

EVOLUÇÃO CLÍNICA EM UTI NEUROTRAUMATOLÓGICA DE UM HOSPITAL DE URGÊNCIA

Resumo: Este estudo teve como objetivo avaliar a evolução clínica dos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Neurotraumatológica. Pretendeu-se com este estudo, apresentar o perfil clínico dos atendimentos. Estudo descritivo, analítico, retrospectivo e quantitativo. O estudo foi desenvolvido no Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Urgência. A amostra foi composta por 30 prontuários escolhidos aleatoriamente e que contassem com o registro de seus dados no SAME do hospital. Em relação ao perfil observa-se que prevalece o sexo masculino, faixa etária entre 18 a 38 anos, na sua maioria solteiros. O grau de escolaridade predominante foi o ensino fundamental e procedente de municípios piauienses. Observa-se que a grande maioria foi por acidente motociclístico e que 50% dos pacientes não apresentaram déficit motor. A maioria dos pacientes permaneceram internados no período compreendido entre 21 e 30 dias e que apenas 37% dos pacientes evoluíram com alta melhorada.

Descritores: Traumatismo Cranioencefálico, Terapia Intensiva, Neurologia.

Clinical developments in neurotraumatologic icu of an urgency hospital

Abstract: This study aimed to evaluate the clinical evolution of patients in a Neurotraumatologic Intensive Care Unit. This study aimed to present the clinical profile of the visits. Descriptive, analytical, retrospective and quantitative study. The study was developed at the Medical Archives Service of the Urgency Hospital. The sample consisted of 30 randomly chosen medical records that had their data recorded in the hospital's archive. Regarding the profile, it is observed that the male gender prevails, aged between 18 and 38 years, mostly single. The predominant level of education was elementary school and coming from Piauí municipalities. Most of them were due to motorcycle accidents and 50% of the patients had no motor deficit. Most patients remained hospitalized within the period between 21 and 30 days and only 37% of patients evolved with improved discharge.

Descriptors: Cranioencephalic Injury, Intensive Care, Neurology.

Evolución clínica en la uci neurotraumatológica de un hospital de urgencia

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo evaluar la evolución clínica de los pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos Neurotraumatológicos. Este estudio tuvo como objetivo presentar el perfil clínico de las visitas. Estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y cuantitativo. El estudio fue desarrollado en el Servicio de Archivos Médicos del Hospital de Urgencia. La muestra consistió en 30 registros médicos elegidos al azar que tenían sus datos registrados en el archivo médico del hospital. Respecto al perfil, se observa que prevalece el género masculino, con edades comprendidas entre 18 y 38 años, mayoritariamente soltero. El nivel de educación predominante era la escuela primaria y provenía de los municipios de Piauí. La mayoría de ellos se debieron a accidentes de motocicleta y el 50% de los pacientes no tenían déficit motor. La mayoría de los pacientes permanecieron hospitalizados dentro del período comprendido entre 21 y 30 días y solo el 37% de los pacientes evolucionaron con una mejoría del alta.

Descritores: Lesión Craneoencefálica, Cuidados Intensivos, Neurología.

Maria de Lourdes Lima Oliveira Cardoso
Mestranda em Terapia Intensiva.
Mestrado em Terapia Intensiva - IMBES.
E-mail: lurdlima@hotmail.com

Tatiana de Lima Braga
Mestranda em Terapia Intensiva.
Mestrado em Terapia Intensiva - IMBES.
E-mail: tlbraga@seama.edu.br

Submissão: 03/10/2019
Aprovação: 20/03/2020

Como citar este artigo:

Cardoso MLLO, Braga TL. Evolução clínica em UTI neurotraumatológica de um hospital de urgência. São Paulo: Revista Recien. 2020; 10(30):149-158.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.30.149-158>

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade de cuidados complexos que visa atender de forma segura e eficaz o paciente que precisa de criteriosa atenção, com a finalidade de alcançar melhora clínica¹.

