



Artigo Original

PERFIL DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO ADMITIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ NA BAHIA

PROFILE OF PATIENTS ACOMETIDOS FOR HEAD INJURY ADMITTED IN THE PUBLIC HOSPITAL OF THE CITY OF JEQUIÉ IN THE BAHIA

Resumo

Indira de Oliveira Gomes¹
Luana Araújo dos Reis¹
Claudio Henrique Meira
Mascarenhas¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste
da Bahia (UESB)
Jequié – BA – Brasil

E-mail
cianareis@hotmail.com

Este estudo teve por objetivo traçar o perfil dos pacientes acometidos por trauma cranioencefálico, admitidos em um hospital público do município de Jequié/BA. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, realizado nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital público, por meio de um questionário estruturado com perguntas referentes às condições sociodemográficas, estilo de vida e questões relacionadas ao trauma cranioencefálico. Foram avaliados 15 pacientes vítimas de Trauma cranioencefálico, sendo mais freqüente o sexo masculino (86,67%), faixa etária de 20 a 39 anos (33,33%), nível de escolaridade referente ao 2º grau completo (46,66%), estado civil solteiro (53,33%) e renda de até 1 salário mínimo (86,67%). Em relação aos hábitos de vida, a maioria da amostra era etilista, não tabagista (66,67%). A causa do trauma de maior freqüência foi os acidentes motociclísticos (53,33%), sendo os diagnósticos clínicos de maior distribuição o Trauma cranioencefálico leve (26,67%). A ocorrência de óbito esteve presente em 13,33% dos pacientes acometidos por Trauma cranioencefálico. Desta forma, evidenciase que os pacientes vítimas de trauma cranioencefálico são em sua maioria homens, adultos jovens, etilistas e que a principal causa são os acidentes automobilísticos.

Palavras-chave: Trauma cranioencefálico; Epidemiologia; Morbidade.

Abstract

This study aimed to draw the profile of patients affected by traumatic brain injury admitted to a hospital in the Jequié, BA. This is a cross-sectional epidemiological study conducted in clinical medicine and surgery of a public hospital, through a structured questionnaire concerning sociodemographic, lifestyle and issues related to traumatic brain injury. 15 patients were victims of traumatic brain injury, are more frequent in males (86.67%), ages 20 to 39 years (33.33%), education for the 2nd degree (46.66%) , unmarried (53.33%) and income of up to one minimum salary (86.67%). Regarding life habits, most of the sample were alcoholics, non-smoker (66.67%). The cause of traumagreater frequency were motorcycle accidents (53.33 %),withclinical diagnoses of the largest distribution mild Traumatic brain injury (

26.67 %). The occurrence of death was present in 13.33% of patients affected by brain trauma. Thus, it becomes clear that the victims of head trauma patients are mostly men, young adults, and that alcoholics are the leading cause automobile accidents.

Key words: head injury; epidemiology; morbidity.

Introdução

O traumatismo cranioencefálico (TCE) envolve estruturas ósseas cranianas e encefálicas. É definido como todo tipo de agravo que acarrete lesão anatômica, comprometimento funcional, ou ambos¹⁻², podendo mudar permanentemente as habilidades e perspectivas do paciente e modificar a vida de seus familiares além de ocasionar incapacidades e até óbito².

A partir de 1682, o TCE começou a ser descrito como importante fator de óbito em suas vítimas, tomando proporções cada vez maiores com o passar dos anos, até atingir os atuais índices de morbidade e mortalidade³. Atualmente, é o principal determinante de óbito e seqüelas em politraumatizados, sendo por isso definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de Saúde Pública⁴.

O TCE é responsável por cerca de 40% destes óbitos e pela maioria das mortes precoces em traumatismos graves sendo a quarta maior causa de morte nos Estados Unidos e a principal causa de óbito entre 1 e 45 anos⁵.

Os acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes ciclísticos e motociclísticos, agressões físicas, quedas, tentativas de suicídio, lesões por arma de fogo, entre outras menos freqüentes podem ser citadas como as principais causas de TCE⁶⁻⁷. Nos últimos 10 anos, mais de um milhão de pessoas ficaram inválidas devido a traumas mecânicos no Brasil, sendo os acidentes de trânsito (AT) os principais responsáveis por essas taxas⁸. Além de representar um grande problema de saúde pública, os AT implicam em custo anual de 1% a 2% do produto interno bruto (PIB) para os países menos desenvolvidos⁹. Dados nacionais mostram que na capital brasileira, no ano de 2006, a incidência de TCE de 341/100000 habitantes⁸.

