

Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por sintomas respiratórios em um hospital terciário*

Epidemiological aspects of respiratory symptoms treated in the emergency room of a tertiary care hospital

Denise Rossato Silva, Vinícius Pellegrini Viana, Alice Mânica Müller, Ana Cláudia Coelho, Gracieli Nadalon Deponti, Fernando Pohlmann Livi, Paulo de Tarso Roth Dalcin

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de sintomas respiratórios como motivo para procura de atendimento de emergência por pacientes adultos e pediátricos, descrevendo as principais síndromes clínicas diagnosticadas e o desfecho dos pacientes. **Métodos:** Estudo transversal, realizado na emergência de um hospital universitário terciário. Entre novembro de 2008 e novembro de 2009, o número total de atendimentos foi revisado diariamente. Foram incluídos no estudo crianças e adultos com pelo menos um sintoma respiratório. Os prontuários eletrônicos foram revisados e foram registradas as principais características dos pacientes. **Resultados:** Durante o período do estudo, houve 37.059 admissões na emergência, das quais 11.953 (32,3%) foram motivadas por sintomas respiratórios. A prevalência de atendimentos por sintomas respiratórios foi 28,7% e 38,9% nos adultos e crianças, respectivamente. As taxas de internação hospitalar e de mortalidade nos adultos foram 21,2% e 2,7%, respectivamente, comparadas com 11,9% e 0,3%, respectivamente, nas crianças. Nos adultos, quanto maior o tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência, maiores foram a necessidade de hospitalização ($p < 0,0001$), o tempo de hospitalização ($p < 0,0001$) e a mortalidade ($p = 0,028$). **Conclusões:** Encontramos uma prevalência elevada de atendimentos por sintomas respiratórios entre os pacientes adultos e pediátricos. Nossos resultados podem contribuir para o planejamento de medidas de prevenção. Futuros estudos epidemiológicos poderão colaborar para a melhor elucidação dos fatores de risco para a presença de sintomas respiratórios nesses pacientes.

Descritores: Serviço hospitalar de emergência; Doenças respiratórias; Infecções respiratórias; Sinais e sintomas respiratórios.

Abstract

Objective: To evaluate the prevalence of respiratory symptoms as the motive for emergency room visits by adult and pediatric patients, describing the major clinical syndromes diagnosed and the outcomes of the patients. **Methods:** A cross-sectional study conducted in the emergency room of a tertiary care university hospital. Between November of 2008 and November of 2009, we reviewed the total number of emergency room visits per day. Children and adults who presented with at least one respiratory symptom were included in the study. The electronic medical records were reviewed, and the major characteristics of the patients were recorded. **Results:** During the study period, there were 37,059 emergency room visits, of which 11,953 (32.3%) were motivated by respiratory symptoms. The prevalence of emergency room visits due to respiratory symptoms was 28.7% and 38.9% among adults and children, respectively. In adults, the rates of hospitalization and mortality were 21.2% and 2.7%, respectively, compared with 11.9% and 0.3%, respectively, in children. Among the adults, the time from symptom onset to emergency room visit correlated positively with the need for hospitalization ($p < 0.0001$), the length of the hospital stay ($p < 0.0001$), and the mortality rate ($p = 0.028$). **Conclusions:** We found a high prevalence of respiratory symptoms as the motive for emergency room visits by adult and pediatric patients. Our results could inform decisions regarding the planning of prevention measures. Further epidemiological studies are needed in order to clarify the risk factors for severe respiratory symptoms.

Keywords: Emergency service, hospital; Respiratory tract diseases; Respiratory tract infections; Signs and symptoms, respiratory.

* Trabalho realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

Endereço para correspondência: Denise Rossato Silva. Rua Ramiro Barcelos, 2350, Santa Cecília, CEP 90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil. Tel. 55 51 3359-8241. E-mail: denise.rossato@terra.com.br

Apoio financeiro: Este estudo recebeu apoio financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (FIPE-SBPT) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIPE-HPCA), assim como da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Recebido para publicação em 2/10/2012. Aprovado, após revisão, em 16/11/2012.

Introdução

A prevalência de sintomas respiratórios em uma população é um indicador indireto de doenças respiratórias agudas e crônicas e é bastante confiável sob o ponto de vista epidemiológico.^(1,2) As doenças respiratórias constituem uma causa importante de morte em adultos e crianças, representando 12% do total de óbitos no mundo. Em países de baixa e média renda, respectivamente, as infecções do trato respiratório superior correspondem a 11,3% e 5,4% do total de mortes.⁽³⁾

As doenças respiratórias são causas frequentes de absenteísmo na escola e no trabalho, além de exercerem uma enorme pressão sobre os serviços de saúde. No Brasil, entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde, as doenças respiratórias crônicas e agudas ocupam o segundo lugar em frequência, sendo responsáveis por aproximadamente 14% de todas as internações do sistema. Já na região Sul, as doenças respiratórias são a principal causa de internação (17% de todas as internações).⁽⁴⁾

