



CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Resumo: O estudo investigou o perfil clínico e epidemiológico de pacientes politraumatizados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um Hospital Universitário. Com base em uma pesquisa quantitativa, foram analisados dados de 28 pacientes entre setembro de 2022 e agosto de 2023. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes era do sexo masculino e jovem, com acidentes de trânsito sendo a principal causa de trauma. Além disso, observou-se uma elevada taxa de politrauma, o que aumenta a complexidade do atendimento. A pesquisa também evidenciou a necessidade de uma abordagem multiprofissional para o manejo eficaz desses casos críticos, incluindo médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. O estudo reforça a importância da capacitação contínua das equipes de saúde e da implementação de políticas públicas para a prevenção de acidentes, visando não apenas reduzir a mortalidade, mas também melhorar a qualidade do atendimento prestado aos pacientes traumatizados.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva, Traumatismo Múltiplo, Perfil Epidemiológico.

Characteristics of polytraumatized patients in the intensive care unit

Abstract: The study investigated the clinical and epidemiological profile of polytraumatized patients in an Intensive Care Unit (ICU) at a University Hospital. A quantitative research approach was used to analyze data from 28 patients admitted between September 2022 and August 2023. The results showed that the majority of patients were male and young, with traffic accidents being the leading cause of trauma. Additionally, a high rate of polytrauma was observed, which increased the complexity of care. The study also highlighted the need for a multidisciplinary approach to effectively manage these critical cases, involving doctors, nurses, and physiotherapists. Furthermore, it emphasized the importance of continuous training for healthcare teams and the implementation of public policies aimed at preventing accidents. These measures are crucial not only to reduce mortality but also to improve the quality of care provided to trauma patients, ultimately leading to better health outcomes.

Descriptors: Intensive Care Units, Multiple Trauma, Epidemiological Profile.

Características de los pacientes politraumatizados en la unidad de cuidados intensivos

Resumen: El estudio investigó el perfil clínico y epidemiológico de pacientes politraumatizados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital Universitario. Se utilizó un enfoque de investigación cuantitativa para analizar los datos de 28 pacientes entre septiembre de 2022 y agosto de 2023. Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes eran hombres y jóvenes, siendo los accidentes de tráfico la principal causa de trauma. Además, se observó una alta tasa de politrauma, lo que aumentó la complejidad de la atención. El estudio también destacó la necesidad de un enfoque multidisciplinario para manejar estos casos críticos, involucrando médicos, enfermeras y fisioterapeutas. Se enfatizó la importancia de la capacitación continua de los equipos de salud y la implementación de políticas públicas de prevención de accidentes. Estas medidas son esenciales para reducir la mortalidad y mejorar la calidad de la atención y los resultados de salud. **Descriptores:** Unidades de Cuidados Intensivos, Traumatismo Múltiple, Perfil Epidemiológico.

Isabelly Leal de Oliveira

Enfermeira pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: isabellyleal17@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7888-6229>

Nathalie Campana de Souza

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: nathaliecampana.nc@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7384-3154>

Felipe Fabbri

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: felipefabbri1@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8042-9098>

Endric Passos Matos

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: endric-matos@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3807-4702>

Lucas Benedito Fogaça Rabito

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: enf.lucasrabito@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8651-9193>

Rafaely de Cassia Nogueira Sanches

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: rcnsanches2@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1686-7595>

Submissão: 08/07/2025

Aprovação: 04/09/2025

Publicação: 09/10/2025



Como citar este artigo:

Oliveira IL, Souza NC, Fabbri F, Matos EP, Rabito LBF, Sanches RCN. Características de pacientes politraumatizados em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Rev Recien. 2025; 15(43):465-474. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2025.15.43.465>

Introdução

O trauma é definido como uma lesão decorrente da aplicação de força sobre o corpo, resultante da interação entre a vítima e um objeto em movimento. Essa ocorrência pode levar a consequências adversas, incluindo morte ou incapacidade¹. Conforme a 11ª edição do Código Internacional de Doenças (CID-11), os traumas são classificados como causas externas, englobando uma variedade de incidentes como homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas, afogamentos, queimaduras e acidentes de trabalho².

