

Perfil dos atendimentos realizados na sala vermelha de um centro de trauma no distrito federal

Profile of services performed in the red room of a trauma center in the federal district

Perfil de los servicios realizados en la sala roja de un centro de trauma del distrito federal

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes atendidos numa sala vermelha do trauma em um hospital público do Distrito Federal. Método: Estudo quantitativo, descritivo, transversal e analítico, utilizando dados do livro de admissões da sala vermelha do período de janeiro 2018 a janeiro 2019. Resultados: Dos 456 pacientes atendidos, 77,2% foram do sexo masculino, idade média 37 anos, 34% chegaram à noite, 70,6% vieram de via pública urbana, 37,9% chegaram por meio de ambulâncias do Corpo de Bombeiros. 32,5% foram encaminhados ao centro cirúrgico, 16,2% foram vítimas de atropelamento e 32,7% com Trauma Cranioencefálico. Das escalas que foram possíveis de serem avaliadas, 41,9% obtiveram nota 8 com média de 6 pontos. Conclusão: O trauma cranioencefálico foi a lesão/agravo mais prevalente, desfecho clínico mais comum foi o encaminhamento para o centro cirúrgico. As informações encontradas nesta pesquisa estão de acordo com a realidade brasileira comprovada pela literatura.

DESCRIPTORES: Perfil de saúde; Assistência hospitalar; Enfermagem em emergência; Equipe de respostas rápidas de hospitais.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of patients treated in a red trauma room in a public hospital in the Federal District. Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional and analytical study, using data from the red room admissions book from January 2018 to January 2019. Results: Of the 456 patients seen, 77.2% were male, mean age 37 years, 34% arrived at night, 70.6% came from urban public roads, 37.9% arrived by ambulance from the Fire Department. 32.5% were referred to the operating room, 16.2% were victims of being run over and 32.7% with Traumatic Brain Injury. Of the scales that were possible to be evaluated, 41.9% obtained grade 8 with an average of 6 points. Conclusion: Traumatic brain injury was the most prevalent injury/disease, and the most common clinical outcome was referral to the operating room. The information found in this research is in accordance with the Brazilian reality confirmed by the literature.

DESCRIPTORS: Health profile; Hospital assistance; Emergency nursing; Hospital rapid response team.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en una sala roja de traumatología de un hospital público del Distrito Federal. Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico, utilizando datos del libro de ingresos de la sala roja de enero de 2018 a enero de 2019. Resultados: De los 456 pacientes atendidos, el 77,2% era del sexo masculino, edad media 37 años, el 34% llegó a noche, el 70,6% procedía de la vía pública urbana, el 37,9% llegó en ambulancia del Cuerpo de Bomberos. El 32,5% fueron derivados a quirófano, el 16,2% fueron víctimas de atropello y el 32,7% con Traumatismo Craneoencefálico. De las escalas que se pudieron evaluar, el 41,9% obtuvo nota 8 con una media de 6 puntos. Conclusión: El traumatismo craneoencefálico fue la lesión/enfermedad más prevalentes, y el desenlace clínico más común fue la derivación a quirófano. La información encontrada en esta investigación está de acuerdo con la realidad brasileña confirmada por la literatura.

DESCRIPTORES: Perfil de salud; asistencia hospitalaria; Enfermería de emergencia; Equipo de respuesta rápida del hospital.

RECEBIDO EM: 07/10/2022 APROVADO EM: 07/11/2022

Taynara Bispo Conceição

Enfermeira. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).
ORCID: 0000-0002-6453-762X

Íasmin Samya Aires de Sousa

Enfermeira vinculada ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).
ORCID: 0000-0002-3193-7846

Ronaldo Carneiro Ferreira Junior

Enfermeiro. Residência concluída pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e atual residente pelo Programa Multiprofissional em Nefrologia também da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

ORCID: 0000-0003-1402-2799

Rauan Sousa da Hora

Enfermeiro. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

ORCID: 0000-0002-8392-756X

Kamila Sales Vidão Alves

Enfermeira. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

ORCID: 0000-0001-9160-7956

Samara Silva de Queiroz

Enfermeira. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS).

ORCID: 0000-0001-6874-6202

Dayanne Gomes Santos do Carmo

Enfermeira vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Residência pelo Programa Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) e foi preceptora pelo mesmo.

