

CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE TRAUMA ATENDIDAS EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR NO NORTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Vanessa Cristine Tolotti¹
Luiz Anildo Anacleto da Silva²

Resumo

Estudo quantitativo, descritivo e exploratório que busca caracterizar os tipos de politraumatizados atendidos em emergência hospitalar. Os dados foram coletados no período de janeiro/junho 2004. Procurou-se coletar dados referentes a gênero, faixa etária, ocorrência de acidente, áreas traumatizadas e evolução clínica dos pacientes. Trabalhou-se com 344 casos. Os dados mostraram o predomínio de pessoas do sexo masculino nos politraumatizados com um percentual de 74,42%. A faixa etária mais envolvida em acidentes automobilísticos é a dos 21-30 anos, seguido dos 11-20, e em terceiro dos 31-40 anos. As ocorrências de acidentes relacionam-se a colisões, quedas, atropelamento e outras situações. As áreas traumatizadas correspondem às seguintes: crânio, tórax, coluna, abdome, extremidades e múltiplas localizações. Na observação quanto à evolução clínica percebeu-se que a grande maioria constituía-se de traumas leves, com avaliação, observação e posterior liberação dos indivíduos.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado. Trauma.

Characterization of victim of trauma cared in hospital emergency in north Rio Grande do Sul State

Abstract

Study quantitative, descriptive and exploratory that looks for to characterize the politraumatizados types assisted in hospital emergency. The data were collected in the period of 2004 January/June. Wanted to collect referring data: gender, age group, accident occurrence, areas traumatized and the patients' clinical evolution. It worked him with 344 cases. The data showed the people's of the masculine sex prevalence in the politraumatizados with a percentile of 74,42%. The age group more involved in automobile accidents it is the one of the 21-30 years, followed by the 11-20, and in third of the 31-40 years. The occurrences of accidents linked to collisions, falls, running over and other situations. The areas traumatized corresponds the following ones: cranium, thorax, column, abdomen, extremities and multiple locations. The observation with relationship to the clinical evolution was noticed that great majority was constituted of light traumas, with the evaluation observation and the individuals' posterior liberation.

Keywords: Nursing. Care. Trauma.

¹ Enfermeira responsável pela unidade de Emergência do Hospital Santa Casa Monsenhor Guilherme da Cidade de Foz do Iguaçu/Paraná.

² Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem, Saúde e Sociedade. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. lanildo@unijui.tche.br

Introdução

Os politraumas constituem-se em um sério problema de saúde pública, o qual afeta a população em geral com predominância entre as pessoas jovens. A gravidade do trauma pode ser evidenciada na afirmativa de Neto e Gomes (2001, p. 17), os quais afirmam que o politraumatismo “está no Brasil dentre as causas principais de morte, inferior apenas às doenças cardiovasculares na mortalidade global”.

De acordo com Neto e Gomes (2001, p. 17) “o trauma acompanha o homem desde suas origens. É a pandemia dos nossos dias e a doença mais significativa em perda produtiva de anos de vida”; autores como Hudak e Gallo (1997, p. 874) complementam a assertiva destes autores ao dizerem que “o traumatismo é a causa principal de óbito em pessoas entre 1 a 44 anos de idade”. Desta maneira evidencia-se o trauma como uma doença grave que apresenta em seu perfil epidemiológico uma predominância da faixa etária jovem, conseqüentemente atingindo a população considerada economicamente ativa.

Para Mantovani e Fraga (2001) “o trauma foi responsável, no ano de 1999, por 120.000 mortes e 360.000 seqüelados. Além disso, ele reduz a expectativa de vida em 35 anos, enquanto o câncer reduz em 15 anos e as doenças cardiovasculares entre 12 a 15 anos”. Ratificam os autores que os grupos de risco de trauma relacionados ao trânsito é representado por jovens do sexo masculino que estão entre 20 e 29 anos de idade e apresentam uma ou mais das seguintes características: dirigem em alta velocidade, não fazem uso do cinto de segurança e muitas dirigem alcoolizadas.

