

## ARTIGO ORIGINAL

# Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

Vanessa Priscilla Martins da Silva<sup>1</sup>, Ana Kris da Silva<sup>1</sup>, Roberto Henrique Heinisch<sup>2</sup>,  
Liana Miriam Miranda Heinisch<sup>3</sup>

### 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 transversal

**Método:** Tendo como material de análise as fichas de atendimentos de 1138 casos deste serviço, no ano de 2004, subdivididos em dois grupos de amostragem: pacientes internados (PI n=71) e não internados (PNI n=1067). Elaborou-se um instrumento de avaliação para coleta e tabulação dos dados, através do qual variáveis como: sexo, idade, horário de chegada à emergência, dia da semana e mês do atendimento, procedência, queixa, hipótese diagnóstica, exame(s) complementar(es) solicitado(s) e encaminhamento foram coletadas. Para a análise estatística utilizaram-se os testes T de Student e qui-quadrado (significante  $P < 0,05$ ), comparando-se os grupos.

**Resultados:** Pacientes do sexo feminino e jovens predominaram em ambos os grupos PI e PNI, com média de idade de 37,8 anos nos não-internados e 52,6 nos internados. Observou-se que em ambos os grupos os pacientes residiam em Florianópolis, nas proximidades do HU e foram atendidos durante o dia, em dias úteis. Destes pacientes metade recebeu alta. Entre os não internados a cefaléia (8,0%) foi a queixa mais freqüente, as doenças do aparelho respiratório (21,5%) predominaram e a radiografia de tórax foi o exame mais

solicitado (20,1%). Entre os internados a dispnéia (7,3%) foi a queixa mais freqüente, as doenças do aparelho circulatório (20,4%) predominaram e o hemograma (27,2%) o exame mais solicitado.

**Conclusão:** O perfil da população atendida no SE/CM do HU/UFSC é jovem do sexo feminino, procedente das proximidades dos próprio hospital, atendidos durante o dia e em dias úteis. Resultados que coincidem com os de outros estudos de serviços de emergência brasileiros.

**Descritores:** 1. Serviços Médicos de Emergência;  
2. Perfil de Saúde;  
3. Epidemiologia.

### Abstract

**Objective:** The objective of this study was to identify the clinical and epidemiological profile of the population attended in the Clinical Medicine Emergency Department (ED) of the University Hospital of the Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

**Design:** It is a transversal study.

**Methods:** The data were obtained from 1138 cases of the 2004 ED records at the HU-UFSC, subdivided in two groups: admitted (n=71) and non-admitted (n=1067). A research form was created to study the variables gender, age, time of arrival, day of the week and month, residence, complaints, diagnosis, additional exams and disposal. The both groups are compared. For the statistical analysis were used the t-Student and chi-square tests (significant  $P < 0.05$ ).

**Results:** Young female patients predominated in both groups, the median of the ages was of 37.8 years for those who were not admitted and 52.6 years for those

<sup>1</sup>Médica graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

<sup>2</sup>Doutor em Cardiologia – USP; Mestrado em Medicina Interna – UFSC; Professor do Departamento de Clínica Médica – UFSC

<sup>3</sup>Doutora em Engenharia de Produção – UFSC; Mestre em Medicina Interna – UFSC; Professora do Departamento de Clínica Médica – UFSC

who are. The majority of patients in both groups was from Florianópolis (88.4%), residing near to HU/UFSC (52.8%), arrived during the day (67.2%). Half of them were sent home right after consultation.

For the non-admitted, headache (8.0%) was the most frequent complaint, diseases of the respiratory tract (21.5%) were the most common diagnosis and the thorax x-ray (20.1%) was the exam more frequently requested. For the admitted group dyspnea was the most frequent complaint, diseases of the circulatory tract (20.4%) were the most common diagnosis and the hemogram (27.2%) the exam more frequently requested.

**Conclusions:** The population profile attended at ED of the HU/UFSC is young, feminine, live near to hospital, looking for the service in the useful days and during the day. The obtained results are similar to the other Brazilian studies.

