

PERFIL DOS PACIENTES VÍTIMAS DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO ATENDIDOS NO HOSPITAL DO OESTE EM BARREIRAS – BA ENTRE 2007/2008

Elisabete Cristina Dickel¹

Resumo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, explicativa e documental, na qual os objetivos caracterizarão o perfil dos pacientes vítimas de TCE atendidos no Hospital do Oeste em Barreiras – BA, enfatizando o quadro evolutivo do paciente no intuito de destacar as potenciais seqüelas do trauma e analisando o impacto na qualidade de vida dos pacientes, caracterizando-os segundo a gravidade do trauma e identificando as faixas etárias mais acometidas. A pesquisa foi realizada no Hospital do Oeste na cidade de Barreiras – BA, utilizando de prontuários de pacientes com diagnósticos de TCE. A coleta de dados foi estabelecida a partir de um questionário preenchido pelo pesquisador. Os dados foram analisados conforme a proposta de Andrade, 2007, dentre os aspectos analisados tem-se idade, sexo, gravidade do trauma, condições de alta, diagnóstico, glasgow na internação, resolução do caso, tempo de internação. Observou-se que a instituição atende pacientes de diversas localidades inclusive de outros estados devido sua localização ser em uma cidade que se localiza em um entroncamento rodoviário. Notou-se que o período de internação se determina de acordo ao tipo de TCE ocasionado pela injúria.

Descritores: TCE, Glasgow, prevenção, álcool, capacete, trauma.

INTRODUÇÃO

Em face do grande aumento dos casos de traumatismo crânio encefálico que são atendidos no Hospital do Oeste em Barreiras – BA, o presente estudo tem o objetivo de analisar, e traçar o perfil dos pacientes vítimas de TCE atendidos no Hospital do Oeste no município de Barreiras – Bahia. Determinando as características de TCE – Traumatismo Crânio Encefálico no Hospital do Oeste.

A partir de uma análise da demanda de pacientes atendidos no Hospital do Oeste vítimas de acidentes com diagnóstico médico de TCE, durante o período de estágio, é

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem pela Faculdade São Francisco de Barreiras – FASB.

que motivou a realização da coleta de dados em prontuários dos pacientes que deram entrada na unidade de urgência e emergência do hospital e que permaneceram por mais de 24 horas período esse que gera internação. Tendo em vista, que a unidade já dispunha de serviço de neurocirurgia, momento esse em que houve a redução das transferências de pacientes vítimas de TCE para centros especializados.

Após o impacto, o traumatismo crânio encefálico pode ser classificado em três categorias: leve, moderado e grave. No grau leve o paciente pode apresentar-se consciente, sem quaisquer sinais ou sintomas, ou confuso e levemente sonolento, porém despertando após estímulos apropriados. Nos casos graves a vítima do traumatismo apresenta-se em coma, sem abertura ocular. Os casos intermediários são classificados como moderados (SANTOS, 2007).

Diante do exposto, justifica-se esta pesquisa de forma a conhecer as principais causas, idade mais acometida e os riscos que um TCE pode causar às suas vítimas e familiares, estimulando o surgimento da capacidade própria das pessoas sobre si mesma e dando a devida importância aos meios de sensibilização da população frente a este tipo de acidente. Acredita-se que tais conhecimentos possam contribuir para programas de prevenção evitando novos traumas, na área da saúde, e das contribuições para planejar assistências após o traumatismo.

A intensidade do traumatismo craniano é definida com base no Escore da Escala de Glasgow. Os termos traumatismo craniano leve, moderado e grave são úteis para relacionar os parâmetros de avaliação à terapêutica e resultado ao longo de um tratamento (HUDAK e GALLO, 1997).

Parâmetros de avaliação com base no escore da Escala de Coma de Glasgow:

TIPO	ECG	DEFINIÇÃO
Leve	13 -15	Pode haver perda da consciência ou amnésia por menos de 30 minutos. Não há fratura do crânio, hematoma, contusão cerebral.
Moderado	9 - 12	Perda da consciência e/ou amnésia por mais de 24 horas. Inclui os pacientes com contusão cerebral, laceração ou hematoma intracraniano.
Grave	3 – 8	Perda da consciência e/ou amnésia por mais de 24 horas. Inclui os pacientes com contusão cerebral, laceração ou hematoma intracraniano.

(Adaptado de BACCARINI e STARLLING, 2006, p. 345).

