

Perfil das notificações de traumas em um hospital de ensino

Andreia C. Escarso, Mariana T. Ruiz, Jorgete M. Silva

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (NHE - HCFMRP) e Departamento Medicina Social da Faculdade de Medicina (DMS-FMRP)

RESUMO

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto possui uma Unidade de Atendimento de Urgência e Emergência onde são atendidos os pacientes vítima de trauma, tanto de Ribeirão Preto como da região. A partir de 1996 todos esses atendimentos passaram a ser notificados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (NHE-HCFMRP), em um trabalho conjunto com a Disciplina de Cirurgia do Trauma do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP. As informações destes atendimentos têm permitido quantificar, definir e caracterizar o perfil epidemiológico destes pacientes possibilitando importantes indicadores para planejamento e diretrizes tanto da equipe de saúde como para equipe administrativa do referido hospital.

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde (2012), "traumatismo é uma lesão produzida por violência exterior, contundente e direta sobre a superfície corporal", podendo estar associada à equimose, escoriação, fratura, luxação, hematoma e torção. A Classificação Internacional das Doenças (CID) em sua décima revisão define trauma como lesões por causas externas, caracterizado por: queimaduras, quedas, lesões autoprovocadas, envenenamentos, agressões e acidentes de trânsito.¹

De acordo com dados do Datasus (2009), as causas externas representaram a terceira causa de mortalidade no país, antecedidas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. A violência é responsável por 12,5% de todos os óbitos, sendo que a principal causa de óbito por causa externa são os homicídios (36,4%), seguidos pelos acidentes de trânsito (29,2%). No Brasil observa-se um aumento expressivo de vítimas de acidentes e violências, caracterizando um padrão de transição epidemiológica.²

No Brasil apesar dos agravos provocados por traumas estarem entre as principais causas de morte, a maioria dos hospitais com pronto socorro que atendem esses pacientes não dispõem de um sistema de registro ou informações que possa dar ao hospital uma

real dimensão das necessidades e implicações geradas por estes atendimentos. A falta dessas informações resulta, muitas das vezes, na ineficácia das medidas de prevenção e número de publicações científicas muito aquém do potencial do país.³

A análise das informações contidas no banco de dados de traumas constitui-se em potente instrumento no tratamento das vítimas abrangendo várias áreas como a epidemiologia, prevenção, pesquisa, educação, terapia intensiva, gerenciamento de recursos, entre outras.

Justificativa

Existe uma grande dificuldade em se identificar o perfil epidemiológico resultante das causas externas por falta da identificação e registro das mesmas, principalmente daquelas que não são fatais. A mensuração e caracterização desses agravos pelos hospitais que possuem pronto socorro possibilitarão descrever a real dimensão dos acidentes em geral, seja de trânsito, de trabalho, domésticos, quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações, como também identificar a violência doméstica e sexual, principalmente os maus tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

Objetivo

Descrever o perfil epidemiológico das notificações de traumas da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2011, utilizando como fonte de dados o banco de traumas do NHE-HCFMRP.

Método

Realizou-se um estudo descritivo sobre o total das notificações de traumas no período de 15 anos (1996-2011). As informações apresentadas foram retiradas do banco de traumas do NHE, boletim de ocorrência, do sistema de registro hospitalar e prontuários e fichas de atendimento dos pacientes.

Coleta de dados e registro de traumas no HCFMRP

A notificação dos casos de traumatizados é feita pelo NHE, na sua grande maioria, pela busca ativa de casos junto a Seção de Registro e Controle de Leitos (SRCL) da Unidade de Emergência do HCFMRP com o repasse direto do Boletim de Ocorrência (BO) e/ou comunicação ao NHE de pacientes que apresentem código de internação correspondente a traumas por

ocasião da alta hospitalar. Diariamente um profissional do NHE realiza a busca no SRCL, dos BOs e separa todos os prontuários ou fichas de atendimento de emergência de traumas. Os prontuários e fichas de atendimentos são revisados pela equipe médica e/ou de enfermagem buscando informações sobre o paciente, o trauma ocorrido e a evolução clínica, tais como duração da internação, necessidade de terapia intensiva, cirurgias, especialidades cirúrgicas envolvidas, índices de gravidade e condições de alta. Em uma segunda etapa todas essas informações são digitadas em programa próprio do NHE desenvolvido com a colaboração do Centro de Processamento de Dados do HCFMRP.