Dentre as modalidades de tratamento utilizadas na UTI, podem ser incluídas diversas tecnologias, seja para a substituição ou para o auxílio das funções vitais do paciente, inserindo-se o suporte de drogas e de aparelhos sofisticados².

Devido aos grandes prejuízos sociais e econômicos que o neurotraumatismo acarreta ao Estado nos dias atuais, e a tendência crescente de novos casos, especialmente de pacientes com sequelas desta afecção, faz-se necessário um estudo sobre a evolução clínica dos pacientes³.

Diante da temática abordada, este estudo teve como objetivo avaliar a evolução clínica dos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Neurotraumatológica de um hospital de urgência da cidade de Teresina-PI.

Pretendeu-se com este estudo, apresentar o perfil clínico e sócio demográfico dos pacientes atendidos, buscando conhecimentos relevantes sobre a temática abordada, visto que a Unidade de Terapia Intensiva vem se constituindo na população brasileira, como um dos principais tipos de assistência intensiva e de internações no setor secundário de saúde, pois a realidade em que se situa estas unidades está centrada em atendimento de urgência e emergência e está constantemente em situação de superlotação. Nesta assistência, necessita-se de profissionais habilitados e qualificados para o pronto atendimento à vítima, bem como, materiais necessários e

equipamentos de qualidade para as intervenções, tratamento e reabilitação.

Material e Método

A presente pesquisa tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e documental. O estudo descritivo visa à descrição das características de determinada população pela utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados⁴. A abordagem quantitativa é caracterizada como centrada, pontual e estruturada, utilizando-se de dados quantitativos e a coleta de dados realizada através da obtenção de respostas estruturadas⁵.

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital de Urgência de Teresina (HUT). O Hospital utilizado na pesquisa é referência em atendimento de urgência e emergência do estado do Piauí, cujo objetivo é dar assistência de média e alta complexidade a pacientes com potencial risco de morte como acidentes cardiovasculares, automobilísticos, traumas graves, entre outros. O HUT possui três Unidades de Terapia Intensiva, sendo uma pediátrica, uma geral e uma neurotraumatológica, possuindo no total 26 leitos. Com relação ao acesso dos pacientes à unidade de alta complexidade, esse é realizado pela Central Estadual de Regulação de Leitos que organiza o fluxo de admissão por meio de transferências inter-hospitalar.

A fonte dos dados foi composta por prontuários de pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva neurotraumatológica. A amostra foi composta por 30 prontuários escolhidos aleatoriamente e que contassem com o registro de seus dados no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do hospital em questão.

A amostra foi selecionada obedecendo alguns critérios de inclusão: pacientes com faixa etária de 18 a 70 anos, que foram admitidos na UTI neurotraumatológica e que tinham registro junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Foram excluídos da pesquisa os prontuários cujos registros não forneceram os dados suficientes para a realização da pesquisa ou que não estivessem com seus dados médicos (prontuários) catalogados no bando de dados digital do SAME do Hospital.

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019 através de um formulário semi-estruturado com perguntas objetivas com as principais variáveis a serem estudadas: idade, sexo, causas de internação e evolução.

Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel para a tabulação e análise dos mesmos. Os resultados encontrados foram representados através de gráficos e tabelas que foram posteriormente analisados e apresentados. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através do número: 44721015.7.0000.5613.

Referencial Teórico

Internação em Unidade de Terapia Intensiva

O paciente neurocrítico requer cuidados intensivos e está sujeito às morbidades inerentes ao procedimento, ao declínio funcional secundário ao imobilismo prolongado e ao tempo de internamento na unidade de terapia intensiva (UTI). De acordo com o 2º Censo Brasileiro de UTIs, o tempo médio de permanência do paciente com perfil clínico, nas unidades de cuidados intensivos, é de um a seis dias. Segundo o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no ano de 2016 esse tempo de permanência foi de 5,6 dias⁶.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade fechada composta por inúmeros equipamentos e por profissionais treinados para atender às necessidades dos pacientes considerados graves e em estado crítico, sendo considerado um local destinado à promoção de uma assistência de alta complexidade⁷.