**Key words:** 1. *Emergency medical services;*  
2. *Health Profile;*  
3. *Epidemiology.*

## 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<sup>1-11</sup>. O conhecimento das características da população que frequenta um serviço de emergência, constitui-se como uma ferramenta de planejamento das ações em saúde objetivando diminuir as superlotações nos serviços de emergência (SE)<sup>3,4</sup>, visto que tais informações representam um instrumento importante na gestão de ações do serviço de saúde, resultando em dados fundamentais no delineamento do perfil epidemiológico da população e conseqüentemente demanda do sistema de saúde<sup>12</sup>.

Estudo epidemiológico semelhante foi realizado em 1990, por Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup> que propuseram-se a estudar o perfil da população que freqüentava este mesmo serviço de emergência em clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (SE/CM/HU/UFSC). É relevante a consideração que, decorridos 16 anos, o Ministério da Saúde empreendeu modificações nos serviços de saúde, sendo a principal delas a municipalização do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da assistência

básica<sup>3</sup>. Assim, nos parece importante a realização de um novo estudo neste serviço, a fim de verificarmos se houve mudança na demanda.

O HU/UFSC é um hospital geral conveniado exclusivamente ao SUS que conta com 927 profissionais dos quais 220 médicos. Dispõe de 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 cirúrgico<sup>13</sup>.

Este estudo se propôs a verificar o perfil da demanda da emergência de clínica médica do HU/UFSC, de forma a colaborar no planejamento e execução de ações de saúde e adequação do setor de emergência às suas reais funções e pretende ajudar a evidenciar o papel que as doenças de manejo clínico assumem hoje no setor de emergência de um hospital.

## Métodos

O presente estudo é do tipo transversal fundamentado na análise das fichas dos atendimentos prestados na Emergência de Clínica Médica do HU da UFSC, no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2004.

Os pacientes foram divididos em dois grupos: PNI – pacientes não internados e PI – pacientes que tiveram como desfecho a internação. Os dados referentes ao atendimento dos PNI, foram obtidos através das fichas de atendimento, arquivadas no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HU, isto porque as fichas de atendimento dos pacientes internados são arquivadas juntamente aos prontuários dos mesmos.

**Pacientes não internados:** Sabendo-se que o total de atendimentos no período compreendido entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2004 correspondeu a 54.317, utilizou-se o programa estatístico Epi Info<sup>14</sup> para o cálculo desta amostra e obedecendo os seguintes critérios: população de 54.317, freqüência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 1.067 fichas.

A fim de conferir a aleatoriedade na retirada da amostra, foi estimado o número de centímetros que corresponde as 54.317 fichas. Sabendo-se então do número de fichas por centímetro, realizou-se a partir de um ponto qualquer da pilha a retirada sistemática de uma ficha a cada 7 centímetros.

Do total de fichas retiradas, 57 consideradas incompletas ou com dados incompreensíveis foram substituídas pelas fichas seguintes.

**Pacientes internados:** Segundo o SAME, no ano de 2004, foram realizados 54.317 atendimentos. Sendo que 4,3% (2.329 pacientes) destes resultaram em internação.

Para o cálculo desta amostra utilizou-se o programa estatístico Epi Info<sup>14</sup> e com os seguintes critérios: população de 2.329, frequência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 99%, resultando em um total de 71 prontuários de pacientes.

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.

**Coleta de dados:** Para a coleta de dados elaborou-se um instrumento de pesquisa contendo informações quanto à idade, sexo, procedência, horário de atendimento, queixa principal, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e encaminhamento realizado.

Variáveis analisadas:

- Idade: 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;

- Sexo: feminino ou masculino;

- Procedência: refere-se à cidade de procedência. Quando o paciente era procedente de Florianópolis coletou-se também o bairro de origem;

- 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;

- Data do atendimento: observando-se dia, mês e dia da semana em que ocorreu o atendimento;

- Queixa(s) principal(is): 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;

- Hipóteses diagnósticas: a catalogação dos diagnósticos foi feita conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª revisão<sup>15</sup>;

- 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.

