



TRAUMA TORÁCICO: ANÁLISE DA POPULAÇÃO ATENDIDA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA

THORACIC TRAUMA: ANALYSIS OF PEOPLE ATTENDED IN A PUBLIC HOSPITAL SPECIALIZED IN TRAUMA

TRAUMATISMO TORÁCICO: ANÁLISIS DE PERSONAS ASISTIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA EN TRAUMA

Jucimar Frigo, Marta Kolhs¹, Rosana Amora Ascari², Camila Almeida Machado³, Josiane Brites⁴

RESUMO

Objetivo: caracterizar os traumatismos torácicos em um hospital público de referência à politraumatizados. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, documental e prospectivo, realizado num Hospital Público de referência regional no município de Chapecó/SC/Brasil, com a população de 49 pacientes, com diagnóstico de trauma torácico. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado o Escore Revisado de Trauma/RTS tornando possível a tabulação e análise dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo sistema Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, Protocolo nº 75805/2012. **Resultados:** adultos jovens, sexo masculino, solteiros, e com baixa escolaridade são os mais acometidos por traumas torácicos, sendo acidentes por queda, seguida por outras causas externas e acidentes de transporte os mais prevalentes. Houve prevalência de trauma torácico fechado, caracterizado por hemotórax e com alta probabilidade de sobrevivência. **Conclusão:** identificou-se que os traumas torácicos acometeram mais homens, casados, na faixa etária de 18 a 28 anos, pertencentes à raça branca, com baixa escolaridade. **Descritores:** traumatismo; enfermagem; população.

ABSTRACT

Objective: to characterize the thoracic trauma in a public hospital specialized in multiple trauma. **Method:** quantitative, descriptive, documentary and prospective study, held in a regional respected Public Hospital in Chapecó/SC/Brazil, with a population of 49 patients diagnosed with thoracic trauma. As an instrument for data collection, we used Revised Trauma Score/RTS making it possible the tabulation and analysis of data. The study was approved by the Brazil Platform Ministry of Health system, Protocol No. 75805/2012. **Results:** young, male, unmarried, and with low education adults are the most affected by thoracic trauma, and injuries from falls, followed by other external causes and traffic accidents were the most prevalent. There was prevalence of blunt chest trauma, hemothorax and characterized by a high probability of survival. **Conclusion:** it was found that thoracic trauma was most prevalent in married, aged 18-28 years, white, with low education men. **Descriptors:** Trauma; Nursing; Population.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el trauma torácico en un hospital público especializado en traumas múltiples. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, documental y prospectivo, que se celebró en un hospital público de referencia regional en Chapecó/SC/Brasil, con una población de 49 pacientes con diagnóstico de traumatismo torácico. Como un instrumento de recolección de datos, se utilizó el Revised Trauma Score/RTS haciendo posible la tabulación y análisis de datos. El estudio fue aprobado por el sistema Plataforma Brasil Ministerio de Salud, el Protocolo Nº 75805/2012. **Resultados:** adultos jóvenes, hombres, solteros y con bajo nivel educativo son los más afectados por traumatismo torácico y lesiones por caídas, seguidas por otras causas externas y accidentes de tránsito son los más frecuentes. La prevalencia de traumatismo torácico cerrado, hemotórax y caracterizado por una alta probabilidad de supervivencia. **Conclusión:** se encontró que el trauma torácico es más prevalente en hombres casados, con edades entre 18 a 28 años, de la raza blanca, bajo nivel de educación. **Descritores:** Trauma; Enfermería; Población.