ORCID: 0000-0003-3586-8726

Moisés Wesley

Enfermeiro vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília (UnB). Preceptor pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Docente do curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

ORCID: 0000-0002-8666-5702

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a universalidade como um dos princípios doutrinários, uma vez que garante o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência de forma integrada, hierarquizada e seguindo um nível crescente no atendimento das complexidades⁽¹⁾.

A assistência no âmbito do SUS estabeleceu-se através da organização das ações e dos procedimentos em três níveis de complexidade: atenção primária, atenção secundária e terciária. Nesse contexto, a atenção terciária adquiriu destaque, pela prestação de cuidados a vítimas graves, incluindo casos de trauma, compreendido como as causas externas de lesão, podendo estar associado ao trânsito, afogamentos, quedas, violência, queimaduras, além de ser uma das principais causas de mortalidade no mundo⁽²⁾. O aumento dos índices de trauma acompanhou a chamada transição epidemiológica, ou seja, a substituição dos óbitos decorrentes de doenças infecto-

contagiosas ou crônicas degenerativas por óbitos oriundos de causas externas, onde está inserido o trauma⁽³⁾⁽⁴⁾.

Dados do DATASUS mostram ainda que, no ano de 2018, os óbitos por causas externas compuseram aproximadamente 11,5% do total de mortes no país, sendo que no Distrito Federal ocorreram 1558 mortes. Estes dados evidenciam a dimensão que o trauma tem tomado nos últimos anos e a grande importância de, cada vez mais, surgirem novos estudos sobre o tema⁽⁵⁾.

Diante desse contexto, as instituições de assistência hospitalar de alta complexidade adquirem popularidade devido à assistência à saúde que proporcionam para a população. No Distrito Federal, o Hospital de Base é a maior instituição dessa modalidade e o segundo da região centro-oeste em número de atendimentos, totalizando aproximadamente 600 mil por ano. Constituiu-se como referência na área de urgência e emergência mediante a oferta de atendimentos no centro de trauma, formado pela sala vermelha e amarela.

A primeira proporciona assistência aos pacientes em risco grave de morte como exemplo, cita-se as vítimas de traumas em suas diversas formas, em especial, os cranioencefálicos. A segunda disponibiliza atendimento as pessoas sem risco iminente de morte, a saber: quedas, acidentes automobilísticos de menor gravidade, dentre outros. Sendo assim, torna-se propício o conhecimento do perfil dos indivíduos que são atendidos diariamente nessa instituição⁽⁶⁾.

Assim, o Centro de Trauma do Hospital de Base é referência para todos os demais hospitais da rede do Distrito Federal⁽⁶⁾. Por conseguinte, muitas ferramentas de atendimento ao politraumatizado foram criadas para um melhor manejo desses pacientes. Dentre elas, destaca-se o Escore de Trauma Revisado (RTS) largamente utilizado pelos serviços de emergência em todo o mundo. Este escore é classificado como fisiológico, uma vez que leva em consideração parâmetros das funções vitais do paciente e dependendo do resultado de cada parâmetro, há um valor corres-

pondente na escala RTS, capaz de avaliar a probabilidade de sobrevivência do politraumatizado e, dependendo da gravidade do caso, indicar o recrutamento de equipes mais especializadas, a fim de aperfeiçoar a abordagem a esse tipo de paciente ⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, haja vista que seu desfecho impacta de forma contundente na vida da vítima, atrelado a ferramenta RTS, já que auxilia de forma positiva os profissionais que a utilizam em suas atividades assistenciais. Portanto o objetivo do presente trabalho é descrever o perfil clínico e epidemiológico de pacientes atendidos numa sala vermelha do trauma em um hospital público do Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo, transversal e analítico, com dados extraídos do livro de admissões da sala vermelha. Foi realizado na Sala Vermelha do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF - IGESDF), período de janeiro 2018 a janeiro 2019.

Para elaboração dessa pesquisa, optou-se por empregar o Revised Trauma Score (RTS). Utilizam-se para o cálculo do RTS a Escala de Coma de Glasgow (ECG), a Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a Frequência Respiratória (FR), sendo que cada um destes parâmetros foi dividido em cinco valores, de 0 (zero) a 4 (quatro). Estes parâmetros, quando analisados resultam na probabilidade de sobrevivência, nos dão o valor do RTS, que varia de 0 (zero) a aproximadamente 8 (oito).