Forças externas que provocam um impacto no cérebro causam TCE, as lesões incluem aquelas com e sem fratura do crânio. Golpes diretos na cabeça podem causar lesões no local do golpe e do contragolpe (UMPHRED, 2004).

As fraturas do crânio são comuns em pacientes com TCE grave e ocorrem em vários padrões. As fraturas lineares são as mais comuns e causadas por um impacto sobre uma área grande do crânio. As fraturas basilares do crânio são limitadas à base do crânio em associação com fraturas da abóbada craniana, fazendo parte dos ossos frontal e temporal (BACCARINI e STARLLING, 2006).

Fraturas com afundamento no impacto a força empurra os fragmentos do osso para baixo em direção ao encéfalo e ocorre laceração da dura-máter (HUDAK e GALLO 1997). O pneumoencéfalo ocorre quando há uma entrada de ar no crânio em um traumatismo aberto ou com afundamento. É muito comum em ferimentos por arma de fogo (FAF). O ar pode acumular-se nos espaços subaracnóideo, subdural ou no epidural (UNICAMP, 2007).

Segundo Baccarini e Starling (2006), fratura diastática são aquelas que encontram com as bordas afastadas, sendo mais comuns nas linhas de sutura cranianas e em crianças. A

presença de laceração do couro cabeludo que é uma rutura tecidual por golpe no TCE, indica o local do impacto além de constituírem-se em importantes indícios do trauma. As lesões observadas são: contusão, lesão traumática dos tecidos com rutura de vasos sanguíneos, equimose e extravasamento de sangue. Há dois tipos de equimose que se deve observar com importância no crânio: a periorbitária (Sinal de Guaxinim) e do mastóide (Sinal de Battle).

A concussão é uma síndrome clínica de alteração da consciência secundária a um traumatismo craniano tipicamente produzido por uma alteração do momento da cabeça (movimento da cabeça devido por uma superfície rígida)(CHUS; DOBERSTEIM; KOOTS; et al, 2005). A contusão cerebral é uma lesão macroscópica que acarreta um foco de dilaceramento e de necrose hemorrágica, ao qual se acrescenta o edema(CAMBIER; MASSON; DEHEN, 2005).

O hematoma epidural está localizada entre a tábua interna do crânio e a camada mais externa das meninges, a dura-máter. Aproximadamente 85% estão associados a uma fratura no osso temporal acima da orelha (HUDAK e GALLO, 1997). O hematoma subdural localiza-se abaixo da camada meníngea da dura-máter e acima do revestimento aracnóide do encéfalo. Está relacionado a uma contusão cerebral subjacente de um contragolpe(SUE e BONGARD, 2005).

As alterações no sistema nervoso autônomo causam regularidades nas taxas na respiração, pressão sanguínea, pulso, suor e salivação excessiva, aumento da temperatura (CAMBIER; MASSON; DEHEN, 2005).

Dificuldades motoras, visuo - espaciais e perceptivas, podem ocorrer devido a lesões focais como: afasia, disartria, disfagia. Quando o nervo craniano é atingido é comum acontecer algumas anormalidades como no diâmetro pupilar (midríase, miose, anisocoria) uni ou bilateral e nos reflexos da luz (SMELTZER e BARE, 2006).

De acordo Guimarães (2002), na lesão craniana moderada ou grave o paciente fica inconsciente, podendo durar por um bom tempo. O coma é um estado de perda total da consciência no qual o paciente não pode ser acordado, nem mesmo com estímulos dolorosos.

Segundo Goldman e Ausiello (2005), um dos exemplos de efetividade de uma política pública de prevenção de lesões por causa externa é a queda nos óbitos e nos traumatismos cranianos não fatais entre motocicletas após a promulgação da lei sobre o uso obrigatório de capacetes. Mudanças de comportamentos podem evitar bebedeiras e sensibilizar para o uso moderado ou não consumir álcool principalmente quando estiver dirigindo ou pilotando uma moto.

Segundo Oliveira (2005) uma das formas para a redução da dependência de carros, como uma medida simples para salvar vidas, seria melhorar o transporte público e com isso diminuiria a violência no trânsito e os atropelamentos.

