

Perfil dos agravos e local das lesões do paciente adulto atendido na sala amarela de um hospital público do Distrito Federal

Profile of grievers and location of adult patient injuries attended in the yellow room of the Federal District public hospital

Rodrigo Escobar Guerra¹, Iel Marciano de Moraes Filho², Jessica de Arêa Leão Silva¹, Ailane Milard Moreira de Souza¹, Acza Araújo Soreas de Alcântara¹, Sandra de Nazaré Costa Monteiro¹

Como citar:

Guerra RE, Moraes-Filho IM, Silva JAL, Souza AMM, Alcântara AAS, Monteiro SNC. Perfil dos agravos e local das lesões do paciente adulto atendido na sala amarela de um hospital público do Distrito Federal. REVisa. 2019; 8(2): 119-31. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p119a131>

REVISA

1. Escola Superior de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Departamento de Enfermagem, Valparaíso de Goiás, GO, Brasil.

Recebido: 10/04/2019
Aprovado: 10/06/2019

RESUMO

Objetivo: identificar quais são os mecanismos de trauma e os tipos de lesões mais frequentes nos pacientes de 30 a 49 anos atendidos na sala amarela do centro de trauma de um hospital público do Distrito Federal. **Método:** estudo epidemiológico descritivo transversal sobre o perfil, epidemiológico e clínico. Os critérios de inclusão foram: admissões primárias, faixa-etárias 30 a 49 anos, ambos os sexos e vítima trauma, totalizando amostra com 697 admissões. **Resultados:** foi evidenciado que nesta faixa etária, prevaleceram os motociclistas traumatizados com 27,7% (n= 193), seguido de ocupante de automóvel traumatizado com 17,5% (n= 122) e queda da própria altura com 11,04% (n=77). **Conclusão:** o trabalho evidencia a necessidade das equipes componentes dos sistemas hospitalares e demais unidades que atuam diretamente ou indiretamente, com pacientes traumáticos, a necessidade de se aperfeiçoarem, na tentativa de se conhecer melhor o perfil de pacientes que buscam tratamentos nesta unidade, além de poder proporcionar uma assistência de melhor qualidade. **Descritores:** Adulto Jovem; Centros de Traumatologia; Ferimentos e lesões; Causas externas; Traumatismo múltiplo.

ABSTRACT

Objective: to identify the mechanisms of trauma and the most frequent types of injuries in patients aged 30 to 49 attended of the Federal District Public Hospital trauma center, specifically in the yellow room. **Method:** This is a cross-sectional descriptive epidemiological study on the epidemiological and clinical profile.). Inclusion criteria were: primary admissions, age range 30 to 49 years, both sexes and trauma victim. The sample was composed for 697 admissions. **Results:** Among the injuries, it was evidenced that in this age bracket, traumatic motorcyclists prevailed with 27.7% (n = 193), followed by a traumatic motor vehicle occupant with 17.5% (n = 122) and fall of the height itself with 11.04 % (n = 77). **Conclusion:** This work evidences the need of the hospital system components teams and other units that act directly or indirectly, with trauma patients, the need to improve themselves, in an attempt to better understand the profile of patients who seek treatment in these units, besides being able to provide assistance. **Descriptors:** Young Adult; Traumatology Centers; Wounds and injuries; External causes; Multiple trauma.

ORIGINAL

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 90% dos traumas ocorrem e países em desenvolvimento isso se dá devido à falta de infraestrutura, educação, moradia, saneamento, segurança pública, entre outros, podendo ainda se tornar evidenciado em maior proporção se esses problemas forem agregados a aquisição de veículos e armamento ilegal.¹

É estimado também pela mesma instituição, que 5,8 milhões de pessoas morrem por ano devido a mecanismos de trauma. Evidenciando que morrem mais de 9 pessoas por minuto por trauma ou violência. A mortalidade por trauma chega a ser 32% a mais quando comparada a soma das mortes por malária, AIDS e tuberculose.¹

No Brasil é notório as grandes repercussões devido aos eventos traumáticos, que ocorrem a todo momento, principalmente envolvendo população com a faixa etária adulta. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2010 a população brasileira se encontrava com 190.755.979 habitantes, e dentre estes 54.475.950 correspondiam a população de adultos na faixa etária de 30 a 49 anos.²

