

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE PACIENTES ADULTOS JOVENS ADMITIDOS NA SALA AMARELA DO CENTRO DE TRAUMA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF YOUNG ADULT PATIENTS ADMITTED TO THE YELLOW ROOM OF THE TRAUMA CENTER OF THE DISTRICT BASE HOSPITAL FEDERAL

Ailane Milard Moreira de Souza¹, Iel Marciano de Moraes Filho², Jessica de Arêa Leão Silva¹, Mariane Conceição Paixão¹, Acza Araújo Soreas de Alcântara³, Sandra de Nazaré Costa Monteiro⁴

Como citar:

Souza AMM, Moraes-Filho IM, Silva JAL, Paixão MC, Alcântara AAS, Monteiro SNC. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes adultos jovens admitidos na sala amarela do centro de trauma do hospital de base do distrito Federal. Rev. Cient. Sena Aires. 2019; 8(1): 4-15.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil epidemiológico e clínico do adulto jovem admitido na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo com abordagem quantitativa, realizado na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (SA-CT-HBDF), no período de março a agosto de 2016. Os resultados foram apresentados por meio de frequências simples e porcentagem realizadas com tabelas. Constatou-se prevalência de traumas em pacientes do sexo masculino, com 69,59%, predominância de atendimentos à faixa etária de 20 a 24 anos, maior demanda do serviço no período vespertino, com 35,33%, com predominância de acidentes em via pública, com 74,50% dos casos. O estudo possibilita aos profissionais da enfermagem conhecer melhor o perfil de pacientes que são atendidos constantemente nas unidades de atendimento a urgências.

Descritores: Adulto Jovem; Centros de Traumatologia; Ferimentos e lesões; Causas externas; Traumatismo múltiplo.

ABSTRACT

The objective of this study was to know the epidemiological and clinical profile of the young adult admitted to the Yellow Room of the Trauma Center of the Base Hospital of the Federal District - HBDF. This is a descriptive, cross-sectional, prospective study with a quantitative approach, performed in the Yellow Room of the Trauma Center of the Base Hospital of the Federal District (SA-CT-HBDF), from March to August 2016. The results were presented by means of simple frequencies and percentage performed with tables. The prevalence of traumas in male patients was found to be 69.59%, attendance in the age group 20 to 24 years old, service demand in the evening period was 35.33%, with a predominance of road accidents with 74.50% of the cases. The study enables nurses to better understand the profile of patients who are constantly being treated at emergency care units.

Descriptors: Young Adult; Traumatology Centers; Wounds and injuries; External causes; Multiple trauma.

REVISA

¹ Enfermeira. Especialista em urgência e trauma. Hospital de Base do Distrito Federal. Distrito Federal, Brasil.

² Enfermeiro. Mestre em ciências ambientais e saúde. Faculdade de Ciência e Educação Sena Aires. Valparaíso Goiás, Brasil. ielfilho@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Especialista em urgência e emergência. Hospital de Base do Distrito Federal. Distrito Federal, Brasil.

⁴ Enfermeiro. Mestre em enfermagem. Hospital de Base do Distrito Federal.

Recebido: 20/06/2018
Aprovado: 5/08/2018

ORIGINAL

INTRODUÇÃO

É notório, atualmente, o grande número de casos de acidentes traumáticos que envolvam adolescentes e adultos jovens, sendo crescente o número de repercussões na saúde pública relacionadas a esta categoria populacional. O público alvo escolhido para realizar este estudo foi o de adultos jovens vítimas de traumatismos atendidos na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (SA-CT-HBDF), compreendendo a faixa etária de 15 a 29 anos. Desta forma, temos um público que contempla uma parcela dos adolescentes, vítimas de traumas, além de indivíduos em transição para a fase adulta.¹

Configura-se como adolescente a pessoa que tenha idade entre 12 e 18 anos.¹ Já o adulto jovem engloba a faixa etária de 15 a 29 anos². Sendo assim, podemos enquadrar boa parte dos adolescentes na categoria de adultos jovens. No entanto, é necessário frisar que, ao relacionarmos uma faixa etária aos acidentes traumáticos, a que traz maiores repercussões é a inserida neste contexto como a de adultos jovens.²

Frente a tal informação percebemos que a população economicamente ativa é a mais acometida por traumatismos, gerando consequências de custo econômico e social elevado. A decorrência de eventuais traumas pode se tornar a causa de sequelas permanentes e irreversíveis, trazendo grandes consequências de impacto econômico para a sociedade e para os familiares.³

