

FiPGuanambi



FACULDADES INTEGRADAS PADRÃO DE GUANAMBI

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

IBSEN FREITAS ASSUNÇÃO

LAYSILA GOMES SANTOS

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA EM UMA CIDADE DO SUDOESTE BAIANO**

Guanambi – BA

Novembro – 2023

IBSEN FREITAS ASSUNÇÃO
LAYSILA GOMES SANTOS

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS ATENDIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA EM UMA CIDADE DO SUDOESTE BAIANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Medicina das Faculdades Integradas Padrão de Guanambi, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.
Professor orientador: Me. Alan Rodrigues de Azevedo.

Guanambi – BA
2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A851p Assunção, Ibsen Freitas
Perfil Clínico-Epidemiológico de pacientes politraumatizados admitidos em Unidade De Terapia Intensiva em uma cidade do sudoeste baiano/ Ibsen Freitas Assunção; Laysila Gomes Santos-Guanambi, BA, 2023.
22 f.

Orientador: Alan Rodrigues de Azevedo.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Medicina) —
Faculdades Integradas Padrão- FIPGuanambi/Afya, 2023.

1. Cirurgia geral. 2. Trauma múltiplo. 3. UTI. I. Santos, Laysila Gomes. II. Azevedo, Alan Rodrigues de, orient. III. Título.

CDU
616-001

**FACULDADES INTEGRADAS PADRÃO – FIPGUANAMBI
COORDENADORIA DE PESQUISA/COPPEXII
CURSO DE MEDICINA**

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Às 19 horas do dia 29 do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e três, na sala da APG 1, compareceram para defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito para a conclusão do curso de Medicina, os/as estudantes: Ibsen Freitas Assunção e Laysila Gomes Santos, cuja pesquisa apresenta como título “ Perfil Clínico-Epidemiológico De Pacientes Politraumatizados Admitidos Em Unidade De Terapia Intensiva Em Uma Cidade Do Sudoeste Baiano”.

Constituíram a Banca Examinadora: o/a orientador (a), Prof. Décio Aguiar Montenegro e Armando Pereira e Dr Alan Azevedo. Após a apresentação e as observações dos membros da Banca Examinadora, ficou definido que o trabalho foi considerado APROVADO com conceito 81. Eu, Alan Rodrigues de Azevedo, presidente da banca, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros.

Observações:

APROVADO - significa consideração de banca.

Assinatura da Banca Examinadora:

Alan Rodrigues de Azevedo
Professor (a) orientador (a)

Décio Aguiar Montenegro a Oliveira
Professor (a) examinador (a)

Armando Pereira
Professor (a) examinador (a)

RESUMO

No Brasil, de 2002 a 2022, houve aumento do número de trauma e das internações em UTI. Além disso, em 2020, ocorreram 146.038 mortes por causas externas, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Por isso objetiva-se traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes politraumatizados atendidos em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, de corte transversal, entre os meses de janeiro do ano 2021 e janeiro de 2022, com 55 prontuários de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital de uma cidade do sudoeste da Bahia, com base no cálculo amostral. Foram incluídos os prontuários de pacientes politraumatizados; admitidos na UTI do HGG; que realizaram procedimentos cirúrgicos. Os dados foram anexados ao software SPSS e, para sua análise, houve a utilização do teste Qui-quadrado, com o valor de $p \leq 0,05$. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFIPMOC, cujo parecer de aprovação foi 6.333.502. Houve prevalência de sexo masculino (76,4%), terceira década de vida (38,76 anos) e cor parda (41,8%). O acidente com motocicleta (70,9%) foi o mais presente, sendo o TCE o trauma mais frequente (72,7%). A apresentação clínica mais comum foi afebril, normocárdico, eupneico, normoglicêmico, com PAM de 97,60 mmHg e média de saturação de oxigênio de 97,16%. A maioria permaneceu internada de 48 a 240 horas (45,5%), sendo o principal motivo de alta a melhora do quadro (38,2%). A taxa de letalidade encontrada foi de 10,9%. Com isso é conhecida a população que mais é acometida pelo trauma com necessidade de internação em UTI, podendo então serem direcionadas medidas preventivas que alcancem o maior número de pessoas. Além disso foi percebida a limitação da literatura sobre o tema, o que indica a necessidade da produção de novas pesquisas.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia geral; Trauma múltiplo; UTI.

ABSTRACT

In Brazil, from 2002 to 2022, there was an increase in the number of trauma cases and ICU admissions. Additionally, in 2020, there were 146,038 deaths due to external causes, according to the Mortality Information System (SIM). The objective is to outline the clinical-epidemiological profile of polytrauma patients treated in the Intensive Care Unit. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study conducted between January 2021 and January 2022, involving 55 medical records of patients admitted to the Intensive Care Unit at a hospital in a city in southwestern Bahia, based on sample calculation. The study included medical records of polytrauma patients admitted to the ICU at HGG who underwent surgical procedures. Data were analyzed using SPSS software, and the Chi-square test was used for analysis with a significance level set at $p \leq 0.05$. The project was submitted to the Research Ethics Committee of UNIFIPMOC, with approval number 6.333.502. There was a prevalence of male gender (76.4%), the third decade of life (mean age 38.76 years), and mixed race (41.8%). Motorcycle accidents (70.9%) were the most common, with traumatic brain injury (TBI) being the most frequent trauma (72.7%). The most common clinical presentation was afebrile, normocardic, eupneic, normoglycemic, with mean arterial pressure (MAP) of 97.60 mmHg and mean oxygen saturation of 97.16%. The majority of patients remained hospitalized for 48 to 240 hours (45.5%), with the main reason for discharge being improvement in clinical condition (38.2%). The found lethality rate was 10.9%. This study provides insights into the population most affected by trauma requiring ICU admission, allowing for the implementation of preventive measures targeting a larger number of individuals. Additionally, the study identified a limitation in the existing literature on the topic, indicating the need for further research.