Ao falarmos sobre agravos a saúde, causados por acidentes traumáticos, devemos entender que o trauma se configura em uma doença passível de prevenção, já que ela possui um agente causador - agente físico, um hospedeiro - ser humano e um ambiente propício - local do evento.³

Além disso vale salientar que o trauma também é uma das causas mais importantes de morbimortalidade e incapacidade na faixa etária adulta, representando um sério problema de saúde pública no Brasil e em diversos países.⁴

Considerando esses aspectos e pelas graves repercussões, os acidentes traumáticos configuram-se como uma doença de auto custo de âmbito global, correspondendo a 12% dos gastos, ao ser equiparado as outras doenças no mundo, sendo estimado que os custos globais excedam 500 bilhões de dólares.⁵

Para se compreender o impacto do trauma tanto em relação a saúde da população atingida, como para a demanda de gastos, devemos entender como é definido o mecanismo de trauma. Desta forma, podemos dizer que a biomecânica traumática é a interação energética que ocorre entre o agente agressor e a vítima, seu mecanismo de ação se dá em três tempos: a pré-colisão, a colisão e a pós colisão.⁶

Dessa forma as alterações na fisiologia humana por mecanismos de trauma, é contemplada por riscos que envolvem esses tempos, sendo que o segundo se configura como o principal fator agravante, sendo de primordial importância da reavaliação de quem é atingido por mecanismos de trauma de grande proporção, devido a riscos tardios, que não se apresentam no momento.

Pensando nesse aspecto, é necessário um manejo adequado para o paciente que envolve lesões traumáticas, desde a cena do acidente, durante o transporte, até a assistência hospitalar. O Atendimento ao paciente traumatizado deve ocorrer de forma sistemática, numa sequência pré-definida, independente do mecanismo envolvido no ferimento do indivíduo.⁷

A correta classificação da gravidade da vítima é fundamental, por permitir que o paciente receba o tratamento direcionado de acordo com a sua prioridade. Neste trabalho então abordaremos os pacientes classificados e

atendidos na Sala Amarela do Centro de Trauma de um Hospital Público do Distrito Federal, instituição referência em atendimento a pacientes vítimas de trauma.

O presente trabalho tem como objetivo identificar quais são os mecanismos de trauma e os tipos de lesões mais frequentes nos pacientes de 30 a 49 anos atendidos no centro de trauma de um HPDF, especificamente na sala amarela.

Método

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo transversal sobre o perfil, epidemiológico e clínico. O estudo transversal é aquele em que ocorre medições em um único momento, sem período de seguimento, podendo também examinar associações. É um estudo que demanda de pouco gasto e são rápidos de serem realizados, pois não necessita a espera pela ocorrência de um desfecho.⁷

Os estudos transversais propiciam dados de prevalência de determinada doença ou condição clínica em um determinado momento analisado. Tendo como passos, a definição de critérios, seleção de amostra e a medição de valores atuais das variáveis preditoras e de desfecho.⁷

A população do estudo foi constituída de todos os pacientes adultos atendidos na Sala Amarela do Centro de Trauma de um Hospital Público do Distrito Federal (SA-CT-HPDF). Os critérios de inclusão versaram: admissões primárias, faixa-etárias 30 a 49 anos, vítimas de trauma. Totalizando amostra com 697 de admissões. A coleta de dados ocorreu de forma estratificada, entre março a agosto de 2016, tendo alternância nas semanas pesquisadas, ou seja, em semanas diurnas e noturnas de segunda a sexta, intercaladas. Em regime de plantões diários de 12 horas, contemplando ainda 2 finais de semanas a cada mês de coleta. O período de coleta foi compreendido de março à agosto de 2016, com totalizando 6 meses de coleta.

Os dados foram lançados em um banco de dados no programa Excel® para serem posteriormente analisados no software SPSS versão 20.0 para Windows. Os resultados foram apresentados por meio de frequências absoluta e porcentagem. O Instrumento de coleta foi elaborado especificamente para a pesquisa do perfil dos agravos e local das lesões do paciente adulto atendidos na sala amarela do centro de trauma de um HPDF e compreende 30 variáveis qualitativas sobre pacientes vítimas de trauma, das quais apenas 7 foram analisadas, contendo dados sobre: sexo, faixa etária, procedência, local do acidente, sinais e sintomas, agravo e lesão. Quanto aos dados sobre procedência, há uma diversidade de locais em que ocorrem acidentes traumáticos, sendo neste estudo necessário designar como “outros”, acidentes que não contemplem domicílio, escola, via pública e Rodovia.