As queixas respiratórias são responsáveis por uma grande proporção de consultas médicas ambulatoriais, utilização dos serviços de emergências e hospitalizações.⁽⁵⁾ Um estudo em um país em desenvolvimento⁽⁶⁾ mostrou que 10% das visitas ao serviço de emergência eram causados por doenças respiratórias. No Brasil, um estudo⁽⁷⁾ mostrou que, de 641.905 consultas no serviço de pronto-socorro de um hospital na cidade de Gama (DF), 37.642 (5,8%) foram por queixas respiratórias.

Estudos sobre o padrão de utilização das emergências médicas por indivíduos com sintomas respiratórios são importantes, pois podem possibilitar uma melhor organização e planejamento dos serviços de saúde para atender essa demanda.^(6,7)

O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de sintomas respiratórios como motivo para procura de atendimento de emergência de um hospital terciário por pacientes adultos e pediátricos, descrevendo as principais síndromes clínicas diagnosticadas, bem como os desfechos dos pacientes atendidos.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado no setor de emergência do Hospital de Clínicas

de Porto Alegre (HCPA), na cidade de Porto Alegre, sul do Brasil. O HCPA é um hospital geral, terciário e universitário com 750 leitos e aproximadamente 30.000 hospitalizações/ano. Com uma população de 1.409.939 habitantes, Porto Alegre é cercada por uma área metropolitana que engloba 31 municípios (3.979.561 habitantes). O Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA aprovou o acesso aos registros dos pacientes. A dispensa do consentimento foi aprovada, e os investigadores assinaram um termo de confidencialidade.

Foram incluídos no estudo crianças e adultos que se apresentassem na emergência com pelo menos um sintoma respiratório. No período do estudo (entre novembro de 2008 e novembro de 2009), foi revisado diariamente o número total de atendimentos no setor de adultos e de pediatria da emergência do HCPA. Os prontuários eletrônicos foram revisados e foram registradas as seguintes características dos pacientes atendidos por sintomas respiratórios: sexo, idade, cor, história tabágica, comorbidades, sintomas respiratórios e sintomas de gripe na família. Os sintomas respiratórios considerados foram coriza, congestão nasal, odinofagia, disfonia, tosse, falta de ar, sibilância, dor torácica e febre. Os pacientes que apresentavam apenas febre não foram incluídos no estudo. Também foram registrados os achados clínicos na admissão (temperatura axilar, FC, FR, achados na ausculta pulmonar e SpO₂ por oximetria de pulso digital), as principais síndromes clínicas diagnosticadas e os desfechos dos pacientes (internação em UTI, internação em enfermaria, alta do serviço de emergência e óbito).

Os dados foram digitados em uma base de dados do programa Microsoft Excel, versão 2007, sendo processados e analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Foi realizada uma análise descritiva da prevalência global de visitas a emergência de pacientes sintomáticos respiratórios nos setores de adultos (≥ 14 anos) e de pediatria (< 14 anos), envolvendo o tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência (< 7 dias, 7-21 dias e > 21 dias), principais sintomas respiratórios, principais diagnósticos clínicos, tempo de permanência na emergência, taxa de internação hospitalar, taxa de internação em UTI, taxa de alta da emergência e taxa de óbito.

Resultados

Durante o período de 12 meses do estudo, houve 37.059 admissões na emergência (24.189 adultos e 12.870 crianças), das quais 11.953 (32,3%) foram motivadas por sintomas respiratórios. A variação mensal no número de atendimentos por sintomas respiratórios na emergência é demonstrada nas Figuras 1 e 2. Observa-se um aumento no número de consultas na emergência durante os meses de abril a junho. A prevalência de atendimentos por sintomas respiratórios foi 28,7% (6.942/24.189) entre os pacientes adultos e 38,9% (5.011/12.870) entre os pediátricos. Os sintomas mais comuns foram tosse (73,4%), febre (56,1%), falta de ar (40,9%),

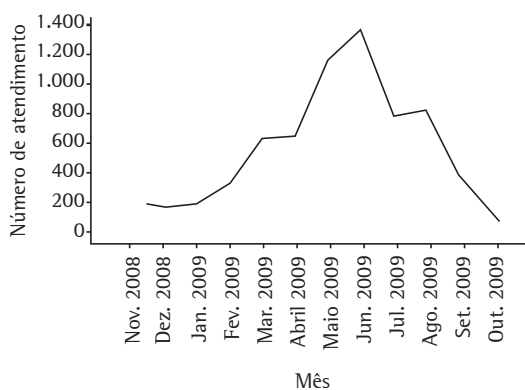


Figura 1 – Variação mensal no número de atendimentos por sintomas respiratórios no setor de adultos (≥ 14 anos) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período entre novembro de 2008 e novembro de 2009.