O RTS foi calculado multiplicando a constante de cada parâmetro pelos seus respectivos valores. Foram somadas as pontuações, obtendo-se o índice. $RTS = (0,9368 \times \text{Glasgow}) + (0,7326 \times \text{PAS}) + (0,2908 \times \text{FR})$.

Os critérios de inclusão na amostra foram: admissão na sala vermelha do trauma do HBDF, apresentassem informação sobre meio de chegada na unidade por meio aéreo ou terrestre, atendimento pelo SAMU ou CBMDF. Foram incluídas as seguintes variáveis: sexo; idade; hora da admissão; turno de atendimento (manhã,

tarde, noite ou madrugada); procedência da ocorrência; mecanismo de trauma; agravo; desfecho; escala de Trauma Revisado (RTS).

Os dados foram analisados pelo programa Microsoft Office Excel® 2010 que permitiu análise das variáveis selecionadas para o estudo, os quais foram consolidados sob a forma de tabelas e gráficos representando os resultados observados na pesquisa, descrevendo as variáveis categóricas utilizando distribuições de frequências absolutas e relativas e percentuais e para as variáveis numéricas as médias.

A pesquisa seguiu a resolução 510/2016 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário IESB-DF, CAAE 34510920.1.0000.8927, parecer nº 4.341.442.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 456 pacientes, com idade variando entre 1 ano e 65 anos (média de 37 anos), sendo 77,2% do sexo masculino (tabela 2). 34% chegaram à noite (entre 18 e 00 horas), 70,6%

Tabela 1. Variáveis e constantes definidoras da escala Revised Trauma Score RTS

ECG	PAS (mmHg)	FR (irpm)	VALOR
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0
0,9368	0,7326	0,2908	CONSTANTES

Fonte: CHAMPION et al., 1986.
Legenda: RTS: Revised Trauma Score | ECG: Escala de Coma de Glasgow | PAS: Pressão Arterial Sistólica | FR: Frequência Respiratória

Tabela 2: Caracterização da amostra por idade e sexo dos pacientes atendidos na Sala Vermelha do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal. Brasília – janeiro 2018 a janeiro 2019.

Variáveis	N = 456 (%)
Idade	
Menor que 1 ano	4 (0,9%)
2 a 10 anos	31 (6,8%)
11 a 20 anos	55 (12,1%)
21 a 30 anos	84 (18,4%)
31 a 40 anos	87 (19,1%)
41 a 50 anos	67 (14,7%)
51 a 64 anos	36 (7,9%)
Acima de 65 anos	43 (9,4%)
Ignorados	29 (6,4%)
Sexo	
Feminino	104 (22,8%)
Masculino	352 (77,2%)

Fonte: Banco de dados Sala Vermelha do Trauma (HBDF - IGESDF)

tiveram procedência de via pública urbana, sendo que desses, 37,9% chegaram por meio de ambulâncias do serviço do CBM-DF (tabela 3).

32,5% foram encaminhados ao Centro Cirúrgico, 16,2% foram vítimas de atropelamento e 32,7% com agravo de Trauma Cranioencefálico (TCE). Das escalas de RTS que foi possível analisar, 14,9% obtiveram nota 8, com média de 6 pontos (tabela 4).

A figura 1 destaca os mecanismos de trauma relacionados aos atendimentos, enquanto a figura 2 ilustra os agravos identificados durante admissão dos pacientes. Conforme quadro abaixo:

DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes encontrado neste estudo foi com a predominância de indivíduos adultos jovens (de 31 a 40 anos de idade) do sexo masculino. Tal informação está de acordo com dados do DATA-SUS⁽⁵⁾, que afirma que as causas externas são as principais responsáveis pelo óbito na faixa etária de 1 a 49 anos no sexo masculino.

Alguns autores ressaltam que este perfil relacionado ao sexo masculino e em idade mais jovem, é devido a maior exposição do mesmo aos diversos agravos à saúde. Assim, a vulnerabilidade dos homens a inúmeras condições de morbimortalidade, pode ser explicada pelas atividades econômicas e comportamentos de risco que assumem socialmente, assim como a maior exposição à violência externa^{(9) (10)}.