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Perfil clínico e epidemiológico de pacientes atendidos na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal”, teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF (FEPECS-DF) com parecer favorável número 994.833 de 09/03/2015. A pesquisa é financiada pela referida fundação de apoio à pesquisa, com previsão de termino em 2017.

Resultados

Foi obtido um quantitativo de 697 pacientes atendidos na sala amarela do centro de trauma de um HPDF, na respectiva faixa etária de adultos com idade de 30 a 49 anos. Na tabela 1, apresenta-se a Distribuição de pacientes atendidos na sala amarela de um centro de Trauma quanto a sexo, faixa-etária e procedência.

Tabela 1. Distribuição de pacientes atendidos na sala amarela de um centro de Trauma quanto a sexo, faixa-etária e procedência.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	227	32,6%
Masculino	470	67,4%
Faixa etária		
30 - 34	211	30,3%
35 - 39	206	29,6%
40 - 44	158	22,7%
45 - 49	122	17,5%
Procedência		
Domicilio	48	6,9%
Escola	1	0,1%
Outros	89	12,8%
Rodovia	7	1,0%
Via pública	552	79,1%

Foi perceptível, após o estudo, que, destes pacientes, houve um maior atendimento de pessoas do sexo masculino, conforme é evidenciado na Tabela 1, correspondendo á 67,4%(n=470) dos pacientes atendidos.

Em relação a faixa etária de trauma atendido na sala amarela foi destacado, idade de 30 a 34 anos, correspondendo a 30, 3% (n=211) dos pacientes atendidos, seguido de 35 a 39 anos, com 29,6%(n=206), 40 a 44 anos, com 22,7%(n=158) e 45 a 49, com 17,5%(n=122). Constatando que a medida que a idade aumenta os índices de atendimentos envolvendo eventos traumáticos diminuem, já que podemos observar um decréscimo em percentual de atendimento, a medida que a faixa etária aumenta.

Em meio aos locais que mais ocorrem acidentes, foi verificado que a via pública representa o principal ambiente propício a eventos traumáticos, correspondendo á 79,1%(n=552), seguido de outros com 12,8%(n=89). Além disso os acidentes em domicilio representam uma porcentagem significativa, com 6,9%(n=48), visto que o ambiente domiciliar, é um meio que possui uma maior facilidade de adaptação e prevenção de acidentes. Na Tabela 2, é evidenciada a distribuição de sinais e sintomas encontrados nos pacientes atendidos na unidade estudada.

Tabela 2. Distribuição de Sinais e sintomas de pacientes atendidos na sala amarela do centro de Trauma de um HPDF.

Sinais e sintomas	n	%
Sudorese	0	0,0%
Perda da consc.	2	0,27%
Bradipinéia	0	0,0%
Taquipneia	0	0,0%
Hipoxemia	0	0,0%
Coma ou sedado	0	0,0%
Sonolência	2	0,27%
Vômito	0	0,0%
Cianose	0	0,0%
Palidez	0	0,0%
Confusão mental	4	0,54%
Mialgia	0	0,0%
Agitação	5	0,67%
Dor	694	93,40%
Bradycardia	0	0,0%
Cefaleia	5	0,67%
Náuseas	7	0,95%
Formigamento	1	0,13%
Desconforto respiratório	3	0,40%
Sangramento	17	2,28%
Taquicardia	1	0,13%
Vertigem	2	0,27%
Total	743	100,0%

Os sinais e sintomas mais prevalentes encontrados foram, dor 93,78% (n=694), 2,28% (n=17) possui sangramento ativo e 0,95% (n=7) relataram náuseas. Os sinais e sintomas mostram de maneira objetiva que o paciente vítima de trauma possui grandes chances de reportarem a dor como o principal sinal e sintoma.

Cabe ressaltar a importância das lesões do tecido integro, que proporcionam a perda de volume sanguíneo significativo, dependendo da sua profundidade e local acometido. Podendo ocasionar maiores alterações fisiológicas, proporcionando agravamento do quadro clínico do paciente.