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informa um aumento na mortalidade nesta faixa etária de maior repercussão, com o predomínio por mortes decorrentes de causas externas, como as ocasionadas por acidentes, homicídios, suicídios, entre outros, e sendo um maior número de pessoas do sexo masculino.²

O Ministério da Saúde (MS), ao realizar um estudo sobre análise e classificação de tendências, verificou um predomínio de morte no Brasil, entre 2000 e 2011, na faixa etária de 20 a 39 anos, na região do Centro-Oeste, constatando os acidentes de transportes terrestres e as agressões como causas principais de morte para ambos os sexos.⁴

Há grande impacto no número dos atendimentos emergenciais e de urgência para tal público, demandando equipe multiprofissional, materiais, insumos e infraestrutura para que tenham atendimento eficaz e necessário e, assim, sejam minimizados os agravos ocasionados por tais acidentes. À vista disso, destacamos os diferentes tipos no atendimento quanto à classificação de gravidade. Na classificação sobre os riscos potenciais relacionada ao agravo à vida das vítimas de acidentes traumáticos, é dada primazia ao atendimento de um paciente classificado como emergente, que se traduz numa condição de agravo à saúde que implica em sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.⁵

Já o paciente urgente é um enfermo que, embora não tenha risco de óbito naquele momento, encontra-se ameaçado de potencial lesão a tecidos e órgãos, devendo, então, ser corretamente atendido e tratado em tempo hábil para que o mesmo não evolua para uma emergência.⁵

No que tange à prevenção de mortes por traumas, podemos citar alguns fatores importantes como: educação no trânsito, equipes capacitadas para atendimento pré e intra-hospitalar, sistema integrado de trauma, além de um serviço de atenção à saúde que seja viável e eficaz para esses atendimentos, ou seja, os centros de trauma. Nessa perspectiva, a criação de centros de trauma tem como objetivo oferecer assistência hospitalar com equipe qualificada a assistir o paciente traumatizado em suas especificidades.

Um Centro de Trauma é uma unidade multidisciplinar, com equipe que trabalha de forma coordenada. Os traumas ocorridos em uma determinada área geográfica devem obedecer a critérios de trauma maior para serem

encaminhados a um hospital de referência, baseando-se no tipo de lesão e necessidade de especialidades disponíveis. Tal organização é definida como 'centralização primária', que obedece ao princípio de transporte imediato ao local de maior probabilidade de cura definitiva.³

O Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) surgiu com o intuito de ser a referência em atendimento aos pacientes politraumatizados, tendo sido inaugurado em fevereiro de 2011. É um serviço que dispõe atualmente de equipe multidisciplinar, com enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas especializados, em parceria com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências do Distrito Federal – DF. É um hospital terciário, destinado a atender traumas graves, contemplando serviços de Unidade de Neurocirurgia – UNC, Unidade de Traumatologia – UTO, Unidade de Cirurgia Geral – UCG, Unidade de Cirurgia Vascular – UCIVASA, Unidade de Buco Maxilo-facial – UBMF, Unidade de Otorrinolaringologia – ORL. Além do quê, possui atendimentos psicossocial e nutricional, oferecidos por integrantes do HBDF.³⁻⁴

O Centro de Trauma possui como componentes: uma sala vermelha, destinada a atendimentos de emergência; uma sala amarela, que visa atendimentos de urgência; e a Unidade de Suporte Avançado ao Trauma (USAT), que tem o objetivo de dar suporte aos pacientes que necessitam de cuidados intensivos. Dessa forma, o Centro de Trauma é um local de referência para atendimentos aos politraumatizados no Distrito Federal e do Entorno que precisam deste serviço. A sala amarela ou área amarela é um local para atendimento de pacientes estáveis, que requerem cuidados especiais.⁶ Esse local deve conter e fornecer em seu atendimento materiais e serviços que auxiliem no diagnóstico e favoreçam o prognóstico dos pacientes assistidos. Deve, pois, ser uma sala devidamente equipada, com recursos que possibilitem à equipe multiprofissional realizar uma avaliação satisfatória e um tratamento adequado para minimização de agravos e repercussões hemodinâmicas, prevenindo-se, desta forma, que o paciente evolua para um estado emergencial. É, portanto, visado neste estudo conhecer o perfil das urgências traumáticas atendidas na rede hospitalar, mostrando as implicações na saúde pública mediante os agravos encontrados, sendo caracterizados neste trabalho por pacientes que recebem assistência na sala amarela, que, como mencionado acima, é o setor destinado a atendimento de baixa complexidade.⁶