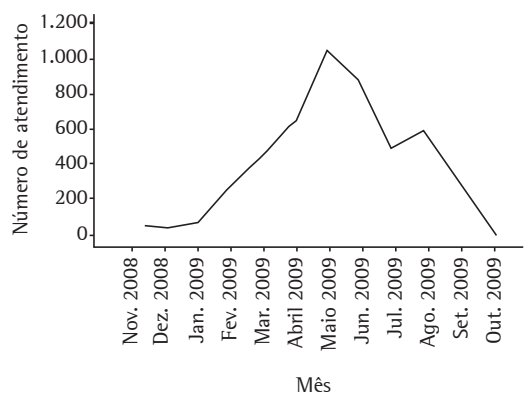


Figura 2 – Variação mensal no número de atendimentos por sintomas respiratórios no setor pediátrico (< 14 anos) do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período entre novembro de 2008 e novembro de 2009.

dor torácica (24,5%) e coriza (20,9%). A mediana da duração dos sintomas antes da admissão foi de 3 dias (variação interquartil: 1-6 dias). Um total de 2.205 pacientes (18,5%) admitidos na emergência necessitou hospitalização; desses pacientes, 242 (2,0%) necessitaram de internação em UTI. A taxa de mortalidade global entre todos os participantes do estudo foi 2,3% (280/11.953). As características demográficas e clínicas da população do estudo (adultos e crianças) são mostradas na Tabela 1.

A Tabela 2 mostra as características dos pacientes adultos e sua análise de acordo com o tempo de início dos sintomas antes da chegada na emergência. O tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência não estava disponível para todo o grupo de pacientes; portanto, nessa análise, foram incluídos apenas 4.434 pacientes. As taxas de internação hospitalar e de mortalidade para os adultos foram de 21,2% (939/4.434) e 2,7% (120/4.434), respectivamente. As medianas (variação interquartil) do tempo de permanência na emergência e do tempo total de hospitalização foram 0,5 dia (0,5-1,0 dia) e 0,5 dia (0,5-3,0 dias), respectivamente. Os pacientes que apresentavam sintomas há menos de 7 dias (grupo <7) tinham menor idade do que os pacientes com tempo de início de sintomas de 7-21 dias (grupo 7-21) e > 21 dias (grupo >21; $44,9 \pm 20,4$ anos vs. $49,4 \pm 19,7$ anos e $49,9 \pm 17,6$ anos; $p < 0,0001$). Quanto maior o tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência, menor a escolaridade dos pacientes ($p < 0,0001$). Já a proporção de pacientes provenientes do município de Porto Alegre foi maior quanto menor foi o tempo do início de sintomas ($p = 0,012$). Com relação aos sintomas respiratórios, coriza, odinofagia e febre foram mais comuns nos pacientes do grupo <7. Já tosse e falta de ar foram mais frequentes naqueles do grupo 7-21. O número de pacientes asmáticos foi maior no grupo <7 ($p = 0,002$), e o número de pacientes com infecção pelo HIV foi maior no grupo >21 ($p < 0,0001$). Entre os pacientes que realizaram radiografia de tórax, resultados normais foram mais frequentes nos pacientes do grupo <7 ($p < 0,0001$), e o padrão consolidativo foi mais comum nos pacientes do grupo 7-21 ($p = 0,002$). Derrame pleural e infiltrado difuso foram mais presentes no grupo >21 ($p = 0,008$ e $p = 0,003$, respectivamente). Os diagnósticos mais frequentes no grupo <7 foram gripe, em 18,2%; pneumonia, em 12,6%;

Tabela 1 – Principais características dos pacientes.^a

Características	Adultos	Crianças
	(n = 6.942)	(n = 5.011)
Idade, anos ^b	50,0 (30,0-55,0)	2,0 (0,8-5,0)
Sexo masculino	3.125 (45,0)	2.795 (55,8)
Cor branca	5.941 (85,6)	4.007 (80,0)
Escolaridade > 8 anos	3.129 (51,2)	-
Procedência		
Porto Alegre	4.815 (69,4)	3.635 (72,5)
Região metropolitana	1.851 (26,7)	1.247 (24,9)
Interior do estado	276 (3,9)	129 (2,6)
Sintomas na chegada à emergência		
Tosse	4.553 (65,6)	4.214 (84,1)
Falta de ar	3.521 (50,7)	1.363 (27,2)
Dor torácica	2.697 (38,9)	229 (4,6)
Coriza	676 (9,7)	1.821 (36,3)
Congestão nasal	263 (3,8)	673 (13,4)
Odinofagia	897 (12,9)	472 (9,4)
Disfonia	102 (1,5)	60 (1,2)
Sibilância	264 (3,8)	760 (15,2)
Febre	2.986 (43,0)	3.718 (74,2)
Hemoptise	186 (2,7)	4 (0,1)
Duração dos sintomas antes da chegada à emergência, dias	3,0 (1,0-7,0) ^c	2,0 (1,0-4,0) ^c
Comorbidades		
Hipertensão arterial sistêmica	1.730 (24,9)	0
Asma	603 (8,7)	777 (15,5)
DPOC	730 (10,5)	0
Cardiopatía isquêmica	567 (8,2)	0
Insuficiência cardíaca	554 (8,0)	0
Diabete melito	900 (13,0)	6 (0,1)
Infecção pelo HIV	400 (5,8)	32 (0,6)
Neoplasia	632 (9,1)	48 (1,0)
Insuficiência renal crônica	231 (3,3)	0
História tabágica		
Não tabagistas	143 (2,1)	0
Ex-tabagistas	712 (10,3)	0
Tabagistas ativos	611 (8,8)	0

