

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR TRAUMA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA DO PARANÁ

Resumo: Descrever o perfil de vítimas internadas por trauma em uma UTI do interior do Paraná entre 2013 e 2017. Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com abordagem quantitativa. As internações decorrente de lesões traumáticas foram maiores do sexo masculino (83,3%), com faixas etárias entre 18-39 anos e > 60 anos. As principais causas de trauma foram os acidentes de transporte (60,9%), agressões (23,5%) e quedas (12,4%), com a principal região do corpo lesionada cabeça e pescoço (42,2%). O tipo de trauma mais comum foi o trauma contuso (82,7%). As complicações decorrentes de internações foram infecções, febre, intubação não planejada e úlceras de decúbito. A gravidade das lesões traumáticas podem ser amenizadas e conseqüentemente o número de leitos de UTI ocupados. O enfermeiro em sua formação deve ser capacitado para atender e avaliar o trauma, prestando assistência, baseado em conhecimento científico e teórico.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva, Causas Externas, Prevalência, Lesões.

Hospitalizations for trauma in a Paraná therapy unit

Abstract: To describe the profile of victims hospitalized for trauma in an ICU in the interior of Paraná between 2013 and 2017. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. The largest number of hospitalizations due to traumatic injuries were male (83.3%), with ages between 18-39 years and > 60 years. The main causes of trauma were transport accidents (60.9%), assaults (23.5%) and falls (12.4%), with the main region of the body injured in the head and neck (42.2%). The most common type of trauma was blunt trauma (82.7%). Complications resulting from hospitalizations were infections, fever, unplanned intubation and decubitus ulcers. The severity of traumatic injuries can be reduced and consequently the number of ICU beds occupied. The nurse in his training must be trained to attend and evaluate the trauma, providing assistance, based on scientific and theoretical knowledge.

Descriptors: Intensive Care Unit, External Causes, Prevalence, Injuries.

Hospitalizaciones hospitalarias por trauma en unidad de terapia de Paraná

Resumen: Describir el perfil de víctimas hospitalizadas por trauma en una UCI del interior de Paraná entre 2013 y 2017. Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo. El mayor número de hospitalizaciones por lesiones traumáticas fue masculino (83,3%), con edades entre 18-39 años y > 60 años. Las principales causas de traumatismo fueron los accidentes de transporte (60,9%), agresiones (23,5%) y las caídas (12,4%), con la principal región del cuerpo lesionada en la cabeza y el cuello (42,2%). El tipo de traumatismo más común fue el traumatismo cerrado (82,7%). Las complicaciones derivadas de las hospitalizaciones fueron infecciones, fiebre, intubación no planificada y úlceras por decúbito. Se puede reducir la gravedad de las lesiones traumáticas y, en consecuencia, el número de camas de UCI ocupadas. El enfermero en su formación debe estar capacitado para atender y evaluar el trauma, brindando asistencia, con base en conocimientos científicos y teóricos.

Descriptores: Unidad de Cuidados Intensivos, Causas Externas, Predominio, Lesiones.

Fabiana Koupak

Enfermeira. Residente no programa de Urgência e Emergência da Universidade Estadual do Centro-Oeste.
E-mail: fabianakoupak12@gmail.com

Maicon Henrique Lentsck

Doutor em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, Professor adjunto da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Paciente em Situações Críticas do curso Enfermagem da Universidade da Universidade Estadual do Centro-Oeste.
E-mail: maiconlentsck@yahoo.com.br

Pollyanna Bahls de Souza

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Professora colaboradora da Universidade Estadual do Centro Oeste.
E-mail: pollyanna@unicentro.br

Maria Regiane Trincaus

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Londrina. Professor Adjunto nível A da Universidade Estadual do Centro Oeste.
E-mail: trincaus@uol.com.br

Debora Regina de Oliveira Moura

Doutora em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Docente colaboradora UEM.
E-mail: debora.drom@gmail.com

Submissão: 20/02/2021

Aprovação: 23/10/2021

Publicação: 20/12/2021

Como citar este artigo:

Koupak F, Lentsck MH, Souza PB, Trincaus MR, Moura DRO. Internações hospitalares por trauma em uma unidade de terapia do Paraná. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):564-574.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.564-574>

Introdução

O trauma é definido como alterações estruturais ou fisiológicas do corpo, que ocorre quando há uma grande transferência de energia entre os tecidos e de um agressor externo¹. Podendo ocorrer de forma mecânica, química, térmica ou por irradiação elétrica, que podem levar a ocorrência de lesões, contusões e fraturas².