Não foi constatado ainda neste estudo sinais e sintomas nesta faixa etária, como sudorese, bradipnéia, taquipneia, hipoxemia, estado de coma, vômito, cianose, palidez, bradycardia e mialgia. Sinais que deferem estado de maior gravidade ao paciente, que podem levar a hipótese de inclusive, rebaixamento de nível de consciência, choque, Traumatismo Crânio-Encefálico - TCE grave, Trombo Embolismo Pulmonar -TEP, sendo estes alguns dos principais agravantes traumáticos, levando o paciente ao estado de necessidades emergenciais de atendimento. A Tabela 3 traz informações sobre aos agravos que acometeram os pacientes, levando-os a serem atendidos na sala amarela.

Tabela 3. Agravos de pacientes atendidos na sala amarela do centro de Trauma de um HPDF.

Agravo	n	%
Agressão física	55	7,9%
Ciclista traumatizado	19	2,7%
PAB	15	2,2%
Lesões autoprovocadas	4	0,6%
Mordedura de animais	1	0,1%
Motociclista traumatizado	193	27,7%
Ocupante de automóvel traumatizado	122	17,5%
Ocupante de ônibus traumatizado	17	2,4%
Outros	58	8,3%
PAF	6	0,9%
Pedestre traumatizado	39	5,6%
Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele	4	0,6%
Queda acima de altura	61	8,8%
Queda própria altura	77	11,04%
Trauma por material perfurante ou cortante	26	3,7%
Total	697	100,0%

Dentre os agravos foi evidenciado que nesta faixa etária, prevaleceram os motociclistas traumatizados com 27,7% (n= 193), seguido de ocupante de automóvel traumatizado com 17,5% (n= 122) e queda da própria altura com 11,04% (n=77). Sendo ainda verificado que pessoas nessa faixa etária possui um baixo índice em relação a eventos lesivos por meio de arma seja ela branca ou de fogo, correspondendo respectivamente à 2,2% (n= 15) e 0,9% (n=6) dos agravos.

A respeito do baixo índice de eventos lesivos, devido a eventos violentos se deve ao fato desse HPDF, concentrar em sua maior parte, atendimentos de pacientes oriundos da região de Brasília, que no estudo, foi a região de maior quantidade de agravos.

Por meio destes dados fica claro a predominância de acidentes que envolvam motociclistas, levando a inferência da necessidade de realização, de trabalhos e conscientização sobre a educação em trânsito, com o intuito de minimizar atendimentos e internações hospitalares em decorrência desses eventos de trauma. Na tabela 4, observam-se informações sobre os locais em que ocorreram as lesões, devido aos agravos de evento traumático.

Tabela 4. Distribuição do Local da lesão de pacientes atendidos na sala amarela do centro de Trauma de um HPDF.

Local da lesão	n	%
Cabeça	233	24,5%
Dorso	21	2,2%
Pelve	37	3,9%

Local da lesão	n	%
Inespecífico	13	1,4%
Pescoço	58	6,1%
Ombro e braço	76	8,0%
Penetração de corpo estranho através de orifício		
natural	1	0,1%
Tórax	103	10,8%
Quadril e coxa	28	2,9%
Punho e mão	75	7,9%
Cotovelo e antebraço	43	4,5%
Múltiplas regiões do corpo	4	0,4%
Abdome	35	3,7%
Joelho e perna	107	11,3%
Tornozelo e pé	53	5,6%
Coluna lombar	64	6,7%
Total	951	100,0%

Os locais mais afetados foram cabeça com 24,5%, joelho e perna com 11,3% e tórax com 10,8%. Sendo assim é possível verificar que esse perfil de paciente pode estar mais propício a acometimento do cérebro, devido ao local de prevalência da lesão. Podendo ainda ser inferido a relação da lesão na cabeça, com o alto índice de motociclistas traumatizados preponderante na tabela 3, conjuntamente com ocupante de automóvel traumatizado, considerando a hipótese de não uso do cinto de segurança e a também a queda da própria altura, mediante ao próprio mecanismo de trauma envolvido. Já na tabela 5, apresentam-se informações sobre o tipo de lesão acometida.

Tabela 5. Distribuição do Tipo de lesão de pacientes atendidos na sala amarela do centro de Trauma de um HPDF.