^aValores expressos em n (%), exceto onde mencionado. ^bValores expressos em mediana (variação interquartil).

e infecção de vias aéreas superiores (IVAS), em 12,2%. No grupo 7-21, esses foram pneumonia, em 17,8%; IVAS, em 10,7%; e exacerbação de DPOC, em 9,6%; enquanto, no grupo >21, esses foram pneumonia, em 9,1%; exacerbação de DPOC, em 5,2%; e sinusite, em 4,3%. O tempo de permanência na emergência foi menor nos pacientes do grupo <7 ($p < 0,0001$). Quanto maior o tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência, maior a necessidade de hospitalização ($p < 0,0001$), maior o tempo de hospitalização ($p < 0,0001$) e maior a mortalidade ($p = 0,028$).

A Tabela 3 mostra as características dos pacientes pediátricos e sua análise de acordo com o tempo de início dos sintomas antes da chegada na emergência. Assim como para os adultos, o tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência não estava disponível para todo o grupo de pacientes; então, nessa análise, foram incluídos apenas 3.860 pacientes. As taxas de internação hospitalar e de mortalidade foram de 11,9% (458/3.860) e 0,3% (12/3.860), respectivamente. As medianas e as variações interquartil do tempo de permanência na emergência e do tempo total de hospitalização

Tabela 2 – Características dos pacientes adultos e análise de acordo com o tempo de entre o início dos sintomas respiratórios e a visita à emergência.^a