Em 2003, como parte dos esforços para reduzir agravos e mortes em situações de urgência e emergência, o governo brasileiro criou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)³. Posteriormente, a Portaria nº 1.600 de 2011 instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU), que visa reorganizar a assistência em saúde para esses casos, promovendo uma coordenação eficaz entre os diversos pontos de atenção. O objetivo é aprimorar a organização do atendimento por meio de fluxos e referências bem definidos, garantindo maior eficiência e qualidade na assistência⁴.

Em 2021, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 1.832.649 óbitos no Brasil, conforme destacado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça e Segurança Pública. Desses, 149.322 mortes (8,1%) foram classificadas como causas externas, posicionando-se como a quarta principal causa de mortalidade proporcional no país⁵. Adicionalmente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) informou que, das 230 mil mortes anuais de jovens nas Américas, 80% envolvem indivíduos do sexo masculino. Dentre essas mortes, 90% foram causadas por homicídios, 80% por

acidentes de trânsito e 75% por lesões autoprovocadas².

Em 2013, o trauma representou 12,4% de todos os óbitos no país, sendo o principal motivo de morte entre pessoas jovens, com menos de 44 anos de idade⁶. No Paraná, o panorama é semelhante ao observado nacionalmente, entre 2022 e 2023, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) registrou a hospitalização de 6.060 jovens de 20 a 29 anos devido a lesões decorrentes de acidentes de trânsito em hospitais públicos ou que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), resultando em 1.119 óbitos no estado⁷.

Pacientes vítimas de trauma frequentemente demandam atendimento tanto no ambiente pré-hospitalar quanto intra-hospitalar, o que geralmente resulta em longos períodos de internação em Clínicas Médicas (CM) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Nesses contextos, o manejo das lesões não é realizado por um único profissional, mas por uma equipe multiprofissional, articulada entre diferentes níveis de cuidado⁶.

O tratamento desses pacientes envolve procedimentos de alta complexidade, como cirurgias emergenciais, drenagem torácica, sondagem e oxigenoterapia, entre outros. A gravidade dos traumas decorrentes de acidentes, violência, envenenamentos e demais causas externas frequentemente exige a internação em UTIs, considerando a instabilidade hemodinâmica, o risco elevado de complicações e a mortalidade associada. Nessas unidades, os pacientes encontram um ambiente propício para monitoramento contínuo e intervenções intensivas, fundamentais para sua recuperação⁸.

A análise epidemiológica das hospitalizações

financiadas pelo SUS no Brasil indicou que, no período de 1998 a 2015, o trauma figurou como a quarta principal causa de internações em unidades de terapia intensiva⁹. Estima-se que esses números continuarão a crescer até 2030, conforme dados do Ministério da Saúde, que revelam que a mortalidade por trauma representa 10% de todas as causas de óbito e projeta-se que essa proporção aumentará até 2030⁷. Dessa forma, torna-se imperativo compreender, analisar e discutir o trauma em sua totalidade, desde o atendimento inicial até o desfecho final.

No contexto brasileiro, onde as causas externas representam uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente entre adultos jovens, o estudo do perfil clínico e epidemiológico de pacientes vítimas de trauma internados em UTI é de suma importância no contexto da saúde pública, na assistência pré e intra hospitalar, visto que injúrias decorrentes de acidentes, violência ou eventos adversos representam uma significativa carga para os sistemas de saúde, com implicações diretas na morbidade, mortalidade e nos custos associados aos cuidados médicos^{8,10}.

Durante o levantamento bibliográfico nacional e internacional dos últimos cinco anos, identificou-se uma lacuna significativa no conhecimento acerca do perfil clínico e epidemiológico de pacientes vítimas de trauma internados em UTI, bem como em relação às estratégias de abordagem e tratamento desses indivíduos. Considerando que esses pacientes frequentemente demandam cuidados prolongados, procedimentos de alta complexidade e recursos tecnológicos avançados, torna-se imprescindível aprofundar a compreensão sobre suas características e necessidades específicas⁶.

