

ARTIGO ORIGINAL

Perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário de Florianópolis na epidemia de H1N1 em 2009.
Profile of the medical clinic emergency of the University Hospital in Florianópolis in the H1N1 outbreak - 2009.

Rodrigo dos Santos Moraes¹, Roberto Henrique Heinisch², Vanessa Priscilla Martins da Silva³

Resumo

Objetivo: caracterizar a demanda do setor de emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no ano de 2009, pico da epidemia de Influenza H1N1. Método: foram analisadas as fichas de atendimentos prestados na emergência de 652 pacientes não internados e 230 pacientes internados, no ano de 2009. Avaliamos as variáveis data, hora, idade, sexo, mês, procedência, queixa principal, hipóteses diagnósticas, temperatura corporal, positividade do exame H1N1. Resultados: no grupo dos não internados houve predomínio de mulheres jovens e no grupo dos internados, leve predomínio de homens idosos. O inverno foi a estação que teve maior procura com aumento dos casos de doenças do aparelho respiratório. A queixa principal dos pacientes liberados era cefaléia e nos internados, a dispnéia. As doenças do aparelho respiratório foram as que prevaleceram nos liberados sendo o diagnóstico mais frequente o de infecção de vias aéreas superiores. Nos internados as doenças do aparelho digestivo e circulatório foram as que prevaleceram, contudo, o diagnóstico mais frequente foi o de pneumonia não especificada. Conclusão: durante o ano de epidemia do H1N1 encontramos aumento no volume dos atendimentos durante o inverno de causas ligadas ao aparelho respiratório que não refletiu no número de internação dos pacientes. O perfil epidemiológico encontrado manteve-se semelhante a estudos prévios realizados no HU/UFSC e na literatura.

Descritores: 1.Serviços médicos de emergência;
2.vírus da Influenza A subtipo H1N1;
3.perfil de saúde;
4.epidemiologia;
5.necessidades e demandas de serviços de saúde.

Abstract

Objective: to identify the clinical and epidemiological profile of the population attended in the emergency department of medical clinic of the Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) in 2009, in the influenza A (H1N1) epidemic. Methods: the 2009 emergency department records of 652 patients not interned were analyzed, and more 230 patients who were hospitalized. The variables studied were gender, age, schedule, assistance day, month, origin, complain, diagnosis, body temperature and positive tests of H1N1. Results: in the group not hospitalized there was a predominance of young women as among the admitted patients elderly men predominated. The winter was the season that had increased demand. In patients not hospitalized the most frequent complaint was headache and as among admitted patients it was dyspnea. Among not hospitalized patients the respiratory diseases were the most prevalent as the most frequent diagnosis was infection of the upper airways. In patients who were hospitalized the digestive and circulatory system diseases prevailed however, the most frequent diagnosis was unspecified pneumonia. Conclusions: during the epidemic of H1N1 we found an increase in the volume of patients during the winter which were related to the respiratory system. It didn't reflect in the number of patients admissions. The epidemiological profile founded during the epidemic of H1N1 is similar to previous studies in HU/UFSC and literature.

Keywords: 1.Emergency medical services,
2.Influenza A virus, H1N1 subtype;
3.health profile;
4.epidemiology;
5.health services needs and demand.

1. Aluno do quinto ano do curso de graduação de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.
2. Médico cardiologista. Professor do departamento de clínica médica da Universidade Federal de Santa Catarina.
3. Médica residente de Dermatologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Introdução

Em muitos países vem-se observando nos últimos anos um aumento nas urgências atendidas nos hospitais⁽¹⁾. Diversas causas influenciam nessa tendência, entre as quais se destaca a atração que os centros hospitalares exercem sobre a população devido a idéia estendida entre os usuários de que a atenção é melhor por serem centros altamente especializados^(1,2). Uma maneira de planejar as ações em saúde e diminuir as superlotações nos serviços de emergência é conhecer as características da população que frequenta este serviço^(3,4).