Características	Total (n = 4.434)	Tempo de entre o início dos sintomas e a visita à emergência			p
		< 7 dias (n = 3.024)	7-21 dias (n = 1.179)	> 21 dias (n = 230)	
Idade, anos ^b	46,4 ± 20,2	44,9 ± 20,4 ^{*,**}	49,4 ± 19,7 [*]	49,9 ± 17,6 ^{*,**}	< 0,0001
Sexo masculino	1.961 (44,2)	1.355 (44,8)	500 (42,4)	106 (46,1)	0,317
Cor branca	3.791 (85,5)	2.600 (86,0)	598 (84,6)	193 (83,9)	0,438
Escolaridade > 8 anos	2.103 (53,5)	1.506 (55,8) ^{*,**}	498 (48,4) ^{*,***}	99 (48,1) ^{*,***}	< 0,0001
Procedência					
Porto Alegre	3.110 (70,1)	2.162 (71,5) ^{*,**}	799 (67,8) ^{*,**}	149 (64,8) ^{*,***}	0,012
Região metropolitana	1.174 (26,5)	777 (25,7)	329 (27,9)	68 (29,6)	0,189
Interior do estado	150 (3,4)	86 (2,8) ^{*,**}	51 (4,3) ^{*,**}	13 (5,7) ^{*,***}	0,009
Sintomas na chegada à emergência					
Tosse	3.132 (70,6)	2.069 (68,4) ^{*,**}	906 (76,8) ^{*,***}	157 (68,3) ^{*,***}	< 0,0001
Expectoração	1.946 (28,0)	795 (26,3) [*]	445 (37,7) ^{*,***}	60 (26,1) ^{*,***}	< 0,0001
Falta de ar	2.071 (46,7)	1.335 (44,1) ^{*,**}	621 (52,7) ^{*,***}	115 (50,0) ^{*,***}	< 0,0001
Dor torácica	1.841 (41,5)	1.249 (41,3)	495 (42,0)	97 (42,2)	0,900
Coriza	538 (12,1)	422 (14,0) ^{*,**}	102 (8,7) ^{*,***}	14 (6,1) ^{*,***}	< 0,0001
Congestão nasal	203 (4,6)	148 (4,9)	49 (4,2)	6 (2,6)	0,201
Odinofagia	683 (15,4)	547 (18,1) ^{*,**}	124 (10,5) ^{*,***}	12 (5,2) ^{*,***}	< 0,0001
Disfonia	75 (1,7)	49 (1,6)	25 (2,1)	1 (0,4)	0,167
Sibilância	166 (3,7)	113 (3,7)	47 (4,0)	6 (2,6)	0,602
Febre	2.240 (50,5)	1.645 (54,4) ^{*,**}	518 (43,9) ^{*,***}	77 (33,5) ^{*,***}	< 0,0001
Hemoptise	118 (2,7)	75 (2,5)	35 (3,0)	8 (3,5)	0,494
Comorbidades					
Hipertensão arterial sistêmica	1.071 (24,2)	698 (23,1) ^{*,**}	316 (26,8) ^{*,***}	57 (24,8) ^{*,***}	0,039
Asma	389 (8,8)	291 (9,6) ^{*,**}	90 (7,6) ^{*,***}	8 (3,5) ^{*,***}	0,002
DPOC	381 (8,6)	249 (8,2) ^{*,**}	122 (10,3) ^{*,***}	10 (4,3) ^{*,***}	0,006
Cardiopatias isquêmicas	357 (8,1)	261 (8,6)	83 (7,0)	13 (5,7)	0,092
Insuficiência cardíaca	310 (7,0)	212 (7,0)	90 (7,6)	8 (3,5)	0,078
Diabetes melito	542 (12,2)	376 (12,4)	136 (11,5)	30 (13,0)	0,675
Infecção pelo HIV	278 (6,3)	150 (5,0) ^{*,**}	95 (8,1) ^{*,***}	33 (14,3) ^{*,***}	< 0,0001
Neoplasia	302 (6,8)	202 (6,7)	88 (7,5)	12 (5,2)	0,407
Insuficiência renal crônica	133 (3,0)	95 (3,1)	32 (2,7)	6 (2,6)	0,720
História tabágica					
Não tabagistas	107 (45,0)	64 (43,5)	32 (49,2)	11 (42,3)	0,714
Ex-tabagistas	452 (81,7)	299 (88,5)	124 (87,9)	29 (76,3)	0,112
Tabagistas ativos	405 (87,4)	248 (81,0)	128 (85,3)	29 (72,5)	0,160
Padrões radiológicos					
Normal	881 (38,7)	593 (41,8) ^{*,**}	241 (34,2) ^{*,***}	47 (30,9) ^{*,***}	< 0,0001
Consolidação	498 (21,9)	298 (21,0) ^{*,**}	180 (25,5) ^{*,***}	20 (13,2) ^{*,***}	0,002
Infiltrado difuso	114 (5,0)	57 (4,0) ^{*,**}	42 (6,0) ^{*,***}	15 (9,9) ^{*,***}	0,003
Derrame pleural	176 (7,7)	91 (6,4) ^{*,**}	68 (9,7) ^{*,***}	17 (11,2) ^{*,***}	0,008
Principais diagnósticos					
IVAS	503 (11,3)	368 (12,2) ^{*,**}	126 (10,7) ^{*,***}	9 (3,9) ^{*,***}	0,001
Pneumonia	612 (13,8)	381 (12,6) ^{*,**}	210 (17,8) ^{*,***}	21 (9,1) ^{*,***}	< 0,0001
Gripe	614 (13,8)	550 (18,2) ^{*,**}	64 (5,4) ^{*,***}	0 (0) ^{*,***}	< 0,0001
Asma	204 (4,6)	156 (5,2) ^{*,**}	43 (3,6) [*]	5 (2,2) ^{**}	0,022
DPOC	331 (7,5)	206 (6,8) ^{*,**}	113 (9,6) ^{*,***}	12 (5,2) ^{*,***}	0,004
Sinusite	227 (5,1)	134 (4,4) ^{*,**}	83 (7,0) ^{*,***}	10 (4,3) ^{*,***}	0,002
Tuberculose pulmonar	42 (0,9)	13 (0,4) ^{*,**}	13 (1,1) [*]	16 (7,0) ^{**}	< 0,0001
Tempo de permanência na emergência, dias ^c	0,5 (0,5-1)	0,5 (0,5-1) ^{*,**}	0,5 (0,5-2) [*]	0,5 (0,5-2) ^{**}	< 0,0001
Necessidade de hospitalização	939 (21,2)	560 (18,5) ^{*,**}	303 (25,7) ^{*,***}	76 (33,0) ^{*,***}	< 0,0001
Necessidade de internação em UTI	119 (2,7)	70 (2,3)	39 (3,3)	10 (4,3)	0,056
Tempo de permanência hospitalar, dias ^c	0,5 (0,5-3,0)	7 (3-14) ^{*,**}	10 (6-19) ^{*,***}	14 (6-24) ^{*,***}	< 0,0001
Taxa de mortalidade	120 (2,7)	70 (2,3) ^{*,**}	39 (3,3) ^{*,***}	11 (4,8) ^{*,***}	0,028

IVAS: infecção das vias aéreas superiores. ^aValores expressos em n (%), exceto onde mencionado. ^b Valor expresso em média ± dp. ^cValores expressos em mediana (variação interquartil). *Comparação entre os grupos < 7 dias e 7-21 dias. **Comparação entre os grupos < 7 dias e > 21 dias. ***Comparação entre os grupos 7-21 dias e > 21 dias.