O início desses registros se deu em fevereiro de 1996 e vem sendo mantido até os dias de hoje, sendo que desta data até dezembro de 2005 foram registrados apenas os acidentes de trânsito e a partir de 2006 passaram a serem incluídos todos os tipos de traumas e de violências.

Resultados

A figura 1 apresenta a série histórica das notificações por trauma, englobando todo tipo de violência, ressaltando-se que de fevereiro de 1996 a dezembro

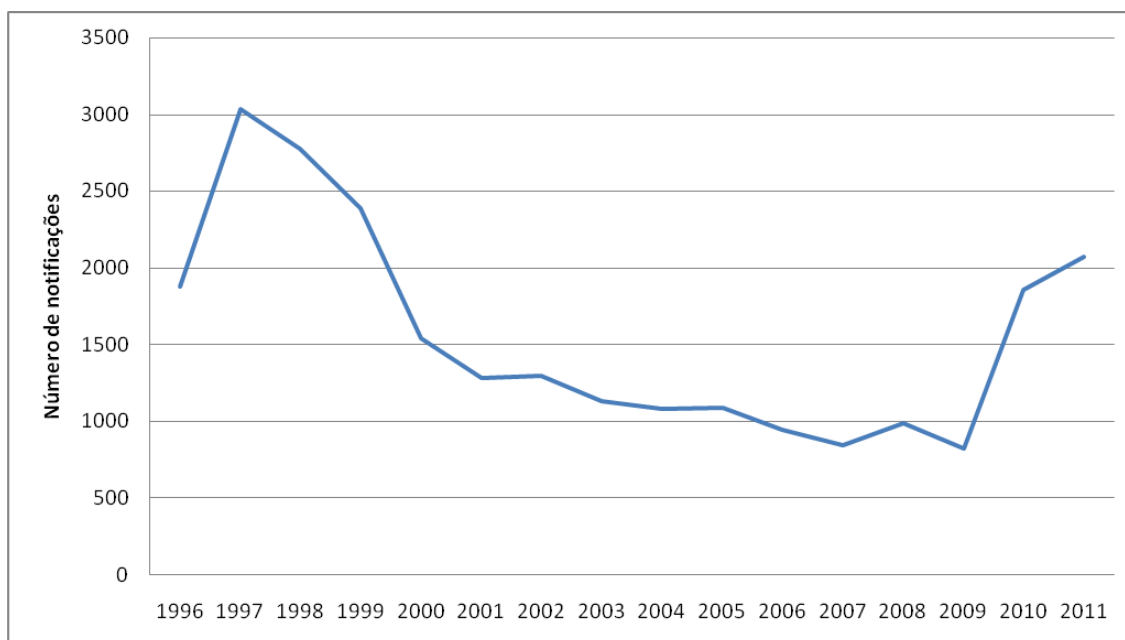


Figura 1. Distribuição do número de notificações de traumas realizados pelo NHE HCFMRP, período de 1996-2011.

Fonte: Banco de traumas NHE-HCFMRP de fevereiro de 1996 a dezembro de 2005 foram notificados só os acidentes de trânsito, a partir de 2006 foram incluídos todos os traumas atendidos no HCFMRP

de 2005, foram registrados todos os acidentes de trânsito e a partir de 2006, passaram a serem incluídos todos os tipos de traumas e de violência cujas vítimas foram atendidas no HCFMRP. Assim, no período compreendido entre 1996 a 2011, foram realizadas 24.983 notificações de traumas. Embora os índices de ocorrência de traumas sejam altos, podemos notar uma tendência decrescente para todos os mecanismos de traumas a partir do final da década de 1990.