A hospitalização de um indivíduo na UTI ocorre, geralmente, de forma inesperada, podendo representar uma ameaça para a família, uma ruptura na rede familiar mesmo que muitas vezes seja temporária, além das adversidades que irão surgir nos aspectos emocionais, afetivos, sociais e financeiros⁸.

A internação hospitalar por si só desencadeia diversos desses sentimentos no ambiente familiar e em uma Unidade de Terapia Intensiva, tais sentimentos se intensificam por se tratar de uma situação desconhecida, de separação, de incertezas e de medos pela probabilidade de risco de morte⁷.

Traumatismo Crânioencefálico

Traumatismo cranioencefálico (TCE) é conceituado como qualquer lesão de caráter traumático, biomecânico e molecular que afete o encéfalo, as meninges, os constituintes neurovasculares cranianos, o crânio e o próprio couro cabeludo. O TCE produz consequências neurológicas agudas e crônicas, que podem ser classificadas como focais ou difusas, conectadas a uma fisiopatologia comum, que pode evoluir para um amplo espectro de condições clínicas. O Trauma pode causar várias complicações como hemorragias cerebrais, sequelas neurológicas definitivas por hipóxia, assim como alterações físicas e psicológicas⁹.

O TCE pode ser classificado em leve, moderado ou grave, de forma temporária ou permanente. Pode ser uma lesão dos tipos primária ou secundária, aberta ou fechada¹⁰.

Nos traumas leves e moderados, distúrbios do sono, doenças neurodegenerativas, desregulação de eixos neuroendócrinos e quadros psiquiátricos merecem destaque. O prognóstico do TCE depende da gravidade do trauma. A classificação da severidade do TCE é baseada na Escala de Coma de Glasgow (ECG)⁹.

A escala de coma de Glasgow (ECG), desenvolvida em 1974 na Universidade de Glasgow, na Escócia, por Taeasdale e Jennet, é empregada mundialmente para identificar disfunções neurológicas e acompanhar a evolução do nível de consciência; prever prognóstico; e padronizar a linguagem entre os profissionais de saúde. A ECG é composta por três parâmetros de avaliação: Abertura ocular, Resposta verbal e Resposta motora¹⁰.

A utilização dessa escala requer conhecimento prévio e habilidades pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência direta aos pacientes portadores de neurotraumatismo, uma vez, que sua aplicação criteriosa e sistematizada é fundamental para a avaliação e a instituição de medidas de planejamento, implementação e execução dos cuidados ao paciente. No atendimento a um paciente politraumatizado, o profissional necessita de conhecimento técnico, habilidades, capacidade de lidar tomada de decisões imediata, de definições de prioridades e de trabalho em equipe. Os cuidados neurotraumatológico baseiam-se no suporte à vida, através da estabilização dos sinais vitais do paciente, abordando-o de forma sistêmica¹⁰.

Acidente Vascular Cerebral

A realidade neuroepidemiológica brasileira é pouco conhecida, no entanto, o acidente vascular encefálico (AVE) é mundialmente considerado a principal causa de incapacidade funcional e vem aumentando sua incidência nos últimos dez anos¹¹.

O acidente vascular cerebral (AVC) é caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral. Sua causa pode ser trombótica (tipo isquêmico) ou gerada pelo rompimento de um vaso do encéfalo, acarretando extravasamento de sangue no parênquima cerebral (tipo hemorrágico). Ambos os tipos ocasionam disfunção cerebral, porém os mecanismos de lesão são diferenciados. O primeiro ocasiona diminuição da perfusão de sangue ao encéfalo, enquanto, no segundo, a lesão cerebral é oriunda do contato direto das estruturas sanguíneas com as células encefálicas. O tipo de AVC mais frequente é o isquêmico (80%), comparando-se ao hemorrágico (15%)¹².