Uma das formas de reduzir os acidentes domésticos seria melhorar a iluminação, instalando proteção em varandas e janelas de prédios altos, evitando tapetes e pisos escorregadios. A violência e as lesões são problemas complexos e muito disseminados que devem ser reduzidos por intervenções abrangentes e multidisciplinares (ABBAS; KUMAR; FAUSTO, 2005). Dentre outras medidas profiláticas, tem-se: evitar guardar armas de fogo em casa e mantê-las longe de crianças e/ou promover medidas cabíveis para restrição ou proibição da compra e posse de armas de fogo (GOLDMAN e AUSIELLO, 2005).

METODOLOGIA

Segundo Lakatos e Marconi (2003), o método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, permite alcançar o objetivo, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões.

“A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2004, p. 22). Este trabalho monográfico e de caráter descritivo e explicativo.

Segundo Gil, 2002 a pesquisa quantitativa significa transformar opiniões e informações em números para possibilitar a classificação e análise. Exige o uso de recursos e de técnicas estatísticas.

Classificamos como pesquisa documental, a que se caracteriza pela fonte da coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois (LAKATOS e MARCONI, 2003).

A coleta dos dados foi realizada por meio de ficha de avaliação em apêndice, preenchido pelo pesquisador com as descrições contidas em prontuários dos pacientes que deram entrada no serviço de emergência, vítimas de TCE, a partir de dezembro de 2007 a julho de 2008, sendo uma amostra de 45 prontuários. A pesquisa não envolveu seres humanos diretamente, mas, no entanto, como entramos em contato com informações pessoais dos pacientes, foram consideradas as normas éticas determinadas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de análise dos dados foi iniciado através de uma pré-análise, definindo termos e categorias, atribuindo-lhes um significado para facilitar a compreensão de sua utilização na pesquisa e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e organizada frente ao material coletados na elaboração dos indicadores que guie a interpretação final (ANDRADE, 2007).

Desta forma, as respostas obtidas através da ficha de levantamento de dados foram lidas e analisadas conforme os nossos objetivos e propostas no estudo e elaborando os indicadores para a codificação. A amostra constituiu-se de 45 prontuários, de pacientes que deram entrada no Hospital do Oeste, com diagnóstico médico de TCE, no período de dezembro de 2007 a julho de 2008.

Tabela 1: Distribuição de pacientes de acordo com a faixa etária mais acometida por TCE.

Idade	Frequência	Porcentagem
01-20 anos	14	31%
21-30 anos	12	26%
31-40 anos	09	22%
41-50 anos	03	6%
51-60 anos	02	4%
> 61 anos	05	11%
Total	45	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

De acordo com a análise dos dados, percebe-se que o perfil dos pacientes vítima de TCE, são geralmente jovens na faixa etária entre 01 e 30 anos, tendo um percentual de 56% das vítimas de acidentes automobilísticos, e principalmente por motocicletas. Dentre as crianças, com a faixa etária entre 01 a 15 anos envolvidos nesses acidentes percebe-se que a maioria teve um bom prognóstico, e que apenas uma foi a óbito devido Glasgow de internação ter sido 04.

Tabela 2: Distribuição dos parâmetros de Gênero relacionados ao TCE.

Gênero	Frequência	Porcentagem
Masculino	40	89%
Feminino	05	11%
Total	45	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008

Ao analisar o perfil dos pacientes admitidos no Hospital do Oeste, com diagnóstico médico de TCE, foi percebido que destes, grande parte, acometia o sexo masculino, que representa 89% da amostra, devido ao estilo de vida que os mesmos levam, destacando

também o tipo do acidente, que geralmente destacam-se os de causas externas e as condições que acarretaram a injúria.

Tabela 3: Distribuição das cidades com maior número de pessoas atendidas no Hospital do Oeste com diagnóstico de TCE.

Local de Origem	Frequência	Porcentagem
Barreiras	14	31%
Cidades Vizinhas	24	53%
Outros Estados	07	16%
Total	45	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008

Devido à falta de atendimento especializado em neurocirurgia, nas cidades do Oeste Baiano, é que justifica o grande número de pacientes com TCE atendidos no Hospital do Oeste, o que corresponde a 84% dos pacientes atendidos, pois o mesmo dispõe do atendimento.

Nota-se que alguns pacientes de outros estados, principalmente do Piauí, o que totaliza 16% da amostra dão entrada no hospital para serem atendidos, até mesmo pela proximidade de suas cidades com a cidade de Barreiras. Nota-se que para o município a instalação do serviço de neurocirurgia, foi de suma importância, devido à cidade localizar-se em um entroncamento rodoviário, no qual são registrados vários acidentes.

