Perfil clínico e sociodemográfico de vítimas de traumatismo cranioencefálico atendidas na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma em Sergipe

Clinical and Sociodemographic Profile of Traumatic Brain Injury Victims Attended on Emergency Red Area from a Hospital Reference in Trauma of Sergipe

Mérlin Sampaio da Cruz Passos¹ Karem Emily Pina Gomes¹

Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro² Caio Lopes Pinheiro de Paula³

Daniele Martins de Lima Oliveira² Airtton Salviano de Sousa Júnior⁴

¹Enfermeira, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil

²Mestrado; Enfermeira; Professora Assistente, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil

³Médico, Hospital de Urgências de Sergipe; Residente em Neurocirurgia, Fundação Beneficência Hospital de Cirurgia Aracaju, SE, Brasil

⁴Acadêmico de Medicina, Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil

Address for correspondence Mérlin Sampaio da Cruz Passos, MD, Universidade Tiradentes e Hospital de Urgências de Sergipe, Rua Monsenhor Constantino, 1017, Centro, Itabaiana, SE, Brasil CEP: 49.500-000 (e-mail: merilinsampaio@yahoo.com.br; merilinsampaio@gmail.com).

Arq Bras Neurocir 2015;34:274–279.

Resumo

Palavras-Chave

- ▶ traumatismos cranioencefálicos
- ▶ causas externas
- ▶ mortalidade
- ▶ atendimento de emergência
- ▶ neurocirurgia

Objetivo Traçar o perfil clínico e sociodemográfico das vítimas de TCE atendidas na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma em Sergipe.

Método A amostra foi composta por 96 vítimas de TCE, para coleta de dados foram usados instrumento estruturado, prontuário e ficha de atendimento.

Resultados A faixa etária mais acometida foi de 18 a 30 anos; a grande maioria do sexo masculino, natural de Sergipe. Quanto ao estado civil, escolaridade e profissão, foi notado o não preenchimento destes campos na totalidade das fichas de atendimento. A grande maioria dos acidentes ocorreu em via pública com motocicletas procedentes de outros municípios de Sergipe, domingo; a maioria dos TCEs foi classificada em grave. Para a grande maioria foi adotado o tratamento conservador. A maioria das vítimas utilizou analgesia. O suporte ventilatório que prevaleceu foi o TOT. A totalidade usava monitorização não invasiva; 81,3% fizeram uso de nutrição enteral, sendo 51,0% por via nasal; 60,4% com balanço hídrico e 77,1% com sonda vesical de demora; 64,6% das vítimas foram transferidos para outras áreas do hospital e 21,9% evoluíram para óbito.

Conclusão O TCE grave prevaleceu no adulto jovem do sexo masculino; o trauma por moto foi representativo com número de óbitos significativo. Estima-se que o tratamento conservador e as terapias de suporte sejam padrão na condução clínica das

received
March 17, 2015
accepted
August 7, 2015
published online
October 13, 2015

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1564886>.
ISSN 0103-5355.

Copyright © 2015 by Thieme Publicações Ltda, Rio de Janeiro, Brazil

License terms

vítimas de TCE, o que exige dos profissionais de saúde intervenções a fim de minimizar danos físicos e psicológicos.

Abstract

Objective Draw a clinical, social and demographic profile of TBI victims attended on emergency red area from a hospital reference in trauma of Sergipe.

Methods The sample was composed for 96 TBI victims; for the search of data was used structured instrument and clinical and service records.

Results The age group more affected was from 18 to 30 years old; the great majority male, born in Sergipe. It was noted that the fields of marital status, education and profession were not filled in the total of the service records. The great majority of accidents occurred in public way originated in others cities of Sergipe; the trauma mechanism was motorcycle accident on Sunday; the majority of the TBI was classified as serious. For the most of victims it was chosen the conservatory treatment. The majority of them used analgesics. The ventilatory support most used was the endotracheal tube. The totality used non-invasive motorization; (81.3%) were in enteral nutrition, being (51.0%) nasally; (60.4%) with hydric balance and (77.1%) with urinary catheter; (64.6%) of the victims were transferred to other hospital areas and (21.9%) evolved to death.

