 casos em nossa amostra (0,4%).

3. O transtorno ansioso não especificado foi a doença mais prevalente no Grupo V (Transtornos mentais e comportamentais) com 9 casos (1,1%).
4. No Grupo VI (Doenças do Sistema Nervoso) prevaleceram a enxaqueca e os transtornos do sistema nervoso autônomo, ambos com 9 casos (1,1%).
5. A otite média não especificada liderou a lista de doenças do Grupo VIII (Doenças do ouvido e apófise mastóide) com 6 casos (0,8%), seguida da otite externa não especificada (5 casos; 0,6%).
6. No Grupo IX (Doenças do aparelho circulatório), a hipertensão essencial foi a doença mais diagnosticada (18 casos; 2,4%). A angina instável contou com 8 casos (1,0%).
7. Correspondendo a 21,5% dos casos, o Grupo X (Doenças do aparelho respiratório) foi o que teve o maior número de casos. Merecem destaque nesse grupo: as infecções de vias aéreas não especificadas (35 casos; 4,6%), a amigdalite aguda e pneumonia não especificada, ambas com 19 casos (2,5%), e a sinusite crônica não especificada (17 casos; 2,2%).
8. A dispepsia (9 casos; 1,1%) prevaleceu entre os diagnósticos do Grupo XI (Doenças do aparelho digestivo).
9. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Grupo XIII), foram muito diagnosticadas, destacando-se a mialgia (42 casos; 5,6%) e a dor lombar baixa (23 casos; 3,0%).
10. A infecção do trato urinário localmente não especificada apareceu como hipótese diagnóstica 41 vezes em nossa amostra (5,4%), sendo a doença de maior frequência no Grupo XIV (Doenças do aparelho geniturinário), seguida da cólica nefrítica não especificada (16 casos; 2,1%).
11. O Grupo XV (Gravidez, parto e puerpério) contou com 2 casos (0,2%), apesar de o HU contar com serviço de emergência em obstetrícia.
12. Os Grupos XVI (Algumas afecções originadas no período neonatal) e XVII (Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas) não contaram com nenhum caso já que dispõem de serviço específico no HU, não sendo de competência do setor de Clínica Médica.
13. No Grupo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte), segundo em volume de atendimento, merecem destaque: a cefaléia (19 casos; 2,5%) e a dor abdominal não especificada (15 casos; 2,0%).
14. No Grupo XIX (Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas) encontramos 7 casos de intoxicação por agentes medicinais e não medicinais (0,9%), no entanto, nenhuma intoxicação por álcool. Nenhum caso de lesão foi encontrado,

certamente por estes casos serem encaminhados à clínica cirúrgica. Sete casos (0,9%) de acidentes com animais e plantas venenosas foram registrados.

Outra observação estatisticamente significativa ($P < 0,05$) refere-se à distribuição sazonal das doenças do grupo X (doenças do aparelho respiratório), o que não é observado nos grupos XIII (doenças do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo) e XIV (doenças do aparelho genitourinário), como pode ser observado na figura 8.

