UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

LILIANE CRISTINA DE ALÉM-MAR E SILVA

**Características clínico-epidemiológicas das ocorrências envolvendo traumatismo
cranioencefálico (TCE) atendidas em um hospital universitário**

Ribeirão Preto
2018

LILIANE CRISTINA DE ALÉM-MAR E SILVA

**Características clínico-epidemiológicas das ocorrências envolvendo traumatismo
cranioencefálico (TCE) atendidas em um hospital universitário**

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
USP de Ribeirão Preto como parte dos requisitos
para obtenção do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Fernando Bellissimo
Rodrigues

Co-orientador: Prof. Dr. Sandro Scarpelini

**Ribeirão Preto
2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Silva, Liliane Cristina de Além-Mar e

Características clínico-epidemiológicas das ocorrências envolvendo traumatismo cranioencefálico (TCE) atendidos em um hospital universitário. Ribeirão Preto, 2018.

200 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Bellissimo-Rodrigues, Fernando.

Co-orientador: Scarpelini, Sandro.

1. Trauma. 2. Traumatismo cranioencefálicos. 3. Qualidade de vida. 4. Epidemiologia. 5. Quedas 6. Acidentes de trânsito.

Nome: Silva, Liliane Cristina de Além-Mar e

Título: Características clínico-epidemiológicas das ocorrências envolvendo traumatismo cranioencefálico (TCE) atendidos em um hospital universitário. Ribeirão Preto.

Tese apresentada ao Programa de Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À Anali,

minha companhia e inspiração

AGRADECIMENTOS / ACKNOWLEDGEMENTS

Sou grata sempre em primeiro lugar, pela iluminação divina e proteção dos guardiões, ambos inspiradores de ideias e criações, e blindadores dos riscos visíveis e invisíveis a que nos expomos quando almejamos dar um passo à frente.

Desconhecida na FMRP, carregando comigo a minha pergunta de pesquisa, as curiosidades e as angústias, fui, há 6 anos, acolhida por Dr. Afonso e Dr. Sandro Scarpelini, que me abriram as portas da UE-FMRP e me guiaram pelos caminhos da exploração da realidade do trauma, da assimilação das planilhas, do amadurecimento acadêmico, da exploração de novos mundos e da articulação das palavras. Aos meus dois condutores, meu reconhecimento, gratidão e respeito.

Dr. Fernando Bellissimo, que foi surpreendido com a proposta de guiar os últimos passos da produção dessa tese, obrigada por, em meio à natural atribulação de sua vida diária, abrir sua mente e coração para receber a mim, este trabalho, e tudo o que envolvemos. Mais que um norte para a finalização, o senhor chegou para representar um porto seguro pelo qual serei sempre muito grata.

Desta vez ainda mais desconhecida em Toronto, braços abertos de Dr. Sandro Rizoli me mostraram que a excelência da vida consta em ser simples, verdadeiro, disponível, coerente e bom. Pela abertura de olhares e horizontes que o senhor trouxe para minha vida, minha profunda admiração e gratidão.

Estava mergulhada na multidisciplinariedade natural dos processos de lesões neurológicas adquiridas, quando uma voz do Universo da Saúde Mental me ajudou a manter o foco e a coerência nas interpretações “psis”. Obrigada, Dr. João Mazzoncini, por aceitar o desafio de pensar comigo em dois momentos tremendamente determinantes, bem no comecinho e bem no final deste estudo.

À CAPES, cada um de seus colaboradores, técnicos e responsáveis, que em tempos áridos dedicam-se diariamente a acreditar e viabilizar a pesquisa brasileira, e que fomentaram mais este estudo através de minha bolsa de doutorado e mais esta imersão internacional através de minha bolsa de doutorado sanduíche em Toronto-Canadá, sou profundamente grata.

À cada pessoa que aceitou meu telefonema ou me recebeu no espaço da intimidade de sua casa, me emprestou seu tempo, sua história ou apenas seus dados nas planilhas informatizadas, minha sincera solidariedade e gratidão.

Aos pacientes que por mim passaram desde o princípio de minha formação profissional, e que me confiaram suas vidas e dores para que eu pudesse me incomodar, sair do conforto, crescer como pessoa, e seguir buscando informações, atuações e intervenções de evidência científica. Representados pelo Rodrigo, que não é tímido e me pediu que citasse seu nome em meus agradecimentos, sou grata a cada um de vocês que me ensina, no cotidiano de meu trabalho, que o TCE é um renascimento que merece atenção social, carece de alto nível de qualificação profissional, e ainda pode permitir uma vida feliz e realizadora.

Aos professores da banca de qualificação, que de forma tão sensata indicaram coerentes rumos para o trabalho, vocês foram fundamentais para a adequada exploração deste estudo. Obrigada.

Gratidão imensa também a cada nome indicado para a banca de defesa, que mesmo na incerteza de sua seleção para a banca titular dispuseram-se a receber este texto e a colaborar com sua qualidade e com meu futuro profissional.

À Andrea, primeiro membro técnico desta equipe de colaboradores do estudo, e responsável pela excelência da seleção de dados e informação de pacientes, obrigada por dar a este processo acadêmico a cor da amizade. O curso dos últimos anos foi mais suave, divertido e rico devido à sua companhia.

Junto da Andrea, duas professoras de vida e de sistemas hospitalares me ensinaram sobre paciência, colaboração, trabalho em equipe, e companheirismo. Cerina e Adriana, suas lições foram assimiladas e serão praticadas por toda minha vida. Obrigada por me receberem em suas vidas.

Demais colegas do NHE, especialmente àqueles que me receberam na UE durante os levantamentos do estudo – Jana, Dr. Clésio, Dr. Daniel, Dra. Roseli – seu espaço físico é inversamente proporcional ao seu aconchego. Obrigada por me fazerem sentir-me como uma de vocês.

Lívia e Francisco Júnior da Informática Biomédica emprestaram sua inteligência a mim e aos mapas de Ribeirão Preto, me levaram a cada domicílio e à compreensão da

simplificação da vida quando temos paciência e contamos com a ajuda de alguém. Vocês, literalmente, me trouxeram o norte, e a gratidão.

À Daiane, por sua flexibilidade não apenas para mergulhar em uma temática estranha e tirar dela coerência estatística, mas também para lidar com as mudanças e adversidades ocorridas durante o processo, muito obrigada.

Alan e Renato, contei com vocês quando me senti exposta ao risco físico e emocional. Obrigada pela paciência e horas dedicadas a me acompanhar pelo desbravamento do mapa de Ribeirão Preto à procura das informações preciosas que aqui são expostas, e das experiências mais enriquecedoras da minha vida.

Ao Departamento de Medicina Social da FMRP, todos professores e funcionários, especialmente Sérgio e Paula, obrigada por aliarem ao seu conhecimento e técnica o altruísmo, bom humor e disposição. Vocês fazem a diferença cotidianamente, e fizeram muita durante todo o meu curso, obrigada.

Sandy, you showed me that only by existing and being there, we are able to make someone feel comfortable and confident. Thank you so much for your support, guidance, kindness and for giving me your friendship as a major gift during this research.

Amanda, I learned from you about time-management to balance between happiness and high quality. Thank you for your time and for sharing such big experiences and learnings.

Dina, I could never thank you enough for your availability, prompt organization, support, hugs, tips and pieces of advice. Thank you for warming up my Canadian time.

Jenn, Ada, Andrea Phillips, it was very meaningful watching your daily work. It taught me a lot about the importance of each detail in taking care of someone. Thank you for your patience.

Marielba and Jennie (St. Stephen's Community Centre), thank you for our weekly joyful time together and the sharing.

Maritza, Maira, thank you for your attentive eyes and hearts, for being able to read and hear the details beyond what we are able to express by writing or saying. You warmed up our Canadian time and showed us the meaning of being Lord's alive and active tools.

Cinthia, Joy, Miranda, Arlene and all other members of Scott Mission Group, you make real fireworks inside peoples' hearts. Thank you for making us feel this way in Canada.

Gurkan and Kayra, having you close to us was one of the most blessed things in our lifetime. Thank you for supporting us as a family and for bringing us the most joyous time ever. I celebrate this achievement with you.

André, sócio de paixão e de vida, a quem tenho prazer de chamar irmão, com todo amor e implicância que o termo envolve. Sou grata pelas mãos dadas, debates sonhadores e realizadores, e abraços de segurança e conforto. Eles me trouxeram até aqui.

Julliana, Paola, Rosana Rosa, Tia Rosana, Bethânia, amigas em corpo e alma, serenidade e intensidade, a vocês agradeço a manutenção do meu sentimento de companhia constante, nutrição do amor e braveza na superação íntima. Namastê.

Samuel, sua amizade e colaboração transcenderam a adolescência e vieram pra revisão dessas palavras. Obrigada pela amorosidade e incondicionalidade de sua atenção. Sua sensatez e sabedoria fizeram toda a diferença em mais esta etapa da minha vida.

Querido anjo Fernando, vindo do universo cibernético para neutralizar causas mais que impossíveis, a gratidão é extrema pelas aulas que você tem me dado de doçura, caridade, simplicidade, comprometimento, esforço e equilíbrio.

Amado primo Aldo, ser especial que não cabe e nunca caberá entre o convencional e padronizado, a vida e intensidade de suas criações alcançaram espaços duros e frios, e isso é um importante legado! Obrigada pelo constante “vamo que vamo”, e por trazer, para mais esta produção acadêmica, o ânimo do cotidiano sob formas e algoritmos de afeto e sensibilidade.

Equipe INEPS, minha família de todos os dias, e companheiros pelos caminhos dos sonhos e ideais, obrigada por sua parceria constante, serena, energética, amorosa e certa.

Amados e sempre lembrados Vovó Elza, Vovô Geraldo, Vovô Nenê, Tio Pereira, Tia Zezé, Tio Beto, Vô Gumerindo e D. Esmeraldinha, obrigada pelos ensinamentos sobre o valor da vida e de sua passagem. Seu legado e sua proteção me fazem feliz, inspirada, ativa e forte.

Querida família nas figuras de tios, primos e primos-sobrinhos, vocês são minha base, chão firme e calmaria afetiva. Obrigada por abraçarem minha ausência e entenderem as loucuras da minha vida.

Querida Vozinha Edirce, obrigada pelo modelo do matriarcado, pela sua energia experiente e por me dar exemplo de fé, persistência e alegria, mesmo quando o coração parece limitado e improdutivo.

Meu amado irmão, Zuia, companhia de existência, história, lar e caminhada, obrigada por estar ao lado. Você é meu constante amor e minha eterna admiração.

Meus preciosos pais – mamãe Luciene e papai Wilson – aqueles à quem não canso de falar do meu amor. Ainda que eu não tivesse meu maior bem a agradecer – minha oportunidade de vida – já teria que passar toda ela em gratidão pela lição dos caminhos de retidão, trabalho duro e princípios morais. Mais ainda a agradecer pela paciência para lidar com as frustrações que minhas escolhas lhes trazem, principalmente quando elas envolvem distanciamento, exposição a riscos e dores das saudades. Obrigada por trazerem o desejo de lhes orgulhar como minha maior mola propulsora de vida. Que, enquanto eu respirar, eu possa lhes orgulhar e trazer aos seus corações a certeza de que cada passada sua foi sábia e certa.

Anali, princhessinha linda e companheira de evolução espiritual. A você, a mais sacrificada e também amada em todo meu processo de estudo e vida, agradeço pela sabedoria, confiança, tolerância e concessões. Agradeço ainda mais por entregar-se de forma tão alegre e otimista aos caminhos que trilha, e por divertir-se livremente vibrando paz, carisma, criatividade e inteligência em cada canto em que pisamos. A você devo o suporte emocional e físico. A você dedico este trabalho, toda minha vida e história.

EPÍGRAFE

*“I wish people understood that a brain injury
is a real physical and emotional impairment
that affects my life in profound ways.
The biggest challenge about living
with a brain injury has been the fact
that my life has been totally turned inside out.
Nothing is the same anymore.
I no longer work.
My friends are not the same.
I am not the same person I was,
and most importantly,
my Family dynamics are not the same.
I am starting life all over again as a new person.”*

A client of the Ontario Brain Injury Association (Maxwell, CJ, Yates, EA, Nylen, K, Antflick, J, Jetté, N, Bronskill, 2015)

“Eu desejaria que as pessoas entendessem que o trauma cerebral
é um dano físico e emocional real
que afeta minha vida em importantes aspectos.
O maior desafio de viver
com um trauma cerebral tem sido o fato
de que a minha vida mudou completamente.
Nada é mais como antes.
Eu não trabalho mais.
Meus amigos não são os mesmos.
Eu não sou mais a mesma pessoa,
E o mais importante,
a dinâmica de minha família não é mais a mesma.
Eu estou recomeçando minha vida, como uma nova pessoa.”

Um cliente da Associação de Traumatizados Cerebrais de Ontario-Canadá

RESUMO

Silva, L.C.A.M. (2018). Características clínico-epidemiológicas das ocorrências envolvendo traumatismo cranioencefálico (TCE) atendidos em um hospital universitário

Traumatismos cranioencefálicos (TCE) constituem a primeira causa de morte de vítimas de trauma que chegam vivas ao atendimento hospitalar, sendo causados, na sua grande maioria, por quedas e acidentes automobilísticos. Além da mortalidade, esses eventos produzem um grande número de casos de incapacidades temporárias ou permanentes, de modo especial em indivíduos jovens. O presente trabalho teve por objetivo estudar características clínico-epidemiológicas dos pacientes com TCE de todas as etiologias atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (UE-HCFMRP) no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016 (componente 1) e a qualidade de vida das vítimas de TCE com alta hospitalar entre os dias 1º de janeiro e 31 de julho de 2015 (componente 2). Para o componente 1, foram analisadas informações de 3.775 pacientes com TCE notificados no banco de dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Após consentimento na participação, foi realizado o componente 2, em que 29 indivíduos foram visitados para a aplicação de instrumentos específicos para os objetivos do estudo, (SF-36, Escala de AVD de Lawton e Brody, HADS, FQ-VP, Questionário referente ao processo reabilitativo). Em todos os anos estudados, TCE foram predominantes em homens, brancos, jovens, solteiros, de baixa escolaridade e profissionalmente ativos. Em números absolutos, os acidentes de trânsito terrestre continuam sendo os mais frequentes mecanismos causadores de TCE. Após um ano de trauma a maioria das pessoas continua sem emprego e não incluída socialmente, e percebem comprometimento de sua qualidade de vida. Os resultados deste estudo permitem conhecer evidências sobre a previsibilidade do contexto da ocorrência do TCE, bem como das alterações de vida que ele promoverá ao traumatizado, independentemente do seu grau de gravidade. Tomadas em conjunto, essas informações podem nortear a implementação de estratégias preventivas que possam mitigar esse grave problema de saúde pública.

Palavras-chave: Trauma. Traumatismo cranioencefálicos. Qualidade de vida. Epidemiologia. Quedas. Acidentes de trânsito.

ABSTRACT

Silva, L.C.A.M. (2018). Clinical and epidemiological characteristics of occurrences involving traumatic brain injury (TBI) admitted in a university hospital

Traumatic brain injuries (TBI) are the leading cause of death of trauma victims who are admitted to a hospital in the most severe cases due to falls and automobile accidents. In addition to mortality, these events produce a large number of cases of temporary or permanent disability, especially among young individuals. Such people undergo long and expensive rehabilitation processes, and typically require special adaptations and equipment, as well as teams of specialized staff. Still, most of them cannot, after the medium term, manage their own lives and re-start their daily activities and professional and school commitments. This study aimed to evaluate clinical and epidemiological characteristics of patients with TBI of all etiologies admitted to the Emergency Unit of Hospital das Clínicas of the Ribeirão Preto Medical School of (UE-HCFMRP) between January 1st, 2010 and December 31, 2016 (component 1) and quality of life among TBI victims between 1st January and 31st July 2015 (component 2). For component 1, information from 3,775 patients with TBI (reported to) was analyzed in the database of the Center for Hospital Epidemiological Surveillance. After consent to participation, component 2 was performed, in which 29 individuals were visited for the fulfillment of specific tools for the study goals (SF-36, Lawton and Brody ADL Scale, HADS, FQ-VP, Reference Questionnaire to the rehabilitation process). In the whole studied interval, TBI were predominant among men, whites, youngsters, single, low education and professionally active people. In absolute numbers, traffic accidents continue to be the most frequent mechanism causing TBI. One year after hospital discharge, most people remain unemployed and socially excluded, and perceive impairment of their quality of life. The results of this study allow us to know the evidence about the predictability of the context of the occurrence of TBI, as well as life changes that it will determine to the traumatized, regardless of their degree of severity. Taken together, that information can lead the development of preventive strategies aimed to control this frequent and severe public health problem.

Keywords: Trauma. Traumatic brain injury. Quality of life. Epidemiology. Fall. Traffic accidents.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, cor da pele e valores da média, mediana e desvio padrão da idade. Ribeirão Preto, 2010 a 2016. (continua)	46
Tabela 2 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária, sexo e proporção masculino:feminino. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	49
Tabela 3 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária, sexo e ano. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	50
Tabela 4 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano de ocorrência e o mecanismo associado ao trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	53
Tabela 5 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o sexo e o mecanismo associado trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	54
Tabela 6 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a área, o local e o ano ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	56
Tabela 7 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e mês de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	57
Tabela 8 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e dia da semana de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	59
Tabela 9 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo índices de gravidade o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	62
Tabela 10 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de valores do Injury Severity Score e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	63
Tabela 11 – Regiões anatômicas correspondendo a valores de Abbreviated Injury Score >1 entre as vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	63
Tabela 12 – Regiões anatômicas correspondendo a valores de Abbreviated Injury Score ≥3 entre as vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	64

Tabela 13 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo os intervalos dos valores do TRISS e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	64
Tabela 14 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo dias de internação em leitos comuns ou de CTI e ocorrência de cirurgias, de acordo com o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	65
Tabela 15 – Número de dias de internação das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	66
Tabela 16 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as condições de saída do paciente do ambiente hospitalar e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	67
Tabela 17 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as condições de saída do paciente do ambiente hospitalar e o ano. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	68
Tabela 18 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano, óbitos e taxa de letalidade. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	69
Tabela 19 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o mecanismo de trauma e sua taxa de letalidade (%). Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	70
Tabela 20 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de valores do ISS e letalidade (%). Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	70
Tabela 21 – Número de casos, óbitos e letalidade (%) das vítimas de traumas atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de probabilidade de sobrevivência do TRISS. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	71
Tabela 22 – Número de óbitos segundo a faixa etária das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	72
Tabela 23 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e razão de óbitos. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	73
Tabela 24 – Distribuição geográfica em setores censitários da área urbana de Ribeirão Preto das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP elegíveis para o componente 2, segundo sua condição de participação no estudo.	76
Tabela 25 – Distribuição de informações sócio-demográficas das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP e visitadas em domicílio para a realização do componente 2 desse estudo.	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Número de vítimas de traumas de diferentes etiologias e de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	44
Figura 2 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo sexo e o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	48
Figura 3 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	49
Figura 4 – Número de vítimas mulheres de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária e o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	51
Figura 5 – Número de vítimas homens de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária e o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	51
Figura 6 - Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano de ocorrência e o mecanismo associado ao trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	53
Figura 7 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o sexo e o mecanismo associado ao trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	54
Figura 8 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e mês de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016	58
Figura 9 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e dia da semana de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	59
Figura 10 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e horário de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	60
Figura 11 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e horário de admissão hospitalar. Ribeirão Preto, 2010 a 2016. .	60
Figura 12 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o dia da semana e a hora de chegada ao Hospital. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.	61
Figura 13 – Distribuição das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de valores do Injury Severity Score. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.....	62

Figura 14 - Número de óbitos de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016. ...	71
Figura 15 - Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo os critérios de inclusão e exclusão para participação no componente 2 deste estudo.....	74
Figura 16 - Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP constatadas para o componente 2 deste estudo, segundo sua condição de participação.....	75
Figura 17 - Distribuição geográfica em setores censitários da área urbana de Ribeirão Preto das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP elegíveis para o componente 2, segundo sua condição de participação no estudo.	77
Figura 18 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com nível de dependência para atividades de vida diária e atividades instrumentais aferida pela Escala de Lawton e Brody.	81
Figura 19 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com o índice de sucesso ou insucesso nas tentativas de reinserção profissional e social.	82
Figura 20 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes e presença de superenvolvimento de seus cuidadores avaliado pelo questionário familiar (FQ).	83
Figura 21 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes e a presença de ansiedade e depressão aferidos pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)....	83
Figura 22 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com índice de comprometimento dos 8 componentes de qualidade de vida aferidos pelo Brasil SF-36.....	84
Figura 23 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com índice de inserção profissional, social, ansiedade, depressão e superenvolvimento de sua família aferidos pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Questionário Familiar (FQ).	85
Figura 24 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com <i>Abbreviated Injury Score 1</i> e seu nível de dependência em atividades de vida diária e atividades instrumentais aferidas pela Escala de Lawton e Brody.	85
Figura 25 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com <i>Abbreviated Injury Score 1</i> e índice de comprometimento dos 8 componentes de qualidade de vida aferidos pelo Brasil SF-36.	86

LISTA DE SIGLAS

AE	auto-eficácia
AIS	<i>Abbreviated Injury Scale</i>
AVD	Atividades de vida diária
CER	Centro de Reabilitação da FMRP-USP
CID	Classificação Internacional de Doenças
CTI	unidades de cuidados intensivos
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EE	<i>Emoção Expressa</i>
FQ-PV	<i>Family Questionnaire – Portuguese Version</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HADS-A	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety</i>
HADS-D	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression</i>
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP
IMOS	Insuficiência de múltiplos órgãos
IRA	Insuficiência renal aguda
ISS	<i>Injury Severity Score</i>
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
QV	qualidade de vida
RTS	<i>Revised Trauma Score</i>
SCE	Síndrome coronariana embólica
SF-36	Questionário de Qualidade de Vida SF-36
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismos cranioencefálicos
TRISS	<i>Trauma and Injury Severity Score</i>
EU	Unidade de Emergência
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1. Considerações iniciais sobre os traumas	21
1.2. Traumatismo Cranioencefálico (TCE)	22
1.3. Aspectos epidemiológicos do TCE	24
1.4. Qualidade de Vida e TCE.....	26
2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS:	30
2.1. Objetivo geral:	30
2.2. Objetivos específicos:.....	30
2.2.1. do componente 1	30
2.2.2. do componente 2	31
3. MATERIAIS E MÉTODOS:.....	32
3.1. População de referência:.....	32
3.1.1. Para o componente 1	32
3.1.2. Para o componente 2	32
3.2. População de estudo:	33
3.2.1. Para o componente 1	33
3.2.2. Para o componente 2	33
3.3. Critérios de inclusão:	33
3.3.1. do componente 1	33
3.3.2. do componente 2	34
3.4. Critérios de exclusão	34
3.4.1. para o componente 1:	34
3.4.2. para o componente 2:	34
3.5. Variáveis de estudo:.....	35
3.5.1. Escala de Coma de Glasgow e índices de gravidade do trauma	36
3.6. Procedimentos:	38
3.7. Instrumentos:	39
3.7.1. Brasil SF-36	39

3.7.2. Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody.....	39
3.7.3. HADS.....	40
3.7.4. FQ	41
3.7.5. Questionário referente ao trauma e ao processo reabilitativo	41
3.8. Tratamento de dados:	42
3.9. Análise estatística dos dados:	42
3.10 Apoio cartográfico:.....	42
3.11. Aspectos éticos:	43
4. RESULTADOS	44
4.1. Componente 1	44
4.2. Componente 2.....	74
5. DISCUSSÃO:.....	131
5.1. Componente 1	132
5.2. Componente 2.....	143
6. CONCLUSÃO:	153
REFERÊNCIAS:	156
ANEXOS:	170
ANEXO A – Ficha da Vigilância Epidemiológica dos TraumasI.....	170
ANEXO B - Lista de CID excluídos (devido a serem CIDs de lesões em face e pescoço) ..	172
ANEXO C - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36.....	174
ANEXO D - Escala das Atividades Vida Diária (Lawton e Brody)	181
ANEXO E - Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS)	183
ANEXO F - Questionário Familiar – Versão Português (FQ-PV).....	185
ANEXO G - Questionário referente ao trauma e ao processo reabilitativo	186
ANEXO H – Parecer consubstanciado do CEP.....	189

ANEXO I - Termo de consentimento livre e esclarecido..... 193

ANEXO J - Informações clínico-epidemiológicas dos pacientes que compuseram o
Componente 2..... 195

1. Introdução

“Um dia, Joãozinho, o indiozinho, entrou no quarto e ouviu aquele zumbido esquisito saindo do canto do quarto. Era o barulho dos grilos e sapinhos que cantavam dentro da noite. O barulho crescia e diminuía; crescia e diminuía. Tinha hora que o som estranho se espalhava por toda a casa. Joãozinho estava ficando cada vez mais intrigado com o ruído. A curiosidade dele aumentando, aumentando, não aguentava mais de curiosidade. Bateu o coco no chão e a noite brotou do dia, densa e impenetrável, cheia de grilos e sapinhos. Foi um desassossego.”
(Castro, 1973)

1.1. Considerações iniciais sobre os traumas

A cada ano 5,8 milhões de pessoas morrem por trauma no mundo, 32% a mais que a soma das mortes por malária, AIDS e tuberculose. Este dado foi apontado pelo Diretor do Departamento de Prevenção de Traumatismos, Violências e Desabilidades da Organização Mundial da Saúde (OMS), Etienne Krug, durante uma conferência na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Brasil, em Setembro de 2012 (Krug, 2012).

No encontro do Representante da OPAS/OMS no Brasil envolvendo outros representantes do Ministério da Saúde, Krug destacou que a mortalidade por trauma corresponde a 10% de todas as causas de morte e, sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumentará até 2030.

Os traumas respondem também pela maioria de incapacitações permanentes. A maior parte dos traumas ocorre entre pessoas de 5 a 44 anos, ou seja, crianças, adolescentes e adultos jovens (Krug, 2012).

Nas idades entre 15 e 29 anos, as lesões causadas por acidentes de trânsito terrestre são a causa mais comum de morte, enquanto homicídios, suicídios, afogamentos e queimaduras, situações frequentemente causadoras de trauma estão, respectivamente, na terceira, quarta, sétima e oitava posições. Entre 5 e 14 anos de idade, as nas idades entre 15 e 29 anos lesões ocorridas no trânsito assumem a segunda posição, logo após as infecções respiratórias (Alves et al., 2009; Universidade de São Paulo [USP], 2010).

No Brasil, as lesões causadas pelo trânsito continuam sendo uma séria preocupação, tendo, em 2013, ocupado o nono lugar dentre os diferentes grupos de doenças responsáveis pelo

maior número de mortes de brasileiros, e o segundo dentre as causas externas, ficando atrás apenas das mortes causadas por agressões de naturezas diversas (Carvalho, 2016).

Em 2010, os traumas decorrentes de acidentes de transporte terrestre totalizavam 22,3 óbitos por 100 mil habitantes registrada em 2010 (USP, 2010). Em 2012 este número subiu para 22,6 óbitos por 100 mil habitantes e em 2013 esse caiu para 21 mortes por 100 mil habitantes (Carvalho, 2016).

Terceiro lugar dentre as principais causas de mortalidade no Brasil em 2004, o trauma, caracterizado por lesões externas, foi responsável pela internação de 791.826 pessoas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006 (Alves et al., 2009). Em 2011, no SUS foi registrado coeficiente de internação hospitalar de 504,3 internações por 100 mil habitantes apenas por causas externas no país. As quedas foram responsáveis pela maior porção deste número, representando 193,5 internações/100 mil habitantes, enquanto os acidentes de transporte terrestre ocupam o segundo lugar com 79,6 internações/100 mil habitantes, seguidos pelas agressões com 25,5 internações/100 mil habitantes e lesões autoprovocadas 4,5 internações/100 mil habitantes (Mascarenhas & Barros, 2015). As repercussões deste tipo de ocorrência nas condições físicas, psicológicas e sociais dos sobreviventes são pouco estudadas no Brasil, mas já bastante abordadas nos países desenvolvidos.

1.2. Traumatismo Cranioencefálico (TCE)

Segundo as Diretrizes de atenção à pessoa com traumatismo cranioencefálico, os TCEs são caracterizados por “qualquer lesão decorrente de um trauma externo que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio, como fratura ou laceração do couro cabeludo, bem como comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vasos, resultando em alterações cerebrais momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional” (Ministério da Saúde, 2015).

O diagnóstico de TCE é inicialmente clínico, o que, quando necessário, pode ser seguido por estudos de neuroimagem, como raio-x, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Clinicamente, este tipo de trauma pode ter sua gravidade avaliada através de diversos sinais tais como tamanho da pupila, presença de convulsões, de déficits neurológicos, exposição de massa cefálica, e nível de consciência. O nível de consciência da pessoa é frequentemente avaliado através da Escala de Coma de Glasgow (ECG). Padronizada para tal

análise, a ECG qualifica os TCE clinicamente em leves, moderados ou graves (Ministério da Saúde, 2015).

Paramédicos, socorristas, emergencistas e centros especializados em traumas possuem treinamento, capacidade técnica e arsenal de equipamentos suficientes para salvar vidas de pessoas gravemente traumatizadas que, sem este aparato, certamente teriam morrido. No entanto, os sobreviventes frequentemente convivem com complicações múltiplas e morbidades associadas. Muitas destas complicações derivam-se inclusive das longas permanências nas unidades de cuidados intensivos (CTIs), uma vez que o foco de atuação destas é a sobrevida, e, em último plano, a reintegração dos pacientes na sociedade com capacidade para viverem uma vida ativa e produtiva (De Palma & Fedorka, 2003).

Sabe-se que as consequências duradouras e mais incapacitantes de um TCE podem ser observadas de imediato ou podem demorar para se manifestarem após a lesão (Alahmadi; Vachhrajani, 2010). Além disso, apesar de uma crescente ênfase na padronização de cuidados em TCE, a reabilitação dessas pessoas é, com frequência, dispendiosa e demorada, e tipicamente requer adaptações e equipamentos especiais, além de equipe de profissionais especializados em intervenções sob quadros de traumas agudos (Livingston, Tripp, & Biggs, 2009).

Como exemplo disto e das consequências futuras deste tipo de trauma na vida das vítimas, um estudo alemão revelou que após acompanhar mais de quatro mil pacientes, a maioria destes não conseguiam, após um ano, administrar as próprias vidas e retomar suas atividades diárias e os compromissos em escolas e trabalho. Este fato tem levado pesquisadores a questionarem a relação de custo benefício de uma sobrevivência com tamanha gravidade e comprometimento funcional (von Wild, 2008).

Apesar de muito já ser estudado sobre tratamentos para casos de TCE, nenhum resultado de foco curativo foi encontrado até o momento, e a melhor terapêutica para este tipo de trauma, até então, ainda é a prevenção. No entanto, as intervenções especializadas em TCE ainda são focadas em cuidados de suporte, reabilitação e auxílio para que o indivíduo se adapte à sua nova vida. Neste contexto, o impacto deste tipo de trauma na qualidade de vida de toda a família é cotidianamente observado, e varia dependendo da extensão e severidade da lesão e de seus efeitos (Avesani, Carraro, & Armani, 2012; Maxell et al., 2015; Ministério da Saúde, 2015).

1.3. Aspectos epidemiológicos do TCE

Mais frequente que o total de casos de câncer de mama, lesões de medula, HIV-AIDS e esclerose múltipla (Colantonio et al., 2010), o TCE é a primeira causa de morte de vítimas de trauma que chegam vivas ao atendimento hospitalar (Alahmadi & Vachhrarajani, 2010). É também a lesão mais frequente e principal causa de morte em pessoas vítimas de causas externas como acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e demais acidentes (Copes, 1988; Dacey, 1991; Mc Ginnis, 1989).

Sua incidência real é de difícil apuração pelo fato de que grande parte dos casos de TCE leve são sub-diagnosticados ou sequer chegam aos hospitais. Outro fato complicador é que, independentemente da gravidade, os casos de TCE são registrados em diversos hospitais e unidades de saúde, e, na maioria dos países, não há um sistema de monitoração desses registros (Miller, 1986; Lopez & Murray, 1998; Santos, De Souza, & Castro Caldas, 2003; Winn, Bullock, Hovda, Schouten, & Maas, 2011).

Estudos mostram uma incidência de TCE de aproximadamente 103/100 mil habitantes nos EUA e de 235/100 mil na União Europeia (Tagliaferri, Compagnone, Korsic, Servadel, & Kraus, 2006), onde foi descrita grande variabilidade entre países. Como exemplo, os valores referidos foram de 340/100 mil na Alemanha (Firshing; Wolschneck, 2001), 212 a 372/100 mil na Itália (Baldo, Marcolongo, Floreani, Majori, Cristofollettil, & Dal Zotto, 2003) e 101/100 mil na Finlândia (Koskinen & Alaranta, 2008).

Os TCE representam hoje a primeira causa de incapacitação entre pessoas de até 40 anos de idade, o que provoca profundos impactos em sua reintegração social, educacional e profissional, e, por consequência, em sua qualidade de vida (McNett, 2007).

Principal causa de mortalidade e morbidade entre adultos jovens (Winn et al., 2011), os TCE compõem um problema de saúde pública de importante impacto econômico, envolvendo despesas anuais com serviços hospitalares e sistemas gerais de saúde e seguridade social, bem como consequências econômicas para famílias e cuidadores (Ghajar, 2000; Cole, 2004; Hyder, Wunderlich, Puvanachandra, Gururaj, & Kobusingye, 2007; World Health Organization [WHO], 2007).

Anualmente, os serviços de emergência dos EUA atuam com aproximadamente 30 milhões de admissões, hospitalizações e mortes devido a traumas. Dentre essas hospitalizações por lesões traumáticas, aproximadamente 16% incluem os TCE como diagnóstico primário ou secundário. Das mortes por trauma, cerca de um terço inclui o TCE como causa direta ou

subjacente da morte. Em 2010, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estimou que os TCE são responsáveis por cerca de 2,5 milhões das entradas nos serviços de emergência, incluindo consultas médicas, internações e óbitos, seja como lesão isolada ou como combinação com outras lesões (Faul, Xu, Wauld, & Coronado, 2010). Do total de internações por ocorrência de TCE, aproximadamente 87% (2.213.826) receberam alta após avaliação, 11% (283.630) ficaram hospitalizados e notificados, e cerca de 2% (52.844) morreram. Ainda nos Estados Unidos, os grupos que mais demandam os serviços de urgência por TCE são crianças de zero a quatro anos, adolescentes de 15 a 19 anos e idosos acima de 75 anos, com maior incidência em pessoas do sexo masculino em torno de 59 anos (Faul et al., 2010; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2015). No mesmo país, 2,8 milhões de pessoas procuraram atendimento hospitalar para TCE em 2013 (Taylor, Bell, Breiding, & Xu, 2017), com cerca de 80% de TCE sendo classificado como leves ou concussões (CDC, 2003). Aproximadamente 5,3 milhões de pessoas vivem com uma deficiência relacionada ao TCE nos EUA (CDC, 2015) e esse número se aproxima de 7,8 milhões de pessoas na União Europeia (Tagliaferri et al., 2006). O custo econômico anual combinado do TCE nos EUA (CDC, 2017) e na Europa (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, & Jönsson, 2012) é de US \$ 120 bilhões.

Nos EUA, entre 2002 e 2010, as principais causas de TCE foram quedas, colisões com objetos e acidentes de trânsito envolvendo veículos automotores. As principais causas de internação foram quedas, acidentes de trânsito com veículos motorizados e agressões. Quanto às mortes decorrentes do TCE, as principais causas foram acidentes de trânsito com veículos automotores, suicídios e quedas (Coronado et al., 2012).

No Canadá, o TCE é uma das condições neurológicas mais prevalentes (Gaskin, Gomes, Darshan, & Krewski, 2017). Apenas em Ontário, cerca de 133.000 atendimentos de emergência para TBI ocorreram em 2009, com US \$ 1 bilhão em custos relacionados à vida (Fu, Jing, McFaull, & Cusimano, 2016).

Na última década, tem sido observada diminuição do número de casos de TCE em países desenvolvidos, assim como da sua gravidade, o que é explicado pela implementação da segurança rodoviária e ocupacional (Oliveira, Lavrador, Santos, & Lobo Antunes, 2012). Entre os países subdesenvolvidos, sua incidência tem aumentado, gerando elevação da incidência mundial, já que nestes locais o aumento do número de veículos nas ruas não tem sido acompanhado por proporcionais investimentos em estrutura, segurança e planejamento urbano, chegando a ser chamada epidemia silenciosa (Gopaul, Wei, Yan, Gong, & Xiao, 2016). A quantidade de casos novos de TCE em torno do mundo é diretamente afetada pelos conflitos da

região do Oriente Médio (Miller, 1986; Abou-Abbass et al., 2016), com a previsão de que, em 2020, será uma das principais causas mundiais de morte (Krug, 2012).

De acordo com o CDC, os traumas causados por acidentes automobilísticos, armas de fogo e quedas, já no ano de 1999, eram causa recorde de mortes e de incapacidades permanentes em adultos jovens nos Estados Unidos (McNett, 2007).

Informações de 2012 mostram que, a cada ano, por volta de 1,5 milhões de pessoas afetadas por TCE morrem, e outros vários milhões recebem alguma forma de intervenção de emergência (Avesani et al., 2012).

Mundialmente, o TCE ocorre predominantemente entre jovens e homens, na proporção de 3:1 em relação às mulheres (Mushkudiani et al., 2007; Colantonio et al., 2010). Também é constatada globalmente a incidência crescente de TCE entre pessoas acima de 65 anos e o destaque das quedas em detrimento dos demais mecanismos causadores de TCE, fenômeno explicado pela redução de ocorrências de acidentes de trânsito terrestre bem como aumento da expectativa de vida populacional e do risco de quedas.

Ainda que a incidência global do TCE esteja aumentando progressivamente, tem se verificado redução da mortalidade associada a TCE em sociedades desenvolvidas, em consequência da melhora de medidas e programas de prevenção, de sistemas de emergência médica e da implementação de protocolos para avaliação e tratamento do TCE (Kelly & Becker, 2001; Hadzic-Andelic, 2010).

1.4. Qualidade de Vida e TCE

Pesquisas relacionadas à investigação da qualidade de vida (QV) de vítimas de TCE, bem como repercussões deste tipo de experiência na vida dos familiares, são escassas na literatura. QV trata de um constructo multifacetado e definido sobre o comportamento e capacidade cognitiva do indivíduo, bem estar emocional e habilidades para conviver com situações domésticas, profissionais e sociais (De Palma & Fedorka, 2003).

Apesar do fato de o TCE ser conhecido por ter consequências sociais, físicas e de saúde duradouras, os estudos de resultado na literatura de TCE tradicionalmente focam seus esforços em descrever apenas as situações de empregabilidade e nível de funcionamento cognitivo da pessoa após o trauma (Ownsworth, 2004; Hadzic-Andelic, 2010; Donker-Cools, Daams, Wind, & Frings-Dresen, 2015).

Entendendo que as medidas de resultado são incompletas se o bem-estar subjetivo do indivíduo não for considerado, alguns estudos passaram a destacar que os valores de qualidade de vida auto-relatados pelo paciente são necessários não apenas durante a assistência da pessoa com TCE, como também na pesquisa envolvendo esse público (Bullinger et al., 2002; MJ, 2000).

A qualidade de vida como medida de desfecho é importante tanto para pacientes como para a equipe clínica que atua com ele, uma vez que um dos principais objetivos da reabilitação é dar aos sobreviventes de TCE uma existência significativa e uma vida dentro de suas expectativas. Os fatores que contribuem para a qualidade de vida podem orientar as intervenções para melhoria do estado físico, cognitivo e emocional, bem como fatores ambientais.

O conceito de qualidade de vida é amplo e existem muitas definições diferentes na literatura. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção dos indivíduos sobre sua posição na vida, no concurso da cultura e sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL], 1998). Considera-se que a qualidade de vida após o TCE está relacionada à obtenção de um estilo de vida saudável e produtivo (Corrigan, Bogner, Mysiw, & Clinchot, 2001), e está sendo cada vez mais usada como uma meta e objetivo maior do processo reabilitativo.

As medidas de qualidade de vida podem ser agrupadas em medidas objetivas (que são definidas externamente, onde a qualidade de vida do paciente é avaliada por uma outra pessoa que informa sobre ele) e medidas subjetivas, que são auto-relatadas (Dijkers, 1999).

Teóricos entendem que as medidas objetivas contam pouco sobre como as pessoas com deficiência ou incapacidade vivenciam sua situação de vida e, portanto, não são úteis no planejamento e avaliação da reabilitação (Brown, Gordon, & Haddad, 2000). Como os pacientes são especialistas em seu próprio bem-estar e funcionamento, seus autorrelatos desempenham um papel importante na captura do impacto da QV nas suas condições de saúde, bem como nos seus planos de tratamento (Petersen, 2005).

A percepção da pessoa sobre o seu funcionamento relacionado à saúde nos domínios físico e mental pode mudar com o tempo, porque a recuperação do TCE é um processo complexo e demorado. O grau de recuperação pode variar devido a diversos fatores, incluindo a gravidade da lesão cerebral, o tempo decorrido desde a lesão, o domínio de funcionamento que está sendo avaliado e a medida utilizada para a avaliação.

Vários estudos descreveram os fatores que influenciam a QV ou satisfação com a vida em pessoas com TCE (Hicken, Putzke, Novack, Sherer, & Richards, 2002; O'Neill et al., 1998; Pierce, 2006; Steadman-Pare, Colantonio, Ratcliff, & Chase, 2001; Webb, Wrigley, Yoels, & Fine, 1995). Os achados frequentemente demonstram que a situação profissional de traumatizados é o ponto mais crítico de suas vidas. Viver com as restrições impostas pela nova condição de vida, o abandono das atividades originais e dos grupos sociais afins parece determinar consecutivas perdas na rotina de vítimas de TCE. Neste sentido, destacam-se comprometimentos referentes não apenas à QV, mas também à sua auto eficácia (AE). A auto eficácia é conceituada como senso de autoestima ou valor próprio, sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar problemas diretamente relacionadas com sua funcionalidade, ou competência para agir em diversas áreas práticas de sua vida, a exemplo do auto cuidado, manipulação financeira, interações sociais e mobilidade, dentre outros (Bandura, 1997). Ambos, QV e AE, ou a queda deles, possivelmente relacionam-se longitudinalmente aos sintomas de transtornos de humor, como ansiedade e depressão em vítimas de TCE, o que também é costumeiramente percebido por familiares e equipes de saúde que lidam com este público.

No geral, a melhoria do funcionamento físico, percepção de saúde mental, participação no trabalho e lazer, bem como apoio social, indicaram aumento de índices de QV, assim como os de relatos de satisfação com a vida por parte de traumatizados. As classificações mais altas de satisfação com a vida foram significativamente associadas ao emprego e também à ausência de abuso de substâncias antes da lesão (Corrigan et al., 2001).

Outros estudos mostraram que as diferenças de sexo influenciaram a percepção da qualidade de vida um ano após a lesão, com significativamente mais mulheres (69% do total de mulheres) relatando pior qualidade de vida geral do que os homens (21% do total de homens) (Dijkers, 2004; Seibert, Idaho, Hash, & Webb, 2002).

A gravidade do TCE é relacionada com o nível de satisfação da pessoa sobre sua própria vida. Estudos identificaram que existe maior tendência de pessoas mais gravemente feridas superestimarem sua satisfação com a vida, mostrando que ela está boa ou não afetada, enquanto pessoas com lesão leve parecem perceber influência mais negativa da lesão em sua satisfação com a própria vida (Brown, 1998).

A percepção de ajustamento e bem-estar consigo próprio após o TCE é essencial para o desenvolvimento de intervenções psicológicas e médicas significativas, assim como de políticas de saúde, especialmente quando se considera a qualidade de vida relacionada à saúde como um resultado relevante do TCE.

Apesar de o TCE já ser reconhecidos como um problema de saúde pública, são escassas as informações epidemiológicas acerca desta realidade, e mais raras ainda as pesquisas que retratam as mudanças de vida determinadas por este tipo de trauma. Apesar destas pessoas viverem prolongadas permanências hospitalares, poucos serviços possuem equipes de vigilância epidemiológica que permitam coletar de rotina informações mais amplas acerca do paciente, tipo e gravidade do trauma, circunstâncias em que ocorreu, evolução clínica, sequelas, etc.