O presente estudo tem por objetivo conhecer o perfil epidemiológico e clínico do adulto jovem admitido na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo transversal é aquele em que ocorrem medições em um único momento, sem período de seguimento, podendo também examinar associações. Tal estudo demanda pouco gasto e tempo de realização, pois não necessita de espera pela ocorrência de um desfecho.⁷

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada "*Perfil clínico e epidemiológico de pacientes atendidos no Centro de Trauma do HBDF*". A pesquisa é financiada pela referida fundação de apoio à pesquisa, com previsão de término em 2017. O mesmo foi conduzido na Sala Amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (SA-CT-HBDF) no período de março a agosto de 2016. A amostra foi constituída de pacientes adultos jovens atendidos na SA-CT-HBDF que possuem como fatores causais para o seu atendimento o trauma. Os critérios de inclusão foram: vítimas de trauma, idade compreendida entre 15 e 29 anos, ambos os

sexos, admissões primárias. Totalizamos 3051 admissões, das quais foram elegíveis para a inclusão 651 pacientes que compuseram a amostra.

A coleta de dados ocorreu de forma estratificada, tendo alternância nas semanas pesquisadas, isto é, em semanas diurnas e noturnas de segunda a sexta, intercaladas, em regime de plantões diários de 12 horas, contemplando ainda 2 fins de semanas a cada mês de coleta. O período de coleta compreendeu de março a agosto de 2016, totalizando 6 meses de coleta.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado especificamente para a pesquisa “Perfil epidemiológico e clínico de pacientes admitidos na sala amarela do Centro de Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal”, que faz referência a um projeto de pesquisa maior. A pesquisa compreende 30 variáveis qualitativas sobre pacientes vítimas de trauma, dos quais foram coletados dados sobre: sexo, faixa etária, turno de atendimento, dia da semana, condução, porta de entrada, clínica de atendimento primário, região administrativa de ocorrência do acidente, agravo, lesão e tipo de lesão, sinais e sintomas.

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 simples e porcentagem realizadas com tabelas, analisados posteriormente. Foram, ainda, utilizados artigos científicos que constituíram base para informações relevantes perante os resultados encontrados.

Os dados foram coletados através dos registros de admissões no Centro de Trauma após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF (FEPECS-DF), que recebeu parecer favorável número 994.833 de 09/03/2015.

RESULTADOS

Ao analisar-se a Tabela 1, no que tange aos eventos traumáticos emergenciais da SA-CT- HBDF, notamos prevalência de traumas em pacientes do sexo masculino, com um percentual de 69,59%. Houve uma maior predominância de atendimentos na faixa etária de 20 a 24 anos, correspondendo a 41,63% dos pacientes. Além disso constatamos um percentual mais baixo na faixa etária de 15 a 19 anos, com 18,89%.

A concentração de maior demanda do serviço ocorreu no período vespertino, com 35,33% dos atendimentos, não apresentando, porém, diferença significativa ao ser comparado ao turno matutino, que obteve 34,10%. Em relação ao dia da semana, segunda-feira teve um predomínio dos atendimentos, com 19,97%, seguida de terça-feira e quarta-feira com 17,05% e 16,13% respectivamente. Dentre os pacientes atendidos na SA-CT-HBDF, 49,92% foi conduzida pelo Corpo de Bombeiros do Distrito Federal de Brasília – CBMDF, seguido por pacientes conduzidos por meios próprios (32,10%), seguido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -SAMU, com 15,05% dos transportes.

Quanto à porta de entrada da sala amarela, 30,72% dos pacientes foram previamente triados pela Classificação de Risco, que adota os protocolos de triagem conforme Manchester, e 69,28% pelo CT. Dessa forma o CT configura-se como a porta de entrada prevalente no estudo. Isso se deve ao fato de profissionais como CBM-DF, SAMU e Polícia não levarem os pacientes para serem classificados previamente devido às condições de transporte, o qual, muitas vezes, ocorre em macas. Os pacientes são, assim, levados diretamente ao CT, ao tempo em que uma pessoa da equipe profissional, sem o paciente, se desloca para realizar a abertura do Guia de Atendimento de Emergência (GAE).