**Análise Estatística:** As variáveis categóricas foram expressas por número e porcentagem. As variáveis contínuas foram expressas pelas medidas de tendência central. Algumas variáveis contínuas foram categorizadas. 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<sup>16</sup> e analisados no programa Epi Info<sup>14</sup>.

**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.

## Resultados

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 ( $P > 0,05$ ).

A média de idade no grupo PNI foi de 37,8 anos com desvio padrão de 17, idade mínima de 14 e máxima de 91 anos. Entre os PI a média foi de 52,6 anos com desvio padrão igual a 20, 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 está apresentada na Tabela 1.

A maior parte dos pacientes atendidos era procedente da cidade de Florianópolis (Tabela 2) porém entre os grupos PNI e PI observou-se diferença já que no grupo dos internados observou-se uma população mais significativa procedente da Grande Florianópolis ( $P < 0,05$ ). Constatou-se que a maior parte dos PNI oriundos de Florianópolis residia no bairro Trindade (6,3%) onde também se localiza o Hospital Universitário, seguido do bairro Tapera (5,2%) e Itacorubi (4,8%). No grupo dos

internados, os bairros mais frequentes foram Itacorubi e Trindade, com 5 (9,6%) e 4 (7,7%) casos respectivamente.

Considerando-se o horário de chegada ao setor de emergência, observou-se em ambos os grupos que a maior procura ocorreu durante o dia (67,2%) -Tabela 3. Não se observou correlação entre o horário de chegada no SE e internação do paciente ( $P > 0,05$ ).

O mês de abril apresentou um maior número de atendimentos (9,2% dos atendimentos) e foi o menor no mês de julho (5,5% dos atendimentos) no grupo PNI, enquanto que no grupo PI, a maior ocorrência se deu nos meses de janeiro (9,8% dos atendimentos) e março (também 9,8%). Relacionando-se o mês do atendimento à internação do paciente, não se observa diferença estatisticamente significativa ( $P > 0,05$ ).

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

Analisando-se 1.067 fichas do grupo PNI, 1.826 queixas foram relatadas, num universo de 138 tipos diferentes de queixas, enquanto dos 71 pacientes internados, verificaram-se 123 queixas, classificadas em 49 tipos de queixas (Tabelas 4 e 5). No grupo PI as queixas mais frequentes foram dispnéia, dor torácica e febre, enquanto entre os PNI os motivos de consulta mais comuns foram cefaléia, dor abdominal e dor torácica.

O encaminhamento dado aos pacientes do grupo dos não-internados está representado na Tabela 6. Destacando-se que 70% dos campos não estavam preenchidos e considerando apenas as fichas preenchidas, 50% dos pacientes foram encaminhados para casa sem outras determinações.

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 7 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. Observa-se associação significativa entre solicitação do hemograma no grupo PI ( $P < 0,05$ ), o que não acontece com a radiografia de tórax.

Foram formuladas apenas 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.

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. Sete casos (0,9%) de acidentes com animais e plantas venenosas foram registrados.

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. Deve-se 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, já que supõe-se 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.

A Tabela 8 enumera as 20 hipóteses diagnósticas mais frequentes entre os não-internados, e a Tabela 9 as 10 hipóteses diagnósticas mais frequentes entre os internados.

## Discussão

A distribuição por sexo dos pacientes atendidos neste SE, nos grupos estudados apresentou o mesmo perfil da população de Florianópolis<sup>17</sup> onde o número de indivíduos do sexo feminino é superior ao do masculino, diferindo do estudo de Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup> que, estudando o mesmo serviço em 1988, encontrou predomínio de

mulheres entre os não internados (1,4:1) e de homens entre os internados (1,4:1). Luz<sup>18</sup>, estudando o perfil de outro hospital geral de Florianópolis, encontrou entre os pacientes atendidos homens (51,4%) e mulheres (48,6%), enquanto Souza<sup>19</sup> (52% de mulheres) observou valores semelhantes, assim como os estudos de serviços brasileiros de Jacobs *et al.*<sup>20</sup> (53,1% de mulheres) e Barakat<sup>21</sup> onde também constataram discreta superioridade feminina entre os indivíduos atendidos.