Entre os raros serviços que dispõem de tal facilidade, destaca-se no Brasil a Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (HCFMRP). Caracterizado como referência municipal e regional de atendimento às emergências médicas traumáticas e não traumáticas em um território abrangente no sudeste brasileiro, recebe pacientes de toda a região nordeste e parte das regiões norte e sudeste do Estado de São Paulo, Triângulo Mineiro e sul de Minas Gerais. Trata-se de hospital universitário de atendimento terciário, cobrindo uma população estimada de dois milhões de habitantes (USP, 2010). A UE oferece condições excepcionais para a realização deste trabalho por contar com equipe multiprofissional para o atendimento a pacientes traumatizados, com avaliação inicial realizada por médicos residentes das áreas de cirurgia, ortopedia e neurologia, oferecendo completa infraestrutura de registros de informações, recursos diagnósticos e terapêuticos (USP, 2010). Em paralelo, conta com um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVHE) que, desde 1996, de modo pioneiro no país, passou a incluir as vítimas de acidentes automobilísticos na relação de eventos de investigação compulsória. Posteriormente, em 2004, isto foi ampliado para a totalidade de traumas, independentemente da sua natureza, permitindo um grande acúmulo de dados relativos às vítimas de causas externas atendidas no Hospital.

Esta investigação parte da premissa que pacientes brasileiros sobreviventes de um TCE possam vivenciar, desde sua alta hospitalar, importante perda de qualidade de vida, derivada tanto das complicações e limitações físicas e/ou funcionais, quanto da perda de autonomia e da dificuldade de reintegração social, acadêmica e profissional.

2. Objetivos geral e específicos:

*“(...) Caminhava sonso pelas ondas das ruas
E tropecei numa pedra de dúvida,
Bati a cabeça na quina da mentira,
Fiquei louco e acordei com a aurora da vontade.
Segui meu caminho buscando minha verdade.
Alucinadamente ataquei minha memória. (...)”*
(Espurio, 2009)

2.1. Objetivo geral:

Estudar características clínico-epidemiológicas dos episódios de TCE atendidos na UE-HCFMRP entre 2010 e 2016 (componente 1) e a qualidade de vida das vítimas de TCE com alta hospitalar entre janeiro e julho de 2015 (componente 2).

2.2. Objetivos específicos:

2.2.1. do componente 1

Na população de pacientes com TCE atendidos na UE-HCFMRP entre 1º de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2016:

- a) Identificar a incidência de TCE na UE-HCFMRP;
- b) caracterizar os pacientes segundo variáveis demográficas;
- c) identificar mecanismos causadores, locais e dias da semana de ocorrência dos traumas;
- d) estudar a gravidade dos traumas mediante o cálculo dos seguintes índices: Escala de Coma de Glasgow, Abbreviated Injury Scale (AIS), Revised Trauma Injury e Injury Severity Score;

- e) descrever a evolução clínica, ocorrência de cirurgias, dias de internação, utilização de CTI e condições de alta dos pacientes com TCE;
- f) estudar a letalidade dos mecanismos causadores de TCE;
- g) estudar os óbitos por TCE segundo características epidemiológicas e índices de gravidade.

2.2.2. do componente 2

Na população de pacientes com TCE atendidos na UE-HCFMRP e que tiveram alta hospitalar entre 1º de janeiro e 31 de julho de 2015:

- a) Identificar o perfil sócio demográfico desta população;
- b) após a alta hospitalar, identificar: os diferentes seguimentos terapêuticos; atividades rotineiras realizadas; aspectos de socialização e relações de cuidado;
- c) avaliar o humor do traumatizado;
- d) avaliar qualidade de vida, funcionalidade e atividades de vida diária;
- e) avaliar a emoção expressa do cuidador em relação ao cuidado.

3. Materiais e métodos:

“Seria possível dormir, sonhar e mexer-se tanto a ponto de bater a própria cabeça no mezanino ao lado da cama? Não há espanto algum em entrar num novo dia, um novo dia batendo a cabeça. As pessoas batem a cabeça todo dia, quebram suas cabeças e as espalham ao chão como peças incompletas. Quebra-cabeças. Há peças que encontram quem as recolha, quem as encaixe. Por vezes vai uma vida tentando encaixes. Há também quem seja cuidadoso o bastante para não pisar nelas ou quem as ignore. E não sei se bati a cabeça enquanto sonhava e a quebrei ou se dantes a quebrei e passei a sonhar. Não importa. Por certo nasci batendo a cabeça, de maneira que meu sonho, o sonho verdadeiro, situa-se numa área indefinida, ali entre o esquecido e a saudade, aguardando aninhar-se no aconchego da essência.”
(Cordeiro, 2015)

3.1. População de referência:

3.1.1. Para o componente 1

Pacientes internados na UE-HCFMRP em decorrência de TCE causados por qualquer mecanismo, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2016.

3.1.2. Para o componente 2

Pacientes internados na UE-HCFMRP em decorrência de TCE e que tiveram alta hospitalar, no período de 1º de janeiro de 2015 a 31 de julho de 2015.

3.2. População de estudo:

3.2.1. Para o componente 1

Pacientes vítimas de TCE internados na UE-HCFMRP entre 1º de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2016, e cujos acidentes foram notificados junto ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

3.2.2. Para o componente 2

Pacientes vítimas de TCE internados na UE-HCFMRP cujos acidentes foram notificados junto ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, e que receberam alta hospitalar entre 1º de janeiro e 31 de julho de 2015.

3.3. Critérios de inclusão:

3.3.1. do componente 1

Pacientes vítimas de TCE internados na UE-HCFMRP entre primeiro de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2016 para os quais tenha sido preenchida ficha epidemiológica de investigação pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (anexo A) e possuam AIS para a região da cabeça maior que zero.

3.3.2. do componente 2

Todos os pacientes com diagnóstico de TCE que:

- a) Foram admitidos na UE entre primeiro de janeiro e 31 de julho de 2015;
- b) residiam em Ribeirão Preto;
- c) tinham idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 65 anos;
- d) tinham vivenciado seu primeiro TCE conhecido, seja ele isolado ou com lesões sistêmicas associadas.

3.4. Critérios de exclusão

3.4.1. para o componente 1:

Pacientes que, embora tenham AIS registrados maiores que zero, tenham sofrido lesões exclusivas de face e pescoço, cujos números de Classificação Internacional de Doenças (CID) são elencados no Anexo B.

3.4.2. para o componente 2:

- a) Pacientes que eram portadores de uma ou mais das seguintes condições: qualquer doença que acometa o sistema nervoso central, exceto cefaleia primária; doença cujas manifestações ou seu tratamento possam interferir nas habilidades cognitivas; doença psiquiátrica não tratada informada previamente nos registros hospitalares, sem controle dos sintomas;
- b) Pessoas que estavam em situação que dificulte a obtenção de informações através de aplicação de questionários (presidiários, moradores de rua, pessoas sob a influência de álcool ou drogas no momento da visita, incapazes sem acompanhantes);

- c) Pessoas cujos contatos telefônicos registrados na UE estejam desligados, sejam inexistentes, estejam incorretos ou, de alguma forma, tenham sido insuficientes para o agendamento da visita domiciliar.

3.5. Variáveis de estudo:

Foram consideradas no estudo as seguintes variáveis:

- Idade;
- sexo;
- tempo de amnésia pós traumática;
- número de lesões sistêmicas (lesões anatômicas únicas, ou seja, isoladas, ou múltiplas, ou seja, associadas);
- tipo do TCE (ósseo, hematomas intraparenquimatosos, hematomas subdurais, hematomas epidurais, contusões parenquimatosas);
- escala de coma de Glasgow e índices de gravidade do trauma: ISS, RTS e TRISS (detalhados no item 3.5.1);
- tempo de primeira internação por ocorrência do TCE;
- tipo de convênio para seguimentos terapêuticos (SUS, não-SUS);
- total de internações no intervalo de tempo pós TCE;
- tempo de internação;
- total de procedimentos cirúrgicos realizados;
- tipo de procedimentos cirúrgicos realizados;
- quantidade de medicamentos administrados (doses dos neurolépticos);
- tipo de medicamentos administrados;
- número e tipo de intervenções terapêuticas sugeridas pela equipe na ocasião da alta hospitalar (fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação neuropsicológica, reabilitação neuropsicológica, atividades esportivas, outros);
- condições do paciente no momento da alta hospitalar;
- número e tipo de intervenções terapêuticas buscadas após alta hospitalar (fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, outros);
- modalidade de atendimentos realizados após alta hospitalar (SUS, convênio, particular);

- adaptações realizadas no ambiente (corrimões, rampas, obras no ambiente doméstico, obras no ambiente profissional, outros);
- adaptações pessoais (auxílios para locomoção, equipamentos, próteses, órteses, outros)
- tentativas de reinserção social (escolar, profissional, pessoal);
- resultado das tentativas de reinserção social (sucesso, insucesso);
- qualidade de vida sob a perspectiva do próprio traumatizado, avaliadas através do SF-36 (Ciconelli, Ferraz, Santos, & Meinão, 1999) (Anexo C);
- atividades de vida diária e funcionalidade sob perspectiva do traumatizado, avaliados através da Escala de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969; Santos & Júnior, 2008) (Anexo D);
- ansiedade e depressão sob a perspectiva do traumatizado, avaliados através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (Zigmond & Snaith, 1983) (Anexo E);
- emoção expressa do cuidador em relação ao cuidado, avaliada através do FQ-PV (Wiedeman, Rayki, Feinstein, & Hahleweg, 2002; Zanetti, 2010) (Anexo F);
- questionário referente ao trauma e ao processo reabilitativo (Anexo G);
- estrato socioeconômico medido pela Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP, 2015).

3.5.1. Escala de Coma de Glasgow e índices de gravidade do trauma

Como parte da padronização do atendimento de pacientes traumatizados com manifestações clínicas muito heterogêneas em sua admissão hospitalar, fez-se necessário o desenvolvimento de índices avaliativos da gravidade desses traumas, que, ao longo dos anos, vêm sendo aperfeiçoados com o objetivo de aumento da acurácia da avaliação diagnóstica da pessoa e seu prognóstico futuro (Dacey, 1991; Greenspan, McLellan, & Greig, 1985; Júnior, Scarpelini, Basile-Filho, & Andrade, 1999; USP, 2010).

O *Score de Glasgow* (Teasdale G, 1984, 1976) é determinado pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), que tem critérios de base fisiológica e avalia o quadro neurológico da pessoa levando em consideração os níveis de abertura ocular (pontuada de 1 a 4), de respostas verbais (pontuadas de 1 a 5) e de respostas motoras (pontuadas de 1 a 6). Na ECG esses indicadores são avaliados independentemente e o escore final reflete o estado funcional do encéfalo,

considerando-se a melhor resposta em cada categoria. A soma dos três indicadores da ECG gera um valor que varia entre 3 e 15 pontos, sendo que o total de 15 trata de um indivíduo neurofisiologicamente preservado no que tange seu nível de consciência. Escores de 3 a 8 indicam comprometimento grave, de 9 a 12 comprometimento moderado e de 13 a 15 comprometimento leve (Bouzarth, 1978; Imai & Koizumi, 1996; Jennett & Teasdale, 1977; Koizumi & Araujo, 2005; Koizumi, 1978, 1990).

O *Injury Severity Score* (ISS) é um índice de gravidade determinado através do exame físico, testes radiológicos, cirurgia e autópsia, classificado como anatômico, por considerar as lesões que o trauma causou em várias partes do corpo (USP, 2010; Júnior et al., 1999; Thompson & Dains, 1986). Varia de 1 a 75 pontos, e foi desenvolvido baseado na AIS que é uma lista de milhares de lesões, com valor de gravidade entre 1 e 6, onde escore 1 indica lesão leve; 2, moderada; 3, grave que não ameaça a vida; 4, grave que ameaça a vida mas com sobrevivência provável; 5, crítica com sobrevivência incerta; e 6, gravidade máxima com lesão quase sempre fatal (USP, 2010; Greenspan et al., 1985; Júnior et al., 1999; Mc Ginnis, 1989). O ISS é calculado após a classificação dos índices mais graves de cada uma das seis regiões do organismo (cabeça e pescoço, face, tórax, abdome/conteúdo pélvico, extremidades e anel pélvico, geral ou externo), somando-se os quadrados dos três valores mais elevados nas diferentes regiões. Um ISS de 16 prediz em torno de 10% de mortalidade, e define o trauma como sendo grave em termos de lesão anatômica (USP, 2010; Júnior et al., 1999; Thompson & Dains, 1986).

Através da atribuição de valores numéricos correspondentes a estratos dos valores da ECG, pressão arterial sistólica e frequência respiratória, é possível obter o RTS (*Revised Trauma Score*), considerado um índice fisiológico. Oscilando entre 0 e 8, quanto maior seu valor melhor é o prognóstico do paciente e maior a sua probabilidade de sobrevida (Júnior et al., 1999; Thompson & Dains, 1986).

O TRISS (*Trauma and Injury Severity Score*) sintetiza dados do RTS, ISS, idade do paciente (menor ou maior que 54 anos) e mecanismo do trauma (contuso ou penetrante). É de fundamental importância na análise retrospectiva da probabilidade de sobrevida do traumatizado. A análise do TRISS possibilita analisar a qualidade do serviço prestado na unidade hospitalar e compará-la com a de outros centros de trauma. Sua interpretação é realizada através de pontos de corte, sendo que os valores menores ou iguais a 25% indicam inevitabilidade da morte. Valores entre 26% e 50% indicam pacientes potencialmente salváveis e acima de 51% evidenciam francas condições de sobrevida (USP, 2010; Júnior et al., 1999; Thompson & Dains, 1986).

3.6. Procedimentos:

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVHE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto mantém como uma das suas rotinas investigar todos os casos de traumas que são atendidos nessa Unidade Hospitalar, em trabalho colaborativo levado a efeito desde 1996 entre os Departamentos de Medicina Social e de Cirurgia e Anatomia, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Durante os dias de semana, o pessoal técnico do NVHE toma conhecimento da entrada de pacientes traumatizados por meio de busca ativa na sala de atendimento a traumas, nos períodos das 7h às 19h. Atendimentos em outros horários são detectados pelo NVHE mediante busca nos registros hospitalares de entrada de pacientes. Para cada caso de trauma é preenchida uma ficha epidemiológica específica contendo informações referentes à vítima e ao evento (Anexo A), sob responsabilidade do corpo médico e de enfermagem do NVHE. Além de informações epidemiológicas e clínicas, para cada paciente são calculados e anotados os valores da Escala de Coma de Glasgow e os índices de gravidade do trauma: *Revised Trauma Injury (RTS)*, *Injury Severity Score (ISS)* e *Trauma and Injury Severe Score TRIIS*). Uma vez completado o caso, todas essas informações são incorporadas em um banco de dados, por digitadores do NHE. Nos casos de óbito decorrente de trauma, informações complementares são buscadas por uma enfermeira do NVHE junto ao Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto.

A partir do banco de dados de traumas gerais, foram selecionados todos os pacientes que deram entrada na UE-HCFMRP com AIS maior que zero para a região da cabeça no período entre primeiro de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2016.

Os endereços dos pacientes a serem visitados estavam registrados nas informações dos pacientes, e foram atualizados através do contato telefônico. A partir de então, estes endereços foram traduzidos para coordenadas geográficas – latitude e longitude – para que pudessem ser representados no mapa da cidade de Ribeirão Preto. Essa tradução foi realizada através de uma interface de programação para aplicativos fornecida pelo Google Maps (Developers, 2017). Com as exatas coordenadas de cada residência a ser visitada, e com o apoio do aplicativo do Google Maps, a autora direcionou-se para cada residência no dia e horário acordados com o paciente ou familiar.

Por ocasião da visita, foram detalhados os objetivos, métodos e relevância da pesquisa. Aos que consentiram na participação foi solicitada autorização mediante assinatura de termo de consentimento esclarecido (Anexo H). Na impossibilidade de consentimento por parte do

paciente, ele foi solicitado ao responsável. Foi igualmente solicitado consentimento para participação do cuidador do paciente, o qual foi também objeto de investigação. Aos que manifestaram concordar na participação foram realizadas a entrevista e aplicação de instrumentos específicos.

3.7. Instrumentos:

O encontro foi tecnicamente composto pela utilização dos instrumentos apresentados a seguir, com o cuidador e com o paciente. Nas situações em que os pacientes não tiveram condição de informar, foram coletadas apenas as informações do cuidador:

3.7.1. Brasil SF-36

Vários estudos no Brasil e no mundo discutem o conceito de qualidade de vida. O SF-36, foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso. É composto de 36 itens de auto-resposta (destinam-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um), subdivididos em oito dimensões, cada um com a sua própria característica. Desenvolvido por Ware e Sherbourne, em 1992, foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1999, seguindo todos os passos para aplicação e pontuação exigidos pelo comitê de especialistas, conforme detalhado no Anexo C (Ciconelli et al., 1999).

3.7.2. Escala de Atividades de Vida Diária de Lawton e Brody

O índice de Lawton e Brody é utilizado na avaliação de atividades instrumentais de vida diária que exploram o nível mais complexo da funcionalidade, aquelas necessárias para a

adaptação ao meio ambiente, dando ênfase às atividades comunitárias e àquelas influenciadas pelo desempenho cognitivo da pessoa (Lawton & Brody, 1969; Santos & Júnior, 2008).

É uma escala composta por oito atividades instrumentais (cuidar da casa, lavar a roupa, preparar comida, ir às compras, utilizar telefone, utilizar transportes, administrar próprio dinheiro e administrar medicação própria), permitindo avaliar o grau de dependência do sujeito e o seu comprometimento em relação às suas atividades mais básicas no cotidiano. Desenvolvida por Lawton e Brody, em 1969, foi adaptada ao contexto brasileiro e teve sua confiabilidade analisada em 2008 (Lawton & Brody, 1969; Santos & Júnior, 2008), , sugerindo pontos de corte e respectivas classificações para níveis de dependência:

Pontuação menor ou igual a 7: Dependência total;

Pontuação entre 7 e 21 pontos: Dependência parcial;

Pontuação igual a 21 pontos: Independência total.

3.7.3. HADS

A HADS foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em pacientes não-internados e em indivíduos sem doença (Zigmond & Snaith, 1983).

A HADS possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala.

Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão são obtidas as respostas aos itens da HADS. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983) recomendados para ambas as subescalas:

HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;

HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

3.7.4. FQ

Emoção expressa (EE) é uma medida qualitativa da emoção sentida pelo cuidador nas situações no dia a dia de acompanhamento da pessoa que é cuidada. Esse conceito refere-se à qualidade da interação social entre os membros de uma família, ou seja, aos sentimentos que os familiares expressam em relação ao paciente, e não a todos os seus sentimentos (Wiedemann et al., 2002; Zanetti, 2010).

Ao considerar a EE como um conceito valioso para avaliar o ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia, Wiedemann et al. desenvolveram o Family Questionnaire (Zanetti, 2010), que foi adaptado e validado para a língua portuguesa com população brasileira (Zanetti, 2010).

O instrumento foi escolhido para o estudo por se tratar de um questionário utilizado para avaliar a EE de modo fácil, auto e hetero-aplicável e de fácil compreensão para acompanhantes de variados graus de escolaridade.

O FQ consiste em 20 itens, cada um com quatro possibilidades de resposta (muito raramente, raramente, quase sempre e sempre), sendo dividido em dois domínios com 10 itens cada com intervalo possível de 10 a 40 pontos: 1) Superenvolvimento Emocional (SEE), que indica sentimentos ou atitudes, por parte dos familiares, de desesperança, autossacrifício, superproteção acerca do paciente, composto pelos itens: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19; 2) Comentários Críticos (CC), que indica avaliação negativa da conduta do paciente, composto pelos itens 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20. Os familiares são classificados com alta emoção expressa quando os valores obtidos alcançam 27 ou mais pontos no domínio SEE ou 23 ou mais no domínio CC.

3.7.5. Questionário referente ao trauma e ao processo reabilitativo

Instrumento elaborado pelo grupo de pesquisadores deste trabalho, permeado pelas variáveis específicas a serem analisadas no estudo, para efeito de registro padronizado de informações que permitam a descrição mais acurada possível da realidade atual de cada pessoa visitada.

3.8. Tratamento de dados:

As variáveis de interesse para o componente 1 foram retiradas do banco de dados do NVEH e mantidas em uma planilha eletrônica. As informações referentes ao componente 2 foram transferidas para um formulário específico, codificadas e digitadas utilizando-se uma planilha Excel.

3.9. Análise estatística dos dados:

Foram realizadas análises descritivas com vistas a caracterizar os principais aspectos relacionados ao trauma e ao perfil dos pacientes e cuidadores, expressando-os em porcentagens, medidas de frequências, de tendência central e de variabilidade.

3.10 Apoio cartográfico:

Para criação do mapa apresentado, bem como daqueles utilizados para a realização das visitas domiciliares, foi utilizado o mapa da cidade de Ribeirão Preto, segmentado de acordo com os setores censitários do ano de 2010, excluindo setores marcados como área rural. Para efeitos práticos, a cidade foi dividida em 4 regiões – noroeste, nordeste, sudoeste e sudeste – usando como referência central a latitude e longitude da Catedral do Município. O arquivo contendo o mapa está disponível para download no site do IBGE (IBGE, 2015). Esse processo foi automatizado por meio de um algoritmo em R após a curadoria dos endereços e adicionados ao banco de dados que foi analisado. O arquivo foi manipulado utilizando a linguagem R na versão 3.4.1, em conjunto com os pacotes *rgdal*, *ggplot2* e *maptools*.

3.11. Aspectos éticos:

A presente investigação foi conduzida em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) do Conselho Nacional de Saúde no. 510 de 07 de Abril de 2016, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Processo nº 52791715.7.0000.5440, Anexo H). Potenciais participantes foram esclarecidos sobre objetivos e metodologia do trabalho; aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I).

As informações dos participantes passaram por procedimentos de anonimização, garantindo-se confidencialidade acerca de todos os dados coletados. Apesar de, no mapa, a localização dos indivíduos ser definida de maneira exata por meio da latitude e longitude, o sigilo dos dados é garantido dado que a representação pontual no mapa relativiza a posição. No mapa apresentado foram inseridos pontos que cobrem a área onde o indivíduo está, porém com margem de exatidão de algumas quadras, onde pode haver em cada ponto até mesmo mais de um indivíduo representado, caso estejam em localizações próximas, porém sem comprometer a interpretação dos resultados apresentados no mapa.

4. RESULTADOS

“Renato, irmão mais moço, faleceu em consequência da queda ao correr no colégio: “bateu a cabeça com tal força que ficou desacordado. Surgiram complicações que o levaram”. ”

A lição do amigo: Cartas de Mário de Andrade a Carlos Drummond de Andrade

(Andrade, 2015)

4.1. Componente 1

Entre o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016 foram atendidos na UE HCFMRP 18.786 pacientes por decorrência de traumas de diferentes etiologias, dentre os quais 3.775 (20,1%) tiveram o diagnóstico de TCE. A distribuição do total de casos de trauma de qualquer etiologia e de TCE por ano de ocorrência é apresentada na Figura 1.

Observa-se que a incidência de traumas atendidos na UE-HCFMRP sofreu aumento expressivo entre os anos de 2010 a 2012, e, desde então mostrou uma situação mais estabilizada, embora com leve tendência de elevação. A incidência de casos de TCE também aumentou, mas em menor proporção, entre os anos de 2010 a 2012, mostrando uma tendência à redução nos últimos anos da série.

Figura 1 - Número de vítimas de traumas de diferentes etiologias e de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A distribuição do grupo de pacientes com TCE atendidos na UE-HCFMRP segundo o ano de ocorrência do trauma, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, cor da pele e idade (expressa pela média, mediana e desvio padrão) é apresentada na Tabela 1.

Verifica-se que os homens representaram a maioria dos casos atendidos em todos os anos (77,1% no total). Todavia, a quantidade de mulheres vítimas de TCE aumentou ao longo da série, passando de 20,5%, em 2010, para 26,2%, em 2016. Também em todos os anos, uma expressiva maioria dos pacientes (de 74,0% a 81,7%) revelou a inexistência de um companheiro fixo.

Ocorreu nítido predomínio de participantes com o primeiro grau, com valores constantemente acima de 63,0%. Em segundo lugar, as pessoas com escolaridade menor que primeiro grau representam acima de 17,0%, e, em terceiro, estão os pacientes que chegaram a cursar o segundo grau e representaram acima de 13,4% em todos os anos, ao passo que formação universitária foi relatada por menos de 4,1% ao longo de toda a série.

Pessoas ativas, ou seja, empregadas, somadas a estudantes/menores, totalizaram a maior parte do grupo, representando, 77% de toda a amostra. Em segundo lugar, os aposentados e beneficiários corresponderam a 10% do total do grupo, seguidos por mulheres do lar, indivíduos para os quais não se obteve a informação e desempregados. Detentos ou menores internos na Fundação Casa corresponderam a 0,8% da amostra total.

A cor da pele auto referida pelo grupo de pacientes também mostrou quantidades distribuídas semelhantemente nos anos descritos, com mais de 73,2% representando brancos, os quais foram seguidos por mulatos (valores ao redor de 20,0%) e negros (entre 4,9% e 10,6% nos diferentes anos).

A idade dos participantes variou de menos de um ano a 96 anos, com medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade muito semelhantes em todo o período estudado (valores globais de 33,2 para a média, 29,6 para a mediana e de 21,8 para o desvio-padrão).

Tabela 1– Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, cor da pele e valores da média, mediana e desvio padrão da idade. Ribeirão Preto, 2010 a 2016. (continua)

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	Ano
Variáveis	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Sexo																
Masculino	383	79,5	400	79,8	451	76,1	478	77,7	473	77,7	411	75,0	315	73,8	2911	77,1
Feminino	99	20,5	101	20,2	142	23,9	137	22,3	136	22,3	137	25,0	112	26,2	864	22,9
Total	482	100,0	501	100,0	593	100,0	615	100,0	609	100,0	548	100,0	427	100,0	3775	100,0
Estado civil																
Com companheiro	120	26,0	94	19,3	120	20,4	116	19,1	110	18,3	102	19,0	83	20,3	745	20,2
Sem companheiro	342	74,0	394	80,7	467	79,6	491	80,9	491	81,7	434	81,0	326	79,7	2945	79,8
Total	462	100,0	488	100,0	587	100,0	607	100,0	601	100,0	536	100,0	409	100,0	3690*	100,0
Escolaridade																
Abaixo do primeiro grau	79	17,2	86	18,0	108	18,8	99	17,4	108	18,8	93	18,2	67	17,1	640	18,0
Primeiro grau	295	64,3	303	63,5	372	64,6	370	65,1	365	63,5	321	62,8	251	64,0	2277	64,0
Segundo grau	69	15,0	78	16,4	77	13,4	84	14,8	84	14,6	77	15,1	58	14,8	527	14,8
Superior	16	3,5	10	2,1	19	3,3	15	2,6	18	3,1	20	3,9	16	4,1	114	3,2
Total	459	100,0	477	100,0	576	100,0	568	100,0	575	100,0	511	100,0	392	100,0	3558*	100,0
Ocupação																
Ativo	254	52,7	242	48,3	277	46,7	278	45,2	277	45,5	241	44,0	172	40,3	1741	41,7
Estudante/menor	114	23,7	145	28,9	172	29,0	161	26,2	173	28,4	152	27,7	123	28,8	1040	35,3
Do lar	23	4,8	17	3,4	34	5,7	31	5,0	27	4,4	33	6,0	22	5,2	187	5,1
Detento	5	1,0	4	0,8	4	0,7	6	1,0	7	1,1	3	0,5	2	0,5	31	0,8
Desempregado	16	3,3	16	3,2	18	3,0	16	2,6	10	1,6	19	3,5	21	4,9	116	2,6
Aposentado	48	10,0	58	11,6	62	10,5	78	12,7	72	11,8	68	12,4	61	14,3	447	10,0
Não informado	22	4,6	19	3,8	26	4,4	45	7,3	43	7,1	32	5,8	26	6,1	213	4,6
Total	482	100,0	501	100,0	593	100,0	615	100,0	609	100,0	548	100,0	427	100,0	3775	100,0

Tabela 1 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, cor da pele e valores da média, mediana e desvio padrão da idade. Ribeirão Preto, 2010 a 2016. (conclusão)

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	Ano
Variáveis	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Cor da pele																
Amarela	2	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	2	0,5	7	0,2
Branca	346	72,1	361	72,2	462	77,9	463	75,3	430	70,7	395	72,1	302	70,9	2759	73,2
Mulata	81	16,9	106	21,2	102	17,2	100	16,3	136	22,4	116	21,2	96	22,5	737	19,5
Negra	51	10,6	32	6,4	29	4,9	52	8,5	42	6,9	35	6,4	26	6,1	267	7,1
Vermelha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	480	100,0	500	100,0	593	100,0	615	100,0	608	100,0	548	100,0	426	100,0	3770*	100,0
Idade (anos)																
Média	31,7		31,5		32,4		33,6		32,9		34,5		35,8		-	33,2
Mediana	28,0		27,0		29,0		30,0		30,0		32,0		31,0		-	29,6
Desvio padrão	19,9		21,2		21,3		21,8		21,8		23,2		23,7		-	21,8

* Variáveis que não tiveram a totalidade de dados registrados.

A distribuição das vítimas de TCE de acordo com o sexo e o ano de ocorrência do trauma (Figura 2) mostra que, de 2010 a 2012, a incidência de TCE aumentou tanto no grupo de homens quanto no de mulheres. A partir daí observaram-se valores estáveis no grupo feminino e uma tendência decrescente entre os homens, mais acentuada nos últimos anos da série.

Figura 2 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo sexo e o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A Tabela 2 e a Figura 3 mostram os atendimentos por TCE de acordo com a faixa etária e o sexo. Em números absolutos, homens totalizam 2.911 casos (ou 77,1%) e mulheres 864 (ou 22,9), indicando a proporção de 3,4:1.

Ainda em números absolutos, os mais atingidos foram os indivíduos entre 20 e 29 anos (772 ou 20,5% do total de TCE), seguidos pelos pacientes de 30 a 39 anos (588 ou 15,6% do total de TCE) e 0 a 10 anos (572 ou 15,2% do total de TCE). A partir da faixa entre 40 e 49 anos o número de ocorrências reduziu-se progressivamente. Ocorreu predomínio masculino em todas as idades até os 79 anos, idade a partir da qual mulheres são discretamente mais numerosas. Em idades mais avançadas verificou-se inversão do padrão tradicional, com maior participação feminina, muito embora com valores muito próximos entre os dois sexos.

De modo mais pronunciado entre 20 e 69 anos, homens representam acima de 80% do grupo total. Em números absolutos, o grupo de homens entre 20 e 69 anos totaliza 1.947 ocorrências, ou seja, 51,6% de toda população do estudo, enquanto mulheres na mesma faixa somam 415 traumas, ou 11,0% da amostra geral, revelando, nessa faixa etária crítica, a proporção de 4,7:1.

Tabela 2 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária, sexo e proporção masculino:feminino. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Sexo	Masculino		Feminino		Total	%	Proporção M:F
Faixa etária	n	%	n	%			
0-9	368	64,3	204	35,7	572	15,2	1,8:1
10 - 19	416	77,5	121	22,5	537	14,2	3,4:1
20 - 29	634	82,1	138	17,9	772	20,5	4,6:1
30 - 39	490	83,3	98	16,7	588	15,6	5:1
40 - 49	367	83,6	72	16,4	439	11,6	5,1:1
50 - 59	259	81,7	58	18,3	317	8,4	4,5:1
60 - 69	197	80,1	49	19,9	246	6,5	4:1
70 - 79	114	65,5	60	34,5	174	4,6	1,9:1
80 - 89	51	49,0	53	51,0	104	2,8	1:1
≥ 90	5	35,7	9	64,3	14	0,4	0,6:1
Ignorada	10	83,3	2	16,7	12	0,3	5:1
TOTAL	2911	77,1	864	22,9	3775	100,0	3,4:1

Figura 3 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A Tabela 3 e as Figuras 4 e 5 mostram a distribuição dos casos de TCE segundo a faixa etária e ano de ocorrência, para cada um dos sexos. O padrão das curvas deixa clara a marcante diferença representada pela faixa etária mais fortemente representada entre homens e mulheres, com amplo predomínio dos adultos jovens entre os homens, particularmente na faixa entre 20 e 29 anos, e das crianças até os 10 anos incompletos, entre as mulheres.

Tabela 3 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária, sexo e ano. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total
Idade	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	n
0 – 9	46	19	60	30	60	31	55	30	57	43	52	30	38	21	572
10 – 19	50	16	56	22	72	19	70	18	67	13	63	18	38	15	537
20 – 29	102	18	88	12	99	22	107	25	101	19	73	22	64	20	772
30 – 39	70	12	62	11	73	18	81	12	80	17	78	10	46	18	588
40 – 49	45	11	52	6	54	13	64	14	65	12	56	10	31	6	439
50 – 59	29	7	35	3	43	7	38	10	39	15	35	10	40	6	317
60 – 69	27	5	29	1	31	13	33	11	28	5	21	10	28	4	246
70 – 79	4	4	10	9	15	11	17	7	23	7	22	12	23	10	174
80 – 89	6	5	6	4	3	7	11	9	13	4	8	13	4	11	104
≥ 90	1	0	0	3	0	1	2	1	0	1	1	2	1	1	14
Ignoradas	3	2	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	12
Total	383	99	400	101	451	142	478	137	473	136	411	137	315	112	3775

Figura 4 – Número de vítimas mulheres de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária e o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Figura 5 – Número de vítimas homens de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a faixa etária e o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A distribuição das vítimas de TCE de acordo com o ano de ocorrência e o mecanismo pelo qual o trauma se produziu é mostrada na Tabela 4 e Figura 6. Observa-se que em 2010 os acidentes com motocicletas eram responsáveis pelo maior percentual de TCE, enquanto, a partir de 2011, as quedas compuseram o mecanismo responsável pela maior quantidade de TCE em todos os próximos anos, com tendência ascendente ao longo da série.

No total dos anos, as quedas são os mecanismos causadores do maior número de TCE. Em segundo lugar, os acidentes ocorridos com motocicletas mostraram incidência semelhante entre os anos de 2011 a 2015, com redução do número de casos em 2016. Observou-se redução

gradativa das lesões ocorridas com pedestres. Ocorrências com automóveis e ciclistas oscilaram em diferentes anos, variando, respectivamente de 48 a 87 e de 34 a 81 eventos .

Entendendo que ocorrências por armas brancas e armas de fogo compõem, juntamente com as agressões, situações de violência urbana, pode-se verificar que este conjunto de causas representou o terceiro maior mecanismo causador de TCE atendido na UE-HCFMRP, atingindo o total de 505 ocorrências. Os seus valores se elevaram gradativamente de 2010 até 2012, e passaram a ter uma certa estabilidade a partir daí.

Na categoria “Outros” incluem-se acidentes diversos menos frequentes ou sem descrição precisa durante a internação do paciente. Englobam 1 caso produzidos por queimadura e 7 por acidentes com máquinas. Vale destacar ainda os casos de tentativa de autoextermínio, que totalizaram 16, sendo 10 (62,5%) em homens e 6 (37,5%) em mulheres, com 1 óbito de paciente do sexo masculino ocorrido ainda na internação hospitalar, por decorrência de um choque hemorrágico após saltar de um viaduto. Também são incluídos na categoria “Outros”, os acidentes em práticas esportivas ou recreativas, que totalizaram 14 casos, sendo todos eles de pacientes do sexo masculino, sem nenhum óbito ocorrido no ambiente hospitalar.

Tabela 4 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCMRP segundo o ano de ocorrência e o mecanismo associado ao trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Mecanismo	Queda		Motocicleta		Agressão		Automóvel		Ciclista		Pedestre		Arma branca		Arma de fogo		Outros		Total
Ano	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2010	101	21,0	120	24,9	49	10,2	55	11,4	55	11,4	61	12,7	12	2,5	8	1,7	21	4,4	482
2011	117	23,4	103	20,6	39	7,8	72	14,4	65	13,0	66	13,2	7	1,4	4	0,8	28	5,6	501
2012	142	23,9	125	21,1	63	10,6	63	10,6	72	12,1	81	13,7	8	1,3	13	2,2	26	4,4	593
2013	156	25,4	146	23,7	56	9,1	87	14,1	52	8,5	73	11,9	11	1,8	11	1,8	23	3,7	615
2014	177	29,1	109	17,9	76	12,5	81	13,3	68	11,2	53	8,7	7	1,1	9	1,5	29	4,8	609
2015	165	30,1	123	22,4	56	10,2	48	8,8	52	9,5	51	9,3	10	1,8	9	1,6	34	6,2	548
2016	144	33,7	71	16,6	43	10,1	50	11,7	50	11,7	34	8,0	5	1,2	9	2,1	21	4,9	427
TOTAL	1002	26,5	797	21,1	382	10,1	456	12,1	414	11,0	419	11,1	60	1,6	63	1,7	182	4,8	3775

Figura 6 - Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano de ocorrência e o mecanismo associado ao trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A distribuição das vítimas de TCE de acordo com o sexo e o mecanismo gerador do trauma é mostrada na Tabela 5 e Figura 7. Observa-se preponderância do sexo masculino em todas as situações que conduziram ao TCE, de modo particular naquelas envolvendo motocicletas, ciclistas e violência urbana.

Tabela 5 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCMRP segundo o sexo e o mecanismo associado ao trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Sexo Mecanismo	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
Queda	732	73,1	270	26,9	1002
Motocicleta	673	84,4	124	15,6	797
Violência urbana	423	83,8	82	16,2	505
Automóvel	313	68,6	143	31,4	456
Ciclista	347	83,8	67	16,2	414
Pedestre	277	66,1	142	33,9	419
Outros	146	80,2	36	19,8	182
Total	2911	77,1	864	22,9	3775

Figura 7 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o sexo e o mecanismo associado ao trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A representação das vítimas de TCE de acordo com a área, o local e o ano de ocorrência (Tabela 6) permite observar, que apesar de mais da metade dos casos atendidos pela UE-HCFMRP terem Ribeirão Preto como área de ocorrência do trauma, a quantidade de atendimentos de pacientes oriundos da região de Ribeirão Preto tem aumentado ao longo do tempo. Aqueles realizados com pessoas de fora da região de Ribeirão Preto têm-se mantido relativamente estáveis em cada ano.

Quanto ao local específico do trauma, em todos os anos as vias públicas urbanas mantiveram-se como o cenário mais frequente, seguidas pelos locais desconhecidos ou não descritos pelos pacientes. O próprio domicílio foi o terceiro cenário mais comum de TCE, seguido pelas rodovias.

A distribuição do número de vítimas de TCE de acordo com o ano e o mês de ocorrência (Tabela 7 e Figura 8) revela que os traumas com consequente TCE aconteceram distribuídos de modo mais ou menos aleatório entre os meses dos anos estudados, sem que fosse possível observar nenhum padrão de elevação ou queda nas ocorrências em diferentes períodos.

Tabela 6 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo a área, o local e o ano ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	%
Variáveis	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Área																
Ribeirão Preto	301	62,4	309	61,7	327	55,1	335	54,5	340	55,8	301	54,9	235	55,0	2148	56,9
Região de RP	120	24,9	135	26,9	194	32,7	206	33,5	206	33,8	177	32,3	147	34,4	1185	31,4
Outras	61	12,7	57	11,4	72	12,1	74	12,0	63	10,3	70	12,8	45	10,5	442	11,7
Total	482	100,0	501	100,0	593	100,0	615	100,0	609	100,0	548	100,0	427	100,0	3775	100,0
Local de trauma																
Domicílio	61	12,7	54	10,8	64	10,8	74	12,0	83	13,6	79	14,4	61	14,3	476	12,6
Via Pública urbana	241	50,0	246	49,1	260	43,8	259	42,1	250	41,1	235	42,9	179	41,9	1670	44,2
Rodovia	46	9,5	54	10,8	53	8,9	72	11,7	66	10,8	52	9,5	35	8,2	378	10,0
Rural	5	1,0	5	1,0	6	1,0	8	1,3	8	1,3	5	0,9	2	0,5	39	1,0
Local de trabalho	18	3,7	20	4,0	21	3,5	19	3,1	37	6,1	38	6,9	19	4,4	172	4,6
Desconhecido	92	19,1	98	19,6	144	24,3	151	24,6	117	19,2	96	17,5	103	24,1	801	21,2
Outros	19	3,9	24	4,8	45	7,6	32	5,2	48	7,9	43	7,8	28	6,6	239	6,3
Total	482	100,0	501	100,0	593	100,0	615	100,0	609	100,0	548	100,0	427	100,0	3775	100,0

Tabela 7 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e mês de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	%
Meses	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Janeiro	33	6,8	39	7,8	48	8,1	50	299	7,9	6,6	50	9,1	39	9,1	299	7,9
Fevereiro	35	7,3	32	6,4	64	10,8	60	329	8,7	6,9	49	8,9	47	11,0	329	8,7
Março	54	11,2	28	5,6	46	7,8	45	301	8,0	8,5	43	7,8	33	7,7	301	8,0
Abril	44	9,1	43	8,6	58	9,8	46	302	8,0	7,1	36	6,6	32	7,5	302	8,0
Maiο	50	10,4	49	9,8	39	6,6	60	331	8,8	8,4	47	8,6	35	8,2	331	8,8
Junho	34	7,1	49	9,8	47	7,9	59	325	8,6	9,5	41	7,5	37	8,7	325	8,6
Julho	30	6,2	22	4,4	53	8,9	48	277	7,3	7,4	44	8,0	35	8,2	277	7,3
Agosto	46	9,5	39	7,8	55	9,3	45	307	8,1	8,0	37	6,8	36	8,4	307	8,1
Setembro	28	5,8	39	7,8	45	7,6	55	280	7,4	8,5	31	5,7	30	7,0	280	7,4
Outubro	39	8,1	46	9,2	39	6,6	54	326	8,6	9,9	50	9,1	38	8,9	326	8,6
Novembro	41	8,5	65	13,0	45	7,6	43	355	9,4	10,2	67	12,2	32	7,5	355	9,4
Dezembro	48	10,0	50	10,0	54	9,1	50	343	9,1	9,0	53	9,7	33	7,7	343	9,1
Total	482	100,0	501	100,0	593	100,0	615	3775	100,0	100,0	548	100,0	427	100,0	3775	100,0

Figura 8 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e mês de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016

A distribuição dos casos de TCE segundo o dia da semana e o ano de ocorrência (Tabela 8 e Figura 9) revela um padrão bem determinado, com predomínio dos sábados e domingos sobre os demais dias da semana. Comparativamente aos demais dias úteis, as sextas feiras mostraram números discretamente mais elevados na maioria dos anos estudados.

Tabela 8 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e dia da semana de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	%
Dias da semana	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Domingo	33	6,8	39	7,8	48	8,1	50	8,1	40	6,6	50	9,1	39	9,1	299	33
2a. Feira	35	7,3	32	6,4	64	10,8	60	9,8	42	6,9	49	8,9	47	11,0	329	35
3a. Feira	54	11,2	28	5,6	46	7,8	45	7,3	52	8,5	43	7,8	33	7,7	301	54
4a. Feira	44	9,1	43	8,6	58	9,8	46	7,5	43	7,1	36	6,6	32	7,5	302	44
5a. Feira	50	10,4	49	9,8	39	6,6	60	9,8	51	8,4	47	8,6	35	8,2	331	50
6a. Feira	34	7,1	49	9,8	47	7,9	59	9,6	58	9,5	41	7,5	37	8,7	325	34
Sábado	30	6,2	22	4,4	53	8,9	48	7,8	45	7,4	44	8,0	35	8,2	277	30
Total	46	9,5	39	7,8	55	9,3	45	7,3	49	8,0	37	6,8	36	8,4	307	46

Figura 9 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e dia da semana de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

As Figuras 10 e 11 mostram, respectivamente, o número de vítimas de TCE de acordo com os horários de ocorrência do trauma e de admissão hospitalar ao longo dos diferentes anos de estudo. Em ambos verificou-se decréscimo nos valores entre as 3:00h e 6:00h, bem como elevação a partir das 12:00h. Como diferenças mais notáveis, observou-se aumento progressivo e constante nos horários de ocorrências a partir das 6:00h, ao passo que as admissões evidenciaram um pico ao redor das 21:00h. Além disso, a hora de ocorrência mostrou decréscimo a partir das 18:00h, ao passo que as entradas hospitalares continuaram crescentes e passaram a decair a partir das 21:00h.