É a terceira causa de morte mundial, precedida apenas pelas cardiopatias em geral e pelo câncer. Apresenta-se como a principal causa de incapacidade a longo prazo; os sobreviventes geralmente vivem de um a oito anos após o acidente vascular encefálico (AVE) e a maioria experimenta diferentes graus de deficiência crônica, que limitam as suas capacidades funcionais e cognitivas, afetando as atividades diárias¹³.

O AVE tem etiologia multifatorial, que inclui hipertensão, diabetes, dislipidemia, aterosclerose, tabagismo, etilismo, sedentarismo, obesidade, entre outros. Gera-se a necessidade de cuidados hospitalares, tanto imediatos, como ao longo do período de internação, o que resulta em um elevado

custo social e econômico. O processo de hospitalização por AVE geralmente se inicia por meio de atendimento emergencial, em virtude de sinais sugestivos da doença seguidos de confirmação diagnóstica, mediante avaliação clínica e exames complementares. Dentre as diversas complicações adquiridas após o AVE, ainda no período de internação hospitalar, estão a flacidez muscular, arreflexia, hemiplegia, hemianestesia e alterações cognitivas. Entre as sequelas mais predominantes destacam-se as

alterações da mobilidade corporal. Nesse contexto, a limitação do movimento nesta população é fator de preocupação para a equipe de enfermagem¹⁴.

Resultados e Discussão

Os dados coletados foram analisados e apresentadas em duas tabelas e três gráficos distintos: Perfil sócio demográfico, Causas de internação, Avaliação motora, Evolução do atendimento segundo a quantidade de dias de internação e Motivo de alta hospitalar.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva neurológica de um Hospital de Urgência.

Características	Frequência	Porcentagem
GÊNERO		
Masculino	23	77%
Feminino	07	23%
Total	30	100%
FAIXA ETÁRIA (anos)		
18-38	15	50%
39-59	11	37%
60-70	04	13%
Total	30	100%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	18	60%
Casado	03	10%
Outros	09	30%
Total	30	100%
GRAU DE ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental	11	37%
Ensino Médio	05	17%
Ensino Superior	04	13%
Não alfabetizados	10	33%
Total	30	100%
PROCEDÊNCIA		
Teresina	10	33%
Demais municípios Piauí	15	50%
Municípios Maranhenses	5	17%
Total	30	100%

Fonte: SAME do Hospital de Urgência de Teresina, 2019.

Quanto ao perfil dos pacientes, 77% pertencem ao gênero masculino e 23% ao feminino, como demonstra a Tabela 1, acima. A faixa etária com maior porcentagem de internações de um modo geral é a de pessoas com 18-38 anos e solteiros. Esse resultado é preocupante, visto que, nessa faixa etária os indivíduos estão em plena atividade laboral, ou seja, economicamente ativos, o que causa um impacto financeiro tanto para a família quanto para os gastos públicos com a atenção secundária de saúde.

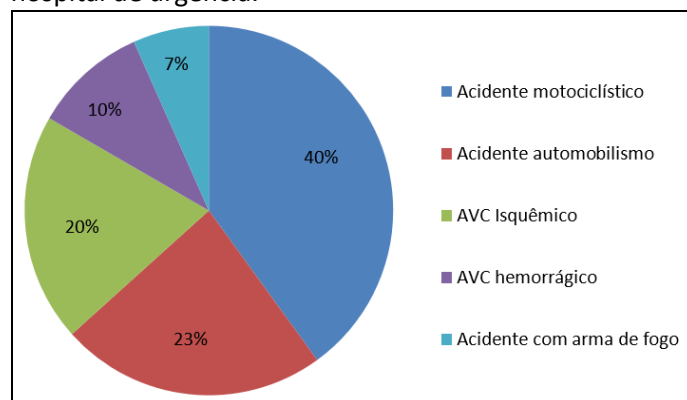
Quanto à escolaridade 30% haviam cursado o Ensino fundamental, 20% haviam cursado o ensino médio, 13% cursaram o Ensino superior e 37% não foram alfabetizados, estando estes mais vulneráveis, por falta de acesso à informação sobre as doenças e suas formas de prevenção. Sabe-se que uma das formas de se adquirir informação sobre determinadas doenças, bem como suas formas de prevenção e transmissão se adquire no ambiente escolar, sendo este, fundamental para redução de índices de internação nos serviços de urgência e emergência.