Assim, este estudo propõe analisar de forma detalhada os dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes traumatizados em uma UTI, com o intuito de produzir evidências científicas que subsidiem a formulação de políticas públicas e protocolos assistenciais voltados à prevenção de agravos, ao manejo adequado das complicações e à otimização dos recursos hospitalares.

Material e Método

Trata-se de um estudo observacional, transversal de caráter descritivo, envolvendo 28 pacientes hospitalizados, vítimas de trauma, em uma UTI Adulto de um Hospital Universitário, localizado na região Noroeste do Paraná, durante o período de setembro de 2022 a agosto de 2023. Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa maior intitulado “Prática baseada em evidência no planejamento da assistência ao paciente hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva”, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM). A pesquisa obteve aprovação da Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas (COREA) do HURM e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), sob o protocolo nº 5.718.969/2022, conforme estipulado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

Os dados foram coletados a partir dos registros do prontuário eletrônico G-SUS, utilizado no hospital em estudo, onde estão armazenadas informações abrangentes dos pacientes hospitalizados, incluindo dados sociodemográficos e clínicos detalhados como idade, sexo, raça, data de internação e alta hospitalar e da UTI, desfecho clínico (alta/óbito), CID 10, comorbidades e hábitos de vida. A tabulação dos

dados foi conduzida em planilhas utilizando o software Excel. As análises estatísticas foram realizadas utilizando métodos de estatística descritiva simples e contou com o apoio de ferramentas de inteligência artificial, como o *ChatGPT®*, que auxiliaram na elaboração das tabelas e gráficos.

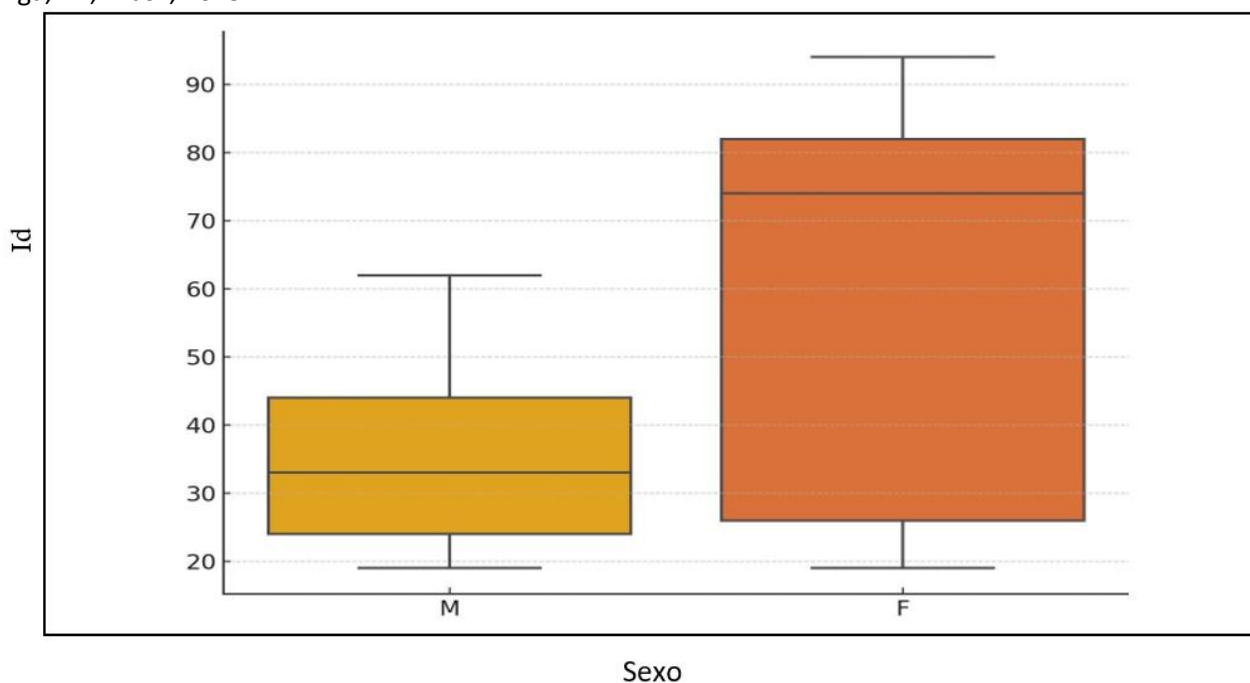
Os critérios de inclusão para este estudo abrangeram pacientes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, que foram admitidos na UTI por mais de 24 horas durante um período de um ano, com diagnóstico de trauma físico e que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pessoalmente ou por meio de seu responsável legal (TALE). Foram excluídos do estudo gestantes e puérperas, pacientes com lesões autoprovocadas, transferidos para outras instituições de saúde, aqueles cujo tempo de admissão na UTI foi inferior a 24 horas, menores de 18 anos e pacientes sem assinatura do TCLE ou TALE pelo responsável legal.