Figura 10 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e horário de ocorrência do trauma. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Figura 11 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e horário de admissão hospitalar. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A Figura 12 compara o número de vítimas de TCE que foram atendidas na UE-HCFMRP conforme alguns dias da semana e horário de admissão hospitalar. Embora o padrão

das admissões hospitalares em todos os dias tenha mostrado a mesma tendência de elevação ao longo das horas, observou-se maior ocorrência aos sábados e domingos, comparativamente às segundas e quartas feiras.

Figura 12 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o dia da semana e a hora de chegada ao Hospital. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Os pacientes admitidos na UE-FMRP em decorrência de um TCE foram transportados em sua maioria (2.368, ou 62,7% do total) por Unidades de Suporte Básico. Deste grupo, 1.090 pessoas contaram com veículos advindos da região de Ribeirão Preto e 1.278 foram conduzidos por USB de demais municípios. Como segunda maior frequência, as Unidades de Suporte Avançado foram responsáveis pela condução de 26,7% (ou 1.008 casos) do grupo estudado até o hospital, sendo a sua maioria de origem em Ribeirão Preto (80,7% do total de pessoas transportadas por USB, ou 813 casos). A terceira forma mais frequente de condução do paciente foi o transporte por particulares (4,7%, ou 176 casos), seguida das concessionárias de rodovias, polícia e bombeiros, responsáveis por 3,9% do total (ou 149 casos). Os demais pacientes (2%) foram conduzidos por outras formas de transporte ou tiveram essa informação ignorada.

A condição clínica em níveis de consciência e esferas anatômicas e fisiológicas foi aferida na oportunidade de admissão dos pacientes na UE-FMRP através dos índices de gravidade que são expostos na Tabela 9. Observou-se que a ECG, RTS e TRISS mostraram valores muito próximos durante os anos estudados.

Tabela 9 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo índices de gravidade o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Índices de Gravidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Escala de Coma de Glasgow							
Média	12,5	12,6	12,8	12,1	12,3	12,6	11,9
Mediana	15	15	15	15	15	15	15
Desvio Padrão	4,0	4,1	4,0	4,4	4,3	4,1	4,4
ISS							
Média	11,9	10,8	10,5	11,4	10,2	10,7	10,1
Mediana	9	6	5	9	9	8	4,0
Desvio Padrão	11,8	10,8	11,1	9,8	8,2	9,6	9,5
RTS							
Média	7,1	7,2	7,2	7,1	7,1	7,2	7,0
Mediana	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8
Desvio Padrão	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
TRISS							
Média	92,1	92,5	92,4	91,9	93,2	92,3	90,3
Mediana	99,2	99,4	99,4	99,1	99,2	99,2	99,2
Desvio Padrão	18,5	17,5	18,6	16,5	15,2	18,0	20,2

A Figura 13 mostra que ocorreu predomínio (52,0%) de traumas com valores de ISS situados entre 1 e 8, indicativo de lesões leves. Os traumas classificados como moderados (ISS 9 a 15) corresponderam a 18,0% da amostra estudada. Agrupando-se estas duas categorias, chegou-se a 70% de todas as ocorrências, restando 30% de situações em que as lesões puderam ser classificadas como graves (18%) ou muito graves (12%).

Figura 13 – Distribuição das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de valores do Injury Severity Score. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

A Tabela 10 mostra a distribuição das faixas de gravidade dos valores do ISS de acordo com o sexo dos pacientes traumatizados. Observou-se predomínio absoluto do sexo masculino em todas as categorias de ISS, principalmente naquelas que compreendem os TCE de classificação moderada a muito grave, onde a participação masculina mostrou valores acima de 80,0%.

Tabela 10 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de valores do Injury Severity Score e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Sexo Intervalos de ISS	Masculino		Feminino		Total
	N	%	n	%	
1 a 8	1404	71,3	564	28,7	1968
9 a 15	576	84,3	107	15,7	683
16 a 24	557	83,5	110	16,5	667
> 24	374	81,8	83	18,2	457
Total	2911	77,1	864	22,9	3775

A Tabela 11 mostra o número de lesões anatômicas de todas gravidades (AIS>1) nos vários segmentos corpóreos dos pacientes. A região mais frequentemente comprometida neste grupo de pacientes foi a cabeça e pescoço (46,8%), seguida pelas extremidades (19,5%), tórax (13,9%), face (13,3%), abdome (5,8%) e geral ou externa (0,7%), indicando a ocorrência frequente de múltiplas lesões espalhadas pelas diferentes regiões do corpo, além do TCE .

Tabela 11 – Regiões anatômicas correspondendo a valores de Abreviated Injury Score >1 entre as vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Regiões anatômicas lesadas	n	%
Cabeça e pescoço	1917	46,8%
Face	544	13,3%
Tórax	570	13,9%
Abdome	238	5,8%
Extremidades	799	19,5%
Geral ou externa	29	0,7%
Total	4097	100

A Tabela 12 mostra o número de lesões anatômicas de maior gravidade (AIS≥3) nos vários segmentos corpóreos dos pacientes. Em comparação com as lesões mais leves vistas na

Tabela 11, observou-se uma elevação percentual importante de comprometimento da cabeça e pescoço, que passou de 46,8% a 61,8%.

Tabela 12 – Regiões anatômicas correspondendo a valores de Abreviated Injury Score ≥ 3 entre as vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Regiões anatômicas com AIS≥ 3	n	%
Cabeça e pescoço	1463	61,8
Face	41	1,7
Tórax	424	17,9
Abdome	140	5,9
Extremidades	299	12,6
Geral ou externa	2	0,1
Total	2369	100

A Tabela 13 mostra a distribuição dos pacientes traumatizados segundo as faixas de probabilidade de sobrevida calculadas pelo TRISS. Do total, 84 (2,2%) estavam na faixa de TRISS menor ou igual a 25,0%, indicativo de lesões graves e com grande probabilidade de ocorrência de óbitos. A faixa de 26,0% a 50,0%, considerada como de salvamento potencial, englobou apenas 101 pessoas (2,7%), com todos os demais distribuindo-se acima de 51,0% de TRISS. Chama a atenção que a grande maioria dos pacientes (3.126, ou 82,8%) situaram-se na faixa de probabilidade de sobrevida acima de 90,0%. Probabilidade superior a 95% englobou 2.819 pacientes (74,7%). O predomínio do sexo masculino evidenciou-se em todas as faixas de TRISS consideradas.

Tabela 13 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo os intervalos dos valores do TRISS e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Sexo	Masculino		Feminino		Total
Intervalos de TRISS	n	%	n	%	
0 a 0,25	64	76,2	20	23,8	84
0,26 a 0,50	76	75,2	25	24,8	101
0,51 a 0,75	168	87,5	24	12,5	192
0,76 a 0,90	221	81,3	51	18,8	272
0,91 a 0,95	265	86,3	42	13,7	307
0,96 a 1,00	2117	75,1	702	24,9	2819
Total	2911	77,1	864	22,9	3775

A distribuição dos casos de TCE de acordo com o número de dias de internação em leitos comuns ou de CTI e ocorrência de cirurgias, é mostrada na Tabela 14. Observam-se

valores expressivos de dias totais de internação em leitos comuns (34.903) e em CTI (11.834), bem como de cirurgias (2.831) e neurocirurgias (694). Como esperado, o número de dias de internação em leitos simples e em leitos de CTI variou proporcionalmente à quantidade de casos de TCE atendidos no ano, com destaque para 2013, de maior volume de atendimentos por decorrência de um TCE, e, conseqüentemente, de maior volume de internações tanto em leitos comuns quanto em leitos de CTI. As quantidades de cirurgias e neurocirurgias não demonstraram seguir um padrão quantitativo definido em relação ao total de atendimentos, haja vista que o ano de 2010, de menor número de casos no período estudado (482), foi também aquele com maior número de cirurgias em especialidades diversas de neurocirurgia.

Tabela 14 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo dias de internação em leitos comuns ou de CTI e ocorrência de cirurgias, de acordo com o ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Serviços hospitalares	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Dias de internação	4392	4486	5837	6719	4919	5044	3506	34903
Média	9,1	9,0	9,8	10,9	8,1	9,2	8,2	9,2
Desvio Padrão	18,5	18,2	27,9	23,3	16,2	18,7	18,0	
Dias de internação CTI	1119	1274	1660	2369	1901	2056	1455	11834
Média	2,3	2,5	2,8	3,9	3,1	3,8	3,4	3,1
Desvio Padrão	5,6	7,0	7,5	9,6	7,7	9,3	7,9	
Número de cirurgias	410	374	411	460	407	490	279	2831
Neurocirurgias	89	74	87	80	97	146	121	694
Outras cirurgias	277	247	176	172	164	241	90	1367
Total de atendimentos	482	501	593	615	609	548	427	3775

A Tabela 15 expõe a distribuição dos dias de internação das vítimas de TCE de acordo com a variável sexo. Observa-se que a maioria dos pacientes não chegou a completar 24 horas de internação (1.374, ou 36,4%), sendo que, destes, 122 (8,9%) faleceram neste intervalo de tempo, com o restante (1.252) tendo recebido alta hospitalar. Acrescentando-se os pacientes que permaneceram até três dias, chega-se ao número de 2.295 indivíduos que estiveram no hospital por um máximo de 72 horas, dos quais 223 (9,7%) foram a óbito neste período. Períodos de internação acima de sete dias ocorreram em 29,4% (1.111) dos casos, dentre os quais foram verificados 137 mortes (12,3%). Períodos de permanência hospitalar acima de 16

dias foram verificados em 654 indivíduos (17,3%), dentre os quais foram verificados 66 mortes (10,1%). A Tabela mostra ainda que o sexo masculino apresentou internações mais prolongadas, comparativamente ao sexo feminino.

Tabela 15 – Número de dias de internação das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Sexo	Masculino		Feminino		Total
	N	%	n	%	
Dias de internação					
Zero	973	33,4	401	46,4	1374
1	309	10,6	121	14,0	430
2	239	8,2	49	5,7	288
3	151	5,2	52	6,0	203
4 a 7	366	12,6	80	9,3	446
8 a 11	195	6,7	58	6,7	253
12 a 15	106	3,6	21	2,4	127
≥ 16	572	19,6	82	9,5	654
Total	2911		864		3775

A Tabela 16 representa a condição de alta hospitalar dos pacientes vítimas de TCE de acordo com sexo. Observa-se que a maioria (2.176) saiu do hospital com limitações moderadas¹ (57,64%) e que 901 (41,1%) retornaram para casa com boa recuperação. Além dos 423 óbitos (11,2%), ocorreram seis casos de estado vegetativo persistente e 153 (4,1%) com limitações graves. No total, foram registrados 582 pacientes (15,4%) entre óbitos e pessoas sem condições para retorno à vida produtiva em decorrência do TCE, majoritariamente do sexo masculino.

¹ Para efeito deste estudo foram adotadas as seguintes definições:

Limitações moderadas: pacientes que conseguem ou conseguirão desempenhar independentemente atividades do dia-a-dia, tais como viajar em transporte público e desenvolver alguma atividade de trabalho. Limitações neurológicas incluem algum grau de disfasia, hemiparesia ou ataxia, assim como déficit intelectual e/ou de memória e alterações de personalidade. Pode ocorrer perda de membros ou órgãos sensoriais, desde que não incapacitem o indivíduo para as funções acima mencionadas. Lembrar que o grau de independência é maior do que aquele definido por geriatras como “atividades do dia-a-dia”, entendidas essas como capacidade apenas de auto-cuidado no interior do domicílio (nessa última situação o paciente deverá ser considerado como portador de limitações graves). **Boa recuperação:** implica reassumir uma vida normal, embora possam ocorrer déficits neurológicos e/ou motores de pequena monta. Capacidade para participar de atividades de lazer, bem como Perspectivas de relações familiares normais podem ser considerados na avaliação. Retorno ao trabalho, isoladamente, não deve ser considerado como indicador de boa recuperação. **Limitações graves:** paciente com lesões que o tornarão permanentemente dependente de ajuda para execução de atividades do dia-a-dia devido a limitações de natureza física ou mental, ou a uma combinação de ambas. Importante lembrar que a categoria pode incluir limitações mentais graves, mesmo em pacientes com pouca ou nenhuma limitação física.

Tabela 16 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as condições de saída do paciente do ambiente hospitalar e sexo. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Ano	Masculino		Feminino		Total
Condição de alta	n	%	n	%	
Óbito	973	33,4	401	46,	1374
Estado	309	10,6	121	14,	430
Limitações	239	8,2	49	5,7	288
Limitações	151	5,2	52	6,0	203
Boa recuperação	366	12,6	80	9,3	446
Transferência	195	6,7	58	6,7	253
Evasão	106	3,6	21	2,4	127
Alta pedida	572	19,6	82	9,5	654
Total	291		864		3775

A distribuição anual dos pacientes segundo suas condições de alta (Tabela 17) sinaliza para uma estabilidade no percentual de óbitos, tendência à redução nas limitações graves e na condição de boa recuperação e para uma elevação nos percentuais de limitações moderadas, ao longo do período de estudo.

Tabela 17 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as condições de saída do paciente do ambiente hospitalar e o ano. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	%
Condição de alta	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%		
Óbito	52	10,8	53	10,6	62	10,5	61	423	77	12,6	59	10,8	59	13,8	423	11,2
Estado vegetativo persistente	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	6	1	0,2	1	0,2	1	0,2	6	0,2
Limitações graves	26	5,4	26	5,2	26	4,4	38	153	21	3,4	11	2,0	5	1,2	153	4,1
Limitações moderadas	226	46,9	244	48,7	353	59,5	399	2176	322	52,9	338	61,7	294	68,9	2176	57,6
Boa recuperação	168	34,9	166	33,1	141	23,8	91	901	167	27,4	120	21,9	48	11,2	901	23,9
Transferência	6	1,2	10	2,0	10	1,7	22	104	21	3,4	17	3,1	18	4,2	104	2,8
Evasão	2	0,4	1	0,2	0	0,0	3	10	0	0,0	2	0,4	2	0,5	10	0,3
Alta pedida	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Total	482		501		593		615	3775	609		548		427		3775	100,0

A Tabela 18 sintetiza informações já disponibilizadas anteriormente, com vistas a facilitar a visualização da evolução anual do número de óbitos e seus respectivos coeficientes de letalidade. Observa-se que não ocorreu grande variabilidade em diferentes anos, com os valores oscilando entre um mínimo de 9,9%, em 2013, e um máximo de 13,8%, em 2016.

Tabela 18 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano, óbitos e taxa de letalidade. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Óbitos por TCE	52	53	62	61	77	59	59	423
Nº de acidentes com TCE	482	501	593	615	609	548	427	3775
Taxa de letalidade (%)	10,8	10,6	10,5	9,9	12,6	10,8	13,8	11,2

Na Tabela 19 é mostrada a distribuição dos casos de TCE de acordo com o mecanismo causador e seu respectivo coeficiente de letalidade, isolando-se as categorias “arma branca” e “arma de fogo” da categoria “agressão” (na Tabela 5 elas haviam sido colocadas juntas, englobadas na categoria “violência urbana”). Observa-se que, apesar de representarem apenas 1,7% das causas de TCE neste estudo, as 63 lesões causadas por arma de fogo foram aquelas com a mais elevada letalidade (39,7%), resultando em 25 óbitos (39,7% do total de ocorrências com armas de fogo). Dentre os acidentes de transporte, os ocorridos com pedestres, habitualmente atropelamentos, apresentaram a maior letalidade (13,8%), seguidos pelas quedas (12,8%), posteriormente aos acidentes com motocicletas (11,2%), automóveis (10,5%), agressões (9,2%) e acidentes com ciclistas (3,8%). Merece destaque o fato de os traumas devido a quedas, que representou o mecanismo mais frequente neste estudo, mostrou a terceira maior taxa de letalidade dentre os mecanismos.

Tabela 19 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o mecanismo de trauma e sua taxa de letalidade (%). Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Mecanismo	Nº Casos	Nº Óbitos	Letalidade (%)
Queda	1002	128	12,8
Motocicleta	797	89	11,2
Arma branca	60	1	1,7
Arma de fogo	63	25	39,7
Agressão	382	35	9,2
Automóvel	456	48	10,5
Ciclista	414	26	6,3
Pedestre	419	58	13,8
Outros	182	13	7,5
TOTAL	1002	128	12,8

Na Tabela 20, os óbitos foram distribuídos de acordo com a gravidade anatômica das lesões, em várias faixas do ISS. Os valores de letalidade se elevaram proporcionalmente ao aumento do indicador, atingindo 4,7% na faixa de 9 a 15, 20,1% na faixa de 16 a 24 e 56,0% naqueles com valor de ISS superior a 24. Apesar de numericamente muito reduzidos, apenas 1 óbito ocorreu dentre indivíduos com traumas leves.

Tabela 20 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de valores do ISS² e letalidade (%). Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Intervalos de ISS	No. Casos	No. Óbitos	Letalidade (%)
1 a 8	1968	1	0,1
9 a 15	683	32	4,7
16 a 24	667	134	20,1
> 24	457	256	56,0
Total	3775	423	11,2

A Tabela 21 mostra a distribuição dos casos e dos óbitos de acordo com as faixas de probabilidade de sobrevivência indicadas pelo TRISS. Os valores de letalidade variaram inversamente à elevação do indicador, com o máximo risco de óbito (88,1%) tendo sido observado no intervalo entre 0 e 0,25 do TRISS, caindo progressivamente nas faixas mais elevadas e chegando a 1,0% naqueles com TRISS superior a 0,95. Na faixa entre 26% e 50%, considerada como potencialmente recuperável, a letalidade atingiu 72,3%.

² ISS significa *Injury Severity Score*

Em relação ao total dos casos de TCE, a faixa de TRISS acima de 50% – indicativa de mortes com alta probabilidade de serem evitadas –, envolveu a grande maioria dos pacientes (3.590, ou 95,1%) e nela se verificaram 276 óbitos (65,2% do total de mortes, com valor de letalidade de 7,6%).

Tabela 21 – Número de casos, óbitos e letalidade (%) das vítimas de traumas atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo as faixas de probabilidade de sobrevivência do TRISS³. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Intervalos de TRISS	No. Casos	No. Óbitos	Letalidade (%)
0 a 0,25	84	74	88,1
0,26 a 0,50	101	73	72,3
0,51 a 0,75	192	92	47,9
0,76 a 0,90	272	100	36,8
0,91 a 0,95	307	56	18,2
0,96 a 1,00	2819	28	1,0
Total	3775	423	11,2

A Figura 14 mostra a distribuição de óbitos pelo sexo e ano de ocorrência do TCE, podendo ser verificado o amplo predomínio masculino em todo o período de estudo. Os 423 óbitos se distribuíram em 90 entre as mulheres (21,3 %) e 333 entre os homens (78,7 %) e os respectivos coeficientes de letalidade foram de 10,4% e 11,4%.

Figura 14 - Número de óbitos de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o sexo e ano de ocorrência. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

³ TRISS significa *Trauma and Injury Severity Score*

A Tabela 22 mostra a distribuição dos óbitos e dos coeficientes de letalidade segundo a idade, na época de ocorrência do 31,7,2% nos indivíduos entre 80 e 89 anos. Concentrando 47,7% do grupo estudado (1.799 pessoas), os adultos na faixa de 20 a 49 anos representaram 45,2% dos óbitos (191 óbitos), correspondendo a um coeficiente de letalidade de 10,6%.

Tabela 22 – Número de óbitos segundo a faixa etária das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Faixa etária	Óbitos	%	Total	Letal.
0 – 9	10	2,4	572	1,7
10 – 19	34	8,0	537	6,3
20 – 29	74	17,5	772	9,6
30 – 39	71	16,8	588	12,1
40 – 49	46	10,9	439	10,5
50 – 59	42	9,9	317	13,2
60 – 69	56	13,2	246	22,8
70 – 79	49	11,6	174	28,2
80 – 89	33	7,8	104	31,7
≥ 90	4	0,9	14	28,6
Ignorada	4	0,9	12	33,3
TOTAL	423	100,0	3775	11,2

Na Tabela 23 são apresentadas as razões dos óbitos no grupo estudado, dentre os quais se pode observar o próprio TCE como principal fator (288 casos, ou 68,1%), seguido por Seps (73, ou 17,3%) e de choque hemorrágico (28, ou 6,6%).

Tabela 23 – Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo o ano e razão de óbitos. Ribeirão Preto, 2010 a 2016.

Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Total	
Razão de óbito	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Choque hemorrágico	6	11,5	3	5,7	5	8,1	3	4,9	3	3,9	5	8,5	3	5	28	6,6
TCE	36	69,2	35	66,0	44	71,0	44	72,1	56	72,7	38	64,4	35	59	288	68,1
Sepse	5	9,6	10	18,9	8	12,9	12	19,7	13	16,9	10	16,9	15	25	73	17,3
Arritmia / SCE⁴	0	0,0	1	1,9	1	1,6	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0	3	0,7
IRA⁵	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0
IMOS⁶	2	3,8	2	3,8	3	4,8	0	0,0	0	0,0	2	3,4	1	2	10	2,4
Outros	3	5,8	2	3,8	1	1,6	1	1,6	5	6,5	4	6,8	5	8	21	5,0
Total	52	100,0	53	100,0	62	100,0	61	100,0	77	100,0	59	100,0	59	100,0	423	100,0

⁴ SCE significa síndrome coronária embólica

⁵ IRA significa insuficiência renal aguda

⁶ IMOS significa insuficiência em múltiplos órgãos

4.2. Componente 2

Do total de 548 pacientes atendidos pela UE em decorrência de um TCE no ano de 2015, 307 (56,0%) tiveram sua admissão hospitalar registrada entre os dias 1º de janeiro a 31 de julho deste ano, e, a partir da checagem de seus prontuários hospitalares, 70 deles (22,8%) atenderam aos critérios de inclusão do estudo e foram, portanto, selecionados para receberem visita da pesquisadora responsável em seus domicílios, conforme a Figura 15:

Figura 15 - Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP segundo os critérios de inclusão e exclusão para participação no componente 2 deste estudo.

As pessoas excluídas do estudo foram aquelas cujos registros hospitalares deixavam claro que elas se enquadravam em algum critério de exclusão. Após terem sido filtrados seguindo os critérios, todos pacientes selecionados tiveram seus contatos telefônicos coletados junto aos sistemas hospitalares da Instituição de estudo. Do total de 70 pacientes selecionados, 40 (57,1%) foram de possível contato telefônico e 30 (42,9%) foram inacessíveis através das

informações constantes nos seus registros hospitalares. Do total de contatos efetivados com pacientes ou seus acompanhantes de referência, parte foi de fato visitada e entrevistada e parte foi excluída do estudo por fatos ocorridos após a alta hospitalar não registrados nas informações: óbitos após a alta hospitalar, mudanças de municípios, pacientes que tornaram-se presidiários ou moradores de rua e aqueles que recusaram-se a participar do estudo.

Dentre os que mudaram-se, inviabilizando a visita, incluem-se duas pessoas (2,9% de 70 que preencheram os critérios para o Componente 2) que se mudaram de município para estar junto e receber cuidados de familiares que não residiam em Ribeirão Preto, um paciente que saiu de casa para morar na rua (1,4% dos 70 selecionados) e outro que foi detido em penitenciária local após a alta hospitalar (1,4% dos 70 selecionados). Dos pacientes que não colaboraram com o estudo, três recusaram e um desejou participar, mas em duas visitas estava em situação de uso de crack, o que, segundo sua família, tem sido seu estado diário permanente. A distribuição dos pacientes contatados de acordo com a condição de participação é exposta na Figura 16:

Figura 16 - Número de vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP constatadas para o componente 2 deste estudo, segundo sua condição de participação.

A distribuição geográfica, na cidade de Ribeirão Preto, das pessoas elegíveis para receberem a visita domiciliar e participarem do componente 2 deste estudo, bem como sua condição de participação, está demonstrada na Tabela 24 e Figura 17.

Tabela 24 - Distribuição geográfica em setores censitários da área urbana de Ribeirão Preto das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP elegíveis para o componente 2, segundo sua condição de participação no estudo.

Regiões de Ribeirão Preto	Noroeste		Nordeste		Sudoeste		Sudeste		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Entrevistados	11	50,0	7	30,4	6	37,4	4	44,4	28	40,0
Mudaram-se	3	13,6	2	8,7	1	6,3	0	0,0	6	8,6
Não colaboraram	1	4,5	3	13,1	0	0,0	0	0,0	4	5,7
Óbitos após alta	1	4,5	0	0,0	1	6,3	0	0,0	2	2,9
Sem contato	6	27,4	11	47,8	8	50,0	5	55,6	30	42,8
Total	22	31,4	23	32,9	16	22,9	9	12,8	70	100,0

Verifica-se que o grupo de entrevistados envolveu em sua maioria homens (85,71%), com idade abaixo dos 40 anos (67,91%), de cor branca (67,91%), que estudaram o máximo de oito anos escolares (57,13%), com distribuição próxima quando se comparam as categorias B + C com D + E (53,6% e 46,4%, respectivamente) da Classificação Econômica Brasil, estavam empregados (71,42%), eram solteiros (82,14%) e residiam em companhia de familiares (85,71%) no momento do trauma. A distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com seu perfil sócio-demográfico encontra-se na Tabela 25.

Figura 17 - Distribuição geográfica em setores censitários da área urbana de Ribeirão Preto das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP elegíveis para o componente 2, segundo sua condição de participação no estudo.

Fonte: IBGE (IBGE, 2015)

Tabela 25 - Distribuição de informações sócio demográficas das vítimas de TCE atendidas na Unidade de Emergência do HCFMRP e visitadas em domicílio para a realização do componente 2 desse estudo.

Ano	2010	
Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	19	67,9
Feminino	9	32,1
Idade		
Menos de 40 anos	19	67,9
Mais de 40 anos	9	32,1
Cor	75	8,9
Branco	24	85,7
Negro ou mulato	4	14,3
Escolaridade		
Primeiro Grau	16	57,1
Segundo Grau	12	42,9
Ocupação		
Ativo	20	71,4
Inativo	8	28,6
Estado Civil		
Sem companheiro	25	89,3
Com companheiro	3	10,7
Composição familiar		
Reside em companhia	24	85,7
Reside sozinho	4	14,3
Classificação Econômica		
B e C	15	53,6
D e E	13	46,4

Todos os pacientes estavam vivendo o primeiro ano após a alta hospitalar e ainda não tinham completado dois anos após a situação traumática quando receberam a visita e foram entrevistados. Todos os sujeitos foram internados na UE como usuários do Sistema Único de Saúde.

Todos os entrevistados foram vítimas de traumas contusos (28, ou 100%). Quanto ao mecanismo do trauma, a maioria do grupo foi envolvida em um acidente de trânsito (19, ou 67,9%), seguido pela quedas (6, ou 21,4%) e as agressões, que foram responsáveis por 3 casos, ou 10,7% das lesões vivenciadas.

A maior parte dos pacientes não contava com nenhum fator de alteração da consciência quando chegaram ao Hospital (19, ou 67,9%), enquanto seis pessoas, ou 21,4% estavam sedados e entubados e três, ou 10,7%, apresentaram-se alcoolizados.

Os sujeitos entrevistados tiveram seu nível de consciência avaliado pela Escala de Coma de Glasgow na oportunidade de entrada na UE-FMUSP, e, em sua maioria, foram classificados como levemente comprometidos (20, ou 71,4%), seguidos pelos de comprometimento grave (5, ou 17,9%) e moderado (3, ou 10,7%).

Com relação ao nível de lesão anatômica avaliado pelo ISS (*Injury Severity Score*), 8, ou 28,5% dos pacientes apresentaram lesões anatômicas leves, 10 ou 35,7% deles apresentaram-se moderadamente lesionados, cinco ou 17,9% estavam gravemente lesionados, e cinco ou 17,9% indicaram lesões muito graves.

Com relação ao nível de lesão especificamente na região da cabeça, área sugestiva de ocorrência de TCE avaliado pelo AIS (), nove pacientes (32,2%) foram admitidos na UE com AIS 1, ou seja, mostraram estar com a cabeça levemente lesada, sete (25%) indicaram lesão moderada na cabeça (AIS 2), seis (21,4%) indicaram lesão grave na cabeça mas sem ameaça à vida (AIS 3), e seis (21,4%) indicaram lesão grave que ameace a vida, mas com sobrevivência provável (AIS 4).

A maioria do grupo visitado (22, ou 78,6%) não tinha doença prévia registrada nos sistemas hospitalares. Dos seis restantes (21,4%), todos eram do sexo masculino e tinham registros de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, sendo um desses últimos também previamente informado como usuário de demais substâncias tóxicas (maconha e cocaína).

Ainda na mesma internação hospitalar, 22 (78,6%) desses pacientes não apresentaram nenhuma forma de complicação clínica, enquanto seis (21,4%) tiveram seu seguimento com registro de complicações. Dentre elas, a pneumonia mostrou-se mais frequente, com cinco pessoas (83,3%) acometidas, seguida com um caso de presença das demais condições clínicas: choque hipovolêmico, sepse, fístula liquórica e parada cardíaca. As complicações elencadas foram todas associadas, em um caso ao nível de acometimento físico do paciente previamente ao trauma (cirrose hepática), e em todos os demais à gravidade dos traumas (ISS de 16 a 41), com consequente hospitalização prolongada (21 a 66 dias), realização de cirurgias e estadia em CTI (10 a 36 dias).

Sobre a realização de cirurgias, 19, ou 67,9% passaram por cirurgias, sendo que sete destes, ou 36,8% do total dos que realizaram cirurgias, passaram por neurocirurgias.

A maioria das pessoas do grupo estudado (23, ou 82,1%) recebeu alta hospitalar com limitações moderadas a graves, dois (10,7%) foram transferidas para cuidados em outra instituição e três (7,2%) deixaram a UE-FMUSP em adequado estado de recuperação.

A equipe responsável pelo acompanhamento dos traumatizados realizou encaminhamentos para que 20 pacientes (71,4% dos 28 entrevistados) buscassem profissionais específicos para seu processo reabilitativo após a alta hospitalar, e 17 deles (60,7% dos 28 entrevistados; 85,0% dos que foram encaminhados) seguiram a orientação médica e procuraram atendimentos específicos imediatamente após a alta. Dos pacientes que não receberam encaminhamento, um sentiu a necessidade de buscar continuidade terapêutica orientada por profissionais, ainda que sem indicação da equipe da UE-FMRP. Dos 28 entrevistados, 18 pessoas (64,3%) recorreram a profissionais especializados para a condução de seu processo reabilitativo, e, desses, 15 (53,6% dos 28 entrevistados; 83,3% dos que recorreram a profissionais especializados) realizaram acompanhamentos pelo SUS, enquanto cinco (17,9% dos 28 entrevistados; 27,8% dos que recorreram a profissionais especializados) contaram exclusiva ou complementarmente com despesas cobertas através de sistemas suplementares de saúde ou atendimentos privados.

As especialidades mais recomendadas pela equipe da UE foram fisioterapia (18 casos dentre os entrevistados ou 64,3%), psicologia (5 casos ou 17,9%) e terapia ocupacional (2 casos ou 7,1%), sendo que em apenas um caso a psicologia foi indicada isoladamente, enquanto os outros 4 pacientes encaminhados pra psicologia foram também encaminhados para a fisioterapia. O mesmo aconteceu com a terapia ocupacional que foi indicada em terapia combinada com a fisioterapia.

As áreas profissionais mais procuradas pelos pacientes foram fisioterapia (17 pacientes do total de participantes ou 60,7%), psicologia (4 dos participantes ou 14,3%), terapia ocupacional (2 dos participantes ou 7,1%), fonoaudiologia (1 dos participantes ou 3,5%) e acupuntura (1 dos participantes ou 3,5%). Excetuando-se 13 casos em que os pacientes recorreram unicamente a intervenções em fisioterapia, os demais 4 recorreram a terapias combinadas, inclusive o paciente que buscou acompanhamentos espontaneamente sem encaminhamentos dos profissionais da UE, que recorreu a intervenções nas áreas de psicologia e terapia ocupacional.

Sobre o retorno às atividades cotidianas após o seu reestabelecimento clínico, a Figura 18 expõe sobre o grau de dependência dos entrevistados, 23 (82,1%) dos 28 entrevistados conseguem realizar independentemente suas atividades básicas do dia a dia (continência urinária e fecal, alimentar-se, vestir-se, aprontar-se, banho e deambulação), quatro pessoas estão parcialmente dependentes (14,3%) e uma está em estado vegetativo, portanto totalmente dependente 3,6%.

Ainda na Figura 18 é exposto sobre as atividades instrumentais da vida diária como uso de telefone, compras, preparação de refeições, cuidados da casa, lavagem de roupas, uso de meios de transporte, administração dos próprios medicamentos e cuidados do próprio dinheiro. Do total, 19 pacientes (67,9% dos entrevistados) referiram estar com algum grau de dependência para a realização das atividades instrumentais de seu cotidiano, enquanto três deles (15,8%) estão totalmente dependentes, incapazes de administrar suas próprias vidas, e 16 (84,2%) conseguem parcialmente realizar suas atividades instrumentais.

Figura 18 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com nível de dependência para atividades de vida diária e atividades instrumentais aferida pela Escala de Lawton e Brody.

De acordo com a Figura 19, pode-se ver que 19 (67,9% dos 28 entrevistados) referiram não ter conseguido retomar as atividades profissionais, recebendo benefícios ou estando desempregados por não terem vínculo empregatício ou atuarem autonomamente no momento do trauma, enquanto apenas nove (32,1% dos 28 entrevistados) estavam trabalhando. Dos que conseguiram ser reinseridos profissionalmente após o trauma, apenas um avaliou-se como completamente independente (3,6% dos 28 entrevistados; 12,5% dos 9 reinseridos profissionalmente); os demais trabalham, mas sete (25% dos 28 entrevistados; 77,8% dos 9 reinseridos profissionalmente) dependem de auxílio parcial e um (3,6% dos 28 entrevistados; 12,5% dos 9 reinseridos profissionalmente) de auxílio total para administrar sua vida cotidiana.

Ainda na Figura 19, 23 dos 28 entrevistados (82,1%) informaram ter tido sua vida social prejudicada após o TCE, apresentando insucessos nas tentativas de se incluírem socialmente. Incluindo todas as nove pessoas (32,1% dos 28 entrevistados) que se consideraram independentes para todas atividades diárias. As únicas cinco pessoas (17,9% dos entrevistados) que avaliaram estar socialmente da mesma forma como antes do TCE percebiam-se como parcialmente dependentes para as atividades instrumentais de vida diária.

Figura 19 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com o índice de sucesso ou insucesso nas tentativas de reinserção profissional e social.

A Figura 20 mostra que dos 28 pacientes entrevistados, 16 (53,6%) contavam com a presença de seus cuidadores principais no momento da visita. Entre esses 16 cuidadores, seis (37,5%) indicaram ter pensamentos e comentários críticos sobre a vítima de trauma que cuidavam, e 11 (68,8%) indicaram pontuações sugestivas de estarem superenvolvidos emocionalmente com o traumatizado.

Figura 20 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes e presença de superenvolvimento de seus cuidadores avaliado pelo questionário familiar (FQ).

Dos traumatizados visitados, nove (32,1%) tiveram escores acima da nota de corte para depressão, sendo duas mulheres (ou 50% do total do sexo feminino) e sete homens (29,2% do total do sexo masculino), e 14 pessoas (50%) de todo o grupo atingiu escores acima da pontuação de corte para ansiedade, sendo três mulheres (ou 75% do total de mulheres) e 11 homens (ou 45,8% do total de homens). Os resultados dos pacientes entrevistados na escala aplicada para ansiedade e depressão são apresentados na Figura 21:

Figura 21 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes e a presença de ansiedade e depressão aferidos pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).

No que tange a qualidade de vida (QV), aferida pelo instrumento Brasil SF-36, um paciente não teve dados coletados, por se encontrar em limitação cognitiva e funcional extrema. Quando comparados com a média populacional brasileira, a maioria dos pacientes estudados indicou preservação nos oito componentes da QV aferidas pelo instrumento. A distribuição de quantidade de pacientes que vivenciam comprometimento dos componentes de QV avaliados é apresentada no Figura 22:

Figura 22 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com índice de comprometimento dos 8 componentes de qualidade de vida aferidos pelo Brasil SF-36.

Analisando separadamente os nove casos com lesão leve na estrutura da cabeça (AIS 1), observa-se que 77,8% do total deles não foram reinseridos ao mercado de trabalho e 88,9% não se sentem socialmente reinseridos socialmente um ano após a alta hospitalar. Dentre eles, 33,3% encontraram-se deprimidos e os mesmos também obtiveram escores indicativos de ansiedade no momento da entrevista. Cinco (55,6%) desses nove pacientes carecem de cuidadores em seu cotidiano, dentre os quais dois (40%) atingiram escores de crítica ao comportamento do paciente e 4 (80%) atingiram pontuação indicativa de superenvolvimento emocional. Essas informações são ilustradas na Figura 23:

Figura 23 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com índice de inserção profissional, social, ansiedade, depressão e superenvolvimento de sua família aferidos pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Questionário Familiar (FQ).

Pacientes com lesão anatômica leve na região da cabeça (AIS 1) indicaram mais frequentemente ser dependentes para atividades instrumentais, com cinco (55,6%) pessoas atingindo pontuação indicativa de algum grau de dependência em atividades instrumentais, sendo quatro desse parcialmente dependente (80%) e um (20%) totalmente dependentem, e apenas uma (11,1%) atingiu escore indicativo de dependência para atividades de vida diária, conforme apresentado na Figura 24.

Figura 24 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com *Abbreviated Injury Score 1* e seu nível de dependência em atividades de vida diária e atividades instrumentais aferidas pela Escala de Lawton e Brody.

Na avaliação específica de qualidade de vida, este grupo de pessoas com leves lesões na região da cabeça (AIS 1) os domínios Estado Geral de Saúde e Vitalidade indicaram o menor número de pacientes acometidos (2 de 9, ou 22,2%), seguidos pelo domínio dor em que três pacientes indicaram comprometimento (33,3%), e pelos domínios Limitação por aspectos físicos, Capacidade Funcional, Aspectos sociais e Aspectos emocionais, em que quatro (44,4%) dos nove pacientes indicaram comprometimento. O domínio com maior número de pacientes comprometidos, com cinco (55,6%) dos nove pacientes indicando acometimento, é o referente à Saúde mental.

Figura 25 - Gráfico da distribuição da quantidade de pacientes com *Abbreviated Injury Score 1* e índice de comprometimento dos 8 componentes de qualidade de vida aferidos pelo Brasil SF-36.

São, a seguir, apresentados os 29 pacientes visitados, incluindo-se aquele que não teve dados coletados em função da situação de uso de drogas. Como sua visita foi realizada e, ainda que sem aplicação dos questionários, fez-se rica em informações, optou-se por apresentá-la ao final deste texto. As informações obtidas através dos instrumentos aplicados, e aqui descritas, podem ser integralmente observadas no Anexo J.

Paciente 1 (P1)

do sexo masculino, branco, tinha 38 anos na ocorrência do trauma, era casado, tinha estudado parte do 1º grau e trabalhava como garçom, servindo especificamente rodízio de carnes em uma churrascaria. Na madrugada de uma segunda feira, no mês de janeiro, foi vítima

de um acidente em via pública urbana enquanto voltava, de bicicleta, do trabalho. Seu colega de trabalho estava em sua garupa e, ao serem abalroados por um caminhão, foi imediatamente a óbito. O acidente foi registrado às cinco horas da manhã, quando **P1** foi conduzido, através de Unidade de Suporte Avançado do município de Ribeirão Preto, para um hospital que prestou primeiros atendimentos e o direcionou para a UE-FMRP, onde foi admitido às 16:27h do mesmo dia. Sem nenhuma patologia previa ao acidente, sofreu fraturas na perna esquerda, leves escoriações na perna direita e foi diagnosticado com TCE. Com AIS 3 nas extremidades e 1 na região da cabeça, foi admitido na UE com Índice de Glasgow de 15, ISS 10, RTS 7,84 e TRISS 99,37. O paciente foi acolhido sem nenhum fator de alteração de consciência, em preservado estado cognitivo, com diagnóstico de TCE leve e alta probabilidade de sobrevida. Durante a internação, passou por duas cirurgias ortopédicas, sem necessidade de cuidados intensivos. Ao final de 17 dias de internação, recebeu alta em estado de limitações moderadas, auxiliado pelo uso de cadeira de rodas.

A entrevista foi agendada com o próprio paciente e realizada com ele e a sua esposa, conjuntamente. Ambos são migrantes cearenses da cidade de Canindé, residem em Ribeirão Preto há 15 anos em companhia de dois filhos do sexo masculino, de oito e 12 anos de idade. Qualificados na categoria “E” pelos Critérios da Classificação Econômica Brasil, ele e sua esposa não concluíram o 1º grau escolar, e os quatro membros da família ocupam um barracão de fundos que contém três cômodos compreendendo cozinha, banheiro e um quarto, não adaptados para alguma necessidade especial, com água encanada e rua devidamente pavimentada. Na alta hospitalar, o paciente foi encaminhado para fisioterapia no HCFMRP, onde foi acompanhado pelo tempo em que ficou dependente da cadeira de rodas para sua locomoção. Após dois meses de acompanhamento fisioterápico, recebeu a indicação de uso de andador, utilizado por outros dois meses. Tendo evoluído com bom prognóstico, já andando sem apoio após quatro meses de alta hospitalar, mas ainda com muitas dores, permaneceu afastado por um ano e três meses de seu trabalho. A empresa empregadora reconheceu a ocorrência como um acidente de trabalho e o acolheu após o afastamento, mantendo as mesmas funções ocupacionais e níveis salariais que tinha anteriormente à lesão.

Avaliando sua qualidade de vida, **P1** indicou comprometimento acima da média nos domínios Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, com preservação nas avaliações referentes aos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Aspectos Sociais. No rastreio de aspectos de humor, indicou escores abaixo do ponto de corte da HADS, sugerindo ausência de ansiedade e depressão. Aparentou, também,

independência total no que tange tanto às atividades de vida diária quanto às atividades instrumentais.

Em avaliação sobre a emoção expressa do cuidador, no caso a sua esposa de 38 anos com quem é casado há 13, ela mostrou-se em estado de superenvolvimento emocional (escore acima de 26 nesse domínio do FQ). Isto ocorre porque ela passa grande parte de seu dia preocupada com o marido, suas limitações, dificuldades e riscos a que está exposto. Não foi encontrado um escore alto (acima de 23) no que tange ao domínio comentários críticos, mostrando que a cuidadora não tem uma avaliação negativa da conduta do paciente. Segundo a esposa, a melhora do marido “parece ter sido um milagre, e ele continua sendo protegido por Deus” (sic). A sua maior preocupação reside no fato de ele ter se transformado em uma pessoa muito nervosa e explosiva, e, por limitações financeiras e distância de seu trabalho para o local de residência, continuar utilizando bicicleta. A esposa relata que isso a mantém em estado de alerta constante.

Paciente 2 (P2)

do sexo masculino, branco, tinha 28 anos na época do TCE, era casado, tinha completado o 2º grau escolar e era empresário do ramo de bares no município de Ribeirão Preto. Aproximadamente às 22h de um domingo, no mês de janeiro, sofreu lesão consequente à queda de motocicleta em via pública urbana, próxima à sua casa, e foi socorrido por pessoas desconhecidas que o encontraram inconsciente e o levaram diretamente à Unidade de Pronto Atendimento em condução particular. O paciente foi admitido um pouco depois das 3 horas da manhã, com horário e histórico do acidente desconhecidos, sedado e intubado. Na oportunidade da entrevista, bem como na internação, não conseguiu se lembrar de nenhuma informação ou descrição do acidente. Sem nenhuma patologia prévia, sofreu lesões na cabeça (AIS 3), face (AIS 2) e extremidades (AIS 1) e, na admissão, registrou Índice de Glasgow de 3, ISS 14, TRISS 99,12 e RTS 7,84. O paciente foi recebido na UE com diagnóstico de TCE grave, porém com alta probabilidade de sobrevivência. Dos 19 dias de internação, 15 foram no Centro de Terapia Intensiva, e foi necessária realização de uma neurocirurgia. Na ocasião da alta hospitalar, apresentava limitações moderadas, necessitando apenas auxílio de cadeira de banho e de acompanhante para sua locomoção.