Com relação ao horário do resgate desses pacientes, há divergência em relação ao que foi descrito em algumas pesquisas, nas quais os períodos matutino e vespertino foram mais predominantes⁽¹¹⁾⁽¹²⁾. Ainda assim, o período noturno ganha destaque, visto que nesse período há um número maior de eventos festivos, com uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas, relacionadas ao excesso de velocidade e exposição a manobras de risco. Além dos fatores humanos (cansaço físico e excesso de atividades) e fatores ambientais, (condições climáticas) os quais podem provo-

Tabela 3: Caracterização do resgate dos pacientes atendidos na Sala Vermelha do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal. Brasília – janeiro 2018 a janeiro 2019.

Variáveis	N = 456 (%)
Horário de chegada	
Manhã	87 (19,1%)
Tarde	140 (30,7%)
Noite	155 (34,0%)
Madrugada	74 (16,2%)
Procedência	
Hospitalar	53 (11,6%)
Residência	17 (3,7%)
Via pública urbana	322 (70,6%)
Goiás	27 (5,9%)
Outros estados	4 (0,9%)
Ignorados	33 (7,2%)
Transporte	
Aeromédico	80 (17,5%)
Ambulância privada	20 (4,4%)
CBMDF	173 (37,9%)
SAMU/DF	163 (35,7%)
SAMU/GO	18 (3,9%)
PMDF	2 (0,4%)
Desfecho	
Centro cirúrgico	148 (32,5%)
Hospital Particular	14 (3,1%)
Enfermaria	67 (14,7%)
Centro Neurocardiovascular	7 (1,5%)
Óbito	61 (13,4%)
Sala Amarela	29 (6,4%)
USAT	78 (17,1%)
UTI	32 (7,0%)
IGNORADO	20 (4,3%)

Fonte: Banco de dados Sala Vermelha do Trauma (HBDF - IGESDF)

Legenda: CBMDF: Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal | SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências | USAT: Unidade de Suporte Avançado ao Trauma | UTI: Unidade de Terapia Intensiva

car falha humana e aumentar a exposição aos riscos no trânsito⁽¹²⁾. Fatores estes, que estão associados a procedência de via pública urbana com 70,6% dos casos.

Um estudo realizado também no Distrito Federal (DF), publicado em 2018, mostrou que dos atendimentos realizados pelo Corpo de Bombeiros às vítimas de causas externas, aproximadamente 23%

dos casos ocorreram nas rodovias que rodeiam o DF, onde na grande maioria, os agravos ocorriam em horários de grande movimento e, em locais afastados dos hospitais de referência e sem acessibilidade em tempo hábil para atendimento da equipe terrestre⁽¹⁰⁾.

Quanto à procedência, também foi observado que quase 6% dos atendimentos

foram provenientes do estado do Goiás e quase 1% de outros estados, o que remete ao fato de que em situações de emergências o atendimento deve ser feito de forma incondicional, independentemente do local de origem, e de forma universal⁽¹³⁾.

Um estudo também realizado no Distrito Federal, mostrou uma prevalência maior de atendimentos prestados pelo CBMDF se comparado aos do SAMU, que justificou devido a diferença de quantidade de unidades de resgate disponíveis em cada uma das instituições.

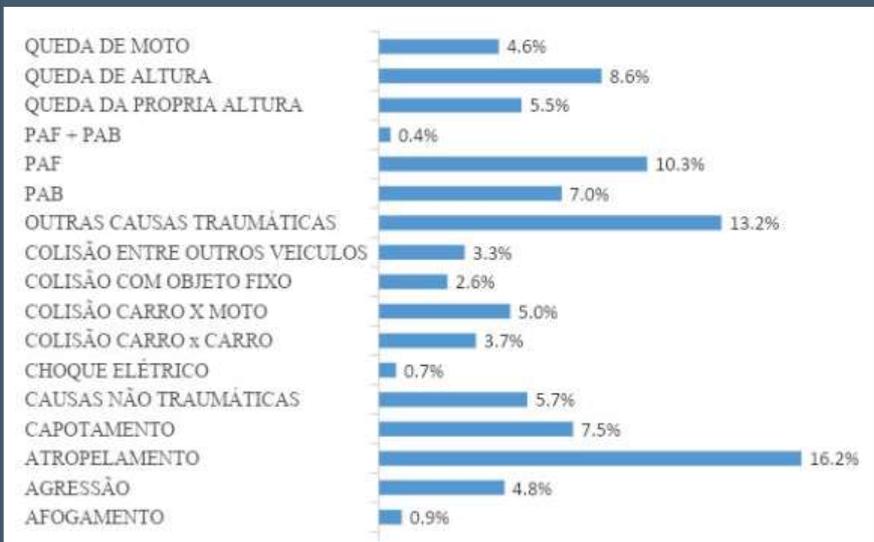
De acordo com dados das próprias corporações o CBMDF dispõe de 50 viaturas de resgate, enquanto o SAMU dispõe de apenas 38, divididas entre unidades de suporte básico e avançado de vida⁽¹²⁾.