No grupo dos não-internados as três faixas etárias de pacientes mais jovens (14 – 44 anos) corresponderam a mais da metade do número de atendimentos, coincidindo com o fato de corresponderem a mais da metade da população de Florianópolis<sup>17</sup>, podendo-se observar certa relação entre o perfil da população de Florianópolis e do SE de CM/HU. Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup> observou a mesma relação neste mesmo SE em 1988, inclusive com resultados semelhantes se considerarmos as médias de idade: 30,8 anos PNI com intervalo interquartil de 21,3 anos e média de 55,9 anos PI, com intervalo interquartil de 24 anos. Furtado *et al.*<sup>3</sup>, estudando o perfil de um hospital de Recife, observou que duas faixas etárias juntas (20 a 29 e 30 a 49 anos) concentravam mais da metade (59,6%) dos atendimentos. No entanto, pacientes mais velhos apresentam com mais frequência doenças que requerem atenção hospitalar<sup>22</sup>. Logo, num SE seria esperado encontrarmos uma proporção de atendimentos bem superior de indivíduos mais velhos. Furtado *et al.*<sup>3</sup> obteve como a maior parcela de todos os atendimentos, independente do desfecho, composta por faixas etárias mais jovens (20-49 anos), assim como Luz<sup>18</sup> (53,6% dos pacientes compreendidos na faixa etária de 20-39 anos) enquanto Souza<sup>19</sup> obteve média de idades de 33,6 anos com desvio padrão de 14,3 anos em estudo realizado em Florianópolis. Considerando os PI, a média de idade foi maior, em concordância com as observações dos estudos de Rodríguez *et al.*<sup>9</sup> e Downing *et al.*<sup>23</sup>.

Alguns autores apontam que um maior uso do SE está relacionado a menor distância do SE à moradia do paciente<sup>19,24</sup> e descrevem a importância do fator geográfico na procura por determinado hospital<sup>3,8,20,23,25</sup>, confirmando este padrão na análise realizada onde: 84% PNI e 74,6% dos PI eram de Florianópolis. Em estudo realizado em 1996 em outro hospital de Florianópolis esta correlação de proximidade também já foi observada em 90% dos atendimentos<sup>19</sup>. Em 1988, Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup>, observaram diferença significativa na procedência PI de 56,7% e PNI de 83,7%, maior parte oriunda de Florianópolis, porém com menor número de indivíduos

no grupo dos internados, observação coincidente às deste estudo.

Observou-se que um dos principais bairros de origem dos pacientes é a Trindade, bairro onde se localiza o HU, e que possui Posto de Saúde. Considerando que a maior procura pelo SE ocorre durante o dia e há condição de disponibilidade de atendimento em Posto de Saúde neste bairro, torna-se inevitável questionar a motivação do paciente a procurar o SE, Howard *et al.*<sup>4</sup> em consideração pertinente ressalta o fato de que na nossa sociedade têm uma cultura imediatista, onde os “consumidores” esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos. Luz<sup>18</sup> refere como o motivo mais citado pelos pacientes para a procura ao SE, a proximidade em relação ao domicílio, trabalho ou ao local do acidente.

Este estudo constatou que a maior procura ao SE ocorre durante o dia em ambos os grupos PI e PNI. Fajardo-Ortiz *et al.*<sup>2</sup>, em hospital mexicano, também observou maior procura pelo SE durante o dia, com apenas 14,5% durante a noite, coincidente com os dados de Jacobs *et al.*<sup>20</sup> que referiram que 86,1% dos atendimentos ocorreram entre 8h e 22h59. Rodríguez *et al.*<sup>9</sup> em hospital cubano, relataram maior proporção de atendimentos também durante o dia (1,8 vez mais)<sup>9</sup>, no entanto, a maior proporção de emergências ocorreu durante à noite, nos fins de semana e feriados.