Resultados e Discussão

A distribuição etária por sexo demonstrou diferenças significativas: a idade média das mulheres foi de 59 anos, enquanto a dos homens foi de 36,4 anos, indicando que as mulheres eram, em média, 23 anos mais velhas. O desvio padrão no grupo feminino (34,2 anos) foi maior, revelando ampla dispersão etária, desde jovens a idosos. Em contraste, o desvio padrão masculino (14,2 anos) indicou uma faixa etária mais homogênea.

A partir dos dados obtidos, foi possível caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes vítimas de trauma internados na UTI durante o período analisado. As variáveis estudadas incluíram idade, sexo, presença de comorbidades e hábitos de vida, bem como a prevalência de diagnósticos segundo a CID-10 e sua relação com os desfechos clínicos. A seguir, são apresentados os principais resultados, discutidos à luz da literatura científica atual.

Gráfico 1. Distribuição de Idade por Sexo de Pacientes Traumatizados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Maringá, PR, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A distribuição etária por sexo demonstrou diferenças significativas: a idade média das mulheres foi de 59 anos, enquanto a dos homens foi de 36,4 anos, indicando que as mulheres eram, em média, 23 anos mais velhas. O desvio padrão no grupo feminino (34,2 anos) foi maior, revelando ampla dispersão etária, desde jovens a idosos. Em contraste, o desvio padrão masculino (14,2 anos) indicou uma faixa etária mais homogênea.

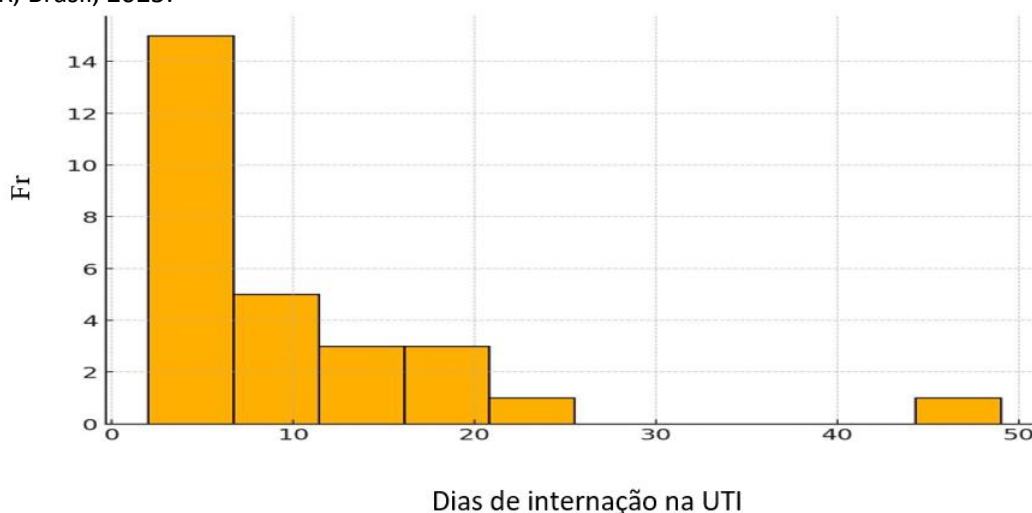
As idades femininas variaram de 19 a 94 anos, enquanto, no grupo masculino, a variação foi de 19 a 62 anos, evidenciando maior amplitude entre as mulheres. Nos quartis, as mulheres apresentaram um intervalo amplo de 26 a 82 anos, enquanto os homens tiveram uma faixa mais restrita de 24 a 44 anos. A apresentação do boxplot no gráfico 1, reforça essas diferenças, mostrando maior concentração em torno da mediana para os homens e uma maior dispersão no grupo feminino, com idades tendendo a valores mais elevados.