As lesões traumáticas ocorrem devido a um conjunto de agravos conhecidos como causas externas, que englobam em sua totalidade as violências e acidentes³. Os traumas ocasionados por causas externas são a terceira causa de mortalidade na população em geral e a sexta causa das internações hospitalares no país⁴.

No Brasil no ano de 2011, foram 51.724 óbitos por esta causa, uma média de 142 mortes diariamente e um assassinato a cada dez minutos⁵. Já os acidentes de trânsito, no ano de 2013, foram responsáveis por mais de 1,25 milhão de mortes a cada ano no mundo⁶. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o Brasil ocupa o quinto lugar entre os países recordistas em mortes no trânsito, atrás da Índia, China, Estados Unidos da América (EUA) e Rússia⁷.

Os custos estimados para garantir a sobrevivência das pessoas que sofreram trauma, são significativamente grandes³. No Brasil, no ano de 2014 somente com internações, foram gastos um total de 1,3 bilhões de reais³. A morbidade no país é maior entre os jovens, para cada homicídio há cerca de 20 a 40 vítimas juvenis não fatais recebendo tratamento⁵.

Como uma tentativa de reduzir agravos e prevenir mortes decorrentes de urgências e emergências, entre elas o atendimento ao trauma, o governo brasileiro criou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e

Emergência⁶, a qual foi reformulada através da portaria 1.600 de 2011, instituindo a Rede de Atenção às Urgências⁸. A nova política define os componentes da rede de urgência e suas atuações. Porém, somente em 2013 foram instituídas duas portarias específicas de atendimento as causas externas. A portaria n° 1.365 institui a linha de cuidado ao trauma na rede de atenção às urgências, e portaria n° 1,366 que estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹.

Mesmo com mudanças em sua constituição, o Brasil não abrange sua totalidade de atendimentos eficaz e de qualidade ao trauma, no Brasil 76% das mortes poderiam ser evitadas se prestado um bom atendimento na cena ou na primeira hora do trauma "hora de ouro"¹⁰. Este fato reflete diretamente na recuperação dos sobreviventes, principalmente os jovens em situação socialmente produtiva mais comumente afetados pelo trauma, elevando os índices de absenteísmo por sequelas resultantes de traumas originando as potenciais despesas previdenciárias¹⁰.

Desta forma o objetivo é descrever o perfil de vítimas internadas por trauma em uma UTI do interior do Paraná entre 2013 a 2016, segundo idade. Caracterizando as vítimas de traumas segundo seus aspectos sociodemográficos, do trauma e complicações, bem como a gravidade das vítimas de trauma, segundo idade.

Material e Método

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, com abordagem quantitativa, delimitado a uma UTI geral.

A população deste estudo é composta por todas as vítimas de trauma internadas em uma UTI de um hospital terciário da região central do Paraná, localizado no município de Guarapuava, sede da 5ª Regional de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde (SESA) do Paraná, durante o período de 2013 a 2016.

A região do estado em questão é formada por 20 municípios que pertencem à 5ª Regional de Saúde, descritos juntamente com o Índice de Desenvolvimento (IDH) respectivo de cada município. Em relação à estrutura hospitalar, possui 11 hospitais que em sua maioria são de pequeno porte, a instituição que responde pela UTI em questão, atende complexidades em nível terciário, sendo referência para cardiologia, neurologia e traumatologia¹¹. Para a coleta dos dados foi necessário acesso ao prontuário físico, prontuário eletrônico e banco de dados da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH).

Resultados

Entre as internações por trauma na UTI, houve predominância para o sexo masculino (83,3%), acidentes de transporte (60,9%), em lesões de cabeça e pescoço (42,2%), trauma contuso (82,7%) e permanência até 24 horas (39,8%).

A associação entre idade e características do paciente e do trauma evidenciou significância para sexo ($p < 0,001$), causas ($p < 0,001$), localizações das lesões ($p < 0,001$), tipo de trauma ($p < 0,037$) e óbito ($p < 0,001$). Em todas as associações, a faixa etária determinante para as diferenças entre as porcentagens foi a faixa etária acima de 60 anos, a exceção foi somente a variável óbito, que apresentou diferença em todas as faixas etárias, com aumento gradual com a idade (Tabela 1).

Tabela 1. Características de pacientes hospitalizados por trauma em UTI, segundo idade. Guarapuava, Paraná, 2018.