Autores como Drumond e Abrantes (2001), enfatizam que os acidentes não ocorrem por acaso ou são produtos da fatalidade, existe sempre um fator modificando a ocorrência de eventos traumáticos. São situações como esta que induzem a uma reflexão sobre as atitudes a serem tomadas, as quais incluem capacitação e esclarecimentos das pessoas, re-educação para a prevenção de acidentes, exercício da cidadania, resgate dos valores éticos, atitudes e comportamentos, tudo isso guardando íntima relação com a liberdade individual e coletiva, com

os direitos humanos e com a própria ética. Isso supõem que podem/poderiam ser evitados a maioria dos traumas com um mínimo de consciência e preparo da sociedade e do poder público. Com relação a fatos desta natureza, enfocando especificamente os acidentes de trânsito, Ribeiro (1996, p. 88) diz que

na área específica do trauma é necessário estabelecer um programa de atuação em rodovias, que dadas as características específicas destes acidentes, as dificuldades de comunicação e acesso, a distância dos hospitais com condições de receber vítimas, especialmente os politraumatizados, requer um planejamento próprio e não apenas a extensão do modelo de atuação urbana.

A capacitação e o treinamento para os profissionais envolvidos no atendimento às vítimas politraumatizadas é de suma importância. Em decorrência disso, os cuidados aos pacientes de emergência necessitam do trabalho de uma equipe qualificada e habilitada. Esta afirmativa encontra respaldo nos dados de Cazarin et al (1997, p. 5) ao afirmarem que,

100.000 brasileiros mortos por trauma a cada ano e aproximadamente 1.500.000 feridos. Estes números assustadores nos levam a cada vez mais investir no preparo de Equipes de Resgate rigorosamente treinadas para tal finalidade: o resgate de vítimas, o atendimento médico pré-hospitalar e o transporte adequado para hospitais referenciados.

Vale dizer que o termo emergência identifica os problemas que necessitam de cuidados especializados imediatos para preservar a vida, avaliar e implementar ações de atenção ao traumatizado e conseqüentemente induzir a rápida recuperação, evitar complicações, agravamentos e fatalidades. Para o atendimento eficaz do trauma, vale lembrar que nem todos os serviços de emergência hospitalar estão preparados para este tipo de atendimento, alguns trabalham na perspectiva de prestar consultas ambulatoriais de atenção básica, e, em conseqüência disso, entende-se que há um desvio nos serviços de emergência, os quais levam a atrasos na assistência urgente, com riscos maiores para os traumatizados e conseqüente aumento dos níveis de estresse do pessoal que trabalha nesses serviços. Para Stefanini (1995, p. 134)

os serviços de emergência em nosso meio acabam por atender um expressivo número de pacientes com patologias que não oferecem qualquer risco de vida iminente e nem mesmo um desconforto agudo que possa justificar atendimento imediato por equipes especializadas em emergências médicas.

O objetivo deste estudo é caracterizar os politraumatizados, vítimas de acidentes automobilísticos, atendidos em uma unidade de emergência de um hospital de grande porte da Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul.

Revisão da literatura

Ao traçar-se um breve histórico do trauma, pode-se dizer que há muitos capítulos trágicos. Com o passar dos anos o conhecimento sobre trauma ensinou o homem a conviver e a sobreviver e suportar as conseqüências deixadas pelo mesmo. O conhecimento sobre as situações de trauma, inicialmente empírico, levou o homem a perceber que para superar danos físicos ou a falência orgânica, tornava-se necessário, para o ser humano, criar meios para minimizar ou restaurar os ferimentos e preservar os indivíduos, numa tentativa deste se manter vivo e minimizar as seqüelas.