Vários relatos têm descrito o impacto de surtos de doenças infecciosas no volume de atendimento nos serviços de emergência⁽⁵⁾, como ocorreu durante a temporada outono-inverno de 2009 em um hospital de grande demanda em Santiago no Chile. Observou-se um aumento de 88,5% nas visitas às emergências deste serviço durante o período da epidemia de H1N1.

A pandemia de H1N1 foi considerada generalizada no Brasil em 16 de julho de 2009 e, desde o primeiro caso, o Ministério da Saúde publicou como notificação compulsória imediata os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Durante a temporada de inverno quando tipicamente ocorre a sazonalidade do influenza⁽⁶⁾, a região sul esteve a frente do número de casos notificados sendo que Florianópolis era o município de Santa Catarina com os maiores valores de notificação de SRAG⁽⁷⁾.

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

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, retrospectivo. Foram analisadas as fichas de atendimentos prestados no SE de clínica médica do HU/UFSC, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2009. Foram colhidas duas amostras, a primeira relacionada aos pacientes não-internados (PNI) e a segunda com pacientes que necessitaram de internação (PI). Os dados referentes aos atendimentos foram coletados das fichas de atendimento da emergência, as quais ficam arquivadas no Serviço de Arquivo Médico (SAME) dos pacientes

que foram liberados e no prontuário daqueles que foram internados. As fichas que estiveram com os dados de queixa principal e diagnóstico incompletos, ou preenchimento incompreensível foram substituídas pela ficha imediatamente a seguir.

Pacientes não-internados: Através do SAME, observou-se que o número de pacientes atendido no ano de 2009 no SE foi de 37.961. Utilizou-se então o programa Epi Info® para o cálculo da amostra com os seguintes critérios: frequência esperada de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 99%. Obteve-se assim um total de 652 fichas. A fim de conferir aleatoriedade na retirada da amostra, as fichas foram empilhadas em ordem de atendimento sendo estimado o número de centímetros (n) que corresponde ao total de 37.961 fichas. O valor encontrado foi de n=492 cm. Para mantermos a aleatoriedade retiramos uma ficha a cada 8,4 cm iniciado em algum ponto qualquer da pilha.

Pacientes internados: De acordo com o SAME, o número de pacientes internados no período provenientes do SE de clínica médica foi de (x) 3.655. Para o cálculo da amostra utilizou-se o Epi Info® com os seguintes critérios: frequência esperada de 20%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%. Foi colhida uma amostra (y) de 230 pacientes. No SAME temos acesso a lista de pacientes que foram internados durante o período estudado em ordem cronológica de atendimento no SE. Para mantermos a aleatoriedade da amostra retiramos um prontuário a cada 15 pacientes (x/y).

Instrumento de coleta: Para a coleta de dados foi elaborado um formulário de pesquisa com as seguintes informações assim analisadas:

a. Data: mês do atendimento; b. Hora: horário do atendimento; c. Idade: categorizada em faixas etárias; d. Sexo: masculino ou feminino; e. Procedência: cidade de procedência. Pacientes de Florianópolis tiveram o bairro coletado; f. Queixas principais: queixas apontadas no atendimento; g. Hipóteses diagnósticas: conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID); h. Temperatura corporal: maior valor de temperatura em graus centígrados registrado na admissão; i. cardiopatia: presença de doença cardíaca crônica;

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 $p < 0,05$.

Aspectos éticos: Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Pró-

Reitoria de Pesquisa e Extensão da UFSC sob o certificado de número 946.

Resultados

Nos PNI o sexo feminino foi mais prevalente com uma razão de 1,4:1. Já nos PI, houve uma razão de sexo masculino/feminino 1,11:1.

Nos PNI a média de idade foi de 37,9 (14-94) anos. A faixa etária que procurou o SE em maior número estava entre 24-34 anos. Nos PI, a média de idade foi de 46,1 (16-72) anos. O maior número de internados era pacientes acima dos 64 anos. Ao analisarmos a procedência dos pacientes, a maioria, tanto os PNI quanto os PI, era de Florianópolis. O bairro da Trindade, onde está localizado o HU/UFSC, foi o de maior procedência dos PNI. Já dos PI, o número foi maior no bairro da Agrônômica distante cerca de 6,0 km do HU. Avaliando o horário de atendimento, a procura foi maior durante o dia - 65% nos dois grupos - sendo mais prevalente no período da manhã, das 06h às 11h59min. Houve predomínio da procura durante o inverno em ambos os grupos.