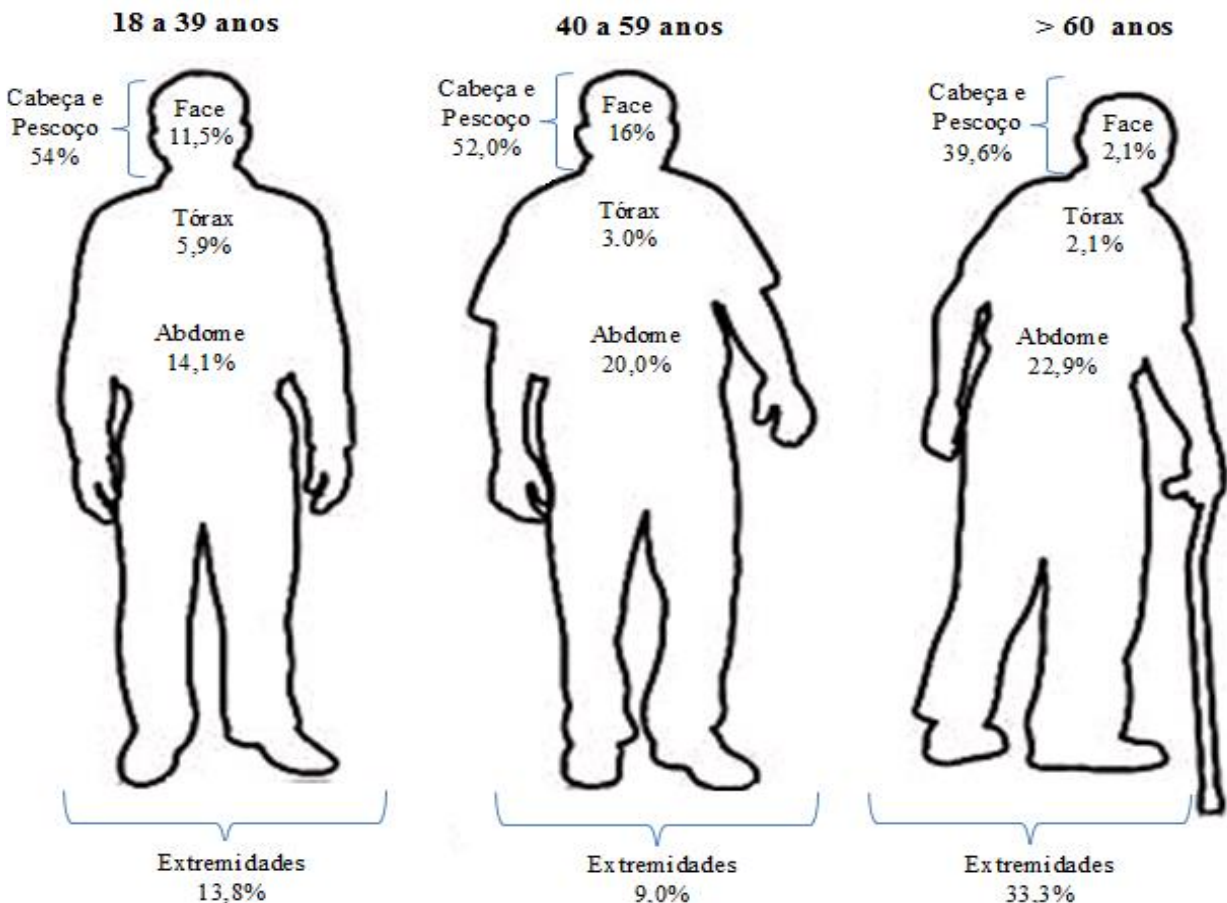
Características	Total		18 a 39 anos		40 a 59 anos		> 60 Anos		P valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									< 0,001
Masculino	347	83,2	233	86,6	84	84,0	30	62,5	
Feminino	70	16,7	36	13,4	16	16,0	18	37,5	
Causas									<0,001
Acidente de transporte	254	60,9	173	64,3	63	63,0	18	37,5	
Agressões	98	23,5	73	27,1	22	22,0	3	6,2	
Quedas	52	12,4	15	5,6	10	10,0	27	56,2	
Outras causas externas	13	3,1	8	3,0	5	5,0	0	0,0	
Localização das Lesões									<0,001
Cabeça e pescoço	218	42,2	147	54,6	52	52,0	19	39,6	
Face	48	11,5	31	11,5	16	16,0	1	2,1	
Tórax	20	4,7	16	5,9	3	3,0	1	2,1	
Abdome	69	16,5	38	14,1	20	20,0	11	22,9	
Extremidades	62	14,8	37	13,8	9	9,0	16	33,3	