O conhecimento ensinou o homem a maneira de conduzir os sujeitos em situação de trauma, com as determinantes exposições ao risco, porque como ser humano, ainda hoje, não internalizou de forma adequada a idéia do que representam os traumas, e da relação que se estabelece ao associar fatores como estado do sujeito³ x condições do veículo x velocidade x condições das rodovias. Em virtude disso a prudência, a maneira de agir e de sentir estão firmemente ligados ao comportamento de cada um.

Outro fator a ser considerado é de que ainda não se observa no comportamento dos indivíduos o adequado respeito à sinalização das rodovias e ruas, túneis, viadutos, acostamentos, faixa de segurança,

seta, placa e o veículo como cultura, e, ao mesmo tempo integralizá-los como hábitos do cotidiano. Por isso precisa-se ressignificá-los inconscientemente, para transformar tudo aquilo que foi esquecido, apesar de ter sido ensinado.

Relembrar que o trauma constitui-se como um novo perfil, pois hoje ele é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, atingindo uma faixa etária jovem e considerada economicamente ativa. Outra característica do trauma é que ele tem maiores efeitos que quaisquer outras moléstias juntas, causando a perda de anos de vida, invalidez temporária e/ou permanente e os conseqüentes custos individuais e sociais, muitos dos quais irreparáveis.

No Brasil o trauma se destaca dentro do contexto de saúde pública, pois está entre as principais causas de morte e de indivíduos com sérias seqüelas. Por isso, vale lembrar a associação implícita dos condutores aos acidentes automobilísticos, pois é o indivíduo que possui o controle acerca do ato de dirigir e do seu posicionamento diante da sua prática diária. O comportamento humano no trânsito é de fundamental importância, visto que a relação homem/veículo ocorre dentro do contexto sociocultural no qual está inserido, ou seja, conduzir veículos, transcendendo a habilidades manuais, inferindo normas jurídicas e sociais atribuídas ao motorista. Rodrigues e Miller (2001, p. 357) fazem a seguinte colocação:

o homem tem uma especial importância na profilaxia do acidente rodoviário por ser o responsável por 90% dos sinistros. Três fatores básicos ocorrem devido ao comportamento do motorista: a imprudência, a imperícia e a negligência. A imprudência no trânsito é tudo aquilo que o motorista faz de errado e que sabe fazer certo. A imperícia é quando faz o errado porque não sabe fazer o certo. Já a negligência, muitas vezes, é devido a não fazer nada de errado, mas deixar de fazer o certo.

Existem muitas evidências de que a prevenção envolve educação, engenharia e rigor na aplicação das leis, sendo possível diminuir muito a incidência e a gravidade do trauma. Martins (2001, p. 2926) diz que,

³ As condições dos sujeitos para conduzir veículos com segurança incluem a necessidade de submeter-se a exames periódicos de saúde, não estar em uso de medicação que possam interferir na atenção e nos reflexos, estar adequadamente alimentado e descansado, em viagens longas intercalar períodos de descansos e preferentemente não viajar no período noturno.

no Brasil, uma grande conquista em relação à diminuição, tanto do número de acidentes como da mortalidade relacionadas a eles, foi o Código Nacional de Trânsito, instituído em 1998. As punições sob a forma de multas severas e a perda da habilitação para dirigir surtiram o efeito desejado. Estatísticas não oficiais estimam uma redução de aproximadamente 20% no número de acidentes após a instituição do código.

Mantovani e Fraga (2001) descrevem que a prevenção pode ser de três tipos: primária, secundária e terciária. Com relação à prevenção primária especificamente, esta se refere a medidas que podem ser tomadas para impedir que o trauma ocorra. São exemplos de prevenção primária: parar num cruzamento em respeito ao sinal vermelho, respeitar a prioridade (direita, rotatória, via preferencial), manter os veículos em boas condições, manter as estradas igualmente em boas condições, fazer a manutenção e promover o respeito à sinalização de trânsito, respeitar limites de velocidade, não parar nem abrir a porta em locais de risco, não dirigir após ingestão de bebidas alcoólicas ou de medicações que causem sono, não dirigir cansado. Algumas medidas dependem da pessoa envolvida, outras do ambiente e outras do agente. Existem evidências de que a prevenção primária funciona.