Em relação à procedência 45,5% pertenciam ao município de Teresina-PI e 51,1% aos demais municípios piauienses. Isto pode ser explicado pelo fato de a capital possuir maior recurso tecnológico e profissional para o atendimento de pacientes das diversas patologias. Outro fator importante a salientar é a falta de condições e recursos de saúde dos municípios, pois a maioria dos pacientes atendidos foi do interior, como demonstrado na Tabela 1.

Estudos afirmam que conhecer a população assistida na UTI e a sua evolução clínica é de suma importância, pois possibilita detectar mudanças e formular objetivos e metas para o setor, a fim de gerar melhorias na assistência prestada e, conseqüentemente, nestes indicadores³.

O gráfico a seguir, apresenta a distribuição das causas de internações dos pacientes atendidos.

Gráfico 1. Distribuição das causas de internações atendidos na Unidade de Terapia neurológica de um hospital de urgência.



Fonte: SAME do Hospital de Urgência de Teresina, 2019.

No gráfico 1, foi possível classificar as variadas causas de internações dos pacientes atendidos. A grande maioria foi o acidente motociclístico com 40% e acidente automobilístico com 23%. A alta taxa desses casos pode ser justificada pelo grande número de motociclistas que trafegam as ruas e avenidas pilotando suas motocicletas de forma imprudente e negligente tornando-se vulneráveis ao acidente. Esta é uma das principais causas de procura por atendimento médico de urgência e emergência.

Alguns fatores de risco precisam ser considerados como: a ingestão de bebidas alcoólicas, o uso de aparelho celular, que provoca uma distração cognitiva nos condutores de veículos, a má iluminação pública, a má conservação das vias, da sinalização e dos veículos.

A imprudência e/ou imperícia desses condutores e a vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas que utilizam esse tipo de veículo podem ser fatores importantes na determinação de elevadas porcentagens de vítimas com trauma envolvendo motocicletas¹⁵.

Acredita-se que o processo de urbanização tem proporcionado um crescimento exponencial no número

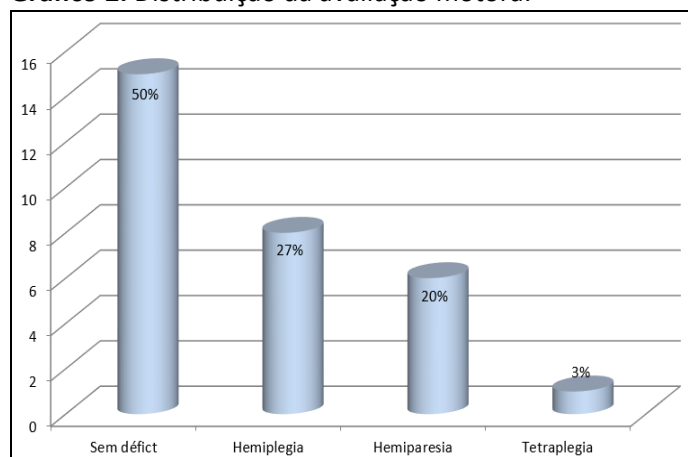
de motocicletas utilizadas como meio de transporte, já que garantem rapidez (embora nem sempre dentro dos limites legais), mobilidade, baixo custo e utilização como instrumento de trabalho, como "motoboys" e "mototaxistas".

Os acidentes de trânsito representam um grave e complexo problema de saúde pública no Brasil. Eles vêm aumentando com o desenvolvimento econômico e tecnológico das sociedades modernas e podem ter implicações sociais e econômicas, uma vez que predominam em populações jovens e economicamente ativas. O aumento do número de acidentes sobrecarrega o sistema de saúde em todos os setores assistenciais, pois internações prolongadas e de alto custo são parte da reabilitação das vítimas de acidentes de trânsito que apresentaram lesões em diversas regiões corporais. As sequelas dessas lesões podem influenciar na qualidade de vida e no retorno ao trabalho após o trauma, caracterizando-se como uma condição crônica¹⁶.