Tipo de trauma									0,037
Contuso	345	82,7	217	80,7	82	82,0	46	95,8	
Penetrante	72	17,2	52	19,3	18	18,0	2	4,2	
Óbito									<0,001
Sim	118	28,2	58	21,6	35	35,0	25	52,1	
Não	299	71,7	211	78,4	65	65,0	23	47,9	
Dias de permanência									0,465
23:59 hrs	166	39,8	113	42,0	34	34,0	19	39,6	
24 a 71:59 hrs	100	23,8	63	23,4	23	23,0	14	29,2	
Acima de 72:00 hrs	151	36,2	93	34,6	43	43,0	15	31,2	

Fonte: O autor (2018)

A figura 1 ilustra as faixas etárias com suas principais regiões afetadas pelo trauma, independentemente da idade, a região da cabeça e pescoço é mais afetada, porém sendo maior entre os mais jovens (54%). Na comparação das regiões do corpo entre as faixas etárias, observa-se dois padrões entre si, de que existe uma semelhança entre as faixas etárias de 18 a 39 anos e 40 a 59 anos no perfil de regiões mais afetadas, que por sua vez são diferentes da faixa etária acima de 60 anos.

Figura 1. Regiões do corpo mais afetadas por trauma em pacientes hospitalizados em UTI, segundo faixa etária. Guarapuava, Paraná. 2018.



Fonte: O autor (2018).

A comparação entre os grupos de faixas etárias demonstrou diferença estatisticamente significativa para o ICC ($p < 0,001$) e essa diferença acontece na faixa etária acima de 60 anos (média=3,0; SD=2,63). Essa diferença também foi identificada no ISS ($p < 0,019$), porém nesse caso com média menor que as demais faixas etárias (média=14,52; SD=6,85). O RTS ($p < 0,017$), APACHE II ($p < 0,002$), SAPS II ($p < 0,001$) apresentaram diferenças significantes entre suas médias nas três faixas etárias analisadas, com variações crescentes gradativamente das médias de acordo com o aumento das faixas etárias. Para a comparação do número de regiões corpóreas afetadas pelo trauma, a significância estatística ($p < 0,001$) demonstrou que as médias de regiões do corpo são iguais nas faixas etárias mais jovens e que diferem da faixa etária acima de 60 anos (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação de índices, gravidade do paciente e permanência entre as faixas etárias de pacientes traumatizados hospitalizados em UTI. Guarapuava, Paraná. 2018.

Características	18 a 39 anos		40 a 59 anos		>60 anos		P valor*
	Média	SD	Média	SD	Média	SD	
ICC	0,01 ^{aa}	0,12	0,28 ^{aa}	0,93	3,00 ^{bb}	2,63	< 0,001
ISS	17,25 ^{aa}	8,54	18,80 ^{aa}	9,49	14,52 ^{bb}	6,85	0,019
NISS	22,92	12,48	24,46	12,66	19,52	11,62	0,078
RTS	10,01 ^{aa}	2,07	10,15 ^{ab}	1,98	10,92 ^{bb}	1,98	0,017
APACHE II	11,35 ^{aa}	7,36	13,29 ^{ab}	7,46	14,92 ^{bb}	7,31	0,002
SAPS II	26,60 ^{aa}	16,03	33,32 ^{ba}	16,79	36,71 ^{bb}	15,63	< 0,001
LODS	4,45	3,49	4,44	3,35	4,40	3,17	0,996
SOFA	3,68	2,85	3,99	3,27	2,77	2,88	0,063
Regiões afetadas**	3,01 ^{aa}	1,13	2,90 ^{aa}	1,04	2,23 ^{bb}	1,32	< 0,001
Regiões graves afetadas**	2,22	1,24	2,31	1,18	1,96	1,14	0,270
Permanência***	5,12	8,28	6,23	8,700	4,33	7,88	0,369

* Teste ANOVA;

**Número de regiões do corpo;

*** Em dias.

Médias seguidas da mesma letra na coluna, não diferem significativamente entre si pelo Teste de Duncan de probabilidade.

Fonte: O autor (2018).

As complicações decorrentes de internações mais comuns foram infecções (29,9%), febre (23,5%), int. não planejada (11,7%) e úlceras de decúbito (10,3%).