A importância da prevenção é vista como fundamental, pois na concepção de Barreto, Vieira e Pinheiro (2002) o trauma constitui a primeira causa de morte em indivíduos até 45 anos. Evidenciam os autores que os sujeitos politraumatizados de dez a quinze por cento necessitam de cuidados especializados: resgate/atendimento de emergência e cuidados em centros de terapia intensiva. Acrescenta ainda que um fator primordial é o tempo de atendimento nessas situações, pois os casos de maior gravidade, incluindo os de morte, ocorrem dentro das primeiras horas após acontecido o acidente, e são normalmente associados à lesão de grandes vasos, contusão cerebral grave, pneumotórax hipertensivo ou ferimentos cardíacos, que podem levar ao óbito antes de chegar ao hospital, se não

ocorrer um atendimento pré-hospitalar adequado. Essas lesões são, em sua maioria, ocasionadas nos acidentes de trânsito, os quais envolvem a maior causa de internação, altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para as vítimas e seus familiares.

Hudak e Gallo (1997) destacam o traumatismo como a causa principal de óbito em pessoas entre 1 a 44 anos de idade. O custo do traumatismo, entretanto, em termos de possível perda de anos de vida produtiva, excede tanto o do câncer como o da doença cardiovascular. Os mesmos autores afirmam que sendo uma causa principal de óbito de incapacidade, o traumatismo tornou-se um significativo problema de saúde pública. Oliveira; Parolin e Teixeira Junior (2002, p. 55) complementam ao descreverem que, no Brasil e na quase totalidade dos outros países, o trauma é a principal causa de morte do indivíduo jovem. Mais de 120.000 brasileiros morrem por ano em consequência de acidentes e estima-se de quatro a cinco vítimas com seqüelas permanentes, para cada óbito.

Em decorrência do trauma, Barreto, Vieira e Pinheiro (2002) ressaltam que na segunda semana de internação, a morte decorre de infecções, complicações cirúrgicas e insuficiência respiratória. Sujeitos com traumatismo crânio encefálico (TCE) com escala de coma Glasgow⁴ igual ou inferior a oito, apresentam taxas de mortalidade em torno de 30%.

Por outro lado Barreto, Vieira e Pinheiro (2002) associam as complicações do trauma, principalmente, aos casos de infecção que são uma das causas mais freqüente de disfunção orgânica múltipla de morte tardia no paciente politraumatizado. Dos pacientes que evoluem para o óbito, um terço não apresenta foco infeccioso aparente, dos que apresentam ou o possuem, o local mais comum se encontra no pulmão.

Para Santos et al (1999) em grande parte dos casos, o trauma ocorre por meio de situações de trânsito, as quais impressionam pelos números. O

⁴ A escala de coma de Glasgow destina-se a avaliação do nível de consciência, a qual estabelece como parâmetro à abertura ocular, resposta verbal e motora. Para estes parâmetros se estabelece uma determinada pontuação mínima igual a 03 e o máximo de 15 (Silva, 2004). Autores como Hudak e Gallo (1997) e Porto (1996), indicam que sujeitos com Glasgow abaixo de 08, considera-se comatoso.

trauma devido às ocorrências no trânsito, envolvendo veículos, ou veículos e pedestres, contribui com 18% das mortes. O mais impressionante é que 50% ou mais das pessoas envolvidas são encontradas mortas ou morrem no local. Apenas 49% tem a oportunidade de transporte para atendimento hospitalar. Das vítimas, 15% morrem durante o atendimento, das que sobrevivem 54% morrem em dois dias, 30% antes de completar uma semana e o restante tem morte mais tardia.

Os acidentes de trânsito estão se tornando um importante problema de saúde pública no país, por causa dos gastos hospitalares decorrentes, das perdas materiais, das despesas previdenciárias, dos custos de seguros e outros extremamente elevados, demonstrando o significativo peso econômico e social desse problema.