Tabela 3 – Características dos pacientes pediátricos e análise de acordo com o tempo entre o início dos sintomas respiratórios a visita à emergência.

Características	Total (n = 3.860)	Tempo de entre o início dos sintomas e a visita à emergência			p
		< 7 dias (n = 3.242)	7-21 dias (n = 574)	> 21 dias (n = 44)	
Idade, anos ^b	2,0 (0,8-5,0)	2,0 (0,8-5,0)**	1,0 (0,7-5,0)***	0,9 (0,5-3,0)****	0,023
Sexo masculino	2.116 (54,8)	1.771 (54,6)	322 (56,1)	23 (52,3)	0,762
Cor branca	3.085 (79,9)	2.602 (80,3)	447 (77,9)	36 (81,8)	0,401
Procedência					
Porto Alegre	2.806 (72,7)	2.352 (72,5)	420 (73,2)	34 (77,3)	0,754
Região metropolitana	963 (24,9)	815 (25,1)	138 (24,0)	10 (22,7)	0,806
Interior do estado	91 (2,4)	75 (2,3)	16 (2,8)	0 (0)	0,461
Sintomas na chegada à emergência					
Tosse	3.311 (85,8)	2.765 (85,3)	507 (88,3)	39 (88,6)	0,136
Falta de ar	988 (25,6)	837 (25,8)	140 (24,4)	11 (25,0)	0,767
Dor torácica	181 (4,7)	151 (4,7)	30 (5,2)	0 (0)	0,280
Coriza	1.459 (37,8)	1.213 (37,4)	233 (40,6)	13 (29,5)	0,184
Congestão nasal	544 (14,1)	442 (13,6)	95 (16,6)	7 (15,9)	0,170
Odinofagia	374 (9,7)	334 (10,3)**	39 (6,8)****	1 (2,3)****	0,008
Disfonia	47 (1,2)	37 (1,1)	9 (1,6)	1 (2,3)	0,563
Sibilância	575 (14,9)	488 (15,1)	77 (13,4)	10 (22,7)	0,203
Febre	2.985 (77,3)	2.554 (78,8)**	406 (70,7)****	25 (56,8)****	< 0,0001
Comorbidades					
Asma	587 (15,2)	506 (15,6)	74 (12,9)	7 (15,9)	0,246
Infecção pelo HIV	25 (0,6)	21 (0,6)	4 (0,7)	0(0)	0,857
Neoplasia	35 (0,9)	30 (0,9)	5 (0,9)	0(0)	0,809
Bronquiolite no passado	117 (3,0)	98 (3,0)	18 (3,1)	1 (2,3)	0,947
Padrões radiológicos					
Normal	651 (47,7)	539 (48,8)	98 (43,8)	14 (60,9)	0,210
Consolidação	300 (22,0)	232 (20,8)**	64 (28,4)****	4 (17,4)****	0,035
Infiltrado difuso	137 (10,0)	115 (10,3)	19 (8,4)	3 (13,0)	0,623
Principais diagnósticos					
IVAS	980 (25,4)	816 (25,2)	155 (27,0)	9 (20,5)	0,487
Pneumonia	381 (9,9)	301 (9,3)**	76 (13,2)****	4 (9,1)****	0,014
Gripe	356 (9,2)	326 (10,1)**	28 (4,9)****	2 (4,5)****	< 0,0001
Asma	486 (12,6)	426 (13,1)	56 (9,8)	4 (9,1)	0,062
Bronquiolite	366 (9,5)	303 (9,3)	57 (9,9)	6 (13,6)	0,580
Sinusite	63 (1,6)	43 (1,3)**	18 (3,1)****	2 (4,5)****	0,002
Tempo de permanência na emergência, dias ^c	0,5 (0,5-0,5)	0,5 (0,5-0,5)	0,5 (0,5-0,5)	0,5 (0,5-0,5)	0,182
Necessidade de hospitalização	458 (11,9)	376 (11,6)	73 (12,1)	9 (20,5)	0,156
Necessidade de internação em UTI	27 (0,7)	22 (0,7)	5 (0,9)	0 (0)	0,751
Tempo de permanência hospitalar, dias ^c	0,5 (0,5-0,5)	6 (3-11)	5 (3-10)	11 (4,5-20,5)	0,179
Taxa de mortalidade	12 (0,3)	9 (0,3)	3 (0,5)	0 (0)	0,582