Das complicações identificadas em pacientes traumatizados internados em UTI verificou-se que a febre apresentou associação com a idade ($p < 0,039$), com proporção gradativa de aumento com a idade. Também houve associação entre insuficiência renal e idade ($p < 0,004$), com maior ocorrência na faixa etária 40 a 59 anos (11,0%) (Tabela 3).

Tabela 3. Complicações de pacientes hospitalizados em UTI por trauma, segundo idade. Guarapuava, Paraná. 2018.

Complicações	Total		18 a 39 anos		40 a 59 anos		> 60 anos		P valor
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Respiratórias									0,117
Não	398	95,4	259	96,3	96	96,0	43	89,5	
Sim	19	4,5	10	3,7	4	4,0	5	10,4	
Febre									0,039
Não	319	76,4	197	73,2	79	79,0	43	89,6	
Sim	98	23,5	72	26,8	21	21,0	5	10,4	
Infecções									0,505
Não	292	70,0	187	69,5	68	68,0	37	77,1	
Sim	125	29,9	82	30,5	32	32,0	11	22,9	
Sepses									0,078
Não	404	96,8	259	96,3	100	100,0	45	93,8	
Sim	13	3,1	10	3,7	0	0,0	3	6,2	
Insuficiência Renal									0,004
Não	396	94,9	262	97,4	89	89,0	45	93,8	
Sim	21	5,0	7	2,6	11	11,0	3	6,2	
Úlcera de Decúbito									0,480
Não	347	83,2	238	88,5	91	91,0	45	93,8	
Sim	43	10,3	31	11,5	9	9,0	3	6,2	
Circulatórias									0,634
Não	382	91,6	249	92,6	90	90,0	43	89,6	
Sim	35	8,3	20	7,4	10	10,0	5	10,4	
Infecção na admissão									0,753
Não	253	60,6	161	59,9	60	60,0	32	66,7	
Sim	14	3,3	8	3,0	5	5,0	1	2,1	
Intubação não Planejada									0,438
Não	368	88,2	239	88,8	85	85,0	44	91,7	
Sim	49	11,7	30	11,2	15	15,0	4	8,3	

Fonte: O autor (2018).

Dentre os procedimentos realizados durante as internações hospitalares, apenas apresentou significância na comparação entre os grupos de idades, os dias de sonda nasogástrica ($p < 0,042$), com médias de dias de utilização mais altas nas faixas etárias mais jovens e, portanto, diferentes das faixas etárias mais avançadas.

Discussão

O presente estudo apresentou resultados obtidos através de análise de internações em uma UTI da região centro-sul do Estado do Paraná, com o intuito de apresentar quais as principais características do trauma e da assistência prestada.

Entre as internações por trauma em UTI, houve predominância para o sexo masculino em relação ao feminino. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos como na Grécia onde os traumas atingiram 65,6% dos homens¹². E entre 2006 e 2011 as internações por trauma no sexo masculino chegaram a 73% no sul da Finlândia e 74% na Alemanha em estudo comparativo¹³.

Com relação às faixas etárias, os mais jovens (18-39 anos) apresentaram maiores ocorrências de acidentes de transporte (64%) e agressões (27,1), enquanto a faixa etária mais velha (<60 anos) é comum à ocorrência de quedas (56,2%). Dados encontrados no Canadá corroboram com a pesquisa, onde as quedas representam 85% de todas as internações hospitalares por lesões entre idosos¹⁴. A ocorrência maior de quedas em idosos, segundo a literatura está associada ao declínio das funções musculoesqueléticas e neurológicas, além de sua associação com a polifarmácia, ou seja, ao uso crônico de uma grande quantidade diária de fármacos¹⁵, principalmente drogas psicoativas, atuam no sistema cardiovascular, levando à hipotensão postural, ou no sistema nervoso central, levando a alterações na visão, propriocepção, equilíbrio e coordenação¹⁶.

Em grande parte das pesquisas a faixa etária jovem entre 18-39 anos, caracteriza-se pela parcela economicamente ativa, posteriormente relaciona-se

com maiores incidências de trauma principalmente no sexo masculino^{17,18}. Em Estudo abrangendo as internações por trauma em 48 estados dos EUA, pelo período de 2000-2011, identificou-se que a causa mais comum de trauma entre 18 e 44 anos foi o trauma automobilístico (6,87%) e em 5º colocação as violências (3,24)¹⁹. Diferenciando-se do estudo apresentado onde à violência ocupa o 2º colocação entre as causas externas que mais acometem os jovens.