KEYWORDS: General surgery; Multiple trauma; Intensive Care Unit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2.1 Objetivos	8
2.1.1 Objetivo geral	8
2.1.2 Objetivos específicos	8
3 METODOLOGIA	8
4 RESULTADOS	10
5 DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

O trauma é definido como um agravo em decorrência da liberação de energia, podendo essa ser mecânica, térmica, elétrica, química ou irradiações, gerada por ação externa ao indivíduo, cujas implicações poderão ser lesões estruturais ou desequilíbrios fisiológicos, com interrupção da função celular ou tecidual, de natureza intencional ou não. De acordo à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde, 10ª edição, (CID-10), o trauma pode estar relacionado com lesões provocadas por agressões, quedas, afogamentos, transportes, homicídios, suicídios, envenenamentos, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e demais situações geradas por circunstâncias ambientais de natureza mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação^{1,2,3}.

No Brasil, o número de óbitos por causas externas, em 2020, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foi de 146.038, sendo a região Sudeste responsável por contribuir com 35% desse número (51.057 óbitos). No outro extremo está a região Centro-Oeste, onde ocorreu, aproximadamente, 8,7% das mortes, ou seja, 12.617 mortes⁴.

Por conta desse elevado número, sobretudo quando as causas estão relacionadas aos acidentes de trânsito, a Organização Mundial da saúde viu a necessidade de lançar o Plano Global – Década de Ação pela segurança no trânsito. De acordo com o Relatório de status global sobre segurança no trânsito 2018, ocorrem cerca de 1,35 milhão de mortes anualmente em decorrência de acidentes de trânsito, que poderiam ser evitadas, e 50 milhões de pessoas ficam feridas no mesmo espaço de tempo, principalmente em países de baixa e média renda, chegando, nesses locais, a 93% dos casos. Por conta desse elevado número, esse sinistro assume a primeira posição entre as causas de morte na população de 5 a 29 anos, representado, em 73% por homens^{5,6,7}.

Além da tendência de aumento no número de traumas, há também elevação de sua gravidade. No Brasil, esse aumento resultou em 37,3% no período de 2002 a 2022, sendo que 41% desse número está relacionado a quedas, enquanto 15% é representado por acidentes de trânsito – somente em rodovias federais, no ano de 2016, houve a morte de 6.400 pessoas. Além disso é possível esperar aumento também das internações em UTI. No período de 1998 a 2015, esse incremento foi de 91,8%, representado principalmente pelas regiões Norte e Nordeste, com acréscimo de 296,9% e 167,1%, respectivamente^{8,9}.

No entanto situação excepcional ocorrida durante a pandemia da COVID-19 foi documentada por alguns autores. GOBETTI *et al* (2023) relatam a redução de admissões por motivo de trauma de 31 a 62%, ao passo que houve aumento dos atendimentos de trauma

causados por queda de nível elevado em cerca de 70% , que passou a ser o principal causador durante o lockdown. Aliado a isso se observou também a elevação na proporção de traumas graves, devido do aumento de crimes violentos em algumas áreas urbanas densamente povoadas, sobretudo com aumento da necessidade de cirurgia de emergência^{10,11,12,13,14}.

Em um grande centro urbano da Itália houve redução de 81,3% de lesões ocorridas na rua e redução de 96,2% de traumas por lesões esportivas. No entanto, em consonância com os estudos citados anteriores, houve aumento da taxa de queda de altura, inclusive como tentativa de suicídio, que também apresentou perspectiva de aumento¹⁵. Já em Los Angeles, estudo observou o retorno a níveis históricos nas semanas seguintes após a tendência inicial de redução, com trauma contuso apresentando essa mesma flutuação numérica, enquanto o trauma penetrante se manteve com leve tendência de aumento durante a pandemia¹². Na Irlanda, com base no mecanismo de lesão, houve tendência geral que diminuição do trauma, em exceção quando se tratou de quedas mecânica (+2%), de escada (+55%), de altura superior a dois metros (+70%) no período de 27 de março a 27 de abril de 2020 em comparação com o mesmo intervalo de 2019¹⁰.

No Brasil, por sua vez, por conta da escassez de estudos na área, o perfil durante a pandemia não foi claramente elucidado, para que houvesse comparação com dados de períodos anteriores, em que, na população masculina em idade reprodutiva, as lesões no trânsito, por exemplo, eram causadas por eventos automobilísticos, quedas e violência na ordem de 50,3%, 22,5% e 21,2%, respectivamente. Em contraponto com outras grandes cidades mundiais, em São Paulo, houve redução das lesões por arma de fogo e arma branca, violência sexual, lesão corporal e violência interpessoal, mesmo com a expectativa de que houvesse o contrário por conta do isolamento social. Porém, como em outros locais, as lesões corporais por acidentes de trânsito reduziram consideravelmente^{16,17,18}.

Os acidentes de trânsito foram responsáveis, em 2017, por causar a morte de 36.430 brasileiros, ao passo que, em 2020, esse número caiu para 33.716. Em oposição, comparando as quedas como causa, durante esse mesmo período, houve um aumento, ainda que bastante discreto, de 15.667 para 15.711 mortes^{4,19}.

Não só as medidas não farmacológicas de contenção do SARS-COV-2 ajudaram a diminuir a ocorrência geral de traumas. A evolução dos serviços de resgate também contribui, sobretudo com a agilidade do atendimento, para diminuição das complicações (piora neurológica, instabilidade hemodinâmica e PCR) e dos óbitos precoces²⁰. Aliado a isso os escores de trauma foram criados para, além de classificar, prever o risco de evolução das lesões, com intuito de

evitar morte e propor um protocolo padrão de atendimento via, por exemplo, Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS)^{21,22}.

Tais escores – como MGAP: Mechanism; Glasgow come scale, Age and systolic blood Pressure; GAP: Glasgow come scale, Age and systolic blood Pressure; TS: Trauma Score; RTS: Revised Trauma Score; ISS: Injury Severity Score – são úteis na avaliação do paciente vítima de politraumatismo, que pode ser definido uma síndrome de múltiplas lesões sequenciais e sistêmicas, com repercussão em órgãos e sistemas vitais, em que há a possibilidade de ocorrer estresse fisiológico, algia intensa, instabilidade óssea e hemorragia^{23,24}.