O AVC isquêmico obteve 20% e o hemorrágico 10%. O Acidente vascular cerebral (AVC) é um evento súbito que pode ser catastrófico, carregando um significativo risco de morbidade e mortalidade para a população. O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença incapacitante que pode levar ao óbito, sendo necessários intervenção imediata e rápido reconhecimento de seu acometimento. A incapacidade funcional gera dificuldades, de acordo com a região acometida, o nível da lesão e a capacidade individual de recuperação. Essas dificuldades interferem na qualidade de vida com impacto no cotidiano da pessoa e da sua família. Os graus de incapacidade determinam os níveis de dependência por assistência e, conseqüentemente, o desafio ao cuidador/familiar¹⁷.

Torna-se necessário aos profissionais de saúde que atendem a esses pacientes, estarem capacitados para oferecer um atendimento especializado e contínuo, desde a porta de entrada do paciente no hospital até sua internação. De toda forma, a sucessiva investigação das necessidades de saúde dessa clientela reveste-se de considerável importância, sobretudo pela relevância clínica e epidemiológica da doença.

Gráfico 2. Distribuição da avaliação motora.



Fonte: SAME do Hospital de Urgência de Teresina, 2019.

Com relação a avaliação motora, esta se apresentou como: sem déficit motor em 50% dos pacientes envolvendo um total de 15 pacientes. Estudos apontam que quanto mais rápido e preciso for o atendimento e reconhecimento do AVE, maiores são as chances de tratamento e conseqüentemente de reabilitação.

A hemiplegia foi o déficit mais presente na pesquisa com 27% dos pacientes e 20% apresentaram hemiparesia como déficit motor seguido de 3% de pacientes com tetraplegia como mostra o Gráfico 2.

Das diversas disfunções motoras do Acidente Vascular Cerebral a mais evidente é a hemiparesia. Independente da sua causa, é caracterizada pela perda do controle motor em um lado do corpo. Na hemiparesia há perda extremamente significativa da atividade seletiva nos músculos que controlam o tronco, particularmente

naqueles responsáveis pela flexão, rotação e flexão lateral¹⁸.

A lesão neurológica causada por um trauma pode levar a uma série de consequências fisiológicas e funcionais para a vítima, com alterações cognitivas, físicas e comportamentais permanentes. Podendo apresentar mais de uma alteração no seu quadro clínico e a gravidade do trauma vai determinar se haverá ou não sequelas significativas¹⁹.

As lesões geradas pelos traumas impactam a estrutura física e emocional dos pacientes, interferindo na sua qualidade de vida. Assim, a gravidade da lesão e a depressão, ocasionada por ela, interferem na reabilitação do paciente, limitando o desempenho das atividades cotidianas e restringindo a sua participação social. Além das restrições impostas pela lesão, é preciso estar preparado para enfrentar as sequelas que o acidente causou²⁰.

Uma parcela dos sobreviventes pode apresentar algum tipo de seqüela e necessita de reabilitação contínua influenciando na população produtiva do país pelas incapacidades produzidas²¹.

Tais sequelas podem afetar padrões e papéis da vida do paciente, gerando restrições nas atividades cotidianas em variados graus e complexidade. Por isso, é necessário que a prática dos profissionais seja consciente e crítica, voltada às necessidades individuais.

Em decorrência das sequelas, os sujeitos, na maioria das vezes, exibem comprometimento da capacidade para executar atividades básicas de vida diária, tais como alimentar-se, vestir-se, arrumar-se, tomar banho, usar o banheiro e deambular.

De acordo com o grau de comprometimento das sequelas, o paciente acometido necessitará de cuidados frequentes e, nesse momento, surge a figura do cuidador

que pode ser um profissional ou membro da família. Na maioria das vezes, a família do paciente sofre mudanças na rotina para adequar-se às novas necessidades e, dessa forma, se envolve totalmente no cuidado ao familiar adoecido²².