Quando analisamos as queixas dos PNI, observamos um total de 1452 queixas, sendo 177 tipos diferentes. Nos PI constam 104 tipos de queixas de um total de 461. As 10 principais queixas dos dois grupos são apontadas nas Tabelas 1 e 2.

Dos PNI, mais da metade (61,2%) não teve a temperatura registrada na ficha de atendimento. Dos que estavam registrados, apenas 10% presente com temperatura axilar acima de 37°C. Quando analisadas a temperatura de admissão dos PI apenas 7% não apresentaram a descrição deste item. Apenas 16% apresentaram valor acima do normal.

Ao analisarmos as comorbidades cardiológicas dos PNI 85 pacientes, 13%, referiram pelo menos uma doença cardíaca prévia, 31% negaram comorbidade e 55% não tiveram esse item relatado na ficha da emergência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais frequente. Nos PI houve 132 informações de cardiopatia com 18 diagnósticos diferentes em 86 pacientes (37,4%). Cinquenta e seis por cento negaram cardiopatia e em 6% dos PI não havia esse relato na ficha de emergência. A comorbidade mais relatada também foi a HAS.

Quando investigamos as hipóteses diagnósticas verificamos que nos PNI foram apontadas 668 hipóteses e nos PI, 249. Nos PNI houve uma prevalência maior nas doenças do aparelho respiratório (28,74%), enquanto nos PI os maiores números eram os de doenças do aparelho digestivo (16,47%) e circulatório (16,06%).

Na distribuição das hipóteses diagnósticas de acordo com o capítulo do CID, dos PNI observamos como mais importante: No grupo IX (Doenças do aparelho circula-

tório), a hipertensão essencial foi considerada em 1,80% dos casos, seguida pela insuficiência cardíaca, com 1,05%; O grupo X (Doenças do aparelho respiratório) que apresentou maior número de diagnósticos teve como principal causa a infecção de vias aéreas superiores não especificadas, com 10,93% do registro. A influenza devida a vírus não identificado foi apontado em 2,40% dos casos; No grupo XI (Doenças do aparelho digestivo), a calculose da via biliar e a doença do refluxo gastroesofágico responderam juntas a 1,5% dos casos sendo cada uma responsável por metade desses; O grupo do capítulo XIV (Doenças do aparelho geniturinário), segundo com maior número de casos, apresentou 6,59% de diagnósticos de cólica nefrética não especificada e 6,14% infecção do trato urinário de localização não especificada; O grupo do capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte), terceiro em número de casos, apresentou 2,84% de diagnósticos de cefaleia e 2,40% de dor abdominal e pélvica.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) somente nos PNI relacionados ao grupo do capítulo X em relação aos outros grupos diagnósticos. Foi possível demonstrar um aumento no número de atendimentos no inverno em relação aos outros períodos do ano nos pacientes que não foram internados. A Figura 1 mostra a distribuição sazonal dos quatro grupos diagnósticos mais frequentes entre PNI.

No grupo dos PI não houve associação significativa entre grupo diagnóstico e a época em que ocorreu a internação. Os seguintes grupos merecem destaque: O grupo do capítulo IX, segundo mais prevalente, tem no acidente vascular cerebral não especificado a maior prevalência, com 3,61%, seguido pela angina e insuficiência cardíaca com 2,40% cada; O grupo X, terceiro com maior número, mostrou 10,04% dos casos como pneumonia não especificada; O grupo XI apresentou o maior volume diagnóstico sendo distribuídos em dezenove diferentes achados, merecendo destaque a hematêmese com 2,81% e, pancreatite aguda com 2,41% do total de casos; No grupo do capítulo XIV merece destaque a infecção do trato urinário de localização não especificada com 4,02% dos casos.