¹Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva, Professora Titular, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: jucifrigo@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre em Saúde Coletiva, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: rosana.ascari@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre em Gestão em Políticas Públicas, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: martakolhs@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: a_camij@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: josianedebrites@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil os acidentes e as violências são um problema de saúde pública de grande dimensão e amplitude, provocam forte impacto na morbi/mortalidade da população, gerando altos custos sociais e emocionais, uma vez que causam prejuízos pelo absenteísmo laboral, danos emocionais para as vítimas e familiares, além dos danos de produtividades perdidos. No Brasil o número de óbitos por acidente de transporte terrestre em 2009 foi de 37.635, representando a principal subcausa dentre o grupo de causas externas para as faixas etárias de 10 a 14 anos e 40 a 59 anos e a segunda causa de morte nas demais faixas etárias.¹

As consequências dos acidentes terrestres têm levado as instituições a reconhecerem o impacto que esses acidentes produzem na sociedade em geral, sobrecarregando os sistemas de saúde. Para 2020 a Organização Mundial de Saúde prevê que o número de óbitos por acidentes de transportes terrestres cheguem a 2,3 milhões sendo a sexta causa de morte em todo o mundo.¹

Algumas ferramentas são necessárias para a criação e ampliação das políticas públicas, sendo elas a vigilância, o acompanhamento e a análise da situação dos acidentes de trânsito. Com estas ferramentas é possível conhecer a magnitude do problema, traçar o perfil das vítimas, os meios de transporte envolvidos, o comportamento e a tendência no país como um todo. Ainda aponta onde há necessidade de maior intervenção através dos fatores associados com os acidentes, mostra onde se concentram os pontos críticos e as desigualdades entre os territórios e os diferentes grupos populacionais.²

As violências e acidentes são a terceira causa de morte no Brasil, ocupando a primeira posição quando analisado o grupo de pessoas de 1 a 39 anos. As causas externas de morbimortalidade representam um grave problema de saúde pública gerando mortes, lesões físicas, danos psicológicos e sequelas provenientes das violências e dos acidentes. No ano de 2006 houve 106.651 óbitos por causas externas, sendo cerca de 47.500 homicídios, envolvendo principalmente adolescentes e jovens de 20 a 29 anos, e cerca de 36.000 óbitos provocados pelo trânsito, vitimando pedestres, principalmente crianças e idosos.³

A caixa torácica contém órgãos nobres, fundamentais para o bom funcionamento do organismo, por isso um traumatismo torácico pode comprometer seriamente funções como a respiração e a circulação, colocando a vida

do paciente em risco.⁴ Se não diagnosticado e tratado rapidamente, um trauma de tórax pode ser fatal.⁴

As lesões torácicas implicam em um grau considerável de gravidade e, a cada quatro vítimas de trauma que morrem, pelo menos uma tem como causa de óbito alguma lesão no tórax.⁴ O traumatismo torácico é classificado como fechado ou penetrante, podendo ocorrer isoladamente ou em combinação com outras lesões. O trauma fechado ocorre por uma compressão súbita ou pressão positiva sobre a parede torácica. O trauma penetrante é causado quando um objeto estranho penetra na parede torácica.⁵

O Revised Trauma Score (RTS) é um índice de gravidade fisiológico que, numericamente, avalia as funções circulatória, respiratória e do sistema nervoso central. Para o seu cálculo, utilizam-se três parâmetros; Escala de Coma de Glasgow (ECG), Frequência Respiratória (FR) e Pressão Arterial Sistólica (PAS), sendo que para cada um deles o valor atribuído é de zero a quatro.⁵

Os resultados obtidos do RTS ressaltam sua utilidade na prática clínica, às condições fisiológicas dos pacientes são utilizadas pelos profissionais de atendimento pré-hospitalar para a escolha das decisões, intervenções e sobre o nível de complexidade do hospital de destino.⁶ O enfermeiro atua junto à equipe multiprofissional, tanto no atendimento pré como no intra-hospitalar, prestando assistência de qualidade que garanta a vida do traumatizado com ausência de danos.⁷ O atendimento ao traumatizado exige do enfermeiro liderança, habilidades técnicas e científicas para desempenhar atividades e segurança perante a equipe e ao paciente. Outro desafio ao enfermeiro é desenvolver atividades de prevenção em saúde, visto que exige que o profissional se mantenha atuante e comprometido com a sociedade.⁷