É possível elucidar o perfil dos pacientes politraumatizados que tiveram mau prognóstico, que, assim como as vítimas de traumas simples, são, em sua grande maioria, adultos em idade reprodutiva, sexo masculino, cujas estruturas corpóreas mais afetadas foram crânio, tórax, membros superiores e inferiores, podendo ocasionar incapacidades físicas e/ou mentais, temporárias ou permanentes, como também o óbito; ocorrido por causas externas, com predomínio de quedas e acidentes automobilísticos, especialmente com motocicletas^{23,24,25}. Frequência cardíaca no momento da admissão, traumatismo de cabeça e pescoço, torácico e nas extremidades também são fatores importantes no risco de morte por trauma²⁵.

Portanto o atendimento ao politraumatizado deve ser realizado com rapidez e destreza, associados a conhecimentos técnico-científicos que permitam atuação segura e eficaz, visto que seu tratamento inicial é caracterizado como um grande desafio nas unidades de emergência e um elo essencial para o tratamento definitivo. Esse momento inicial pode ser descrito com a “Hora de Ouro”, a qual começa no momento em que a vítima se fere, não quando inicia o seu atendimento; e sua importância se dá pois a maioria das mortes evitáveis decorre do retardo no início do tratamento definitivo^{26,27}.

Ainda assim nem todas as unidades dispõem de profissionais especializados para o atendimento. Essa prescindibilidade tem garantia na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2077/2014, em seu terceiro artigo, que define a obrigatoriedade de o atendimento ser prestado por um médico, porém não faz menção à necessidade de especialização²⁸; visto que, apenas em 2016, houve aprovação da Medicina de Emergência como especialidade médica, por meio da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2149/2016²⁹.

Diante do problema de saúde pública gerado por traumatismos, principalmente ao considerar o trânsito como fator causal, que são responsáveis pelo exorbitante número de ferimentos – com a possibilidade de agravamento do quadro – e mortes, ainda mais por serem

essas evitáveis; do impacto gerado por essas perdas, que acometem, em sua grande maioria, a população em idade economicamente ativa; e da escassez de produções científicas sobre o recorte, tem-se como objetivo deste estudo a identificação o perfil clínico-epidemiológico de pacientes politraumatizados atendidos em unidade de terapia intensiva.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo geral

Identificar o perfil clínico-epidemiológico de pacientes politraumatizados atendidos em unidade de terapia intensiva.

2.1.2 Objetivos específicos

Relacionar o sexo ao mecanismo do trauma sofrido pacientes admitidos em UTI;

Reconhecer qual o tipo de trauma foi mais prevalente entre pacientes vítimas de trauma admitidos em UTI;

Identificar qual o desfecho esteve mais presente entre pacientes vítimas de trauma admitidos em UTI.

Relacionar o tempo de internamento com o mecanismo do trauma sofrido pelos pacientes politraumatizados admitidos em UTI.

3 METODOLOGIA

Este estudo concerne a uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo, com corte transversal de um ano, para a qual foram avaliados os prontuários de pacientes vítimas de politrauma admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Guanambi. A busca foi locada em Guanambi, cidade situada na região sudoeste do estado da Bahia, distante 796 km da capital, com, aproximadamente, 85.353 habitantes, segundo estimativa IBGE 2021³⁰. A pesquisa ocorreu com pacientes vítimas de trauma admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do HGG, por necessidade de suporte, entre os meses de janeiro de 2021 e janeiro de 2022. Com base no cálculo amostral, a amostra deveria ser composta por 26 pessoas, porém foram incluídos 55 para criar mais robustez ao trabalho. Tal cálculo foi realizado utilizando o *software* WinPep.

A seleção dos participantes da pesquisa ocorrerá de forma aleatória, considerando ambos os gêneros e os critérios de inclusão mencionados a seguir. Como critérios de inclusão adotados foram ser vítima de trauma; ter admissão na UTI do HGG e indicação de intervenção cirúrgica. Já os critérios de exclusão foram gestante; cirurgia ortopédica; idade inferior a 18 anos e superior a 70 anos; prontuários incompletos; perda de seguimento. A coleta de dados foi realizada por meio da avaliação de prontuários de pacientes vítimas de trauma que foram admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do HGG, com supervisão do orientador. A coleta dos dados deu-se a partir dos prontuários existentes no HGG, local em que esses pacientes foram admitidos, cuja finalidade foi a realização de tratamento cirúrgico, com posterior necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva, após a ocorrência de trauma. Após esse momento, procedeu-se sua análise. A solicitação de permissão de acesso aos prontuários ocorreu por meio do Termo de Anuência da Instituição (TCI). A seleção dos prontuários ocorreu de forma aleatória, levando em consideração aqueles pacientes que se adequaram aos critérios de inclusão. As informações encontradas mediante busca em prontuários foram adicionadas ao software Excel, em sua versão 2013. Em sequência, para a análise, os dados obtidos foram anexados no software SPSS. Os elementos obtidos dos prontuários foram: idade, sexo, cor, município de procedência, comorbidades prévias, data da admissão no HGG, tempo de internamento na UTI do HGG, mecanismo de trauma e tipo de trauma, sinais clínicos no momento da admissão, complicações ocorridas durante a internação e desfecho do quadro. Essas informações foram coletadas em ficha de internamento do HGG pelos pesquisadores, com a supervisão do profissional responsável pelo setor, para que fosse garantido o cuidado com os prontuários. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFIPMOC, cujo número do parecer de aprovação para a realização da pesquisa foi 6.333.502. Por se tratar de uma pesquisa realizada mediante busca de informações em prontuários de atendimentos hospitalares, não houve a necessidade de os pacientes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por toda pesquisa oferecer algum risco, esse pode ser a perda de prontuários e o vazamento de informações contidas neles. Para evitar tais inconvenientes, a busca ocorreu de forma supervisionada pelos orientador e funcionários do hospital destinados pela coordenação; além disso as informações foram utilizadas apenas com fins acadêmicos, de forma que serão assegurados o sigilo e o anonimato dos participantes. Por outro lado, dentre os benefícios da pesquisa, haverá revelação do perfil dos pacientes vítimas de trauma, com isso poderão ser criadas medidas de intervenção para essa população. Considerando a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos, estarão assegurados os direitos dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado.