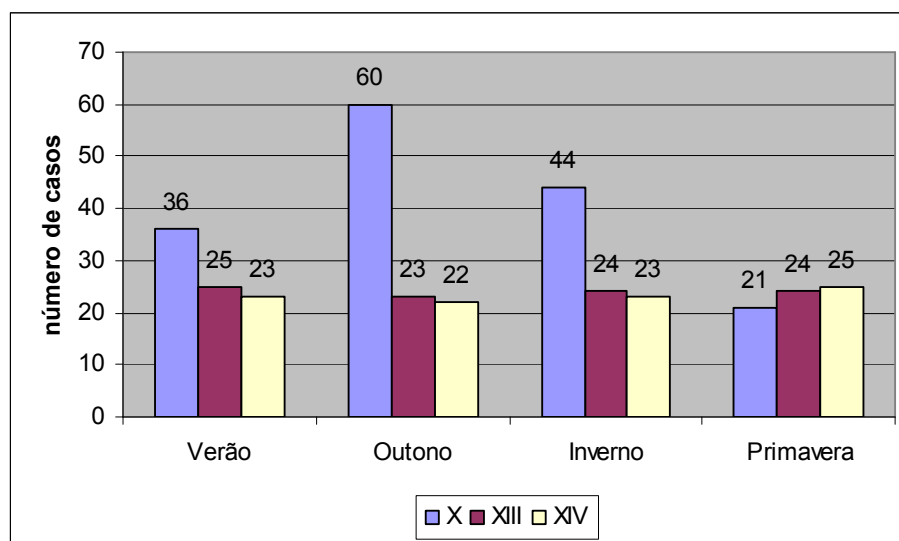


Figura 8 – Distribuição sazonal dos grupos diagnósticos X, XIII e XIV (CID, 10ª revisão) no grupo dos não-internados (X: doenças do aparelho respiratório, XIII: doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, XIV: doenças do aparelho genitourinário)

No grupo dos internados, destacamos:

1. O Grupo IX (Doenças do aparelho circulatório) foi o que obteve o maior volume de diagnósticos, 17 casos (20,4%), com destaque para o acidente vascular cerebral não especificado (5 casos; 6,0%) e a angina instável (4 casos; 4,8%).
2. Não houve casos dos Grupos VII (Doenças do olho e anexos) e VIII (Doenças do ouvido e apófise mastóide) em nossa amostra.
3. Os Grupos XV (Gravidez, parto e puerpério), XVI (Algumas afecções originadas no período neonatal) e XVII (Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas) não tiveram casos por motivos já explícitos nos itens 11 e 12 da página 19.
4. Devemos notar que o Grupo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) contou com 10 casos (12,0%), o que não era esperado, pois se espera que sinais e sintomas presentes na admissão sejam transformados em hipóteses diagnósticas na internação.

Não há associação significativa entre grupo diagnóstico e a época em que ocorreu a internação (Figura 9).

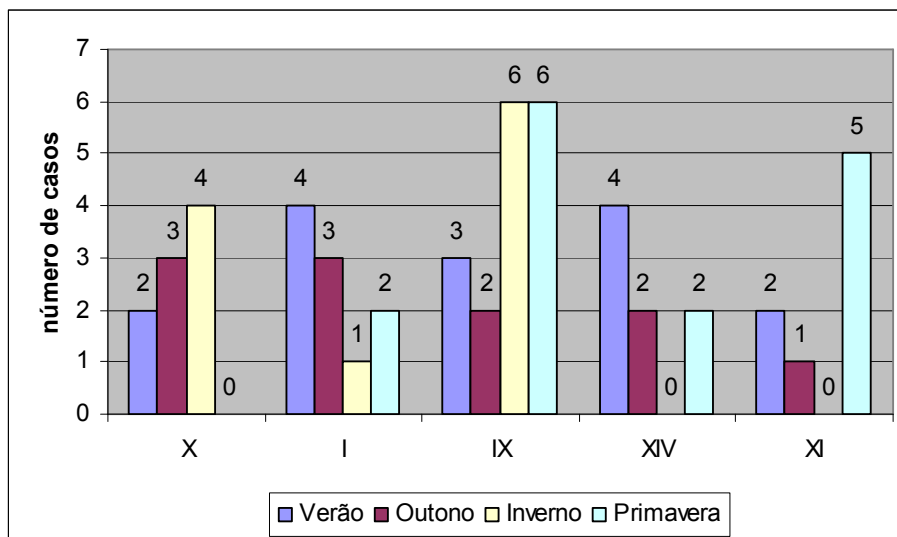


Figura 9 – Distribuição sazonal dos 5 grupos diagnósticos (CID, 10ª revisão) mais freqüentes no grupo dos internados ((X: doenças do aparelho respiratório, I: algumas doenças infecciosas e parasitárias, IX: doenças do aparelho circulatório XIV: doenças do aparelho geniturinário, XI: doenças do aparelho digestivo)

A tabela 15 enumera as 20 hipóteses diagnósticas mais freqüentes entre os não-internados, e a tabela 16, as 10 hipóteses diagnósticas mais freqüentes entre os internados.