O serviço de saúde em emergência visa a prestar atendimento rápido e provisório aos casos de acidentes ou enfermidades imprevistas, que outros níveis de assistência não poderiam resolvê-los.⁸ O enfermeiro por ser um educador em saúde, desenvolve importante papel na consciência crítica das pessoas, orientando para que elas sejam atuantes no seu cuidado. Para isso, é imprescindível que este profissional esteja a par dos problemas que o cercam, confrontando a realidade e criando alternativas que melhor se adaptem a mesma buscando assim, transformá-la.⁷

Assim, despertou-se o interesse em caracterizar os traumatismos torácicos em um

Frigo J, Kolhs M, Ascari RA et al.

hospital público de referência à politraumatizados.

OBJETIVO

- Caracterizar os traumatismos torácicos em um hospital público de referência à politraumatizados.
- Identificar o perfil sócio demográfico das vítimas de trauma torácico e o tipo de lesão.
- Avaliar a gravidade da lesão baseado no Escore de Trauma Revisado.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, de caráter descritivo, documental e prospectivo, buscando caracterizar os pacientes com possível diagnóstico de trauma torácico internados no Hospital público de referência à politraumatizados na cidade de Chapecó/SC/Brasil, no período de janeiro a março de 2012.

Para inclusão da amostra, os critérios estabelecidos foram: estar institucionalizado, possuir trauma torácico e ser indicado pela instituição como portador de trauma torácico. Excluiu-se da amostra todos os pacientes sem trauma torácico ou não informados pela instituição no momento da composição da amostra.

A instituição hospitalar por meio do Setor de Internação sinalizou em qual unidade o paciente de trauma torácico se encontrava institucionalizado. Para a coleta de dados utilizou-se o prontuário do paciente, o qual não contemplou todas as variáveis do estudo,

Trauma torácico: análise da população atendida...

sendo necessário realizar uma entrevista com questões fechadas ao pesquisado.

Os pesquisadores realizaram a despersonalização dos dados pela codificação da amostra por ordem de participação na pesquisa. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado o Escore Revisado de Trauma (RTS), amplamente empregado na triagem pré-hospitalar e intra-hospitalar, para avaliar a gravidade da lesão desses pacientes e calcular a taxa de sobrevivência a partir dos parâmetros fisiológicos da pressão sanguínea sistólica, frequência respiratória e a Escala de Coma de Glasgow,⁹ tornando possível a tabulação e análise dos dados para obtenção das frequências dos tipos de lesões e suas apresentações.

A pesquisa foi aprovada pelo sistema Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, pelo Protocolo número 75805/2012, respeitando os direitos éticos e legais da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra constitui-se de 49 pacientes com possível diagnóstico de trauma torácico, institucionalizados no período da pesquisa.

Quanto ao perfil dos pacientes que fizeram parte da pesquisa, estes são apresentados na Tabela 1, conforme segue:

Tabela 1. Perfil das vítimas de trauma torácico

Características	n	%
Sexo		
Masculino	34	69,4
Feminino	15	30,6
Faixa etária (em anos)		
18 a 39	20	40,9
40 a 59	11	22,4
60 a cima	18	36,7
Escolaridade		
De 0 até 8 anos estudados	34	69,3
De 8 a12 anos estudados	09	18,3
Acima de 12 anos estudados	06	12,2
Estado Civil		
Casado	22	44,8
Solteiro	13	26,5
Viúvo	06	12,2
União Estável	06	12,2
Separado	02	4,0

Os dados sócios demográficos dos pacientes mostraram-se semelhante as demais literaturas, sendo na sua maioria adultos jovens, do sexo masculino, solteiros, e com baixa escolaridade.