Tipo de lesão	n	%
Suspeita entorse	4	0,4%
Amputação	2	0,2%
Medular	2	0,2%
Corrosão	1	0,1%
Inespecífica	31	2,8%
Escoriação	130	18,6%
Suspeita de fratura	313	28,7%
Fratura exposta	13	1,2%
Hematoma	44	4,0%
Deformidade	10	0,9%
Edema	8	0,7%
Perfuração	21	1,9%
Esmagamento	5	0,5%

Laceração	134	12,3%
Queimadura	2	0,2%
TCE	148	13,6%
Contusão	215	19,7%
Suspeita luxação	9	0,8%
Total	1092	100,0%

Os tipos de lesões com maior percentual foram suspeita de fratura com 28,7%, contusão com 19,7% e Laceração com 18,5%. O fato da suspeita de fratura ter sido o de maior índice, pode se justificar pelos tipos de agravos em maior ocorrência evidenciado na tabela 3, demonstrando principalmente, que o motociclista pela falta de proteção do veículo, são fortes candidatos a esse tipo de lesão.

Os baixos índices de lesão medular 0,2%, amputação 0,2%, corrosão 0,1% e queimadura 0,2%, encontrados neste estudo, estão relacionados, a eventos de emergência. Mostrando que tais tipos de lesões citadas acima não são característicos de atendimento de urgência. Durante o estudo foi evidenciado dentre os agravos mais recorrentes, estabelecidos na Tabela 3, motociclista traumatizado, ocupante de automóvel traumatizado e queda da própria altura. Foi predominante a faixa etária do sexo masculino, com exceção a queda da própria altura onde ocorreu a evidenciação de pessoas do sexo feminino. Foi observado também que nas faixas etárias entre 30 a 34 anos ocorreram a maior parte dos agravos por motociclista traumatizado com 38,34% dos atendimentos em decorrência desta eventualidade, ocorrendo uma diminuição conforme o aumento da faixa etária.

Ao ser analisado o agravo, ocupante de automóvel traumatizado, é verificado que houve uma maior constância deste agravo sobre a faixa etária do sexo masculino, com uma ressalva a faixa etária de 45 a 49, no qual ocorreu a maior prevalência de pacientes do sexo feminino com 10,65% dos atendimentos realizados nesta faixa etária.

Em relação aos atendimentos queda da própria altura, ocorreu destaque do sexo feminino, com maior ocorrência na faixa etária de 35 a 39 anos, com 16,88% de atendimentos, embora o sexo masculino não tenha sido o de maior prevalência em queda da própria altura, ele se destacou com um maior quantitativo de atendimentos em relação as demais faixas etárias.

Tabela 6. Cruzamento entre agravos, sexo e faixa etária de pacientes atendidos na sala amarela do centro de Trauma de um HPDF.

Sexo	30 - 34			35 - 39			40 - 44			45 - 49			Total Geral
Rótulos de linha	FEM	MAS	Total	FEM	MAS	Total	FEM	MAS	Total	FEM	MAS	Total	
Agressão física	5	15	20	3	20	23	3	6	9	2	1	3	55
Ciclista traumatizado	1	5	6	1	2	3	1	5	6	1	3	4	19
FAB		9	9		3	3		2	2		1	1	15
Lesões autoprovocadas	1	2	3				1		1				4
Mordedura de animais					1	1							1
Motociclista traumatizado	11	63	74	9	54	63	6	26	32	4	20	24	193
Ocupante de automóvel traumatizado	18	29	47	9	30	26	9	10	19	13	4	17	122
Ocupante de ônibus	5		5		2	2	4	3	7	2	1	3	17

traumatizado													
Outros	5	6	11	7	10	17	5	11	16	3	11	14	58
PAF		4	4		1	1		1	1				6
Pedestre traumatizado	6	1	7	6	4	10	8	7	15	4	3	7	39
Penetração de corpo ou objeto estranho através da pele				2		2		1	1		1	1	4
Queda acima de altura	6	7	13	3	19	22	4	8	12		14	14	61
Queda própria altura	4	8	12	13	5	18	12	13	25	10	12	22	77
Trauma por material perfurante ou cortante	1	6	7	1	10	11	2	3	5	1	2	3	26
Total Geral	63	155	218	54	161	215	55	96	151	40	73	113	697

Discussão

Nosso estudo evidenciou que na faixa etária 30-49 anos, a maioria do sexo masculino, foi acometida por acidentes automobilístico, principalmente no que refere ao motociclista traumatizado em via pública. Esses dados corroboram com uma pesquisa realizada no Hospital Universitário de Sergipe, onde 92 de seus 100 pacientes entrevistados envolvidos em acidentes, eram do sexo masculino, com faixa etária mais frequente entre 25-49 anos⁸ reforçando a ideia de que pacientes do sexo masculino são mais susceptíveis ao trauma.