A entrevista foi agendada com o próprio paciente após diversas tentativas, dada suas dificuldades de disponibilidade. Por ser empresário e trabalhar em seu próprio negócio, não tinha disponibilidade para receber a entrevistadora e aceitou realizar o processo da pesquisa e

responder aos questionários em seu próprio ambiente de trabalho. O processo em si foi realizado atrás do balcão do bar de sua propriedade, com ele respondendo às perguntas entre atendimentos aos clientes e pedidos de entregas ao telefone.

Natural de Ribeirão Preto, trabalha no seu próprio bar com ajuda apenas do irmão e reside com a esposa, com quem é casado há seis anos, e dois filhos de seis e 12 anos de idade. Classificado na categoria “B2” pelos critérios da Classificação Econômica Brasil, **P2** e sua esposa completaram o ensino médio, residem em casa própria de porte médio, com três banheiros, eletrodomésticos, automóvel e computador, em região com oferta de água encanada e rua com pavimentação.

Informou que não se lembra se foi encaminhado para algum acompanhamento terapêutico específico no momento de sua alta, mas que, como naquela época o seu irmão estava viajando, seu bar precisou ficar fechado durante sua internação, seu repouso de um mês e meio e outros dois meses em que ficou afastado com benefício previdenciário. Assim, mesmo com as dificuldades de locomoção e dores, precisou reabrir o bar o mais rápido possível, sem dar prosseguimento a nenhum atendimento profissional. Segundo ele, de outra forma “não teria como pagar as contas de água e luz” (sic).

Na avaliação da sua qualidade de vida, indicou comprometimento acima da média nos domínios Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, com preservação nas avaliações referentes aos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Aspectos Sociais. No rastreio de aspectos de humor, indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de humor, sugerindo ausência de ansiedade e depressão. Foi evidenciada, também, independência total no que tange tanto às atividades de vida diária quanto às atividades instrumentais.

Não foi realizada aplicação de questionário para avaliação sobre a emoção expressa do cuidador, já que ele estava sozinho em seu comércio enquanto o irmão realizava entregas. A esposa, acompanhante durante a internação hospitalar e cuidadora dos momentos críticos pós hospitalares, estava em casa cuidando dos filhos.

Paciente 3 (P3)

do sexo masculino, branco, tinha 58 anos e era solteiro no momento do TCE. Graduado em direito, naquela época trabalhava como corretor de seguros e imóveis após ter por muito

tempo trabalhado como bancário no Banco Banespa, e ter aderido ao programa de demissão voluntária promovido no período em que ocorreu a venda deste para o Banco Santander.

Numa manhã de sexta feira, no mês de janeiro, dirigia sua motocicleta em via pública urbana quando foi abalroado por um “Space Fox preto” (sic). Tendo o condutor do veículo abandonado o local do acidente, pessoas que passavam pela rua paravam para ver o ocorrido, mas o próprio paciente ligou para o SAMU do município e foi atendido por Unidade de Suporte Avançado, que o direcionou imediatamente para atendimento inicial em um local que ele desconhece, mas que o transferiu para a UE da FMRP no mesmo dia. Com lesões anatômicas na cabeça (AIS 1), face (AIS 2) e fatura exposta de extremidades em diversos pontos do braço esquerdo e da perna direita (AIS3) com preservação das demais áreas anatômicas, ISS 14, Glasgow 15, TRISS 95,15 e RTS 7,84, às 13:20 foi admitido na UE com diagnóstico de TCE leve e alta probabilidade de sobrevida. Em 19 dias de internação, passou por seis cirurgias ortopédicas, incluindo enxertos nos pés e colocação de fixadores tanto no pé direito quanto no braço esquerdo. Não foi necessário atendimento em centro de terapia intensiva, e recebeu alta hospitalar com limitações moderadas e encaminhamentos para seguimento ortopédico e fisioterápico, que ele realizou por um ano. Imediatamente ao sair do hospital, ele, que morava sozinho, foi para a casa da irmã, onde não tinha escadas e o cunhado enfermeiro teve disponibilidade para auxiliá-lo na locomoção, banho e assepsia de seus curativos e ferimentos gerais. Por sete meses pôde se locomover apenas com cadeira de rodas e utilizou cadeira de banho. Após este período, andou por 10 dias com apoio de andador, outros 10 dias com muleta de braço e por quatro meses com muleta canadense. Fez uso de medicações analgésicas logo no início de sua nova rotina após alta hospitalar, mas no momento da entrevista não estava sob administração de nenhuma droga.

A entrevista foi agendada diretamente com o paciente, que, na oportunidade, tinha completado um ano após os tratamentos e acabado de voltar para sua casa onde mora sozinho, contando com ajuda de uma faxineira a cada três dias.

Natural de Ribeirão Preto, nunca se casou e não teve filhos, disse que está satisfeito por ter podido retornar à casa e à administração de sua própria vida, refere ter passado por um período de impaciência com suas limitações e ter se visto deprimido por algum tempo, semelhantemente a um período difícil de sua vida, entre 2011 e 2013, quando recebeu diagnóstico profissional de depressão. Segundo o mesmo, não se vê deprimido mais, ficou revoltado por não ter conseguido se afastar e receber nenhuma forma de benefício, mas afirma estar animado para retomar atividades profissionais como corretor de seguros e imóveis.

Qualificado na categoria “B2” da Classificação Econômica Brasil, possui formação universitária em Direito, reside em casa alugada de porte médio com três banheiros, uma faxineira frequente, eletrodomésticos, automóvel e microcomputador.

Em sua avaliação de qualidade de vida, indicou comprometimento acima da média esperada nos domínios Vitalidade e Aspectos Emocionais, com adequados índices no que tange Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde e Saúde Mental. Indicou escores abaixo do ponto de corte na escala para ansiedade e depressão, sugerindo ausência de ambos, e preencheu requisitos de independência total em atividades de vida diárias, bem como em atividades instrumentais. Não foi aplicado questionário referente à emoção expressa do cuidador por razões da ausência de qualquer pessoa que ocupe este lugar hoje na sua vida.

Paciente 4 (P4)

Natural de Ribeirão Preto, do sexo masculino, branco e com 41 anos na ocorrência do TCE, tinha estudado o 1º grau incompleto, histórico de trabalhar por 10 anos como porteiro de condomínio tradicional na cidade, e trabalhava atualmente como chapeiro. Atuando autonomamente, estava se dirigindo de motocicleta para o local em que prestava serviços quando, às 10 horas da manhã de uma terça feira, no mês de janeiro, foi abalroado por um automóvel em uma rotatória na região urbana de Ribeirão Preto. Socorrido por Unidade de Suporte Básico, foi levado ao pronto atendimento de um hospital de referência de Ribeirão Preto, que o transferiu para a UE, onde foi admitido às 13:21h.

Na admissão hospitalar, apresentava lesões na cabeça (AIS 1), face (AIS 1), tórax (AIS 1), abdome (AIS 1), extremidades (AIS 1) e externas (AIS 1), ISS 3, Glasgow 15, TRISS 99,65 e RTS 7,84. Internado sem nenhum fator de alteração de consciência e sem nenhuma patologia prévia, estava muito nervoso no ambiente hospitalar e, apesar das recomendações de cuidados médicos, não aceitou ficar. Com alta pedida, ficou internado por apenas um dia e saiu do hospital com limitações graves, sem ter passado por nenhuma cirurgia, com diagnóstico de TCE leve e alta probabilidade de sobrevida.

A visita domiciliar foi agendada com seu pai, que reside próximo ao paciente e informou receber todas as ligações para o filho porque este se encontra muito agitado e nervoso, já tendo quebrado os aparelhos telefônicos que tinha consigo por mais de três vezes. Chegando à casa, a pesquisadora foi recebida diretamente pelo paciente que estava aos fundos, dizendo em gritos

que, se fosse possível escutá-lo, era permitido abrir o portão e entrar. A parte da frente da casa parece uma oficina inativa, porém ainda equipada com maquinários empoeirados. Aos fundos, o paciente estava sozinho, sobre o chão, apoiado por apenas um colchão no espaço da cozinha, em uma casa equipada com fogão, máquina de lavar roupas, geladeira e mesa central. O colchão em que se apoiava estava em frente à televisão. Relatando sobre as diversas dificuldades e possibilidades diagnósticas já ouvidas sobre sua perna esquerda, explicou que não se adaptou à cadeira de rodas, e, “já que é isolado, não se importa de ficar se arrastando pelo chão” (sic). Apesar de ter saído do hospital antes do momento indicado, recebeu encaminhamento para seguimentos ortopédicos e fisioterápicos, e, segundo ele, chegou a ir até o ortopedista, que o encaminhou ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) próximo à sua casa, e participou de três sessões de fisioterapia no HC-FMRP, com receita de uso de muletas. Após essas sessões, não desejou ir mais à fisioterapia, não fez uso das muletas que os pais adquiriram e que estão disponíveis em sua casa e nunca procurou pelos serviços do CAPS. Na oportunidade da visita estava utilizando as medicações Rivotril (2mg), Diclofenaco (50mg) e Ciprofloxacino (500mg), mas não sabia dizer que médico os indicou e forneceu as receitas, apenas mostrou as suas caixas sob a mesa em meio a algumas frutas, uma garrafa de água, pães, faca, outros alimentos e diversos papéis, incluindo contas de despesas domésticas.

Qualificado na categoria “E” da Classificação Econômica Brasil, reside em moradia própria dos pais que lhe é cedida, nos fundos, contendo um quarto, um banheiro e uma cozinha que ele qualificou como sendo o espaço mais fresco, onde ele passa 24 horas do seu dia. Estudou até 3ª. série primária. Sua residência conta tanto com água encanada como com pavimentação pública.

Na avaliação específica de qualidade de vida, indicou comprometimento acima da média nos oito domínios avaliados (Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Indicou escores acima do ponto de corte da avaliação para ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos. Na avaliação de sua funcionalidade, demonstrou dependência parcial em atividades de vida diária, realizando ele mesmo sua higiene pessoal, alimentando-se, vestindo-se e tomando banho sem necessidade de ajuda, mas precisando de algum suporte para barbear-se e de muito auxílio para se locomover. Também foi indicada dependência total para atividades instrumentais, cuidando ele próprio dos horários adequados das medicações, mas estando com locomoção totalmente limitada, sendo incapaz de realizar as próprias compras e dependendo da família para o preparo das suas refeições, realização dos cuidados de sua casa, lavagem de suas roupas e administração de seu dinheiro.

Mostrando-se calmo e paciente durante a entrevista, admitiu ser muito nervoso e revoltado com o fato de estar completamente limitado, isolado e sem perspectivas. Referiu que “antes poderia ao menos sair e ver a rua, as pessoas, encontrar amigos em algum lugar, agora a vida é só isolamento e chão” (sic). Neste momento seu pai chegou, descreveu situações diversas de explosões nervosas de **P4** e disse o quanto se preocupa com o filho, que mudou muito desde o acidente. Antes era sociável, estava sempre em meio a amigos e hoje não aceita ninguém próximo a si, incluindo o irmão que por vezes trabalha na oficina estruturada por **P4** na parte de frente de sua casa. O pai disse que, ainda assim, ele, a mãe e o irmão estão sempre próximos acompanhando a rotina do paciente, higienizando sua casa, levando alimentos e buscando ajuda-lo naquilo que ele aceita. O pai, um senhor de 80 anos de idade, demonstrou escores acima dos pontos de corte para emoção expressa no que tange aos dois domínios avaliados – envolvimento emocional e comentários críticos. Nesse sentido, o pai demonstrou que o filho tem um papel muito significativo em sua vida, tendo ele próprio desistido de coisas de sua vida cotidiana e interesse pessoal para ajuda-lo, percebendo que **P4** não demonstra gratidão pelo que, tanto ele quanto a esposa, fazem. Ainda segundo o pai, a esposa também faz tudo o que pode por ele e é ainda menos aceita e reconhecida, fato que a deixa muito deprimida, em casa, devido à “triste situação que vive com o filho” (sic).

Paciente 5 (P5)

Natural do interior da Bahia e residente em Brodowski, do sexo feminino, negra, solteira, 1º grau completo e desempregada, tinha 18 anos de idade na ocorrência do TCE. Na início da tarde de uma segunda feira, no mês de janeiro, às 14:58h, voltando de uma festa de carro com uma amiga, em rodovia próxima à sua cidade, sentada no banco de passageiro e sem usar cinto de segurança, sofreu um capotamento e foi levada imediatamente à UE por uma Unidade de Suporte Básico de outro município vizinho de Ribeirão Preto.

No momento de entrada na UE, às 15:30h, estava sem nenhum fator de alteração de consciência e sem nenhuma patologia prévia. Apresentava lesões nas regiões da cabeça (AIS 2) e face (AIS 2), com preservação das demais áreas anatômicas, ISS 8, Glasgow 15, TRISS 99,46, RTS 7,84. Na oportunidade da internação, foi diagnosticada com TCE leve e alta probabilidade de sobrevida, passou por checagem completa, por três cirurgias ortopédicas, não requereu atenção em unidade intensiva e recebeu alta em 13 dias, em estado de limitações moderadas e com encaminhamento para seguimento fisioterápico no HC.

A visita domiciliar foi agendada com a sogra da paciente, que referiu que ela não possui telefone mas reside próximo à sua residência. Na oportunidade da visita, a casa foi de difícil localização devido a distribuição irregular dos números de sua rua. A sogra com quem o agendamento foi realizado, que estava ao telefone, pediu que sua neta levasse a entrevistadora até a casa de **P5**. A criança que fez este favor informou que tinha cinco anos de idade e carregava a irmã de dois anos no colo. Chegando na casa de **P5**, em rua de terra sem nome e número, paralela à rua da sogra, a pesquisadora foi recebida pela própria, que estava com sua filhinha de três meses no colo. Na oportunidade, estava sozinha com o bebê e relatou que engravidou pouco depois do acidente, quando ainda estava acamada e em recuperação na casa de uma colega de internação da UE. Informou que tem apenas um irmão adolescente na cidade de Brodowski e ambos vieram da Bahia, há três anos, buscando melhores condições de vida que na terra dos pais. A paciente informou que no momento de alta hospitalar teve dificuldade de se organizar, já que o irmão não teria condição de ajudá-la com as limitações que apresentava, ainda acamada e requerendo auxílio para as atividades básicas. Nessa oportunidade, e percebendo suas dificuldades, uma colega conhecida no hospital ofereceu sua casa em Ribeirão Preto para que pudesse acabar de se recuperar e ser acompanhada pela equipe do HC. Na casa da colega, ficou acamada por três meses, seguidos de duas semanas andando em cadeira de rodas. Nesse tempo, conheceu um primo da amiga, com quem se envolveu e logo engravidou.

Qualificada na categoria “E” da Classificação Econômica Brasil, ela recebeu ajuda da sogra, que cedeu os fundos de sua casa para que a paciente residisse na companhia do seu bebê e do companheiro. Este tem 1º grau completo e comparece com frequência irregular, de acordo com os indultos da cadeia em que está detido desde o 3º mês de gestação de **P5**, por furtos de aparelhos celulares. Sua casa conta com um banheiro e uma geladeira, numa região sem água encanada e nem pavimentação da via pública.

No instrumento específico de qualidade de vida, **P5** indicou comprometimento acima da média em Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos e Dor. Os demais domínios avaliados, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, mostraram-se dentro da média esperada. No rastreio de sintomas relacionados à ansiedade e depressão, indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos. Nas escalas de avaliação de qualidade de vida e de atividades instrumentais, mostrou-se independente para a realização de todas as atividades contempladas pelo instrumento.

Não foi realizada a avaliação de emoção expressa do cuidador pela própria ausência de alguém que ocupasse esse papel. Ao final da entrevista, **P5** comentou que sente por não poder

sequer ter visto o irmão desde seu acidente, e não ter podido contar com os seus pais distantes, em sua recuperação. Ainda assim, diz que a dor de cabeça ficou em sua vida para lembrar-lhe, por 24 horas, que ela “renasceu por extrema proteção divina e é fruto de um milagre” (sic).

Paciente 6 (P6)

Natural do estado do Maranhão, cidade Brejo da Areia, branco, do sexo masculino, tinha 22 anos quando sofreu um TCE. Tinha o 1º grau incompleto, trabalhava como auxiliar de *pizzaiollo* e era solteiro. Enquanto voltava do trabalho de bicicleta às 00:40 de um sábado, no mês de janeiro, sofreu uma colisão com um carro em via pública urbana. O paciente refere que perdeu a consciência e não lembra da cena do trauma, mas que acordou enquanto estava dentro da ambulância. Foi transportado por Unidade de Suporte Avançado e admitido na UE às 3:28h.

Na sua admissão hospitalar, não apresentou nenhum fator de alteração de consciência, demonstrou lesões nas regiões da cabeça (AIS 1) e extremidades (AIS 3), com preservação das demais áreas anatômicas, ISS 10, Glasgow 15, TRISS 99,37 e RTS 7,8. Recebeu o diagnóstico de TCE leve, com alta probabilidade de sobrevida. Passou por cirurgia ortopédica no fêmur esquerdo, levando-o a permanecer em internação por dois dias. Não requereu cuidados em unidade de terapia intensiva, apenas encaminhamento para ser acompanhado por fisioterapeutas no HC-FMRP.

A visita foi agendada com a sua esposa com quem se casou após o acidente, e, junto da filha de um mês e enteada de sete anos, reside atualmente. Na oportunidade, informou que seguiu o tratamento indicado, com sessões de fisioterapia por duas vezes na semana durante dois meses. Após o tratamento, seguiu andando com uso de muletas e com recomendação de uso de cadeira de banho por um ano. O evento foi reconhecido como acidente de trabalho e gerou um ano e três meses de afastamento, com posterior retomada das mesmas funções, posição e valores de recebimento mensal após o retorno às atividades.

Classificados como categoria “D” na Classificação Econômica Brasil, ambos, paciente e esposa, completaram o ensino médio, residem em casa alugada com um banheiro, geladeira, máquina de lavar roupas, aparelho de DVD e micro-ondas, servida por pavimentação pública e água encanada.

Na avaliação dos domínios envolvidos na qualidade de vida, indicou comprometimento acima da média esperada apenas em Saúde Mental, com preservação de todos os demais (Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos e Dor, Estado Geral de Saúde,

Vitalidade, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais). Indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo ausência de ambos. Demonstrou total independência para a execução de suas atividades de vida geral e dependência parcial para suas atividades instrumentais, isto porque não consegue manter por si só uma alimentação adequada, dependendo do manejo diário e checagem da esposa.

Sua esposa, de 35 anos, que na época do acidente era sua namorada, mostrou escore abaixo do ponto de corte para superenvolvimento emocional e acima do ponto de corte em comentários críticos, apontando que com muita frequência precisa deixar de lado suas coisas para controlar questões do marido, desde ficar lembrando-o do que precisa fazer e informações recentes de que ele se esquece, até manejando comportamentos por vezes inadequados decorrentes do seu extremo nervosismo e “jeito explosivo” (sic). Tanto **P6** quanto a esposa referiram que ele era uma pessoa tranquila e sossegada, e que, após o acidente continuou da mesma forma, mas com mudanças repentinas que não demonstrava antes e para as quais não têm explicações. Segundo eles, “muda da água para o vinho” (sic), fica muito nervoso sem razão, e, em tais situações, a esposa precisa ficar mostrando que ele está errado.

Paciente 7 (P7)

Nascido em Ribeirão Preto, do sexo masculino, negro, com 23 anos na época do TCE, tinha o 2º grau incompleto, era solteiro e trabalhava como ajudante de instalação de luminosos na área de comunicação visual. Às 18:30h de uma sexta-feira, no mês de janeiro, estava dirigindo sua motocicleta e foi abalroado por um automóvel que estava em alta velocidade em via pública urbana. Atendido por uma Unidade de Suporte Básico, foi levado imediatamente à UE, com admissão hospitalar registrada às 19:14.

Sem nenhuma doença prévia, no momento de admissão estava alcoolizado e apresentava lesões nas regiões da cabeça (AIS 1) e extremidades (AIS 2), com completa preservação das demais regiões anatômicas do corpo, ISS 5, Glasgow 15, TRISS 99,58 e RTS 7,84. Com fratura de punho, teve diagnóstico de TCE leve, com alta probabilidade de sobrevida. Ainda na UE passou por duas cirurgias ortopédicas, ficou internado por 11 dias e saiu de alta com limitações moderadas e encaminhamento para seguimento terapêutico com psicólogos e fisioterapeutas do HC-FMRP.

A visita foi agendada com sua mãe e irmã, que manejaram horários de trabalho e passeios do paciente, que não costuma ficar em casa, para que ele pudesse receber a entrevistadora. Na oportunidade, **P7** informou que seguiu as orientações e compareceu às

consultas agendadas tanto de psicologia quanto de fisioterapia. Segundo ele, o atendimento com o profissional da psicologia parece ter acontecido porque ele “entrou bêbado no hospital” (sic), e se restringiu a um dia apenas. O acompanhamento fisioterápico seguiu bissemanalmente por três meses, mas, segundo o paciente, as dores do punho persistem e seus movimentos não foram completamente recuperados, e isso o atrapalha muito no trabalho diário.

Classificado na categoria “D” da Classificação econômica Brasil, mora em companhia da mãe e duas irmãs, que concluíram os estudos do 2º grau, em casa alugada em região com pavimentação pública e encanamento de água, com um banheiro, geladeira, freezer, aparelho de DVD, forno de micro-ondas e motocicleta.

Na avaliação dos domínios envolvidos na qualidade de vida, demonstrou preservação de todos os itens avaliados (Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental), e indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo ausência de ambos. Na checagem sobre a funcionalidade do paciente, foi observada independência total para todas as suas atividades de vida diária e instrumentais. Informou que seu trabalho é sem carteira assinada, e, portanto ele o retomou assim que terminou a fisioterapia, e até hoje trabalha sentindo muitas dores e realizando as tarefas gastando mais tempo do que anteriormente ao acidente.

A mãe, uma senhora de 60 anos de idade, demonstrou escore abaixo do corte em relação a comportamentos críticos, porém ultrapassou ponto de corte para superenvolvimento emocional. Afirmou que se questiona muito sobre o que acontecerá com o filho e sobre quais as razões para tudo ter acontecido, bem como abdica de muitas coisas de sua vida, incluindo as próprias necessidades e coisas de seu interesse, para ajuda-lo, já que ele ocupa papel muito significativo em sua vida.

Paciente 8 (PC8)

Natural de São Mateus do Maranhão, do sexo masculino, branco, tinha 19 anos na época de ocorrência do TCE. Havia concluído o 1º grau escolar, era solteiro e trabalhava como ajudante numa serralheria, produzindo materiais para festas. Às seis horas da manhã de um sábado, no mês de janeiro, dirigia sua moto em via pública urbana quando colidiu com um automóvel. Às 9:08h do mesmo dia, sem nenhum fator de alteração de consciência, foi admitido na UE.

Sem nenhuma patologia prévia, no momento da admissão o paciente apresentava lesões nas regiões da cabeça (AIS 3) e face (AIS 2), com preservação torácica, abdominal, das extremidades e externas. Apresentava ISS 13, Glasgow 14, TRISS 99,19 e RTS 7,84. Após quatro dias de internação, com diagnóstico de TCE leve e alta probabilidade de sobrevida, sem necessidade de realização de cirurgias e de cuidados intensivos, foi acometido por meningite e então transferido para o Hospital Estadual, onde permaneceu internado por mais 12 dias em antibioticoterapia, passou por duas cirurgias nos seios da face e recebeu alta hospitalar em bom estado de recuperação, sem nenhum encaminhamento para seguimento terapêutico específico.

A visita foi agendada com o próprio paciente, em seu horário de intervalo de almoço, uma vez que referia passar apenas meia hora em sua casa por ter muitas coisas a resolver no tempo fora do trabalho. Na oportunidade em que recebeu a entrevistadora estava sozinho em casa e complementou informações hospitalares, dizendo que logo após o acidente ficou inconsciente por três dias.

Classificado como categoria “C2” na Classificação Econômica Brasil, reside, desde o acidente, com o irmão e cunhada, que concluíram o 2º grau escolar, em residência própria, com um banheiro, geladeira, freezer, lava roupas, aparelho de DVD, forno de micro-ondas e duas motocicletas, em rua pavimentada e com abastecimento de água encanada.

Na avaliação específica de qualidade de vida, mostrou comprometimento acima da média em Limitações por Aspectos Físicos, com todos os demais domínios preservados (Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, ou seja, ausência de ambos, independência completa para todas as atividades de vida diária e dependência parcial para as instrumentais, já que, segundo ele, não consegue cuidar da lavagem de suas próprias roupas.

Ao final da entrevista, comentou que sente falta de trabalhar como antes, quando podia “realizar atividades mais pesadas” (sic), uma vez que, segundo ele, mudou sua forma de atuação devido à fraqueza que sente após o trauma.

Não foi realizada a avaliação de emoção expressa do cuidador pelo fato de **P8** estar sozinho e porque nenhuma pessoa exerceu efetivamente este papel.

Paciente 9 (P9)

Natural de Jaboticabal, branco, desquitado, tinha 47 anos de idade, 1º grau incompleto e era carpinteiro quando sofreu o TCE em uma queda acidental, às 23 horas de um domingo,

no mês de janeiro. No dia seguinte, às 7:57h, o paciente deu entrada na UE, levado por uma Unidade de Suporte Básico chamada pela família.

Apesar de ele próprio relatar que estava alcoolizado no momento da queda, na internação não foi identificado nenhum fator de alteração de consciência. Com patologia prévia de transtornos mentais e comportamentais derivados do uso de álcool, bem como histórico de cirrose hepática descoberta em 2013, enquanto realizava tratamento específico para dengue, ele já tinha passado pelo HC para intervenções específicas para seus problemas de saúde. Na admissão hospitalar, apresentava lesões nas regiões da cabeça (AIS 1), face (AIS 1), tórax (AIS 1), abdome (AIS 1), extremidades (AIS 1) e externas (AIS 1), ISS 3, Glasgow 15, TRISS 99,65 e RTS 7,84. Não necessitando de cirurgias nem de cuidados intensivos ou mesmo de pernoite no hospital, recebeu diagnóstico de TCE leve com alta probabilidade de sobrevida e teve alta em bom estado de recuperação, sem encaminhamentos e com prescrição de medicamentos específicos para o quadro hepático. Relatou ainda ingerir analgésicos (paracetamol) para controle da dor.

A visita foi agendada com sua mãe, que ficou muito feliz com a ligação, na expectativa de algum acompanhamento domiciliar para o filho que acabara de sair do HC após terceira intervenção de paracentese para retirada de excesso de líquido na cavidade abdominal. Segundo ela, não sabe “o que fazer para o filho diminuir a bebida, que aumentou ainda mais depois que bateu a cabeça” (sic). Na chegada da pesquisadora, **P9** a recebeu e estava sozinho em casa, pois tanto a mãe quanto o irmão e cunhada estavam trabalhando.

Residindo em companhia da mãe de 67 anos, analfabeta e proprietária de restaurante, com o irmão e esposa morando no barracão nos fundos de sua casa, **P9** é classificado na categoria “E” da Classificação Econômica Brasil. Reside em casa alugada, com um banheiro e geladeira, em região servida por água encanada e pavimentação pública.

Na checagem específica de qualidade de vida, mostrou comprometimento acima da média nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde e Aspectos Sociais, com preservação dos demais domínios avaliados (Comprometimento Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, ou seja, negativo para ambos, e referiu independência total em suas atividades de vida diária, com dependência parcial em atividades instrumentais, já que não consegue realizar cuidados relativos à sua casa e suas roupas.

Afastado desde a queda que ocasionou o TCE, disse não conseguir executar as atividades de antes, tem ficado o dia inteiro em casa e estava com o abdome visivelmente

aumentado no momento da visita. Complementou as informações dizendo que, no ano seguinte à primeira queda, sofreu outra no meio da rua e foi atropelado por uma moto. Segundo ele, sempre bebeu muito, tendo iniciado aos 13 anos, o que foi razão para o desquite há 22 anos e separação da ex-companheira há oito meses. Pai de um filho do sexo masculino, de 23 anos, relata ser difícil estar longe da ex-esposa e do filho, que moram em Guariba. Paciente refere que depois do TCE passou a “beber mais e não consegue controlar como antes” (sic).

Pela ausência física da sua mãe, que exerce o papel de cuidadora e estava trabalhando, não foi possível realizar a aplicação do questionário para avaliação de emoção expressa do cuidador.

Paciente 10 (P10)

Pernambucano da cidade de Irati, do sexo masculino, músico, solteiro e aos 38 anos de idade, tinha o 1º grau incompleto quando sofreu um TCE na rodovia, no município de Guatapará. Naquela ocasião, às 16:00h de um domingo do mês de fevereiro, viajava para realizar um show na mesma motocicleta que seu parceiro que, com ele, compunha uma dupla de música sertaneja, e perdeu o controle da moto, caindo ao chão. O parceiro não sofreu sequer escoriações, enquanto P10 foi admitido às 19:39h na UE, levado pelo veículo de socorro da concessionária da rodovia. No momento da admissão, apresentava lesões na cabeça (AIS 1) e nas extremidades (AIS 2), sem lesões na face, tórax, abdome e externas e sem nenhum fator de alteração da consciência, ISS 5, Glasgow 15, TRISS 99,58 e RTS 7,84. Foi diagnosticado com TCE leve, com alta probabilidade de sobrevida, precisou passar por duas cirurgias ortopédicas, não demandou atenções intensivas e ficou apenas um dia internado, recebendo alta com limitações moderadas e encaminhamento para seguimento fisioterápico. Segundo o paciente, uma semana após a alta hospitalar foi constatada infecção hospitalar na região das cirurgias, o que gerou uma segunda internação com a duração de uma semana. Depois da última internação, seguiu por um ano com sessões de fisioterapia e mantém retornos bimestrais ao neurologista.

A visita foi agendada com ele próprio ao telefone, mas a aplicação dos questionários somente foi possível na terceira visita. O paciente não se encontrava em casa nos dois primeiros momentos agendados, e, ao ser atendida pela mãe nestas duas oportunidades, a pesquisadora foi informada que ele tinha se esquecido do agendamento, e, portanto, tinha saído de casa. Na segunda tentativa de entrevista, a mãe se ofereceu para ela própria agendar a terceira tentativa, garantindo que ele estaria em casa, o que efetivamente ocorreu uma semana depois. Segundo a mãe, ele não está mais morando em Ribeirão Preto mas em São João da Boa Vista, com a

companheira e seus dois filhos. A mãe referiu que foi importante essa mudança, por que ele ficou dependente por muito tempo, e, em Ribeirão Preto, não tinha ninguém que pudesse assisti-lo pelo dia inteiro.

Classificado na categoria “D” da Classificação Econômica Brasil, apesar de residirem numa região sem pavimentação da via pública urbana, sua companheira concluiu o segundo grau, sua casa é servida de água encanada e possui um banheiro e geladeira.

Na avaliação de qualidade de vida, mostrou não viver comprometimento em nenhum dos domínios avaliados e indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos. Quanto à funcionalidade no cotidiano, mostrou-se completamente independente nas atividades de vida diária e parcialmente dependente para atividades instrumentais, carecendo de alguma ajuda para sua alimentação e para manter suas roupas adequadamente limpas.

Tendo em vista que sua mãe foi a cuidadora durante seu período de maior dependência e no primeiro ano após a alta hospitalar, a mesma respondeu ao questionário familiar de emoção expressa do cuidador. Demonstrou mais emoção expressa que a média, no que tange a comentários críticos, e dentro da média em itens acerca de envolvimento emocional. Com 73 anos de idade, mostrou frequente preocupação com o que acontecerá com o filho, questionamento sobre as razões do acidente, comprometimento de seu sono por causa dessas preocupações, abdicação de seus interesses e atividades, necessidade de controlar suas críticas em relação ao filho, avaliando-o como tendo um papel muito significativo em sua vida. Para ela, depois do acidente, ele ficou de “difícil trato por causa de seu nervosismo e memória ruim, não ouve conselhos e faz tudo do jeito dele” (sic).

Desde o acidente, o paciente parou de tocar com o parceiro para fins profissionais. Segundo ele, “traumatizou com a vida de estrada” (sic) e então assumiu o ofício de eletricitista. Não conseguiu ser afastado com benefícios e disse ter tocado seu teclado, pela primeira vez desde o acidente, uma semana antes da entrevista.

Paciente 11 (P11)

Natural de Uberaba-MG, do sexo masculino, branco, solteiro, 27 anos de idade, era aluno do segundo ano de graduação em Engenharia Mecânica e trabalhava com instalação de cercas elétricas quando, em um domingo do mês de fevereiro, foi a um baile de carnaval na cidade de Luiz Antônio e sofreu espancamento em torno das cinco horas da manhã. Levado por

uma Unidade de Suporte Básico daquele município à UE, foi admitido às 6:45h do mesmo dia com lesões apenas na região da cabeça (AIS 4), com preservação completa das demais regiões anatômicas. Não demonstrou nenhum fator de alteração de consciência no momento da entrada no hospital e nem foi referida patologia prévia, apresentando valores de ISS 16, Glasgow 14, TRISS 98,96 e RTS 7,84.

Diagnosticado com TCE leve e com alta probabilidade de sobrevida, passou por 22 dias de internação, incluindo 16 em centro de tratamento intensivo após a realização de neurocirurgia (cranioplastia) e identificação de pneumonia. Após este período, recebeu alta hospitalar em estado de limitações moderadas e recomendações de uso de cadeira para banho, no intuito de evitar queda com nova lesão.

Na oportunidade da alta, foi encaminhado para seguimento profissional nas áreas de psicologia, fisioterapia, neurologia e assistência social. Devido ao fato de a ocorrência do espancamento ter sido registrada em evento promovido pelo Município de Luiz Antônio, a equipe de saúde local assumiu a responsabilidade por manter os seguimentos terapêuticos do paciente, mesmo com este residindo em Ribeirão Preto. Dessa forma, P11 manteve-se frequentando atendimentos na esfera municipal de Luiz Antônio por um ano. Na ocasião da entrevista, tinha abandonado os atendimentos por desmotivação dele e dos familiares que o levavam. Informou que, frequentemente, ao chegar na cidade era avisado que não seria atendido no dia, por ausência do profissional ou por outras razões.

A visita foi agendada com seu pai, e, no momento da mesma estavam presentes tanto o paciente quanto seu pai e sua mãe, residindo todos na mesma casa. Classificados na categoria “C1” da Classificação Econômica Brasil, os pais têm nível superior completo, são empresários, residem em casa própria servida com água encanada e pavimentação da rua, com um banheiro, dois automóveis, três microcomputadores, geladeira, aparelho de DVD e forno de micro-ondas.

Na avaliação de qualidade de vida, sugeriu resultados médios na avaliação de todos os domínios. Na avaliação específica de ansiedade e depressão, indicou escores acima do ponto de corte para ansiedade e abaixo para depressão, sugerindo presença de ansiedade, ausência de depressão. Na investigação de funcionalidade, sugeriu independência total para atividades de vida diária e dependência parcial para as instrumentais, sendo incapaz de administrar sozinho sua própria medicação, suas finanças, manter a higienização adequada de suas roupas e se locomover autonomamente pela cidade.

Desde a alta hospitalar, vivenciou três crises convulsivas e demonstra comportamento muito diferente do anterior ao trauma. Segundo os pais, além de alterações na movimentação do braço e perna esquerdos, esquece-se muito rapidamente de todas as informações recentes

que lhe são apresentadas, mostra repentes de depressão, ansiedade, impaciência e nervosismo, muitas vezes relatados por ele como sendo devido à extrema dor de cabeça e “tontura” (sic) que sente com constância.

Ainda segundo relato dos pais, P11 era ótimo aluno na faculdade e está tentando manter-se nos estudos, mas não consegue mais aprender o conteúdo e está reprovando em todas as disciplinas pelo segundo semestre consecutivo desde sua retomada. Após o período de afastamento (seis meses), tentou retomar o trabalho, mas foi demitido no primeiro dia, “quando o seu encarregado percebeu que ele não era mais o mesmo” (sic), segundo depoimento dos pais.

No momento do TCE, tinha uma namorada que finalizou a relação com ele, que requeria atenção excessiva enquanto ela precisava trabalhar muito e não podia se dedicar com a intensidade demandada por ele. Atualmente, ele, que sempre trabalhou e estudou muito, está restrito à casa e ao seu celular. Em função da nova rotina, o paciente demonstra muita revolta, diz “não poder nem pagar suas contas” (sic) Por demanda dos próprios pais que vêm percebendo uma série de dificuldades no filho, ele se encontra em acompanhamento neurológico e psiquiátrico, com diagnóstico de Síndrome do Pânico e utilizando os medicamentos Sumax, Cloridrato de Fluoxetina, Cloridrato de Nortriptilina, Rivotril e Loratamed.

O questionário familiar para a emoção expressa do cuidador foi aplicado tanto ao pai, de 52 anos, quanto à mãe, de 54 anos. Ambos demonstraram não expressar emoção no que tange a comentários críticos, mas o fazem acima da média no que diz respeito ao seu envolvimento emocional, precisando, muito frequentemente, pedir ao filho que faça coisas de que se esqueceu, preocupando-se com o seu futuro, chegando a atrapalhar seu sono, abdicando de suas necessidades e interesses, pensando muito sobre as razões para tudo o que estão vivendo em decorrência da lesão, e avaliando-o como tendo papel muito significativo em suas vidas.

Paciente 12 (P12)

Sul-matogrossense de Coronel Sapucaia, branco, casado, 1º grau escolar incompleto, tinha 47 anos de idade e trabalhava como vigia quando sofreu uma queda acidental de escada, de altura aproximada de dois metros e meio, enquanto mexia no forro de sua casa. O acidente aconteceu no município de Ribeirão Preto numa 5ª feira de fevereiro, às 12:00h, tendo sido levado por Unidade de Suporte Básico primeiramente para uma Unidade de Pronto Atendimento, e, de lá, direcionado para a UE. Às 13:12h, foi admitido na UE sem nenhum fator de alteração de consciência ou descrição de patologias prévias.

Na admissão, apresentava lesões na região da cabeça (AIS 3), com todas as demais regiões anatômicas completamente preservadas, ISS 9, Glasgow 15, TRISS 99,42 e RTS 7,84, tendo recebido diagnóstico de TCE leve com alta probabilidade de sobrevida. Após 12 dias de internação, sem necessidade de cuidados intensivos e sem realização de nenhuma cirurgia, recebeu alta hospitalar com limitações moderadas, administração de amitriptilina devido ao extremo nervosismo apresentado durante a internação hospitalar, e encaminhamentos para seguimento terapêutico com equipe de fonoaudiologia e fisioterapia.

P12 agendou pessoalmente a entrevista ao telefone, e estava junto da esposa quando recebeu a pesquisadora. O paciente atualmente reside em companhia da esposa e dois de seus três filhos. Classificados na categoria “C1” da Classificação Econômica Brasil, **ele** teve sempre muita dificuldade de aprendizado, completou ensino fundamental através de supletivos quando adulto, mas sem conseguir aprender adequadamente. Ele e sua família moram em uma casa com oferta de água encanada e pavimentação da via pública, com dois banheiros, dois automóveis, microcomputador, geladeira, máquina de lavar roupas, aparelho de DVD, forno de micro-ondas e uma motocicleta.

Na entrevista, relatou que ainda durante a internação na UE ele passou três dias sem reconhecer ninguém, muito nervoso e com medo de ficar sozinho. Após a alta hospitalar, teve uma paralisia facial e nunca mais deixou de ficar extremamente nervoso. Iniciou as atividades requisitadas pela equipe médica, tanto com fonoaudiólogos quanto com fisioterapeutas, o que manteve por seis meses e em seguida abandonou por ter perdido a paciência e não ver resultados

Em avaliação específica de qualidade de vida, sugeriu preservação de todos os domínios avaliados, identificando ter adequada qualidade de vida. Na checagem de sintomas de ansiedade e depressão, indicou ausência daqueles relacionados à depressão e presença dos relacionados à ansiedade. Funcionalmente, sugere estar completamente independente para as realizações de suas atividades de vida diária, e parcialmente dependente para a realização das atividades instrumentais, já que depende de sua esposa administrar suas medicações, sob o risco de esquecimento ou de tomar repetidas dosagens da mesma substância.

Em relação à esposa, de 48 anos de idade, que foi sua acompanhante e cuidadora desde a internação na UE, identificou-se escore para emoção expressa acima da média tanto no que tange a comentários críticos quando a envolvimento emocional. A companheira indica que está com dificuldade frequente de chegar a um acordo com o paciente, abrindo mão de si mesma, de suas necessidades e interesses, e guardando para si quando algo no marido a incomoda. Segundo a cuidadora, ele está com muitas dificuldades de memória e impulsos de nervosismo, sofrendo em função de uma claustrofobia e medo de ficar sozinho que não apresentava antes

do acidente. Em razão desses sintomas emocionais a esposa tem se mantido em preocupação constante, necessitando repetir informações por várias vezes, controlando-se para não criticá-lo em suas dificuldades e sofrendo ao perceber que ele ocupa um papel significativo em sua vida mas não demonstra gratidão pelo que ela faz.

Após a recuperação da paralisia facial ele retomou seu trabalho no mesmo local onde está há 15 anos. Segundo ele, só consegue se manter no mesmo local porque todos o conheciam desde antes do acidente e sempre gostaram dele e de seu trabalho, o que os leva a ter paciência com suas dificuldades. Ainda segundo o paciente, sua memória foi tão prejudicada que atualmente faz anotações de tudo, na tentativa de não esquecer.

A esposa complementou a entrevista relatando que por vezes se assusta com a mudança do marido, que ficou muito “medroso” (sic) desde que foi internado, e que está tendo muitos pesadelos e falando com muita frequência de histórias antigas de sua vida, sobre as quais não comentava há muitos anos. Segundo ela, o paciente tem retomado a história de sua mãe ter falecido quando ele tinha cinco anos de idade, oportunidade em que cada um dos seis filhos foi adotado por uma família e ele passou por muitos maus tratos com a família que o adotou. Pesadelos com esse período e memórias dolorosas têm ocorrido semanalmente, e, mesmo acordado, ele repetidamente fala sobre o assunto, demonstrando nervosismo e sofrimento, preocupando a esposa.

Paciente 13 (P13)

Aos 31 anos de idade, casado, branco, com 2º grau completo, natural de Ribeirão Preto, trabalhava lavando uma caixa d'água vazia em uma universidade, numa 5ª feira do mês de fevereiro, quando, às 13:20h sofreu uma queda acidental de aproximadamente sete metros de altura. Como estava sozinho no local e desmaiou imediatamente após a queda, foi socorrido duas horas depois e levado diretamente para a UE através de Unidade de Suporte Básico, sendo admitido às 17:29h.

Sem nenhuma patologia prévia e nenhum fator de alteração de consciência no momento de admissão hospitalar, apresentava lesões nas regiões cabeça (AIS 1) do tórax (AIS 3), abdome (AIS 2) e extremidades (AIS 2), com preservação das regiões externas e da face. Foi classificado com ISS 17, Glasgow 15, TRISS 98,87e RTS 7,84, recebendo diagnóstico de TCE leve com alta probabilidade de sobrevida. Durante a internação de nove dias foi realizada uma cirurgia ortopédica, sem necessidade de cuidados intensivos. Recebeu alta hospitalar em

condições de limitação moderada, foi encaminhado para acompanhamento contínuo com as equipes de ortopedia e fisioterapia, e sob administração de Tramadol para as dores relatadas.

A visita foi agendada ao telefone com o próprio paciente, que recebeu a pesquisadora na companhia da esposa e de um filho de sete anos de idade. Classificados na categoria “D” da Classificação Econômica Brasil, o paciente relatou ter sido obrigado a vender sua casa anterior devido às escadas e a necessidade de colocar a maca em seu quarto, por diversos meses de recuperação. Atualmente residem ele, esposa e dois filhos (11 e 7 anos) em casa alugada, em região servida por água encanada e pavimentação, com um banheiro, uma geladeira, um aparelho de DVD e uma máquina de lavar roupas.