4 RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos 55 pacientes vítimas de politrauma admitidos no serviço de Unidade de Terapia Intensiva, dos quais quatro tiveram mais de uma internação no período. As variáveis epidemiológicas examinadas encontram-se na Tabela 1.

Os homens são mais acometidos, em relação às mulheres, quando se trata do paciente politraumatizado. Eles representaram 76,4% do total dos atendimentos (42 pacientes). Houve prevalência da faixa etária compreendida na terceira década de vida, seguida da segunda, com representação de, respectivamente, 29% e 25% do total de casos. Nesta amostra, cujas extremidades foram representadas por dezoito e sessenta e nove anos, a idade média, em anos, foi de 38,76; com desvio padrão de 14,645. Há predomínio da população de cor parda, seguida de branca, amarela, preta e, por fim, daqueles que não a informaram, com, respectivamente, 41,8%, 30,9%, 12,7%, 10,9% e 3,6%. Sobre o município onde ocorreu o trauma, quatorze pacientes (25,5%) foram procedentes do município de Guanambi. Foi observado ainda que 26 pacientes apresentaram algum tipo de comorbidade prévia ao atendimento, uma representação de 54,2%. Sobre sete pacientes não houve informação em relação à presença ou não de comorbidades prévias.

Tabela 1: Caracterização da amostra

	N	%	Média	Desvio padrão
Sexo				
Feminino	13	23,6		
Masculino	42	76,4		
Idade (anos)			38,76	14,645
Cor				
Amarela	7	12,7		
Branca	17	30,9		
Parda	23	41,8		
Preta	6	10,9		
Não informado	2	3,6		

Município procedente		
Guanambi	13	23,6
Outro	42	76,4
Comorbidade(s) prévias(s)		
Ausente	22	45,8
Presente	26	54,2
Não informado	7	

Fonte: dados da pesquisa.

Em se tratando do mecanismo de trauma, os acidentes de trânsito representam a grande maioria: 80% do total. Ao avaliar as causas específicas, os acidentes envolvendo motocicletas foram responsáveis por 70,9% dos casos totais (39 casos). Em três foi relatado o ferimento por arma de fogo e em outros três, o ferimento por arma branca (com 5,5% cada). Dois foi o número de acidentes envolvendo carro e de quedas da própria altura (3,6% cada); enquanto acidentes com carreta e acidentes com bicicleta, atropelamento, agressão física, queda de quatro metros e soterramento tiveram um caso cada (1,8%).

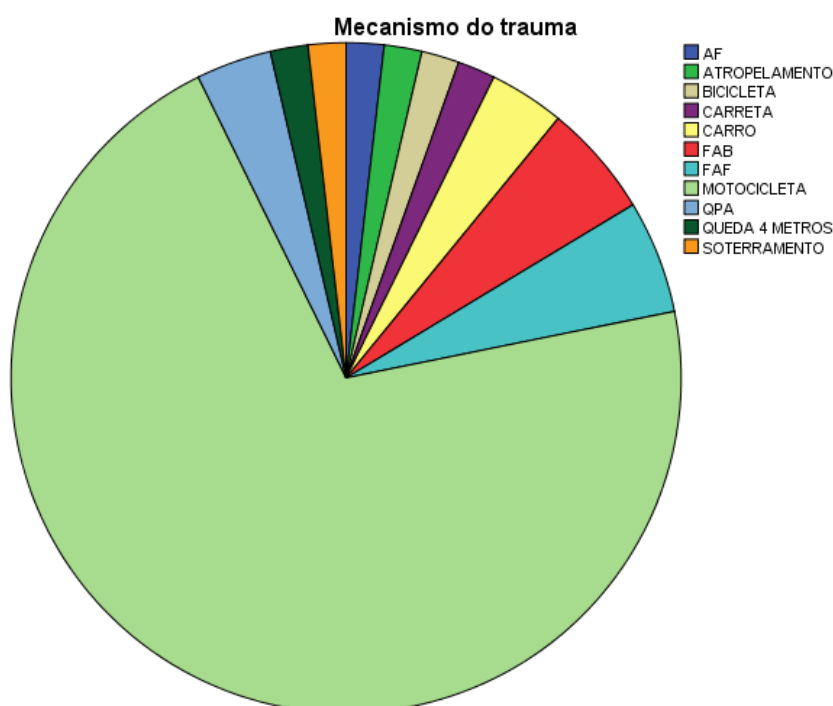


Gráfico 1: mecanismo do trauma. Fonte: dados da pesquisa.

Levando em consideração o sexo do paciente, o acidente motociclístico foi o mais prevalente em ambos, porém com considerável diferença entre eles: os homens representaram 82% total (32 pacientes). Apesar dessa grande diferença numérica, estatisticamente não há

relevância, devido a população estudada ser majoritariamente masculina (valor de $p=0,081$). Outra situação ocorrida com discrepância, dessa vez ainda maior, aconteceu em relação aos ferimentos por arma de fogo, cuja totalidade foi representada pelos pacientes masculinos. Já os ferimentos por arma branca tiveram predomínio de mulheres, com 66,7% desses casos. Além disso a média de idades revelou ser menor nos homens (36 anos), enquanto nas mulheres foi de 46 anos.

O tipo de trauma mais prevalente foi o traumatismo cranioencefálico, presente em 40 pacientes (72,7% dos casos), seguido do trauma torácico, dos membros, do abdominal e, por fim, o raquimedular, respectivamente, 60%, 38,2%, 27,3% e 16,4%.