As mulheres nas faixas etárias acima de 18 anos também apresentaram participação nos traumas, porém com menor incidência, em nossa pesquisa foi evidenciado (16,7%) de internações e nos Estados Unidos este número chega a 46.6%¹⁸. As mulheres comumente ocupam a posição de passageira ou pedestre¹⁰.

Dentre as causas do trauma, os acidentes de transporte foram os mais comuns (60,9%), seguido por agressões (23,5%) e quedas (12,4%), esses dados corroboram com outros estudos como realizado no Brasil, na cidade de Ilhéus na Bahia, que envolveu dados do ano de 2014 referentes a todos os atendimentos ao trauma realizados pelo SAMU onde 75,6% das lesões registradas eram restritas as três causas citadas anteriormente³. Já a cidade de Maputo, em Moçambique o percentual foi de 74,0% do total da amostra, este estudo abrangeu atendimentos ao trauma realizados em um hospital local em uma média de 30 dias no ano de 2010¹⁹. Esses dados se contrapõem a resultados encontrados em estudo realizado na Nigéria, em uma UTI na cidade de Jos, onde no período de 1994-2007, a predominância de

internações foi devido a queimaduras (40,40%) seguida de acidente de trânsito (38,38%)²⁰.

O fato de ocorrer variações de causas de internações decorrente do trauma leva em consideração o perfil demográfico de cada região, por exemplo os altos índices de queimaduras na Nigéria estão relacionados com fator local relacionado a acidentes com material petrolífero, geralmente devido a contrabando e má condições de armazenamento do produto²⁰. No presente estudo a característica principal de renda da população está relacionado à agricultura e pecuária²¹, Dessa forma justificam-se os maiores índices de acidente de transporte nesta região, pois se faz necessário constante utilização de veículos para transporte dos bens produzidos para exportação ou armazenamento em locais apropriados. O aumento do número de automóveis, o trabalho, a violência provocada e autoprovocada, o desenvolvimento das cidades em decorrência do capitalismo, faz com que as pessoas no seu cotidiano se tornem mais susceptíveis ao trauma em todo o mundo⁷.

Os acidentes automobilísticos afetam mais comumente os países de baixa renda, segundo a World Health Organization (WHO) em 2013 a taxa mundial de mortalidade por essa causa era de 18/100 mil habitantes no mundo²¹. Comparados entre países de renda média como o Brasil este valor sobe para 20,1/100 mil habitantes enquanto países de renda alta caem para 8,7/100 mil habitantes²¹. O Brasil caracteriza-se por possuir o trânsito considerado um dos mais perigosos do mundo, por causar diversas mortes, morbidade e incapacidades em consequência a acidentes, tendo como uma das principais causas

agravantes o uso de bebida alcoólica associada à condução de veículos¹⁰.

Os tipos de lesões mais comumente encontrados foram às lesões de cabeça e pescoço (42,2%) e lesões abdominais (16,5%), corroborando com estudos da Nigéria onde das 422 pessoas internadas decorrente de traumas as lesões de cabeça e pescoço estavam presente em 302 pacientes (76,25%), seguido por lesões abdominais presentes em 107 pacientes (27,02%)²⁰.

Os traumas contusos (82,7%) predominaram na pesquisa e este fato se deve aos mecanismos do trauma presentes como acidentes de trânsito e quedas, os quais geralmente lançam o corpo do indivíduo contra uma superfície sólida³. Ao contrário de traumas penetrantes decorrentes de arma branca, arma de fogo ou objetos pontiagudos³.

A comparação entre os grupos de faixas etárias demonstrou diferença estatisticamente significativa para o ICC na faixa etária acima de 60 anos e ISS em faixas etárias menores. O RTS, APACHE II, SAPS II apresentaram diferenças significantes entre suas médias nas três faixas etárias analisadas, com variações crescentes gradativamente das médias de acordo com o aumento das faixas etárias. Em pesquisa realizada no Hospital Universitário Cajuru/ Curitiba envolvendo 200 pacientes vítimas de trauma por diferentes mecanismos, os dados obtidos referentes ao RTS dos pacientes é semelhante aos dados encontrados no presente estudo, uma vez que não foi obtida variação significativa nas três grupos de faixas etárias ambas com media 7,53, este mostrou-se efetivo para avaliação da mortalidade da amostra, com maior efetividade em trauma crânio encefálico, quando comparado com outros traumas²².