Vale ressaltar a utilização do serviço aeromédico, por ser uma importante ferramenta para minimizar as complicações ao paciente, agilizar o atendimento e colaborar para chegar no hospital o quanto antes, mesmo em locais de difícil acesso. Além de obter melhor resposta da vítima em um atendimento, pois existe maior possibilidade de sobrevida na primeira hora pós trauma⁽¹⁴⁾. Porém o presente estudo, permitiu observar apenas 17,5% dos atendimentos foram trazidos por meio da aeronave.

Para a variável de desfecho clínico foi observado que 32,5% dos pacientes admitidos na sala vermelha do trauma foram encaminhados para o centro cirúrgico, estes necessitavam de intervenções cirúrgicas imediatas como meio de garantir sua sobrevida. Este dado corrobora com um estudo realizado também no Distrito Federal, onde 38,1% das 113 vítimas de trauma foram encaminhadas ao centro cirúrgico⁽¹¹⁾. Isso demonstra a resolutividade do serviço, bem como o preparo da equipe para realizar uma avaliação adequada das vítimas de trauma de alta complexidade, além de afirmar a importância do tempo de atendimento pré-hospitalar, pois sua contribuição para redução da mortalidade e das sequelas nas vítimas de trauma é notória⁽¹⁵⁾.

Diante disso, considerar a diferença entre os tempos mínimo e máximo de

Figura 1: Mecanismo de trauma dos pacientes atendidos na Sala Vermelha do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal. Brasília - janeiro 2018 a janeiro 2019.



Fonte: Banco de dados Sala Vermelha do Trauma (HBDF - IGESDF)
 Legenda: PAF: Perfuração por arma de fogo | PAB: Perfuração por arma branca

Figura 2: Agravos relacionados ao mecanismo de trauma dos pacientes atendidos na Sala Vermelha do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal. Brasília - janeiro 2018 a janeiro 2019.



Fonte: Banco de dados Sala Vermelha do Trauma (HBDF - IGESDF)
 Legenda: PCR: Parada Cardiorrespiratória | TCE: Traumatismo Cranioencefálico | TRM: Trauma Raquimedular

resposta no atendimento, no transporte e em cena, podem contribuir na sobrevida ou no agravamento do quadro destes pacientes, principalmente do suporte tardio, pois há o aumento da espera para trata-

mento definitivo, o que pode influenciar no agravo neurológico, instabilidade hemodinâmica e aumentar o risco de Parada Cardiorrespiratória (PCR). Com isso, o maior tempo de espera está relacionado aos

casos de internação em UTI e/ou óbitos, assim como o menor tempo está relacionado à alta hospitalar e/ou encaminhamento ao centro cirúrgico⁽¹⁵⁾.

Com relação ao tipo do mecanismo de trauma, 16,2% dos atendimentos foram por atropelamento; 13,2% por outras causas traumáticas; 10,3% por Perfuração por Arma de Fogo (PAF) e 8,6% por queda de altura. A literatura afirma que o trauma está relacionado a violência urbana, eventos de trânsito, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídio, queimaduras, entre outros⁽¹⁰⁾.