Grande parte dos pacientes foram avaliados pelos profissionais da

Unidade de Cirurgia Geral – UCG do HBDF, compreendendo 99,69% das avaliações iniciais, seguidas pela Unidade de Neurocirurgia – UNC, com 0,31%. Já as avaliações posteriores, quando os pacientes são encaminhados para outras unidades de acordo com os agravantes encontrados, mediante os resultados dos exames e condições clínicas apresentadas, representaram um percentual de 40,33%. Pode-se, neste caso, haver avaliação secundária pelas clínicas da Unidade de Traumatologia-ortopedia – UTO, Unidade de Neurocirurgia – UNC, Unidade de Buco Maxilo-Facial – UBF, entre outras. Nesta situação, a avaliação secundária pode tornar-se, também, uma fonte de destino para o paciente atendido na SA-CT-HBDF, pois, na maior parte dos casos, o paciente recebe alta da UCG e é, então, encaminhado a outra unidade clínica, permanecendo sob seus cuidados até a alta hospitalar.

A maioria dos atendimentos realizados no DF foram de pacientes provenientes de Brasília, representando 40,70%, seguidos do Guará, com 8,91%, outras cidades dentro e fora do DF, com 5,99%, e São Sebastião, com 5,07%. Em relação aos locais de ocorrência, houve predominância de acidentes em via pública, com 74,50%, seguida de outros locais - neste caso englobando local de trabalho, academia, locais de treinamento, parques públicos, entre outros -, com 15,05%, e de domicílio, representando 8,91%.

Os agravos que mais se sobressaíram foram: motociclista traumatizado, 29,34%; ocupante de automóvel traumatizado, 16,90%; e queda da própria altura, 10,91%. Podemos perceber, mediante os dados, a prevalência de agravos envolvendo acidentes por veículo motorizado. Os sinais e sintomas - sendo referidos no momento da avaliação dos pacientes envolvidos em mecanismos de trauma - que prevaleceram foram (Tabela 1): dor em 95,54% dos casos; em 17,81%, foi visível externamente sangramento ativo; e 9,21% dos pacientes relataram cefaleia. Isso se deve a condições que os eventos traumáticos desencadeiam no organismo, sendo que, ao total de 651 pacientes, ocorreram 973 sinais e sintomas citados no momento da admissão.

Tabela 1- Distribuição de Sinais e sintomas informados no momento da admissão da Sala Amarela do Centro de Trauma do HBDF. Brasília, DF, 2016.

Sinais e sintomas	n	%
Dor	622	95,54%
Náusea	46	7,06%
Vertigem	26	3,99%
Desc. Respiratório	9	1,3%
Sangramento	116	17,81%
Cefaleia	60	9,21%
Bradycardia	4	0,61%
Taquicardia	23	3,53%
Vômito	17	2,61%
Formigamento	4	0,61%
Mialgia	1	0,15%
Palidez	3	0,46%
Agitação	10	1,53%
Sonolência	9	1,38%
Conf. mental	13	1,99%
Coma ou sedado	1	0,15%
Hipoxemia	2	0,30%
Taquipneia	4	0,61%
Bradipneia	1	0,15%
Outros	2	0,30%
Total	973	100,00%

Ainda no que diz respeito à dor (Tabela 2), foi verificado por meio de

escala numérica de dor que, dentre os pacientes que mencionaram sentir alguma forma de algia, 76,11% a possuíam de forma moderada, seguidos de 18,35% com dor intensa, enquanto houve um menor pronunciamento de dor leve com 5,54% durante a avaliação.

Tabela 2 - Classificação por escala numérica da dor Sala Amarela do Centro de Trauma do HBDF. Brasília, DF, 2016.

Classificação da dor	n	%
Leve (1 -2)	35	5,54%
Moderada (3 - 7)	481	76,11%
Intensa (8 - 10)	116	18,35%
Total	632	100,00%

Quando da realização do atendimento primário na SA-CT-HBDF, foram notados diversos locais acometidos por lesões, sendo que, dentre tais locais, houve prevalência de lesões em cabeça, correspondendo a 54,69%; 48,8% ocorreram em membros inferiores - MMII e 46,7% em membros inferiores - MMSS. Verificamos que abdome, com 4,3%, dorso, com 5,53% e pelve, com 6,3%, possuíam menores índices de acometimento por traumas. Tais resultados nos abrem portas à hipótese de que locais em regiões mais centralizadas e de menor mobilização apresentam menor chance de serem atingidos, a depender do mecanismo de trauma envolvido, enquanto locais que se encontram em extremidades possuem uma maior facilidade devido às maiores chances de exposição ao agravo envolvido e à mobilidade acentuada.