Esses resultados indicam que o grupo feminino apresenta maior heterogeneidade etária, incluindo pacientes mais velhas, enquanto o grupo masculino é

mais homogêneo, com predominância de adultos jovens e de meia-idade. Essa composição diferenciada pode ter implicações clínicas, especialmente se a idade influenciar condições de saúde ou desfechos clínicos.

As disparidades na mortalidade entre os sexos podem ser atribuídas a fatores biológicos, sociais e comportamentais. Entre 2014 e 2018, os óbitos por causas externas foram, em média, 78,07% mais frequentes entre homens do que entre mulheres. Essa discrepância reflete comportamentos de risco mais comuns entre os homens jovens, como participação em esportes radicais, direção imprudente e envolvimento em profissões perigosas. Além disso, o consumo mais prevalente de álcool, tabaco e outras substâncias entre os homens, especialmente em faixas etárias jovens e de meia-idade, contribui significativamente para o aumento da exposição a traumas e internações. Esses padrões também estão alinhados às estatísticas brasileiras, que apontam os homens adultos (20 a 59 anos) como as principais vítimas de violência no país¹².

Gráfico 2. Histograma da duração de internação de pacientes traumatizados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Maringá, PR, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores.

O histograma da duração de internação em UTI (Gráfico 2) demonstra que a maioria dos pacientes apresenta permanência mais curta, indicando recuperação ou estabilização rápida e alta precoce. A distribuição revela uma concentração elevada de internações de curta duração, com frequência decrescente à medida que os dias de internação aumentam, e um número menor de pacientes necessitando de períodos prolongados na UTI.

A prevalência de internações de curta duração e a ocorrência de casos de longa permanência no histograma são explicadas por fatores clínicos e institucionais. Pacientes em UTI, devido à gravidade e complexidade, demandam cuidados intensivos para

estabilização e recuperação. Muitos alcançam estabilização rápida, permitindo alta precoce, enquanto casos mais graves ou com comorbidades complexas exigem períodos prolongados de cuidados intensivos¹³.

Ademais, outro fator importante para o tempo de permanência está relacionado às práticas como a monitorização, mobilização, prevenção de eventos adversos, evitando o uso de dispositivos e técnicas invasivas desnecessárias, visando prevenir injúrias relacionadas à assistência, já que pacientes em UTI geralmente ficam mais predispostos a adquirir outras morbidades, como: aquisição de infecções, imobilismo, lesão por pressão e alterações orais¹⁴.

Tabela 1. Características dos pacientes vítimas de trauma de uma Unidade de Terapia Intensiva, de um Hospital Universitário na região Sul do Brasil. Maringá, PR, Brasil, 2025.

Variáveis	Alta	Óbito
Procedência		
Centro Cirúrgico	12 (80,0%)	3 (20,0%)
Pronto Socorro	12 (92,31%)	1 (7,69%)
Sistema		
Digestivo	6 (100,0)	0 (0,0%)
Esquelético	7 (87,5%)	1 (12,5%)
Nervoso	2 (66,67%)	1 (33,33%)
Neurológico	2 (100,0%)	0 (0,0%)
Pulmonar	5 (71,43%)	2 (28,57%)
Tegumentar	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Vascular	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Tipo de acidente		
Agressão	2 (100,0%)	0 (0,0%)
Ferimento por Arma Branca (FAB)	2 (100,0%)	0 (0,0%)
Ferimento por Arma de Fogo (FAF)	3 (75,0%)	1 (25,0%)
Queda	2 (66,67%)	1 (33,33%)
Queimadura	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Trânsito	14 (87,5%)	2 (12,5%)
Diagnóstico principal		
Ferimento abdominal	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Ferimento corto contuso	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Ferimento em membro inferior	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Ferimento gástrico	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Ferimento toracoabdominal	0 (0,0%)	1 (100,0%)
Fratura de fêmur	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Lesão hepática	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Pneumotórax	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Politrauma	14 (87,5%)	2 (12,5%)
Queimadura	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Traumatismo crânio encefálico	1 (100,0%)	0 (0,0%)
Total	24 (85,71)	4 (14,29)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme apresentação da Tabela 1, a análise da procedência dos pacientes internados na UTI revelou que a maioria das internações teve origem no centro cirúrgico (CC), com 80,0% de altas e 20,0% de óbitos. Pacientes provenientes do pronto-socorro (PS), por sua vez, apresentaram maior percentual de altas 92,31% e menor taxa de óbitos 7,69%.