Conclusion The serious TBI, in the male young adult was prevalent; the motorcycle trauma was representative with significant number of deaths. It is estimated that the conservatory treatment and the support therapies be a pattern on the clinical management of TBI victims, what requires interventions from the health professionals to minimize the physical and physiologic damages.

Keywords

- traumatic brain injury
- external causes
- mortality
- emergency care
- neurosurgery

Introdução

No Brasil, o traumatismo cranioencefálico (TCE) é um grave problema de saúde pública, por acometer mais o sexo masculino em idade produtiva, gerando custos diretos – como despesas médicas, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação – e indiretos – como afastamento do trabalho e limitações físicas, que resultam em perda de produtividade. Grande parte dos sobreviventes consegue readquirir parte significativa de suas funções, como deambular; porém, a maioria apresenta déficits físicos e cognitivos.^{1,2}

No cenário atual o TCE é uma das causas mais comuns de morbimortalidade em todo o mundo, afetando de forma direta a qualidade de vida, tanto do traumatizado quanto da família. No ano de 2010 a estimativa anual de TCE nos Estados Unidos foi de 1,7 milhão de casos; destes, 52 mil resultam em morte, 275 mil em hospitalizações, 1,365 milhão em atendimentos em caráter de urgência e emergência. No Brasil, em 2011, foram realizadas 547.468 internações devido a causas externas variadas, e destas resultaram 12.800 óbitos. No estado de Sergipe, em 2008, ocorreram 7.000 internações por causas externas e 150 óbitos.^{3,4}

O TCE é descrito como todo tipo de patologia oriunda de traumas externos, com consequentes alterações ósseas no crânio, lacerações no couro cabeludo, podendo comprometer as meninges, o encéfalo e vasos sanguíneos. As lesões podem

ser temporárias ou permanentes, e afetar a função motora, emocional ou cognitiva, podendo ainda evoluir para óbito.^{5,6}

As lesões cerebrais são classificadas em primárias e secundárias. As primárias ocorrem no momento do trauma direto do parênquima encefálico, ou ainda dos traumatismos fechados, decorrentes das forças de aceleração e desaceleração, não necessariamente havendo impacto do crânio contra estruturas externas. O encéfalo e a caixa craniana possuem densidades diferentes, respondendo de forma desigual quando submetidos às mesmas forças, podendo ocasionar ruptura de veias, laceração do parênquima, estiramento de axônios e de vasos sanguíneos cerebrais.⁷

As lesões secundárias ocorrem após o momento do trauma, devido a fatores intracerebrais e extracerebrais – como hipotensão arterial, hipoglicemia, hipercarbia, hipóxia respiratória, hemorragia intensa, distúrbios hidroeletrólíticos, substâncias neurotóxicas, hidrocefalia, alterações hemodinâmicas intracranianas, morte celular, neuronal, endotelial – que podem estar associados a lesão primária e/ou a algum dos próprios fatores secundários.⁷

O uso de escalas de avaliação neurológica é muito importante para indicar o comprometimento neurológico, realizar a monitoração do estado de saúde do paciente e o prognóstico. O TCE pode ser classificado em leve, moderado e grave, segundo a escala de coma de Glasgow (ECG), através da seguinte pontuação: 14 a 15, leve; 9 a 13, moderado; e 3 a 8, grave (estado de coma). A ECG foi criada por Teasdale e Jennett em 1974, com o intuito de avaliar o nível de

consciência e duração de alterações motoras, visuais e verbais, esta é a escala mais utilizada para indicar a gravidade dessas condições, pois permite uma avaliação neurológica confiável e rápida de maneira padronizada.