A Tabela 2 apresenta a Distribuição da evolução do atendimento dos pacientes, segundo quantidade de dias de internação.

Tabela 2. Evolução do atendimento dos pacientes atendidos, segundo quantidade de dias de internação.

Período de Internação	Frequência	Porcentagem
01-10	06	20%
11-20	09	30%
21-30	11	37%
>30	04	13%
Total	30	100%

Fonte: SAME do Hospital de Urgência de Teresina, 2019.

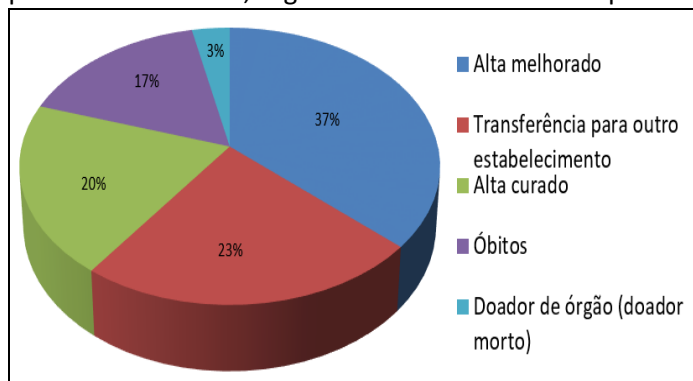
Com relação a permanência dos pacientes na UTI, constatamos que a maioria dos pacientes permaneceram internados no período de 21 a 30 dias, com 37%. Seguido de 30% que evoluíram com 11 a 20 dias. E 20% permaneceram internados no período de 01 a 10 dias. Quanto ao maior período de internação encontrado, destaca-se o período maior que 30 dias com 13% das internações.

Acredita-se que a natureza das lesões e a gravidade do trauma podem influenciar o tempo de internação do paciente, o tipo de tratamento e as condições de saída do hospital. A presença dessas complicações influencia na morbimortalidade dos pacientes que permanecem internados e pode estar relacionada ao tempo de internação, à gravidade da doença, às condições nutricionais e à natureza dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos.

No Gráfico 3, visualiza-se para melhor compreensão, a evolução do atendimento dos pacientes assistidos na

Unidade de Terapia Intensiva, segundo o motivo de alta hospitalar.

Gráfico 3. Distribuição da evolução do atendimento dos pacientes assistidos, segundo o motivo de alta hospitalar.



Fonte: SAME do Hospital de Urgência de Teresina, 2019.

Na pesquisa, 37% dos pacientes evoluíram com alta melhorada, 23% foram transferidos para outro estabelecimento por motivo de falta de disponibilidade de leitos para acomodação em enfermarias ou porque o paciente tinha direito a alguma espécie de atendimento com maior grau de conforto, como convênio hospitalar privado.

Constatou-se que apenas 20% dos pacientes receberam alta melhorada, 17% foram a óbito por complicações ou por agravamento do quadro clínico. Os dados apresentados podem-se justificar pela gravidade neurológica da patologia em si, bem como a instabilidade iminente da população estudada. Na maioria das vezes, os pacientes que sobrevivem, permanecem em quadros comatosos ou extremamente debilitantes.

Sabe-se que alguns fatores podem agilizar a alta do paciente, como o atendimento precoce, a identificação dos principais sinais e sintomas perante o atendimento primário, quantitativo de pessoal e de leitos disponíveis.

Considerações Finais

Este estudo permitiu avaliar a evolução clínica dos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva neurotraumatológica de um Hospital de Urgência de

Teresina/PI. Os resultados mostram importantes informações sobre o assunto abordado. Em relação ao perfil sócio demográfico observa-se que prevalece o sexo masculino e com faixa etária entre 18 a 38 anos de idade, na sua maioria solteiros. O grau de escolaridade predominante foi o ensino fundamental e procedente de municípios piauienses.