Segundo um estudo de Costa e Fortes (2018), outras causas externas (acidentes e violências) representaram 42,9% dos casos, com destaque para os atropelamentos (16,5%) que representaram 52,6% dos óbitos. Dessa forma, corrobora com um estudo realizado em uma UTI, dizendo que o atropelamento corresponde à principal causa de morte em pacientes vítimas de acidentes de trânsito⁽¹⁶⁾. Outro estudo que avaliou o perfil dos atendimentos realizados pela equipe do SAMU, realizado no Rio Grande do Sul, observou entre os motivos traumáticos, que a maior incidência de atendimentos esteve relacionada à acidentes automobilísticos, seguido de quedas e agressões⁽¹⁷⁾.

O TCE também se destaca como importante causa de morte, deficiência física ou mental e como doença neurológica com maior impacto na qualidade de vida, tendo um conjunto de dano neural, insuficiência vascular e efeitos inflamatórios, acontecendo depois de lesões fechadas ou penetrantes e abrangendo fraturas crânianas e dano ao tecido encefálico⁽¹⁰⁾⁽¹⁷⁾.

Um estudo realizado na UTI de um hospital de referência de atendimentos a vítimas de trauma do Distrito Federal, mostrou o predomínio do TCE, principalmente do tipo grave, seguido do politrauma e das fraturas, também evidenciou que as lesões de extremidades são mais frequentes, porém, que as lesões no segmento encefálico são mais graves, podendo ocasionar hemorragias intracranianas e contusões cerebrais, levando à maior possibilidade de óbito⁽¹⁵⁾.

Tabela 4: Caracterização do RTS dos pacientes atendidos na Sala Vermelha do Trauma do Hospital de Base do Distrito Federal. Brasília – janeiro 2018 a janeiro 2019.

Variáveis	F. Absoluta N = 456 (%)	F. Relativa N = 236 (%)
Revised Trauma Score (RTS)		
0 pontos	9 (2,0%)	9 (3,8%)
1 pontos	2 (0,4%)	2 (0,8%)
2 pontos	4 (0,9%)	4 (1,7%)
3 pontos	14 (3,1%)	14 (5,9%)
4 pontos	34 (7,5%)	34 (14,4%)
5 pontos	14 (3,1%)	14 (5,9%)
6 pontos	18 (3,9%)	18 (7,6%)
7 pontos	42 (9,2%)	42 (17,8%)
8 pontos	99 (21,7%)	99 (41,9%)
Ignorado	220 (48,2%)	-

Fonte: Banco de dados Sala Vermelha do Trauma (HBDF - IGESDF)

Outro ponto abordado pelo presente estudo é o Revised Trauma Score (RTS), que consiste em um índice classificado como fisiológico, uma vez que leva em consideração parâmetros das funções vitais do paciente, a Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação da pressão arterial sistólica (PAS) e frequência respiratória (FR). Este escore é largamente utilizado pelos serviços de emergência em todo o mundo, capaz de avaliar a morbimortalidade do politraumatizado, onde quanto maior o valor final, melhor será o prognóstico, sendo possível o conhecimento da probabilidade de sobrevida. Dos pacientes admitidos da sala vermelha do trauma, 41,9 % obtiveram nota 8 no RTS, com média de 6 pontos, o que demonstra uma alta probabilidade de sobrevida. Um estudo realizado no hospital universitário do Paraná, analisou que a maioria dos pacientes foram admitidos com valores de RTS acima de 7, concluindo boa probabilidade de sobrevida⁽⁸⁾.

Um estudo identificou que a quantidade de óbitos confirma índices de RTS mais baixos, bem como pacientes que tiveram óbito tardio e apresentaram o RTS mais baixo. Além disso, observou-se que muitas vítimas encaminhadas à UTI e à enfer-

maria apresentavam índices de RTS mais elevados⁽¹¹⁾, corroborando com dados do presente estudo.

Diante disso, sabe-se que além da gravidade do paciente causada pelo mecanismo de trauma, as questões acima discutidas podem prever o número elevado de óbitos no desfecho imediato e pelo tempo prolongado de internação hospitalar destas vítimas, com risco de mais sequelas ou mesmo óbitos tardios. As informações sobre o RTS e seus parâmetros, confirmam a vantagem na utilização da escala na prática clínica, pois fornece às equipes de APH, informações sobre as condições fisiológicas do paciente na cena e durante o transporte, o nível de complexidade e para uma correta tomada de decisões intra-hospitalar⁽¹¹⁾.