As deficiências físicas resultantes do TCE trazem prejuízos ao indivíduo quais sejam: financeiros, familiares, de locomoção, profissionais entre outros, e para a sociedade como gastos hospitalares, diminuição de produção e custos previdenciários. As estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apontam relevância na prevalência do TCE⁹⁻¹⁰. Com isto, torna-se de grande importância a necessidade de conhecer o perfil destes pacientes, uma vez que existe uma subnotificação dos casos por conta da Secretaria de Saúde do município e do Departamento de Trânsito (DETRAN).

Portanto, para que políticas públicas de combate ao trauma sejam eficazes, faz-se necessário, nas quais sejam estabelecidas as populações de risco em cada região e as características das lesões sofridas por esta população. Isto servirá como subsídio para que se possam estabelecer prioridades peculiares de cada bairro, cidade ou estado.

O município de Jequié, localizado na região sudoeste do interior da Bahia, possui uma população estimada de 145964 habitantes, sendo considerada a quarta maior cidade do estado, em número de habitantes, onde a incidência de TCE é significativamente elevada⁶. Nesta perspectiva este estudo tem por objetivo traçar o perfil dos pacientes com trauma cranioencefálico no município de Jequié/BA, tomando como base um hospital público.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal com abordagem¹¹⁻¹², realizado nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital público, no município de Jequié/BA.

A amostra do estudo foi composta por 15 indivíduos vítimas de TCE internadas no hospital no período de janeiro a abril de 2009. Neste período, foi feito diariamente, uma busca ativa nos prontuários e selecionados os pacientes acometidos. Os dados que não continham nos prontuários eram colhidos à beira do leito através de uma entrevista ao paciente ou cuidador. Foram incluídos no estudo os pacientes, vítimas de TCE maiores de 18 anos, que se dispuseram a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para registro dos dados obtidos, foi elaborada uma ficha contendo os seguintes itens: registro, faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação, renda mensal, estado civil, localidade, diagnóstico clínico, causa do trauma, alcoolismo, tabagismo, associação com outros traumas e óbito. Nos casos em que os pacientes não tinham condições mentais e/ou físicas para responder a entrevista, a mesma era aplicada ao seu acompanhante.

Os dados deste estudo foram organizados em uma planilha de dados do Microsoft excel versão 2003 e em seguida transportados para o programa estatístico for windows Stistical Software Program (SPSS) versão 13.0. Sendo realizada análise estatística descritiva por meio de frequência absoluta e porcentagem.

A execução da pesquisa foi pautada no seguimento das questões éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁶ após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob protocolo nº 186/2008.

Resultados

Foram avaliados 15 pacientes vítimas de TCE, sendo mais freqüente o sexo masculino (86,67%), faixa etária de 20 a 39 anos (33,33%), nível de escolaridade referente ao 2º grau completo (46,66%), estado civil solteiro (53,33%), renda de até 1 salário mínimo (86,67%) e profissão aposentado (33,33%)

Tabela 01 - Distribuição das vítimas de TCE segundo características sociodemográficas. Jequié/BA, 2009.

	n	%		n	%
Sexo			Renda		
Masculino	13	86,67	Até 1 salário	13	86,67
Feminino	2	13,33	> 1 salário	1	6,67
Faixa etária			Não sabe	1	6,67
20 a 39 anos	5	33,33	Profissão		
40 a 59 anos	3	20,00	Comerciante	2	13,33
Acima de 59 anos	7	46,67	Aposentado	5	33,33
Escolaridade			Frentista	1	6,67
1º grau completo	6	40,00	Lavrador	2	13,33
2º grau completo	7	46,66	Multioperador	1	6,67
Analfabeto	2	13,33	Pedreiro	1	6,67
Estado civil			Chapista	1	6,67
Solteiro	8	53,33	Eletricista	2	13,32
Casado	5	33,33			
Viúvo	1	6,67			
Divorciado	1	6,67			

Quanto à procedência, houve uma maior distribuição de vítimas de TCE provenientes dos municípios de Jequié (40,00%) e Jaguaquara (20,00%). Numa análise global, 60% vieram de outros municípios.

Em relação aos hábitos de vida, a maioria da amostra era etilista, não tabagista (66,67%). Entretanto, quando questionados, não houve relato de ingestão de bebida alcoólica no momento do acidente.