IVAS: infecção das vias aéreas superiores. ^aValores expressos em n (%), exceto onde mencionado. ^b Valor expresso em média ± dp. ^cValores expressos em mediana (variação interquartil). *Comparação entre os grupos < 7 dias e 7-21 dias. **Comparação entre os grupos < 7 dias e > 21 dias. ***Comparação entre os grupos 7-21 dias e > 21 dias.

foram iguais para ambos: 0,5 dia (0,5-0,5 dia). Os pacientes pediátricos do grupo >21 tinham idade menor do que aqueles dos grupos <7 e 7-21 ($p = 0,023$). Febre e odinofagia foram sintomas mais frequentemente encontrados nos pacientes do grupo <7 ($p < 0,0001$ e $p = 0,008$, respectivamente). Para os grupos <7, 7-21 e >21, respectivamente, os sintomas mais comuns foram gripe ($p < 0,0001$), pneumonia ($p = 0,014$) e sinusite ($p = 0,002$). Não houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de permanência na emergência, tempo de permanência hospitalar e mortalidade de acordo com o grupo de sintomas nos pacientes pediátricos.

Discussão

No presente estudo transversal, descrevemos as características de pacientes adultos e pediátricos que procuraram a emergência de um hospital terciário devido a sintomas respiratórios. No período de um ano, a prevalência de atendimentos por sintomas respiratórios foi, respectivamente, de 28,7% e 38,9% entre os pacientes adultos e pediátricos. As taxas de internação hospitalar e de mortalidade nos adultos foram de 21,2% e 2,7%, respectivamente, comparadas com 11,9% e 0,3%, respectivamente, nas crianças.

Em um estudo conduzido em diversas emergências de uma cidade italiana,⁽⁸⁾ apenas 5% de todos os atendimentos de adultos foram motivados por sintomas respiratórios. O mesmo percentual foi encontrado por outros autores⁽⁹⁾ que, além disso, descreveram que 47% dos pacientes que procuravam serviços de saúde primários o faziam por sintomas respiratórios. Em 77 locais de atendimento básico de saúde da Argélia, a presença de sintomas respiratórios foi o motivo da procura por assistência em até 31,6% dos pacientes.⁽¹⁰⁾

O número de pacientes que consultaram por causa de sintomas respiratórios em nossa amostra pode ter sido superestimado devido à pandemia de gripe A H1N1, que ocorreu durante um período do estudo. Isso também explica a elevada prevalência dos diagnósticos de gripe e IVAS em pacientes atendidos no serviço de emergência do hospital terciário. Da mesma forma, sintomas de vias aéreas superiores, como coriza e odinofagia, e febre foram mais comuns nos pacientes adultos que procuraram a emergência com menos de 7

dias de sintomas, talvez pela preocupação com a possibilidade de gripe A H1N1.

Os pacientes adultos que apresentavam sintomas há menos de 7 dias tinham menor idade que os demais pacientes. Sabe-se que idosos com pneumonia têm menor temperatura corporal e podem demorar mais tempo para procurar atendimento médico, aumentando a possibilidade de atraso no diagnóstico e tratamento.⁽¹¹⁾ De fato, o número mais elevado de diagnósticos de pneumonia nos grupos 7-21 e >21 corrobora essa constatação.

Maior escolaridade foi encontrada no grupo de pacientes adultos que buscaram a emergência mais precocemente (grupo <7). Estudos demonstram que indivíduos com maior escolaridade apresentam um comportamento mais saudável, têm mais informações sobre sua saúde e entendem melhor as instruções fornecidas durante a alta após visitas a serviços de emergência.⁽¹²⁾ No geral, aqueles com maior escolaridade tendem a tomar melhores decisões relacionadas à saúde. Assim, considerando-se o contexto de epidemia de gripe A H1N1, é possível que esses pacientes tenham procurado atendimento médico mais precocemente pelo receio dessa patologia.

Nos pacientes adultos, encontramos que quanto maior foi o tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência, maiores foram a necessidade de hospitalização, o tempo de hospitalização e a mortalidade. Sintomas respiratórios são associados com várias doenças e são considerados significativos preditores de mortalidade.⁽¹³⁾ Entre os sintomas respiratórios, a falta de ar é o que apresenta maior associação com mortalidade.⁽¹⁴⁾ De fato, em nosso estudo, observamos que esse sintoma foi mais comum nos grupos 7-21 e >21 do que no grupo <7, indicando provavelmente a maior gravidade e cronicidade dos sintomas naqueles pacientes.