Foram registrados 35.084 óbitos por Acidente de Transporte Terrestre no Brasil no ano de 2004. Desse total, 28.576 (81,5%) eram de pessoas do sexo masculino e 6.495 (18,5%)

eram do sexo feminino.² O sexo não foi identificado em 13 casos. Isso demonstra o quanto os homens são mais vulneráveis aos acidentes de trânsito que as mulheres, indo de encontro com a presente pesquisa. Em 2009, as taxas mais elevadas de acidente de transporte terrestre no país ocorreram nas regiões Centro-Oeste e Sul, predominando o sexo masculino.¹

No ano de 2005, o número de homens que morreram por causas externas foi 5,1 vezes o valor observado no sexo feminino. Para os homens, os óbitos decorrentes de agressão foi 11,2 vezes o número de óbitos no sexo feminino, as mortes por acidentes de transporte no sexo masculino foi 4,4 vezes o número no sexo feminino,⁵ corroborando com a pesquisa realizada com prevalência do sexo masculino de quase 70% nos casos de violência e acidentes automobilísticos.

Na pesquisa, os acidentes com motocicletas representaram 30,6% dos casos (n=15) e 33,3% tinham até 28 anos (n=5). Em estudo sobre acidentes com motocicleta, com amostra de 387 pacientes, a maior concentração de indivíduos afetados foram jovens com idade inferior a 28 anos.¹⁰

Acerca do estado civil, 12,2% (n=6) possuíam união estável, 44,8% (n=22) pacientes eram casados, 26,5% (n=13) pacientes eram solteiros, 12,2% (n=6) pacientes eram viúvos, e n=02 (4,0%) afirmaram estar separados. Num estudo com 430 pesquisados, 40% das vítimas eram casados e 54,6% afirmaram ser solteiros¹¹, evidenciando divergência com a literatura, ou quem sabe, mudança no perfil das vítimas de acidentes.

Identificou-se que 83,6% (n=41) se intitulavam pertencentes à raça branca contrapondo estudo em que os homens, jovens, da raça negra, com pouca ou nenhuma escolaridade e baixo nível social são as principais vítimas da violência urbana, como homicídios e mortes causadas pelo trânsito.¹² É importante destacar que na região de estudo há predomínio por pessoas de origem Alemã e Italiana.

Quanto à formação escolar 69,3% (n=34) possuíam de 0 a 8 anos de escolaridade, Em pesquisa realizada em Goiás, com duração de um ano e 301 pacientes, todos jovens vítimas de acidentes de transporte, no quesito escolaridade, 25,0% (n=75) tinham até o primeiro grau incompleto.¹³

Em relação aos tipos de acidentes, onde identificou-se que 30,6% (n= 15) foram por quedas; 30,6% (n=15) por motocicletas; 16,3% (n=8) casos de violência (ferimento por arma branca (FAB), ferimento por arma de fogo (FAF) e agressão física); 16,3% (n=8) acidentes de carro e 6,1% (n=3) por atropelamento. Entre os casos de violência 75% (n=6) pacientes eram do sexo masculino e apenas 25% (n=2) eram do sexo feminino, demonstrando uma superioridade de exposição dos homens nos casos de violência física.

A violência foi responsável pela maioria dos traumas na faixa etária dos 18 a 28 anos, onde havia 12,2% (n=06) vítimas. Em seguida aparecem os acidentes de motocicletas com 10,2 % (n=05) vítimas, 04% (n=02) acidentes automobilísticos e 02% (n=1) queda de altura. Nos casos de acidentes com motocicletas, notamos que 26,5% (n=13) pacientes eram do sexo masculino e apenas 04% (n=02) do sexo feminino.