Em avaliação de qualidade de vida, demonstrou comprometimento acima da média nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, com preservação dos domínios Capacidade Funcional e Limitação por Aspectos Físicos. Mostrou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e abaixo na de depressão. Funcionalmente, indicou estar parcialmente dependente tanto para atividades de vida diária quanto para atividades instrumentais, dependendo de ajuda de pessoas para transitar pela cidade, realizar suas compras, realizar cuidados básicos de sua casa e roupas, bem como para preparar alimentos.

A esposa e cuidadora em seu período de repouso após a alta hospitalar, de 34 anos de idade, demonstrou envolvimento emocional acima da média, com mediana demonstração de emoção expressa no que tange a comentários críticos. Para a acompanhante, o paciente tem um papel muito significativo em sua vida e ela se questiona sobre seu quadro e se preocupa muito com o que irá acontecer com ele. Em função do paciente, a esposa frequentemente não presta atenção suficiente em si, abdica de suas necessidades, não consegue dormir adequadamente, sente necessidade de controlar suas críticas e encontra dificuldades para chegar a um acordo com ele em diversas situações.

O próprio paciente descreveu que no acidente ele fraturou a coluna, a bacia em três lugares diferentes, braço direito e sacro, perfurou baço, pulmão e teve lesões no fígado. Após seis meses acamado, e ainda com relatos de intensa dor, manteve-se em sessões de fisioterapia por três meses, recuperou a marcha conseguindo se locomover sem auxílio e apoio. Seu acidente foi reconhecido como acidente de trabalho e, devido às limitações ainda presentes, aposentou-se por invalidez. Como sequelas mais desconfortáveis, relatou a frustração de ter perdido a visão com o olho direito, o fato de não conseguir memorizar novas informações e o incômodo das fortes e diárias dores de cabeça. Segundo ele, chega a não “suportar o barulho

dos filhos de tanta dor” (sic). Complementou ainda que, depois do acidente, não tem mais amigos, todos sumiram e ele, a esposa e os filhos sentem-se isolados.

Paciente 14 (P14)

Natural de Ribeirão Preto, branco, casado, com 1º grau escolar incompleto, carpinteiro, 41 anos de idade, num domingo do mês de fevereiro, às 9:24h, mergulhou numa piscina e bateu sua cabeça. Imediatamente após o acidente, sua família o levou para o posto de saúde próximo de onde estavam, em Sertãozinho, que o liberou rapidamente para repouso em observação em casa. Relata que trabalhou durante toda a semana, exposto ao sol, e com muita dor. Ao procurar um pronto socorro em Ribeirão Preto, foi encaminhado à UE para avaliação específica de seu quadro. Foi admitido na UE quatro dias após o trauma, às 17:34h, sem fatores de alteração de consciência e relato de patologias prévias, com lesões nas regiões da cabeça (AIS 1), face (AIS 1), tórax (AIS 1), abdome (AIS 1), extremidades (AIS 1), externas (AIS 1), ISS 3, Glasgow 15, TRISS 99,65 e RTS 7,84. Sem que houvesse necessidade de cirurgias ou cuidados intensivos, foi diagnosticado com TCE leve e alta probabilidade de sobrevida, e recebeu alta hospitalar sem pernoitar no hospital, em situação de boa recuperação. Não foi realizado nenhum encaminhamento para seguimento profissional ou prescrição de medicamentos no momento de sua alta hospitalar.

A visita foi agendada com ele próprio, que recebeu a entrevistadora em seu intervalo de almoço, em sua casa, sozinho, uma vez que a esposa, dois filhos, dois enteados e dois sobrinhos com quem reside encontravam-se trabalhando ou na escola. Classificado na categoria “D” da Classificação Econômica Brasil, reside em casa própria herdada por sua esposa, em região com oferta de água encanada e pavimentação das vias, com um banheiro, geladeira, máquina de lavar roupas, forno de micro-ondas e aparelho de DVD.

Em avaliação sobre domínios de qualidade de vida, revelou valores acima da média em Comprometimento Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Aspectos Sociais e Saúde Mental, com preservação de todos os demais domínios (Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Emocionais). Demonstrou indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo ausência de ambos, com independência total em atividades de vida diária e em atividades instrumentais. Na ausência de sua esposa, não foi possível a aplicação da escala familiar de emoção expressa do cuidador.

Relatou que sua vida continuou a mesma desde o trauma, trabalhando nas mesmas funções de carpintaria mas com dificuldades que não apresentava antes. Segundo ele, “demora muito mais para fazer as mesmas coisas que fazia rapidamente, e isso irrita muito” (sic).

Paciente 15 (P15)

Natural de Ribeirão Preto, branco, solteiro, com 1º grau escolar incompleto, servente de pedreiro, aos 45 anos de idade sofreu acidente em sua casa, numa 4ª. feira de de março, quando caiu de uma laje de três metros de altura. Com socorro imediato, foi levado à UE por Unidade de Suporte Básico, tendo sido admitido às 17:30h.

Sedado e intubado, com histórico de transtornos mentais devido ao uso de álcool, mas sem alcoolização detectada na admissão, foi recebido na sala de trauma com lesões nas regiões da cabeça (AIS 3), face (AIS 2), tórax (AIS 3) e extremidades (AIS 3), com preservação do abdome e regiões externas. Na ocasião apresentava ISS 27 (AIS 5, 2, 3 = ISS 38), Glasgow 3, TRISS 35,91, RTS 2,62, configurando um TCE grave, de comprometimento cognitivo acentuado e em faixa considerada de salvamento potencial. Com a realização de quatro cirurgias ortopédicas, ocorrência de choque hipovolêmico e pneumonia, 15 dias de cuidados no centro de terapia intensiva e total de 21 dias de internação, recebeu alta hospitalar com encaminhamento para sessões de fisioterapia e medicações para as dores.

A visita foi agendada ao telefone com sua mãe, mas o paciente estava sozinho no momento, pois a mãe estava na missa de domingo. Classificado na categoria “D” da Classificação Econômica Brasil, estudou até o 5º ano, reside com sua mãe em casa própria localizada em via pavimentada e servida por água da rede pública, com dois banheiros, uma geladeira e com serviço de uma faxineira em um dia por semana. Referiu que após a alta hospitalar ficou por três meses na cama, seguidos por outros três meses andando com apoio de muletas. Neste período, realizou quatro sessões de fisioterapia, que foram abandonadas devido ao fato de não ter alguém para leva-lo ao HC e os altos custos para chamar táxi ou ambulância para seu transporte.

Na avaliação de aspectos de qualidade de vida, demonstrou preservação de todos os domínios contemplados pelo instrumento. Indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e abaixo na de depressão, sugerindo presença de ansiedade e ausência de depressão. A investigação sobre a funcionalidade do paciente mostrou que no momento atual ele é totalmente independente para todas suas atividades de vida diária e atividades instrumentais.

Sem a presença de sua mãe durante a entrevista, não foi aplicado o questionário de emoção expressa do cuidador. O paciente complementou dizendo que sua recuperação foi “um milagre de Deus, que deixou apenas alguns esquecimentos” (sic). Atualmente não faz uso sequer de medicamentos para a dor, mas mantém a frequência de idas ao bar e consumo de bebidas com os colegas. Disse ainda que viveu com uma companheira por 19 anos, com quem teve um filho. A separação ocorreu devido ao seu grande consumo de bebidas alcoólicas e a ex-companheira o afastou do filho, ao qual era muito apegado, e não mais permitiu contato entre ambos. Atualmente ela se mudou de Ribeirão Preto, trocou seus números de telefones e ele não recebe nenhuma informação sobre o filho, não sabendo nem mesmo se eles tiveram ciência do seu acidente.

Paciente 16 (P16)

Natural de Recife-PE, branca, casada, desempregada, com 2º grau completo, tinha 18 anos quando, numa 4ª. feira do mês de março, às 8:00h, foi atropelada por um carro em via pública urbana de Ribeirão Preto. Transportada por uma Unidade de Suporte Básico, foi imediatamente levada para a UE, tendo sido admitida às 8:46h do mesmo dia, com lesões nas regiões da cabeça (AIS 1), face (AIS 1), tórax (AIS 1), abdome (AIS 1), extremidades (AIS 1) e externas (AIS 1).

Sem nenhum fator de alteração de consciência nem histórico de patologias prévias, apresentou valores de ISS 3, Glasgow 15, TRISS 99,65, RTS 7,84, não passou por cirurgias nem demandou cuidados intensivos e recebeu alta hospitalar após um dia de internação, em estado de moderadas limitações, diagnóstico de TCE leve e encaminhamento para seguimento neurológico e fisioterápico.

A entrevista foi agendada com ela própria e confirmada com sua mãe, que retornou a ligação por ter ficado preocupada com a possibilidade de ação de golpistas. **P16** recebeu pessoalmente a pesquisadora na casa onde reside em companhia do pai, mãe, irmão e marido. Na oportunidade, estava sozinha e grávida de cinco meses. Segundo ela, sua vida toda continuou exatamente a mesma que era antes do acidente, sua recuperação foi adequada e por esta razão não realizou a fisioterapia indicada. Disse apenas encontrar dificuldade diária pela “fortíssima dor de cabeça” (sic) que passou a sentir desde quando estava no hospital e que permanece até o momento. Após a alta ficou por duas semanas acamada, mas conseguia andar sem auxílios, e, desde então faz uso apenas de Paracetamol nos momentos de dor de cabeça.

Qualificada na categoria “C2” da Classificação Econômica Brasil, seu pai tem formação universitária, residem em casa própria com um banheiro, um computador, um aparelho de DVD, um forno de micro-ondas, uma motocicleta e uma geladeira, numa região com água encanada e pavimentação da via pública.

No instrumento específico de qualidade de vida, indicou comprometimento acima da média em Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais e Saúde Mental. Os demais domínios avaliados, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Aspectos Emocionais, mostraram-se dentro da média esperada. No rastreio de sintomas relacionados à ansiedade e depressão, indicou escores acima do ponto de corte para ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos. Nas escalas de avaliação de atividades de vida diária e de atividades instrumentais, mostrou-se independente para a realização de todas as atividades de vida diária, porém com parcial dependência em atividades instrumentais, já que depende de alguém para realizar compras, auxiliá-la em atividades bancárias e compras maiores, bem como para separar adequadamente as medicações que deve tomar.

Não foi realizada a avaliação de emoção expressa do cuidador pela inexistência de alguém que ocupasse esse papel. Ao final da entrevista, comentou que se não fosse a extrema dor de cabeça, a piora da memória desde o acidente, e os “nervosismos” por causa dos esquecimentos e dores, “tudo teria ficado perfeito” (sic). Ainda segundo ela, sabe que sobreviveu por “um milagre” (sic.).

Paciente 17 (P17)

Natural de Campo Mourão-PR, do sexo masculino, branco, analfabeto, sem ocupação definida, não se lembra do nome de sua cidade de origem, que também não foi registrada pela UE. Aos 48 anos, em um sábado do mês de março, às 18:30h, fazia concertos no telhado de casa vizinha à sua, a três metros de altura, quando o mesmo se quebrou e provocou sua queda, ocasionando perda de consciência. Como estava sozinho, demorou a ser encontrado. Posteriormente, foi conduzido por Unidade de Suporte Básico para uma unidade de pronto atendimento, que o encaminhou à UE.

Admitido na UE às 8:09h do dia seguinte da lesão, ainda alcoolizado e com histórico de transtornos mentais devido ao uso do álcool, apresentava lesões nas regiões da cabeça (AIS 4), abdome (AIS 2) e extremidades (AIS 2), ISS 24, Glasgow 13, TRISS 97,99, RTS 7,84, com preservação da face, tórax e regiões externas. Diagnosticado com TCE moderado e com alta probabilidade de sobrevida, foi submetido a neurocirurgia, teve complicação com pneumonia e

permaneceu 10 dias em centro de terapia intensiva, de um total de 25 dias de internação hospitalar. Recebeu alta hospitalar com limitações moderadas.

A visita foi agendada com ele ao telefone, ocasião em que pediu à pesquisadora que ligasse também para uma pessoa que o estava auxiliando nos cuidados de saúde, agendamentos de compromissos, administração financeira, audiências e perícias necessárias. Ao telefone, informou que desde o seu acidente não consegue memorizar e escrever notas, sequer recordar de sua data de nascimento, razão pela qual estava inseguro de realizar ele mesmo qualquer agendamento. Portanto a confirmação de sua visita foi realizada por uma terceira pessoa, aqui designada com o pseudônimo Maria, que compareceu no momento do encontro para auxiliar o paciente no que fosse necessário.

Maria, 52 anos de idade, 1º grau completo, não é parente de **P17**. Portadora de anemia falciforme, mãe de três filhos com dificuldades orgânicas e cognitivas (narcolepsia, microcefalia e mitocondriopatia congênita), Maria dedicou sua vida a estudar a legislação acerca dos seus direitos e de seus filhos. Devido ao seu despojamento e sucesso em conseguir acompanhamentos clínicos, bem como medicamentos e demais benefícios sociais em órgãos competentes, Maria ficou famosa na região e é muito procurada para auxiliar pessoas com necessidades sociais. Moradora de um acampamento na região de Serrana, cidade vizinha de Ribeirão Preto, é tida atualmente como matriarca responsável por quatro diferentes núcleos de acampamentos de pessoas sem-terra, e por aproximadamente 230 famílias assentadas.

Quando sofreu o acidente, ele foi encontrado por uma vizinha proprietária de um bar. Sabendo que o paciente não possui familiares em Ribeirão Preto e mora sozinho em um cômodo cedido em meio a outros alugados por vendedores ambulantes, e não podendo ofertar qualquer ajuda a **P17**, esta vizinha chamou a ambulância, e, conhecendo a fama de Maria, requisitou seu auxílio. Desde então, mesmo residindo muito longe, Maria cuida de toda a documentação do paciente, o acompanha em consultas e é a referência de suporte em sua vida. Para que fosse possível acompanhá-lo e monitorá-lo, Maria presenteou **P17** com um aparelho de celular simples e o treinou para que, mesmo sendo analfabeto, consiga ler, atender a telefonemas e acessar o seu número quando necessitasse ajuda.

Classificado na categoria “E” da Classificação Econômica Brasil, iniciou estudos de 1º grau mas não chegou a desenvolver leitura e escrita. Reside em um único cômodo que lhe foi cedido pelo proprietário em troca de observar e manter a ordem dos demais locatários de cômodos, com banheiro externo e de uso coletivo. Em sua casa, conta com uma geladeira, que foi doada por amigos de Maria, e uma televisão que não está funcionando.

P17 vive no terceiro cômodo após a entrada no lote, onde existe um total de seis, todos construídos com tijolos sem reboco interno e externo e cobertos por telhas *Eternit*. O acidente ocorreu em um desses cômodos, quando subiu no telhado e ele se rompeu. De um lado de seu espaço e apoiados na parede dos fundos estavam sua cama e televisão, e do lado oposto sua geladeira com alguns utensílios de cozinha e um rústico fogareiro com uma panela, em que ele afirmou esquentar sua comida.

Na avaliação específica de qualidade de vida, indicou comprometimento acima da média em Dor, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Os demais domínios avaliados, Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos e Estado Geral de Saúde mostraram-se dentro da média esperada. No rastreio de sintomas relacionados à ansiedade e depressão, indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos. Nas escalas de avaliação funcional, mostrou-se independente para a realização de todas as atividades de vida diária, porém com parcial dependência em atividades instrumentais, já que depende de alguém para todas estas tarefas, incluindo uso de telefone, realização de compras, preparo de refeições, lavagem de roupas, realização de atividades bancárias, administração de suas finanças, bem como para separar adequadamente as medicações que deve tomar.

P17 informou que já foi casado por 16 anos e teve quatro filhos. Segundo ele, uma filha foi dada pela mãe para outra família quando tinha oito meses de idade, e, antes do acidente, a esposa mudou-se para a Bahia levando consigo os outros três filhos. A mãe de **P17** reside em São Paulo, e tanto ela quanto a ex-esposa e os três filhos o visitaram quando souberam do seu acidente e atual situação. O paciente não aceitou o convite da mãe e da ex-esposa para ir embora de Ribeirão Preto e viver com uma delas. Esteve afastado por um ano e recebeu alta do INSS no mês em que a visita foi realizada. Na oportunidade, Maria estava tentando conseguir sua aposentadoria, para que tenha fonte de renda que permita sua subsistência. Na ausência de qualquer renda, a mãe estava fornecendo ajuda mensal, que ela deposita na conta da vizinha proprietária do bar, que o encontrou após o acidente. Dessa forma, esta vizinha fornece a ele alimentação básica, bem como alguns itens de higiene pessoal.

Entendendo Maria como cuidadora de **P17**, ainda que não familiar, esta preencheu o questionário de emoção expressa do cuidador, mostrando emoção dentro da média, tanto nos itens relacionados a comentários críticos, quanto a envolvimento emocional.

Para **P17** sua vida está muito boa, apenas sofre com as intensas dores, ocasião em que faz uso de diclofenaco de sódio, e dificuldades de memória que por vezes o fazem se perder e se sentir mal por depender tanto de Maria. Informou que foi musicista, tocou todos os tipos de

instrumentos, e tem registros de CDs gravados e fotos com sua participação em músicas de duplas famosas, como Milionário e José Rico e Christian e Ralph. Complementou que, para ter a vida melhor, precisaria apenas da companhia dos filhos.

Paciente 18 (P18)

Natural de Prado-BA, do sexo masculino, solteiro, com curso universitário concluído em Administração de Empresas, empresário, tinha 27 anos de idade quando em uma 5ª feira de abril, durante jogo de futebol em Ribeirão Preto, sofreu queda accidental, batendo a cabeça contra uma mureta de concreto. O acidente ocorreu aproximadamente às 21:00h, e ele foi levado por Unidade de Suporte Básico a uma unidade de pronto atendimento que o direcionou à UE, onde foi admitido às 00:51h.

Sem nenhum fator de alteração de consciência e com diagnóstico de fibromialgia há seis anos, foi admitido apresentando lesões na região da cabeça (AIS 4) com preservação de todas as demais regiões, ISS 16, Glasgow 15, TRISS 98,96 e RTS 7,84. Sem necessidade de cuidados intensivos e nem de realização de cirurgias, foi diagnosticado com TCE leve e alta probabilidade de sobrevida. Ficou internado por quatro dias para controle de uma hemorragia interna, e, após esse período, recebeu alta hospitalar em condição de limitações moderadas, com encaminhamento para seguimento hematológico e com administração de Sertralina (50mg).

A visita domiciliar foi agendada ao telefone com o próprio paciente, que preferiu receber a pesquisadora em sua empresa, local em que passa a maior parte de seu tempo.

Classificado na categoria “B2” da Classificação Econômica Brasil, reside na companhia apenas de seu pai, de 48 anos de idade, em casa própria com dois banheiros, dois automóveis, dois micro computadores, geladeira, máquina de lavar roupas, aparelho de DVD, forno de micro-ondas e motocicleta, em região com adequada oferta de serviços públicos como água encanada e pavimentação.

Na investigação específica de qualidade de vida, mostrou comprometimento acima da média nos domínios Limitações por Aspectos físicos e Estado Geral de Saúde, com preservação de todos os demais domínios na faixa média (Dor, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais, Saúde Mental). Na avaliação de sintomas de ansiedade e depressão, alcançou escores acima do ponto de corte para ansiedade e abaixo para depressão. Completamente independente para todas as atividades de vida diária, bem como para as instrumentais, informou que abriu seu negócio logo após seu período de repouso que se seguiu à alta hospitalar,

afirmando que “parece que o acidente fez pensar que tinha que tomar uma atitude” (sic). Mesmo que se sinta fisicamente limitado por decorrência do aumento das crises de fibromialgia depois do acidente, pensa que amadureceu e que sua vida melhorou.

Na época do acidente, contou com apoio e cuidados do pai, mas atualmente refere não depender dele para nada mais. Pelo contrário, relatou que seu genitor vive, atualmente, problemas relacionados ao vício em jogos, com dificuldade para administrar adequadamente as próprias finanças. Não havendo pessoa que ocupe o papel de cuidador, não foi aplicado o questionário específico a ele destinado.

Paciente 19 (P19)

Natural de Ribeirão Preto, branco, solteiro, desempregado, com 1º grau completo, tinha 38 anos de idade quando em um domingo de abril, às 22:00h, envolveu-se em uma briga e foi agredido em local desconhecido. Levado por uma Unidade de Suporte Básico, foi admitido na UE após passar por uma unidade de pronto atendimento, que o encaminhou, aproximadamente à 1:40h.

Sem fator de alteração de consciência mas com histórico de transtornos mentais derivados do uso de álcool e outras drogas, foi admitido na UE apresentando lesões na região da cabeça (AIS 2) e extremidades (AIS 2), com preservação da integridade das demais áreas anatômicas. Apresentou-se com ISS 8, Glasgow 14, TRISS 99,46 e RTS 7,84. Diagnosticado com TCE leve e alta probabilidade de sobrevivência, não necessitou de cuidados intensivos e cirurgias. Após dois dias de internação, saiu do hospital por alta pedida, mesmo com a indicação de mais uma intervenção cirúrgica, apresentando limitações moderadas. Com encaminhamento para seguimento neurológico e fisioterápico, **P19**, que estava muito nervoso decidiu-se por não buscar auxílio de nenhum profissional. Por ocasião da alta, foram administrados medicamentos anticonvulsivantes (Gardenal e Hidantal), que ele nunca aceitou tomar. Permaneceu por um mês acamado em casa, depois por dois meses em cadeira de rodas e hoje depende apenas da cadeira de banho como auxílio. Segundo os pais, este período foi muito difícil porque ele, que sempre foi muito agitado, esteve muito mais nervoso e agressivo.

A visita da pesquisadora foi agendada ao telefone com o próprio paciente. Classificado dentro da categoria “E” da Classificação Econômica Brasil, vive em companhia de seu pai e de sua mãe, ambos com 2º grau completo, em casa própria com um banheiro, geladeira, máquina de lavar roupa, aparelho de DVD e forno de micro-ondas, localizada em rua pavimentada e com abastecimento público de água.

Na avaliação de qualidade de vida, demonstrou comprometimento acima da média nos domínios Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental, com preservação do domínio Limitações por Aspectos Físicos. Indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos, e sugeriu independência total para atividades de vida diária. Todavia, sugeriu dependência dos pais para a maioria das atividades instrumentais, já que não consegue fazer compras sem auxílio (esquece que itens deve pegar), preparar refeições, cuidar da limpeza e organização doméstica, bem como de suas roupas. Não administra sua tomada de medicamentos e não consegue manejar suas finanças adequadamente, chegando a gastar todo o dinheiro recebido em um dia apenas.

Ambos os pais (54 e 52 anos) estavam presentes e preencheram o questionário familiar de emoção expressa do cuidador, indicando emoção expressa acima da média em comentários críticos e dentro da média em envolvimento emocional. Ambos mostraram se preocupar muito frequentemente com o que acontecerá com o filho. Relataram como comuns as situações em que ficam nervosos com ele, precisam pedir que se comporte de outra maneira e controlar as suas críticas em relação a ele. Segundo os pais, frequentemente é difícil chegar a um acordo com ele, pensam que podem ficar doentes em decorrência dos cuidados que prestam ao filho, irritam-se quando ele os requisita por querer algo deles a toda hora. Segundo eles, aborrecem-se com o filho com frequência e este não demonstra gratidão pelo que fazem.

Durante o preenchimento dos instrumentos, o próprio paciente informou que sua memória está muito difícil e que isso o “estressa ainda mais” (sic). Segundo ele, está difícil conversar com novas pessoas, a namorada o deixou depois do acidente e então ele não se interessou em se aproximar de ninguém mais. Os pais referiram que ele fez uso de crack por aproximadamente 25 anos, e que estava morando na rua quando aconteceu o episódio de agressão, e desde então retornou para casa. Informaram ainda que, desde o retorno, o paciente mostra sinais de compulsão alimentar e continua fazendo uso de drogas, por vezes some nas ruas e volta depois de muitos dias. Desempregado e sem nenhum tipo de benefício, é mantido pelos pais.

Paciente 20 (P20)

Natural de Érico Cardoso-BA, sexo feminino, do lar, 1º grau incompleto, mulata, casada, tinha 60 anos quando, numa quinta feira do mês de abril, às 19:00h, foi atropelada em

via pública urbana de Ribeirão Preto por uma motocicleta quando atravessava a avenida próxima à sua casa. Atendida por Unidade de Suporte Básico, foi levada à UE, que a admitiu às 21:25h.

Sem nenhum fator de alteração de consciência ou patologia prévia no momento da admissão, apresentava lesões na região da cabeça (AIS 3) e extremidades (AIS 3), com demais regiões anatômicas preservadas. Com ISS 18, Glasgow 14, TRISS 88,61e RTS 7,10, foi submetida a uma cirurgia na perna esquerda e não necessitou de atendimentos intensivos. Após cinco dias de internação, com diagnóstico de TCE leve e alta probabilidade de sobrevivência, recebeu alta hospitalar com indicação de seguimento terapêutico com profissionais das áreas de psicologia e fisioterapia. Por três semanas a paciente dependeu do uso da cadeira de rodas para sua locomoção, e por outras duas fez uso de andador. Por um ano frequentou o Centro de Reabilitação da USP, onde realizou os acompanhamentos sugeridos, passou por avaliações de memória, e, no momento da visita, estava frequentando o Centro apenas em retornos agendados, com administração de medicações analgésicas.

A entrevista foi agendada ao telefone com o marido, que estava presente no momento da visita. Durante sua realização, uma das filhas do casal chegou à casa e também esteve presente na maior parte do processo.

Classificada na categoria “B2” da Classificação Econômica Brasil, reside em companhia do marido (61 anos), duas filhas (28 e 29 anos) e um neto (quatro anos), em casa própria localizada em via pavimentada, com abastecimento público de água, três banheiros, um automóvel, dois microcomputadores, geladeira, máquina de lavar roupa, aparelho de DVD, forno de micro-ondas e duas motocicletas. As filhas completaram o 2º grau.

Na avaliação de aspectos de qualidade de vida, indicou comprometimento acima da média em todos os domínios avaliados (Dor, Limitações por Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Sobre aspectos relacionados a sintomas de ansiedade e depressão, indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e abaixo na de depressão, sugerindo presença de ansiedade mas ausência de depressão. A paciente está completamente independente para atividades de vida diária, mas parcialmente dependente para atividades instrumentais, já que precisa de suporte de alguém para sair de casa e transitar pela cidade.

Com a presença de seu marido e filha, que a acompanharam proximamente e auxiliaram em seu processo de reabilitação física, ambos preencheram o questionário referente ao cuidador e indicaram emoção expressa dentro da média para comentários críticos e envolvimento emocional.

Complementando os questionários, a paciente referiu que o que a incomoda desde o acidente são as constantes dores de cabeça e na perna. Mantém medo extremo de motocicleta, chegando a ter repetidos pesadelos envolvendo o som por elas produzido.. Não entende a razão de não sentir mais o cheiro e o sabor das coisas, bem como perdeu a sensibilidade e visão do lado esquerdo do rosto. Segundo ela, não enxerga nada que fique do lado esquerdo de seu corpo.

Tendo contribuído por apenas quatro anos com o INSS, não conseguiu se aposentar e não possui nenhum benefício financeiro desde o acidente.

Paciente 21 (P21)

Natural de São Paulo-SP, do sexo masculino, 28 anos de idade, branco, 2º grau completo, solteiro, assistente de usinagem, em um sábado do mês de maio, aproximadamente às 4:00h, colidiu com sua moto em uma árvore situada em rotatória próxima à sua casa, em via pública urbana de Ribeirão Preto. Uma pessoa que o viu caído, ferido e desmaiado, acionou uma Unidade de Suporte Avançado que o levou diretamente para a UE, onde foi admitido às 5:44h.

Alcoolizado e sem histórico de patologias prévias, entrou na UE com lesões nas regiões da cabeça (AIS 2), tórax (AIS 3), abdome (AIS 4) e extremidades (AIS 2), com preservação da face e regiões externas. Apresentou no momento da admissão ISS 29, Glasgow 15, TRISS 96,98 e RTS 7,84. Com diagnóstico de TCE leve, passou por duas cirurgias ortopédicas e uma cirurgia de cabeça e pescoço, ficou um dia em centro de terapia intensiva e totalizou 13 dias de internação hospitalar, com transferência para outros três dias na Unidade Campus do Hospital das Clínicas. No momento da alta recebeu encaminhamentos para fisioterapia, psicologia e otorrinolaringologia. Recebeu atendimento psicológico por uma semana, participou por três meses em sessões de fisioterapia e continua em seguimento ambulatorial com a neurologia e otorrinolaringologia.

A visita foi agendada com o próprio paciente, que recebeu a pesquisadora. Classificado na categoria “B2” da Classificação Econômica Brasil, reside em companhia do pai (51 anos), mãe (55 anos) e noiva (19 anos), em casa própria com três banheiros, dois automóveis, microcomputador, geladeira, máquina de lavar roupas e forno de micro-ondas, numa região com pavimentação das vias públicas e abastecimento público de água.

A avaliação específica de qualidade de vida indicou comprometimento acima da média apenas no domínio Aspectos Sociais, com preservação dos demais. Segundo o paciente, ele

bebia muito antes do acidente e era muito nervoso. Não consegue explicar o que aconteceu mas afirmou que depois do acidente, ao perceber nitidamente que “de tão bêbado, dormiu na moto e bateu na árvore” (sic), deixou de se interessar por beber, mas que sente falta dos grupos de amigos com quem saía. Na avaliação de sintomas relacionados à ansiedade e depressão, indicou escores abaixo do ponto de corte para ambos. Indicou também estar completamente independente para todas as atividades de vida diária, bem como para as instrumentais, e retomou seu trabalho na mesma empresa, tendo apenas sido readaptado em diferente setor. Anteriormente ao acidente atuava na usinagem, e, após, vem trabalhando no escritório, com atividades de planejamento orçamentário.

Tendo sido a cuidadora direta, tanto em seu processo de internação, quanto no período reabilitativo, sua mãe foi incluída na pesquisa e identificou emoção expressa acima da média nos itens que avaliavam envolvimento emocional, com preservação daqueles sugestivos de comentários críticos. Segundo ela, muito frequentemente presta mais atenção no filho do que nela própria, dado seu papel significativo em sua vida, e se preocupa com o que acontecerá com ele. Também referiu com frequência não dormir adequadamente, em consequência de pesadelos e pensamentos relacionados ao acidente.

Segundo a mãe, ela é muito “grata a Deus porque seu filho sobreviveu, está bem e melhor que antes, com a cabeça no lugar” (sic). Opinou que ele parece estar mais amadurecido e que a tranquiliza o fato dele não se interessar mais por bebida alcoólica e não ser explosivo e nervoso como era previamente.

Paciente 22 (P22)

Do sexo masculino, branco, solteiro, natural de Ribeirão Preto, 1º grau incompleto, tinha 39 anos e atuava como pedreiro quando, em um sábado do mês de maio, aproximadamente às 15:00h, foi agredido em local desconhecido e levado por Unidade de Suporte Avançado diretamente à UE, sendo admitido às 15:11h.

Sedado e intubado, com histórico prévio de etilismo mas sem sintomas de alcoolização na admissão hospitalar, chegou ao hospital com lesões na região da cabeça, (AIS 2) e preservação das demais regiões anatômicas, ISS 4, Glasgow 8, TRISS 98,27 e RTS 5,96. Diagnosticado com TCE grave e alta probabilidade de sobrevida, ficou por seis dias hospitalizado, sem necessidade de cuidados intensivos e de procedimentos cirúrgicos. Recebeu alta com limitações moderadas e foi encaminhado para seguimento psiquiátrico no CAPS.

A visita foi agendada com seu pai, que informou que o filho está morando sozinho e se apresenta de difícil convivência, pois parou seu acompanhamento no CAPS há um ano e “fica isolado, bebendo por todo o dia, em casa” (sic). **P22** recebeu ele próprio a pesquisadora, estava sozinho em uma casa de um cômodo, construída por ele mesmo no terreno vizinho ao de seus pais, cedido pelo proprietário para que ele pudesse morar. Segundo ele, o proprietário do terreno é o locatário da casa dos pais e gosta muito da família, por isso permitiu que ele construísse seu “barraco” (sic) e morasse lá. No terreno havia vegetações diversas plantadas pelo próprio paciente, como árvores frutíferas e flores, todos com devida poda e limpeza, mostrando os cuidados diários prestados por ele. A casa de um cômodo era feita de tijolos sem reboco interno nem externo e coberta por telhas de amianto. Dentro do cômodo existiam, também de forma organizada e limpa, de um lado a cama e televisão, e no extremo oposto o vaso sanitário e chuveiro, bem como móveis de cozinha, ambos separados por uma pequena cortina de plástico. Na parte atribuída à cozinha havia geladeira, fogão, mesa com alguns mantimentos e biscoitos, e duas cadeiras. Classificado na categoria “E” da Classificação Econômica Brasil, é semianalfabeto, assina seu nome mas não consegue escrever e ler adequadamente, reside em local com abastecimento de água encanada e pavimentação da via pública, e possui geladeira, e aparelho de DVD.

Na avaliação específica de qualidade de vida, mostrou comprometimento acima da média apenas no domínio Aspectos Sociais, com preservação de todos os demais (Capacidade Funcional, Dor, Limitação por Aspectos Físicos, Estado de Saúde Geral, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos, dependência parcial em atividades de vida diária e dependência total em atividades instrumentais. Apresentava dificuldades na deambulação. Após a alta hospitalar ficou por aproximadamente dois meses em cadeira de rodas e atualmente utiliza muletas para equilibrar-se. Por esta razão, depende de ajuda do pai e da mãe para transmitir recados telefônicos, realizar suas compras, cuidar da limpeza e organização de sua casa, lavar suas roupas, tomar medicamentos na hora correta e administrar seu dinheiro. Segundo seu depoimento, ele mesmo procura cuidar de seu jardim e cozinhar seus alimentos, embora a mãe leve diariamente as refeições para ele.

Embora presentes no cotidiano do paciente, no momento da visita nem o pai nem a mãe estavam em casa, razão pela qual não foi possível a aplicação do questionário familiar.

Segundo o relato do paciente, ele trabalhou por muito tempo com carrinho de guloseimas nas portas de escolas e servente de pedreiro, mas após o trauma está se esquecendo

de tudo. Chegou a procurar trabalho e por três vezes entregou currículos, sem sucesso. Está incomodado com o fato de não ter seu próprio dinheiro, já que não conseguiu afastamento nem aposentadoria pelo INSS. Acredita que por causa disso tem ficado muito triste e bebido muito mais do que de costume. Pai de duas filhas (21 e 16 anos, que moram com a mãe), avô de uma neta de um ano, já teve uma companheira por 10 anos.

Paciente 23 (P23)

Natural de Parnaíba-PI, mulato, do sexo masculino, 36 anos, 1º grau incompleto, casado, servente de pedreiro, às 18:30h de um sábado do mês de maio, enquanto voltava do trabalho de bicicleta, em via pública urbana de Ribeirão Preto, foi atropelado por um automóvel. Levado imediatamente à UE por uma Unidade de Suporte Avançado, foi admitido às 19:50h.

Intubado, sedado e sem patologias prévias, foi admitido com lesões nas regiões da cabeça (AIS 4), face (AIS 2) e extremidades (AIS 3) com preservação das regiões do tórax, abdome e externas. Apresentava valores de ISS 29, Glasgow 6, TRISS 87,58 e RTS 5,96. Foi submetido a seis cirurgias ortopédicas e a uma neurocirurgia, tendo passado nove dias em centro de terapia intensiva. Após 38 dias de internação, com diagnóstico de TCE grave com alta probabilidade de sobrevida, recebeu alta hospitalar com limitações moderadas e indicação de seguimento terapêutico com a fisioterapia e a neurologia.

A visita foi agendada com sua esposa, que estava presente também no momento da chegada da pesquisadora. Residindo em local de difícil acesso e localização complicada, mesmo com uso de mapas da cidade, o paciente foi, ele mesmo, de andador e com dificuldade de locomoção, até uma das avenidas principais da região para orientar a pesquisadora.

Classificado na categoria “E” da Classificação Econômica Brasil, estudou até a 2ª série do ensino fundamental, reside em companhia da esposa (34 anos), também natural de Parnaíba, e das duas filhas de 16 e 15 anos, em casa própria de dois banheiros, em região de assentamento novo de Ribeirão Preto, ainda sem encanamento e pavimentação das vias públicas, possuindo geladeira e uma moto.

Na avaliação específica de qualidade de vida, mostrou comprometimento acima da média nos domínios Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais, com preservação dos domínios Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental. Indicou escores acima do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo presença de ambos, bem como dependência parcial tanto para atividades de vida diária quanto para atividades instrumentais. Após o acidente, locomoveu-se

por três meses com cadeira de rodas, e, há um ano, o faz com apoio de andador. Depende atualmente de auxílio para se vestir, realizar cuidados pessoais (limpeza, cabelo, unhas, mãos, face e roupas) e tomar banho. Precisa de sua esposa para realizar as suas compras, preparar refeições, cuidar da casa, administrar medicamentos e cuidar das roupas. Pelo grau de dificuldade, frequência de queixas de dores e dependência do marido, a esposa abandonou o trabalho na ocasião da sua alta hospitalar e ainda não conseguiu se sentir segura para deixá-lo sozinho.

Na avaliação do cuidador, a esposa indicou emoção expressa acima da média tanto no que tange ao seu superenvolvimento emocional quanto aos comentários críticos. Segundo ela, muito frequentemente ele a deixa nervosa, abdica de si mesma, dos seus interesses e necessidades em função do marido. Dado o papel significativo do marido em sua vida, preocupa-se muito com o que irá acontecer com ele, precisa aborrecer-se e dizer repetidamente que faça coisas. Frequentemente desiste de coisas importantes para ajuda-lo, precisa controlar suas próprias críticas em relação ao marido, não consegue chegar a um acordo com ele, não consegue dormir bem, precisa pedir que se comporte de forma diferente e acredita que ele faça coisas erradas “por pirraça”.

Complementarmente, a esposa disse reconhecer que o marido sente muitas dores insuportáveis e está com importantes dificuldades de memória, mas acredita que, além disso, ele está com problemas mentais, porque modificou muito seu comportamento. Refere que o marido sempre foi muito moralista, respeitoso e ético, e que ultimamente está agindo inconvenientemente, “dando em cima de toda mulher que passa, até das velhinhas” (sic). Isso a tem chateado muito, embora ele mostre sempre reconhecer tudo o que ela faz por ele.

P23 descreveu que fraturou o braço e a perna esquerdos, perdeu a visão também do olho esquerdo e teve sua face reconstruída do lado esquerdo. Refere que sua vida não está boa, mas que é grato e tem o acidente como “obra divina para salvar sua família” (sic). Contou que, uma semana após voltar do hospital para sua casa, aconteceu uma ventania muito forte que arrancou todo o telhado da residência, e, graças ao recebimento da indenização do DPVAT, ele teve dinheiro para fazer a recolocação do telhado. Atualmente está afastado do trabalho e recebe R\$1.100,00 mensais, mas diz que sua “maior vontade do mundo é poder voltar a trabalhar” (sic).

Paciente 24 (P24)

Natural de Ribeirão Preto, estudante do 2º grau, branco, solteiro, 19 anos, numa sexta feira do mês de maio, às 13:55h, dirigia sua moto em via pública urbana de Ribeirão Preto quando colidiu com um automóvel que estava parado, sofrendo um trauma em consequência do choque.

Transportado por uma Unidade de Suporte Avançado, foi admitido na UE às 14:25h com lesões nas regiões da cabeça (AIS 4) e abdome (AIS 4) e preservação das demais regiões anatômicas. Na admissão hospitalar, não tinha história de patologia prévia, estava alcoolizado, e apresentou ISS 32, Glasgow 7, TRISS 84,59 e RTS 5,96. Foi diagnosticado com TCE grave, com alta probabilidade de sobrevida, sofreu três cirurgias, sendo uma neurológica, uma abdominal e uma de cabeça e pescoço. Foram necessários 17 dias de internação em centro de terapia intensiva, com ocorrência de complicações (sepse por pneumonia). Recebeu alta após 25 dias de internação hospitalar com limitações moderadas, uso de cadeira de rodas, encaminhamento para seguimento terapêutico com fisioterapia, terapia ocupacional, neurologia e fisioterapia, além de prescrição para uso de cadeira de rodas e administração de Sertralina.

O próprio paciente agendou a visita ao telefone e recebeu a entrevistadora pessoalmente no horário combinado. Seu pai de 45 anos estava presente em sua casa, e entrava e saía do ambiente onde a entrevista estava sendo realizada, fato que incomodava o entrevistado. O paciente referiu ter residido com a irmã e cunhado até a época do acidente, e depois, por sete meses, em outra casa com a namorada, que o ajudou em seu período de recuperação. Explicou ainda que mora sozinho com o pai desde que se separou da namorada. Segundo o paciente, seu pai vive problemas decorrentes do uso frequente de cocaína e não consegue mais trabalhar. Assim, **P24** aproveitou a oportunidade da separação para ficar mais próximo de seu pai e auxiliá-lo em suas dificuldades. O próprio paciente referiu que, desde o acidente, ele próprio se sente muito ansioso, nervoso e impaciente, e que isto está afetando negativamente sua relação com a namorada. Ainda assim, desta vez morando em casas diferentes, ambos mantêm o relacionamento.

Classificado na categoria “C2” da Classificação Econômica Brasil, terminou o ensino médio após o acidente, reside sozinho com seu pai em uma casa própria de dois banheiros, em região com água encanada e rua pavimentada, possui um automóvel, geladeira, máquina de lavar roupas, aparelho de DVD e motocicleta.

Na avaliação de qualidade de vida, demonstrou comprometimento nos domínios Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde e Aspectos

Sociais, com preservação dos domínios Dor, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Demonstrou ainda escore acima da nota de corte na avaliação específica para depressão, e abaixo para ansiedade, bem como completa independência em todas as atividades de vida diária e atividades instrumentais, embora, por três meses tenha ficado dependente de cadeira de rodas. A aplicação do questionário familiar ao pai revelou emoção expressa acima da média, tanto para envolvimento emocional quanto para comentários críticos. Segundo o pai, muito frequentemente ele se acha por demais preocupado com o filho, que tem um papel muito significativo em sua vida. Relatou que o filho provoca-lhe irritação e nervosismo e parece fazer coisas só por birra. Sente necessidade de controlar suas críticas em relação a ele e por vezes guarda esse desconforto consigo, sendo difícil chegarem a um acordo. O pai ainda referiu que frequentemente é preciso pedir que ele modifique seu comportamento e que muitas vezes se pega pensando no trauma.

P24 complementou a entrevista dizendo que seu grande desconforto reside no fato de ter ficado impaciente, com dificuldade de memorizar informações recentes e sem controle do próprio discurso. Reconhece que ficou muito impulsivo, menos equilibrado, perdeu a noção do perigo, expõe-se a riscos sem necessidade, às vezes dispara a falar e não consegue filtrar o que diz, chegando a ofender pessoas e provocar situações desagradáveis. Após seis meses de afastamento de seu trabalho conseguiu retoma-lo na mesma função de comprador de material elétrico e se diz satisfeito com sua atuação, apesar das suas limitações.

Paciente 25 (P25)

Natural de Ribeirão Preto, do sexo feminino, branca, 62 anos, casada, 1º grau incompleto, aposentada, numa segunda feira do mês de maio, às 8:40h, atravessava uma rua no seu bairro em Ribeirão Preto quando foi atropelada por um automóvel.

Diabética e sem nenhum fator de alteração de consciência, foi admitida na UE às 9:52h, levada por Unidade de Resgate do Corpo de Bombeiros. Apresentava lesões na região da cabeça (AIS 2), face (AIS 2), abdome (AIS 2) e extremidades (AIS4) com preservação das áreas externas e do tórax, ISS 24, Glasgow 15, TRISS 89,5, RTS 7,84, diagnóstico de TCE leve e alta probabilidade de sobrevida. Após realização de quatro cirurgias ortopédicas, dois dias de internação na unidade de terapia intensiva e total de 39 dias de internação hospitalar, recebeu alta em moderadas limitações tendo sido encaminhada para seguimento fisioterápico e ortopédico.