A figura 2 apresenta a mesma série histórica, entretanto os dados referem-se apenas aos acidentes de trânsito. Através desta figura, podemos perceber que apenas os acidentes por motocicleta fogem a tendência decrescente mostrada pelos outros mecanismos, evidenciando uma elevação da sua ocorrência em anos mais recentes.

Quando analisada a variável sexo dos pacientes vítimas de traumas, podemos verificar predomínio entre o sexo masculino, porém para ambos os sexos, observou-se semelhante tendência decrescente do número de ocorrências (figura 3).

A distribuição da ocorrência de trauma de acordo com o mecanismo causador (figura 4) mostra que as situações mais frequentes foram as quedas (27%)

e os acidentes motociclisticos (17%), seguidos dos acidentes com automóveis (9%) e das agressões (9%). Embora correspondendo a um menor percentual de ocorrências, os traumas decorrentes de arma de fogo (3%) apresentaram um valor de letalidade consideravelmente mais elevado do que todas as demais condições, sendo importante fazer menção a este mecanismo. Dentre os acidentes de transporte, as letalidades mais altas ocorreram nos atropelamentos (8%) e naqueles envolvendo a participação de automóveis.

Discussão

Analisando o perfil epidemiológico da violência mencionados em outros estudos observa-se que os homens estão expostos 10 vezes mais ao risco de morrer comparado às mulheres; são mais frequentes em cidades de maior porte; a faixa etária mais atingida encontra-se entre 20 a 29 anos; baixa escolaridade; em 75% dos eventos, vítimas e agressores estavam alcoolizados e dentre as vítimas que morrem por violências frequentemente encontra-se metabólitos de cocaína e/ou álcool 4. Os resultados encontrados no HCFMRP, portanto, não diferem muito destes, mos-

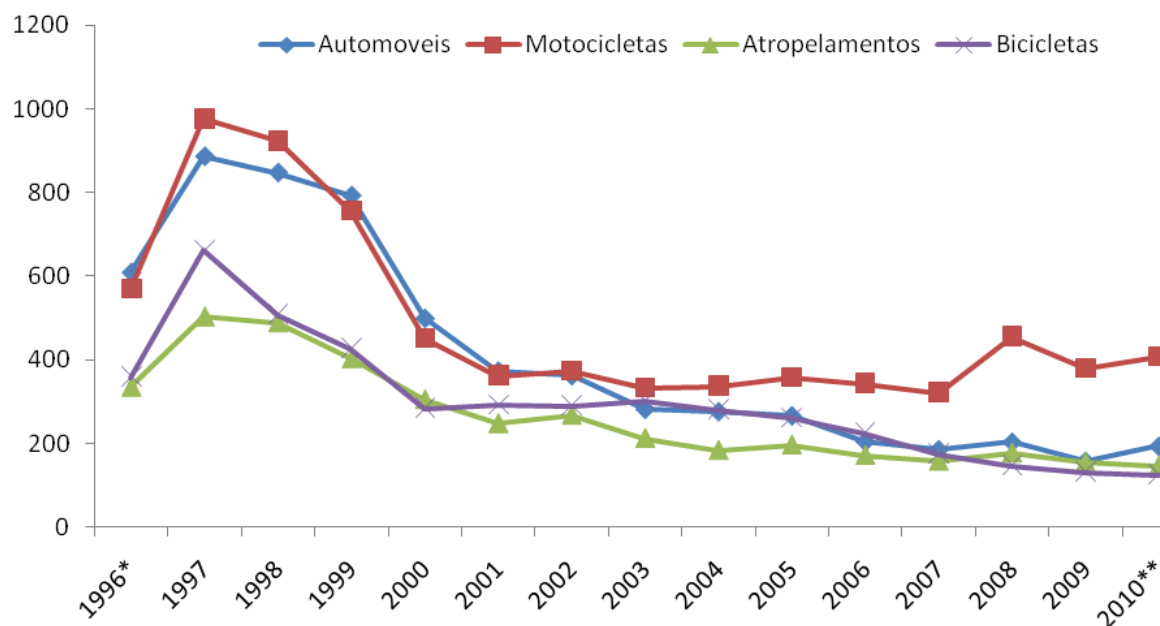


Figura 2. Número de vítimas de acidente de trânsito atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP, segundo o ano e mecanismo do trauma, 1996-2010.