Os resultados demonstram a complexidade dos casos tratados na UTI, especialmente entre pacientes do centro cirúrgico e do pronto-socorro. A predominância de pacientes do CC, alinhada à literatura, reflete a alta frequência de internações pós-operatórias, que geralmente demandam menor tempo de internação e maior rotatividade. Contudo, a maior proporção de óbitos nesse grupo pode ser justificada por procedimentos invasivos em pacientes mais críticos, em contraste com a menor gravidade inicial dos pacientes do pronto-socorro¹³.

Quanto aos tipos de acidente, os eventos de trânsito foram os mais prevalentes, com 87,5% de altas e 12,5% de óbitos. Outros mecanismos, como agressões físicas, ferimentos por arma branca e queimaduras, registraram 100% de altas. No entanto, quedas e ferimentos por arma de fogo apresentaram taxas de óbito de 33,33% e 25,0%, respectivamente.

A prevalência dos CIDs indica que uma parcela considerável dos pacientes internados apresenta condições decorrentes de causas externas, como acidentes e violência. Acidentes de trânsito constituíram a maioria dos casos, ressaltando um problema de saúde pública, e ferimentos por armas de fogo e quedas mostraram taxas de mortalidade relevantes.

A predominância de diagnósticos relacionados a causas externas, como acidentes de trânsito e

violência, pode ser atribuída a fatores sociais (ausência de políticas sociais eficazes para jovens), demográficos (disputas por terra e políticas de segurança pública inadequadas), econômicos e a características comportamentais e culturais específicas da população¹⁵.

Em regiões com alta exposição a riscos no trânsito, o aumento da frota de veículos, o desrespeito às normas de segurança e o tráfego intenso elevam significativamente a ocorrência de acidentes graves. Motociclistas, por serem mais vulneráveis, apresentam alta frequência de internações devido a colisões rodoviárias. Esses acidentes têm impactos sociais e econômicos significativos, como custos hospitalares, necessidade de reabilitação prolongada e sobrecarga à previdência social e às famílias. Em 2014, os custos estimados desses acidentes em áreas urbanas brasileiras variaram entre R\$ 9,9 bilhões e R\$ 12,9 bilhões, além dos incalculáveis danos emocionais e perdas humanas⁵.

A ausência de óbitos em casos de agressões e ferimentos por arma branca (FAB) pode indicar menor gravidade das lesões ou manejo hospitalar inicial eficaz. Contudo, a alta taxa de óbitos em vítimas de ferimentos por arma de fogo (FAF) sugere maior gravidade. Eventos violentos, como agressões físicas e tentativas de homicídio, assim como acidentes de trânsito, refletem a seriedade dos casos, demandando intervenções complexas e imediatas para tratar ferimentos letais¹⁶.

Segundo a OMS, a violência interpessoal causa quase um terço de todas as mortes de adolescentes do sexo masculino na Região das Américas, fatores como desigualdade social, pobreza, desemprego e

falta de acesso a serviços básicos contribuem para o aumento dos índices de criminalidade e para os conflitos interpessoais, aumentando a ocorrência destas lesões violentas que exigem intervenções imediatas em UTI's devido à gravidade dos ferimentos¹⁷.