Quanto a causa de internação observa-se que a grande maioria foi o acidente motociclístico e que 50% dos pacientes não apresentaram déficit motor. A maioria dos pacientes permaneceram internados no período compreendido entre 21 e 30 dias e que apenas 37% dos pacientes evoluíram com alta melhorada.

Espera-se que este estudo sirva de ferramenta para informação sobre tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral, buscando fortalecer os aspectos preventivos da doença, pois estes ainda se mostram fortemente ligados as medidas mais efetivas para evitar as internações em hospitais.

Referências

1. Melo EM, Teixeira CS, Oliveira RT, Almeida DT, Veras JE, Frota NM, Studart RMB. Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. Rev Enferm Refer. 2014; 4(1):55-63.
2. Carvalho MR, Moreira ICC, Amorim Neta FL, et al. Incidência de bactérias multirresistentes em uma unidade de terapia intensiva. Rev Interd. 2015; 8(2):75-85.
3. Albuquerque JM, Silva RFA, Sousa RF. Perfil epidemiológico e seguimento após alta de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Cogitare Enferm. 2017; (22)3:e50609.
4. Polit DF, Beck CT. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit, DF e Beck, CT, Eds., Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de

enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2011; 247-368.

5. Marconi MA. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6 ed. São Paulo: Atlas. 2006.

6. Ministério da saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Segurança no Trânsito. 2016.

7. Tomás SMC, Santiago LMM, Andrade AP, Moraes KM, Cavalcante ASP, Maciel GP. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepções de familiares de pessoas gravemente enfermas. *Tempus, Actas Saúde Colet.* 2018; 11(2):239-251.

8. Sell CT, Nascimento ERP, Padilha MI, Carvalho JB. Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ.* 2013; 20(4):488-92.

9. Rodrigues MS, Santana LF, Silva EPG, et al. Epidemiologia de traumatismo cranioencefálico em um hospital. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2018; 16(1):21-4.

10. Santos WC, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a escala de coma de Glasgow em um hospital universitário. São Paulo: Einstein. 2016; 14(2).

11. Paiva DP, Guerreiro CF, Anjos JLM. Correlação entre desempenho funcional e o tempo de permanência de pacientes neurocirúrgicos na unidade de terapia intensiva. Salvador: *Rev Pesq Fisio.* 2018; 8(2):167-174.

12. Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Brasília: *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(4).

13. Costa TF, Gomes TM, Viana LRC, Martins KP, Costa KNFM. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. Brasília: *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(5).

14. Lima IB, Pernambuco L. Morbidade hospitalar por acidente vascular encefálico e cobertura fonoaudiológica no Estado da Paraíba, Brasil. *Audiol Commun Res.* 2017; 22.

15. Soares LS, Sousa DACM, Machado ALG, Silva GRF. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. *Rev Enferm UERJ.* 2015; 23(1):115.

16. Paiva L, Pompeo DA, Ciol MA, Arduini GO, Aparecida R, Dantas S, Senne ECV, Rossi LA. Estado de saúde e retorno ao trabalho após os acidentes de trânsito. Brasília: *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(3).

17. Faria ACA, Martins MMFPS, Schoeller SD, Matos LO. Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. Brasília: *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(3).

18. Moreira RP, Araújo TL, Lopes MVO, Cavalcante TF, Guedes NG, Chaves ES, Portela RC, Holanda RE. Validação clínica do resultado de enfermagem mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral. Porto Alegre: *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37(4).

19. Silva NA, Paz FAN. Nível de funcionalidade dos pacientes com traumatismo crânioencefálico em uma unidade de terapia intensiva de hospital terciário. *Rev FAESF.* 2019; 3(1):2-9.

20. Silva NS, Gabatz RIB, Lemes RA. Percepção do paciente traumatológico acerca da assistência prestada durante a hospitalização. *Rev Enferm UFSM.* 2016; 6(3):393-403.

21. Ministério da Saúde. Presidência da República (BR). Lei n. 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília. 2012.

22. Costa TF, Gomes TM, Viana LRC, Martins KP, Costa KNFM. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. Brasília: *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(5).