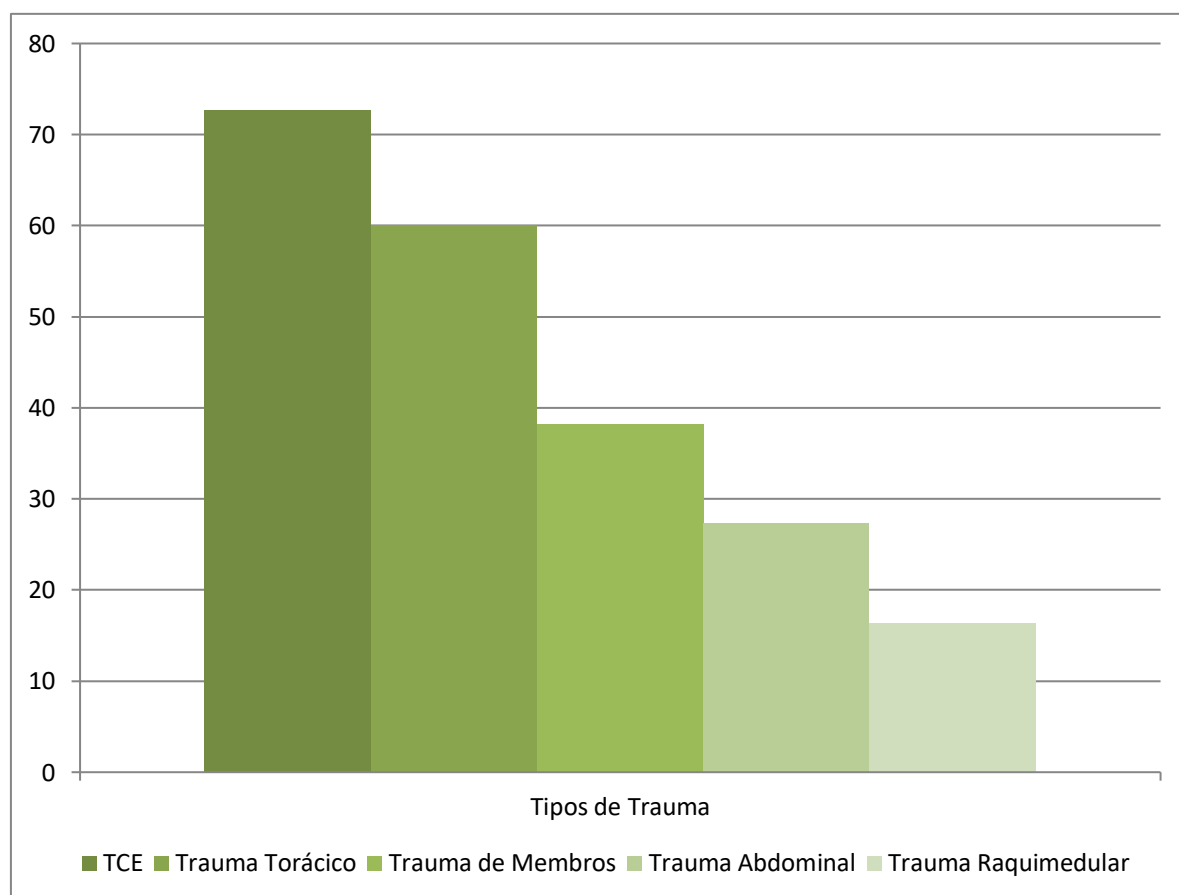


Gráfico 2: tipos de trauma. Fonte: dados da pesquisa.

No momento da admissão, 41 (74,5%) pacientes encontravam-se em normotermia, enquanto três apresentaram febre (5,5%) e dez, hipotermia (18,2%). A frequência cardíaca média foi de 100,98 bpm (com mediana de 96 bpm). Sobre a frequência respiratória, a média e a mediana apresentaram mesmo valor: 20 irpm. A pressão arterial média foi, em média, 97,60 mmHg. A média de saturação de oxigênio foi de 97,16%, ao passo que a média da glicemia capilar foi de 113,15 mg/dl. Outros sinais mais prevalentes nos relatórios de admissão foram

rebaixamento do nível de consciência, com 28 relatos; dor/desconforto torácico, presente em nove pacientes, e dor abdominal em cinco pacientes, o que representa 50,9%, 16,4% e 9,1% dos casos, respectivamente. Ocorrem também relatos de: evidências de fraturas expostas, hematomas, escoriações, otorragia, lesões penetrantes/perfuro-cortantes, cefaleia, náusea e vômitos, exteriorização de secreção purulenta da ferida operatória e anisocoria.

A complicação mais prevalente foi a pneumonia associada à ventilação mecânica, presente em 18% dos pacientes que apresentaram alguma complicação, seguido de insuficiência renal aguda e choque circulatório, ambas em seis pacientes (representando 16% cada); febre em 5 pacientes, equivalente a 13%, e 3 pacientes com PCR (8%). Demais complicações relatadas foram sepse, disfunção múltipla de órgãos e sistemas, infecção por *Klebsiella Pneumoniae*, infecção de trato urinário, convulsão, higroma subdural, fístula liquórica, fibrilação atrial, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, rash cutâneo, hemorragia digestiva, anemia, diarreia, laringoespasma, desnutrição, sendo que em muitos pacientes foram observadas mais de uma complicação.

Tabela 2: sinais clínicos durante admissão

	N	%	Média	Mediana
Temperatura axilar				
Normotermia	41	74,5		
Febre	3	5,5		
Hipotermia	10	18,2		
Frequência cardíaca (bpm)			100,98	96
Frequência respiratória (irpm)			20	20
Glicemia capilar (mg/dl)			113,65	115
Pressão arterial média (mmHg)			97,60	96
Saturação de oxigênio (%)			97,16	98
Rebaixamento do nível de consciência	28	50,9		
Dor abdominal	9	16,4		
Dor torácica	5	9,1		
Instabilidade hemodinâmica	5	9,1		
Complicações	38	61,9		

Fonte: dados da pesquisa.