Tabela 02 - Distribuição das vítimas de TCE segundo o município de origem. Jequié/BA, 2009.

	n	%
Município de Origem		
Ipiaú	1	6,67
Ibirataia	1	6,67
Jequié	6	40,00
Itiruçu	1	6,67
Jaguaquara	3	20,00
Boa Nova	1	6,67
Maracás	1	6,67
Santa Inês	1	6,67
Total	15	100,00

A causa do trauma de maior frequência foram os acidentes motociclísticos (53,33%), sendo os diagnósticos clínicos de maior distribuição o TCE (26,67%), TCE grave (13,33%) e o TCE associado à crise convulsiva (13,33%). A ocorrência de óbito esteve presente em 13,33% dos pacientes acometidos por TCE.

Tabela 03 - Distribuição das vítimas de TCE segundo hábitos de vida. Jequié/BA, 2009.

	n	%
Etilista		
Sim	10	66,67
Não	5	33,33
Tabagista		
Sim	5	33,33
Não	10	66,67
Uso de Álcool no momento do acidente		
Sim	4	26,67
Não	10	66,67
Não sabe	1	6,67

Tabela 04 - Distribuição das vítimas de TCE segundo a causa do trauma, diagnóstico clínico e óbito. Jequié/BA, 2009.

	n	%
Causa do trauma		
Acidente motociclístico	8	53,33
Queda da própria altura	4	26,67
Trauma direto	1	6,67
Atropelamento	2	13,33
Diagnóstico clínico		
Fratura de zigomático direito, associada a henossinus, aumento de partes moles subgaleal frontal bilateral	1	6,67
TCE subgaleal associado a AVE hemorrágico	1	6,67
TCE com lesões parenquimatosas focais agudas resultantes de contusão, homossinus em face, sem sinal de fratura de calota craniana	1	6,67
TCE fechado	1	6,67
TCE leve com lesão em lobo parietal, hematoma subgaleal	1	6,67
TCE associado à crise convulsiva	2	13,33
TCE, politraumatismo	1	6,67
TCE grave	2	13,33
TCE	4	26,67
Hematoma subdural em área frontal direita, desvio de linha média à esquerda	1	6,67
Óbito		
Sim	2	13,33
Não	13	86,67

Discussão

O trauma cranioencefálico é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com predomínio dos adultos jovens do sexo masculino¹³. Os homens são mais lesados que as mulheres¹⁴, dados estes corroborados pelo presente estudo no qual a maior frequência de vítimas de TCE foi do sexo masculino.

O paciente típico tem idade entre 15 a 24 anos de idade momento da lesão¹⁵. O predomínio de adultos jovens como vítimas de TCE é corroborado por diversos autores, conforme demonstrado no presente estudo, porém sem deixar de mencionar outros dois importantes picos de incidência quanto à faixa etária, que são aqueles com mais de 60 anos de idade e vítimas na primeira década de vida.¹⁴⁻¹⁵

Os acidentes de trânsito e suas lesões conseqüentes têm sido alvo de vários estudos epidemiológicos, principalmente na análise da freqüência do TCE, devido ser este o principal agravo e causa de óbito¹⁶. Há grandes gastos hospitalares tanto na fase aguda quanto na fase crônica, ocorrendo a perda de anos laborais que representam, provavelmente, a maior repercussão socioeconômica do acidente de trânsito¹⁷. No presente estudo os acidentes automobilísticos foram as principais causas de ocorrência do TCE.

Nos últimos 10 anos, mais de um milhão de pessoas ficaram inválidas devido a traumas mecânicos no Brasil, sendo os acidentes de trânsito os principais responsáveis por essas taxas. A depender do hospital estudado, o internamento por trauma mecânico pode atingir valores acima de 40%¹⁵.

Quanto à procedência das vítimas, vale enfatizar a importância do HGPV como referência no atendimento do TCE na região sudoeste da Bahia (dados da Secretaria de Saúde do Estado), já que a maioria das vítimas foi paciente vindo de fora da cidade de Jequié.

Em relação à ingestão de bebida alcoólica a maioria dos pacientes relatou ser etilista dados estes semelhantes aos encontrados em estudo realizado no estado da Bahia, no qual 64,0% dos entrevistados faziam uso de bebidas alcoólicas.

Quanto ao uso de bebida alcoólica no momento do trauma, não foi possível pelo presente trabalho inferir quanto à sua importância em vítimas de TCE, devido ao grande número de entrevistados relatarem fazer o uso de bebida alcoólica, entretanto no momento do trauma não estarem ingerindo-a.