Em outro estudo realizado sobre lesões decorrentes de traumas em um Ambulatório de Fisioterapia Neurológica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, foi verificado que 80% dos pacientes correspondem a pacientes do sexo masculino, e a faixa etária destacada foi com idade entre 18 e 47 anos⁹.

Os eventos traumáticos correspondem a uma grande demanda de atendimentos em ambiente hospitalar, com gravidades variáveis, desde os atendimentos de urgência aos de emergência, podendo conter instabilidade hemodinâmica comprometedora, obtendo uma grande relação com os óbitos envolvendo eventos traumáticos.

Os homens são vistos como pertencentes a um grupo susceptível a um maior índice de morte por acidentes de trânsito, de acordo com um estudo realizado nas unidades do Instituto Médico Legal- IML em São Paulo, os homens com faixa etária entre 30 a 35 anos foram as vítimas fatais mais evidentes. Estando ainda relacionado diretamente com o uso de álcool, já que a relação de alcoolemia entre homens e mulheres é 20 vezes maior sobre o sexo masculino¹⁰.

Os eventos traumáticos são responsáveis por alterações fisiológicas, informadas pelos pacientes como sinais e sintomas decorrentes dos mecanismos envolvidos, que em sua maior parte, podem revelar maior gravidade no quadro clínico, mostrando a necessidade de cuidados mais específicos, podendo alterar a sua classificação de uma urgência para uma emergência.

Além disso sinais e sintomas que tenham ligação a choques decorrentes de eventos traumáticos, principalmente ao choque hipovolêmico, como sudorese, taquipneia, taquicardia, cianose e palidez¹². Não foram evidenciados significativamente, na tabela 2, mais uma vez comprovando a relação de devida classificação de um atendimento de urgência.

Além disso dois dos sinais e sintomas mencionados, tem relação ao Revised Trauma Score (RTS), uma escala utilizada para avaliar a gravidade do paciente atingido por mecanismos traumáticos, no qual é avaliado a gravidade

de acordo com os valores da Escala de Coma de Glasgow (ECG), valores pressóricos e respiratórios¹¹.

Neste estudo que contempla pacientes atendidos na sala amarela, não foi possível aferir o RTS, porém alguns sinais indiretos como citados acima, subsidiam o direcionamento do paciente a sala vermelha, atuando como sinais e sintomas preditores de alerta. Surgindo muitas das vezes em decorrência de alguma lesão não visível, podendo estar relacionada a acometido de órgãos internos, dificultando a sua localização de imediato, promovendo agravamento do quadro clínico do paciente.

A Dor foi o sintoma mais evidente prevalecendo em 94%. A dor aguda sempre acompanha os pacientes de trauma, porém é necessário a percepção eficiente sobre a identificação, quantificação e tratamento, para uma atuação de forma apropriada no seu alívio¹².

No Centro de Trauma é realizado a analgesia de imediato, logo após a avaliação primária do paciente, visando a minimização da dor, além de ser dado a preferência para a administração de medicações que possuem administração por via com efeito rápido. Sendo posteriormente encaminhado para a realização de exames complementares, que auxiliem no diagnóstico plausível, para a tomada de devidas condutas.

No que se refere o local de lesão mais acometido foi a cabeça, conforme evidenciado na tabela 4. Em um estudo realizado por meio de fichas de vítimas traumatizadas, entre o período de janeiro/1997 a dezembro/2003 em São Paulo, verificou que as lesões acometidas em cabeça/pescoço, ocorreram em decorrência de quedas (43,1%), agressões (36%), acidentes automobilísticos (39,1%) e acidentes de veículos de transporte pesado com (32,3%).¹³

Já em um estudo realizado sobre perfil de motociclistas traumatizados na cidade de Teresina-PI, foi verificado que correram lesões com sequelas de maior proporção em membros inferiores (55%), face (52,2%) e em cabeça (47,89%).¹⁴

Desta forma é notório que há relação entre os dados encontrados e o estudo realizado, evidenciando uma correlação entre as análises informada, nos resultados referente as tabelas 3 e 4.