Fonte: Banco de traumas NHE-HCFMRP. * Coleta de dados a partir de fevereiro. ** Dados provisório

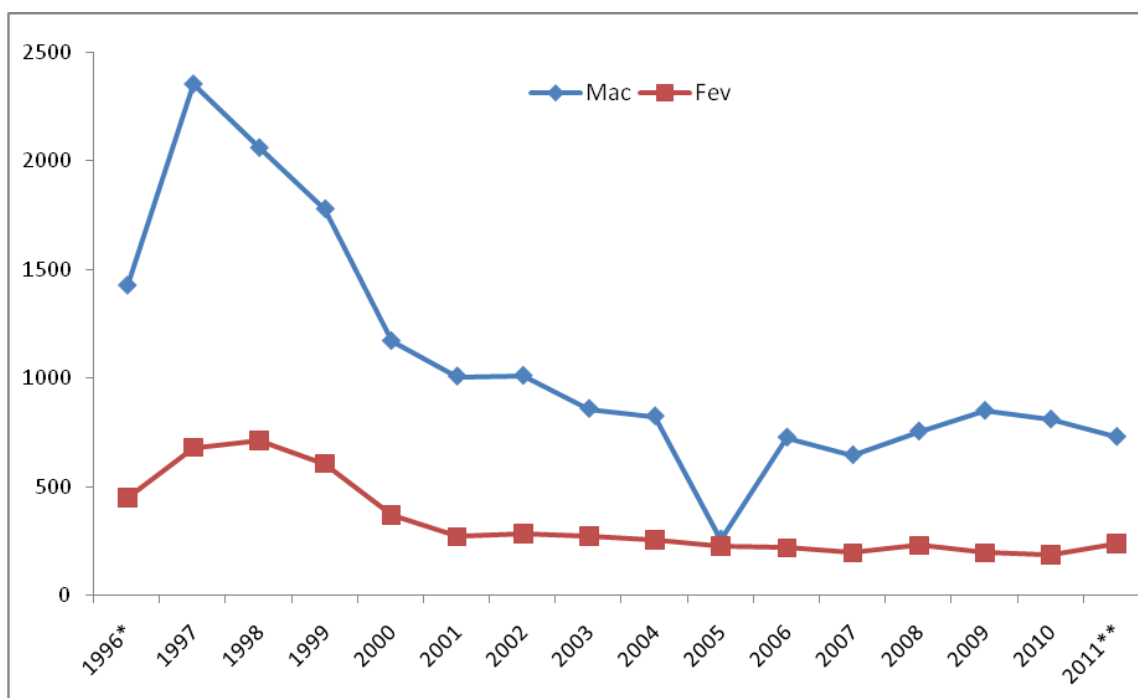


Figura 3. Distribuição dos acidentes de trânsito atendidos no HCFMRP, segundo sexo, 1996-2011.
 Fonte: Banco de traumas NHE-HCFMRP. * Coleta de dados a partir de fevereiro. ** Dados provisório