Vinte e um pacientes (38,2%) apresentaram, como motivo de alta, a melhora do quadro. Aqueles que precisaram ser submetidos a novo procedimento cirúrgico foram dezesseis (29,1%), ao passo que onze (20%) pacientes foram transferidos para outra unidade hospitalar. Seis pacientes evoluíram a óbito (10,9%). Apenas sobre um paciente não foi informado o motivo da alta.

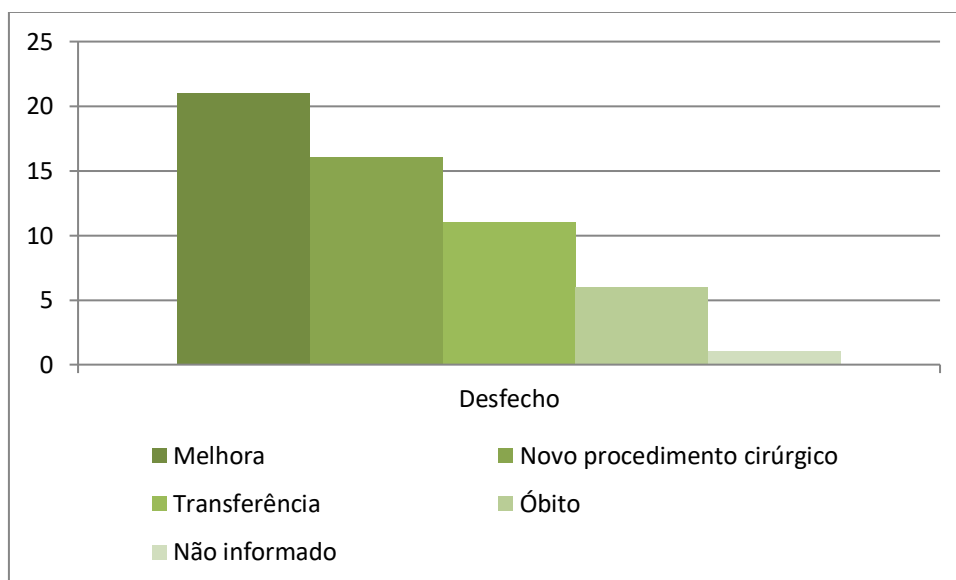


Gráfico 3: desfecho do quadro. Fonte: dados da pesquisa.

Em relação ao sexo e ao desfecho, foi percebido que dos dezesseis pacientes que necessitaram de um novo procedimento quatorze (87,5%) eram do sexo masculino. Dos seis pacientes a óbito, 100% foram homens. Com base nisso, o sexo masculino poderia estar associado a um pior prognóstico, porém com a análise do qui-quadrado, não há diferença significativa ($qq = 0,101$).

Tabela 3: desfecho do quadro de acordo com o sexo.

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Melhora	N	12	9	21
	%	57,1	42,9	100
Novo Procedimento	N	14	2	16
	%	87,5	12,5	100
Transferência	N	9	2	11
	%	81,8	18,2	100
Óbito	N	6	0	6
	%	100	0	100
Não informado	N	1	0	1
	%	100	0	100
Total	N	42	13	55
	%	76,4	23,6	100
Valor de p		0,101		

Fonte: dados da pesquisa.

Em se tratando do tempo de internamento, a maioria dos pacientes foi incluída na faixa entre 48 a 240 horas: 25 (45,5%). Dezesesseis (29,1%) ficaram internados por tempo superior a 244 horas, enquanto quatorze, ou 25,5%, permaneceram por apenas 48 horas na UTI.

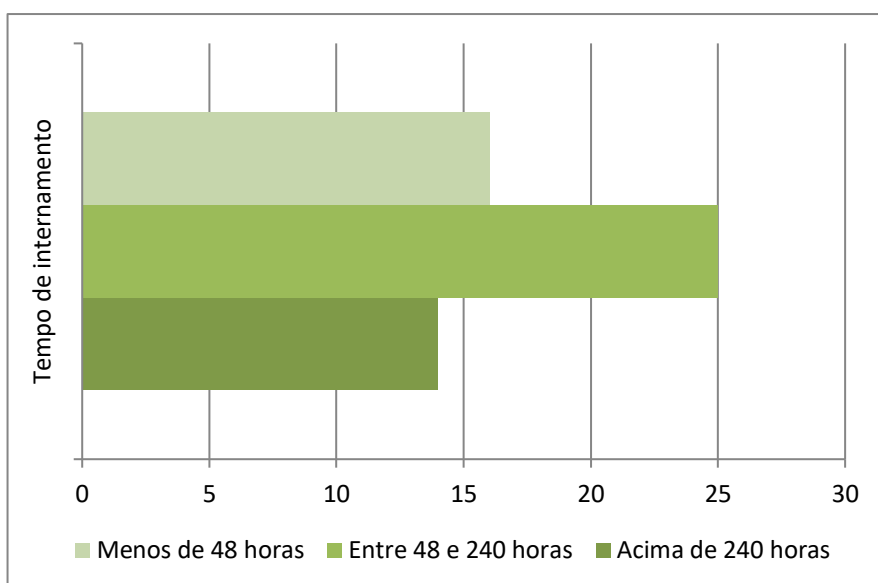


Gráfico 4: tempo de internamento. Fonte: dados da pesquisa.

O tempo de internamento na UTI variou de acordo com o mecanismo de trauma sofrido pelo paciente (valor de $p = 0,793$). Dos acidentes de trânsito, aqueles que ocorreram com bicicleta tiveram maior média de tempo de internamento, 552 horas; seguido de motocicleta, com 196 horas; de carro (60 horas) e caminhão (48 horas). Essa situação encontrada neste estudo pode ser explicada pela menor dissipação de energia do trauma nesses meios de transporte com menos superfície de contato. Excetuando-se os acidentes automobilísticos, a queda da própria altura representou o maior tempo médio de internamento, 324 horas (o que pode estar relacionado também com a idade mais avançada desses que sofreram esse tipo de trauma, todos acima de 60 anos), em segundo lugar veio a agressão física (288 horas), seguido de FAB (224 horas), soterramento (216 horas) e FAF (208 horas). A maior média de horas de internamento de acordo com o tipo de trauma presente foi encontrada nos pacientes com trauma torácico, 236,7 horas; seguido de TCE, trauma de coluna, trauma de membros e trauma abdominal, com média de, respectivamente, 227,10 horas, 208,43 horas, 164,57 horas e 88 horas.