No que diz respeito a lesões(Tabela 3), constatamos predominância de suspeita de fratura em 79,72% dos casos, seguida de contusão em 31,03% e escoriação em 27,5%. Através da análise dos dados, apuramos que as lesões são condizentes com o atendimento de urgência, visto serem de menor gravidade. Sabendo que, a depender da localização e extensão, as lesões podem remeter a uma emergência, verificamos que não foram evidenciadas na população de estudo lesões que pudessem induzir a uma maior gravidade, como amputação, empalamento e medular, em 0% dos casos cada.

Tabela 3- Distribuição do tipo de lesão dos pacientes atendidos na Sala Amarela do Centro de Trauma do HBDF. Brasília, DF, 2016.

Tipo de lesão	n	%
Suspeita entorse	6	0,92%
Amputação	0	0%
Empalamento	0	0%
Suspeita luxação	2	0,31%
Medular	0	0%
Perfuração	23	3,53%
Contusão	202	31,03%
Laceração	138	21,2%
Queimadura	3	0,46%
TCE	170	26,11%
Esmagamento	4	0,61%
Fratura exposta	7	1,08%
Deformidade	10	1,54%
Hematoma	51	7,83%
Suspeita de fratura	519	79,72%
Escoriação	179	27,5%
Inespecífica	45	6,91%
Corrosão	3	0,46%

Outros	2	0,31%
Escalpelamento	3	0,46%
Total geral	1367	100,00%

No que concerne ao tratamento medicamentoso do paciente atendido na SA-CT-HBDF, verifica-se a administração de dipirona em 76,8% dos casos, de tenoxicam em 42,7% e de diclofenaco de sódio em 24,73%. Ressaltamos, ainda, que o mesmo paciente poderia receber, simultaneamente, mais de uma medicação. Constatamos, através de menção dos próprios pacientes, que o atendimento em relação ao tratamento da dor foi considerado satisfatório.

A administração de soro antitetânico (SAT) a 4,15% dos pacientes e da vacina antitetânica (VAT) a 6,3% nos possibilitou a constatação de que grande parte dos pacientes com lesões de tecido, como escoriação e laceração, evidenciados na tabela 8, estavam com o cartão de vacinação atualizado, o que justifica o baixo índice de administração de imunobiológicos.

Observase que pacientes traumatizados necessitam de alto índice de exames de imagens para a definição de um diagnóstico norteador de condutas médicas e da equipe de enfermagem. Houve, conforme Tabela 4, um percentual significativo de 77,11% de exames de Raio-X (RX) e 14,44% de Tomografia computadorizada(CT). Tal constatação está de acordo com o evidenciado na tabela 8, em consonância com o alto índice de suspeita de fratura como o principal tipo de lesão apresentada, além de percentual significativo de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), o qual necessita, muitas vezes, de exames de imagem para a complementação da avaliação clínica no intuito de descartar eventos de maior gravidade. Dessa maneira, verifica-se que, mesmo diante da ocorrência de eventos traumáticos que se caracterizam por um atendimento de menor gravidade, foram realizados exames complementares, o que explica o baixo índice de pacientes que não realizaram nenhum tipo de exame, representando 1,08%.

Tabela 4- Distribuição de exames realizados em pacientes atendidos na Sala Amarela do Centro de Trauma do HBDF. Brasília, DF, 2016.

Exames	n	%
Tomografia	94	14,44%
Gasometria	2	0,31%
Eas	1	0,15%
Rx	502	77,11%
Hemograma	10	1,54%
Tipagem sanguínea	3	0,46%
Bioquímica	6	0,92%
TTPA	1	0,15%
FAST	5	0,77%
Glicem. capilar	3	0,46%
ECG	1	0,15%
Teste de gravidez	1	0,15%
Nenhum	7	1,08%
Outros	1	0,15%
Total	637	100%

Após o atendimento, o paciente é direcionado para um destino de acordo com as condições clínicas avaliadas. Além disso a SA-CT-HBDF tem como protocolo a permanência do paciente por até o máximo de 6 horas, por se tratar de uma sala de atendimentos de urgência, devendo ser realizada uma avaliação criteriosa e rápida, otimizando o tempo de permanência ou remanejamento do paciente para uma clínica que forneça o atendimento necessário de acordo com o provável diagnóstico.

Após o tratamento instituído na SA-CT-HBDF (Tabela 5), a maioria dos pacientes receberam alta, correspondendo a 46,39% dos casos, seguidos de encaminhamento com 45,93%, significando, neste caso, um atendimento secundário por outra unidade clínica. O encaminhamento é realizado, em face dos achados durante o atendimento primário, à unidade clínica especialista de acordo com o provável diagnóstico definido na SA-CT-HBDF. Além disso, evidenciou-se um índice de 1,38% de pacientes que seguiram para a Sala vermelha, indicativo de que o agravo e as lesões encontradas na urgência podem favorecer a uma evolução de gravidade maior, resultando na necessidade de atendimento emergencial.