Os exames de imagem – como tomografia computadorizada e ressonância magnética – também são muito importantes para a avaliação de vítimas de TCE, pois permitem fazer o diagnóstico da lesão, fisiopatologia, terapêutica a ser adotada e o prognóstico.⁸

Os traumatismos cranianos leves representam cerca de 50% dos casos; normalmente, possuem evolução satisfatória, não ocasionam perda de consciência, apenas leve alteração transitória das funções mentais superiores (memória, orientação etc.), podendo provocar cefaleia e vertigem, encontrando-se o paciente lúcido e orientado. O TCE moderado ocorre no politraumatismos; geralmente, ocorre perda de consciência e alterações neurológicas reversíveis, com presença de cefaleia progressiva, vômito, convulsão e perda de memória. Já o TCE grave é caracterizado por inconsciência e perda neurológica progressiva; geralmente, o paciente está em coma; destes, 60% apresentam outros órgãos comprometidos e 25% apresentam lesões cirúrgicas.⁹

O tratamento do TCE é conduzido de forma conservadora ou cirúrgica. A primeira é realizada através de medicamentos, suporte respiratório, hemodinâmico, hidroeletrólítico, nutricional, e da avaliação do estado neurológico, por meio de monitoração e controle da pressão intracraniana (PIC), da pressão de perfusão cerebral (PPC), Doppler transcraniano, eletroencefalograma, oximetria venosa jugular, entre outros. Já a cirúrgica é adotada nos casos de hematomas extradurais, subdurais, contusões cerebrais, intraparenquimatosos traumáticos e laceração do lobo temporal ou frontal. Para que o tratamento cirúrgico seja escolhido, são levados em consideração a localização, o tamanho da lesão, aumento de volume, desvio das estruturas, entre outros critérios.^{10,11}

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar as vítimas de TCE atendidas na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma em Sergipe, quanto às variáveis: idade; sexo; naturalidade; escolaridade; estado civil; profissão; data da admissão; fonte de dados; local do acidente; procedência; mecanismo do trauma; dia da semana em que o evento aconteceu; classificação do TCE de acordo com a ECG; quantificação dos desfechos das vítimas em relação à alta, transferência ou óbito, sem preocupar-se em explicar ou intervir na situação.

Materiais e Métodos

Estudo descritivo, documental, de corte transversal e natureza quantitativa, realizado por meio das fontes secundárias como a ficha de atendimento e o prontuário de 96 vítimas de TCE. O cenário da pesquisa foi o pronto-socorro adulto, na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma no estado de Sergipe.

O universo da pesquisa envolveu todas as vítimas por TCE admitidas nesta área, no período de 29 de agosto a 29 de outubro de 2014 que contemplaram os respectivos critérios

de inclusão: adultos vítimas de TCE de ambos os sexos; vítimas admitidas na área vermelha da emergência de um hospital de referência em trauma em Sergipe. Foram excluídas as vítimas que não tinham diagnóstico de TCE, menores de 18 anos de idade e com ficha de atendimento e prontuário incompletos ou não localizados durante o período da coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada de maneira aleatória, nos turnos matutino, vespertino e noturno, em dias alternados, sem que fosse comprometida a identificação das vítimas, pois mesmo que não identificada naquele dia de coleta, houve busca ativa dessa ficha e/ou prontuário da vítima. Durante todo estudo os pesquisadores atenderam aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, garantindo o anonimato das vítimas, sendo iniciado após sua aprovação.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de instrumento estruturado, destinado à caracterização das vítimas, e armazenados no programa SPSS, versão 20.0. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. O intervalo de confiança adotado foi de 95% e o erro máximo permitido de 5% (ou 0,05). Os resultados foram discutidos à luz das bibliografias consultadas e apresentados no formato de tabelas, a fim de quantificar os achados pertinentes às variáveis investigadas.

Resultados

De acordo com os dados coletados a faixa etária mais vitimada por TCE é de 18 a 30 anos (45,8%), a grande maioria das vítimas é do sexo masculino (89,6%), natural de Sergipe (95,8%). Quanto às variáveis: escolaridade, estado civil e profissão, não foi possível caracterizá-las, devido a não haver informações no prontuário, em função de seu preenchimento ter sido negligenciado.

Quanto aos dados do acidente a grande maioria ocorreu em via pública (96,9%), com maior número de vítimas procedentes de outros municípios de Sergipe (79,2%), a maioria por acidente de moto (62,5%), o domingo foi o dia em que mais houve acidentes (33,3%), e o TCE grave prevaleceu (55,2%).