A Tabela 3 mostra as 14 principais hipóteses diagnósticas nos PNI, e a Tabela 4, as 10 hipóteses mais frequentes dos PI.

Discussão

A distribuição dos pacientes estudados por sexo acompanhou aquela da população de Santa Catarina e da cidade de Florianópolis (IBGE, Censo 2010) nos PNI. O

inverso ocorreu no grupo dos PI onde a maior prevalência foi a do sexo masculino, como ocorreu no estudo de Salla et al.⁽⁸⁾ e Anson et al.⁽⁹⁾

No grupo dos PNI a faixa etária abaixo dos 34 anos correspondeu a 50% dos atendimentos, caracterizando o público jovem como os mais atendidos no SE do HU, o que também foi notado em outros trabalhos^(3,10-12). Entre os PI a média de idade é maior, prevalecendo os pacientes acima dos 64 anos, fato observado nos trabalhos de Rodriguez et al.⁽¹⁾, Silva et al.⁽¹⁰⁾ e Downing et al.⁽¹³⁾.

Quanto a cidade de procedência ambos os grupos tiveram sua maior prevalência referente a cidade de Florianópolis, o que também foi observado por Peixoto et al.⁽¹⁴⁾ e Silva et al.⁽¹⁰⁾. Nosso estudo encontrou que mais da metade dos pacientes que procuraram o SE residiam próximo ao HU confirmando o que foi descrito por Jacobs et al.⁽¹⁵⁾ onde 63,53% dos pacientes que procuraram o serviço residiam até 15 km do Hospital, mostrando que uso do serviço de emergência está relacionado a menor distância do mesmo à moradia do paciente.

Na avaliação do atendimento por sazonalidade notamos a predominância dos atendimentos durante o inverno principalmente no grupo dos PNI, o que também foi demonstrado por Downing et al., embora a cidade de Florianópolis seja uma cidade turística onde no verão a população praticamente quadruplica. Nosso achado pode ser reflexo da epidemia de influenza que tem sua sazonalidade no hemisfério sul durante os meses de maio a setembro Torres et al.⁽⁶⁾ encontrou em um grande hospital no Chile durante epidemia de influenza A (H1N1) nos meses de maio e julho de 2009 aumento de 88,5% na procura ao atendimento do SE em comparação ao mesmo período durante os anos 2006-2008⁽¹⁶⁾.

Encontramos um aumento estatisticamente significativo somente nos atendimentos de emergência relacionados a doenças do aparelho respiratório no grupo dos PNI, onde demonstramos um aumento no número de atendimentos durante o inverno, o que também é registrado em outros trabalhos^(8,10,14). Tal fato pode ser explicado pelo o que demonstrou Hajat et al.⁽¹⁷⁾, um pico anual de consultas de causas cardio-pulmonares ocorrendo nos meses de inverno e o agrupamento de doenças das vias aéreas superiores positivamente relacionadas as temperaturas frias Downing et al.⁽¹⁷⁾, apontou forte ligação entre uma queda recente na temperatura e um aumento na incidência de bronquite, sendo também um fator importante nas epidemias de influenza.

Quando verificamos a temperatura corporal na admissão, mais da metade do grupo dos PNI, 61%, não teve esse ponto registrado na ficha de emergência, denotando falta do total de preenchimento da ficha, também observado por Peixoto et al. e Silva et al. Fato de extrema im-

portância, pois a temperatura corporal na admissão pode estar relacionada com a mortalidade, como demonstrou Nallamothu et al.⁽¹⁸⁾.

Quando avaliamos as comorbidades dos pacientes, ambos os grupos apresentam prevalência elevada de HAS, encontrada em mais de 50% dos pacientes que relataram algum tipo de comorbidade cardíaca. Isto condiz com a realidade da população brasileira onde inquéritos populacionais nos últimos 20 anos apontaram prevalência da HAS acima de 30%⁽¹⁹⁾. Diversos estudos populacionais evidenciaram que a HAS sem controle aumenta a morbidade e mortalidade cardiovascular,⁽²⁰⁾ o que pode refletir na procura ao SE.