O presente estudo tem algumas limitações metodológicas. Foram incluídos somente pacientes que procuraram o serviço de emergência, provavelmente casos mais graves do que aqueles atendidos no nível primário de saúde. Além disso, os diagnósticos foram sindrômicos, não sendo identificado o agente etiológico. Entretanto, dentro dessas limitações, o estudo atingiu seu objetivo de mostrar as características dos pacientes com sintomas respiratórios e é relevante na avaliação desses pacientes no contexto do atendimento de emergência.

Em conclusão, demonstramos o perfil epidemiológico de pacientes adultos e pediátricos atendidos em um serviço de emergência devido a sintomas respiratórios. Encontramos uma prevalência elevada de atendimentos por sintomas respiratórios entre os pacientes adultos (28,7%) e pediátricos (38,9%). Ainda, demonstramos que quanto maior foi o tempo entre o início dos sintomas e a visita à emergência, maiores foram a necessidade de hospitalização, o tempo da hospitalização e a mortalidade entre os adultos. Investigações semelhantes ao presente estudo podem contribuir para o planejamento de medidas de prevenção. Futuros estudos epidemiológicos longitudinais poderão colaborar para a melhor elucidação dos fatores de risco para a presença de sintomas respiratórios nesses pacientes.

Referências

1. Pivetta ABDA, Botelho C. Prevalência de sintomas respiratórios e avaliação espirométrica em trabalhadores de marmorarias. *J Pneumol*. 1997;23(4):179-188.
2. Ruffino-Neto A, Carvalheiro JR. Doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias na morbidade referida pela população, Ribeirão Preto, SP, 1975. *Medicina (Ribeirão Preto)* 1982;15:79-83.
3. World Health Organization [homepage in the Internet]. Geneva: World Health Organization. [cited 2012 Oct 10]. The top 10 causes of death - Fact sheet N°310, Updated June 2011. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
4. Portal da Saúde [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [cited 2012 Oct 10]. Sistema de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS). Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29939&janela=1
5. Greenberg SB. Respiratory viral infections in adults. *Curr Opin Pulm Med*. 2002;8(3):201-8. PMID:11981309. <http://dx.doi.org/10.1097/00063198-200205000-00009>
6. Desalu OO, Ojo OO, Busari OA, Fadeyi A. Pattern of respiratory diseases seen among adults in an emergency room in a resource-poor nation health facility. *Pan Afr Med J*. 2011;9:24. PMID:22145059 PMCid:3215546. <http://dx.doi.org/10.4314/pamj.v9i1.71199>
7. Valença LM, Restivo PC, Nunes MS. Seasonal variations in emergency room visits for asthma attacks in Gama, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2006;32(4):284-9. PMID:17268726. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132006000400005>
8. Tramuto F, Cusimano R, Cerame G, Vultaggio M, Calamusa G, Maida CM, et al. Urban air pollution and emergency room admissions for respiratory symptoms: a case-crossover study in Palermo, Italy. *Environ Health*. 2011;10:31. PMID:21489245 PMCid:3096899. <http://dx.doi.org/10.1186/1476-069X-10-31>
9. Backman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-Holm E, Adami J. Characteristics of non-urgent patients. Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(3):181-7. PMID:18609257 PMCid:3409607. <http://dx.doi.org/10.1080/02813430802095838>
10. Zidouni N, Baough L, Laid Y, Chaulet P. Practical approach to lung health strategy in Algeria [Article in French]. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009;13(8):1029-37. PMID:19723385.
11. Matsuno O, Kataoka H, Takenaka R, Okubo F, Okamoto K, Masutomo K, et al. Influence of age on symptoms and laboratory findings at presentation in patients with influenza-associated pneumonia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(2):322-5. PMID:19150140. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.11.015>
12. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ*. 2010;29(1):1-28. PMID:19963292 PMCid:2824018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>
13. Frostad A, Søyseth V, Andersen A, Gulsvik A. Respiratory symptoms as predictors of all-cause mortality in an urban community: a 30-year follow-up. *J Intern Med*. 2006;259(5):520-9. PMID:16629856. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2796.2006.01631.x>
14. Knuiman MW, James AL, Divitini ML, Ryan G, Bartholomew HC, Musk AW. Lung function, respiratory symptoms, and mortality: results from the Busselton Health Study. *Ann Epidemiol*. 1999;9(5):297-306. [http://dx.doi.org/10.1016/S1047-2797\(98\)00066-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1047-2797(98)00066-0)

Sobre os autores

Denise Rossato Silva

Professora Adjunta de Pneumologia. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS) Brasil.

Vinícius Pellegrini Viana

Médico. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

Alice Mânica Müller

Mestranda. Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS) Brasil.

Ana Cláudia Coelho

Fisioterapeuta. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS) Brasil.

Gracieli Nadalon Deponti

Mestranda. Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS) Brasil.

Fernando Pohlmann Livi

Professor. Faculdade de Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS) Brasil.

Paulo de Tarso Roth Dalcin

Professor Associado de Pneumologia. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS) Brasil.