A partir da análise dos dados foi percebido que apesar de a amostra ser composta de 96 vítimas, os exames foram realizados 294 vezes. A tomografia computadorizada (31,0%) e os raios X (21,4%) foram os exames mais realizados entre as vítimas admitidas no setor estudado, seguidos dos exames laboratoriais (18,7%).

Foram identificados 65 achados clínicos; os mesmos repetiram-se 235 vezes, sendo o de maior visibilidade a *hipertensão arterial sistêmica*, que esteve presente em 35 pacientes (14,9%), seguido de *hematoma subdural* (7,2%), *hipertermia* (6,8%) e *hipotensão* (6,0%). A variável “outros” corresponde a achados que ocorreram de maneira menos expressiva, sendo eles *otorragia / taquicardia* (3,8% cada), *sangramento / taquipneia / perda de consciência* (3,0% cada), *fratura de crânio* (2,6%), *hematoma subaracnóideo / cefaleia / hematoma periorbital* (2,1% cada), *contusão em crânio / bradicardia / fratura de base de crânio* (1,7% cada), *pneumoencefalo / hemorragia subaracnóidea / equimose periorbital*

/ hematoma extradural / hipotermia / rinorragia / afundamento de crânio (1,3% cada), hipóxia / escoriação / hemiplegia / hiperglicemia / hemotórax / epístaxe / edema periorbitário / sinais de hemorragia tronco-cerebral / lesão axonal difusa / edema facial / hematoma / vômitos / síncope / crise convulsiva (0,9% cada), equimose palpebral / anisocoria / hemiparesia / hemopneumotórax / dispneia / tosse / edema cerebral / acidose respiratória / hipercarbia / hematúria / oligúria / amnésia / dificuldade para falar / exposição de massa encefálica / hematoma epidural / fratura facial / paresia / bléfaro-hematoma / perda de massa encefálica / hemorragia frontal e temporal / rebaixamento de nível de consciência / hemorragia intraventricular / hemorragia subdural / contusão em crânio e face / concussão cerebral / contusão subcortical / hemorragia parenquimatosa (0,4% cada). Quanto ao tratamento escolhido a maioria foi conservador (87,5%).

No tocante ao tratamento medicamentoso a droga mais utilizada para a realização de profilaxia foi o omeprazol (26,0%) dos casos, para sedação foi o fentanila (32,9%) e como terapia hiperosmolar a maior parte não encontrava-se em uso de medicação (46,6%).

Com relação ao manejo e as medidas gerais adotadas, pode-se notar que a grande maioria estava em uso de analgesia (90,6%), e a Dipirona foi utilizada na maioria dos pacientes (65,6%). O tubo orotraqueal foi encontrado em 69,8% dos pacientes. A totalidade das vítimas estava sob monitoração não invasiva (100%). No que diz respeito à nutrição, 81,3% estavam com nutrição enteral, e 51,0% por via nasal. O controle glicêmico se fez presente em 69,8% dos pacientes. Os anticonvulsivantes profiláticos foram utilizados na maioria 65,6% das vítimas, e a droga, foi a fenitoína (64,3%). A profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) fez-se presente em apenas 12,5% dos pacientes; destes, todos estavam em uso de heparina. O balanço hídrico rigoroso foi realizado na maioria (60,4%). Quanto à sonda vesical de demora, a grande maioria das vítimas estava fazendo uso dela (77,1%).

Ao correlacionar o mecanismo do trauma com a gravidade do TCE, segundo a escala de coma de Glasgow, foi identificado que o TCE grave esteve mais presente nas vítimas de acidente de moto (31), seguido das agressões físicas (7).

O presente estudo identificou ao correlacionar os dados, que o dia mais frequente dos acidentes de moto é o domingo (24 casos), seguido da segunda-feira (13 casos). As agressões físicas foram mais frequentes nos sábados (4 casos), sendo este o segundo mecanismo de trauma mais visível.

Ao analisar o desfecho clínico dos casos, foi possível visualizar que a transferência dos pacientes para outras áreas do hospital prevaleceu (64,6%), seguido dos óbitos (21,9%) dos internos na área vermelha.