Tabela 4: Distribuição das principais causas de TCE.

Causas	Frequência	Porcentagem
---------------	-------------------	--------------------

Atropelamento	05	11%
Motocicleta	21	47%
Automobilístico	05	11%
Queda da Própria Altura	05	11%
Queda de Veículo em Movimento	03	6%
Queda de Bicicleta	01	1%
Agressão	04	9%
FAF	02	4%
Total	45	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

Os acidentes automobilísticos são responsáveis por grande parte dos casos e está associado ao consumo de bebidas alcoólicas, representando 30% dos casos (ver tabela 5), relacionado quase sempre à imprudência do motorista e ao excesso de velocidade. Outras causas são quedas, particularmente em crianças e idosos, assaltos e agressões (SMELTZER e BARE, 2006).

A partir da coleta de dados, percebeu-se que a maioria dos acidentes que acarretam os diagnósticos de TCE, são geralmente vinculados ao trânsito, destes destacam-se os acidentes por motocicleta que corresponde a 47% dos acidentes, associado também aos acidentes automobilísticos (11%), e também ao número de atropelamentos (11%). É necessário enfatizar que a violência também, contribui significativamente para o aumento destes índices, sendo responsável por 13% dos casos de TCE.

Tabela 5: Distribuição do uso do álcool relacionado com a gravidade do trauma.

Tipo de TCE	Frequência	Porcentagem
Leve	03	23%
Moderado	03	23%
Grave	07	54%

Total	13	100%
-------	----	------

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

O primeiro levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira, realizado em 2007, mostrou que, na faixa etária de 18 a 34 anos, 40% bebiam em forma de binge. Ou seja, bebiam com maior risco, em curto espaço de tempo.

Tabela 6: Distribuição do índice de acidentes de moto relacionado ao uso do capacete.

Uso de capacete	Frequência	Porcentagem
Com capacete	11	51%
Sem capacete	10	49%
Total	21	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

Conforme as disposições das Resoluções do Contran n°. 203/06 e 253/07, que entrou em vigor no dia 1º de janeiro de 2008, o uso do capacete para o condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo e quadriciclo motorizados, passou a ser disciplinada. Trazendo normas e definições mais relacionadas ao uso correto desse equipamento, facilitando a atuação dos agentes de trânsito e o entendimento dos usuários das vias (DENATRAN, 2008).

Tabela 7: Distribuição dos tipos de TCE.

Tipos de TCE	Frequência	Porcentagem
Leve	17	38%
Moderado	11	24%
Grave	17	38%
Total	45	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

A intensidade do traumatismo craniano é definida com base no Escore da Escala de Glasgow, e entre os pacientes analisados percebeu-se que na mesma proporção de TCE leve (38%), têm-se também TCE grave (38%), sendo que a classificação de TCE moderado (24%) apresenta-se em menor quantidade.

Tabela 8: Distribuição dos tipos de TCE relacionados ao tempo de internamento.

Tempo de Internamento	Leve	Moderado	Grave	Frequência	Percentual
01-10 dias	14	05	04	23	51%
11- 21 dias	01	02	-	03	6%
22-32 dias	01	03	07	11	25%
>33 dias	01	01	06	08	18%
Total	17	11	17	45	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

Observou-se que o tempo de internamento dos pacientes está associado ao tipo de gravidade do trauma, definindo desta forma, que quanto mais grave o tipo de TCE maior será o tempo de internamento deste paciente. Desta maneira, percebe-se que há pacientes que permanecem na unidade hospitalar por mais de um mês, enquanto há outros que permanecem num período de 24 horas, apenas para observação.

Tabela 09: Distribuição da relação do Glasgow com a resolução do caso.

Tipo de TCE	Resolução do Caso			Frequência	Porcentagem
	Alta	Óbito	Transferência		
Leve	17	-	-	17	38%
Moderado	09	01	01	11	24%

Grave	10	07	-	17	38%
Total	36	08	01	45	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

Diante dos dados expostos no quadro acima, revelam que os pacientes admitidos no HO, com TCE Leve (17 pacientes), tiveram seu quadro clínico favorável, permanecendo por um período mínimo de internação e/ou observação, não necessitando de cuidados complexos. Notou-se que todos os casos de TCE leve receberam alta hospitalar.

Quadro 2: Distribuição das condições de alta dos pacientes vítimas de TCE.