A visita foi agendada ao telefone com seu filho e a paciente recebeu a pesquisadora sozinha em sua casa. Classificada na categoria “C2” da Classificação Econômica Brasil, reside na companhia do marido (63 anos) e do filho (38 anos), em região provida de encanamento e pavimentação públicos, em casa própria com dois banheiros. Possui automóvel, motocicleta, microcomputador, geladeira e aparelho de DVD.

Na avaliação de qualidade de vida, mostrou comprometimento acima da média em Capacidade Funcional, Dor e Aspectos Sociais, com preservação dos domínios Limitação por Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. Indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo ausência de ambos. Mostrou independência para todas as atividades de vida diária e dependência parcial para atividades instrumentais, precisando de ajuda para sua administração financeira e para locomover-se pela cidade.

Informou que sempre trabalhou como faxineira em casas de família e que depois do acidente não conseguiu mais realizar “serviço pesado” (sic). Chegou a tentar, mas demorou muito para realizar coisas básicas e não ficou satisfeita com o resultado. Sente-se triste porque sempre visitou amigas da igreja e as primas mas que agora não consegue porque sente dores e se perde. Como ninguém vai à sua casa para visita-la, ela se sente isolada. Referiu poder contar com o pastor da igreja, que a busca para que possa frequentar os cultos, porque não consegue mais ir sozinha.

Afastada desde o acidente, está agora juntando esforços para conseguir sua aposentadoria e reconhece que, apesar de desejar muito voltar a trabalhar, não conseguiria fazê-lo mais.

Após a alta hospitalar, foi cuidada por sua vizinha e amiga pelos cinco meses em que ficou acamada. Desde então, recebe alguma supervisão do marido e do filho quando estes estão em casa. Na ausência de ambos, não foi aplicada a escala familiar de emoção expressa do cuidador.

Paciente P26

Natural de Santo Anastácio-SP, do sexo masculino, 22 anos, solteiro, 2º grau completo, assistente administrativo, branco, em um domingo do mês de junho, às nove horas da manhã, levava sua irmã de Ribeirão Preto para uma outra cidade, de motocicleta. Durante um processo de ultrapassagem em rodovia, colidiu com a traseira de um caminhão, sofrendo um trauma, enquanto sua irmã teve leves escoriações. Atendido por Unidade de Suporte Avançado, foi

imediatamente levado para a UE, onde foi admitido às 9:16h do mesmo dia. Sem nenhuma patologia prévia, foi admitido na UE com lesões nas áreas da cabeça (AIS 4), face (AIS 2), tórax (AIS 4), abdome (AIS 1) e extremidades (AIS 3), com preservação das regiões externas. Chegou à sala de trauma entubado e sedado, com ISS 41, Glasgow 3, TRISS 36,27, RTS 4,09. Recebendo diagnóstico de TCE grave e de salvamento potencial, passou por três cirurgias neurológicas, duas ortopédicas, duas de cabeça e pescoço e uma pela clínica cirúrgica. Como complicações, sofreu duas paradas cardíacas e apresentou fístula liquórica, requerendo 36 dias de internação em centro de terapia intensiva e o total de 66 dias de internação hospitalar. Após este tempo, recebeu alta hospitalar em estado vegetativo persistente, encaminhado para o centro de reabilitação da USP para realização de acompanhamento fisioterápico, fonoaudiológico e de terapia ocupacional.

A visita foi agendada por telefone com sua mãe, e a mesma recebeu a pesquisadora acompanhada de seu marido e uma filha, atualmente com 22 anos de idade. Segundo ela, a irmã que se acidentou junto com o paciente, sente-se ainda muito culpada pelo que aconteceu com ele e parou de trabalhar para ajudar sua mãe na prestação de cuidados ao irmão e supervisionar os equipamentos a que está condicionado.

Classificado na categoria “C1” da Classificação Econômica Brasil, reside em companhia de seu pai (47 anos), mãe (44 anos), e duas irmãs (22 e 19 anos), todos com 2º grau completo, em casa própria com encanamento e pavimentação públicos, dois banheiros, dois automóveis, motocicleta, geladeira, duas máquinas de lavar roupas e forno de micro-ondas.

P26 saiu do hospital com algumas úlceras de pressão, que foram cicatrizadas em um ano. Atualmente, conta com a estrutura de um quarto com cama hospitalar, bomba de infusão de dieta por sonda, inalador, aspirador, cadeira de rodas e colchão elétrico pneumático para prevenção de úlceras por pressão. Realizou acompanhamentos por três meses no centro de reabilitação indicado, mas parou porque o transporte de ambulância para o local ficava muito caro e, porque muitas vezes, não estava disponível no horário agendado. Segundo o pai, o valor que pagaria para ambulância está sendo usado para a realização de atendimentos domiciliares com profissionais particulares, já que mesmo com ações específicas não conseguiram apoio do Estado. Atualmente **P26** conta com acompanhamento de equipe de enfermagem para troca da sonda de seis em seis meses e das cânulas da traqueostomia de 15 em 15 dias, além de nutricionista da USP, fisioterapeuta e fonoaudióloga privadas domiciliares, três vezes por semana cada, para abordagem respiratória e motora. Quando necessário, mas mais esporadicamente, ainda conta com o CER (Centro de Reabilitação Lucy Montoro) para a

construção de órteses que facilitem sua postura e higienização. Toda a casa foi adaptada com rampas para que ele pudesse ser transportado com o uso de cadeira de rodas.

Devido ao estado inerte do paciente não foi possível realizar a aplicação dos instrumentos de qualidade de vida e ansiedade e depressão. Seus pais realizaram o preenchimento da escala para a avaliação de funcionalidade e confirmaram a completa dependência do filho para todas as atividades de vida diária e atividades instrumentais.

Os pais e a irmã preencheram o questionário familiar e todos demonstraram emoção expressa dentro da média, tanto para envolvimento emocional quando comentários críticos. Referiram com frequência que **P26** tem papel significativo em suas vidas e frequentemente pensam sobre o acidente e sobre o que pode acontecer com ele, preocupam-se muito, abdicam de si e de suas necessidades e interesses.

Complementarmente, a família de **P26** declarou que ele era muito alegre, sempre gostou muito de música, era baterista na igreja frequentada pela família e que demonstra reações quando ouve as músicas que gosta, da mesma forma que demonstra desconforto e dor, oportunidades em que fica acordado, de olhos abertos, por vezes durante toda a noite. Às vezes ele mostra se emocionar, deixando cair algumas lágrimas, e os familiares dizem que isso ocorre “sempre quando estamos passando por alguma coisa barra pesada, é a forma dele participar, né?” (sic). Os familiares ainda completaram que “ele é um anjo na nossa vida, que Deus mandou com a missão de ser anjo mesmo” (sic).

Aposentado há cinco meses, conta com o benefício de R\$1.615,00 mensais, valor com que a família paga as locações dos equipamentos hospitalares. Segundo eles, optaram por não comprar esses equipamentos mas sim aluga-los, pela certeza de poderem contar com a sua manutenção rápida em caso de danos ou falhas.

Paciente 27 (P27)

Natural de Ribeirão Preto, do sexo masculino, 24 anos, branco, solteiro, 2º grau incompleto, torneiro mecânico, em uma quinta feira do mês de junho dirigia sua motocicleta em via pública urbana de Ribeirão Preto quando, às 21:00h, colidiu com outra motocicleta que conduzia um homem e uma criança que nada sofreram.

Levado por Unidade de Suporte Avançado, foi admitido na UE às 23:08h, com histórico de dependência química de álcool e outras drogas, intubado e sedado. Apresentava lesões na região da cabeça (AIS 3) e abdome (AIS 1), com preservação da integridade das demais áreas anatômicas. Mostrava valores de ISS 10, Glasgow 7, TRISS 97,18 e RTS 5,96. Diagnosticado

com TCE grave e alta probabilidade de sobrevida, **P27** não passou por cirurgias, mas requereu internação em centro de terapia intensiva por nove dias. Após o total de 12 dias de internação, saiu de alta com limitações moderadas. Permaneceu por uma semana acamado em casa, depois por 15 dias em cadeira de rodas.

A visita foi agendada ao telefone com a mãe do paciente, que disse estar muito feliz com a possibilidade de receber algum profissional em sua casa, afinal seu filho “abandonou tudo” (sic.).

Qualificado dentro da categoria “B2” da Classificação Econômica Brasil, o paciente vive em companhia de seu pai (62 anos), sua mãe (56 anos), sua avó (87 anos) e seu filho (seis anos), em região servida por pavimentação da rua e abastecimento público de água. Habitam casa própria com três banheiros, uma empregada doméstica (MENSALISTA OU DIARISTA?), possuem um automóvel, duas motocicletas, microcomputador, duas geladeiras, freezer, máquina de lavar roupas, aparelho de DVD e forno de micro-ondas.

Na avaliação de qualidade de vida, demonstrou preservação média de todos os domínios (Dor, Estado Geral de Saúde, Limitações por Aspectos Físicos, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo ausência de ambos. Demonstrou ausência de sintomas relacionados à ansiedade e à depressão e sugeriu independência total para atividades de vida diária, com dependência parcial para atividades instrumentais, já que não consegue manejar suas finanças adequadamente, chegando a gastar todo o dinheiro recebido em um dia apenas.

Ambos os pais estavam presentes e preencheram o questionário familiar, indicando emoção expressa acima da média em envolvimento emocional e dentro da média em comentários críticos. Ambos mostraram que o paciente tem um papel muito significativo em suas vidas e se preocupam muito frequentemente com o que acontecerá com o filho, bem como abdicam de coisas importantes e interesses de sua vida para ajuda-lo, chegando a não conseguir dormir por causa dele. Declararam também que muito frequentemente o filho comporta-se de formas específicas por birra. Segundo os pais, com muita frequência eles não prestam atenção em si mesmos em razão do filho, repetidamente precisam pedir que ele faça coisas, irritam-se quando ele quer algo a toda hora, e guardam para si quando alguma coisa nele os incomoda.

Durante o preenchimento dos instrumentos o próprio paciente informou que sua memória está muito difícil e que isso o provoca nervosismos e explosões. Segundo ele, não se recorda do acidente e não consegue aprender informações recentes.

Os pais acrescentaram que o filho chegou ao hospital após ter sofrido parada cardíaca durante o transporte, e apresentando convulsões. Referiram ainda que ele continuou fazendo uso de drogas após o acidente, mas atualmente consome apenas maconha. Ainda assim preocupam-se porque o uso da droga é diário e também está “fora de controle, ele chega a fumar assim que acorda e não consegue parar nem na frente do filho pequeno” (sic). Muito queixoso de dores de cabeça e de extremo nervoso, **P27** admitiu que gostaria de retomar atendimentos de profissionais que possam ajudá-lo a sentir menos dores e a ficar mais tranquilo. Trabalhava como torneiro mecânico quando se acidentou, afastou-se por quatro meses, e, após o retorno, trabalhou por mais um ano, saindo da posição por razões alheias ao trauma. Depois da demissão, o paciente trabalhou em outros locais, mas não conseguiu se manter pelo extremo nervosismo e explosão com colegas e patrões. Desempregado e sem nenhum tipo de benefícios, há três meses está atuando na empresa aberta pela mãe e irmão. Quando recebe algum dinheiro, o pai precisa administrá-lo porque senão ele o gasta com drogas no primeiro dia. Tanto o paciente quanto seu filho são financeiramente mantidos pelos pais.

Paciente 28 (P28)

Natural de Canindé-CE, sexo masculino, 24 anos de idade, casado, 1º grau completo, garçom, numa quinta feira no mês de julho estava conduzindo sua motocicleta quando colidiu com uma van e um carro parados em via pública urbana de Ribeirão Preto. Foi atendido por uma Unidade de Suporte Avançado que o levou imediatamente para a UE.

Admitido às 20:46h, alcoolizado e com histórico de transtornos mentais devido ao uso de álcool, apresentava lesões nas regiões da cabeça (AIS 2), tórax (AIS 3) e abdome (AIS 3), com preservação da face e das regiões externas, ISS 22, Glasgow 10, TRISS 96,43 e RTS 6,90. Foi realizada uma cirurgia ortopédica sem necessidade de cuidados intensivos. Após 11 dias de internação, com diagnóstico de TCE leve com alta probabilidade de sobrevida, recebeu alta hospitalar em condição de limitações moderadas, com indicação de acompanhamento fisioterápico e futura cirurgia no braço direito.

A visita foi agendada ao telefone com o seu primo, que transmitiu o recado e confirmou o encontro. O próprio paciente recebeu a pesquisadora na casa em que mora juntamente com a esposa (20 anos), filha de sete meses, irmã da esposa (27 anos), filho da irmã da esposa (sete meses) e o primo da esposa (22 anos). Todos os adultos da casa são originários de Canindé e mudaram-se para Ribeirão na expectativa de melhoria de vida. A residência é alugada, situa-se em área com abastecimento público de água e rua sem pavimentação, tem um banheiro e é

equipada com uma geladeira, máquina de lavar louças, máquina de lavar roupas, aparelho de DVD, e forno de micro-ondas. Possuem duas motocicletas. Classificados como “C1” na Classificação Econômica Brasil, a esposa e cunhada de **P28** concluíram o 2º grau.

Na avaliação específica de qualidade de vida, o paciente demonstrou comprometimento acima da média em Limitações por Aspectos Físicos, Dor, Aspectos Sociais e Aspectos Emocionais, com preservação média nos domínios Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade e Saúde Mental. Indicou escores abaixo do ponto de corte da escala avaliativa de ansiedade e depressão, sugerindo ausência de ambos. O paciente indicou total independência para atividades de vida diária e parcial dependência em atividades instrumentais, sendo que conta com outros para que façam compras de produtos básicos para ele e sua família, preparem seu alimento e realizem a manutenção de sua casa e de suas roupas.

Complementando, informou que está com a motricidade totalmente comprometida do lado direito e que passou um ano sem conseguir benefício do INSS. Na oportunidade da visita, tinha conseguido o afastamento há dois meses, com um salário mínimo mensal.

A esposa de **P28** estava grávida de dois meses quando ocorreu o trauma e foi a cuidadora do marido na época do retorno do hospital, assim como continua sendo seu maior suporte para as suas necessidades. Como ela estava dormindo com o bebê de sete meses no momento da visita, não foi possível realizar a aplicação do questionário familiar de emoção expressa do cuidador.

Paciente 29 (P29)

do sexo masculino, mulato, em uma segunda feira do mês de março sofreu uma queda com TCE como consequência. Na época do trauma tinha 26 anos, era solteiro e tinha completado o 1º grau. Sua queda ocorreu na região urbana de Ribeirão Preto, às três horas da tarde de uma 3ª. feira, tendo sido transportado por Unidade de Suporte Básico de Ribeirão Preto, com rápida admissão, às 16:25 do mesmo dia, na UE. O acidente ocorreu em situação de uso de drogas e o paciente entrou no hospital sedado e intubado com índice de 13 na Escala de Coma de Glasgow, RTS de 7,84 e ISS 1. Com AIS 1 na regiões da cabeça e preservação das demais regiões anatômicas, TRISS 99,7, foi acolhido com lesão leve, alto índice de sobrevivência e não requereu cuidados intensivos. Após dois dias de internação, recebeu alta hospitalar apresentando limitações moderadas.

A primeira visita foi agendada com sua irmã que, ao telefone, demonstrou não saber se seria possível realizar alguma forma de trabalho com ele. Segundo ela, apesar do irmão estar sempre próximo à sua casa, habitualmente se encontra sob efeito de drogas. Ao chegar na casa da irmã, esta direcionou pessoalmente a pesquisadora até o terreno ao lado, espaço abandonado que naquele momento se mostrava com vegetação alta e alguns entulhos espalhados. O paciente se encontrava ao fundo do terreno, fumando crack e cozinhando algo para comer em latas e fogareiro improvisados. A irmã ficou muito preocupada e nervosa, solicitando que ele apagasse o fogo, que poderia se alastrar por toda a vegetação seca do terreno, colocando sua vida em risco. O paciente não conseguiu se levantar. Sua irmã, com a ajuda do marido, apagou o fogo enquanto relatava que o irmão se encontra nessa situação há 10 anos, desde o falecimento do pai. Em função das contínuas e incontáveis internações na UE e em outros hospitais no município de Ribeirão Preto, todas por quedas em razão do efeito das drogas, a família conseguiu afastamento para o paciente, que recebe benefício desde então.

Em segunda visita, foi confirmado que ele se mantém permanentemente na mesma situação. Nesta oportunidade ele se encontrava deitado e dormindo na calçada em frente ao mesmo terreno, e sua irmã não conseguiu despertá-lo, mesmo após inúmeras tentativas.

Apesar de aqui descrito, P29 não teve dados coletados e, portanto, suas informações não foram analisadas em paralelo com os demais entrevistados.

5. Discussão:

“Conto de fadas

*O príncipe encantada caiu do cavalo,
Bateu a cabeça e se esqueceu de quem é,
Andou, andou, tentando lembrar,
Mas sua memória cismava em cessar,
Agora está por aí, escondido em algum canto,
Esperando lembrar-se, do seu verdadeiro encanto,
Acertando, errando, mas sempre tentando,
Uma hora a de acordar para a vida,
E perceberá que está ao lado da bela adormecida,
Que sonhando no sono profundo, insiste...,
Em acreditar, que o príncipe encantado existe.”*
(Ferraz de Vasconcelos, 2015)

A Unidade de Emergência constitui uma unidade hospitalar de referência municipal e regional às emergências médicas, contando com um total de 171 leitos distribuídos entre 128 gerais, 36 de CTI e sete de recuperação, e que recebe casos que são inicialmente atendidos em unidades de menor complexidade e regulam para a UE casos que requeiram maiores recursos (Fundação Faculdade de Medicina [FFM], 2016). Enquanto hospital terciário de referência para casos graves, e centro escola, tem sua utilidade pública centrada tanto na assistência à saúde da comunidade quanto na formação profissional. Portanto, cotidianamente a UE recebe alunos de graduação e pós graduação em níveis de especialização, mestrado e doutorado bem como suporta residências médicas em diversas especialidades e multiprofissionais. Especialmente na esfera da assistência à saúde, a natureza do serviço prestado pela UE, bem como o volume de intervenções realizadas diariamente, oferecem infinitas possibilidades para a realização de pesquisas de natureza tanto qualitativa quanto quantitativa, nas mais diversas áreas da saúde, educação, e até mesmo de negócios e jurídicas. Portanto, faz-se de relevância extrema o aproveitamento de todo o volume extremo de informações registradas no cotidiano das atividades assistenciais da UE. Através de análises científicas, com métodos específicos e claros, não apenas o nível de conhecimentos acerca de doenças, acometimentos gerais e comportamento populacional são potencializados, como também ações junto à comunidade, de caráter preventivo, planejador e promocional de saúde, podem ser implementadas. Sobretudo, abordagens específicas podem expor e esclarecer sobre a qualidade dos serviços prestados pela UE, os custos envolvidos, pontos de excelência e fragilidade da instituição, áreas de

necessidade de investimentos, treinamentos, atualizações e reestruturação, bem como níveis gerais de satisfação da clientela interna e externa à organização.

Embora seja um tema extremamente frequente nos noticiários públicos e diários em todo o Brasil, estudos científicos aplicados ao trauma são pouco frequentes em nosso meio, e são primordiais tanto para a atualização do conhecimento sobre os seus padrões de ocorrência, quanto para o levantamento de informações sobre suas consequências a médio e longo prazo na vida das pessoas, famílias e sociedades. Muito dessa escassez de estudos direcionados à realidade do trauma deve-se à não existência de estrutura física, técnica e profissional adequada em hospitais que atendem a este público. Retomando o já descrito na introdução deste trabalho, a UE se destaca dentre o universo de centros de referência de trauma brasileiros por possuir equipe específica e altamente especializada para registros de informações em trauma. Através do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, que desde 2004 dedica-se também ao registro de trauma de todas etiologias, abordagens científicas diversas tornaram-se possíveis. Desde então, algumas análises descritivas sobre traumas já foram realizadas, constituindo relevante produção. Ainda assim, há a necessidade de monitorização constante desta realidade, a fim de acompanhar eventuais alterações epidemiológicas que mereçam atenção. Além disto, há quase completo desconhecimento científico sobre o que ocorre com os pacientes traumatizados no período pós-hospitalar, universo em que insere-se especialmente a presente investigação. Para tanto, este estudo apresenta importantes originalidades na UE, a exemplo da exploração epidemiológica específica para TCE (Componente 1) e o aprofundamento na realidade pós-hospitalar de pacientes selecionados (Componente 2), e originalidades para além da Instituição a exemplo da pesquisa realizada *in loco* com o paciente e sua família em seu próprio domicílio e a avaliação do superenvolvimento emocional de cuidadores no contexto do TCE.

5.1. Componente 1

Com a estrutura da UE, já descrita no início desta discussão, é interessante que alguns índices sejam considerados. Há cinco anos a UE destaca-se no elevado patamar de taxa de ocupação operacional, sempre superando 100% e atingindo 103,6% no ano de 2016, quando apresentou as menores taxa de mortalidade hospitalar e tempo de permanência hospitalar dos

últimos 5 anos, respectivamente 6,7%, e 6,8 dias. A taxa de infecção hospitalar, estável em relação aos últimos anos, foi mantida em 2,7% na UE (FFM, 2016).

No entanto, a UE não é o único centro de referência de trauma da cidade de Ribeirão Preto, e isto faz com que a população estudada neste estudo não represente adequadamente a incidência total de casos de TCE ocorridos no raio atendido por esta unidade hospitalar. Assim sendo, seria esperado que o volume de atendimentos da UE referisse apenas a pacientes em estado de maior comprometimento, demandando recursos não disponíveis nas unidades de pronto atendimento.

No contexto da UE, considerando os sete anos estudados, a cada cinco casos de trauma, um se trata de TCE. Essa proporção aumentou de 2010 a 2012, e, desde então vêm-se mantendo estável, com destaque para a redução percebida no ano de 2016 em que foi identificado um caso de TCE para cada sete pacientes traumatizados.

Sabe-se que os números absolutos de casos de TCE sofrem enorme viés por duas razões já descritas pela literatura tradicional: primeiramente, é alto o índice de subdiagnóstico dos casos de TCE leve que por vezes não chegam a procurar o hospital e nunca receberão um diagnóstico médico, e, em segundo lugar, o registro de casos mesmo graves é prejudicado pela falta de um sistema brasileiro de monitorização da admissão hospitalar desses pacientes que buscam diferentes unidades de saúde (Lopez & Murray, 1998; Miller, 1986; Santos et al., 2003; Winn et al., 2011).

Em países de melhor nível de desenvolvimento econômico, tem-se observado nos últimos anos uma tendência de redução na incidência e na gravidade das lesões decorrentes de traumas, resultado, entre outros fatores, do aprimoramento da segurança rodoviária e ocupacional (Oliveira et al., 2012), bem como da melhoria da qualidade da atenção prestada pelos serviços hospitalares e pré-hospitalares. Lamentavelmente, esta não é a situação do Brasil, onde os traumas representam problema crescente e altamente preocupante no cenário da saúde pública. Assim, a redução de casos observada na UE nos últimos anos deve-se, muito provavelmente, à melhor organização do funcionamento do sistema local e regional de saúde, com a progressiva consolidação da regulação médica. Em consequência, o Hospital, na qualidade de referência terciária do sistema, tende a receber os casos mais graves, com os demais passando a ser atendidos em unidades de menor complexidade. Todavia, este processo parece ainda longe de ter atingido o nível ideal, uma vez que a UE continua recebendo encaminhamentos de um número considerável de casos de menor gravidade. Isto pode ser facilmente verificado pelo fato que os pacientes aqui estudados tiveram reduzido período de

internação hospitalar, mostraram elevados valores médios da Escala de Coma de Glasgow e 71,2% do total de atendimentos corresponderam a casos em que o ISS se situava entre 1 e 8, indicativo de baixa gravidade. Acrescentando-se os pacientes com ISS entre 9 e 15, chega-se a 83,1% de casos em que o atendimento poderia, muito provavelmente, ter sido realizado em unidades hospitalares de menor complexidade, reservando-se à Unidade de Emergência para pacientes com traumas graves ou muito graves. Este achado contrasta fortemente com o que se observa em hospitais de referência de países desenvolvidos e com sistemas de saúde bem consolidados. A título de comparação, no Hospital Sunnybrook, igualmente de referência para este tipo de atendimento, localizado em Toronto, aproximadamente 75% dos pacientes de todas as etiologias e 87% dos casos internados por TCE nos últimos 7 anos apresentaram ISS acima de 9. No Hospital St. Michael's, localizado na mesma cidade de Toronto, também aproximadamente 75% das pessoas internadas por TCE no mesmo intervalo de tempo também tiveram ISS registrado acima de 9. É fundamental retomar a função estratégica da UE na região de Ribeirão Preto, que é de atender predominantemente a casos de alta complexidade, que demandam estrutura inexistente em outras esferas de cuidado de saúde. Uma parte considerável dos pacientes incluídos neste estudo passaram por Centrais de Regulação Médica municipal e regional, e o grande encaminhamento de casos de gravidade leve evidencia a baixa resolutividade e efetividade das atenções dos níveis primário e, especialmente, secundário, da rede. Assim sendo, está ocorrendo uso inadequado do serviço hospitalar de nível terciário para casos leves, fato que já havia sido constatado na mesma Unidade Hospitalar em estudo realizado há oito anos para traumas de diferentes etiologias (USP, 2010).

Os resultados deste estudo mostram claramente que as ocorrências seguidas de TCE não acontecem ao acaso, já que muitas características de suas vítimas são objetivamente conhecidas como também são previsíveis os locais e as razões para tais acidentes.

Dentre os 3.775 pacientes estudados, traumas com TCE são predominantes em homens, brancos, jovens, solteiros, de baixa escolaridade e profissionalmente ativos. Estes achados são comuns com os dos demais estudos realizados no que tange a variável idade e sexo. Mundialmente há a concordância de que casos de TCE são mais frequentes dentre homens jovens, com aumento gradativo de acometimento em idosos (McNett, 2007; Wee, Yang, Lee, Cao, & Chong, 2016; Cole, 2004; Ghajar, 2000; Hyder et al., 2007). Estudos globais sobre trauma, até o momento, são também unânimes em mostrar que homens jovens estão mais expostos a traumas de todas as naturezas, assim como os níveis de gravidade das lesões tendem a ser mais elevados neste público crítico (Hadzic-Andelic, 2010). Esse padrão parece refletir as diferenças comportamentais entre homens e mulheres desde tenra idade, já que mesmo quando

crianças os traumas são muito mais incidentes entre homens que em mulheres. O mesmo ocorre entre jovens e pessoas mais maduras, principalmente no que tange a exposição ao risco, impulsividade, imprudência, envolvimento com brincadeiras, atividades esportivas e profissionais de alta periculosidade e uso de álcool e outras substâncias imediatamente antes de conduzirem algum veículo ou realizarem alguma atividade de exposição do corpo, homens e jovens destacam-se dentre os estudos publicados sobre traumas de todas as naturezas em relação a mulheres e pessoas mais maduras. Segundo este estudo e outros estratégicos nesta área, o risco de traumas também aumenta entre solteiros com baixa escolaridade, o que a literatura associa a presença de atitudes menos cautelosas naquelas pessoas que refletiriam menos sobre as situações e seus perigos antes de agir, ou que teriam menos razões para sentirem medo e buscarem formas de prevenção e proteção de sua vida e seu corpo (Bruns & Hauser, 2003; Hadzic-Andelic, 2010).

O aumento de incidência de TCE dentre mulheres também é fator comum em estudos realizados em países desenvolvidos (Baldo et al., 2003; Colantonio et al., 2010; Masson, East-Richard, & Cellard, 2016), apesar de ainda não ser constatado em estudo populacional realizado em países em desenvolvimento (Wee et al., 2016). Importante diferença consta no fato de que, na população da UE, a incidência de casos de TCE é aumentada dentre mulheres a partir de 70 anos, enquanto o estudo canadense apresentado (Toor et al., 2016; Colantonio et al., 2010) discute a ocorrência aumentada de TCE dentre mulheres em idade reprodutiva. Esta diferença pode ser explicada por diferenças comportamentais de mulheres nos dois países, já que no Brasil esses casos de mulheres idosas associam-se a acidentes domésticos, atropelamentos e quedas, enquanto no Canadá a maior incidência de TCE entra mulheres jovens deve-se ao aumento de acidentes de trânsito envolvendo mulheres (Toor et al., 2016).

Ainda no que tange à idade, merece destaque o elevado número de traumas em crianças com até uma década de vida, numericamente o mais elevado nesta casuística. Tal fato sugere ser o TCE um acometimento relacionado às habilidades desenvolvidas pelas crianças, já que até a faixa dos 4 anos costuma estar mais associado a quedas, e, a partir desta idade a incidentes relacionados a comportamentos abusivos ou de alto risco, tanto em acidentes automobilísticos pelo não uso adequado das ferramentas de segurança, quanto em atividades esportivas. Desde esse grupo etário há a predominância de meninos traumatizados em relação a meninas, confirmando que, desde tenra idade, o TCE é um acometimento relacionado ao sexo (Araki, Yokota, & Morita, 2017). Conquanto muito frequentes, os TCE entre crianças revelaram-se

consideravelmente menos graves que nas idades mais avançadas, o que se expressou no mais baixo coeficiente de letalidade (0,7%) em todo o grupo estudado.

No entanto, a comparabilidade das demais informações sócio demográficas é limitada já que, por questões éticas e diversidade protocolar, muitos países não coletam informações referentes à cor, escolaridade e ocupação dos pacientes, e alguns referem-se apenas à etnia, pretendendo descrever a população como sendo originariamente daquele país ou imigrante (Wee et al., 2016).

Confirmando a tendência observada no mesmo Hospital em estudos realizados em períodos anteriores (USP, 2010; Escarso, Elorriaga, Facincani, Silva, & Passos, 2016), verificou-se aqui uma incidência visivelmente crescente de casos de TCE causados por quedas ao longo dos anos, os quais superaram largamente todas as demais condições. Tal achado tem sido referido de modo inequívoco também em países desenvolvidos e de referência para estudos sobre trauma, como EUA e Canadá (Li, Zhao, & Yu, 2016). Contribuem para isso as dificuldades enfrentadas por idosos em decorrência das limitações próprias da idade relativas à movimentação, redução das aptidões sensoriais e maior facilidade para perda de equilíbrio, entre outros fatores. Todavia, o determinante maior deste elevado número é certamente a crescente quantidade de pessoas chegando a idades mais avançadas, fenômeno que tem sido observado em todo o mundo, inclusive no Brasil (Nasri, 2008). Infelizmente no Brasil, onde estruturas sociais e de saúde ainda são pouco preparadas para o avanço etário da população, difíceis consequências são observadas no dia a dia de idosos que não encontram acessibilidade para sua segura circulação pública, contam cada vez menos com a companhia e cuidados de familiares, e são, com frequência, financeiramente restritos para o provimento de cuidados por si próprio no que envolvem despesas básicas como medicamentos, alimentação e transporte para acompanhamentos de sua saúde (Silva & Dal Prá, 2014).

No entanto, somando-se os casos ocorridos em função de acidentes de trânsito (acidentes automobilísticos, motociclísticos, pedestres, ciclistas), o número de atendimentos chegou a 2.086 3.177, correspondendo a 55,3% do total. Estes valores refletem a enorme importância destes eventos no quadro sanitário brasileiro, mais ou menos representativo do que ocorre em países em desenvolvimento.

As causas que concorrem para isso são múltiplas e complexas, iniciando-se pela grande elevação no número de veículos em circulação. Entre 1997 e 2013, verificou-se no Brasil um aumento correspondente a duas vezes a elevação do Produto Interno Bruto no que diz respeito aos automóveis e a três vezes em relação às motocicletas (Carvalho, 2016). De 2000 a 2014, o número de mortes totais no trânsito brasileiro passou de 28.995 para 43.780, com as

correspondentes taxas de mortalidade variando de 17,6 para 21,0 por 100 mil habitantes (Ministério da Saúde [MS], 2017). Estudo publicado em 2017 mostra cifras ainda mais elevadas, com estimativa de mais de 52 mil mortes no trânsito no ano de 2015 (Ladeirai et al., 2017). Parte considerável deste acréscimo deve-se à participação crescente das motocicletas, que, a partir da primeira década do século XXI, passaram a se constituir como a melhor e mais econômica opção para a celeridade no trânsito, principalmente para uso comercial e atividades profissionais, embora também comuns como opção esportiva e para atividades de lazer e recreação no geral. O aumento do seu uso, aliado ao pouco preparo dos motociclistas, geralmente jovens do sexo masculino e muitas vezes submetidos a ambientes de trabalho opressivos, bem como à inadequação da malha urbana e à própria desorganização geral do trânsito, associa-se à preocupante elevação do número de colisões e quedas (Hung, Stevenson, & Ivers, 2006; Li et al., 2016; Ministry of Transport and Communication, 2005; Nnadi, Bankole, & Fente, 2015; Zhang et al., 2010). Estima-se que, por quilômetro de veículo percorrido, os motociclistas têm um risco 34 vezes maior de morte em um acidente do que pessoas dirigindo outros veículos, bem como oito vezes mais chances de serem feridos (National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA], 2012). O uso de capacete claramente reduz a frequência e gravidade de ferimentos na cabeça do motorista (Liu et al., 2008; Nnadi et al., 2015), mas não contribui para diminuir os traumas em outras regiões anatômicas. Em todos estes contextos a extrema exposição do corpo em situações de risco tem provocado os ainda altos índices de acidentes relacionados ao motociclismo (Jorge & Koizumi, 2009). Embora tenha ocorrido uma estabilização e até mesmo leve decréscimo no número de acidentes de trânsito em geral nos anos de 2012 e 2013 (Carvalho, 2016), seguindo-se ao maior rigor implementado na assim chamada Lei Seca, esta tendência parece ter se perdido em anos mais recentes, a julgar por reportagens na grande mídia referentes ao ano de 2017 (Globo, 2017; Lajolo, 2017). Assim, a diminuição da frequência de vítimas de acidentes com motocicletas atendidos na Unidade de Emergência deve estar mais associada à reorganização do sistema de saúde e da regulação médica do que a melhorias no trânsito propriamente. A propósito, comparativamente com 2016, ocorreu em Ribeirão Preto, em 2017, um aumento de 69,2% nas mortes de motociclistas quais representaram 47,8% do total de óbitos pelo trânsito na cidade (Catanho, 2017).

Ainda não amplamente estudado, o aumento da incidência de casos de violência urbana, totalizando os casos de TCE derivados de agressões, incidentes com arma de fogo e arma branca, é preocupante e assume o terceiro lugar de mecanismo mais frequentemente causador

de TCE no público estudado, o que foi também foi constatado nos estudos anteriores no público de traumas de diferentes etiologias atendidos na mesma unidade (USP, 2010; Escarso et al., 2016). São desconhecidos os números anuais exatos sobre a relação do TCE com situações de violência. O CDC (Centers for Disease Control and Prevention) estima que cerca de 11% do total de mortes, internações hospitalares e admissões em serviços de urgência e emergência médica estejam relacionadas a agressões (Faul et al., 2010). No entanto, o próprio CDC refere que esse número subestima muito a quantidade real de casos de TCE consequentes de atos violentos, já que ele exclui outras ocorrências de TCE e concussões relatados como acidentes, e, portanto, não identificados e registrados como agressões nos serviços que assistem essas pessoas. Embora esta análise não tenha sido realizada neste estudo, detentos, mulheres e crianças jovens são os grupos mais descritos na literatura como associados à ocorrência de TCE cujos mecanismos causadores não são identificados, podendo sugerir serem vítimas de agressões (Breiding, Basile, Smith, Black, & Mahendra, 2015; Moracco, Runyan, Bowling, & Earp, 2007). No grupo de homens jovens, como constatado em alguns casos descritos no Componente 2 deste estudo, situações de agressão frequentemente assemelham-se às de imprudência no trânsito, tendo como cenas habituais os contextos de abuso de álcool ou outras substâncias, em momentos festivos e de descontração

Enquanto TCEs ocorridos em homens estão com mais frequência associados à impulsividade, destemor e imprudência, com maior exposição consciente, portanto evitável, ao risco, em mulheres eles relacionam-se predominantemente a situações de risco não consciente, como quedas e atropelamentos. Como exemplos disso, como já dito anteriormente, homens envolvem-se com mais frequência em acidentes com motocicletas, bicicletas, em atuações profissionais e atividades esportivas de alto risco incluídas na categoria “Outros” dos mecanismos causadores de TCE. Estes fatores são considerados e compatíveis com relatórios canadenses que apresentam a altíssima incidência de acidentes com consequente TCE em homens praticantes de esportes de auto risco para concussões (Annual Report, 2011), bem como em mulheres em situações do cotidiano comum (Colantonio et al., 2010).

O perfil de predomínio de TCE ocorridos dentro do município de Ribeirão Preto e demais municípios da mesma região (88,3%) em detrimento dos ocorridos fora desta região e em outros estados (11,7%) aproxima-se do perfil do público geral atendido na UE em 2016, quando 94,4% do total de pacientes admitidos nesta unidade hospitalar tiveram ocorrências registradas dentro da região de Ribeirão Preto (FFM, 2016). A realidade predominante de ocorrências que tiveram como cenário a região do município de referência, com a elevação crescente de ocorrências nas regiões do entorno, bem como em vias públicas urbanas, foi

também descrito no Município de Fortaleza, em que 54% dos casos estudados ocorreram nas cidades da sua região metropolitana (Silva, Souza, & Feitoza, 2017).

No Brasil, em oposição ao avanço positivo observado em países desenvolvidos, acidentes em rodovias continuam mostrando uma dramática realidade de alta incidência anual. Enquanto em países de referência este tipo de acidente se mostre de incidência reduzida progressivamente ano a ano, devido à implementação da qualidade e de sistemas de segurança de rodovias assim como de legislações com foco preventivo de acidentes. São exemplos as leis de contenção do consumo alcoólico por parte do condutor, o uso obrigatório de capacetes, cintos de segurança, cadeirinhas para crianças dentre outros (Lopez & Murray, 1998; Miller, 1986; Santos et al., 2003; Jorge & Koizumi, 2009; Winn et al., 2011; Oliveira et al., 2012), no Brasil, como já dito, este avanço ainda não é claro nem constante (Carvalho, 2016). No entanto, é possível perceber, nos números deste estudo, uma redução de volume de casos recebidos na UE derivados de acidentes ocorridos em rodovias, o que justifica-se pelo fato de terem melhorado os processos de direcionamento de casos mais graves à UE, com gradativa melhora da resolutividade dos serviços de saúde para casos de menor complexidade.

Acidentes no domicílio tiveram evidenciado aumento nos seis primeiros anos do estudo, com redução apenas no último ano. Tradicionalmente, pesquisas mostram que esse tipo de ocorrência está relacionado à idade, com dois importantes picos etários: em crianças e idosos (Baldo et al., 2003; Li et al., 2016). Dessa forma, os aumentos de casos ocorridos no cenário doméstico associam-se ao aumento de incidência de TCE consequente de quedas, e, possivelmente são justificados pelo aumento da incidência de casos dentre crianças de 0 a 9 anos e de idosos da faixa de 70 a 79 anos nos anos estudados.

Acidentes com máquinas e esportivos, portanto em locais de atuação profissional ou de lazer, também são relacionados à idade, e tendem a ter incidência reduzida com o avanço etário (Baldo et al., 2003; Li et al., 2016), o que também foi mostrado neste estudo, na categoria “outros”.

Ainda discutindo sobre os cenários de ocorrência dos TCE, é fundamental o alarme para o fato de que 2.045 atendimentos realizados na amostra estudada permaneceram sem local conhecido, o que evidencia a necessidade de investimentos na melhoria na qualidade do registro de informações do paciente que chega até o serviço.

A maior frequência de casos nos finais de semana em todos os anos estudados é um fenômeno comumente observado em outros estudos, (Silva et al., 2017) e certamente se associa com exposições maiores a ambientes festivos característicos dos sábados e domingos, onde se

eleva o consumo de bebidas alcoólicas e o consequente aumento de inúmeros riscos associados à ocorrência de traumas.

Em todos os dias da semana, e em todos os anos estudados, foi evidenciado que os TCEs têm ocorrência mais frequente a partir das 6:00h, com aumento contínuo de casos até o pico de maior frequência, às 18:00h, a partir do que se reduzem progressivamente. Este padrão reflete os horários de maior exposição das pessoas às situações de risco para traumas e já havia sido referido anteriormente na mesma unidade hospitalar (USP, 2010). Mais uma vez os resultados deste estudo refutam a ideia de que acidentes acontecem aleatoriamente, eles seguem claro padrão cronológico e mostram ter hora marcada para acontecer.

Os horários de admissão hospitalar mostraram estar coerentes com os horários de ocorrência dos casos, visto que, pela própria organização dos atendimentos de saúde da cidade, diversos pacientes não chegam diretamente à UE mas passam inicialmente por alguma unidade de pronto atendimento, antes de serem regulados. Assim, foram encontrados pico de admissão hospitalar às 9:00h e, posteriormente, às 18:00h, com aumento de quantidade de admissões hospitalares por decorrência de TCE principalmente após às 15:00h. Especialmente em finais de semana, quando esses casos são mais comuns, as internações hospitalares continuam numerosas até às 24:00h, quando começam a ter frequência diminuída até as 6:00h do dia seguinte. É importante observar que, com frequência, o registro da hora de ocorrência do trauma não é fidedigno, uma vez que esta informação pode não ser oficialmente registrada e as informações do paciente podem não ser consistentes. Este fator é um complicador não apenas para a baixa acurácia dos estudos comparativos e epidemiológicos realizados mas também para o adequado manejo do socorro destes pacientes assim como estimativas de prognóstico de traumatizados, já que claras informações como tempo de amnésia pós traumática e tempo do intervalo entre o momento do trauma e o da chegada na sala de trauma são determinantes de condutas e definições diagnósticas (American College of Surgeons [ACS], 2013; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014; Traumatic Brain Injury Guideline [TBIG], 2014).

Em relação ao AIS, como esperado por tratar especificamente de estudo de traumas que afetam as regiões do crânio e encéfalo, as regiões que mais frequentemente obtém AIS >1 e AIS ≥3 no presente grupo de pacientes são a cabeça e pescoço, seguidos pela face. Em estudos englobando a totalidade de traumas, e não apenas os crânio encefálicos, as áreas atingidas com mais frequência e gravidade tendem a ser as extremidades, com a região da cabeça e pescoço ocupando o segundo lugar (USP, 2010). O AIS é amplamente utilizado para o estabelecimento

de critérios de inclusão de pacientes nos estudos de grupos traumatizados, sendo raras as investigações que objetivem analisar os valores do AIS em si. (Baldo et al., 2003).

Pacientes com TCE demandam, especialmente, atendimentos ambulatoriais e em enfermarias nas especialidades de neurologia e neurocirurgia, implicando, em números absolutos, em 21.190 atendimentos apenas nestas especialidades os últimos 5 anos, movimentando 13,7% dos atendimentos ambulatoriais e 16,8% daqueles realizados em enfermarias na UE no ano de 2016 (FMUSP, 2016). Essas pessoas também requerem frequente realização de exames laboratoriais além daqueles especializados de baixo e alto custo, tendo especialmente nas tomografias computadorizadas grande apoio para seu esclarecimento diagnóstico. Além disto, pela natureza da lesão, o TCE geralmente envolve intervenções multidisciplinares, incluindo-se profissões como enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, odontologia, nutrição e serviço social. Tudo isso, somado à alta frequência de indicações cirúrgicas e permanências em unidades de terapia intensiva mostra os enormes gastos envolvidos em cada caso de TCE desde sua admissão até sua alta hospitalar. Os custos hospitalares de cada paciente estão associados ao seu tempo de permanência na unidade hospitalar e ao uso de recursos de maior complexidade, incluindo realização de cirurgias e internação em Centros de Terapia Intensiva. Na Unidade de Emergência, os valores médios encontrados para duração da internação em leitos gerais (6,1 dias) e em CTI (1,7 dias) mostram-se bem reduzidos em relação aos valores similares descritos em estudo realizado no Canadá, respectivamente iguais a 12,6 dias e 4,2 dias (Tardif et al., 2017). Esta diferença possivelmente possa ser explicada por diferentes razões: em primeiro lugar, pela maior gravidade dos traumas atendidos em hospitais terciários em região onde a hierarquização dos serviços encontra-se mais consolidada. Além disso deve ser considerada a faixa etária predominante dos grupos estudados. A maior frequência de idosos no Canadá requer cuidados complementares adicionais, o que obrigatoriamente prolonga o tempo de hospitalização, bem como o nível de complexidade dos cuidados. Embora não seja escopo deste trabalho analisar custos relacionados ao trauma, não é difícil imaginar o impacto financeiro decorrente de 43.578 dias de internação em leitos gerais, 11.909 dias em CTI, 4.134 cirurgias de diferentes tipos e 2.179 neurocirurgias. Para o país como um todo, no ano de 2014 ocorreram 176 mil internações por acidentes de transporte, das quais 96.292 associadas a motocicletas, com custos para o SUS estimados em R\$ 244 milhões (USP, 2010). Ao considerar todas as consequências econômicas para o país, e não apenas os custos das internações hospitalares, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima em cerca de R\$ 50 bilhões a perda anual (Carvalho, 2015).