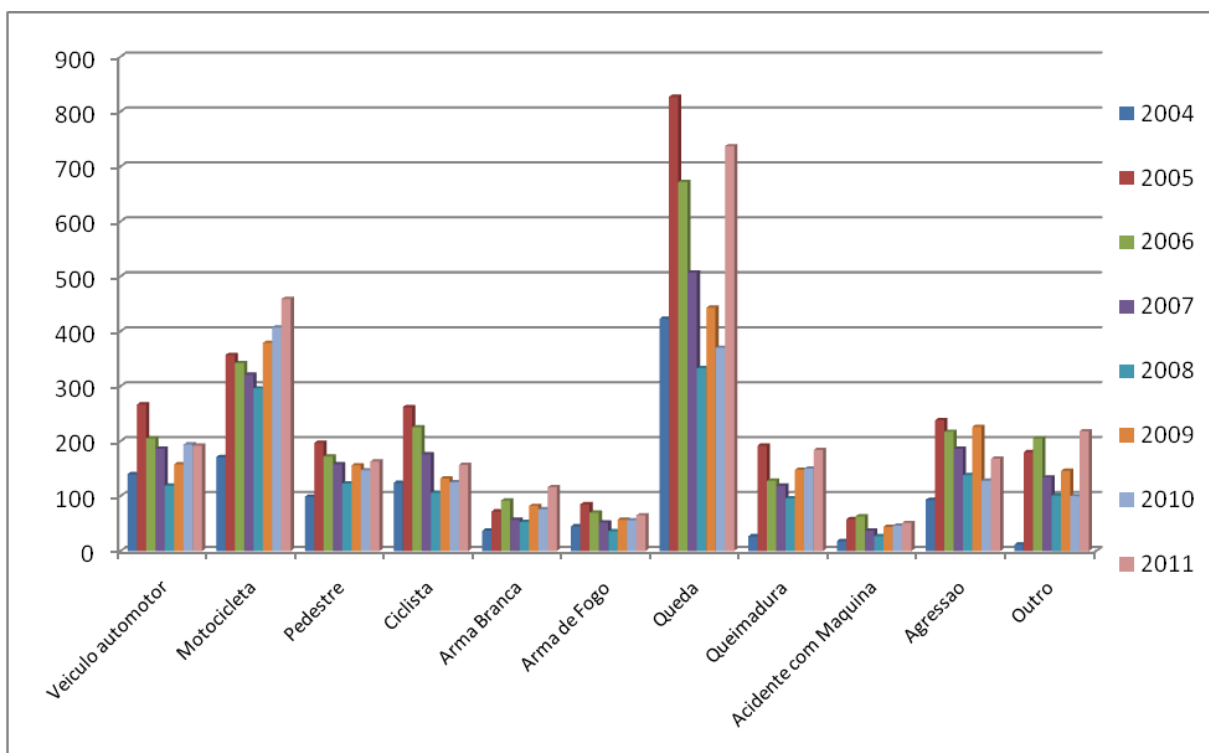


Figura 4. Distribuição dos traumas segundo mecanismo, HCFMRP, 2004-2011.
 Fonte: Banco de traumas NHE-HCFMRP

trando também uma maior ocorrência de violência entre homens, na faixa etária de adulto jovem e com a presença freqüente do uso de álcool e/ou drogas entre as vítimas atendidas.

Em relação à tendência decrescente para todos os mecanismos de traumas, observadas com base nos dados de atendimentos em nossa instituição, verifica-se importante redução a partir do final da década de 1990. Acreditamos que esta redução pode ser atribuída a diferentes fatores, entre os quais pode ser citada a promulgação do novo Código Brasileiro de Trânsito (1998). Outro importante fator para este decréscimo foi a criação do sistema de Regulação Médica (2000) na cidade de Ribeirão Preto, onde a Unidade de Emergência do HCFMRP passou a ser referência terciária, destinada a atender as vítimas de maior gravidade. Os outros atendimentos foram redistribuídos para os outros hospitais de Ribeirão Preto.

Em 2008, foi aprovado o decreto nº 415 e a lei nº 11.705, conhecida como "Lei Seca", que definiu como zero o teor alcoólico no sangue de motoristas com aplicação de penalidades cabíveis a todo motorista transgressor desta determinação. Esta nova mudança nas leis de trânsito pode ter contribuído para o ligeiro declínio observado na curva de notificações do HCFMRP para este ano (2008).