Salientamos 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.*<sup>8</sup> era de 64 pacientes e enquanto que nesta avaliação encontramos uma média de 151 atendimentos diários e, apesar disso, o número de funcionários destinados hoje ao atendimento deste setor ainda continua praticamente o mesmo.

Na distribuição mensal dos atendimentos, observou-se certo equilíbrio nos números, tanto no grupo dos não-internados como dos internados, como no estudo de Furtado *et al.*<sup>3</sup> Tal observação surpreendeu, já que Florianópolis é uma cidade turística que vê sua população aumentar de 400 mil para próximo a 1 milhão de pessoas na temporada de verão<sup>17</sup>, esperando-se uma procura maior pela emergência nesta época o que não se confirmou em nenhum dos dois estudos. Porém este equilíbrio não foi observado no estudo de Jacobs *et al.*<sup>20</sup> em Salvador na Bahia, onde observou um número maior de atendimentos nos meses de janeiro, março e maio.

Os dias úteis são os eleitos na procura por atendimento, em concordância com o descrito em outros estudos<sup>1,3,20</sup>, alguns destes referindo a segunda-feira

como o dia de maior procura<sup>3,20</sup> o que não foi constatado por nós.

Dentre as 10 queixas mais frequentes (cefaléia, dor abdominal, dor torácica, tosse, febre, dor lombar, náuseas, dispnéia, vômitos e dor de garganta) estão pelo menos metade do total de queixas referidas, denotando a importância do conhecimento do profissional quanto às doenças que possam tê-las como sinais/sintomas. Para Jacobs *et al.*<sup>20</sup> as causas mais frequentes de atendimento foram febre (5,6%), diarreia e gastroenterite (4,5%), dispnéia (4,1%), hipertensão essencial (4%) e dor abdominal (3,9%) independentemente de resultar ou não em internação. Em nossa amostra vários sinais/sintomas de doenças crônicas estiveram presentes, por exemplo mialgia, dor articular, demonstrando que casos não emergenciais muito frequentemente comparecem ao SE para um manejo que poderia e deveria estar ocorrendo ambulatorialmente<sup>26,27</sup>.

Analisando a variável “encaminhamento”, nota-se grande quantidade de pacientes onde o encaminhamento não foi especificado, denotando a falta do total preenchimento da ficha de emergência, também observado por Silvério *et al.*<sup>28</sup> e Lazaro *et al.*<sup>29</sup> Nas fichas analisadas onde campo foi adequadamente preenchido, observamos maior número de encaminhamentos para casa, dado confirmando estudo prévio no HU<sup>8</sup> em 1990 e Luz<sup>18</sup> em 1996 (68,9%). Porém ao compararmos tal variável com o estudo de Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup>, a proporção em nosso estudo foi menor, justificada talvez por um aumento nos encaminhamentos ao ambulatório. Tal observação poderia ser explicada pela implantação de um maior número de Postos de Saúde e no implemento de algumas modificações nos serviços pelo Ministério da Saúde nestes últimos anos<sup>3,12,30</sup>.

Aproximadamente 5% dos atendimentos realizados na Emergência de Clínica Médica do HU resultam em internação, enquanto em 1988 esta proporção era de aproximadamente 5,5%<sup>8</sup>. Jacobs *et al.*<sup>20</sup> em Salvador encontrou 10,7%, já em levantamentos realizados em outros países como Lowe *et al.*<sup>31</sup> em (San Francisco - EUA) observou 10%, e Mustard *et al.*<sup>7</sup> (Winnipeg- Canadá) 13% constatou-se maior porcentagem de PI.

Dentre os exames complementares solicitados a 33,2% dos pacientes atendidos, a radiografia de tórax (20,1%) continua a ser o mais comumente requisitado confirmando o estudo de Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup> onde observaram 27,6% de solicitações de radiografias de tórax entre os PNI. Luz<sup>18</sup> estudando outro hospital geral de Florianópolis notou que em 20,9% dos casos foi

solicitado algum exame complementar sem no entanto especificá-los.