O uso da motocicleta aumentou nos últimos anos, principalmente quando usada como instrumento de trabalho, onde o condutor é muitas vezes forçado a ultrapassar os limites de velocidade para chegar mais rápido ao seu destino, expondo assim seus ocupantes a acidentes graves em vias públicas.¹⁴

Entre os acidentes de carro houve o mesmo número de vítimas 50% (n=04) em ambos os sexos. Em relação aos traumas provocados por atropelamento observamos que 66,6% (n=02) pacientes são do sexo feminino e 33,3% (n=01) paciente do sexo masculino, todos com idade superior a 60 anos. Em se tratando dos acidentes provocados por quedas identificamos 66,6% (n=10) pacientes do sexo masculino e destes 70% (n=07) possuíam mais de 60 anos. Nas quedas no sexo feminino observamos 33,3% (n=05) pacientes e todas com mais de 60 anos. Mais de um terço das pessoas com 65 anos ou mais caem todos os anos no mundo, sendo as quedas recorrentes em metade dos casos. As quedas estão associadas à restrição de mobilidade, declínio na capacidade de realizar atividades cotidianas e ao risco crescente de institucionalização, sendo que as quedas são causa de aproximadamente 10% das emergências hospitalares e 6% das hospitalizações de urgência.¹⁵

O envelhecimento diminui a capacidade de equilíbrio que é um processo natural ao ser humano. Quando o sistema nervoso e músculo-esquelético começam a deteriorar, a queda pode ocorrer como um sinalizador de falha nestes sistemas.¹⁵

A classificação das vítimas de trauma segundo tipo de causas externas demonstra que em ambos os sexos houve o predomínio das quedas, seguida por outras causas externas e acidentes de transporte.⁵ No sexo masculino, os acidentes de transporte e agressões foram os principais responsáveis pelas internações. Já no sexo feminino ocorrem mais internações por quedas.

No que tange o horário em que ocorreram os acidentes (carro, motocicleta, queda, atropelamento ou violência), houve prevalência do horário da noite (18:01 às 00:00 Hs) com 36,7% (n=18) casos, seguido

pelo turno da tarde (12:01 às 18:00 Hs) com 32,6% (n=16) casos, outros 24,4% (n=12) pela manhã (6:01 às 12:00 Hs) e apenas 6,1% (n=3) ocorreram pela madrugada (00:01 às 06:00 Hs).

Nos dias úteis e nos horários de pico como ida e vinda do trabalho, observa-se aumento do número de vítimas de acidentes, principalmente no horário de retorno (18h às 19h), isso indica que além de um grande número de veículos circulantes, o cansaço de um dia de trabalho podem aumentar as chances de ocorrer um acidente.¹⁴

Quanto à localização das lesões identificou-se que houve 20,4% (n=10) casos confirmados de lesões exclusivamente torácicas, 8,1% (n=04) casos de lesões toracoabdominais, 6,1% (n=03) casos de lesões exclusivamente abdominais, 4,0% (n=02) pacientes apresentavam lesões torácicas e abdominais concomitantemente e 61,2% (n=30) casos de lesões em outras partes do corpo, sendo que estas inicialmente eram prováveis diagnósticos de traumas torácicos.

Os traumas toracoabdominais são os que acometem a parte do tronco localizada abaixo do quarto espaço intercostal de cada lado e uma linha imaginária que passa pelos limites inferiores dos hipocôndrios.¹⁶ Os traumas abdominais ocorrem abaixo do quarto espaço intercostal anteriormente e sexto espaço intercostal posteriormente.¹⁷

Em se tratando da classificação quanto ao tipo de lesão torácica podemos apontar que de um total de 17 pacientes, 58,8% (n=10) tiveram lesões torácicas e toracoabdominais classificadas como fechadas, e 41,1% (n=07) pacientes tiveram lesões abertas, as quais foram decorrentes de violência, ou seja, ferimento por arma branca (FAB) e ferimento por arma de fogo (FAF).