Tabela 5. Destino de pacientes atendidos na Sala Amarela do Centro de Trauma do HBDF, Brasília, DF, Brasil, 2016 (n=651).

Destino	n	%
Alta	302	46,39
Sala Vermelha	9	1,38
Evasão	28	4,3
Internação	7	1,08
CC	4	0,61
Hospital de origem	1	0,15
Encaminhamento	299	45,93
Alta a pedido	1	0,15
Outros	0	0
Total	651	100%

DISCUSSÃO

Os atendimentos de urgência fazem parte da rede integrada em saúde, que têm referência e caracterização de atendimentos de urgência e emergência, contemplando: a promoção e prevenção; atenção primária (Unidades Básicas de Saúde, UPA e outros serviços com funcionamento 24h, SAMU 192, portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências, Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos); inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (AVC, IAM, traumas, Atenção domiciliar – Melhor em Casa).⁸

Atualmente as urgências apresentam grande demanda de atendimentos, influenciando significativamente nos gastos da saúde. De acordo com dados do Ministério da Saúde, só no Distrito Federal, ocorreram gastos de 85.983.739, 60 de reais com atendimentos de urgências entre março e agosto de 2016.⁷

Os atendimentos traumáticos também contemplam grandes gastos na saúde pública, com custo de 692.646,77 entre março e agosto de 2016 no Distrito Federal⁹. Dessa forma, os atendimentos das urgências e eventos traumáticos representam grande impacto nos cofres públicos. Além de os eventos traumáticos demandarem gastos, as internações para procedimentos cirúrgicos acarretam custos de ordem econômica, social e pessoal.¹⁰

Ao compararmos os dados da tabela 1 ao estudo realizado em Teresina - PI, notamos que homens são vitimados em maior proporção tanto em acidentes traumáticos como em violências, com maior percentual sobre a faixa etária de adultos jovens, com idade entre 20 e 29 anos.¹¹

Em um outro estudo realizado na cidade de Picos - PI, foi verificado que a maior parte dos traumas envolvendo motociclistas ocorreram com maior prevalência na faixa etária entre 18 e 29 anos, correspondendo a 40% das vítimas atendidas.¹² Além dos atendimentos, a maior parte das internações em trauma também ocorreram nessa faixa etária. Em Salvador - BA, entre junho e dezembro de 2008, a maioria das internações na enfermaria de traumato-

ortopedia foram de pessoas do sexo masculino (89,6%), sendo que, destes, a maior parte era compreendida de jovens.¹³

Em se tratando das modalidades de conduções apresentadas na tabela 2, deparamo-nos com duas instituições que trabalham diretamente com operações que envolvam o atendimento móvel: o CBMDF e o SAMU. O CBMDF é uma instituição permanente, essencial à segurança pública e às atividades de defesa civil, tendo como uma de suas execuções a busca e salvamento e o atendimento pré-hospitalar, dentre outros.¹⁴

O SAMU é um dos constituintes da rede integrada em saúde. É um serviço composto por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e condutores socorristas, sendo acionados em decorrência de eventuais situações que caracterizem uma urgência ou emergência, pelo número 192, visando à chegada precoce ao local, com atendimento direcionado e transporte rápido para unidade hospitalar.¹⁵

Os pacientes vítimas de trauma necessitam de atendimento precoce para se evitar lesões que comprometam o correto funcionamento de órgãos ou evolução para sequelas, além de ser necessária a resolutividade dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, que podem interferir significativamente na evolução do quadro clínico dos mesmos.

Um estudo realizado em um hospital terciário em São Paulo apontou como principais diagnósticos de enfermagem em pacientes vítimas de traumas: risco de infecção, em 84,5% dos casos; integridade da pele prejudicada, em 77,9%; e dor, em 71,5%.¹⁶ Tais dados evidenciam que pacientes vítimas de trauma são acometidos por dor, em sua maioria, além de tornarem perceptível o fato de que o sangramento ativo, decorrente de lesões lacerativas ou escoriações em diversos acidentes traumáticos, torna o paciente propício a aquisição de infecções por facilitar a exposição a microrganismos nas áreas lesionadas, as quais se configuram como porta de entrada para agentes patógenos.