As Doenças do aparelho respiratório estiveram entre as mais freqüentes em vários estudos como o de Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup>(27,5%), Jacobs *et al.*<sup>20</sup> (16,4%), Souza<sup>19</sup> (27,5%) em concordância com nossos achados. A prevalência das doenças do aparelho genitourinário, circulatório e do capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte) manteve-se no nosso SE desde 1988 como constatado por Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup>. O grupo de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo se destacou quanto à sua freqüência em nossa amostra, o que não ocorreu em 1988 com Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup>, sendo a mialgia a ocorrência mais comum. Importante ressaltar que mialgia faz parte do quadro clínico de doenças ocupacionais 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<sup>32</sup>. Dentre os PI assim como na análise realizada por Peixoto Filho *et al.*<sup>8</sup>, observamos as doenças do aparelho circulatório como as mais freqüentes (30,9%).

Observou-se a grande utilização do CID "R" (capítulo XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte), também constatada por Jacobs *et al.*<sup>20</sup> encontrado-o em 29,5% dos casos. Muitos dos sinais e sintomas encontrados podem ser causados por doença pertencentes a diferentes aparelhos<sup>20</sup> e, conseqüentemente, encaixar-se-iam em classificações diferentes. Esta prática poderia ser associada à falta de conhecimento do CID ou à conduta do médico em considerar mais fácil o preenchimento da ficha desta forma, sem a necessidade de associar o sinal/sintoma do paciente a um diagnóstico. Outra dificuldade observada no levantamento e coleta dos dados, ocorreu já que as fichas de emergência, além de serem armazenadas em local insalubre são muitas vezes preenchidas incorretamente, com letra ilegível ou de forma incompleta, dificultando a realização deste e de qualquer outro tipo de estudo ou análise. A criação de um banco de dados informatizado como os que foram citados nos estudos de Jacobs *et al.*<sup>20</sup> e Soares *et al.*<sup>12</sup>, facilitaria muito as pesquisas futuras e conseqüentemente as modificações e adaptações nos SE.

Planejar o investimento de recursos adequando o ensino médico à prática, voltando o enfoque para doenças mais freqüentes<sup>23</sup>, estimular a utilização das informações

e registros em saúde, de modo que estas subsidiem as áreas de assistência, pesquisa e ensino<sup>3</sup>, bem como a formação de profissionais que estejam cientes do perfil da demanda que irão vivenciar, poderão contribuir muito com a melhoria dos serviços de emergência.

Concluiu-se que o perfil da população atendida no serviço de emergência em clínica médica do HU/UFSC caracteriza-se como jovem, do sexo feminino, procedente das proximidades do hospital, procurando o SE preferencialmente nos dias úteis e horários tidos como comerciais. Trazem como queixas habituais a cefaléia ou a dor abdominal, são afetados na maioria das vezes por doenças do aparelho respiratório e para os quais empregou-se como exame complementar mais comum a radiografia de tórax. Resultados estes similares a estudos prévios realizados no próprio HU<sup>8</sup>, bem como em outras instituições e que possibilitam o delineando do perfil da população específica atendida num hospital geral.

#### Referências Bibliográficas:

1. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 2003;117(4):250-5.
2. Fajardo-Ortiz G, Ramírez-Fernández FA. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. *Cir Cir*. 2000;68(4).
3. Furtado B, Araujo Júnior JLC, Cavalcanti PO. 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):279-89.
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. *J Emerg Nurs*. 2005;31(5):429-35.
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;13(2):223-8.
6. Manfredini R, La Cecilia O, Boari B, Steliu J, Michelini† V, Carli† P, et al. Circadian pattern of emergency calls: Implications for ED organization. *American Journal of Emergency Medicine*. 2002;20(4):282-6.
7. Mustard CA, Kozyrskyj AJ, Barer ML, Sheps S. Emergency department use as a component of total