O trauma de tórax pode ocasionar diferentes lesões dependendo do agente causador, podendo ser classificada como lesão penetrante ou fechada. As penetrantes são causadas por forças distribuídas por uma área pequena que penetram dentro da cavidade torácica, como por exemplo: F.A.F., F.A.B. ou queda sobre objetos afiados. No trauma fechado as forças são distribuídas sobre uma área maior e as lesões ocorrem devido a compressão e às forças de cisalhamento.¹⁷

A classificação das lesões de tórax resume-se basicamente a traumas fechados ou penetrantes, sendo esses últimos divididos em ferimentos por arma branca e de fogo. O êxito no atendimento a esses pacientes está relacionada a identificação dos tipos de lesão e de uma conduta adequada, que embora

simples, é decisiva para a sobrevivência do paciente.¹⁸

Quanto à localização da lesão no tórax, na população pesquisada houve 58,8% (n=10) lesões no hemitórax direito e 41,1% (n=07) lesões no hemitórax esquerdo e um paciente apresentou lesões em ambos os hemitórax.

No trauma torácico, as manifestações clínicas que mais acometeram a população estudada foram: 47,3% (n=09) pacientes apresentaram exclusivamente hemotórax; 10,5% (n=02) pacientes manifestou exclusivamente fratura de costela; 5,2% (n=01) paciente apresentou exclusivamente pneumotórax; 5,2% (n=01) paciente manifestou enfisema subcutâneo; 10,5% (n=02) pacientes que tiveram hemotórax e fratura de costela simultaneamente e 5,2% (n=01) paciente apresentou pneumotórax e fratura de costela concomitantemente.

Depois do atendimento primário realizado no setor de pronto socorro, os pacientes foram encaminhados para diferentes setores: 34,6% (n=17) pacientes internados no setor de traumatologia ortopedia; 28,5% (n=14) estavam na clínica cirúrgica; 14,2% (n=07) pacientes no setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 10,2% (n=05) pacientes internados na neurologia; 6,1% (n=03) pacientes foram encaminhados diretamente para o centro cirúrgico (CC); 4,0% (n=02) pacientes internados na clínica médica e 2,0% (n=01) paciente internado no setor do pronto socorro (PS), aguardando leito na instituição.

No setor de urgência e emergência, para fins de diagnóstico do trauma torácico, os exames mais solicitados foram: 20,9% (n=45) pacientes realizaram o Raio X de tórax, 12,5% (n=27) realizaram Raio X de bacia, 9,3% (n=20) de Raio X da coluna cervical, 11,6% (n=25) solicitações para Raio X dos membros inferiores e 5,5% (n=12) para realização de Raio X de crânio.

A realização do exame de Raio X de tórax é importante principalmente nas lesões provocadas por projéteis de arma de fogo que não transfixaram o tórax, nas lesões da coluna dorsal e nas fraturas do esterno.¹⁶

Os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes com diagnóstico de trauma torácico foram necessários, sendo que 16,3% (n=8) pacientes foram submetidos a laparotomia exploradora e 22,4% (n=11) realizaram drenagem torácica.

Em estudo que identificou os procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes com trauma torácico, a drenagem de tórax foi o mais frequente, correspondendo

Frigo J, Kolhs M, Ascari RA et al.

a 50% das cirurgias, sendo realizada em 71% dos pacientes.¹⁸

Para fins de calculo do Escore de Trauma Revisado (RST) utilizaram-se as informações: Pressão Arterial Sistêmica, Escala de Coma de Glasgow e frequência respiratória, registrados no momento da admissão do paciente. Contudo, observou-se subnotificações de informações necessárias para cálculo do RST, bem como a este segmento populacional atendido na referida instituição.⁵ Motivo que impossibilitou o cálculo do Escore de Trauma em quatro prontuários.