Metodologia

O estudo realizado é do tipo quantitativo, exploratório, descritivo, que busca caracterizar quanto ao gênero, faixa etária, situações de ocorrências de acidentes, área traumatizada e evolução clínica dos sujeitos vitimados por acidentes automobilísticos atendidos em unidade de emergência. A definição da amostra é do tipo aleatório simples. A análise dos dados é caracterizada como estatística descritiva (Gil, 1995; Polit; Hungler, 1995).

A população investigada constituiu-se de sujeitos politraumatizados atendidos na área de emergência de um hospital regional de grande porte, situado na Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul. Incluiu-se na amostragem os sujeitos atendidos no período de janeiro a julho de 2004. Para tanto, utilizou-se como fonte o Rinav⁵. Para a realização da pesquisa, foram respeitadas as disposições da resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, instituídos pelo Conselho Nacional de Saúde. A coleta dos dados iniciou-se após aprovação do projeto pela instituição concedente à pesquisa.

Resultados obtidos

Os resultados obtidos mostram que as vítimas de acidentes de trânsito segundo o gênero, indicam que 25,58% (88 casos) dos pacientes politraumatizados envolvidos em acidentes automobilísticos, são do sexo feminino e 74,42% (256 casos) são do sexo masculino.

Com relação à faixa etária observa-se que 9,3% dos pacientes politraumatizados envolvidos em acidentes automobilísticos têm idade menor que 10 anos; 22,97% têm idade entre 11 e 20 anos; 32,56% deles têm idade entre 21 e 30 anos; 15,99% dos mesmos têm idade entre 31 e 40 anos; 9,59% têm idade entre 41 e 50 anos; 3,49% têm idade entre 51 e 60 anos e 6,10% têm idade acima de 61 anos. Na análise faixa etária que está mais envolvida em acidentes automobilísticos está a dos 21 aos 30 anos, em segundo lugar fica a faixa etária dos 11 aos 20 anos e em terceiro a faixa etária dos 31 aos 40 anos.

Conforme Barreto, Vieira e Pinheiro (2002) o trauma constitui a primeira causa de morte em indivíduos até 45 anos. Hudak e Gallo (1997) apontam que o traumatismo é a causa principal de óbito em pessoas entre 1 e 44 anos de idade. Oliveira, Parolin e Teixeira Junior (2002) acentuam que no Brasil e na quase totalidade dos outros países, o trauma é a principal causa de morte do indivíduo jovem.

Cazarin, Ribeiro e Faria (1997) descrevem que pesquisas mostraram que na faixa etária de 0 a 18 anos acidentes de trânsito representam 31% das causas de morte e de traumatismo físico, no Brasil é terceira causa global de morte na faixa etária dos 5 aos 40 anos. Santos et al (1999) consideram que a maioria das vítimas está na faixa etária dos 15 aos 24 anos. Em pesquisa bibliográfica realizada no jornal *Correio do Povo* para a confrontação dos dados entre uma determinada região (norte) e o estado como um todo, os dados coletados indicam que no Estado do Rio Grande do Sul: 4,33% têm idade < que 10 anos; 13,31% têm idade entre 11 e 20 anos; 24,78% têm idade entre 21 e 30 anos; 19,59% estão

⁵ Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência.

na faixa etária que compreende a idade entre 31 e 40 anos; 17,96% estão em uma idade que corresponde o período entre 41 e 50 anos; 9,59% têm idade que varia dos 51 aos 60 anos; e 10,53% têm idades superiores à 61 anos.