Tabela 15 - As 20 hipóteses diagnósticas mais frequentes entre os 1.067 pacientes do grupo dos não-internados

Hipóteses Diagnósticas	Número	Percentual
Mialgia	42	5,6
Infecção do trato urinário de localização não especificada	41	5,5
Infecção aguda das vias aéreas superiores	35	4,7
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	27	3,6
Dor lombar baixa	23	3,1
Amigdalite aguda não especificada	22	2,9
Pneumonia não especificada	19	2,5
Cefaléia não especificada	19	2,5
Hipertensão essencial	18	2,4
Sinusite crônica não especificada	17	2,3
Cólica nefrética não especificada	16	2,1
Dor abdominal não especificada	15	2,0
Asma não especificada	11	1,5
Dor torácica não especificada	10	1,3
Dor epigástrica	10	1,3
Transtorno ansioso não especificado	9	1,2
Transtorno não especificado do sistema nervoso autônomo	9	1,2
Dispepsia	9	1,2
Pielonefrite	9	1,2
Enxaqueca, sem especificação	9	1,2
TOTAL	371	49,4

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

Tabela 16 - As 10 hipóteses diagnósticas mais frequentes entre os 71 pacientes do grupo dos internados

Diagnóstico	Número	Percentual
Acidente vascular cerebral não especificado	5	6,0
Angina instável	4	4,8
Infecção do trato urinário de localização não especificada	4	4,8
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3	3,6
Pancreatite aguda	3	3,6
Doença pelo HIV não especificada	3	3,6
Abcesso periamigdaliano	2	2,4
Obstrução intestinal não especificada	2	2,4
Dor torácica não especificada	2	2,4
Febre não especificada	2	2,4
TOTAL	30	36,0

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

5 DISCUSSÃO

Este estudo ao descrever o perfil da população atendida na emergência de clínica médica do HU, encontrou como principais resultados: predomínio de mulheres, jovens, procedentes em sua maioria de Florianópolis, residentes próximos ao hospital, que procuram o SE/HU durante o dia. A radiografia de tórax foi o exame mais solicitado, os pacientes foram mais frequentemente encaminhados para casa e as doenças do aparelho respiratório predominaram. Estes dados são similares àqueles descritos há vários anos por Peixoto Filho *et al.*⁸ e demonstram o perfil de uma população específica de um hospital geral.

A distribuição dos pacientes atendidos no SE, por sexo, nos grupos estudados acompanhou aquela da população de Florianópolis¹⁶ onde o número de pessoas do sexo feminino é superior ao do masculino. Esta superioridade de freqüência feminina é também observada em outros estudos.^{8,13,18-20} Embora existam dados controversos em outros estudos.^{6,21} Além disso, Anson¹⁸ afirma que a mulher percebe e reporta sintomas, e procura ajuda mais frequentemente do que o homem.

Os grupos etários de pacientes mais jovens foram os mais atendidos, o que foi demonstrado também em outros trabalhos.^{1,6-8,18-19} Notou-se em nosso estudo que no grupo dos não-internados, as três faixas etárias de pacientes mais jovens corresponderam a mais da metade do número de atendimentos, elas também correspondem a mais da metade da população de Florianópolis,¹⁶ podendo-se observar certa relação entre o perfil da população de Florianópolis e do SE de CM/HU. Vimos que entre os pacientes internados, a média de idades é maior, fato descrito também no estudo de Rodriguez *et al.*¹ e Downing *et al.*¹⁹

Quanto à cidade de procedência, no grupo dos não-internados, 88,4% dos pacientes eram de Florianópolis, valor muito próximo ao encontrado nos estudos de Peixoto Filho *et al.*,⁸ Souza,²¹ Silvério *et al.*²² e Furtado *et al.*⁷. Poder-se-ia inferir que a população do interior não está sujeita a urgências médicas com a mesma freqüência dos que moram numa cidade grande, ou porque tem uma densidade populacional menor, ou por estarem sendo atendidos em outros serviços.⁷

Em relação ao bairro, nosso estudo encontrou valores próximos aos descritos por Souza²⁰. Muitos autores^{7,8,13,21-22} descrevem a importância do fator geográfico na procura por determinado hospital, o que foi visto também em nosso trabalho, já que mais da metade da demanda residia próximo ao hospital, ou seja, no distrito no qual está inserido o HU.