Acerca das anotações de enfermagem, estudos apontam que ainda precisa ser melhorada a qualidade dos registros, com informações completas sobre os cuidados que foram prestados ao paciente, possibilitando assim, atingir um nível satisfatório nos registros efetuados. É inaceitável considerar que uma assistência de excelência possa ser prestada com falhas nas anotações médicas e de enfermagem.¹⁹

Neste contexto o trabalho do enfermeiro no serviço de emergência envolve o *Assistir* e *Gerenciar*, a primeira fase o intuito é a assistência às necessidades do paciente, a

Trauma torácico: análise da população atendida...

segunda fase é a organização do trabalho e recursos humanos em enfermagem, sendo que as anotações e registros de enfermagem fazem parte desta competência. Desta forma o enfermeiro precisa aprimorar e atualizar sua equipe através da educação permanente/continuada, a fim de implementar condições adequadas para o registro das informações do cuidado de enfermagem dispensados ao paciente, garantindo uma continuidade da assistência no demais setores da instituição.²⁰

O RST foi criado para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevida.

O RTS com valores próximos de zero, significa que o trauma provocou graves alterações fisiológicas, valores próximos a 12 quando as alterações fisiológicas são mínimas ou inexistentes.⁵

A probabilidade de sobrevida foi calculada em 91,8% (n=45) pacientes e a grande maioria obteve um resultado de 0,969 que corresponde a um RTS de 7, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1. Probabilidade de sobrevida dos pacientes estudados

Nº Pacientes	Pontuação	RTS	Probabilidade de Sobrevida varia
0	0	8	0,988
41	7,84	7	0,969
01	6,90	6	0,919
01	6,37	6	0,919
02	5,96	5	0,807
0	0	4	0,605
0	0	3	0,361
0	0	2	0,172
0	0	1	0,071
0	0	0	0,027

Foi possível afirmar que 83,6% (n=41) destes pacientes apresentaram a pontuação de 7,84, que é o valor máximo no RTS, tendo a probabilidade de sobrevida que varia de 0,969 a 0,988, o que significa ótimo prognóstico. O melhor prognóstico ocorre quanto maior for o resultado da soma, indicando assim a probabilidade de sobrevida.¹⁶⁻⁷

CONCLUSÃO

Identificou-se que os traumas torácicos acometeram mais homens, casados, na faixa etária de 18 a 28 anos, pertencentes à raça branca, com baixa escolaridade. Na sua maioria, trauma torácico fechado, com agravo do caso clínico e aparecimento de hemotórax e com alta probabilidade de sobrevida. O horário de maior ocorrência dos acidentes foi no período da noite.

Dados sugerem que as quedas e acidentes com motocicletas se igualaram no número de vítimas, somando 61,2% dos casos, porém a

faixa etária dos pacientes nestes tipos de acidentes foi diferente. Entre as violências houve maior número de ferimentos por arma fogo e predominância, novamente, do sexo masculino.

O RTS é um instrumento fundamental para a quantificação dos dados, pois permite uma avaliação fisiológica do paciente logo após o trauma, servindo de base para o atendimento hospitalar e posteriormente como um comparativo que avalia a evolução do paciente. A pesquisa também mostrou que apesar dos traumas torácicos apresentarem lesões que predispõe ao risco de morte, a probabilidade de sobrevida foi alta quando avaliados pela RTS.

Há necessidade de capacitação e educação permanente dos profissionais, principalmente enfermagem acerca dos registros realizados, uma vez que a informação possibilita o calculo do RTS e identificação precoce do paciente grave, minimizando impactos negativos à saúde e aos serviços.

As atividades de enfermagem permeiam todo o atendimento à vítima de trauma torácico hospitalizado, razão pela qual o olhar do enfermeiro é importante e decisivo na qualidade do serviço prestado, principalmente nas unidades onde as atividades realizadas pela enfermagem são dinâmicas e a tomada de decisões deve ser feita rapidamente.

Este estudo mostrou que mesmo com as campanhas de educação no trânsito, ainda são muitos os que cometem infrações e provocam acidentes automobilísticos e traumas, gerando assim, um problema de saúde pública sem solução à vista em curto prazo.