Discussão

A pesquisa possibilitou identificar dados referentes ao perfil sociodemográfico das vítimas de TCE e o manejo clínico adotado durante a admissão e permanência no setor estudado.

Os dados do presente estudo evidenciaram que o TCE acomete mais o adulto jovem, do sexo masculino (89,6%), na faixa etária de 18 a 30 anos (45,8%), com naturalidade de Sergipe (95,8%). Outros estudos realizados também apresentaram informações semelhantes quanto ao sexo e faixa etária. Essa maior vitimização de homens em idade produtiva por causas externas é atribuída a uma maior exposição a situações perigosas, como a ingestão de álcool e outras drogas, alta velocidade, a não utilização de equipamentos de proteção individual, entre outras, o que permite supor não haver fator biológico associado a essa maior predisposição.^{4,12,13}

De acordo com estudo sobre caracterização das vítimas de violência e acidentes realizado em Sergipe, no ano de 2011, no mesmo hospital do estado, quanto ao estado civil, escolaridade e profissão, foi identificado que eram solteiras, com baixa escolaridade e atividade remunerada. A baixa escolaridade pode proporcionar maior vulnerabilidade ao indivíduo, por não proporcionar-lhe o entendimento da importância da prevenção; da mesma forma, o estado civil solteiro faz supor a ausência de comprometimento com a família, o que desencadeia a exposição mais frequente a situações de risco. Ao pesquisar essas mesmas variáveis, não foi possível realizar um comparativo em virtude de não haver essas informações na ficha de admissão e no prontuário da amostra estudada.^{6,14}

Com relação aos dados do mecanismo do trauma, os acidentes de moto tiveram maior incidência (62,5%); quase que a totalidade dos episódios traumáticos ocorreu em via pública (96,9%) e nos finais de semana – domingo (33,3%) e sábado (17,7%) – vindo em seguida a segunda-feira (15,6%); a grande maioria das vítimas é procedente do interior do estado. Evidências semelhantes foram encontradas em outros estudos realizados na região Nordeste.^{4,5,15-17}

No tocante à escala de coma de Glasgow, ao analisar os prontuários foi possível identificar que 9,4% não continham essa informação, sendo um ponto negativo para a tomada de decisão quanto ao tratamento e manejo da vítima. O TCE grave foi mais prevalente na amostra estudada, seguido do TCE leve. Em um estudo realizado na região Sul do país, também foi evidenciada a falta de informação sobre a gravidade do TCE, porém em uma menor proporção (3%); quanto à classificação, o TCE grave também prevaleceu, seguido do leve.¹⁸

Ao relacionar o mecanismo do trauma com a gravidade do TCE, evidenciou-se que o TCE grave teve destaque nos acidentes de moto, seguido das agressões físicas, diferentemente dos resultados encontrados em estudo realizado no Rio Grande do Sul, onde ocorreu uma maior incidência de TCE relacionado à queda com classificação leve; em outro estudo, realizado em Pernambuco, o TCE leve prevaleceu tanto nos acidentes de moto, quanto nas quedas; já em outro trabalho, também em Pernambuco, os achados destacaram a queda como principal causa de TCE grave.^{1,6,15}

No que se refere à variável “achados clínicos”, foram identificados 65 achados, de maior ocorrência a hipertensão arterial sistêmica (14,9%), o hematoma subdural (7,2%), a hipertermia (6,8%), seguidos da hipotensão (6,0%); em outro estudo os achados mais frequentes foram a alteração do nível

de consciência, cefaleia, vômitos, otorragia e coma. Outras pesquisas também apresentaram esses tipos de achados, porém não foi possível realizar um comparativo devido a diferença entre as linhas de pesquisa – uma visava identificar todos os achados, enquanto as outras apenas os achados obtidos por exames de imagem.^{6,8,15,19,20}