Dos pacientes que apresentaram alguma complicação durante sua permanência na UTI, a maioria (18 pacientes ou 32,7%) permaneceu de 48 a 240 horas (valor de $p = 0,028$).

5 DISCUSSÃO

Neste *et al* estudo houve predominância do sexo masculino, o que acontece em consonância com outros trabalhos anteriormente realizados. Lentstek *et al* (2019)⁸ relatam que o número de pacientes do sexo masculino admitidos em UTI devido ao trauma é o dobro do feminino (taxa de 44,3 ao ano). Junior (2016)⁹ revelaram que o sexo masculino esteve presente em 72,2% casos; enquanto, em seu estudo, Guizzo *et al* (2020)¹⁹ informou ser de 70% a prevalência do sexo masculino relacionado ao trauma; já Farzan *et al* (2022)²³ relatam 82,7% dos pacientes serem do sexo masculino. A média de idade foi também próxima ao encontrado por Guizzo *et al* (2020)¹⁹, de 39,48 anos. Belmonte *et al* (2017)³¹ relatou a media de idade de 32 anos, sendo a faixa dos 20 aos 30 anos mais prevalente em seu estudo, o que está em divergência com este estudo.

Silva *et al* (2022)¹⁷ demonstraram que o tipo de trauma mais frequente foi o de membros, em 39%, já o TCE esteve presente em 8,7%, situação diferente da encontrada neste estudo.

Em relação ao mecanismo de trauma, Fahy *et al* (2020)¹⁰ revelou dados bastantes divergentes a este estudo, com maior prevalência de quedas mecânicas (até dois metros de altura), 46%, enquanto os acidentes de trânsito foram responsáveis por apenas 3% do número de atendimentos, situação vinculada ao isolamento durante a COVID-19. Já Gobetti *et al* (2023)¹¹ revelaram que apesar da diminuição do número total, os acidentes de transito ainda representaram o principal mecanismo de trauma em 2021, com 22,6% dos casos; e aqueles causados por motocicletas, em consonância com este estudo, também foram a maioria, 57,9%. Em pacientes traumatizados internados em UTI, Lentsteck *et al* (2019)⁸ revelaram que a principal causa são as quedas (taxa de 10,8/100.000 habitantes). Silva *et al* (2022)¹⁷ revelou situação semelhante quanto ao número de trauma envolvendo motocicletas, 62,2%, sendo o mais prevalente. Rajput *et al* (2021)¹³ também informam os acidentes com motocicletas sendo os mais prevalentes, porém em número bem mais baixo (32,3%); já aqueles envolvendo bicicletas teve um aumento, chegando a 7,4% (contra 1,8% presente neste estudo). Constâncio *et al* (2018)³² revelaram ser os acidentes com motocicletas os mais prevalentes (30,5%) dos casos.

Gobetti *et al* (2023)¹¹ revelam aumento da prevalência do sexo feminino nos traumas penetrantes, chegando a 33,8% dos casos, porém não os distingue quanto à causa ser arma branca ou de fogo; já que neste estudo houve maioria feminina nos casos de ferimento por arma branca, o que impede uma avaliação mais fidedigna.

Constâncio *et al* (2018)³² revelaram que óbito ocorreu em 11,1% do número total de pacientes, dado bastante parecido com este estudo, que foi de 10,9%. Mahnaz *et al* (2019)²⁵

relatarem que óbito teve mais prevalência no sexo masculino (79,5%), ao passo que neste estudo a totalidade dos óbitos ocorreu nesse mesmo sexo. Revelaram também que, dos pacientes que evoluíram a óbito, a PAM foi de 97,95mmHg (neste estudo foi encontrada a PAM média de 79,67 naqueles pacientes que evoluíram a óbito); a frequência respiratória média foi de 19,83 irpm, já neste estudo foi de 20,17 irpm; a frequência cardíaca média foi de 97,81 bpm, diferente deste, em que foi encontrada uma média de 112,67 bpm (porém não há relevância epidemiológica pelo teste qui-quadrado). Já Farzan *et al* (2022)²³ relataram que a média da PAS foi 115,6 de mmHG, enquanto 97,6 mmHg foi a encontrada neste estudo; a FR média foi de 16,3 irpm, neste foi de 20 irpm; a FC média foi de 87,6, diferente de 100,98 bpm encontrada neste estudo, e a saturação de oxigênio média foi de 95,9%, bem parecido com o revelado neste estudo, que foi de 97,17%, considerando não só os pacientes que evoluíram a óbito.

6 CONCLUSÃO

Conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva representa um dado bastante importante para a tomada de medidas educativas preventivas, que deverão ser voltadas para as populações mais prevalentes, sobretudo pela elevada incidência do trauma na população brasileira e as suas repercussões, incluindo os óbitos.

Neste estudo houve mais prevalência do sexo masculino, em terceira década de vida, de cor parda, que sofreram acidentes automobilísticos com motocicletas e tiveram TCE. A apresentação clínica mais presente foi afebril, normocárdico, eupneico, normoglicêmico, com PAM média de 97,60 mmHg e média de saturação de oxigênio de 97,16%. A taxa de letalidade neste estudo foi 10,9%.

Durante a busca na literatura, poucos artigos tratam do atendimento em UTI, o que prejudicou a avaliação dos dados. Portanto se faz necessário maior quantidade de estudos sobre esse tema.