Um estudo que compreendeu observar prontuários de pacientes internados em um hospital em Maringá, concluiu a necessidade de melhorar a qualidade dos registros, com informações mais completas e que tragam dados sobre os cuidados que foram realizados para e com o paciente. Isto permitirá que os registros efetuados alcancem níveis de excelência. Acredita-se que este problema pode estar relacionado a uma realidade vivenciada, marcada pelo

elevado número de procedimentos de urgência e emergência e também pela superlotação de setores, ainda que não deve ser uma justificativa para a não realização ou ausência de informações sobre as condições do paciente em seu prontuário⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

As informações encontradas nesta pesquisa estão de acordo com a realidade brasileira comprovada pela literatura. Ainda há necessidade de mais estudos na área

que deem a importância devida ao tema, demonstrando sua real magnitude, confirmando a necessidade de maior investimento em recursos humanos e infraestrutura, reduzindo assim os índices de trauma no Distrito Federal e outros estados.

O presente estudo possuiu algumas limitações, como na coleta da base de dados, que seriam essenciais e que também prejudicou a qualidade do estudo. Porém, ainda assim o estudo poderá contribuir não só para subsidiar novas pesquisas, mas para estimular a discussão a respeito da

temática, de modo a ampliar a produção do conhecimento científico, seja para promover saúde ou prevenir agravos, uma vez que, só será aprimorado se houver pesquisas, empenho e ampliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes vítimas de trauma, exigindo práticas e políticas diferenciadas, que consigam compreender o quadro dos mecanismos de lesão e seus agravos, além de esforços de serviços e profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Silva HC et al. Trauma in elderly people: access to the health system through prehospital care. *Rev latino-amenferm*. 2016.
2. Organização Mundial de Saúde. Carga global de doenças. Disponível em: <www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/>. Acesso em: 30 de set. 2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 21, n.4, p.529-532, out.-dez., 2012.
4. Oliveira SN, Ramos BJet al. EmergencyCareUnits (Upa) 24h: The Nurses' Perception. *Texto &contextenferm*. 2015
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATA-SUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 27 nov. 2020
6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ação regional da rede de atenção às urgências e emergências do distrito federal. Brasília, 2018.
7. Domingues CA et al. Desempenho dos ajustes do Trauma and Injury Severity Score (TRISS): revisão integrativa. *RevEscEnferm USP*. 2015;49(Esp):138-46.
8. Alvarez BD et al. Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes. *RevCol-BrasCir*, v. 43, n. 5, p. 334-40, 2016.
9. Rodrigues AIG et al. Perfil dos usuários atendidos no serviço de emergência em um hospital universitário em Pernambuco. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 13, 2015.
10. Maia PKS. Perfil das vítimas atendidas pelo serviço aeromédico do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. 2015.
11. Praça WR. Vítimas de trauma no DF: perfil epidemiológico e atendimento pré e intra-hospitalar pelo SAMU. 2015.
12. Cunha EC, Melo LFM. Perfil epidemiológico de motociclista atendido por trauma cranioencefálico na Sala Amarela-Hospital Referência ao Trauma do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 2019.
13. Soares EP, Scherer MDA, O'dwyer G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde em Debate*, v. 39, p. 616-626, 2015.
14. Slaviero RS et al. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no período de 2014 a 2016 pelo serviço de transporte aeromédico interhospitalar vinculado ao consórcio intermunicipal samu oeste, como parte integrante da rede paranã urgência. *Revista Thêma et Scientia*, v. 7, n. 2E, p. 206-222, 2017.
15. Costa ACC, Fortes RC. Principais intercorrências e desfechos clínicos de idosos vítimas de trauma na unidade de terapia intensiva. *CogitareEnferm.*, 2018.
16. Freitas MG. et al. Elderly patients attended in emergency health services in Brazil: a study for victims of falls and traffic accidents. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 701-712, 2015.
17. Santos F et al. Traumatismo cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no pronto-socorro de Pelotas/ Rio Grande do Sul, Brasil. *REME – Rev Min Enferm*. 2013 out/dez. v. 17, n. 4, pp. 882-887.
18. Venturini DA, Marconi SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *RevBrasEnferm*, Brasília 2008 set-out; 61(5): 570-5.