Sobre o tipo de TCE no presente estudo houve uma maior distribuição do tipo leve, dados estes semelhantes aos encontrados em estudo realizado em um hospital público de Salvador/BA no qual o 38,4% dos pacientes apresentaram TCC do tipo leve¹⁶.

No estudo realizado em Jequié no interior da Bahia, observou-se que, entre os acidentes com meios de transporte, os acidentes motociclísticos foram as principais causas de TCE nas vítimas internadas no HGPV. Os acidentes com meios de transporte são importantes causas de TCE em grandes cidades brasileiras, entre outras, São Paulo e Brasília (Distrito Federal)¹⁷, sendo os que envolvem motocicletas, seguidos de colisão entre veículos os principais fatores¹⁸.

A falta de qualidade do transporte público no município leva a população a buscar uma forma mais cômoda e barata para se locomover; assim, a moto surge como uma opção mais acessível. Atualmente, com os planos de financiamento e redução de impostos sobre produtos industrializados (IPI), tornou-se mais fácil a aquisição da motocicleta, e por conta disto cresce a cada dia o número de motos nas ruas da cidade.

O alto índice de desemprego no município de Jequié também tem colaborado para o aumento no número de motos na cidade, uma vez que a

maioria dos homens desempregados compra ou aluga uma moto e passa a trabalhar como moto táxi. No entanto, esse serviço de moto táxi não é regulamentado e não possui uma fiscalização eficiente que busque organizar a prestação deste serviço. E assim, sem um planejamento o número de motos é cada vez maior na cidade e conseqüentemente o transito fica mais perigoso e desorganizado.

O aumento da frota de veículos tem sido mundial, mas, em geral, o sistema viário e o planejamento urbano, na cidade, não acompanharam este crescimento. Esses números expressam bem o drama social decorrente da motorização em sociedades em desenvolvimento, como o Brasil, e a necessidade premente de se trabalhar a questão da segurança no trânsito¹⁵.

Esse processo é vivenciado atualmente pelo município de Jequié, que teve um aumento significativo no número de veículos, sobretudo no número de motos e, no entanto não foi realizado nenhum planejamento viário.

Quanto às estatísticas de morbidade, a subnotificação é bastante relevante, uma vez que só são incluídos os AT que chegam ao conhecimento da polícia. Nos EUA, em 1990, aproximadamente 22% dos 5,4 milhões de pessoas envolvidas em acidentes de trânsito não fatais não fizeram ocorrência policial (CDC, 2007). A deficiência de dados sobre os AT constitui um obstáculo importante para o desenvolvimento dos programas de segurança no trânsito, já que prejudica a configuração e a análise do problema. Assim é preciso considerar também os danos físicos, psicológicos e sociais sofridos pelas pessoas que não morrem em decorrência da violência, mas ficam com seqüelas¹²⁻¹³.

Uma análise feita com os grandes grupos de causa de óbitos no Município e no Estado do Rio de Janeiro em 1990 foi observado que, as causas externas são o principal motivo de mortalidade precoce, predominantemente entre representantes do sexo masculino. Como causa isolada, os AT foram responsáveis por 7,6% das mortes precoces no Estado e por 8,3% no Município do Rio de Janeiro. Enquanto isso, na cidade de São Paulo, os AT representam a quinta causa de morte prematura¹⁴.

A taxa de letalidade do presente estudo foi 13,33%, estando inferior aos limites descritos na literatura compreendidos entre 19 e 46%, de acordo com cada centro de atendimento¹⁵.

Como limitação deste estudo cita-se o fato do período de coleta de dados ter sido curto, a falta de informações nos prontuários, e a escassez de exames complementares anexados aos prontuários.

Em conclusão, sendo o TCE o principal responsável por elevadas taxas de letalidade e seqüelas em politraumatizados em todo o mundo, na cidade do Jequié, com uma população estimada em 145964 habitantes, este foi o primeiro estudo relacionado com o tema. Pelo presente estudo foi possível identificar, tomando como base o hospital de referência para atendimento público das vítimas de TCE no sudoeste da Bahia, que as principais causas em nosso meio são os acidentes com meios de transporte, seguidos das quedas e trauma direto. Comprovou-se o predomínio das vítimas abaixo de 40 anos de idade, do sexo masculino. Identificaram-se elevadas taxas de morbidade e letalidade, conforme a literatura sobre o assunto. A partir desses dados, outros

estudos poderão ser realizados para que se torne possível à confirmação dos resultados obtidos e a avaliação quanto aos atuais métodos preventivos¹¹⁻¹⁵.