As ocorrências de vítimas de acidentes de trânsito segundo as situações foram as seguintes: colisão 36,34% (125 casos); capotagem 10,47% (36 casos); queda 18,89% (65 casos); atropelamento 22,67% (78 casos) e 11,63 (40 casos) devido a outras situações. Ao procurar estabelecer uma análise comparativa destes dados é possível constatar que, em relação aos atropelamentos, os índices estatuais são muitos semelhantes aos dados obtidos na região pesquisada. Não obstante, os índices de acidentes por capotagem e colisões são extremamente diferentes em relação ao que a pesquisa mostrou. Cabe lembrar que o conhecimento do número de vítimas, características do tipo de ocorrência e a sua conseqüente gravidade podem direcionar a equipe de socorro a um planejamento dos serviços e uma avaliação criteriosa das prioridades com decisões que poderão ser difíceis, mas terão de ser imediatas, priorizando o atendimento à vítima com possibilidade de sobrevivência.

Com relação à área traumatizada observa-se que ocorreram traumatismos nas vítimas envolvidas em acidentes automobilísticos, os quais correspondem aos seguintes percentuais em relação à localização anatômica do trauma: 22,38% no crânio; 1,46% no tórax; 3,78% na coluna; 1,16% no abdome; 47,38 em extremidades e 23,84% em múltiplas localizações no corpo da vítima.

Lopez (1979) aponta que os traumatismos cranioencefálicos vêm apresentando um aumento acentuado em sua incidência, causando 70% da mortalidade nos acidentes, os quais são a primeira causa de morte na faixa etária de 1 a 44 anos considerando que esse fato atinge pessoas jovens, em fase de produção e com responsabilidades de família, pode-se calcular o imenso prejuízo econômico e social para o país, decorrente da alta mortalidade e de lesões incapacitantes que são provocadas. Santos et al complementam (1999) ao acrescentar que os politraumatizados com traumatismos de crânio têm duas vezes a possibilidade de morrerem em re-

lação aos pacientes que não sofreram esse tipo de trauma. A maioria dos casos graves (75%) se deve a acidentes automobilísticos.

Pires e Starling (2002) apontam a gravidade dos traumatismos torácicos, comprovados pela análise das estatísticas referentes ao trauma: cerca de 25% dos casos de morte de pacientes politraumatizados são causados diretamente pelos traumatismos torácicos, enquanto estes estão presentes como fator agravante em 25 a 50% das mortes devidas aos traumatismos de outros sistemas. Já Barreto, Vieira e Pinheiro (2002) constataam que o trauma torácico é responsável por 25% das mortes nos politraumatizados. Santos et al (1999) consideram que aproximadamente 25% das mortes dos pacientes politraumatizados, cerca de 60% dos politraumatizados, que evoluem para o óbito, apresentam lesões torácicas. Oliveira, Parolin e Teixeira (2002) ressaltam que as lesões torácicas são responsáveis por uma em cada quatro mortes de origem traumática.

Santos et al (1999) destacam que lesões de coluna vertebral mal conduzidas podem ocasionar a morte ou a incapacidade permanente. Aproximadamente 10% das lesões medulares ocorrem por manipulação incorreta das vítimas de trauma por socorristas ou pessoal do hospital. Franco e Schettino (2001) comentam que as lesões traumáticas da coluna vertebral respondem hoje um dos grandes ônus sociais na área da saúde. Os acidentes de trânsito são responsáveis pela maioria dessas lesões, seguidos pelos acidentes de trabalho, como quedas, mergulho em águas rasas e outras atividades esportivas. Por esse motivo a vítima de trauma raquimedular geralmente é jovem, com idade situada entre os 15 e 35 anos, justamente à época de ingresso no mercado de trabalho.

Santos et al (1999) comentam que os traumatismos abdominais ocorrem em 20 a 40% dos politraumatizados, causando 50% das mortes evitáveis por trauma. Em relação a isso Lopez (1979) salienta que mais de 60% dos traumatismos abdominais são causados por acidentes de automóvel, geralmente com graves lesões associadas na cabeça, no tórax e nos membros. Pires e Starling (2002) entendem que o traumatismo abdominal requer es-

pecial importância na avaliação do paciente traumatizado, uma vez que o abdome é sede frequente de lesões despercebidas responsáveis por mortes evitáveis no trauma.