Em concordância com outros estudos,^{1,2,6,8,19,22} a procura pelo serviço de emergência é predominante durante o dia. Concluímos que a distribuição dos atendimentos ao longo do dia obedece ao ciclo natural de sono/vigília dos seres humanos.¹³

É importante salientarmos que a demanda ao SE/CM do HU dobrou nos últimos 16 anos, sendo que a média de atendimentos diários encontrados no estudo de Peixoto Filho *et al.*⁸ era de 64 pacientes. A distribuição destes pacientes quanto ao horário de chegada ao SE demonstrou um aumento proporcional em nosso estudo. Em 1988, a equipe do SE em clínica médica do HU constava de 2 médicos, 4 estudantes de medicina, 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem.⁸ Hoje consta de 2 médicos durante o dia e 1 à noite, 1 residente, 4 estudantes de medicina, 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem. É importante perceber que apesar da demanda de pacientes ter dobrado, o número de funcionários destinados ao atendimento deste setor continua praticamente o mesmo.

Em 1988, Peixoto Filho *et al.*,⁸ observaram diferença significativa na procedência dos pacientes internados e dos não-internados, fato que também ocorreu em nosso estudo.

Na distribuição mensal dos atendimentos, observou-se certo equilíbrio nos números, tanto no grupo dos não-internados como dos internados, este equilíbrio foi visto também no estudo de Furtado *et al.*⁷. Tal fato não era esperado, já que Florianópolis é uma cidade turística que vê sua população aumentar de 300 mil para próximo a 1 milhão de pessoas na temporada de verão,²³ esperando-se uma procura maior pela emergência nesta época. Este equilíbrio não é observado em outros estudos.^{1,2,4,13,19,25} Na primavera se deu o maior número de atendimentos, o que ocorreu também no estudo de Silvério *et al.*²² É importante notar que este estudo foi realizado somente durante um ano, portanto, essa variação mensal não pode ser aplicada para todos os anos.

Encontramos um aumento significativo das doenças do aparelho respiratório no outono e no inverno (ver figura 8), achado também de outros estudos,^{7,8,21} o que pode ser explicado pelas freqüentes mudanças de temperatura nesta época²¹ e pela permanência das pessoas em lugares menos arejados por longos períodos.²⁶

Em nosso estudo a maior procura por atendimento se dá nos dias de semana, como descrito em outros estudos,^{3,7,13,19,25} porém a maioria destes refere a segunda-feira como o dia de maior procura^{7,19,25} o que não foi constatado em nosso estudo.

É importante observar que nos dois grupos de pacientes, as 10 queixas mais freqüentes são responsáveis por praticamente metade do total de queixas referidas, denotando a importância do conhecimento do profissional quanto às doenças que possam ter como sinais/sintomas tais queixas. Jacobs, *et al.*¹³ em seus estudos, observaram a alta incidência de

queixas de febre e dispnéia, as quais estavam presentes em nossos achados também. Vários sinais/sintomas de doenças crônicas estiveram presentes em nossa amostra, por exemplo mialgia, dor articular (ver Apêndice); o que demonstra que casos ambulatoriais muito frequentemente comparecem ao SE para um manejo que deveria estar ocorrendo ambulatorialmente. Algumas publicações ressaltam este fato.²⁷⁻²⁸ Ainda não se compreende bem os mecanismos fisiopatológicos da dor crônica, as intervenções devem ser multiprofissionais, o manejo deste paciente é dificultado, ou seja, o tratamento definitivo da dor crônica não é função do SE.²⁸

Quando analisamos a variável “encaminhamento”, não pudemos deixar de notar a grande quantidade de pacientes em que o encaminhamento não foi especificado, denotando a falta do total preenchimento da ficha de emergência, o que foi observado também por Silvério *et al.*²² e Lazaro *et al.*²⁰ Dentre aqueles em que este campo foi preenchido, obtivemos um maior número de encaminhamentos para casa, o que foi observado também em estudo prévio no HU⁸. Porém, ao compararmos tal variável com o estudo de Peixoto Filho *et al.*,⁸ a proporção em nosso estudo é menor, sendo contrabalanceada por um aumento nos encaminhamentos ao ambulatório. Tal fato, talvez possa ser explicado pela implantação de um maior número de Postos de Saúde e com o implemento de algumas modificações nos serviços pelo Ministério da Saúde nestes últimos anos.^{7,12,29} Quanto ao percentual de pacientes internados, houve um pequeno decréscimo nestes 16 anos, o percentual encontrado em outros estudos geralmente é maior, variando de 10 a 70%.^{13,20,26}

Quanto aos exames complementares solicitados, não houve mudança quando comparado com o estudo de Peixoto Filho *et al.*,⁸ sendo que a radiografia de tórax continua a ser o mais solicitado. Porém, observamos em nosso estudo que quando houve necessidade de internação, o exame mais solicitado foi o hemograma, com uma diferença significativa em relação aos dois grupos de pacientes.