Entendendo o TCE e sua frequente determinação de limitações cognitivas e funcionais, bem como o perfil sociodemográfico do público deste estudo, pode-se projetar as perdas sociais consequentes deste tipo de trauma. Analisando os números deste presente trabalho, no momento da alta hospitalar sabe-se que 2.645 pessoas dentre transferidos, com limitações moderadas, limitações graves ou em estado vegetativo, representando 70,1% da amostra, ficaram, pelo menos por um tempo, sem condições de retomar sua rotina no mesmo formato anterior ao trauma. Destes, 4,2% saíram do hospital com limitações graves ou em estado vegetativo, e, muito provavelmente, perderam completamente sua condição de produzir socialmente e passarão a depender da companhia de um cuidador e de benefícios previdenciários. Mais da metade do grupo ainda recebe alta hospitalar com limitações moderadas, com reinserção profissional, acadêmica e social ainda incertos, e, mesmo os casos de alta em bom estado de recuperação ainda podem apresentar dificuldades limitantes no dia a dia após a alta hospitalar, como apontado por diversos estudos (Oliveira et al., 2012; van Velzen, 2014; van Velzen, van Bennekom, Edelaar, & Sluiter, 2009). Em revisão específica para analisar empregabilidade de pacientes após a vivência de um TCE, por exemplo, encontrou-se que aproximadamente dois quintos do total de traumatizados cranioencefálicos conseguiram retomar sua vida profissional (van Velzen, 2014). O mesmo estudo considera que muitos dos traumatizados, embora retomem seus trabalhos, o fazem sem as devidas condições de mantê-lo duradouramente.

De letalidade média de 6,4% em todos os anos envolvidos neste estudo, as ocorrências com armas de fogo são as mais letais com 26,3% de letalidade, seguidas pelos atropelamentos com 11% de letalidade. É interessante avaliar que em estudo realizado há 8 anos no mesmo centro de referência apontou 17% de letalidade dentre ocorrências de trauma de diferentes etiologias, e 8,2% nos de atropelamento (USP, 2010). Dessa forma casos de lesões crânio encefálicas evidenciam ser proporcionalmente mais letais que aquelas distribuídas em outras partes do corpo.

A maior concentração de óbitos do grupo estudado deu-se nos pacientes com ISS>24 e TRISS entre 0 e 0,25, confirmando esses índices como importantes ferramentas de predição de probabilidade ou não de sobrevivência do paciente.

Um estudo em Los Angeles associou taxa de mortalidade com índice de gravidade. Estudando pacientes com lesão moderada, este grupo detectou que, naqueles com AIS de cabeça e pescoço maior que quatro, 26% foram a óbito (Kuenzler, Braum, & Maeder, 2015). (Kuenzler, M, Braun, CT, Maeder, 2015).

O grupo de pacientes mortos após a admissão hospitalar segue o mesmo perfil demográfico do grupo geral, predominantemente masculino jovem, especialmente entre 20 e 39 anos. No entanto foi observado drástico aumento da letalidade em pacientes acima de 60 anos, o que é concordante com recente estudo americano que mostra que a letalidade de TCE aumenta proporcionalmente, mais notoriamente após os 75 anos de idade (Frieden, Houry, & Baldwin, 2015).

5.2. *Componente 2*

Metade dos pacientes admitidos na UE por ocasião de um TCE no ano de 2015 se concentrou no primeiro semestre deste mesmo ano, e, dentre os 68 selecionados para serem contatados e participarem do estudo, 25 (36,8%) não foram de possível acesso através das informações constantes nos seus registros hospitalares. Estes números mostram que um alto índice de pacientes não prosseguiu em acompanhamentos e intervenções terapêuticas na rede de assistência da USP após a alta hospitalar, já que todos os pacientes que mantém-se frequentes em serviços ambulatoriais ou terapêuticos nesta rede possuem obrigatoriamente seus dados atualizados nos registros. Esta realidade sugere que mesmo grupos de grande potencial de vulnerabilidade tendem a abandonar cuidados clínicos e reabilitativos, ainda que ofertados pelo SUS em seu próprio município de residência.

Dentre os 43 pacientes contatados, 11 (26%) mantém telefones atualizados nos registros ou possuem contatos para recados com amigos e familiares residentes em Ribeirão Preto, mas não puderam ser visitados. Todos estes casos retratam modificação extrema das condições de vida dessas pessoas em decorrência do TCE vivenciado: 3 foram a óbito tempos depois da alta hospitalar e 8 mudaram-se de forma a inviabilizar a visita. Dos 8 que se mudaram, 5 deslocaram-se para outros municípios após o TCE, devido às limitações adquiridas que requereram proximidade a membros da família que tivessem condições de prestar cuidados. Uma paciente foi descrita pela irmã como “tão perdida e desequilibrada que ninguém conseguiu segurá-la em casa” (sic.), tornando-se moradora de rua sem local fixo ou conhecido pela família. Um paciente com limitações graves, e, portanto, alto nível de dependência para atividades de vida diária, não contava com disponibilidade da família para os seus cuidados diários, e, portanto, mudou-se para uma instituição de longa permanência por opção familiar. O último

deste grupo foi detido por crime cometido após a alta hospitalar, e a família informou ao telefone que ele “nunca foi agressivo e nervoso, mas depois que sofreu o acidente ficou irreconhecível, e quando viram já estava preso” (sic.).

Quatro pessoas com contatos também atuais nos registros hospitalares não passaram pela entrevista e instrumentos. Duas delas chegaram a agendar seus horários por três vezes, mas não estavam no local agendado no horário escolhido por eles próprios em três diferentes tentativas da autora. Uma recusou a participação por telefone, mesmo após consultar os departamentos a que o estudo está vinculado na USP, referindo não achar seguro receber profissionais estranhos em sua casa. O último concordou com a participação ao telefone, e, por duas vezes realizou agendamento, mas nas duas visitas estava em situação de uso de crack. Ainda que este paciente não tenha passado pela entrevista e aplicação de instrumentos analisados neste estudo, suas visitas são descritas sob a denominação de Paciente P29.

Geograficamente, a maioria dos pacientes selecionados para o Componente 2 reside na região noroeste de Ribeirão Preto, que é a região que também conta com a maior parte de visitas realizadas. A região nordeste da cidade conta com a segunda maior quantidade de pacientes selecionados para serem visitados, no entanto nela está o maior índice de não concordância em participar do estudo. A quantidade de pacientes sem contato atualizado nos registros hospitalares da USP bem como de óbitos e de pacientes que mudaram-se do município é praticamente homogênea entre as 4 regiões do município.

A participação no estudo ofereceu risco mínimo aos participantes, já que existe a possibilidade da quebra de sigilo ou confidencialidade das informações prestadas. Além disso, sujeito e seu cuidador próximo foram contatados e receberam visita em suas casas com uma hora de duração de uma profissional que não conheciam. Por esse tempo, foram conduzidos a pensar e falar sobre questões emocionalmente dolorosas, desconfortáveis e até traumáticas. No entanto, através deste encontro, as pessoas foram também diretamente beneficiadas, pois tiveram a chance de conversar sobre assuntos de interesse seu e de toda família. Indiretamente, poderão também, beneficiar-se do desenvolvimento e implementação de serviços positivamente influenciados pelos resultados de estudos como esse.

O grupo de pacientes visitados ilustrou claramente o público mais crítico para TCE, conforme descrições na literatura científica sobre o tema (Viégas, Pereira, Targino, Furtado, & Rodrigues, 2013; Colantonio et al., 2010; Mushkudiani, 2007), bem como todo o grupo apresentado no Componente 1 deste estudo, por ser composto, em sua maioria, por homens, jovens, economicamente ativos, solteiros que residem com a família, distribuídos entre todas as classes sociais de B2 a E. Complementarmente ao público tipicamente associado ao TCE,

este estudo apresenta um grupo predominantemente de baixa escolaridade. Apenas este fator isoladamente é suficiente para prever o prejuízo social que esses 28 TCEs acarretaram não apenas para essas pessoas mas para suas famílias e sociedade como um todo.

Devido aos próprios critérios de inclusão e exclusão deste estudo, o grupo selecionado seria naturalmente livre de diversos quadros de patologias prévias ao trauma. No entanto os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e mesmo de demais substâncias tóxicas foram observados em 6 (21,4%) dos 28 entrevistados, sendo todos estes pacientes do sexo masculino. Estes valores são concordantes com a literatura, a exemplo de um estudo coorte francês sobre pacientes com trauma grave e os fatores preditivos de sua condição de vida 1 ano após o trauma. Nele, com o mesmo perfil de idade e sexo deste estudo brasileiro, 16% dos pacientes tinham história registrada de abuso de álcool anteriormente ao trauma (Jourdan et al., 2013).

No geral, o uso de substâncias envolvendo tanto álcool quanto outros é comumente associado com trauma (Søren et al., 2004) já que é grande o volume de pessoas que mostra alguns sinais de uso de substância quando chegam à admissão nas unidades de emergência. Estudos específicos expõem sobre o consumo de álcool e substâncias em contextos específicos de trauma, como por exemplo nos três tipos de mecanismos mais comuns neste grupo de pessoas visitadas: acidentes de trânsito (Cunningham, Maio, Hill, & Zink, 2002), quedas (Albrecht-Anoschenko, Uhl, Gilsbach, Kreitschmann-Andermahr, & Rohde, 2005) e agressões (Gerhart, Mellick, & Weintraub, 2003).

Também o perfil do trauma, assim como seu nível de gravidade clínica e de acometimento anatômico dos 29 pacientes descritos no Componente 2 sintetizam o maior grupo estudado no Componente 1, sendo composto por pacientes que vivenciaram traumas contusões, causados primeiramente por acidentes de trânsito, seguidos pelas quedas e, em terceiro lugar, pelas agressões. Clinicamente, a maioria do grupo foi avaliada como levemente acometida pela ECG, enquanto anatomicamente, a maioria mostrou-se moderadamente lesionada pelo ISS.

No que tange os fatores de alteração de consciência dos pacientes em seu momento de admissão hospitalar, O alcoolismo apresenta-se novamente como fator associado à ocorrência de trauma já que 3 (10,7%) dos 28 entrevistados estavam alcoolizados no momento da internação na UE.

Com a maior parte dos casos de pacientes jovens saudáveis anteriormente ao trauma, a realização de cirurgias, ocorrência de complicações, tempo de permanência no hospital e

demanda de terapia intensiva foi exclusivamente relacionado aos danos causados pelo trauma, destacando-se a pneumonia.

Apenas 3 (10,7%) dos casos deixaram o hospital em estado de boa recuperação e independência, enquanto a maioria dos casos apresentava limitações de moderadas a graves, demandando, imediatamente, auxílios e assistência familiar dentre aparatos técnicos para locomoção e demais atividades de vida diárias.

Pela própria natureza das limitações dos pacientes em seu momento de alta hospitalar é automático pensar que esses pacientes requeiram acompanhamentos profissionais desde então. Nem todos os pacientes encaminhados buscaram os profissionais sugeridos, ainda que seus atendimentos ocorressem pelo SUS, da mesma forma que um paciente que não recebeu encaminhamento, buscou atendimentos na especialidade de psicologia e terapia ocupacional espontaneamente. Isto evidencia o fator subjetivo da percepção do quadro de comprometimento, da consciência da necessidade de busca e percurso do itinerário dos serviços de saúde até os atendimentos em si, e da adesão ou não a planos terapêuticos de caráter reabilitativo.

Pelas descrições dos casos é possível perceber que a escolha por atendimentos da rede da USP ou não está associada ao fator geográfico. Pacientes e familiares relataram que as despesas com transporte, bem como o nível de desgaste do paciente façam com financeiramente compense investir em atendimentos domiciliares privados ou por planos de saúde, desde que estes estejam mais próximos à sua residência.

Foram apontadas poucas especialidades tanto no encaminhamento de pacientes pelos profissionais da UE quanto na real busca deles por assistência especializada: apenas fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

Sabe-se que o nível de habilidades da pessoa, bem como sua situação de empregabilidade, base familiar, personalidade, interesses e hábitos gerais antes do TCE influenciam no seu nível de adaptabilidade e reinserção social e profissional após o trauma (Hadzic-Andelic, 2010; Ponsford, Downing, & Pechlivanidis, 2018; Struchen, Davis, Lynne, McCauley, & Clark, 2009).

É entendido que as características prévias da pessoa, somadas aos diferentes níveis de afetação de suas habilidades de comunicação, resolução de problemas e manejo de humor e frustração em função do TCE interfiram determinantemente sobre a retomada de vida deste sujeito. É natural que pessoas com TCE convivam com dificuldade para ter auto consciência e bom enfrentamento do trauma e das perdas decorrentes dele, especialmente quando jovens, que possuem altas demandas funcionais bem como expectativas futuras que podem ser frustradas

pela ocorrência do trauma. Além disso, alguns problemas que são comumente observados no primeiro ano após o TCE geral alto impacto na rotina e na adaptação do traumatizado, como por exemplo dificuldades com imobilização e evoluções na motricidade, incontinências urinárias e fecais, disfagia, crises convulsivas e redução das capacidades cognitivas gerais. Em consideração a tais fatos, a avaliação da capacidade funcional do paciente se faz fundamental para seu seguimento (Ślusarz et al., 2015).

As perdas cognitivas após o TCE são frequentemente percebidas principalmente no que tange as esferas da atenção, velocidade de processamento, funções executivas e memória, embora de acordo com a gravidade do trauma, funções linguísticas, motoras e perceptuais também mereçam destaque (Gindri et al., 2014; Kay et al., 1992; Snell, Macleod, & Anderson, 2016).

Entendendo que essas perdas interfiram diretamente no cotidiano dos traumatizados, principalmente no seu auto cuidado (AVDs) e manejo de suas atividades instrumentais (AVDIs) (Wæhrens & Fisher, 2007), equipes de trabalho de neuropsicólogos americanos vêm dedicando intensamente para a detecção inclusive dos casos mais leves de TCE, a fim de intervir precocemente sobre seu funcionamento cognitivo e evitar os danos de alto impacto adaptativo da chamada síndrome pós concussão (Freire et al., 2011; Prince & Bruhns, 2017).

A Escala de AVD e AVDI escolhida para este estudo (Anexo II) permite, com aplicação simples, conhecer o grau de autonomia e independência da pessoa baseando-se no seu, ou mesmo podendo ser preenchida pelo cuidador na incapacidade do próprio paciente (Lawton & Brody, 1969), razões pela qual foi escolhida. Os resultados de sua aplicação no grupo de 28 pacientes deste Componente 2 mostraram que, um ano após a ocorrência do TCE, um pequeno grupo se vê como completamente aptos não apenas para seu auto-cuidado básico, mas também para administrar suas vidas independentemente.

Um estudo polonês argumenta sobre a necessidade deste tipo de avaliação no contexto de assistência ao paciente que sofreu TCE mostrando que de 150 pacientes com TCE que foram admitidos em um hospital, 42% requeriam cuidados consideráveis ou intensivos no momento de sua admissão hospitalar, e, destes, apenas 15% mantinham a necessidade dessa assistência no momento de alta, e que essa limitação funcional varia de acordo com o grau de gravidade da lesão, em correlação positiva com o índice da ECG (Ślusarz et al., 2015).

Trabalhos descritos na literatura evidenciam que limitações funcionais em casos de pacientes com lesão moderada a grave persistem por, pelo menos, um ano, e elas ocorrem em mais de 50% das pessoas, enquanto, pelo menos, 15% das pessoas se manterá em necessidade

de constante assistência mesmo após esse tempo (Berger, Leven, Pirente, Bouillon, & Neugebauer, 1999). Este estudo segue aproximadamente a mesma perspectiva, à medida em que, um ano após a ocorrência do trauma, 57,1% dos pacientes manteve parcialmente dependente, e 7% depende de supervisão direta.

Do grupo de 9 pessoas (32,1% dos 28 entrevistados) deste estudo que se avaliou como capazes de realizar todas atividades que seu cotidiano exige, 8 não conseguiram se reinserir profissional e socialmente, tendo consciência do quanto o TCE modificou sua vida, prejudicando sua rotina drasticamente. De todos os 28 entrevistados, 9 (32,1%) está trabalhando, ainda que com algum grau de dependência para as AVDs. Este resultado é próximo ao descrito em uma revisão sistemática sobre o retorno ao trabalho após um TCE, em que 40,7% de pacientes com este tipo de trauma retorna ao trabalho um ano após o trauma e 40,8% retoma as funções profissionais 2 anos após o TCE. Segundo este estudo envolvendo 49 pesquisas em todo o mundo, mudanças na atuação profissional e demanda de tempo de trabalho são comuns entre este público, já que muitos não são capazes de manter-se no trabalho integralmente, ou na mesma função anterior (van Velzen, 2014; van Velzen et al., 2009).

O reconhecimento de que o retorno ao trabalho é importante tanto para a sociedade, no aproveitamento deste público predominantemente jovem e economicamente ativo, quanto para o indivíduo na prevenção de maiores agravos após a ocorrência do TCE, faz com que ele visto inclusive como fator motivador para a adesão da pessoa às medidas terapêuticas reabilitativas propostas por equipes de profissionais de saúde. Com essa visão, vem sendo proposta a chamada reabilitação vocacional, descrita há quase 20 anos, mas ainda em recente implantação em casos de TCE, em que, após a etapa de risco clínico e cuidados médicos diretos, bem como a reabilitação inicial e adaptação aos novos formatos de vida com as limitações e comprometimentos inerentes ao quadro e etapa de recuperação, traumatizados crânio encefálicos em idade produtiva possam ir para postos de trabalho para se reabilitar, paralelamente a intervenções médicas e não médicas. Dessa forma, o trabalho não apenas ocupa funcionalmente a pessoa após a vivência de sua lesão, mas também a serve de estimulação e ferramenta de trabalho para programas de restauração e adaptação funcional (Selander, 1999). Esta estratégia solucionaria um problema da vida após o TCE em duas vias: atender ao desejo do paciente de voltar a produzir, e aos clínicos que precisam de intervenções efetivas e baseadas em evidências para o processo reabilitativo. Essa tática já é já amplamente estudada, alcança resultados positivos em países como os Estados Unidos, Reino Unido e a Suíça (Matérne, Lundqvist, & Strandberg, 2017; Phillips & Radford, 2014).

Merece consideração o fato que 7 (25% dos 28 entrevistados) foram descritos por seus familiares e/ou por si mesmos como tendo se tornado mais intolerantes, de difícil relação, nervosos e mesmo agressivos após o trauma.

Mudanças de humor e agressividade pós-TCE podem estar associadas ao quadro de confusão natural imediatamente após o trauma (Dadgari, 2017), ou a um transtorno e mesmo mudança de personalidade sintomáticos e secundários ao trauma (Baguley, Cooper, & Felmingham, 2006; Kim et al., 2007).

Um estudo caso-controle americano que acompanhou por 3 meses 67 pessoas que sofreram um TCE pela primeira vez, avaliando a presença de características de agressividade, mostrou que as características agressivas eram predominantemente verbais, chegando a ser físicas em apenas um paciente, estavam significativamente associadas a quadros de depressão maior, pobre funcionamento social e aumento de dependência para atividades de vida diária (Rao et al., 2009; Tateno & Jorge, 2003). O mesmo estudo não encontrou associações significativas entre agressividade pós TCE com problemas comportamentais na infância, problemas comportamentais na vida adulta, pré ou pós dependência ou abuso de substâncias, alterações neuropsicológicas ou lesões cerebrais específicas. Da mesma forma neste estudo, relatos de intolerância, nervosismo e agressividade foram presentes em 5 casos de pacientes que não têm histórico de abuso ou dependência de álcool e drogas.

Considerar as mudanças de personalidade e humor, principalmente ansiedade e depressão, bem como a agressividade e uso e abuso de substâncias em pessoas que vivenciaram um TCE se faz importante ao falar sobre as suas condições de ser reinserido socialmente após o trauma assim como das consequências danosas deste inclusive na vida jurídica da pessoa. É interessante recordar o fato de que dois pacientes não puderam ser visitados por um não ter suportado a vida em casa e ter ido morar na rua, enquanto outro envolveu-se com questões criminais e foi detido. Uma pesquisa da Universidade do Estado de Missouri-EUA aponta que é estimado que 87% dos presidiários americanos tenham experienciado um TCE durante a vida (Horn & Lutz, 2016), e busca inclusive propor mudanças em entidades relacionadas ao TCE no país, bem como no sistema prisional, com vistas a promoção mais efetiva de reintegração social deste público em evitação de envolvimento jurídicos e criminais drásticos em seu futuro.

Na avaliação de ansiedade e depressão deste grupo, buscou-se utilizar novamente a auto-referência dos pacientes em instrumento adequado para a língua brasileira, de forma rápida, simples e neutra para sua condição física, já que a amostra de pacientes sofreu traumas, a presença de sintomas somáticos da ansiedade e da depressão poderia ser confundida com sinais

e sintomas consequentes à doença de base ou ao seu tratamento. Portanto foi escolhido instrumento que não considerasse fatores como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça e tontura, etc.

Sendo reconhecido o aumento de risco de sintomas depressivos em pessoas que vivenciaram um TCE (Ouellet et al., 2018), sejam elas homens ou mulheres, com homens e mulheres que viveram TCE possuindo semelhante incidência de aspectos depressivos (Lavoie et al., 2017). Diferentemente deste estudo americano, o presente trabalho indicou maior prevalência de escores acima do ponto de corte para depressão em mulheres (50% do total deste sexo) que em homens (29,2% do total deste sexo), suportando o convencionalmente conhecido de que a depressão é uma doença relacionada ao sexo, com incidência maior em mulheres que em homens.

Pouco mais de um terço dos traumatizados visitados (9, ou 32,1%) tiveram escores acima da pontuação de corte para depressão, sendo 2 mulheres (ou 50% do total do sexo feminino) e 7 homens (29,2% do total do sexo masculino), e 14 pessoas (50%) de todo o grupo atingiu pontuação acima do corte para transtorno de ansiedade, sendo 3 mulheres (ou 75% do total de mulheres) e 11 homens (ou 45,8% do total de homens).

Escore acima do ponto de corte indicativos de ansiedade são tradicionalmente associados a quadros de trauma, especialmente no que tange os transtornos de estresse pós traumático (TEPT) (Kim et al., 2007; Struncken et al., 2009) e foram encontrados na metade do grupo dos pacientes, com maior frequência dentre mulheres (75% do total de mulheres) que homens (45,8% do total de homens).

Considerando a qualidade de vida como conceito consequente de todo o conteúdo e variáveis expostos até aqui, é importante reiterar que a ferramenta utilizada para aferi-la neste estudo, o Brasil SF-36, é a versão brasileira do SF-36 resumido, escala também de auto relato, confirmada e reconhecida por meio do uso em pesquisas de diversas nacionalidades e distintas patologias, incluindo-se o TCE (Hadzic-Andelic, 2010; Polinder, Haagsma, van Klaveren, Steyerberg, & van Beek, 2015). Estudo recente no Reino Unido, realizado através da aplicação do SF-36 em 513 pacientes vítimas de TCE, apontou os domínios limitações por aspectos físicos, limitações por aspectos emocionais e vitalidade como mais comprometidos neste público, enquanto capacidade funcional, dor e saúde mental seriam os mais preservados. No entanto o próprio estudo demonstra a alta variabilidade de respostas e inconsistência de seus resultados em comparação com demais variáveis (Tsyben et al., 2018). O presente estudo também aponta saúde mental dentre os mais preservados, junto da vitalidade, enquanto as limitações por aspectos físicos e aspectos sociais são os mais comprometidos.

Da mesma forma que a qualidade de vida totaliza todos os conceitos e aspectos expostos anteriormente, o nível de comprometimento da vida do cuidador da pessoa com TCE é diretamente afetada por cada um deles. Estudos com familiares e cuidadores de pessoas veteranas de guerra que vivenciaram TCE mostram que cuidadores são culturalmente envolvidos por estigmas que exercem auto e hetero pressões cotidianas, sendo fonte substancial de estresse, com consequentes desfechos negativos para sua saúde e mesmo para a reintegração de si e dos próprios lesionados à comunidade (Phelan et al., 2018). Outro trabalho com pessoas no mesmo contexto, veteranas das guerras do Afeganistão e do Iraque, sugere que a exposição ao TCE tem um efeito negativo no funcionamento social e familiar, mesmo após o controle de comorbidades. (Pugh et al., 2018).

Neste presente estudo, no contexto brasileiro, no momento da visita realizada pela autora metade dos pacientes visitados dependiam da presença de um cuidador para a realização de suas atividades cotidianas. Através da escala específica de avaliação do superenvolvimento emocional do cuidador, pôde-se ver que estes cuidadores estão com frequência superenvolvidos emocionalmente. Em menor proporção, muitos desses cuidadores também sustentam pensamentos críticos em relação à pessoa cuidada. Entende-se que estes resultados possam estar subestimados, já que mesmo conversar sobre o fato de estar desconfortável na relação de cuidado, ou até admitir esse desconforto para si próprio, são atitudes culturalmente condenáveis, o que compõe a auto e hetero pressão descritas nos estudos com cuidadores de veteranos de guerras no Oriente Médio (Phelan et al., 2018). Esse fato mostra-se visível nas descrições em que mesmo famílias que não indicam escores acima do ponto de corte para superenvolvimento emocional relatam sobre seu desgaste pessoal, íntimo e emocional, com frequência mencionam em seus discursos altos níveis de tensão, insatisfação e crítica sobre a sua vida e a relação de cuidado.

Apesar do questionário para investigação específica da emoção expressa do cuidador ter sido padronizada em sua versão brasileira há 7 anos (Zanetti & Giacon, 2012), este é comumente aplicado a familiares de pessoas com esquizofrenia ou outros quadros de transtornos mentais, e hoje em dia começa a ser usada para quadros não psiquiátricos a exemplo de diabetes. Portanto, este estudo oferece a originalidade da vanguarda da aplicação deste instrumento propriamente adaptado ao Brasil em familiares de pessoas que sofreram TCE.

Em análise pormenorizada do Componente 2 deste estudo foi percebida a necessidade de maior detalhamento sobre o grupo de pacientes com lesão leve na região da cabeça (AIS 1). O total de 1.857 pacientes do Componente 1, ou 49,2% do total de 3.775 pessoas, é, no

Componente 2, representado por nove traumatizados (32,1%), que, não tendo também lesões mais graves em outras partes do corpo, em princípio sugeririam não ter suas vidas afetadas por um episódio com lesão tão superficial na cabeça e sem perda de consciência. No entanto quantidades expressivas deste grupo não conseguiram se reinserir profissional e socialmente, demonstraram algum grau de dependência principalmente para realização de atividades instrumentais, dependiam da companhia constante de um cuidador, e três deles, um ano após a alta hospitalar, apresentam transtornos de ansiedade e depressão concomitantemente. No que tange sua avaliação de qualidade de vida, é interessante observar que os três domínios com menos volume de comprometimento são aqueles diretamente relacionados a aspectos físicos (Estado geral de saúde, vitalidade e dor), enquanto os de maior volume de comprometimento são os associados à capacidade de produtividade no cotidiano, aspectos sociais e emocionais e, o domínio mais criticamente avaliado, a saúde mental. Esses fatores demonstram o quanto a empregabilidade, inclusão social e bem estar emocional são determinantes de satisfação da pessoa para com sua vida e consigo mesma, e o quanto esse grupo de pacientes percebe objetivamente a alteração de sua saúde mental em função da ocorrência do TCE após a passagem de um ano. Todos esses fatores são coerentes com a literatura sobre TCE leve e concussões em todo o mundo, e mostram o quanto o TCE provoca importantes alterações cognitivas da pessoa, prejudicam seu funcionamento básico, e é, portanto, ofensivo para a saúde geral humana, independentemente do seu nível de gravidade, das concussões aos quadros com estado vegetativo permanente (CDC, 2003; Prince & Bruhns, 2017; Snell et al., 2016).

Também cabe destacar fatores não aferidos neste estudo, mas frequentes no discurso de cuidadores e mesmo de pacientes. São repetitivas as queixas de dificuldades de memória (oito casos), de redução da tolerância com aumento do nervosismo (sete pessoas), assim como os relatos associados a valores divinos e religiosos. Em quatro visitas entrevistados falaram sobre influências superiores sobre a sobrevivência do traumatizado, bem como sobre sua recuperação e qualidade de vida. Ter a religiosidade e espiritualidade como fortes aliados em momentos de desafios extremos, e, em especial, nas situações de dor e ameaça física, não são exclusivos da cultura brasileira. Em um trabalho caso-controle americano, estudiosos mostraram que valores religiosos não apenas são comuns na realidade do TCE, como também são ferramentas auxiliares e de resultados positivos no processo de recuperação da pessoa, já que favorecem maior inserção social, ainda que no próprio espaço religioso, e contribuem para as reservas emocionais das pessoas (Waldron-Perrine et al., 2011).

6. Conclusão:

“Só sei que nada sei

Já dizia o filósofo: Só sei que nada sei. Mas o que é o saber?

Saber ou não saber, eis a questão.

E a questão sempre antecede a boa resposta.

Uma boa resposta depende muito do tamanho do buraco que se tem no pensamento.

O pensamento parece uma coisa à toa, mas a gente voa quando começa a pensar.

Voar, voar, subir, subir. Tudo que sobe, desce. Na descida, escorreguei. Escorregando bati a cabeça.

A cabeça é a parte superior do corpo dos animais bípedes onde se situam normalmente o encéfalo e os órgãos dos sentidos da visão, audição, olfação e gustação.
(...)

Com essas humildes palavras pretendo ter provado a vocês a complexidade do complexo neuro psicológico de natureza íntima de um ser que possui não muito mais que dois neurônios em sua caixaola.”

*Dra Lola Brígida (Luciana Viavaca)
Hospital Santa Marcelina – São Paulo*

(Viavaca, 2017)

Os resultados deste estudo permitem conhecer evidências sobre a previsibilidade do contexto da ocorrência do TCE, levando-nos a pensar que ele quase não se trata mais de acidente, uma vez que sabemos com quem, quando e como ele ocorrerá.

A UE recebe, objetivamente, elevada quantidade de pacientes que deveriam ser adequada e completamente cuidados em outras instâncias da rede de serviços de saúde da região. Em função disto, a UE tem, em sua registrada lotação acima de 100%, pouco aproveitamento de seus recursos disponíveis, já que importante parte dela é composta por pessoas que não requerem grande complexidade de cuidados.

Considerando aspectos de custos materiais, os altos investimentos na sobrevivência da pessoa, bem como os recursos previdenciários que elas passam a demandar, tendem a não ser os únicos prejuízos sociais advindos do TCE, já que sua vítima com frequência passa a depender de outras pessoas, de benefícios sociais para o cuidador, e de constantes visitas a serviços de saúde de diversas naturezas, sem a perspectiva de retorno à vida produtiva e profissional. Além disso, as perdas inerentes à vivência do trauma não limitam-se às financeiras, repercutindo

sobre o olhar que a pessoa tem de si mesmo e da própria vida, determinando sua frustração e o desenvolvimento de comorbidades emocionais, comportamentais e psiquiátricas como um todo.

Neste contexto, o TCE também é previsível, já que também são conhecidas as alterações de vida que ele promoverá ao traumatizado, independentemente do seu grau de gravidade.

O TCE passa a ser um dramático marco na biografia das pessoas, tornando-se um referencial temporal da sua vida que passa a ser dividida entre antes e depois da ocorrência traumática e internação hospitalar dela consequente, bem como marco de transformação pessoal. Também tanto nas lesões anatômica e cognitivamente classificadas como leve quanto naquelas graves, o TCE é objetivamente percebido como modificador da história não apenas da pessoa traumatizada, mas de todo seu entorno. Mais que isso, o TCE é descrito por aqueles com que ele conviveram como um evento que altera o jeito e a personalidade do indivíduo, impondo a ele modos diferentes de ser, pensar, sentir, agir e interagir.

Conhecendo, neste ponto, a profundidade de afetação que o TCE determina principalmente para os domínios relacionados às esferas emocionais, sociais e de saúde mental dos traumatizados, é importante que equipes de centros de referência em trauma estejam alertas para aumentar a frequência de encaminhamento dessas pessoas e de seus cuidadores para serviços específicos de saúde mental.

O aprofundamento sobre os determinantes relacionados ao TCE, e, principalmente sobre aqueles humanos, ou seja, não possíveis de serem expostos e assimilados objetivamente, reforça que a única intervenção de saúde realmente efetiva para TCE ainda consta na prevenção de sua ocorrência.

O detalhamento dos padrões temporais, geográficos e sócio-epidemiológicos do TCE e de seu público crítico, bem como a visualização das consequências negativas de uma lesão deste tipo podem subsidiar o planejamento de políticas e ações de saúde pública direcionados tanto para estratégias de prevenção e combate de situações traumáticas quanto para estruturação de serviços específicos à sua demanda após a alta hospitalar.

Ressalta-se a necessidade de olhar específico de políticas públicas de saúde para aqueles casos que parecem ser anatomicamente leves, mas, em se tratando de lesão cerebral, continuam determinando importantes mudanças na pessoa e em todos aspectos de sua vida.

Agradecimento pelo suporte financeiro da FAEPA, através dos recursos necessários para a realização das visitas domiciliares, e da CAPES, através da bolsa de doutorado no Brasil e da bolsa de doutorado sanduíche em Toronto-Canadá – processo número 88881.133055/2016-01.

Referências:⁷

-
- Abou-Abbass, H., Bahmad, H., Ghandour, H., Fares, J., Wazzi-Mkahal, R., Yacoub, B., . . . Kobeissy, F. (2016, November). Epidemiology and clinical characteristics of traumatic brain injury in Lebanon. *Medicine (Baltimore)*, 95(47), e5342. doi: 10.1097/MD.00000000000005342.
- Alahmadi, H., Vachhrarajani, S., & Cusimano, M. (2010, May). The natural history of brain contusion: an analysis of radiological and clinical progression. *Journal of Neurosurgery*, 112, 1139-1145. doi: 10.3171/2009.5.JNS081369.
- Albrecht-Anoschenko, J., Uhl, E., Gilsbach, J. M., Kreitschmann-Andermahr, I., & Rohde, V. (2005, May). Head injury after a fall on stairs: poorer prognosis in inebriated patients? *Zentralblatt fur Neurochirurgie*, 66(2), 59-62. doi:10.1055/s-2005-836487.
- Alves, A. L. A., Salim, F. M., Martinez, E. Z., Passos, A. D. C., De Carlo, M. M. R. P., & Scarpelini, S. (2009, fevereiro). Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 154-160. doi: 10.1590/S0034-89102009000100020.
- American College of Surgeons' Committee on Trauma; ATLS Subcommittee; ; International ATLS working group. (2013, May). Advanced trauma life support (ATLS®): the ninth edition. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 74(5):1363-6. doi: 10.1097/TA.0b013e31828b82f5.
- Andrade, M. (2015). Cartas de Mário de Andrade a Carlos Drummond de Andrade. In Mário de Andrade, *A lição do amigo* (pp. 13). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Araki, T., Yokota, H., & Morita, A. (2017, February). Pediatric traumatic brain injury: Characteristic features, diagnosis, and management. *Neurologia Medico Chirurgica*, 57, 82-93. doi:10.2176/nmc.ra.2016-0191.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2015). *Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016*. Recuperado de <https://www.abep.org>.
- Avesani, R., Carraro, E., Armani, G., & Masiero, S. (2012, September). Exploring variables associated with rehabilitation length of stay in brain injury patients. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 48, 1-9.
- Baguley, I. J., Cooper, J., & Felmingham, K. (2006). Aggressive behavior following traumatic brain injury: how common is common? *Head Trauma Rehabilitation*, 21(1), 45-56.
- Baldo, V., Marcolongo, A., Floreani, A., Majori, S., Cristofollettil, M., Dal Zotto, A., . . . Trivello, R. (2003). Epidemiological aspect of traumatic brain injury in Northeast Italy. *European Journal of Epidemiology*, 18(11), 1059-1063.

⁷ De acordo com o estilo APA – 6ª. edição – American Psychological Association.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W H Freeman/ Times Books/ Henry Holt.
- Berger, E., Leven, F., Pirente, N., Bouillon, B., & Neugebauer, E. (1999). Quality of life after traumatic brain injury: A systematic review of the literature. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 14, 93-102.
- Bouzarth, W. (1978). Coma. *Journal of Neurosurgery*, 49(3), 477-478.
- Breiding, M. J., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C., & Mahendra, R. (2015). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, GA. Recuperado de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>.
- Brown, M., Gordon, W. A., & Haddad, L. (2000, January). Models for predicting subjective quality of life in individuals with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 14(1), 5-19. doi:10.1080/026990500120899.
- Brown, M., & Vandergoot, D. (1998, August). Quality of life for individuals with traumatic brain injury: Comparison with others living in the community. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(4), 1-23.
- Bruns, I. J., & Hauser, W. (2003). The epidemiology of traumatic brain injury: a review. *Epilepsia*, 44 (Suppl. 10), 2-10.
- Bullinger, M., Azouvi, P., Brooks, N., Basso, A., Christensen, A. L., Gobiet, W., . . . von Wild. K. (2002). Quality of life in patients with traumatic brain injury-basic issues, assessment and recommendations. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 20(3-4), 111-124.
- Carvalho, C. (2015). *Estimativa dos custos dos acidentes de trânsito no Brasil com base na atualização simplificada das pesquisas anteriores do Ipea*. Brasília, DF: Ipea. Recuperado de http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7456/1/RP_Estimativa_2015.pdf.
- Carvalho, C. (2016). Mortes por acidentes de transporte terrestre no Brasil: análise dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. In Ipea, *Texto para discussão* (pp. 7-13). Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Castro, E. (1973). Joãozinho solta a noite. In Emil de Castro, *Estórias do Vovô Pajé* (pp. 59). Rio de Janeiro, RJ: Livros do Mundo Inteiro.
- Catanho, L. (2018, 23 de janeiro). *Mortes de motociclistas disparam no trânsito de Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, SP. Recuperado de <https://www.acidadeon.com/ribeiraopreto/cotidiano/cidades/NOT,2,2,1302283,Mortes+de+motociclistas+disparam++nas+ruas+de+Ribeirao+Preto.aspx>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). *Report to congress on mild traumatic brain injury in the United States: steps to prevent a serious public health problem*. Atlanta, GA: CDC.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Report to congress on traumatic brain injury in the United States: epidemiology and rehabilitation*. Atlanta, GA: CDC.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Traumatic brain injury and concussion*. Atlanta, GA: CDC. Recuperado de <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/index.html>.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999, Maio/Junho). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143-150.
- Colantonio, A., Mar, W., Escobar, M., Yoshida, K., Velikonja, D., Rizoli, S., . . . Cullen, N. (2010, June). Women's health outcomes after traumatic brain injury. *Journal of Women's Health*, 19(6), 1-8. doi:10.1089=jwh.2009.1740.
- Cole, T. (2004, June). Global road safety crisis remedy sought: 1.2 million killed, 50 million injured annually. *JAMA*, 291(21), 2531-2532. doi: 10.1001/jama.291.21.2531.
- Copes, W. et al. (1988, January). The injury severity score revised. *The Journal of Trauma*, 28(1), 69-77.
- Cordeiro, A. (2015, 18 de maio). Quebra-cabeça. *R. Nott Magazine*. Recuperado de: <http://rnottmagazine.com/quebra-cabeca/>.
- Coronado, V. G., McGuire, L. C., Sarmiento, K., Bell, J., Lionbarger, M. R., Jones, C. D., . . . Xu, L. (2012, September). Trends in traumatic brain injury in the U.S. and the public health response: 1995-2009. *Journal of Safety Research*, 43(4), 299-307. doi:10.1016/j.jsr.2012.08.011.
- Corrigan, J. D., Bogner, J. A., Mysiw, W. J., Clinchot, D., & Fugate, L. (2001, December). Life satisfaction after traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(6), 543-555.
- Cunningham, R. M., Maio, R. F., Hill, E. M., & Zink, B. (2002, May/June). The effects of alcohol on head injury in the motor vehicle crash victim. *Alcohol & Alcoholism*, 37(3), 236-240.
- Dacey, R., Dikmen, S., Temkin, N., McLean, A., Armsden, G., & Winn, H. R. (1991, February). Relative effects of brain and no brain injuries on neuropsychological and psychosocial outcome. *The Journal of Trauma*, 31(2), 217-222.
- Dadgari, B. (2017). A review on post-traumatic aggression. *Internal Medicine and Medical Investigation Journal*, 2(3), 72-75. doi:10.24200/imminv.v2i3.104.
- De Palma J. A., Fedorka P., & Simko, L. C. (2003, February). Quality of life experienced by severely injured trauma survivors. *AACN Clinical Issues*, 14(1), 54-63.
- Developers, G. (2017). *Google Maps para todas as plataformas*. Recuperado de <https://developers.google.com/maps/?hl=pt-br>.

- Dijkers, M. (1999, May/June). Measuring quality of life: methodological issues. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78(3), 286-300.
- Dijkers, M. (2004, April). Quality of life after traumatic brain injury: a review of research approaches and findings. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(4 Suppl. 2), S21-S35. doi:10.1016/j.apmr.2003.08.119.
- Donker-Cools, B. H., Daams, J. G., Wind, H., & Frings-Dresen, M.H. (2015). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 30(2), 113-131. doi:10.3109/02699052.2015.1090014.
- Escarso, A. C., Elorriaga, J. S., Facincani, I., Silva, J. M., & Passos, A. (2016). Perfil das notificações de traumas do Núcleo de Vigilância HCFMRP-USP 2004 a 2015. Paper presented at the *IX Simpósio do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar NVEH - HCRP* (pp. 1). Ribeirão Preto, SP.
- Espurio, F. (2009, 16 de dezembro). Atado ao Umbigo. *World Art Friends*. Recuperado de <https://www.worldartfriends.com/pt/atado-ao-umbigo>.
- Faul, M., Xu, L., Wauld, M. M., & Coronado, V. (2010). *Traumatic brain injury in the United States: Emergency department visits, hospitalizations, and deaths 2002-2006*. Atlanta, GA. Recuperado de <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/severe.html>.
- Ferraz de Vasconcelos. (2015, setembro). *Conto de Fadas*. São Paulo, SP: Recanto das Letras. Recuperado de <https://www.recantodasletras.com.br/poesias/5368105>.
- Firshing, R., & Wolschneck, D. (2001, September). Present status of neurosurgical trauma in Germany. *World Journal of Surgery*, 25(9), 1221-1223.
- Fundação Faculdade de Medicina. (2016). *Relatório de atividades 2016*. Ribeirão Preto, SP : FFM. Recuperado de <http://extranet.ffm.br/Relatorios/relatorios/RelatorioAnual2016.pdf>.
- Freire, F. R., Coelho, F., Lacerda, J. R., Silva, M. F., Gonçalves, V. T., Machado, S. . . . , Anghinah, R. (2011, January/March). Cognitive rehabilitation following traumatic brain injury. *Dementia & Neuropsychol*, 5(1), 17-25. doi:10.1590/S198057642011DN05010004.
- Frieden, T. R., Houry, D., & Baldwin, G. (2015). *Traumatic brain injury In the United States: Epidemiology and rehabilitation*. Atlanta, GA: CDC. Recuperado de https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/tbi_report_to_congress_epi_and_rehab-a.pdf.
- Fu, T. S., Jing, R., McFaull, S. R., & Cusimano, M. (2016, March). Health and economic burden of traumatic brain injury in the emergency department. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 43(2), 238-247. doi:10.1017/cjn.2015.320.
- Fuhrer, M. J. (2000, July). Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability and Rehabilitation*, 22(11), 481-489.