Cazarin, Ribeiro e Faria (1997) apontam que o trauma nas extremidades jamais constitui risco de vida por si só, mas, quando se apresenta com lesões associadas, expõe a esse risco. O tratamento apropriado pode reduzir o risco de invalidez causada por esses traumatismos. As lesões de extremidades que apresentam risco de vida são aquelas com hemorragia intensa e incontrolável. Santos et al (1999) dizem que o trauma de extremidades é frequentemente encontrado no dia-a-dia. Geralmente é de pequena gravidade, mas pode causar choque, danos a vasos sanguíneos e a nervos, as causas mais comuns destes são os acidentes automobilísticos, quedas e acidentes esportivos.

A partir das observações feitas na literatura em contraponto com a coleta de dados, evidencia-se o seguinte: que há uma diferença considerável entre o que está referido na literatura e o que foi apontado por essa pesquisa. Provavelmente a razão está em um fato de particular relevância relacionado ao traumatismo nas extremidades, na qual a pesquisa mostrou um índice elevado de área traumatizada, as quais indicam que mesmo que estas não sejam responsáveis por lesões de maior gravidade, com riscos de morte imediata, igualmente podem causar uma série de danos aos indivíduos. Outro dado observado é que o trauma de abdome, conforme a pesquisa, mostrou um percentual de 1,16% e o que os autores trazem ocorrem em 20 a 40% dos politraumatizados. Outra área traumatizada que não se assemelha com a literatura são os traumas de tórax, pois, conforme os autores, essa região anatômica implica em 25% dos pacientes politraumatizados, enquanto que a pesquisa mostrou um percentual de 1,46%.

A evolução clínica das vítimas de acidentes de trânsito mostra que 31,69% (109 casos) foram encaminhados para a internação; 68,02% (234 casos) receberam atendimento na emergência hospitalar e foram liberados e 0,29% (1 caso) de 01 óbito ocorrido na emergência.

Diante disso, Mantovani e Fraga (2001) dizem que o óbito após traumatismo tem um modelo clássico de distribuição trimodal em relação ao intervalo de tempo decorrido após a lesão. Os autores citam que o primeiro pico é definido como óbito imediato, que são mortes que ocorrem imediatamente após o trauma, secundárias a lesões graves, como traumatismo cranioencefálicos severos, ruptura cardíaca ou de grandes vasos.

Face ao exposto, torna-se necessário salientar que várias medidas devem ser implementadas na resolução desses problemas, entre estas, resgatar e rever as políticas educacionais e preventivas em relação ao trânsito, e lembrar que a sinalização existe não para enfeitar ruas, mas para ser seguida e respeitada por todos os cidadãos. Assim cabe lembrar a citação de Rodrigues e Miller (2001) que expressa o seguinte, que as condições dos veículos são as causas dos sinistros em 4% dos casos, a via é responsável por 6% e em 90% o condutor tem a responsabilidade.

Vale refletir, no entanto, sobre a forma de como ficaram essas vítimas após sua alta hospitalar. Quantas foram a óbito? Quantas ficaram com sequelas incapacitantes ou com alguns déficits funcionais decorrentes das lesões? Quantas dependem de cuidados permanentes, dos mais simples aos mais complexos como o uso, por exemplo de equipamentos permanentes? Sabe-se apenas que essas perdas representam um custo altíssimo para toda a sociedade, quer seja pela mão-de-obra jovem desperdiçada, quer pela própria expectativa de futuro frustrado.

Considerações finais

Ao analisar os dados obtidos, foi possível constatar que em relação a gênero, o sexo masculino se envolve três vezes mais do que o sexo feminino em acidentes automobilísticos. Em relação à faixa etária, que a idade prevalente vai dos 21 aos 30 de idade, seguido da faixa etária dos 11 aos 20, e dos 31 aos 40.