Das complicações identificadas em pacientes traumatizados internados em UTI verificou-se que a febre apresentou associação com a idade, com proporção gradativa de aumento com o passar dos anos, também houve associação entre insuficiência renal e idade, com maior ocorrência na faixa etária 40 a 59 anos. A complicação hospitalar mais comum presente na UTI foi infecção com 29,9% de ocorrência entre os pacientes.

Evidencia similar foi encontrado em uma UTI adulto do hospital universitário do estado do Rio Grande do Sul, onde dos 104 pacientes internados no período de junho a dezembro de 2010, 50% dos pacientes apresentaram infecção e destes a predominância foi de infecções de vias respiratórias²³. Pacientes com internação prévia na UTI apresentaram risco de 1,93 vezes para o desenvolvimento de infecções hospitalares nessa unidade, quando comparados àqueles procedentes da comunidade²⁴. Ou seja, somente o fato de estar internado em uma UTI, aumenta as chances de complicações decorrentes da necessidade de procedimentos invasivos como sondagem vesical de demora, traqueotomia, ventilação mecânica, intubação orotraqueal, entre outro²³. Por exemplo: a ventilação mecânica está diretamente ligada ao desenvolvimento de infecções de vias respiratórias, pois a presença de um tubo endotraqueal resulta em uma violação dos mecanismos naturais de defesa, dessa forma os microrganismos obtêm acesso direto ao trato respiratório inferior²⁵.

O tempo de internação na UTI também influencia a permanência e o desfecho clínico dos pacientes, pois maior tempo de internação reflete no uso prolongado de procedimentos invasivos, bem como maior

permanência em um ambiente crítico¹⁰. Esses procedimentos são essenciais para prolongar a chances de sobrevivência do paciente, no entanto oferecem um risco maior de complicações.

Com relação à faixa etária dos pacientes internados em UTI, pesquisas apontam que os pacientes idosos estão mais propensos a desenvolver complicações hospitalares, devido a alterações das variáveis morfológicas e fisiológicas, pois repercutem diretamente nas funções orgânicas, ocasionando maior mortalidade¹⁰. No presente estudo foi mais comum a ocorrência de eventos adversos nas faixas etárias mais jovens e não na população idosa, isso se deve por conta de tratar-se somente de internações por lesões traumáticas implicando em uma quantidade de indivíduos jovens internados maior em relação aos idosos.

Conclusão

Através desta pesquisa foi possível apresentar uma pequena fração do problema relacionado às lesões traumáticas, suas características e necessidades de melhorias no atendimento destas ocorrências. Na região de Guarapuava, a característica principal de internações por lesões em UTI está relacionada com o sexo masculino, as faixas etárias jovens associado a agressões, e acidentes de transporte. E em faixas etárias mais velhas associadas às quedas e os traumas mais comuns são os contusos.

Para reduzir as altas taxas de internações em UTI ocasionadas por lesões traumáticas se faz necessário atuar na prevenção e redução de agravos, buscando mais investimentos para melhoria da qualidade de atendimento pré e intra-hospitalar, se prestado um bom atendimento na cena ou na primeira hora do trauma “hora de ouro.” A gravidade das lesões

traumáticas pode ser amenizada e conseqüentemente a redução do número de leitos de UTI ocupados. Dessa forma o paciente tem mais chances de sobrevivência e recuperação e sua saúde após o trauma.

O enfermeiro em sua formação deve ser capacitado para atender e avaliar o trauma, prestando assistência, baseado em conhecimento científico e teórico. Além disso tem a responsabilidade de capacitar sua equipe a qual estará engajada no atendimento. É fundamental a participação do enfermeiro dentro da UTI, pois este além de prestar assistência direta, torna-se o elo entre o paciente, seus familiares e demais profissionais envolvidos. Vale a pena ressaltar que a equipe multiprofissional é essencial para o atendimento ao trauma em UTI, pois através desta o paciente recebe atendimento de forma integral abrangendo todas as suas demandas de forma especializada e individualizada. Como forma de melhorar o atendimento dentro da UTI se faz necessário à avaliação contínua da sobrecarga de trabalho nas equipes, a necessidade de contratação de mais integrantes, para que o atendimento não seja falho e a monitoração do paciente seja de fato contínua.