- ambulatory care: a population perspective. *Can Med Assoc*; 1998. p. 49-55.
8. Peixoto Filho AJ, Campos HD, Botelho LJ. Serviço de emergência em clínica médica do Hospital Universitário da UFSC: estudo do perfil da demanda. *ACM arq catarin med*. 1990;19(1):37-44.
  9. Pereda Rodríguez J, Díaz Sánchez I, Pereda Rodríguez R. Urgencias clínicas. Comportamiento según su gravedad. *Rev cuba med gen integr*. 2001;17(4):329-35.
  10. Schneider S, Zwemer F, Doniger A, Dick R, Czapranski T, Davis E. Rochester, New York: A Decade of Emergency Department Overcrowding. *Academic Emergency Medicine*. 2001;8(11):1044.
  11. 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. *Family Practice*. 19(2):207-10.
  12. Soares MF, de Lira L, Forno O, da Silva Gomes D. Reestruturação do Sistema de Gestão de Informações e Registros de Saúde do Hospital Universitário Antonio Pedro - HUAP/UFF.
  13. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. c2005 - [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](http://datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4205403157245).
  14. Epi Info™ Version 3.3.2. 2005.
  15. Organização Mundial da Saúde. CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 3ª ed. 10ª rev. São Paulo: Edusp, 1996.
  16. EpiData Version 3.1. 2006.
  17. Prefeitura Municipal de Florianópolis. [homepage na Internet] Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis. c1999 - [atualizada em 22 de novembro de 2005; acesso em 24 de abril de 2006]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br>
  18. Luz GD. Análise dos atendimentos dos serviços de emergência de um hospital geral. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 1996.
  19. 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. Departamento de Clínica Médica, 1996.
  20. Jacobs PC, Matos EP. Estudo Exploratório dos Atendimentos em Unidade de Emergência em Salvador - Bahia. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51(6):348-53.
  21. Barakat SFC. Caracterização da demanda do Serviço de Emergências Clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
  22. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências: *Artmed*; 2004.
  23. Downing A, Wilson R. Temporal and demographic variations in attendance at accident and emergency departments. *BAEM*; 2002. p. 531-5.
  24. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1075-85.
  25. Carmel S. Gender Differences in the Utilization of Emergency Department Services. *Women & Health*. 1991;17:2.
  26. Tancredi D, Kuenneth C. Study em emergency department usage [dissertação]. Sacramento: UC Davis School of Medicine; 2005.
  27. Baker K. Review Article Chronic pain syndromes in the emergency department: Identifying guidelines for management. *Emergency Medicine Australasia*. 2005;17(1):57.
  28. Silvério A, Marasciulo AC, Moritz JAW. Perfil da Clientela do Serviço de Emergência Pediátrica do Hospital Universitário da UFSC, 1994. *ACM arq catarin med*. 1996;25(4):311-5.
  29. 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; Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo.
  30. Tanaka OY, Rosenburg CP. 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.
  31. Lowe RA, Bindman AB. Judging who needs emergency department care: a prerequisite for policy-making. *Am J Emerg Med*. 1997 Mar;15(2):133-6.

32. 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: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

**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)

**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** - 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

**Tabela 4** - 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 5** - 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)

**Tabela 6** - 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

**Tabela 7** - 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
<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>100,0</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

\*P < 0,05

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

**Tabela 8** - 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
<b>TOTAL</b>	<b>371</b>	<b>49,4</b>

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

**Tabela 9** - As 10 hipóteses diagnósticas mais frequentes entre os 71 pacientes do grupo dos internados

Diagnóstico	Percentual	Número
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
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>36,0</b>

Fonte: SAME/ HU/UFSC (2004)

**Endereço para correspondência:**

Vanessa Priscilla Martins da Silva  
 Av César Seara, 84 BL.B AP.301  
 Saco dos Limões Florianópolis – SC  
 CEP: 88040-500  
 Email: med.nessa@gmail.com