Chama a atenção, porém que os acidentes por motocicleta fogem a tendência decrescente mostrada pelos outros mecanismos, evidenciando uma elevação da sua ocorrência em anos mais recentes, a partir dos dados apresentados. Uma das possíveis explicações para esta tendência pode ser atribuída ao aumento de 820% de motociclistas no período compreendido entre 1996 a 2007, dobrando o número de motos circulantes no período de 2000 a 2005. Este aumento em parte se deve à profissionalização crescente dos mesmos (moto taxistas)⁴ e também pode ser atribuída à maior oferta e facilidades na compra.

Destacamos que o veículo a motor, como qualquer outra máquina, exige que o ser humano esteja qualificado tecnicamente e mentalmente para operá-lo seguramente. O cidadão comum não dispõe de qualquer outra máquina ou dispositivo que lhe dê a sensação de tanto poder. Um indivíduo com um carro importado de alto valor pode cometer todo tipo de infração apenas para satisfazer seu ego, ao passo que um indivíduo com carro velho e de baixo valor pode cometer os mesmos tipos de infrações também para satisfazer seu ego⁶. No mundo atual o veículo a motor é o meio

mais barato e mais fácil que o cidadão comum possui para extravasar seu estado emocional, tanto para o bem como para o mal. Como nos países subdesenvolvidos (até pela própria natureza de subdesenvolvimento) o número de pessoas dotadas de estado emocional voltado para ações negativas é muito grande, por esta razão o trânsito transforma-se em verdadeira carnificina. A velocidade fascina o ser humano, a ponto de correr simplesmente pelo prazer de correr, mesmo que não tenha nenhum objetivo a ser atingido⁶.

Estes dados vêm de encontro com o perfil nosológico da instituição. No ano de 2010, foram hospitalizadas 1799 vítimas de traumas, sendo que as principais causas foram: acidentes com motocicletas (407); quedas (370); acidentes com veículos automotores (194). Deste total, 6% evoluíram para óbito e 56% permaneceram com limitações moderadas⁵.

Quando avaliadas as condições de altas dos pacientes atendidos por trauma nos anos de 2005 a 2008, encontramos que no período foram atendidos 9254 pacientes. Destes, 389 evoluíram para óbito (4,2%), 9 casos permaneceram em estado vegetativo persistente e 115 tiveram como resultado limitações graves entendidas como lesões que desencadeiam dependência permanente e total para execução de atividades do dia a dia, seja por problemas de natureza física ou mental, ou combinação de ambas. Portanto, na somatória de casos graves e fatais, foram atingidas 513 vítimas (5,5%). A categoria mais presente foi a de limitações moderadas (50,3%), correspondendo a pacientes que conseguem ou conseguirão desempenhar além das atividades do dia a dia, desenvolverem atividade de trabalho e viajar em transporte público. Boa recuperação ocorreu em 39,2% dos casos significando condições de reassumir uma vida normal, mesmo que algumas vezes possa haver déficits pequenos, neurológicos e/ou motores⁵.

Os homicídios são outra importante causa de trauma, foram responsáveis por 1 milhão de vidas perdidas no país nos últimos 30 anos, segundo os dados do Ministério da Justiça e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. O índice de homicídios por 100 mil habitantes passou de 11,7 em 1980 para 26,2 em 2010 no Brasil, superior as 13 mil mortes por ano registradas na Guerra do Iraque desde 2003. Houve um aumento de 124% desde o ano de 1980 ou 2,7% ao ano. As mortes violentas passaram de 13.910 casos registrados em 1980 para 49.932 em 2010. No total foram 1.091.125

assassinatos. O aumento, em termos de números brutos, nas últimas três décadas chega a 259% - 4,4% de crescimento anual⁷.