Em relação aos agravos, os acidentes traumáticos foram os que mais apareceram, podem envolver múltiplos fatores, sendo necessário durante o atendimento a evidencição do agravo que permitiu o mecanismo de trauma, que em sua maior parte traz como um dos tipos de lesões a suspeita de fraturas

Em um estudo sobre trauma musculo esquelético, realizado em São Paulo, diz que o trauma possui necessidades de exame físico detalhado como prioridade, além de se conhecer o mecanismo de trauma envolvido. Possuindo ainda, necessidades de estudo radiológico de esqueleto, com o intuito de se descartar eventuais fraturas.¹⁵

Já o trauma contuso, está diretamente relacionado com os mais diversos mecanismos de trauma, justamente por ser uma lesão decorrente de um impacto com dispensação de energia, distribuída em uma grande área, não ficando apenas localizado em uma região específica. Podendo ser decorrentes de atropelamentos, colisões automobilísticas e em quedas.¹⁶

Os traumas contusos, conhecidos também como trauma fechado na maioria das ocasiões são provenientes de acidentes que envolvam motos, carros, entre outros. Sendo em alguns países em desenvolvimento, diretamente

relacionado as crescentes evoluções tecnológicas, sem o acompanhamento por estruturas adequadas e falta de segurança.¹⁷

Já o trauma penetrante, decorre de impacto com energia concentrada em uma pequena área corporal, favorecendo neste caso a alterações fisiológicas, devido a penetração do objeto.¹⁸

Devendo nesses eventuais traumas a avaliação criteriosa clínica, sendo complementada por exames radiológicos e atendimento especializado, para que assim possa ser evitados danos ou lesões eventuais maiores às já previamente estabelecidas.¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰

Nosso estudo nos faz repensar em estratégias de educação e prevenção de eventos traumáticos, principalmente os relacionados ao uso de veículos automotores, com o intuito de se minimizar os índices que são predominantes neste trabalho.

O estudo teve como limitações, a falta de informações a respeito do uso de cinto de segurança nos eventos traumáticos, envolvendo ocupante de automóvel, além da falta de meios para identificação do uso de álcool e drogas, para a tentativa de correlacionar esses fatores ao agravo.

No decorrer da coleta de dados o grupo de pesquisa percebeu a dificuldade de coletar dados fidedignos e mais detalhados, pela rotatividade de paciente que circulam pelo centro de trauma, bem como a inexistência de um banco de dados que ficasse disponível para eventuais consultas. Foi quando surgiu a proposta da criação de software. O *software* Sistema de Atendimento em Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (SISAT- HBDF), objetiva qualificar e reorganizar o serviço hospitalar, numa perspectiva de continuar o cuidado, reafirmando a necessidade de compartilhar informações e assim contribuir com a disseminação do conhecimento entre os profissionais e a qualidade da assistência.

Conclusão

O perfil dos agravos e local das lesões do paciente adulto atendido na sala amarela do Centro de Trauma de um HPDF, obteve um quantitativo de 697 pacientes, dos quais foram traçados o perfil dos pacientes adultos na faixa etária de 30 a 49 anos, abordando os tipos de agravos e lesões encontradas. Além disso o estudo possibilitou, a exposição de faixas etárias mais susceptíveis ao trauma e local de procedência.

Os acidentes em trânsito se caracterizam neste trabalho como um agravo de importante repercussão visto que ocuparam, como a primeira e segunda posição de mais frequentes acontecimentos, tornando-se notório a necessidade de haver maiores investimentos quanto as questões de educação em trânsito, com o intuito de se prevenir e diminuir a sua incidência no Brasil.

O trabalho evidencia a necessidade das equipes componentes dos sistemas hospitalares e demais unidades que atuam diretamente ou indiretamente, com pacientes traumáticos, a necessidade de se aperfeiçoarem, na tentativa de se conhecer melhor o perfil de pacientes que buscam tratamentos nestas unidade, além de poder proporcionar uma assistência de melhor qualidade.