Como no estudo de Silva et al. encontramos 10 queixas principais respondendo a praticamente 50% das queixas em ambos os grupos, sendo essas queixas semelhantes aos encontrados no estudo de 2004. Nosso trabalho, no grupo dos PNI, mostrou que as três principais queixas apresentadas foram cefaleia, febre e tosse, justificando a maior prevalência de doenças do aparelho respiratório serem diagnosticada, sendo que muitas delas podem ter sido causadas pela influenza A (H1N1) já que o espectro clínico de apresentação é amplo, variando de uma doença leve do trato respiratório superior, com ou sem febre, podendo alguns pacientes apresentarem sintomas gastrointestinal de vômito ou diarreia⁽²¹⁾.

No grupo dos PNI quando discutimos as hipóteses diagnósticas, o grupo de doenças do aparelho respiratório esteve a frente assim como também se mostrou mais frequentes em outros estudos^(10,15). Nosso estudo manteve o achado de Silva et al. em 2004 onde as doenças do aparelho geniturinário e o capítulo referente aos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório mantiveram-se entre as três principais hipóteses diagnósticas. Já no grupo mais prevalente, o das doenças respiratórias, quando consideramos as hipóteses de⁽¹⁾ infecções das vias aéreas superiores e⁽²⁾ influenza devido a vírus não identificados, elas respondem juntas a mais de 44% dos diagnósticos dentro deste grupo, o que difere do que encontrou Pereda et al.⁽²²⁾ onde, embora as doenças do aparelho respiratório se mostraram mais prevalentes, as principais responsáveis foram a asma, a bronquite e a DPOC. No trabalho de Silva et al. as⁽¹⁾ infecções de vias aéreas não especificadas, ⁽²⁾ a amigdalite aguda e ⁽³⁾ pneumonia não especificada corresponderam a 45% dos diagnósticos dentro do grupo X. Tal situação pode ser explicada por estes estudos terem sido realizados fora da epidemia do vírus influenza, Pereda et al. em 2001 e Silva et al. em 2004.

Nos PI, diferentemente do que mostraram os estudos de Silva et al. e Peixoto et al. onde as doenças do aparelho respiratório foram destaque, encontramos as doenças

do aparelho digestivo (16,47%), circulatório (16,06%) e respiratório (14,46%) como principais responsáveis pelas internações. Este padrão de prevalência entre os internados correlaciona-se com o que também encontrou Loyola Filho et al.⁽²³⁾ com doenças do aparelho digestivo, respiratório e circulatório sendo as principais causas de internações hospitalares no Brasil, principalmente em idosos, faixa etária que corresponde as principais internações no HU durante 2009. Embora esperássemos encontrar mais internações por causas respiratórias por vivermos meio a epidemia, em outros estudos, como o de Torres et al. e Tsubokura et al.⁽²⁴⁾, também ficou evidente que a epidemia de H1N1 foi responsável mais pelo aumento do volume de atendimento ao serviço de emergência do que de casos de internações hospitalares.

No SE do HU/UFSC em 2004 o número de atendimentos realizados foi de 54.317⁽¹¹⁾. No ano de 2009 o total foi de 37.961. Isto corresponde a uma queda de 30%. Tal fato pode ser explicado pela presença das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), uma na região norte e outra na região sul já instaladas na cidade durante o ano de 2009 e que não haviam sido inauguradas em 2004. As UPAS são estruturas de complexidade intermediária entre os Centros de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. Elas provavelmente evitaram uma mudança no número de atendimentos no HU já que concentram um grande volume de atendimento, média de 9.000 atendimentos mensais em cada UPA e, como dados de 2010 mostram, a proporção de atendimentos que são encaminhados a Unidades Hospitalares via ambulância gira em torno de 2%. Importante destacar que as UPAS ajudaram a reduzir o número de atendimentos, porém nada modificaram em relação ao perfil, que continua em sua maioria com pacientes que são liberados, jovens, e que provavelmente não se caracterizam como urgência. Chen et al.⁽²⁵⁾ demonstrou em um SE de Taiwan em 2003 queda em 40% de visitas durante um surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave podendo estar relacionado ao receio das pessoas em frequentarem o hospital em épocas de epidemia, local onde estariam mais próximas do contato com vírus, buscando então tratamentos alternativos antes de visitar o SE.