Utilizar métodos diagnósticos adequados é fundamental para tomar a decisão sobre o tratamento do TCE, além de reduzir os custos. Ao buscar dados sobre os exames realizados, foi encontrado o seguinte: das 96 vítimas, 91 fizeram tomografia computadorizada, 63 foram submetidas aos raios X e 55 realizaram exames laboratoriais. Outros estudos apresentaram a tomografia computadorizada como o exame mais realizado na busca por lesões, seguido dos raios X, corroborando os dados do presente estudo.^{15,18,21}

De acordo com alguns estudos o tratamento conservador foi adotado para a grande maioria das vítimas de TCE;^{6,13,15,19} dados semelhantes foram encontrados na presente pesquisa, onde 87,5% da amostra foi tratada conservadoramente. Já segundo outros autores, o tratamento cirúrgico prevaleceu uma vez que as suturas também foram contabilizadas como intervenções cirúrgicas.^{12,22} Esse tipo de tratamento acarreta grande ônus à saúde pública, uma vez que necessita de cuidados especializados, e porque a recuperação do paciente é muito mais lenta, sem falar no aumento das chances do paciente desenvolver infecções.

Segundo pesquisa realizada no ano de 2011, as condutas adotadas no tratamento de vítimas de TCE visam manter a perfusão cerebral, oxigenação e a prevenção de lesões secundárias ao trauma.²³ No tocante ao manejo clínico, não foram encontrados estudos que tivessem uma linha de pesquisa parecida com a do presente estudo; as literaturas consultadas preconizam o uso, mas não identificam os tipos de sedação, de anticonvulsivantes, profilaxia de TVP, tipos de nutrição, realização de balanço hídrico e controle glicêmico no que se refere ao quantitativo de pacientes em uso destes.

O presente estudo identificou, em relação ao manejo das vítimas de TCE admitidas na área vermelha, que é realizada profilaxia com protetores gástricos; o omeprazol foi o medicamento mais usado pelas vítimas (26%), seguido da ranitidina (23,7%). O soro antitetânico também foi identificado como profilaxia, porém em nenhum estudo consultado foi relatado seu uso, embora as condutas de terapia intensiva implementem a profilaxia para o tétano.

De acordo com as literaturas utilizadas a analgesia e a sedação são essenciais para proporcionar conforto ao paciente, evitando o consumo de oxigênio do cérebro e a demora na recuperação.^{23,24} A sedação mais utilizada nas vítimas foi o fentanila (32,9%), seguida do midazolam (31,9%). A terapia hiperosmolar foi o ringer-lactato (37,9%) e o manitol (15,5%). A grande maioria estava em uso de analgesia (90,6%); destes, 65,6% faziam uso de dipirona (não opioide); 25,0% de tramadol (opioide); e 1,6% de morfina (opioide).

Segundo pesquisa realizada em 2011, foi identificado que de 504 vítimas, apenas 8 estavam em uso de tubo orotraqueal (TOT), 4 de máscara de Venturi, 3 de sonda orogástrica e 9 de sonda vesical de demora¹⁴ dados estes discordantes dos que foram encontrados no presente estudo, pois os números

foram mais significativos: das 96 vítimas, 67 estavam em uso de TOT; 78, em nutrição enteral, sendo 49 por via nasal; 74 estavam com sonda vesical de demora, e o balanço hídrico foi realizado em 58 pacientes.

Foi evidenciado que a totalidade das vítimas estava em monitoração não invasiva. O controle glicêmico foi realizado em 69,8% delas; 65,6% faziam uso de anticonvulsivantes, sendo a droga mais utilizada a fenitoína (64,3%). A profilaxia de TVP esteve presente em apenas 12 vítimas, todas com heparina.