A dor deve ter um tratamento adequado de acordo com a sua classificação, seja ela leve, moderada ou intensa. Para cada uma dessas modalidades, existem grupos farmacológicos específicos, possibilitando a realização do tratamento de forma adequada.¹⁷

Para a dor leve há uma inclusão na terapêutica por medicamentos de analgésicos não opioides, como a dipirona, seguidos de anti-inflamatórios não esteroidais. Já para a dor moderada, pode ser feita a associação de uma medicação não opioide a um opioide fraco como a codeína e o tramadol. À dor intensa, pode ser utilizado um medicamento opioide forte, como a morfina.¹⁷

O tratamento da dor oferecido na SA-CT-HBDF é realizado de forma gradual e de acordo com a intensidade de dor apresentada pelos pacientes, priorizando o tratamento inicial por meio de medicamentos não opioides como a dipirona - conforme evidenciado na tabela 9 -, porém com o uso de via de administração rápida, endovenoso ou intramuscular, dependendo da disponibilidade de administração do fármaco. Há reavaliação posterior e, se necessário, a administração concomitante de outros fármacos frente à resposta do paciente ao uso da medicação inicial.

Os acidentes em via pública - sendo a maioria, como evidenciado na tabela 6 - apresentam intensidade de energia variável, porém de maior impacto, principalmente por se tratar de uma área em que ocorre o trânsito de veículos de velocidade, como carros, motos e ônibus. Aumentam-se, assim, as chances de ocorrerem sérias lesões devido aos mecanismos de trauma deste cenário.

Verificou-se, mediante o estudo, prevalência de agravos relacionados a veículos a motor, em especial nos acidentes envolvendo motociclistas. É válido e necessário frisar a importância da educação em/para o trânsito com o intuito de reduzir tais índices, visto que as repercussões a nível hospitalar

podem ser exorbitantes. Motociclistas apresentam maior chance de ser acometidos por lesões traumáticas graves devido à falta de proteção do próprio veículo, o que resulta em que o motociclista absorva grande parte das energias de impacto.

Já o ambiente doméstico configura-se como um ambiente em que a diversidade de equipamentos eletrônicos, eletrodomésticos, materiais perfurantes ou cortantes, quando utilizados de forma inadequada ou sem devida atenção, podem se tornar potenciais meios de incitar alguma lesão.

De acordo com uma pesquisa realizada em Londrina - PR, 92, 2% dos acidentes envolvendo transportes a motor ocorrem em via pública. Acidentes envolvendo a veículos a pedal representaram 6,5%.¹⁸

Já um estudo realizado no pronto socorro de um hospital universitário do Rio Grande do Sul constatou que 39,10 % dos acidentes ocorreram em espaços públicos, 32,47% em domicílio e 5,34% no local de trabalho.¹⁹ Não houve, pois, diferenças significativas quanto ao estudo realizado no SA-CT-HBDF.

Em um estudo realizado no serviço de atendimento móvel pré-hospitalar em Maceió - AL, apresentaram-se dados divergentes como principais evidências, visto que tal estudo apurou maior porcentagem de traumas sofridos por arma de fogo, com 31% dos casos, seguida de colisão automobilística, com 16%, e arma branca, com 13%.²⁰ Podemos justificar tal divergência pelo fato de Maceió - AL ser considerada uma das capitais mais violentas do Brasil, favorecendo, assim, os eventos traumáticos ocorridos por causas violentas.²⁰⁻²³

No decorrer da coleta de dados, o grupo de pesquisa percebeu a dificuldade de coletar dados fidedignos e mais detalhados em função da rotatividade de pacientes que circulam pelo centro de trauma, bem como da inexistência de um banco de dados que ficasse disponível para eventuais consultas. Além disso, foi notória a carência de maiores informações sobre acidentes traumáticos que envolvam a faixa etária de adultos jovens, entre 15 e 29 anos, fazendo-se necessários estudos acerca da temática, visto que a mortalidade por causas externas neste perfil ocorre de forma acentuada. Por tal razão, foi proposta a criação de um *software* - Sistema de Atendimento em Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (SISAT- HBDF) - que 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. Essa tecnologia em serviço, produto criado a partir desse grupo de pesquisadores, já está pronta e deve ser utilizada nas próximas pesquisas.

CONCLUSÃO

Por meio desta pesquisa, foi possível conhecer o perfil epidemiológico e clínico do adulto jovem admitido na SA-CT-HBDF, descrição feita por meio de dados mediante análise a ocorrência de principal sexo, faixa etária, turno de atendimento, dia da semana, condução, porta de entrada, clínica de atendimento primário, procedência, local do acidente, agravo, local da lesão, tipo de lesão, sinais e sintomas, escore de dor, exames e destino.