Em relação às vítimas de trânsito conforme situações de ocorrências de acidentes, observa-se que as situações que mais ocorrem relacionam-se a colisões com um número elevado, seguido de atropelamentos, quedas e, por último, as capotagens de

veículos. Outra questão que merece ser destacada refere-se à área traumatizada que foram as seguintes, crânio, extremidades, múltiplas localizações, coluna, abdome e tórax.

Por último foram analisados os dados referentes às vítimas de acidentes de trânsito segundo a evolução clínica, que evidenciam o seguinte: que um número significativo das vítimas recebeu atendimento na unidade de emergência e foram, posteriormente, liberadas após um período de observação, contudo, um número não menos significativo de pessoas necessitaram ser internadas.

Acredito que um trabalho dessa natureza possa contribuir para diversos segmentos: autoridades, estudantes, profissionais da área de saúde e para a sociedade de uma forma geral, para que os mesmos possam refletir sobre as ações que envolvam riscos de traumas e em virtude disso, lembrar que as causas e as conseqüências do trauma dependem na grande maioria das vezes do próprio ser humano.

Referências

- BARRETO, Sergio; VIEIRA, Silva; PINHEIRO, Cleovaldo. *Rotinas em terapia intensiva*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*: Portaria 196/96 de 1996.
- CAZARIN, Jorge; RIBEIRO, Luiz; FARIA, Claudia. *Trauma pré-hospitalar e hospitalar: adulto e criança*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1997.
- CORREIO DO POVO. Porto Alegre: Caldas Junior, ano 110, período de jan./jun. de 2004.
- DRUMOND, Domingos André Fernandes; ABRANTES, Wilson Luiz. Tipos de trauma – o politraumatizado. In: FREIRE, Evandro. *Trauma a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 451-459. V. 1.
- FRANCO, José Sérgio; SCHETTINO, Luiz Cláudio. “Trauma de coluna Raquimedular” In: FREIRE, Evandro. *Trauma a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1849-1863. V. 2.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- HUDAK, Carolyn; GALLO, Bárbara. *Cuidados intensivos de Enfermagem*. Uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- LOPEZ, Mario. *Emergência médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.
- MANTOVANI, Marcio; FRAGA, Gustavo Pereira. Estudo Crítico dos Óbitos no Trauma: Experiências da UNICAMP. In: FREIRE, Evandro. *Trauma a doença dos séculos*. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 2851-2861. V. 2.
- MARTINS, Marcus Vinicius Dantes de Campos. Prevenção do Trauma. In: FREIRE, Evandro. *Trauma a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 2925– 2927. V. 2.
- NETO, João; GOMES, Edmundo. Etiologia do Trauma. In: FREIRE, Evandro. *Trauma a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 17-46. V. 1.
- OLIVEIRA, Beatriz; PAROLIN, Mônica; TEIXEIRA JUNIOR, Edison. *Trauma Atendimento Pré-Hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- PIRES, Marcos; STARLING, Sizenando. *Manual de urgência em pronto-socorro*. 7. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2002.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PORTO, Celmo Celso. *Exame clínico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- RIBEIRO, Carmem Regina. Serviço integrado de atendimento ao trauma em emergência-SIATE. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 16, p. 85-96, São Paulo, dez 1996.
- RINAV. *Relatório individual de notificação e violência*. Passo Fundo: Hospital São Vicente de Paulo, 2004.
- RODRIGUES, Luiz Antonio; MILLER Eugenio Luiz Carpenter. Trauma por acidentes de veículos em rodovias. In: FREIRE, Evandro. *Trauma a doença dos séculos*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 349-372. V. 1.
- SANTOS, Raimundo et al. *Manual de socorro de emergência*. São Paulo: Atheneu. 1999.
- SILVA, Luiz Anildo Anacleto da Silva. *Guia prático de terapia intensiva para estudantes de enfermagem*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2004.
- STEFANINI, Edson. A necessidade de estruturação dos serviços de saúde. *A revista da clínica médica*, p. 134-135, São Paulo, nov./dez. 1995.