REFERÊNCIAS

Mojtaba A, Sanaz M, Alireza S, Ali S, Izadmehr A, Seyyed MP. Trauma factors among adult and geriatric blunt trauma patients. *International Journal of Surgery Open*. 2021;28. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.12.002>

Silva JJS, Alves LCM, Silva TTM, Silva VMS, Dantas DV, Dantas, RAN. Epidemiologia das vítimas de trauma atendidas por serviço pré-hospitalar. *R. pesq.: cuid. fundam. online*, 13, pp 295-301, 2021.

Schossler D, Lohmann PM, Pissaia LF. Perfil epidemiológico de pacientes politraumatizados atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto no interior do Rio Grande do Sul. *Revista Destaques Acadêmicos*, v12, n3, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais: óbitos por ocorrência segundo causas externas do Brasil: Brasil por região e Unidade de Federação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. <http://tabenet.datasus.gov.br>

World Health Organization. Global Plan for the Decade of Action for Road safety 2021-2030. Geneva: 2021.

World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: WHO.

World Health Organization. Road traffic injuries 2021. Geneva: WHO.

Lentsck MH, Sato APS, Mathias TAF. Panorama epidemiológico de dezoito anos de internações por trauma em UTI no Brasil. *Rev. de saúde pública*, 53: 83, 2019.

Junior GTB, Bertho ACS, Veiga AC. A letalidade dos acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras em 2016. *Rev. Bras. Estud. Pop.* 2019;36. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0074>

Fary S, Moore J, Kelly M, Flannery O, Kenny P. Analysing the variation in volume and nature of trauma presentations during COVID-19 lockdown in Ireland. *Bone Jt Open.* 2020;1(6). doi: 10.1302/2046-3758.16.BJO-2020-0040.R1.

Gobetti JSC et al. Comparative analysis of the trauma care profile before and during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in a tertiary university hospital. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2023, 50. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233449-en>

Ghafil C, Matsushima K, Ding L, Henry R, Inaba K. Trends in Trauma Admissions During COVID-19 Pandemic in Los Angeles County, California. *JAMA Netw Open.* 2021; 4(2). doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.1320.

Hampon M, Clark M, Baxter I, Stevens R, Flatt E, Murray J, et al. The effects of a UK lockdown on orthopaedic trauma admissions and surgical cases. *Bone Jt Open.* 2020;1(5). doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.1320.

Rajput K, Sud A, Rees M, Rutka O. Epidemiology os trauma presentations to a major trauma centre in the North West of England during the covid-19 level 4 lockdown. *Eur J Trauma Emer Surg.* 2021; 47(3). doi:10.1007/s00068-020-01507-w

Dolci A, Marongiu G, Leinard L, Lombardo M, Dessi G, Capone A. The Epidemiology of Fractures and Muskulo-Skeletal Traumas During COVID-19 Lockdown: A Detailed Survey of 17.591 Patients in a Wide Italian Metropolitan Area. *Geiatric Orthopedic Surgery & Rehabilitation*. 2020; 11. doi:10.1177/2151459320972673

Ribeiro-Junior MAF, Néder PR, Augusto SS, Elias YGB, Hluchan K, Santo-Rosa OM. Current State or trauma and violence in São Paulo – Brazil during the COVID-19 pandemic. *Rev. Col. Bras. Cir*, 2021, 48. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202875>

Silva AA, Stroher GR, Teixeira HM, Cordeiro MVG, Olandoski M, Von-Bahten LC. Impact of the COVID-19 pandemic on the epidemiology of traffic acidentes: a cross-sectional study. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2022;49. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223364-en>.

Andrade CWQ, Marcos EAC, Santos JAR, Silva SNGR, Filho ESN, Figueredo DS, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on motorcycle acidentes and the profile of victims in a health region of Pernambuco. *Research, Society and Development*. 2021;10(9). doi: 10.33448/rsd-v10i9.17680.

Guizzo WA, Souza BS, Weihermann V, Silva AB, Jabur GR, Menini-Stahlschmidt CM, et al. Trauma em Curitiba: avaliação multifactorial de vítimas admitidas em um hospital universitário. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2020;47. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202408>

Brunello LFS, Bettega AL, Reis PGTA, Tomasich FDS, Collaço IA, Guetter CR, et at. Influência do local de origem do trauma nos índices de admissão de pacientes submetidos à laparotomia de emergência. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2018;45(05). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181970>.

Höke, Mehmet Hilmi MD; Usul, Eren MD; Özkan, Seda MD. Comparison of Trauma Severity Scores (ISS, NISS, RTS, BIG Score, and TRISS) in Multiple Trauma Patients. *Journal of Trauma Nursing* 28(2):p 100-106, March/April 2021. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000567

American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced trauma life support student course manual. 2018, 10 ed. Chicago, IL: Author.

Fahy N, Seyed YFG, Atefeh RM. A retrospective study on evaluating GAP, MGAP, RTS and ISS trauma scoring system for the prediction of mortality among multiple trauma patients. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022;76. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103536>

Faloppa F; Albertoni WM. *Ortopedia e Traumatologia*. Manole, 1a ed., 2018.

Mahnaz Y. A study of mortality risk factors among trauma referrals to trauma center, Shiraz, Iran, 2017. Chinese Journal of Traumatology. 2019;22(4). <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2019.01.012>

Vieira CAS, et al. Abordagem ao Paciente Politraumatizado. Revista da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2020;6(1).

PHTLS. Atendimento Pré- hospitalar ao Traumatizado, 9 ed, 2022.

Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Resolução no 2077, de 24 de julho de 2014.

Conselho Federal de Medicina. Homologa a Portaria CME no 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Resolução nº 2.149, de 22 de julho de 2016.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2023. Guanambi: IBGE, 2023.

Belmonet LM; Lange BA; Silva CM; Silva TO; Belmonte LAO. Levantamento do perfil das vítimas de acidentes motociclísticos internados em um Hospital público de Santa Catarina. Rev. Saúde Publ. Santa Cat. 2017;10(1).

Constâncio JF; Nery AA; Mota ECH; Santos CA; Cardozo MC; Constâncio TOS. Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos com história de traumatismos cranioencefálico. Rev baiana enf. 2018;32. DOI 10.18471/rbe.v32.28235