Em 2009 o volume de atendimento de causas do aparelho respiratório foi representado por 192 (28,7%) PNI e 36 (14,46%) PI, Silva et al. demonstrou em 2004 no mesmo SE que as causas respiratórias foram diagnosticadas em 161 (21%) PNI e 9 (10,8%), PI. Mesmo que o número total de pacientes tenha diminuído, a proporção de pacientes com atendimentos por hipóteses do aparelho respiratório subiu. O aumento no volume de atendimentos de causas ligadas ao aparelho respiratório durante o inverno pode

também estar relacionado ao alarme feito pela imprensa e a grande preocupação da população sobre a incerteza da evolução da infecção pelo novo vírus. A busca precoce da população pode ter levado a um desfecho favorável com a redução dos números de casos graves⁽¹⁷⁾ o que fez com que o aumento de atendimento durante o inverno não tenha sofrido reflexo no número de internações.

Sugerimos que nosso estudo sirva como banco de informações para estratégias organizacionais especialmente voltadas a serviços como este. Conhecer o perfil da população e o que a leva a procurar o SE permite criarmos estratégias para melhor atendê-la e direcionar o atendimento principalmente quando enfrentamos surtos de doenças infecciosas onde o volume do atendimento tende a aumentar. Apresentando as principais causas de procura ao serviço e de internações permite aos profissionais estarem cientes da demanda que encontrarão. Todos os trabalhos que estudaram o setor de emergência de clínica médica do HU/UFSC 1988⁽¹⁴⁾, 2004⁽¹⁰⁾ e 2009 observaram que as fichas não estão adequadamente preenchidas. Isto é uma situação grave tendo em vista os aspectos legais que podem implicar e também porque dificulta e até mesmo impossibilita estudos. Acreditamos que a implementação de um banco de dados informatizado na emergência facilite seu preenchimento, agilidade e qualidade no seguimento dos casos e permita o armazenamento de informações que possam ser utilizadas em novos estudos.

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

Limitações do estudo

O estudo compreende características de um único hospital com suas características peculiares apresentando limitações para se estender a outras instituições.

Referências

1. Rodríguez JP, Sánchez ID, Rodríguez RP. Urgencias clínicas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001;17:329-335.

2. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. 2003 jul;117(4):250-255.
3. Furtado BMASM, Araújo Jr. JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2004 [citado 2011 fev 2];7(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000300006&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients' Perspective on Choosing the Emergency Department for Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason for Overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*. 2005 out;31(5):429-435.
5. Heiber M, Lou WYW. Effect of the SARS outbreak on visits to a community hospital emergency department. *CJEM*. 2006 set;8(5):323-328.
6. Depoortere E, Mantero J, Lenglet A, Kreidl P, Coulombier D. Influenza A(H1N1)v in the southern hemisphere--lessons to learn for Europe? *Euro Surveill* [Internet]. 2009 jun 18 [citado 2011 fev 2];14(24). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19555604>
7. Situação epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 no Mundo e no Brasil, até semana epidemiológica 40 de 2009. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe epidemiológico Influenza A (H1N1) – 2009;9:1-14.
8. Salla J, Márcia G, Mauro K. Perfil da demanda de um serviço de Pronto Socorro, Santa Maria. *Saúde*. 1989;15(1/2):71-80.
9. Anson O, Carmel S, Levin M. Gender Differences in the Utilization of Emergency Department Services. *Women & Health*. 1991;17(2):91.
10. Silva AK, Silva VPM, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do Perfil da Demanda da Emergência de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina (Online)*, v. 36, p. 18-27, 2007. [Internet]. 2007 [citado 2011 fev 2];Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=A DOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=479406&indexSearch=ID#top>
11. Souza BC, Felipe F, Silva RM da. Perfil da demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Tubarão - SC. *Arq Cat Med*. 2009;38(2):73-79.
12. Souza JE. Avaliação da necessidade de atendimento no serviço de emergência do Hospital Governador Celso Ramos: Um estudo transversal. 1996;
13. Downing A, Wilson R. Temporal and demographic variations in attendance at accident and emergency departments. *Emerg Med J*. 2002 nov;19(6):531-535.
14. 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.
15. Jacobs PC, Matos EP. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador - Bahia Exploratory study of an emergency unit in Salvador, Bahia, Brazil. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2005;51:348-353.
16. Torres JP, O'Ryan M, Herve B, Espinoza R, Acuña G, Mañalich J, et al. Impact of the novel influenza A (H1N1) during the 2009 autumn-winter season in a large hospital setting in Santiago, Chile. *Clin. Infect. Dis*. 2010 mar 15;50(6):860-868.
17. Hajat S, Haines A. Associations of cold temperatures with GP consultations for respiratory and cardiovascular disease amongst the elderly in London. *Int J Epidemiol*. 2002 ago;31(4):825-830.
18. Nallamotheu BK, Payvar S, Wang Y, Kosiborod M, Masoudi FA, Havranek EP, et al. Admission Body Temperature and Mortality in Elderly Patients Hospitalized for Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*. 2006 jun 20;47(12):2563-2564.
19. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;95:I-III.
20. Rosário TM do, Scala LCN, França GVA de, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. *Arq. Bras. Cardiol*. 2009;93(6):672-678.
21. Peiris JSM, Tu W-wei, Yen H-ling. A novel H1N1 virus causes the first pandemic of the 21st century. *Eur. J. Immunol*. 2009 nov;39(11):2946-2954.
22. Filtro sanitario en las urgencias médicas. Un problema a reajustar [Internet]. 2001 [citado 2011 abr 30];Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=322866&indexSearch=ID>
23. Loyola Filho AI de, Leite Matos D, Giatti L, Afradique ME, Viana Peixoto S, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2004 [citado 2011 maio 7];13(4). Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=pt&nrm=iso
24. Tsubokura M, Nakada H, Matsumura T, Kodama Y,

Kami M. The impact of H1N1 influenza A virus pandemic on the emergency medical service in Kobe. *Am J Emerg Med.* 2010 fev;28(2):248-251.

25. Chen T-A, Lai K-H, Chang H-T. Impact of a severe acute respiratory syndrome outbreak in the emergency department: an experience in Taiwan. *Emerg Med J.* 2004 nov;21(6):660-662.

Tabela 1 - Relação das 10 principais queixas apresentadas pelo grupo dos não internados.

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

Tabela 2 - Relação das 10 principais queixas apresentadas pelo grupo dos internados.

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

*mmii: membros inferiores.

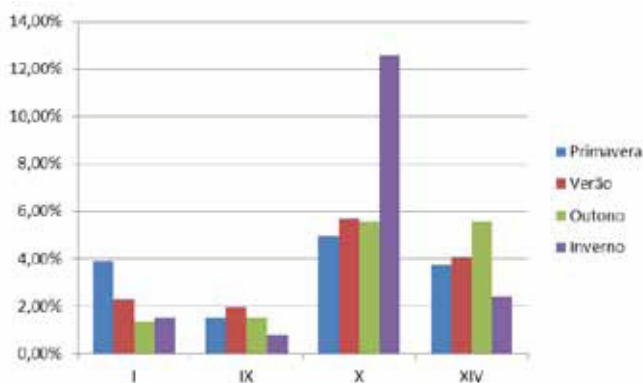
Tabela 3 - Principais hipóteses diagnósticas no grupo dos não internados.

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

Tabela 4 - Principais hipóteses diagnósticas no grupo dos internados.

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

Figura 1 - Distribuição sazonal das hipóteses diagnósticas: não internados. (I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XIV: Doenças do aparelho geniturinário)



Endereço para correspondência

Rodrigo dos Santos Moraes
Rua: Lauro Linhares, 897 – Apto 501A
CEP: 88036-001
Florianópolis – SC
rdg.smoraes@gmail.com; heinisch@cardiol.br