REFERÊNCIAS

1. Moraes Neto OL, Montenegro MMS, Monteiro RA, Siqueira Júnior JB, Silva MMA, Lima CM et al. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2012 Oct 19];17(9):2223-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a02v17n9.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil; Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Moraes Neto OL, Malta DC, Silva MMA. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. Cienc Saúde Coleta [Internet]. 2009 Nov/Dec [cited 2012 May 18];14(5):1638. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500001&script=sci_arttext
4. Mori ND, Zamboni V. Traumatismos torácicos. In: Martins, HS et al. Atualização em emergências médicas. São Paulo: Manole; 2009.
5. Souza RMC, Calil AM, Malvestio MAA, Paranhos WY. Atuação no trauma: uma abordagem para a enfermagem; São Paulo: Atheneu; 2009.
6. Malvestio MAA, Souza RMC. Survival after motor vehicle crash: impact of clinical and prehospital variables. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2012 May 16];42(4):639-47. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/en_6529.pdf
7. Brondani RH, Bitencourt FS, Magnago TSBS. Trauma: reflexões necessárias ao enfermeiro e sociedade. Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser [Internet]. 2004 Oct 24-29. Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn; 2005 [cited 2012 May 24]. Available from: <http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=74990&popup=1>
8. Carret MLV, Fassa AG, Paniz VMV, Soares PC. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2011 [cited 2011 June 28];16(supl. 1):1069-2011. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a39v16s1.pdf>
9. Natta TLV, Morris JA. Escores de lesões e desfechos em trauma. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE. Trauma. 4. ed. São Paulo: Revinter; 2005.
10. Debieux P, Chertman N, Mansur NSB, Dobashi E, Fernandes HJA. Lesões do aparelho locomotor nos acidentes com motocicleta. Acta Ortop Bras [Internet]. 2010 [cited 2011 June 29];18(6):353-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v18n6/10.pdf>
11. Santos AMR, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFS, Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2012 May 24];24(8):1927-38. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n8/21.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz. Painel de indicadores do SUS nº 5. Brasília: Organização Pan-americana da saúde; 2008 [cited 2012 May 24]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_sus_5.pdf
13. Caixeta CR, Minamisava R, Oliveira LMAC, Brasil VV. Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2010 [cited 2011 June 28];15(4):2075-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a21v15n4.pdf>
14. Andrade SM, Mello Jorge MHP. Acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil: avaliação da cobertura e qualidade dos dados. Cad Saude Publica [Internet]. Nov/Dec 2001 [cited 2012 Mar 10];17(6):1449-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n6/6970.pdf>
15. Gai J, Gomes L, Nóbrega OT, Rodrigues MP. Factors related to falls among elderly women resident in a community. Rev Assoc Med Bras; São Paulo [Internet]. 2010 [cited 2011 June 29];56(3):327-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/en_v56n3a19.pdf

Frigo J, Kolhs M, Ascari RA et al.

Trauma torácico: análise da população atendida...

16. Pires MTB, Starling SV. Manual de urgências em pronto-socorro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
17. Prehospital Trauma Life Support - PHTLS. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT); American College of Surgeons. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado = PHTLS. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
18. Scapolan MB, Vieira NLP, Nitrini SS, Saad Junior R, Gonçalves R, Perlingeiro GJA et al. Trauma torácico: análise de 100 casos consecutivos. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein - IIEPAE [Internet]. 2010 [cited 2011 Sept 23]. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/1532-Einsteinv8n3_pg339-42.pdf
19. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 Sept/Oct [cited 2012 May 16];64(5):570-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a07v61n5.pdf>
20. Erdmann AL, Oliveira RJT, Santos JL, Cassetari SSR, Soder PK, Rafael Marcelo. Practices of care management from nurses in emergency care. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Aug [cited 2012 Oct 21]. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewPDFInterstitial/2891/pdf_1400

Submissão: 23/02/2012

Aceito: 03/06/2013

Publicado: 01/08/2013

Correspondência

Jucimar Frigo
Rua Benjamim Constant, 164 D, Centro
CEP: 89802-200 – Chapecó (SC), Brasil

Português/Inglês

Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(8):5305-12, ago., 2013