Quanto à discussão sobre as hipóteses diagnósticas no grupo dos não-internados, torna-se importante falarmos novamente do não completo preenchimento das fichas de emergência, fato que foi flagrante na observação desta variável. As 20 hipóteses diagnósticas mais frequentes correspondem à metade de todas as hipóteses presentes nesse grupo. O capítulo X (Doenças do aparelho respiratório) esteve entre os mais frequentes em vários estudos,^{8,13,22} em concordância com nossos achados. Ainda em concordância com os achados de Peixoto Filho *et al.*,⁸ são prevalentes em nosso estudo as doenças do aparelho geniturinário, circulatório e do capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte). Em nossa amostra, o

grupo de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (XIII) se destacou quanto à sua freqüência, o que não ocorreu 16 anos atrás,⁸ as mialgias foram as grandes responsáveis por este aumento. É importante lembrar que a mialgia faz parte do quadro clínico de doenças ocupacionais, relacionadas ao trabalho, e que nos últimos anos cresceu em dimensões epidêmicas em vários países do mundo, apresentando-se como doenças de difícil manejo por parte das equipes de saúde.³⁰ No grupo dos internados, assim como no estudo de Peixoto Filho *et al.*,⁸ as doenças do aparelho circulatório foram as mais freqüentes.

Quinze das principais hipóteses diagnósticas levantadas no estudo de Peixoto Filho *et al.*⁸ estiveram presentes em nosso estudo no grupo dos não-internados. Porém, no grupo dos internados somente dois diagnósticos se repetiram. Jacobs, *et al.*¹³ também relataram a alta incidência dos diagnósticos pertencentes aos capítulos XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte).

Levando em consideração a distribuição sazonal dos principais grupos diagnósticos, observamos que, diferente do que ocorre com os outros grupos, as doenças do aparelho respiratório são mais freqüentes no outono;²² tal associação, porém, não pode ser feita para outros grupos diagnósticos, que têm sua freqüência no decorrer do ano praticamente constante.

Limitações do estudo

A utilização da codificação das hipóteses diagnósticas pelo CID, 10ª revisão, nos trouxe uma dificuldade relacionada à grande utilização do CID “R” (capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte). Muitos dos sinais e sintomas encontrados podem ser causados por doença pertencentes a diferentes aparelhos¹³ e, conseqüentemente, encaixar-se-iam em um capítulo diferente do CID. Esta prática pode estar associada à falta de um conhecimento melhor do CID ou à conduta do médico em considerar mais fácil o preenchimento da ficha desta forma, ou seja, sem ter a necessidade de associar o sinal/sintoma do paciente a um diagnóstico. Outra dificuldade encontrada ocorreu quanto à coleta dos dados, as fichas de emergência além de serem armazenadas em local insalubre para a saúde humana, são muitas vezes preenchidas incorretamente, com letra ilegível ou não são completamente preenchidas, dificultando a realização do estudo. Seria interessante a criação de um banco de dados informatizado como os que foram citados nos estudos de Christian Jacobs *et al.*¹³ e Soares *et al.*,¹² o que facilitaria muito as pesquisas futuras em nosso SE. O estudo compreende casos de uma única instituição

com características próprias, razão pela qual apresenta limitações para ser generalizado para outros serviços.

Contribuições do estudo

Sugerimos que nosso estudo venha a servir como um banco de informações para o estabelecimento de estratégias locais e subsídios nos processos de organização, planejamento e tomada de decisões quanto à política de saúde direcionada a este tipo de atendimento e a este serviço em particular,^{7,8,13,31} já que dados de outras unidades não podem ser simplesmente transpostos como verdadeiros para a realidade do HU/UFSC.⁸

Este tipo de estudo pode auxiliar na montagem de uma lista de CIDs mais freqüentes que poderiam estar disponíveis nos SE e que auxiliariam o profissional no correto preenchimento das fichas de atendimento.