Em relação aos sistemas corporais mais acometidos, o sistema esquelético apresentou maior frequência de traumas, com 87,5% de altas e 12,5% de óbitos. Os sistemas digestivo, neurológico, tegumentar e vascular registraram 100% de altas. O sistema pulmonar teve a segunda maior taxa de óbito 28,57%, com 71,43% de altas, seguido pelo sistema nervoso, com 66,67% de altas e 33,33% de óbitos.

O predomínio de traumas no sistema esquelético reflete a gravidade dos acidentes de trânsito, principal causa de internação e desfechos clínicos, consistente com a literatura. Os altos índices de mortalidade associados aos sistemas pulmonar e nervoso reforçam a necessidade de intervenções rápidas e eficazes, dada a vulnerabilidade desses sistemas em traumas graves¹⁸.

Os diagnósticos principais revelaram predominância de casos de politrauma, associados a 87,5% de altas e 12,5% de óbitos. Já diagnósticos menos frequentes — como ferimento abdominal, ferimento corto-contuso e traumatismo cranioencefálico (este último não sendo referência de atendimento no hospital em questão) — apresentaram 100% de altas. Em contrapartida, lesão hepática e fratura de fêmur destacaram-se pelas maiores taxas de mortalidade, ambas com 50,0%.

Em relação aos principais diagnósticos, a predominância de politraumas está alinhada com a complexidade esperada em uma unidade de

referência regional, além de estar diretamente relacionada ao tipo de mecanismo de trauma, uma vez que esses pacientes frequentemente sofrem danos em mais de um sistema, pois, traumas de alta energia, como acidentes automobilísticos de grande impacto, podem resultar em múltiplas lesões em diferentes órgãos e estruturas¹.

Diagnósticos menos frequentes, como lesão hepática e fratura de fêmur, estão associados a altas taxas de mortalidade, exigindo atenção redobrada e suporte especializado. Em lesões hepáticas, o tempo de internação correlaciona-se diretamente com a gravidade, ressaltando a importância de intervenções precoces para reduzir complicações¹⁹. Para fraturas de fêmur, a mortalidade estimada varia entre 20% e 30% no primeiro ano, dependendo do tipo de lesão proximal²⁰.

Em síntese, os resultados deste estudo demonstram que o manejo de traumas graves em UTI exige uma equipe multidisciplinar altamente especializada, demandando treinamento constante e gerenciamento de procedimentos complexos, o que eleva a necessidade de profissionais qualificados e os custos operacionais²¹. Adicionalmente, traumas severos requerem tecnologia avançada e recursos específicos, como ventiladores mecânicos, monitorização contínua, exames de imagem frequentes e suporte hemodinâmico. A onerosidade e limitação desses recursos, somadas ao aumento da demanda, podem gerar desgaste de equipamentos e desafios na gestão de insumos hospitalares¹³.

O estudo apresenta limitações relacionadas ao número reduzido de participantes e à realização em um único centro, o que restringe a generalização dos resultados. Ainda assim, os achados fornecem

subsídios importantes para futuras investigações multicêntricas.

Conclusão

Em conclusão, este estudo evidenciou a complexidade do manejo de pacientes traumatizados em UTI. O perfil sociodemográfico, comorbidades, hábitos, tipos de acidente e sistemas corporais acometidos são determinantes para os desfechos clínicos, influenciando altas e mortalidade.

A análise revelou que homens jovens foram predominantemente afetados, e as internações mais comuns decorreram de acidentes de trânsito, resultando em elevado diagnóstico de politrauma, o que reforça a necessidade de cuidados intensivos contínuos, com tecnologia e recursos especializados.

Em síntese, o estudo ressalta a necessidade de uma abordagem holística no tratamento de traumas graves, considerando condições clínicas e fatores sociais/comportamentais.

A resposta eficiente exige infraestrutura robusta, atualização e capacitação contínua das equipes de saúde, dada a complexidade dos casos em contextos de alta demanda e recursos limitados.

Destaca-se também a carência de campanhas preventivas para segurança no trânsito e combate à violência, que poderiam reduzir significativamente esses incidentes.