Referências

1. Waiselfisz J J. Mapa da violência 2013: Mortes matadas por armas de fogo. FLACSO-Brasília - DF. [acesso em maio de 2016]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013_armas.php.
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do censo demográfico 2010. [acesso em novembro de 2016]. Disponível em: [http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/..](http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/)
3. Brasil. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria GM/MS Nº 737 de 2001. Publicada no DOU nº 96 seção 1e - de 18/05/01
4. Padovani C, Silva JM, Tanaka C. Perfil dos pacientes politraumatizados graves atendidos em um serviço público de referência. Arq. Ciênc. Saúde. 2014 jul-Set; 21(3): 41-45
5. Coelho BQ, Carbajo CN, Martins HH, Polly M, Polimanti AC, Faro Junior MP. Importância da reavaliação primária seriada na condução do politraumatizado - relato de caso e revisão de literatura. Rev Med (São Paulo). 2014 out.-dez; 93(4): 159-164.
6. ATLS - Manual do Curso de Alunos - 9ª. Edição - Colégio Americano de Cirurgiões - 2012
7. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. 4ª edição. Artmed. Porto Alegre, 2015.
8. Lima SO, Cabral FLD, Neto AFP, Mesquita FN, Feitosa MFG, Santana VR. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. Rev. Col. Bras. Cir. Rio de Janeiro, 2012 July/Aug; 39(4): 302-306
9. Citadini JM, Scholtão J, Souza RB, Garanhani MR. Perfil epidemiológico dos pacientes com lesão medular do Ambulatório de Fisioterapia Neurológica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Rev Espaço Saúde, Londrina - PA, 2003; 5(1): 48-59.
10. Leyton V, Greve JMD'A, Carvalho DG, Muñoz DR. Perfil epidemiológico das vítimas fatais por acidente de trânsito e a relação com o uso do álcool. Saúde, Ética & Justiça. 2005; 10(1/2): 12-18.
11. Pereira Jr GA, Scarpelini S, Basile-filho A, Andrade JI. Índices de trauma. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: TRAUMA I. 1999 jul./set; 32: 237-250.
12. Magalhães PAP, Mota FA, Saleh CMR, Secco LMD, Fusco SRG, Gouvea AL. Percepção dos profissionais de enfermagem frente a identificação, qualificação e tratamento da dor em pacientes de uma unidade de terapia intensiva de trauma. Rev Dor. São Paulo, 2011 jul-set; 12(3): 221-225.
13. Batista EAB, Baccani JG, Silva RAP, Gualda KPF, Vianna JR RJA, TCBC-SP. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva - SP. Rev. Col. Bras. Cir. Rio de Janeiro, 2006 Jan./Feb; 33(1).
14. Santos AMR, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFS, Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008 agosto; 24(8).
15. Rodrigues MB. Diagnóstico por imagem no trauma músculo-esquelético - princípios gerais/ Diagnostic imaging in musculoskeletal trauma - general principles. Rev Med. (São Paulo). 2011 out.-dez; 90(4): 185-194.

16. Felice CD, Susin CF, Costabeber AM, Rodrigues AT, Beck MO, Hertz E. Choque: diagnóstico e tratamento na emergência. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2011 abr.-jun; 55(2): 179-196.
17. Kumaresan S. et al. Biomechanics of side impact injuries: evaluation of seat belt restraint system, occupant kinematics and injury potential. [acesso em outubro de 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17946783>.
18. Cardoso Ricardo et al. Resgate aeromédico a traumatizados: experiência na região metropolitana de Campinas, Brasil. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, São Paulo, 2014; 41(4): 236-244.
19. Barbosa JSL, Moraes-Filho IM, Pereira BA, Soares SR, Silva W, Santos OP. O conhecimento do profissional de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória segundo as novas diretrizes e suas atualizações. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(2): 117-26.
20. Bonuzzi KL, Muniz-Silva CCS, Santos OP, Moraes-Filho IM, Lopes VC, Silva RM. Atuação do enfermeiro no atendimento pré hospitalar aéreo a pacientes politraumatizados Revisão de literatura. Rev. Cient. Sena Aires. 2016; 5(2): 171-7.

Autor correspondente:

Iel Marciano de Moraes Filho
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Rua
Acre, Qd. 02. Lts.17/18, s/n, Setor de Chácara
Anhanguera. CEP- 72870-508. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.
ielfilho@senaaires.com.br