Esperamos que este trabalho possa trazer respostas e também questionamentos quanto ao reconhecimento da população que faz uso deste serviço, e que este assunto passe a ser uma preocupação de muitos, para que no futuro possa se oferecer um serviço de qualidade, a um custo justificável. Planejar o investimento de recursos adequando o ensino médico à prática, voltando o enfoque para doenças mais freqüentes,^{22,31} estimular a utilização das informações e registros em saúde, de modo que estas subsidiem as áreas de assistência, pesquisa e ensino⁷, e formar profissionais que estejam cientes do perfil da demanda que irão atender, poderão contribuir muito com a melhoria dos serviços de emergência. Deixa-se aqui a sugestão para que se reforce dentro do ensino médico a importância do completo e correto preenchimento da ficha de atendimento para que posteriores estudos possam ser feitos com mais fidedignidade.

Futuros trabalhos

Como descrito na metodologia, este foi um estudo descritivo, observacional e retrospectivo, portanto, sugere-se a realização de um novo estudo, prospectivo, longitudinal, para que se tenha uma qualidade maior da coleta de dados.

6 CONCLUSÕES

O perfil da população atendida no serviço de emergência em clínica médica do HU/UFSC caracteriza-se por ser do sexo feminino, jovem, procedente de Florianópolis, residindo próximo ao hospital, que procura o serviço nos dias de semana, durante o dia. Geralmente queixando-se de cefaléia ou dor abdominal, sendo diagnosticado na maioria das vezes doenças do aparelho respiratório e empregando-se como exame complementar com maior frequência a radiografia de tórax. Os resultados obtidos são similares aos do estudo prévio realizado no HU e da literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodriguez JP, Sánchez ID, Rodriguez RP. Urgências clínicas, comportamento según su gravedad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17 (4): 329-55.
2. Fajardo OG e col. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especializadas. *Cir Cir.* 2000; 68(4): 165-8.
3. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgents visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health.* 2003; 117: 250-5.
4. Schneider S, Zwemer F, Doniger A, Dick R, Czapranski T. Rochester, New York: a decade of emergency department overcrowding. *Acad Emerg Med.* 2001; 8 (11): 1044-9.
5. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' perspective on choosing emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs.* 2005; 31 (5): 439-45.
6. Lang T, Davido A, Diakitè B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol.* 1997; 13: 223-8.
7. Furtado BMASM, Araújo JJLC, 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): 279-88.
8. 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.
9. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract.* 2002; 19(2): 207-10.
10. Mustard CA, Kozyrskyj AL, Barer ML, Sheps S. Emergency department use as a component of total ambulatory care: a population perspective. *Can Med Assoc J.* 1998, Jan. 13; 158(1): 49-55.
11. Manfredini R, La Cecília O, Boari B, Steliu J, Michelini V, Carli P, *et al.* Circadian pattern of emergency calls: implications for ED organization. *Am J Emerg Med.* 2002, July; 20(4):282-6.
12. Soares MF, Oliveira LL, Forno MMD, Gomes DS. Reestruturação do sistema de gestão de informações e registros de saúde do Hospital Universitário Antonio Pedro – HUAP/UFF. [artigo na Internet] [acesso em 16 de março de 2006] Disponível em: www.icm/9.org/program/track3/public/documents
13. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. *Ver Assoc Med Brás.* 2005; 51 (6): 348-53.
14. Congresso discute a atual situação das emergências. *Sociedade Médica em Revista.* [periódico na Internet] 2005, dez; [acesso em 18 de março de 2006]. Disponível em: www.somerj.com.br/revista/200512/2005_12_saudepublica.htm

15. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. [homepage na Internet] [atualizada em 12 de dezembro de 2005; acesso em 18 de março de 2006]. Disponível em:
http://datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4205403157245
16. Organização Mundial da Saúde. CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 3ª ed. 10ª rev. São Paulo: Edusp, 1996.
17. Prefeitura Municipal de Florianópolis. [homepage na Internet] [atualizada em 22 de novembro de 2005; acesso em 24 de abril de 2006]. Disponível em:
www.pmf.sc.gov.br
18. Rumel D, Toscano CM, Mengue SS, Duncan BB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2004.
19. Barakat SFC. Caracterização da demanda do serviço de emergências clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo [Tese doutorado na internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004 [acesso em 02 de abril de 2006]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde07112005-174138/>
20. Souza JE. Avaliação da necessidade de atendimento no serviço de emergência do Hospital Governador Celso Ramos: Um estudo transversal. [Trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1996.
21. Anson O. Gender differences in the utilization of the emergency department services. *Women Health*. 1991, May; 17(2): 91-104.
22. Downing A, Wilson R. Temporal and demographic variations in attendance at accident and emergency departments. *Emerg Med J*. 2002; 19: 531-5.
23. Lazaro APB, Sá FC. Estudo do perfil da demanda dos serviços de emergência referenciada do Hospital Estadual Sumaré “Dr. Leandro Franceschini”. XII Congresso Interno de Iniciação Científica da UNICAMP. 2004, set 22-4; São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas. [acesso em 02 de abril de 2006]. Disponível em:
www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xiicongresso.pdf
24. Silvério A, Marasciulo AC, Moritz JAW. Perfil da clientela do serviço de emergência pediátrica do Hospital Universitário da UFSC, 01994. *Arq Cat Méd*. 1996; out/dez; 25(4): 311-5.
25. Convention Visitors Bureau [homepage na Internet]. [atualizado em 16 de março de 2006; acesso em 26 de abril de 2006]. Disponível em:
www.florianopoliscvb.com.br/textos.asp
26. Rodríguez GM, Hernández JJC. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgências hospitalario. *Rev Esp Salud Pública*. 2005, enero-febrero; 79(1): 5-15.
27. Tancredi D, Kuenneth C. Study em emergency department usage [dissertação]. Sacramento: UC Davis School of Medicine. 2005 [acesso em 20 de abril de 2006]. Disponível em: <http://som.ucdavis.edu/research/chsrpc/ProjectsPast/frequented/>
28. Baker, K. Chronic pain syndromes in the emergency department: Identifying guidelines for management. *Emerg Med Australas*. 2005; 17: 57-64.

29. Tanaka O Y, Rosenburg C P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). Rev Saúde Públ. 1990; 24(1): 60-8.
30. Oliveira RMR. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. [acesso em 05 de maio de 2006]. Disponível em: <http://portaldeses.cict.fiocruz.br/transf.php>
31. Shan MN, Heppard B, Medina-Walpole A, Clark NS, McCann R. Emergency medicine management of the geriatric patient: an educational program for medical students. J Am Geriatr Soc. 2005, Jan; 53(1): 141-5.

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

Número: _____

Data: _____

Horário de Atendimento: _____

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Procedência: _____

Estado Civil: _____

Queixa Principal: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Exames Solicitados:

Internação: S () N ()

Encaminhamento: Qual? _____

Medicação(ões) utilizada(s) na Emergência: _____

Parecer solicitado: _____

APÊNDICE

APÊNDICE 1
AS 40 QUEIXAS MAIS REFERIDAS PELOS PACIENTES NÃO-INTERNADOS

1. CEFALÉIA: 147
2. DOR ABDOMINAL: 144
3. DOR TORÁCICA: 111
4. TOSSE: 107
5. FEBRE: 102
6. DOR LOMBAR: 90
7. NÁUSEAS: 85
8. DISPNEIA: 75
9. VÔMITOS: 66
10. DOR DE GARGANTA: 49
11. TONTURA: 45
12. DIARRÉIA: 29
13. DOR ARTICULAR: 27
14. DISÚRIA: 26
15. PRURIDO: 26
16. PARESTESIA: 26
17. LESÕES DE PELE: 23
18. EDEMA: 21
19. OTALGIA: 19
20. MAL-ESTAR: 18
21. DOR EM MEMBROS: 18
22. FRAQUEZA: 18
23. PALPITAÇÕES: 17
24. CORIZA: 16
25. MIALGIA: 16
26. PICADA DE INSETO: 15
27. PERDA DA CONSCIÊNCIA: 10
28. TREMORES: 10
29. ASTENIA: 9
30. POLACIÚRIA: 9
31. ANOREXIA: 8
32. ELEVAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL: 7
33. INGESTÃO DE MEDICAMENTOS OU SUBSTÂNCIAS TÓXICAS: 7
34. DISFAGIA: 6
35. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: 6
36. HEMATÚRIA: 5
37. PIROSE: 5
38. HEMATÊMESE: 5
39. EPISTAXE: 5
40. FONOFOBIA: 4