Referências

1. National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Prehospital Trauma Life Support. 10th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2020.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-11. 11. ed. Genebra: OMS. 2019.
3. Brasil. Política Nacional de Atenção às

Urgências. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em 24 jul 2024.

4. Brasil. Portaria GM/MS nº 1600, de 7 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em 24 jul 2024.

5. Brasil. Mortes por causas externas: qualificação dos registros inespecíficos. Brasília: Ministério da Saúde. Ministério da Justiça e Segurança Pública. 2024. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mortes_causas_externas_qualificacao_registros.pdf>. Acesso em 24 jul 2024.

6. Lentsck MH, Oliveira RR, Corona LP, Mathias TAF. Fatores de risco para óbito de pacientes com trauma internados em unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm. 2020;28:e3236.

7. Paraná. Acidentes de trânsito geraram custo de R\$ 36 milhões ao SUS apenas entre 2022 e 2023. Secretaria da Saúde. 2024. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Acidentes-de-e-transito-geraram-custo-de-R-36-milhoes-ao-SUS- apenas-entre-2022-e-2023>>. Acesso em 22 jul 2024.

8. Paris MC, Lentsck MH, Silva MM, Soares LG, Baratieri T, Sangaleti CT, et al. Perfil epidemiológico e prognóstico de pacientes traumatizados hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. Curitiba: Brazilian Journal of Development. 2021; 7(3):28588-28603.

9. Lentsck MG, Sato APS, Mathias TAF. Panorama epidemiológico de dezoito anos de internações por trauma em UTI no Brasil. Rev Saúde Pública. 2019; 53:83.

10. Rocha PB, Ribeiro VP, Jesus MA, Oliveira JS. Perfil de adultos jovens internados por causas externas em unidade de terapia intensiva. Rev Multidisciplinar em Saúde. 2021; 2(4):25.

11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/legis/cns/2012/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 20 jul 2024.

12. Silva SKA, Souza AC, Lima JR, Oliveira TM, Santos LG, et al. Óbitos por causas externas no Brasil: um estudo ecológico temporal de 2014 a

2018. Braz J Dev. 2021; 7(7):67049-59.

13. Costa AP, Silva RM, Andrade JF, Oliveira AC, Souza LM, et al. Fatores associados ao maior tempo de permanência em Unidade de Terapia Intensiva. Rev Baiana Enferm. 2022; 36:e43620.

14. Santos MRS, Oliveira JF, Lima AL, Rocha PS, Menezes FA, et al. Length of stay reduction in Intensive Care Unit associated with nursing care: integrative literature review. Res Soc Dev. 2021; 10(7):e49010716781.

15. Malta DC, Teixeira R, Oliveira GMM, Ribeiro ALP, Silva AG, et al. Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. Cien Saúde Colet. 2021; 26:4069-86.

16. Antunes PDSL, Libório PR, Shimoda GM, Pivetta LGA, Parreira JG, Assef JC. Limitações do uso de filtros de qualidade para avaliação do atendimento em vítimas de trauma. Rev Col Bras Cir. 2021; 48:e20202769.

17. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions. Geneva: WHO. 2023.

Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>>. Acesso em 28 jul 2024.

18. Paris MC, Oliveira LF, Souza RS, Andrade TM, Lima JR, et al. Epidemiologia, complicações e fatores associados à doença crítica crônica em pacientes hospitalizados por trauma em unidade de terapia intensiva. Arq Cienc Saúde UNIPAR. 2021; 25(2).

19. Trintinalha PDO, Silva JF, Moraes RM, Andrade GS, Costa AP, et al. Surgical treatment in hepatic trauma: factors associated with hospitalization time. Rev Col Bras Cir. 2021; 48:e20202784.

20. Cavalcante RR, Conceição MS, Costa RSL. Mortalidade por fratura de fêmur na região Norte do Brasil. Rev Foco. 2021; 17(7):e5241.

21. Costa FS, Almeida PR, Nogueira LT, Barros MP, Santos JF, et al. Uma visão geral acerca dos politraumas, avaliação e manejo. Contrib Cienc Soc. 2023; 16(10):19995-20014.