Referências

1. Batista SE, Bacani JG, Silva RAP, Gualda FPK, Viana RJA, Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva - SP. Rev Colégio Bras Cirurgiões. 2006; 33(1):6-10.
2. Oliveira ZC, Mota ELA, Costa MCN. Evolução dos acidentes de trânsito em um grande centro urbano, 1991-2000. Cad Saúde Pública. 2008; 24(2):364-372.
3. Ibiapino MK, Couto VBM, Sampaio BP, Souza RAR, Padoin FA, Salomão IS. Serviço de atendimento móvel de urgência: epidemiologia do trauma no atendimento o pré-hospitalar. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2017; 19 (2):72-5.
4. Gomes ATI, Dantas SMF, Miranda DBA, Mello JMA, Dantas GSM, Neves RA. Perfil epidemiológico das emergências traumáticas assistidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. Enfermería Global. 2006; 16(1):384-00.
5. Silveira E S, O'dwyer G. Centro de Trauma: modelo alternativo de atendimento às causas externas no estado do Rio de Janeiro. Saúde Debate. 2017; 41(112):243-254.
6. World Health Organization, global status report on road safety 2015: supporting a decade of action. Geneva: WHO. 2015.
7. Imamura JH. Epidemiologia do trauma em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dissertação (Mestrado) Curso de Medicina, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo. 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 18 out 2020.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2013.
10. Sousa ÁFL, Queiroz AAFLN, Oliveira LB, Moura LKB, Andrade D, Watanabe E, et al. Deaths among the elderly with ICU infections. Rev Bras Enferm. 2009; 70(4):733-739.
11. Hospital São Vicente de Paulo. Disponível em <<http://www.hospsaovicentede paulo.com.br/>>. Acesso em 1 jun 2020.
12. Gardikou V, Christopoulos G, Stamatiou K. O Πολυτραυματίας στο Αστικό Περιβάλλον. Achaiki Medical. 2015; 34(1):39-45.
13. Brinck T, Raj R, Skrfvars MB, Kivisaari R, Siironen J, Lefering R, Handolin L. Unconscious trauma patients: outcome differences between southern Finland and Germany-lesson learned from trauma-registry comparisons. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2015; 42(4):445-451.
14. Chang VCMT. Risk Factors for Falls Among Seniors: Implications of Gen-der. American Journal of Epidemiology. 2015; 181(7):521-531.
15. Praça WR. Vítimas de trauma no df: perfil epidemiológico e atendimento pré e in-tra-hospitalar pelo SAMU. Monografia (obtenção de título em

graduação) Enfermagem, Faculdade de Ceilândia. Brasília. 2015.

16. Teixeira DC, Oliveira IL, Dias CR. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. Curitiba: Fisioterapia Movimento. 2006; 19(2):101-108.

17. Dimaggio C, Avrahan BJ, Lee DC, Frangos SG, Wall SP. Traumatic injury in the United States: in-patient epidemiology 2000-2011. 1393f. J Injury. 2016; 47(7):1393-1403.

18. Dimaggio C, Avrahan BJ, Lee DC, Frangos SG, Wall SP. The Epidemiology of Emergency Department Trauma Discharges in the United States. Academic Emergency Medicine. 2017; 24(10):1244-1256.

19. Taibo ALC, Moon TD, Joaqui AO, Machado CR, Merchant A, Mcqueen K, et al. Analysis of trauma admission data at an urban hospital in Maputo, Mozambique. Rev Inter Medicina Emergência. 2016; 1(9):6.

20. Embu HY, et al. Characteristics and outcome of trauma patients in a mixed ICU: a retrospective review. Oalib. 2016; 03(07):1-7.

21. World Health Organization, global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Geneva: WHO. 2013. Disponível em: <https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/>. Acesso em 10 fev 2020.

22. Alvarez BD, Rezente MD, Lacera DAM, Lothar MS, Von-bahten LC, Stahlschmidt CMM. Analysis of the Revised Trauma Score (RTS) in 200 victims of different trauma mechanisms. Rev Colégio Bras Cirurgiões. 2016; 43(5):334-340.

23. Favani S S, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(2):320-329.

24. Oliveira AC, Kovner CT, Silva RS. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. Rev Latino Am Enferm. 2010; 18(2):08.

25. Kamulegeya L H, Kizoto M, Nassali R, Bagayana S, Elobu E. O flagelo do traumatismo craniano entre os motociclistas comerciais de Kampala; uma ameaça clínica e de saúde pública evitável. Ciências Saúde Africanas. 2015; 15(3)1016-1022.