Condições de Alta	Quantidade
Traqueostomia	06
Confusão Mental	04
Em uso de Medicamentos	15
Reabilitação	07
Boas condições de alta	23
Úlceras de Pressão	03
SNE	01
SVD	01
Hemiplegia	02
Total	62

Fonte: Pesquisa de campo, 2008.

Diante dos dados expostos no Quadro 2, percebe-se que muitos dos pacientes que receberam alta, deixaram a unidade hospitalar dependentes de cuidados de terceiros, sabendo que as pessoas encarregadas de tais cuidados são geralmente membros da família, principalmente os pais, conjugues e filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se desenvolveu a partir do alto índice de TCE, na cidade de Barreiras - BA, e pela implantação do atendimento de neurocirurgia no Hospital do Oeste. A partir da pesquisa realizada pode perceber que dentre as características de TCE, destacam-se o tipos de TCE que acometeu o indivíduo, o seu prognóstico, a resolução do caso, e destacando as potenciais seqüelas. Foi analisado o perfil dos pacientes, enfatizando a idade, sexo, causa do trauma, gravidade do trauma, período de internação, glasgow de internação, uso de álcool e capacete, e condições de alta, podendo ser observados a partir dos dados expostos em gráficos, tabelas e quadros, relacionando as variáveis.

Dentre os objetivos propostos podem-se caracterizar os pacientes pela gravidade do trauma, identificando as faixas etárias, bem como analisando seu quadro evolutivo no intuito de destacar as potenciais seqüelas, mostrando o impacto dessas na qualidade de vida desses pacientes, traçando desta forma medidas profiláticas e curativas.

As principais causas de TCE relatadas no decorrer do trabalho, foram os acidentes de trânsito, que incluíam: atropelamento (11%), motocicleta (47%), automobilístico (11%), queda de veículo em movimento (6%), agressão (9%), FAF (2%), queda de bicicleta (1%), queda da própria altura (11%).

Os resultados obtidos, nesta pesquisa, confirmaram a importância dos motociclistas entre as vítimas de acidentes de trânsito no Município de Barreiras - BA e cidades vizinhas e revelaram especificidades importantes, relacionadas às lesões e à qualidade de vida após o acidente, que podem contribuir para a melhoria da assistência e para a implementação de políticas e estratégias de redução dos acidentes de motocicleta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, Abel; KUMAR, Vinay; FAUSTO, M. **Patologia**: bases patológicas das doenças. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

ANDRADE, M. Maria. **Redação Científica**: elaboração de TCC passo a passo. São Paulo: Factash, 2007.

BACCARINI, Marco. P.T.; STARLING, Sizinando. **Erazo**: manual de urgências em pronto – socorro. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BONGARD, S. F; SUE, Y. D. **Terapia intensiva:** diagnóstico e tratamento. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BRASIL. DENATRAN. MINISTÉRIO DAS CIDADES. Resoluções Contran nº 203/06 e 253/07. Brasília, 2008.

CHUS, A. L; DOBERSTEIN, C; KODTS, E. G; et al. Tratamento neurológico. In: BONGARD, S. F; SUE, Y. D. **Terapia intensiva:** diagnóstico e tratamento. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 31, p. 703.

CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Neurologia.** 11 ed. rev. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GIL, C. Antonio. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLMAN, Lei; AUSIELLO, Dennis. **Cecil:** tratado de medicina interna. 22 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v 2.

GUIMARÃES, T. Deoclesiano. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem.** 1 ed. São Paulo: Rideel, 2002.

HUDAK, Carolyn; GALLO, Bárbara. **Cuidados intensivos de enfermagem:** uma abordagem holística. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LAKATOS, M. Eva; MARCONI, A. Marina. **Fundamentos de metodologia científica.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINAYO, S. C. M. **O desafio do cohecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, G. Reynaldo. **Blackbook Clínica Médica.** 1 ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2007.

SANTOS, M. C. Nívea. **Urgência e emergência para a enfermagem:** do atendimento pré-hospitalar APH à sala de emergência. 4 ed. São Paulo: Iátria, 2007.

SMELTZER, C. Suzanne; BARE, G. Brenda. **Brunner & Suddarth:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. v. 4.

UMPHMED, Darcy A. **Reabilitação neurológica.** 4 ed. São Paulo: Manole, 2004.

No máximo: 15 páginas , 18 bibliografias, 5 gráficos ou quadros ou tabelas