Nesta perspectiva, sugere-se que sejam realizadas campanhas de educação no trânsito associadas a programas que incentivem os condutores a cumprir a leis de trânsito, junto a elaboração de cartilhas e jogos educativos.

Referências

1. Andrade AF, Paiva WS, Amorim RLO, Figueiredo EG, Rusafa Neto E, Teixeira MJ. The pathophysiological mechanisms following traumatic brain injury: [review]. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2009; 55(1): 75-81.
2. Cerqueira-Neto, ML, Moura AV, Scola RH, Aquim EE, Rea-Neto A, Oliveira MC, Cerqueira TCF. Efeitos das manobras de fisioterapia respiratória na hemodinâmica cerebral: um ensaio clínico. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2010; 68(4): 567-72.
3. Santos AMR, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFS, Teles JBM. Profile of motorcycle accident victims treated at a public hospital emergency department. *Cadernos de Saude Publica* 2008; 24(8): 1927-38.
4. Martins, Hugo André de Lima; Ribas, Valdenilson Ribeiro; Martins, Bianca Bastos Mazullo; Ribas, Renata de Melo Guerra; Valença, Marcelo Moraes. Post-traumatic headache/ Cefaléia após traumatismo cranioencefálico. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2009; 67(1): 43-5.
5. Costa KN, Nakamura HM, Cruz LR, Miranda LSVF, Santos-Neto RC, Cosme SL, Casulari LA. Hyponatremia and brain injury: absence of alterations of serum brain natriuretic peptide and vasopressin. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2009; 67(4): 1037-44.
6. Hohl A, Mazzuco TL, Coral MHC, Schwarzbald M, Walz R. Hypogonadism after traumatic brain injury: [review]. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo* 2009; 53(8): 908-14.
7. Melo JRT, Silva RA, Moreira ED Jr. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na Cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2004; 62:711-15.
8. Melo JRT, Silva RA, Filho JO, Moreira ED Jr. Fatores preditivos do prognóstico em vítimas de trauma cranioencefálico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2005; 63 (4): 670-5.
9. Fulk G.D; Geller A.S. Traumatismo Crânio encefálico. In: Schmitz, T.J; O'Sullivan S.B. *Fisioterapia Avaliação e Tratamento*. 4ª ED. São Paulo: Manole, 2004. p.783-819.
10. Thiesen RA, Dragosavac D, Roquejane AC, et al. Influência da fisioterapia respiratória na pressão intracraniana em pacientes com traumatismo cranioencefálico grave. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 2005; 63:110-13.
11. O'Bryant SE, Marcus DA, Rains JC, Penzien DB. The neuropsychology of recurrent headache. *Headache* 2006; 46:1364-76.
12. Pascual-Lozano AM, Salvador-Aliaga A, Lainez-Andres JM. [Posttraumatic headache. Pathophysiology, clinical, diagnostic and therapeutic aspects]. *Neurologia* 2005.
13. Lyczak P, Lyczak-Rucińska M. Chronic post-traumatic headache and brain perfusion changes assessed using magnetic resonance imaging. *Neurol Neurochir Pol* 2005; 39:49-54.
14. Gurr B, Coetzer BR. The effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-traumatic headaches. *Brain Inj* 2005; 19:481-91.

15. Moscato D, Peracchi MI, Mazzotta G, Savi L, Battistella PA. Post-traumatic headache from moderate head injury. *J Headache Pain* 2005.
16. Lew PH, Fuh JL, Wang SJ, Clark DJ, Walker WC. Characteristics and treatment of headache after traumatic brain injury: a focused review. *Am J Phys Med Rehabil* 2006; 85:619-27.
17. Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor. Disponível em: [http:// www.sarah.br](http://www.sarah.br) Acesso em 02 de maio de 2008. Acesso em 03 de Abril de 2008.
18. Sousa RMC, Koizumi MS, Calil AM, Grossi SAA, Chaib, L. A gravidade do trauma em vítimas de traumatismo crânio-encefálico avaliada pelo manual ais/90 e mapas cais/85. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1998; 6 (1).

Endereço para correspondência

Rua i, nº 15, Urbis III, Jequezinho
Jequié – Bahia - Brasil
CEP: 45.206.510

Recebido em 14/10/2009
Aprovado em 14/06/2011