Apesar de não ter sido possível realizar um comparativo de algumas condutas identificadas no presente estudo com outros devido a diferenças de linhas de pesquisa, algumas literaturas consultadas preconizam o uso de suporte ventilatório através do TOT, sedação e analgesia com midazolam, fentanila, morfina, tramadol, lorazepam, propofol e etomidato; terapia hiperosmolar com manitol, soluções hipertônicas e ringer-lactato; como anticonvulsivantes, a fenitoína, fenobarbital, primidona e carbamazepina. Menciona-se que o controle glicêmico com insulina é de grande importância interferindo diretamente na redução na mortalidade e que o suporte nutricional deve ser iniciado após estabilização hemodinâmica, sendo a via nasal a mais indicada; ressalta-se ainda a importância da profilaxia de TVP.²³⁻²⁷

Estudos mostram que a mortalidade por causas externas vem crescendo em todo o Brasil, com maior visibilidade nas regiões Sudeste e Nordeste. No que diz respeito ao desfecho clínico o presente estudo evidenciou que 64,6% das vítimas foram transferidas da área vermelha do pronto-socorro para outras áreas do hospital, como centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e enfermarias; 21,9% evoluíram para óbito e apenas 13,5% tiveram alta hospitalar. Em outros estudos realizados foram encontrados resultados diferentes, sendo que a maioria das vítimas recebeu alta, seguida das transferências para outras áreas do hospital e pelos óbitos, que aparecerem em menor proporção. O longo tempo de internação é um fator negativo, uma vez que gera altos custos, atrapalha a rotatividade dos leitos, aumenta as chances de infecção e afasta o paciente do convívio familiar.^{13-15,22,28,29}

Conclusão

O presente estudo reforça que o TCE por causa motociclística, em via pública, nos dias de domingo, acomete vítimas que são formadas em sua maioria por homens na faixa etária entre 18 e 30 anos. E ainda que o registro sobre os pacientes é uma ferramenta indispensável para a prestação da assistência. Pôde-se observar que a dinâmica do serviço de urgência e emergência dificulta o preenchimento de algumas informações importantes para o conhecimento do perfil dos pacientes admitidos na área vermelha, dados estes que são de grande utilidade para os profissionais envolvidos diretamente na assistência e também para os gestores, porque possibilitariam a adoção de medidas de forma mais rápida e objetiva.

Conflito de Interesses

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse na realização deste trabalho.