Por meio deste trabalho, tornou-se evidente, ainda, a necessidade de políticas de saúde que otimizem o tempo de resposta às eventualidades do trauma, principalmente o decorrente de acidentes de trânsito. É perceptível também que, embora haja predominância de acidentes de trânsito na faixa etária observada, podem ocorrer variações de acordo com a região analisada em face da divergência entre os resultados deste trabalho e o estudo realizado em uma das capitais do Nordeste, em que houve predomínio de agravos de

ocorrência por violência.

É necessária, além disso, a realização de trabalhos que envolvam um maior detalhamento sobre os agravos que levam os adultos jovens a se tornarem um paciente traumatizado. Principalmente devido à evidenciação de queda da própria altura como um dos principais agravos apresentados.

O estudo possibilita, ainda, mostrar que o turno e o dia da semana influenciam no quantitativo de atendimentos realizados nos locais de atendimentos de urgência, permitindo-se a realização de dimensionamento de equipe atuante de acordo com a prevalência de atendimentos. Além disso, conhecer o perfil de pacientes que são atendidos nas unidades de atendimento às urgências, permite que os treinamentos e cursos seja desenvolvidos de acordo com os tipos de atendimentos mais evidentes, favorecendo ao aumento de conhecimento sobre a temática e uma melhor qualidade de prestação de serviço. Além do mais, o estudo possibilita à enfermagem a criação de protocolos que visem à otimização do atendimento do paciente frente aos agravos e sinais e sintomas evidenciados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990; Brasília.
2. OMS, Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
3. Chiara O, Cimbanassi S. Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave. Composição e acionamento da equipe de trauma. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p.1-10.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos de Programa Nacional de Imunizações. Como morrem os brasileiros: ranking e tendências das taxas de mortalidade por grupos de causas no Brasil e regiões – [pg. 95-165]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 março de 2014. Diário Oficial da União. Brasília; 2014.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Textos Básicos da Saúde. Brasília; Série B, 1ªed. 2009.
7. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica. 4º ed. Artmed. Porto Alegre; 2015. p. 90-92.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº- 1.600, de 7 de julho de 2011. Diário Oficial da União. Brasília; 2011.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. acesso em: ago 2016. Indicadores de Saúde. Procedimentos hospitalares do SUS - Distrito Federal.
10. Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45(3): 659-64. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300016>>.
11. Carvalho ICCM, Saraiva IS. Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Rev. Interdisciplinar. 2015; 8(1): 137-48. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/>>.
12. Soares LS, Sousa DACM, Machado ALG, Silva GRF. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. Rev enferm UERJ. 2015; 23(1): 115-21.
13. Castro RRM, Ribeiro NF, Andrade AM, Jaques BD. Perfil de um hospital público de Salvador-Bahia dos pacientes de ortopedia de enfermagem. Acta ortop. bras. 2013; 21(4): 191-94. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522013000400001>>
14. Brasil. Estatuto do Corpo de Bombeiros Militares do Distrito Federal. Lei nº 7.479, 2 de junho de 1986. Brasília-DF.
15. Brasil. Sala de apoio à gestão estratégica. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. [Internet]. Criado: 13 Junho 2014. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acessado em: 26 nov 2016.

- 16.Sallum AMC, Sousa RMC. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(2): 256-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200016>.
- 17.Hospital Israelita Albert Einstein. Diretrizes Assistenciais: Diretriz de tratamento farmacológico da dor; 2012. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/>.
- 18.Andrade SM, Jorge MHPM. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2000; 34(2): 149-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200008>.
- 19.Santos JLG, Garlet ER, Figueira RB, Lima SBS, Prochnow AG. Acidentes e violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. *Saúde soc.* 2008; 17(3): 211-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300021>.
- 20.Lins TH, Lima AXBCL, Veríssimo RCSS, Oliveira JM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE. *Rev. Eletr. Enf.* 2013; 15(1): 34-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16503>.
- 21.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.
- 22.Almeida RB, Silva RM, Moraes-Filho IM. As dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro do trabalho na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais – revisão de literatura. *Rev. Cient. Sena Aires.* 2017; 6(1): 59-71.
- 23.Oliveira GM, Silva RM, Moraes Filho IM, Guido LA. Influência do turno de trabalho na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital público do noroeste do Mato Grosso- MT. *Rev. Cient. Sena Aires.* 2016; 5(1): 4-20