O afogamento é a segunda causa de morte, entre crianças e adolescentes até 14 anos no Brasil, segundo estudo realizado pela ONG Criança Segura, com base em dados do Ministério da Saúde relativos a 2009. Durante o período analisado, foram registradas 1.376 mortes por esse tipo de acidente, sendo que 45% delas ocorreram em águas naturais (como rios, mares e lagos)⁸, outros 6% referiram-se especificamente às quedas nesses locais. O segundo local de maior risco foi a piscina, responsável por 7% das mortes. Vale ressaltar que 37% dos afogamentos não tiveram local identificado e 5% foi classificado como "outros", o que inclui acidentes domésticos, entre outros. A morte de meninos por afogamento é duas vezes mais freqüente que a de meninas. Foram 67% casos referentes ao sexo masculino, contra 33% do sexo feminino. As mortes com crianças de 10 a 14 anos representaram 36% do total; de 1 a 4 anos, 35%; de 5 anos a 9 anos, 26%; e com menos de 1 ano, 3% dos casos⁸.

Já a taxa de suicídio no Brasil difere dos países membros da OMS, o Brasil possui taxa de suicídio total de 4,9 suicídios em 100 mil habitantes, sendo que nos outros países a taxa de suicídio é de 51%. Os suicídios juvenis são menos freqüentes, no mundo, que os suicídios adultos, no Brasil acontecem ao contrário, onde a maioria dos suicídios está relacionada aos jovens e mais no sexo feminino⁷.

Ante o exposto, verificamos a importância e representatividade dos traumas nos dias atuais. Neste período de transição epidemiológica, verificamos que os mesmos são mais freqüentes do que a ocorrência de doenças infecto-contagiosas ou doenças crônicas na população, além do alto poder incapacitante como resultado da ocorrência. Assim, estudos sobre a temática são pertinentes para elucidação e elaboração de medidas preventivas mais eficazes.

Conclusões

Ao longo deste período de 15 anos de notificação de traumas no HCFMRP, foi verificada a transição no perfil epidemiológico das principais causas de morbidade e mortalidade para Ribeirão Preto e região, corroborando com dados de outros estudos. As causas externas estão em quarto lugar entre as causas

de morte em Ribeirão Preto e região, e, em terceiro lugar no Brasil em 2007, reforçando desta forma a importância e a magnitude desta situação que exige medidas de controle e intervenção.

A constatação do elevado número de vítimas de acidentes de transporte entre jovens e de quedas nos indivíduos mais idosos, representam situações de grande vulnerabilidade, sendo gritante a criação de políticas específicas dirigidas a estes dois segmentos, que exigem medidas concretas para que produzam impacto na situação atualmente verificada.

Concluímos também quão grande é a importância de se ter um mecanismo permanente de coleta e registro destas informações referentes aos traumas, a exemplo do que vem sendo feito pelo NHE-HCFMRP, para o melhor conhecimento e compreensão da situação real frente a ocorrências de traumas que possibilite desencadear ações assistenciais, educativas e preventivas.

Referencias bibliográficas

- 1- Brasil Ministério da Saúde. Glossário Temática Traumatologia e Ortopedia Português e inglês - Projeto de terminologia da Saúde. Brasília. 2ª edição. 2012.
- 2- DATASUS. Mortalidade no Brasil 2009. [acessado em 24/04/2012]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt1ouf.def>.
- 3 - Neto J, Reis P, Carreiro P, Figueiredo R. Registro de Trauma: uma necessidade nos prontos-socorros do Brasil. Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais, v.19, n.3; 2009 [acessado em 24/04/2012]. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/167/150>
- 4- Reichnheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMP, Minayo CS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. Saúde no Brasil. The Lancet, 2011.
- 5- Brasil. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Medicina Social. Centro de Processamento de dados Hospitalares. Doenças e Agravos não Transmissíveis - DANTE, Ribeirão Preto e Região. 2010.
- 6 - Universidade Estadual Paulista. Acidentes de Trânsito. [acessado em 24/04/2012]. Disponível em: http://www.bauru.unesp.br/curso_cipa/artigos/4_transito.htm.
- 7- Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012- Os novos padrões da violência homicida no Brasil. 1ª edição. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.
- 8- Criança segura Brasil. Prevenção de afogamentos com crianças 2012. [acessado em 24/04/2012]. Disponível em: <http://criancasegura.org.br/>.