Referências

- 1 Santos F, Casagrande LP, Lange C, et al. Traumatismo Cranioencefálico: Causas e Perfil das Vítimas Atendidas no Pronto Socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Min Enfer* 2013;17(4): 882-887
- 2 da Silva CB, Dylewski V, Rocha JS, da Moraes JF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com trauma cranioencefálico. *Fisioter Pesq* 2009;16(4):311-315
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília. Ministério da Saúde 2013;148:il
- 4 Vieira RCA, Hora EC, Oliveira DV, Vaez AC. Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(6):1359-1363
- 5 Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LJS, Lira SVG. Fatores Desencadeantes ao Trauma Crânio-Encefálico em um Hospital de Emergência Municipal. *Rev Baiana Saúde Pública* 2010;34(2):240-253
- 6 Ramos EMS, Silva MKB, Siqueira GR, et al. Aspectos Epidemiológicos dos Traumatismos Cranioencefálicos Atendidos no Hospital Regional do Agreste de Pernambuco de 2006 a 2007. *Rev Bras Promoção Saúde RBPS Fortaleza* 2010;1(23):4-10
- 7 Andrade AF, Paiva WS, Amorim RLO, Figueiredo EG, Rusafa Neto E, Teixeira MJ. Mecanismos de Lesão Cerebral no Traumatismo Cranioencefálico. *Rev Assoc Med Bras* 2009;1(55):75-81
- 8 Morgado FL, Rossi LA. Correlação entre a escala de coma de Glasgow e os achados de imagem de tomografia computadorizada em pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico. *Radiol Bras* 2011;1(44):35-41
- 9 Quevedo MJ. Internações em UTI por Trauma Cranioencefálico (TCE) na Cidade de Porto Alegre. Monografia (Especialização) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre, 2009: 32
- 10 Zicarelli CAM, Zicarelli AZ, Georgeto SM, et al. O Papel do Tratamento Medicamentoso no Traumatismo Crânio-encefálico. Um novo conceito. *J Bras Neurocir* 2012;3(23):222-225
- 11 Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Traumatismo Cranioencefálico Moderado e Grave por Ferimento por Projétil de Arma de Fogo: Diagnóstico e Conduta. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. 2004:15
- 12 Eloia SC, Eloia SMC, Sales ENBG, Sousa SMM, Lopes RE. Análise Epidemiológica das Hospitalizações por Trauma Cranioencefálico em um Hospital de Ensino. *Rev Políticas Públicas SANARE Sobral* 2011;10(2):34-39
- 13 Silveira EN, Miranda CA, Araújo RA, Enders BC. Perfil Clínico-epidemiológico de Pacientes Acometidos com Lesão Cerebral Traumática Atendidos em uma Unidade de Emergência. *Rev Enferm UFPE Online* 2011;5(5):1145-1150
- 14 Vaez AC. Violências e Acidentes: Caracterização das Vítimas Atendidas em Sergipe. Dissertação (Pós-Graduação) - Universidade Federal de Sergipe - Aracaju, 2011:83
- 15 Moura JC, Rangel BLR, Creôncio SCE, Pernambuco JRB. Perfil Clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumatismo no município de Petrolina, estado de Pernambuco. *Arq Bras Neurocir* 2011;10(3):99-104
- 16 Nunes MS, Hora EC, Fakhouri R, Alves JAB, Ribeiro MCO, Santos ACFS. Caracterização de Vítimas de Traumatismo Atendidas em um Hospital de Urgência. *Rev Enferm UFPE Online* 2011;5(9): 2136-2142
- 17 Andrade LM, Lima MA, Silva CHC, Caetano JA. Acidentes de Motocicleta: Características das Vítimas e dos Acidentes em Hospital de Fortaleza-CE, Brasil. *Rev Rede Enferm Nordeste* 2009;10(4):52-59
- 18 Liz NA, Arent A, Nazário NO. Características clínicas e análise dos fatores preditivos de letalidade em pacientes com Traumatismo Cranioencefálico (TCE) admitidos em Unidade de Tratamento Intensivo. *Arq Catar Med* 2012;41(1):10-15
- 19 Maia BG, Paula FRP, Cotta GD. Perfil Clínico-epidemiológico das Ocorrências de Traumatismo Cranioencefálico. *Rev Neuroc* 2013; 21(1):43-52
- 20 Santos AM, Moura ME, Nunes BM, Leal CF, Teles JB. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. *Cad Saude Publica* 2008;24(8): 1927-1938
- 21 Pereira CU, de Almeida AMG, Dantas RN. Uso de anticonvulsivantes profiláticos no traumatismo cranioencefálico severo: existe uma padronização? *J Bras Neurocir* 2011;4(22):157-163
- 22 Santos RBF, Marangoni AT, Andrade NA, Vieira MM, Ortiz KZ, Gil D. Avaliação Comportamental do Processamento Auditivos em Indivíduos Pós-Traumatismo Cranioencefálico: Estudo Piloto. *Revista CEFAC* 2013;5(15):1156-1162
- 23 Gentile JKA, Himuro HS, Rojas SSO, Veiga VC, Amaya LEC, Carvalho JC. Condutas no Paciente com Trauma Cranioencefálico. *Rev Bras Clin Med* 2011;9(1):74-82
- 24 Sakata RK. Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Anestesiologia* 2010;60(6):653-8
- 25 Campos BB, Machado FS. Terapia nutricional no traumatismo cranioencefálico grave. *Rev Bras Ter Intensiva* 2012;24(1):97-105
- 26 Carvalho LFA, Affonseca CA, Guerra SD, Ferreira AR, Goulart EMA. Traumatismo Cranioencefálico Grave em Crianças e Adolescentes. *Rev Bras Terap Intens* 2007;19(1):98-106
- 27 Giugno KM, Maia TR, Kunrath CL, Bizzi JJ. Tratamento da hipertensão intracraniana. *J Pediatr* 2003;79(4):287-296
- 28 Dantas IEF, de Oliveira TT, Neto CDM. Epidemiologia do Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) no Nordeste no Ano de 2012. *Rev Bras Educ Saude REBES* 2014;4(1):18-23
- 29 Vieira RCA. Qualidade de Vida das Vítimas de Trauma Cranioencefálico em Sergipe. Dissertação (Pós-Graduação) - Universidade Federal de Sergipe - Aracaju, 2011:80;