- Gaskin, J., Gomes, J., Darshan, S., & Krewski, D. (2017, July). Burden of neurological conditions in Canada. *Neurotoxicology*, 61, 2-10. doi:10.1016/j.neuro.2016.05.001.
- Gerhart, K. A., Mellick, D. C., & Weintraub, A. (2003, December). Violence-related traumatic brain injury: a population-based study. *The Journal of Trauma*, 55(6), 1045-1053. doi:10.1097/01.TA.0000044353.69681.96.
- Ghajar, J. (2000, September). Traumatic brain injury. *Lancet*, 356(9233), 923-929. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02689-1.
- Gindri, G., Pagliarin, K. C., Casarin, F. C., Branco, L. D., Ferré, P., Joannette, Y., & Fonseca, R. (2014). Rehabilitation of discourse impairments after acquired brain injury. *Dementia & Neuropsychology*, 8(1), 58-65. doi:10.1590/S1980-57642014DN81000009.
- Globo. (2017, 14 de outubro). Número de acidentes fatais no trânsito brasileiro aumenta. *Globo*. Recuperado de <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2017/10/numero-de-acidentes-fatais-no-transito-brasileiro-aumenta.html>.
- Gopaul, R., Wei, Z. D., Yan, J., Gong, F. Y., & Xiao, S. (2016). Clinical study of quality of life of traumatic brain injury patients after decompressive craniectomy and related influencing factors. *Chinese Neurosurgical Journal*, 2(33), 2-10. doi:10.1186/s41016-016-0044-5.
- Greenspan, L., McLellan, B. A., & Greig, H. (1985, January). Abbreviated injury scale and injury severity score: A scoring chart. *The Journal of Trauma*, 25(1), 60-64.
- Hadzic-Andelic, N. (2010). *Moderate-to-severe traumatic brain injury in Eastern Norway : trends and challenges* (Doctoral dissertation, University of Oslo). Recuperado de <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-26546>.
- Hicken, B. L., Putzke, J. D., Novack, T., Sherer, M., & Richards, J. (2002, May/June). Life satisfaction following spinal cord and traumatic brain injury: A comparison study. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 39(3), 359-366. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/3395/6325ed77a2573105341b3a2917982371d783.pdf>.
- Horn, M. L., & Lutz, D. (2016, December). Traumatic brain injury in the criminal justice system: identification and response to neurological trauma. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 12(2), 71-86.
- Hung, D. V., Stevenson, M. R., & Ivers, R. (2006, December). Prevalence of helmet use among motorcycle riders in Vietnam. *Injury Prevention*, 12(6), 409-413. doi:10.1136/ip.2006.012724.
- Hyder, A. A., Wunderlich, C. A., Puvanachandra, P., Gururaj, G., & Kobusingye, O. (2007). The impact of traumatic brain injuries: a global perspective. *NeuroRehabilitation*, 22(5), 341-353.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Bases cartográficas do Município de Ribeirão Preto*. Recuperado de <https://mapas.ibge.gov.br/bases-e-referenciais/bases-cartograficas/malhas-digitais.html>.
- Imai, M. F. P., & Koizumi, M. (1996). Avaliação da gravidade do traumatismo crânio-encefálico por índices anatômicos e fisiológicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(1), 116-137. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n1/v30n1a10.pdf>.
- Jennett, B., & Teasdale, G. (1977, April). Aspects of coma after severe head injury. *Lancet*, 1(8017), 878-881.
- Jorge, M. H. P. M., & Koizumi, M. (2009). Acidentes de trânsito: dados básicos para seu estudo. *Associação Brasileira de Medicina de Tráfego*, 27, 30-32.
- Jourdan, C., Bosserelle, V., Azerad, S., Ghout, I., Bayen, E., Aegerter, P., . . . Azouvi, P. (2013). Predictive factors for 1-year outcome of a cohort of patients with severe traumatic brain injury (TBI): Results from the PariS-TBI study. *Brain Injury*, 27(9), 1000-1007. doi:10.3109/02699052.2013.794971.
- Pereira Júnior, G. A., Scarpelini, S., Basile-Filho, A., & Andrade, J. (1999, Julho/Setembro). Índices de trauma. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 32, 237-250.
- Kay, T., Newman, B., Cavallo, M., Ezrachi, O., & Resnick, M. (1992). Toward a neuropsychological model of functional disability after mild traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 6(4), 371-384. doi:10.1037/0894-4105.6.4.371.
- Kelly, D. F., & Becker, D. (2001, September). Advances in management of neurosurgical trauma: USA and Canada. *World Journal of Surgery*, 25(9), 1179-1185. doi:10.1007/s00268-001-0080-x.
- Kim, E., Lauterback, E. C., Reeve, A., Arciniegas, D. B., Coburn, K. L., Mendez, M. F., . . . Coffey, E. (2007, Spring). Neuropsychiatric complications of traumatic brain injury: A critical review of the literature (a report by the ANPA Committee on Research). *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 19(2), 106-127. doi:10.1176/jnp.2007.19.2.106.
- Koizumi, M. S., & Araujo, G. (2005). Escala de Coma de Glasgow - subestimação em pacientes com respostas verbais impedidas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 136-142. doi: 10.1590/S0103-21002005000200004.
- Koizumi, M. (1978). Avaliação do nível de consciência em pacientes co traumatismo crânio-encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 31(1), 23-31. doi: 10.1590/0034-719780001000004.
- Koizumi, M. (1990, março). Método de avaliação do nível de consciência e interpretação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 3(1), 17-24.

- Koskinen, S., & Alaranta, H.. (2008, March). Traumatic brain injury in Finland 1991-2005: A nationwide register study of hospitalized and fatal TBI. *Brain Injury*, 22(3), 205-214. doi: 10.1080/02699050801938975.
- Krug, E. (2012). Traumas matam mais que as três grandes endemias: malária, tuberculose e AIDS. *Organização Pan-Americana da Saúde*. Recuperado de http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2989:traumas-matam-mais-que-as-tres-grandes-endemias-malaria-tuberculose-e-aids&Itemid=839.
- Kuenzler, M., Braun, C. T., & Maeder, M. (2015, November). Mortality and outcome of severe traumatic brain injury in a Swiss level one trauma center. *Emergency Medicine: Open Access*, 5(1), 1-6. doi:10.4172/2165-7548.1000226.
- LadeiraI, R. M., MaltaII, D. C., Morais Neto, O. L., Montenegro, M. M. S., Soares Filho, A. M., Vasconcelos, . . . Naghavi, M. (2017). Road traffic accidents: Global burden of disease study, Brazil and federated units, 1990 and 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20 (Suppl. 1), 157-170. doi:0.1590/1980-5497201700050013.
- Lajolo, M. (2017, 31 de maio). Trânsito no Brasil mata 47 mil por ano e deixa 400 mil com alguma sequela. *Folha de S. Paulo*. Recuperado de <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/05/1888812-transito-no-brasil-mata-47-mil-por-ano-e-deixa-400-mil-com-alguma-sequela.shtml>.
- Lavoie, S., Sechrist, S., Quach, N., Ehsanian, R., Duong, T., Gotlib, I. H., & Isaac, L. (2017, May). Depression in men and women one year following traumatic brain injury (TBI): A TBI model systems study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–7. doi:10.3389/fpsyg.2017.00634.
- Lawton, M. P., & Brody, E. (1969, Autumn). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Li, M., Zhao, Z., Yu, G., & Zhang, J. (2016). Epidemiology of traumatic brain injury over the world: A systematic review. *Austin Neurology & Neuroscience*, 1(2), 1–14. Recuperado de <http://austinpublishinggroup.com/neurology-neurosciences/fulltext/ann-v1-id1007.php>.
- Liu, B. C., Ivers, R., Norton, R., Boufous, S., Blows, S., & Lo, S. K. (2008, January). Helmets for preventing injury in motorcycle riders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(1). doi:10.1002/14651858.CD004333.pub3.
- Livingston, D. H., Tripp, T., Biggs, C., & Lavery, R. F. (2009, August). A fate worse than death? Long-term outcome of trauma patients admitted to the surgical intensive care unit. *The Journal of Trauma*, 67(2), 341–349. doi: 10.1097/TA.0b013e3181a5cc34.
- Lopez, A. D., Murray, C. (1998, November). The global burden of disease 1990-2020. *Natural Medicine*, 4(11), 1241-1243. doi: 10.1038/3218.
- Mascarenhas, M. D. M., & Barros, M. (2015). Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(4), 771–784. doi:10.1590/1980-5497201500040008.

- Masson, M., East-Richard, C., & Cellard, C. (2016, February). A meta-analysis on the impact of psychiatric disorders and maltreatment on cognition. *Neuropsychology*, 30(2), 143–156. doi:10.1037/neu0000228.
- Matérne, M., Lundqvist, L., & Strandberg, T. (2017). Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work*, 55(1), 125–134. doi:10.3233/WOR-162468.
- Maxwell, C. J., Yates, E. A., Nylen, K., Antflick, J., Jetté, N., & Bronskill, S. (2015). Traumatic brain injury. In Institute for Clinical Evaluative Sciences (Ed.), *Brain Disorders in Ontario: Prevalence, incidence and costs from health administrative data* (pp. 146–156). Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences. Recuperado de <http://www.ices.on.ca/~media/Files/Atlases-Reports/2015/Brain-Disorders-in-Ontario/Full-Report.ashx>.
- McGinnis, G. (1989, June). An introduction to Injury Severity Scaling. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 21(3), 201–203.
- McNett M. (2007, April). A review of the predictive ability of Glasgow Coma Scale scores in head-injured patients. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 39(2), 68–75.
- Miller, W. (1986). *The neuropsychology of head injuries. The neuropsychology handbook: behavioral and clinical perspectives*. New York, NY: Springer.
- Ministry of Transport and Communication. (2005). *Monthly Statistics of Transportation and Communications*. Taipei, Taiwan. Recuperado de https://books.google.com.br/books?id=moqbJAj2b1kC&pg=PA74&lpg=PA74&dq=Monthly+Statistics+of+Transportation+and+Communications.+Taipei,+Taiwan&source=bl&ots=Olh4QUojbk&sig=2HuJIZWXvmPgZvw0YZm3wXXg5s4&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwj26_qbjarbAhVEkZAKHSnJAJkQ6AEIRDAD#v=onepage&q=Monthly%20Statistics%20of%20Transportation%20and%20Communications.%20Taipei%2C%20Taiwan&f=false.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2015) *Diretrizes de atenção à pessoa com traumatismo craniocéfálico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017). *Resumo executivo saúde Brasil 2015-2016*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Moracco, K. E., Runyan, C. W., Bowling, J. M., & Earp, J. (2007, January/February). Women's experiences with violence: a national study. *Womens Health Issues*, 17(1), 3–12. doi:10.1016/j.whi.2006.03.007.
- Mushkudiani, N. A., Engel, D. C., Steyerberg, E. W., Butcher, I., Lu, J., Marmarou, A., . . . Mass, A. L.. (2007, February). Prognostic value of demographic characteristics in traumatic brain injury: results from the IMPACT study. *Journal of Neurotrauma*, 24(2), 259–269.

- Nasri, F. (2008). O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 6 (Supl. 1), S4–S6. Recuperado de <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>
- National Highway Traffic Safety Administration. (2012). *Traffic Safety Facts 2010: Motorcycles*. Washington, DC: NHTSA. Recuperado de <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/811639>.
- National Institute for Health and Care Excellence, N. (2014). *Head injury: assessment and early management*. London, UK: NICE Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg176/resources/head-injury-assessment-and-early-management-pdf-35109755595493>.
- Nnadi, M. O. N., Bankole, O. B. & Fente, B. (2015). Motorcycle-related traumatic brain injuries: helmet use and treatment outcome. *Neuroscience Journal*, 2015, 1–6. doi:10.1155/2015/696787.
- O'Neill, J., Hibbard, M. R., Brown, M., Jaffe, M., Sliwinski, M., Vandergoot, D., & Weiss, M. (1998, August). The effect of employment on quality of life and community integration after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(4), 68–79.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012, June). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155–162. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.
- Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M., & Lobo Antunes, J. (2012, May/June). Taumatismo Crânio-encefálico: abordagem integrada. *Acta Medica Portuguesa*, 25(3), 179–192. Recuperado de <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/43/45>.
- Ouellet, M. C., Beaulieu-Bonneau, S., Sirois, M., Savard, J., Turgeon, A. F., Moore, L., . . . Laviolette, V. (2018, May). Depression in the first year after traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, 22. doi:10.1089/neu.2017.5379.
- Owensworth, T. M. K. (2004, July). Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: a critical review and conceptual model. *Disability and Rehabilitation*, 26(13), 765–783. doi:10.1080/09638280410001696700.
- Petersen, C. B. M. (2005). Assessing health-related quality of life after severe brain damage: potentials and limitations. *Progress in Brain Research*, 150, 545–553. doi:10.1016/S0079-6123(05)50038-4.
- Phelan, S. M., Bangerter, L. R., Friedemann-Sanchez, G., Lackore, K. A., Morris, M. A., Van Houtven, C. H., . . . Griffin, J. (2018, May). The impact of stigma on community reintegration of veterans with traumatic brain injury and the well-being of their caregivers. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2. doi:10.1016/j.apmr.2018.04.007.

- Phillips, J., & Radford, K. (2014). Vocational rehabilitation following traumatic brain injury: What is the evidence for clinical practice? *Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation*, 14(5), 14–16. Recuperado de <http://www.acnr.co.uk/wp-content/uploads/2014/11/14-rehab1.pdf>.
- Pierce C. A., & Hanks, R. A. (2006, November). Life satisfaction after traumatic brain injury and the World Health Organization model of disability. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(11), 889–898. doi:10.1097/01.phm.0000242615.43129.ae.
- Polinder, S., Haagsma, J. A., van Klaveren D., Steyerberg, E. W., & van Beek, E. (2015, February). Health-related quality of life after TBI: a systematic review of study design, instruments, measurement properties, and outcome. *Population Health Metrics*, 13(4), 3–12. doi:10.1186/s12963-015-0037-1.
- Ponsford, J., Downing, M., & Pechlivanidis, H. (2018, April). The impact of cultural background on outcome following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, Apr(2), 1–16. doi:10.1080/09602011.2018.1453367.
- Prince, C., & Bruhns, M. (2017, August). Evaluation and treatment of Mild Traumatic Brain Injury: the role of Neuropsychology. *Brain Sciences*, 7(105), 2–14. doi:10.3390/brainsci7080105.
- Pugh, M. J., Swan, A. A., Carlson, K. F., Jaramillo, C. A., Eapen, B. C., Dillahun-Aspillaga, C., . . . Grafman, J. H. (2018, February). Traumatic Brain Injury Severity, Comorbidity, Social Support, Family Functioning, and Community Reintegration Among Veterans of the Afghanistan and Iraq Wars. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(2S), S40–S49. doi:10.1016/j.apmr.2017.05.021.
- Rao, V., Rosenberg, P., Bertrand, M., Salehinia, S., Spiro, J., Vaishnavi, S., . . . Miles, Q. (2009, August). Aggression after traumatic brain injury: Prevalence & correlates. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21(4), 420–429. doi:10.1176/appi.neuropsych.21.4.420.
- Santos, M. E., De Sousa, L., Castro-Caldas, A. (2003, May/June). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Act Médica Portuguesa*, 16(2), 71–76. Recuperado de <http://www.redereab.pt/docs/EpidemiologiaTCE.pdf>.
- Santos, R. L., & Júnior, J. (2008, abril). Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(4), 290–296. Recuperado de http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf.
- Seibert, P. S., Idaho, B., Hash, J., & Webb, A. (2002, October). Brain injury: quality of life's greatest challenge. *Brain Injury*, 16(10), 837–848. doi:10.1080/02699050210131939.
- Selander, J. (1999). *Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation. A person level study based on a national social insurance material*. Karolinska Institute, Stockholm, Sweden. Recuperado de <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44177>.

- Silva, A., & Dal Prá, K. (2014, julho). Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. *Argumentum*, 6(1), 99–115. Recuperado de <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/7382/5754%20/>.
- Silva, J. A., Souza, A. R., & Feitoza, A. (2017). Trauma Cranioencefálico no Município de Fortaleza. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 22–26. doi:10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.724. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/315992169_TRAUMATISMO_CRANIOENCEFALICO_NO_MUNICIPIO_DE_FORTALEZA.
- Ślusarz, R., Jabłońska, R., Królikowska, A., Haor, B., Barczykowska, E., Biercewicz, M., . . . Szrajda, J. (2015, June). Measuring scales used for assessment of patients with traumatic brain injury: multicenter studies. *Patient Preference and Adherence*, 9, 868–9-875. doi:10.2147/PPA.S83551.
- Snell, D. L., Macleod, A. D. S., & Anderson, T. (2016, June). Post-concussion syndrome after a mild traumatic brain injury: A minefield for clinical practice. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 6, 227–232. Recuperado de http://file.scirp.org/pdf/JBBS_2016060110083648.pdf.
- Søren, S. R., Christian, C., Hoyer, S., Christensen, E. F., Dragsholt, C., Hansen, A. C., . . . , Hougaard, Kj. (2004, December). Drug and alcohol use among patients admitted to a Danish trauma centre: a prospective study from a regional trauma centre in Scandinavia. *European Journal of Emergency Medicine*, 11(6), 318–322.
- Steadman-Pare D., Colantonio A., Ratcliff G., Chase S, Vernich, L. (2001, August). Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabil*, 16(4), 330–342.
- Struchen, M., Davis, L. C., McCauley, S. R., Clark, A. N. (2009). *Guidebook for psychologists: working with clients with traumatic brain injury*. (NIDRR, Ed.). US. Recuperado de http://tirr.memorialhermann.org/uploadedFiles/_Library/Childrens/Psych_TBI_Manual_FINAL129.pdf.
- Tagliaferri, F., Compagnone, C., Korsic, M., Servadel, F., & Kraus, J. (2006, March). A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochirurgica*, 148(3), 255–268.
- Tardif, P. A., Moore, L., Boutin, A., Dufresne, P., Omar, M., Bourgeois, G., . . . Turgeon, A. F. (2017, January). Hospital length of stay following admission for traumatic brain injury in a Canadian integrated trauma system: A retrospective multicenter cohort study. *Injury*, 48(1), 94–100. doi:10.1016/j.injury.2016.10.042.
- Tateno, A., Jorge, R. E., & Robinson, R. G. (2003, Spring). Clinical correlates of aggressive behavior after traumatic brain injury. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, Spring;15(2), 155–160. doi:10.1176/jnp.15.2.155.

- Taylor, C. A., Bell, J. M., Breiding, M. J., & Xu, L. (2017, March). Traumatic brain injury-related emergency department visits, hospitalizations, and deaths - United States, 2007 and 2013. *Surveillance Summaries*, 66(9), 1–16. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/ss/ss6609a1.htm>.
- Teasdale, G. J. B. (1976). Assessment and prognosis of coma after head injury. *Acta Neurochirurgica*, 34, 45–55.
- Teasdale, G. J. B. (1984, July). Assessment of coma and impaired consciousness. *Lancet*, 81–84.
- The WHOQOL group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Instrument. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1596–1585. Recuperado de http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf.
- Thompson, J., & Dains, J. (1986). Indices of injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 21(4), 655–673.
- Toor, G. K., Harris, J. E., Escobar, M., Yoshida, K., Velikonja, D., Rizoli, S., . . . Colantonio, A. (2016, February). Long-term health service outcomes among women with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97 (Suppl. 2), S54–63. doi:10.1016/j.apmr.2015.02.010.
- Traumatic Brain Injury Guideline. (2014). *Make early contact with ARV for advice and to initiate retrieval*. Recuperado de http://trauma.reach.vic.gov.au/sites/default/files/Traumatic%20Brain%20Injury%20Guideline%20Guideline_Ver%201.0_250914_complete.pdf.
- Tsyben, A., Guilfoyle, M., Timofeev, I., Anwar, F., Allanson, J., Outtrim, J., . . . , Adel, H. (2018, January). Spectrum of outcomes following traumatic brain injury—relationship between functional impairment and health-related quality of life. *Acta Neurochirurgica*, 160, 107–115. doi:10.1007/s00701-017-3334-6.
- Trauma Services Annual Report 2011*. (2011). Toronto, Canada: St. Michael's Hospital. Recuperado de <http://www.stmichaelshospital.com/pdf/programs/trauma/trauma-annual-report-2011.pdf>.
- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Centro de Processamento de Dados Hospitalares. Departamento de Medicina Social. (2010). *Doenças e Agravos não Transmissíveis - DAN-T, Ribeirão Preto-SP e Região*. Ribeirão Preto, SP: FMRP.
- van Velzen, J.M. (2014). *Return to work after acquired brain injury*. University of Amsterdam. Recuperado de https://pure.uva.nl/ws/files/2453239/153239_05_Chapter_2_How_many_people_return_to_work_after_acquired_brain_injury.pdf.

- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., Edelaar, M. J. A., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. (2009, June). How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Injury*, 23(6), 473–488. doi:10.1080/02699050902970737.
- Viavaca, L. (2017, 7 de fevereiro). *Há 8 anos só sei que nada sei*. São Paulo: Doutores da Alegria. Recuperado de <https://www.doutoresdaalegria.org.br/blog/ha-oito-anos-so-sei-que-nada-sei/>.
- von Wild, K. R., & Hannover, Münster TBI Study Council. (2008). Posttraumatic rehabilitation and one year outcome following acute traumatic brain injury (TBI): data from the well defined population based German prospective study 2000-2002. *Acta Neurochirurgica*, 101(Suppl.), 55–60.
- Wæhrens, E. E., & Fisher, A. (2007, December). Improving quality of ADL performance after rehabilitation among people with acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(4), 250–257. doi:0.1080/11038120601182974.
- Waldron-Perrine, B., Rapport, L. J., Hanks, R. A., Lumley, M., Meachen, S. J., & Hubbarth, P. (2011, May). Religion and spirituality in rehabilitation outcomes among individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 56(2), 107. doi:10.1037/a0023552.
- Webb, C. R., Wrigley, M., Yoels, W., & Fine, P. (1995, December). Explaining quality of life for persons with traumatic brain injuries 2 years after injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(1113–1119).
- Wee, J. Z., Yang, Y. R. J., Lee, Q. Y. R., Cao, K., Chong, C. T.. (2016, September). Demographic profile and extent of healthcare resource utilisation of patients with severe traumatic brain injury: still a major public health problem. *Singapore Medical Journal*, 57(9), 491–496. doi:10.11622/smedj.2015162.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahleweg, K. (2002, April). The family questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265–279.
- Winn, H. R., Bullock, M., Hovda, D., Schouten, J., & Maas, A. (2011). Youmans neurological surgery. In *Epidemiology of Traumatic Brain Injury* (pp. 3270–3275).
- Zanetti, A. (2010). *Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do Family Questionnaire (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.
- Zanetti, A. C. G., Giacon, B. C. C., & Galera, S. A. F. (2012, Janeiro/Março). Adaptação cultural do Family Questionnaire para avaliação da emoção expressada. *Revista de Enfermagem*, 20(1), 90–97. doi:10.12957/reuerj.2012.4000.

- Zhang, J., Norton, R., Tang, K. C., Lo, S. K., Jiatong, Z., & Wenkui, G. (2010, September). Motorcycle ownership and injury in China. *Injury Control and Safety Promotion*, 11(3), 159–163. doi:10.1080/156609704/233/289643.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. (1983, June). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.

Anexos:

ANEXO A – Ficha da Vigilância Epidemiológica de Traumas

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e Grupo de Cirurgia do Trauma - HCFMRP – USP

1. INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE:

Número: _____ Nome: _____
 Registro: _____ Idade: _____ Nasc. ____/____/____ Sexo: ☐ Est. civil: ☐
 Naturalidade: _____ UF: ☐☐ Cidade de residência: _____ UF: ☐☐
 End. Resid. Completo: _____ Cor: _____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____ N° Cartão SUS: _____
 Nome da mãe: _____ Dosagem alcoólica: _____ mg/ml

2. INFORMAÇÕES SOBRE O EVENTO:

Mecanismo do trauma: ☐☐ 01= veículo automotor: 02 = motocicleta: 03= pedestre: 04 = ciclista: 05 = arma branca:
 06= arma de fogo: 07 = queda: 8 = queimadura: 09 = acidente com máquina: 10 = agressão: 11 = outro _____

Local: ☐ 1= Rib. Preto: 2 = outra cidade: 3 = estrada: 4 = rural: 5 = ignorado

Tent. de suicídio: ☐ 1= sim 2 = não 3 = ignorado Acid. de trabalho: ☐ 1= sim: 2 = não: 3 = ignorado

Intoxicação Exógena: ☐ 1= sim: 2 = não: 3 = ignorado

Autor da agressão: pai: ☐ mãe: ☐ padrasto: ☐ madrasta: ☐ cônjuge: ☐ ex-cônjuge: ☐ namorado(a): ☐
 ex-namorado(a): ☐ filho(a): ☐ irmão(ã): ☐ amigos/conhecidos: ☐ desconhecido(a): ☐ cuidador(a): ☐ patrão/chefe: ☐
 pessoa com relação institucional: ☐ policial/agente da lei: ☐ própria pessoa: ☐ outro: ☐ Quem: _____

Parte do corpo atingida ☐☐ 01= cabeça/face 02 = pescoço 03= boca/dentes 04 = coluna/medula 05 = tórax/dorso
 06= abdome 07 = quadril/pelve 08 =membros superiores 09 = membros inferiores 10 = órgãos genitais/ânus
 11 = múltiplos órgãos/regiões 99= ignorado

Data: ____/____/____ SE: _____ Dia da semana: _____ Hora: ____:____

Descrição: _____

CID da causa: ☐☐☐☐ CID lesão principal: ☐☐☐☐ Transportado por: _____ ☐

01= USA 02= USB 03=USB (OUTRAS CIDADES) 04= CONCESSIONÁRIAS 05=POLÍCIA
 06= PARTICULAR 07= RESGATE/BOMBEIROS 08= USA (OUTRAS CIDADES) 09= OUTROS 10= IGNORADO

3. INDICES DE GRAVIDADE:

Classificação AIS: cabeça/pescoço: ☐ face: ☐ tórax: ☐ abdome: ☐ extremidades/bacia: ☐ externa: ☐

NISS: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐

Parâmetros do RTS: FR: ☐☐ PAS: ☐☐☐ GLASGOW: ☐☐

Fator de alteração de consciência: ☐ 1= alcoolizado: 2 = sedado: 3 = sedado+ intubado: 4 = epilético: 5 =
 outro

Patologias: ☐ 1 = sim: 2 = não: 9 = ignorado

HAS: ☐ DM: ☐ SCI: ☐ EPILEP: ☐ HEPATO: ☐ IRC: ☐ HIV+: ☐ NEO: ☐ PQU: ☐

Complicações: ☐ 1 = sim: 2 = não: 9 = ignorado

SEPSE: ☐ CARDIACA: ☐ IRA: ☐ SDMOS: ☐

4. EVOLUÇÃO:

Dia da admissão: ____/____/____ Hora da admissão ____:____ Cirurgia: 1= sim: 2 = não

1ª Cirurgia: DIA: ____/____/____ Hora de início ____:____ Hora do término ____:____ Nº de cirurgias: Especialidades: ORTOP: CC: NEC: CCP: OFT: PLAST: OUTRAS: Data da alta: ____/____/____ Dias de internação: ____ Dias em CTI: ____ Condições da alta*:

Local do óbito: _____ Horário: ____:____

Razão(ões) do óbito: _____

Responsável pelo preenchimento: _____ Data: ____/____/____

*Condições da alta: Considerar 8 categorias: 1= óbito; 2= estado vegetativo persistente; 3= limitações graves; 4= limitações moderadas; 5= boa recuperação; 6= transferência; 7= evasão; 8= alta a pedido. **Óbito e estado vegetativo persistente:** são condições que se auto-definem. **Limitações graves, moderadas e boa recuperação:** ver definições disponíveis no Serviço.

ANEXO B - Lista de CID excluídos (devido a serem CIDs de lesões em face e pescoço)

Intervalo: S000 ate S015

- S000 Traumatismo superficial do couro cabeludo
- S001 Contusão da pálpebra e da região periocular
- S002 Outros traumatismos superficiais da pálpebra e da região periocular
- S003 Traumatismo superficial do nariz
- S004 Traumatismo superficial do ouvido
- S005 Traumatismo superficial dos lábios e da cavidade oral
- S007 Traumatismos superficiais múltiplos da cabeça
- S008 Traumatismo superficial de outras partes da cabeça
- S009 Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada
- S01 Ferimento da cabeça
- S010 Ferimento do couro cabeludo
- S011 Ferimento da pálpebra e da região periocular
- S012 Ferimento do nariz
- S013 Ferimento do ouvido
- S014 Ferimento da bochecha e região têmporo-mandibular
- S015 Ferimento do lábio e da cavidade oral

Intervalo: S022 ate S026

- S022 Fratura dos ossos nasais
- S023 Fratura do assoalho orbital
- S024 Fratura dos ossos malares e maxilares
- S025 Fratura de dentes
- S026 Fratura de mandíbula

Intervalo: S03 ate S059

- S03 Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da cabeça
- S030 Luxação do maxilar
- S031 Luxação da cartilagem do septo nasal
- S032 Luxação dentária
- S033 Luxação de outras partes da cabeça e das não especificadas

S034 Entorse e distensão do maxilar

S035 Entorse e distensão das articulações e dos ligamentos de outras localizações e de localizações não especificadas da cabeça

S04 Traumatismo dos nervos cranianos

S040 Traumatismo do nervo e das vias ópticas

S041 Traumatismo do nervo oculomotor

S042 Traumatismo do nervo troclear

S043 Traumatismo do nervo trigêmeo

S044 Traumatismo do nervo abducente

S045 Traumatismo do nervo facial

S046 Traumatismo do nervo acústico

S047 Traumatismo do nervo acessório

S048 Traumatismo de outros nervos cranianos

S049 Traumatismo de nervo craniano não especificado

S05 Traumatismo do olho e da órbita ocular

S050 Traumatismo da conjuntiva e abrasão da córnea sem menção de corpo estranho

S051 Contusão do globo ocular e dos tecidos da órbita

S052 Laceração e ruptura ocular com prolapso ou perda de tecido intra-ocular

S053 Laceração ocular sem prolapso ou perda de tecido intra-ocular

S054 Ferimento penetrante da órbita com ou sem corpo estranho

S055 Ferimento penetrante do globo ocular com corpo estranho

S056 Ferimento penetrante do globo ocular sem corpo estranho

S057 Avulsão do olho

S058 Outros traumatismos do olho e da órbita

S059 Traumatismo do olho e da órbita, não especificado

S081 Amputação traumática da orelha

Intervalo: S091 ate S092

S091 Traumatismo dos músculos e dos tendões da cabeça

S092 Ruptura traumática do tímpano

ANEXO C - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3

i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	

06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
08	6	1,0
	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7	
	Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)	
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)	
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)	
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)	
09	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)	
	Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)	
	Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:	
	Se a resposta for (1), a pontuação será (6)	
	Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)	
	Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)	
10	Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)	
	Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	
	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:	
	Se a resposta for 1, o valor será (6)	
	Se a resposta for 2, o valor será (5)	
	Se a resposta for 3, o valor será (4)	
10	Se a resposta for 4, o valor será (3)	
	Se a resposta for 5, o valor será (2)	
	Se a resposta for 6, o valor será (1)	
	Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo	
	Considerar o mesmo valor.	

11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>
-----------	---

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na Tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20

Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver Tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver Tabela)
- Verificar a pontuação obtida nas questões por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO D - Escala das Atividades Vida Diária (Lawton e Brody)

Instruções: As questões seguintes descrevem os problemas com o cuidado diário vividos por alguns indivíduos. Por favor, marque com um X cada item que corresponde ao seu familiar.

Parte 1. Escala de Auto Cuidado.

1. Higiene

- ☐ Independente no auto-cuidado, sem incontinência.
- ☐ Necessita ser lembrado ou de ajuda para se auto-cuidar, ou tem raros acidentes.
- ☐ Evacua ou urina enquanto dorme mais de uma vez por semana.
- ☐ Evacua ou urina enquanto acordado mais de uma vez por semana.
- ☐ Não controla os esfíncteres

2. Alimentação

- ☐ Alimenta-se sem ajuda.
- ☐ Alimenta-se com ajuda mínima e ou precisa de ajuda para preparar suas refeições, ou precisa de ajuda para se limpar após as refeições.
- ☐ Alimenta-se com ajuda moderada e não consegue manter-se limpo.
- ☐ Necessita de ajuda constante em todas as refeições.
- ☐ Não se alimenta sozinho e resiste aos esforços de outros para alimentá-lo (a).

3. Vestuário

- ☐ Consegue vestir-se e despir-se e escolhe suas roupas no armário.
- ☐ Consegue vestir-se e despir-se com ajuda mínima.
- ☐ Necessita de ajuda moderada para vestir-se e ou selecionar roupas.
- ☐ Necessita de ajuda constante para vestir-se, mas coopera com os esforços de outros para ajudá-lo (a).
- ☐ Completamente incapaz de vestir-se e/ou resiste ao auxílio de outros para vesti-lo (a).

4. Cuidados pessoais (limpeza, cabelo, unhas, mãos, face, roupas).

- ☐ Sempre vestido adequadamente, bem cuidado, sem ajuda.
- ☐ Auto cuidado adequado com pouca ajuda, por exemplo, no momento de barbear-se.
- ☐ Necessita de moderada ajuda ou regular supervisão no cuidado.
- ☐ Necessita de total ajuda, mas pode permanecer bem cuidado após a ajuda de outros.
- ☐ Nega ativamente todos os esforços de outros para mantê-lo bem cuidado.

5. Banho

- ☐ Toma banho sozinho (banheira, chuveiro).
- ☐ Toma banho sozinho com ajuda para entrar e sair do chuveiro ou banheira.
- ☐ Lava somente o rosto e as mãos, e não consegue lavar o resto do corpo.
- ☐ Não toma banho sozinho, mas coopera com aqueles que o ajudam.
- ☐ Não tenta lavar-se sozinho e resiste aos esforços de outros para o banho.

6. Locomocão

- ☐ Locomove-se pela cidade.
- ☐ Locomove-se em casa ou até um quarteirão de distância.
- ☐ Locomove-se com assistência (marque uma resposta):
 - ☐ uma outra pessoa ☐ de bengala ☐ De cadeira de rodas:
 - ☐ de corrimão ☐ andador ☐ Senta-se e levanta-se sem ajuda
 - ☐ Necessita de ajuda para sentar-se e levantar-se.
- ☐ Senta sem apoio em uma cadeira ou cadeira de rodas, mas não consegue movimentar a cadeira sem ajuda.
- ☐ Fica a maior parte do tempo na cama.

Parte 2. Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária.

Indique se seu parente pode ser capaz de fazer cada atividade considerando se ele (a) foi capaz no passado.

1. Habilidade para usar o telefone

- ☐ Opera o telefone com iniciativa própria - consulta e disca os números, etc.
- ☐ Disca alguns números conhecidos.
- ☐ Atende ao telefone, mas não faz ligações.
- ☐ Não usa o telefone.

2. Compras

- ☐ Faz todas as compras sozinho (a).
- ☐ Faz pequenas compras sozinho (a).
- ☐ Precisa ser acompanhado em qualquer compra.
- ☐ Incapaz para fazer compras.

3. Preparação de refeições

- ☐ Planeja, prepara e serve refeições independentemente.
- ☐ Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos.
- ☐ Esquenta e serve refeições já prontas, ou prepara as refeições, mas não mantém uma dieta adequada.
- ☐ Precisa que suas refeições sejam preparadas e servidas.

4. Cuidados da Casa

- ☐ Cuida da casa sozinho (a) ou com ocasional assistência (por exemplo, tem ajuda doméstica para trabalhos pesados).
- ☐ Faz tarefas diárias simples, como lavar a louça e arrumar a cama.
- ☐ Faz tarefas diárias simples, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável.
- ☐ Precisa de ajuda em todas as tarefas da casa.
- ☐ Não participa de nenhuma tarefa da casa.

5. Lavagem de roupas

- ☐ Lava suas roupas independentemente.
- ☐ Lava pequenas peças – roupas íntimas, meias, lenços, etc.
- ☐ Toda a lavagem das roupas é feita por outros.

6. Meios de transporte

- ☐ Viaja sozinho em transporte público ou dirige seu próprio carro.
- ☐ Organiza a própria viagem de táxi, mas não usa transporte público.
- ☐ Viaja em transporte público quando acompanhado por alguém.
- ☐ Viaja limitado táxi ou automóvel com ajuda de outra pessoa.
- ☐ Não utiliza meios de transporte.

7. Responsabilidade por seu Medicamento

- ☐ Consegue tomar a medicação na dosagem e horários corretos.
- ☐ Consegue tomar medicação se ela é preparada com antecedência e separada nas dosagens corretas.
- ☐ Não é capaz de cuidar da própria medicação.

8. Capacidade para cuidar do seu dinheiro

- ☐ Cuida de assuntos financeiros sem ajuda (orçamento, assina cheques, paga o aluguel e as contas, vai ao banco), mantém-se informado sobre sua renda.
- ☐ Cuida das compras do dia-a-dia, mas precisa de ajuda com tarefas bancárias e compras maiores, etc.
- ☐ Incapaz de cuidar do próprio dinheiro.

Instruções de pontuação:

Um valor de 1 (para mais independente e sucessivamente 3, 4, ou 5 (dependendo do número de opções) é dado para cada item, e então somado separadamente para a Parte 1 (Auto Manutenção física) e para a Parte 2 (Atividades Instrumentais da Vida Diária).

Instruções especiais para a parte 1, Item número 6, onde "Locomove-se com assistência" tem opções múltiplas (ex. ajuda de uma outra pessoa, auxílio de barras, uso de bengala, uso de andador, cadeira de rodas): Esta opção recebe uma pontuação de 3 pontos independente do tipo de assistência que a pessoa necessita.

ANEXO E - Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana.

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

Eu me sinto tenso ou contraído:

- ☐ () A maior parte do tempo
- ☐ () Boa parte do tempo
- ☐ () De vez em quando
- ☐ () Nunca

Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- ☐ () Sim, do mesmo jeito que antes
- ☐ () Não tanto quanto antes
- ☐ () Só um pouco
- ☐ () Já não sinto mais prazer em nada

Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- ☐ () Sim, e de um jeito muito forte
- ☐ () Sim, mas não tão forte
- ☐ () Um pouco, mas isso não me preocupa
- ☐ () Não sinto nada disto

Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- ☐ () Do mesmo jeito que antes
- ☐ () Atualmente um pouco menos
- ☐ () Atualmente bem menos
- ☐ () Não consigo mais

Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ () A maior parte do tempo
- ☐ () Boa parte do tempo
- ☐ () De vez em quando
- ☐ () Raramente

Eu me sinto alegre:

- ☐ () Nunca
- ☐ () Poucas vezes
- ☐ () Muitas vezes
- ☐ () A maior parte do tempo

Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- ☐ () Sim, quase sempre
- ☐ () Muitas vezes
- ☐ () Poucas vezes
- ☐ () Nunca

Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- ☐ () Quase sempre
- ☐ () Muitas vezes
- ☐ () De vez em quando

☐ Nunca

Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- ☐ Completamente
- ☐ Não estou mais me cuidando como eu deveria
- ☐ Talvez não tanto quanto antes
- ☐ Me cuido do mesmo jeito que antes

Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- ☐ Sim, demais
- ☐ Bastante
- ☐ Um pouco
- ☐ Não me sinto assim

Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- ☐ Do mesmo jeito do que antes
- ☐ Um pouco menos do que antes
- ☐ Bem menos do que antes
- ☐ Quase nunca

De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- ☐ Q quase todo momento
- ☐ Várias vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Não sinto isso

Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Várias vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

ANEXO F - Questionário Familiar – Versão Português (FQ-PV)

Seu nome: _____ Sua idade: _____

Nome do/da paciente: _____ Data de hoje: _____

O(a) Senhor(Senhora) é: ()pai ()mãe ()irmão ()irmã ()parceiro

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio diário com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação com qual freqüência esta sua reação surgiu em relação ao/à paciente, nos últimos tempos. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Nunca ou muito raramente	Raramente	Frequente- mente	Sempre ou muito frequente- mente
1.	Por causa dele/dela, eu não presto atenção suficiente em mim.				
2.	Eu tenho que repetidamente pedir a ele/ela que faça coisas.				
3.	Eu me preocupo com o que acontecerá a ele/ela.				
4.	Ele/ela me provoca irritação.				
5.	Eu penso muito sobre o motivo da doença.				
6.	Eu tenho que controlar minhas críticas em relação a ele/ela.				
7.	Eu não conseguia dormir por causa dele/dela.				
8.	É difícil chegar a um acordo com ele/ela.				
9.	Quando algo nele/nela me incomoda, eu guardo para mim.				
10.	Ele/ela não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele/ela.				
11.	Por ele/ela eu deixo minhas necessidades para trás.				
12.	Ele/ela consegue me dar nos nervos.				
13.	Ele/ela me preocupa muito.				
14.	Algumas coisas ele/ela faz só por birra.				
15.	Eu já pensei que eu mesma vou ficar doente.				
16.	Quando ele/ela quer algo de mim a toda hora, eu me irrita.				
17.	Ele/ela tem um papel significativo na minha vida.				
18.	Eu preciso pedir a ele/ela que se comporte de outra maneira.				
19.	Eu desisti de coisas importantes para ajudá-lo/la.				
20.	Eu tenho que me aborrecer com ele/ela.				

Fonte: Versão em Português 2 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

ANEXO G - Questionário referente ao trauma e ao processo reabilitativo

IDENTIFICAÇÃO													
1) Nome: _____													
2) Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino													
3) RGHC: _____ Convênio: ☐ SUS ☐ não SUS Número no estudo: _____													
4) Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ 5) Idade: _____													
6) Grau de instrução: <ul style="list-style-type: none"> ☐ Analfabeto / Fundamental I incompleto ☐ Fundamental I completo / Fundamental II incompleto ☐ Fundamental II completo / Médio incompleto ☐ Médio completo / Superior incompleto ☐ Superior completo 													
7) Telefone (s): _____													
8) Composição familiar: _____ _____ _____ _____													
INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO TRAUMA – COLHIDAS NA UE													
9) Mecanismo do trauma: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Acidente automobilístico</td> <td>☐ Queda</td> </tr> <tr> <td>☐ Acidente motociclístico</td> <td>☐ Queimadura</td> </tr> <tr> <td>☐ Atropelamento</td> <td>☐ Acidente com máquina</td> </tr> <tr> <td>☐ Acidente ciclístico</td> <td>☐ Agressão</td> </tr> <tr> <td>☐ Arma branca</td> <td>☐ Outros _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Arma de fogo</td> <td>☐ Ignorado</td> </tr> </table>		☐ Acidente automobilístico	☐ Queda	☐ Acidente motociclístico	☐ Queimadura	☐ Atropelamento	☐ Acidente com máquina	☐ Acidente ciclístico	☐ Agressão	☐ Arma branca	☐ Outros _____	☐ Arma de fogo	☐ Ignorado
☐ Acidente automobilístico	☐ Queda												
☐ Acidente motociclístico	☐ Queimadura												
☐ Atropelamento	☐ Acidente com máquina												
☐ Acidente ciclístico	☐ Agressão												
☐ Arma branca	☐ Outros _____												
☐ Arma de fogo	☐ Ignorado												
10) Escore Glasgow na admissão hospitalar: _____ ☐ 3 a 8 - grave ☐ 9 a 12 – moderado ☐ 13 a 15 - leve													
11) Lesões sistêmicas: _____ ☐ isolado ☐ associado													
12) Morfologia do TCE: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ ósseo</td> <td>☐ contusões parenquimatosas</td> </tr> <tr> <td>☐ hematomas intraparenquimatosos</td> <td>☐ hematomas epidurais</td> </tr> <tr> <td>☐ hematomas subdurais</td> <td>☐ contusões parenquimatosas</td> </tr> <tr> <td>☐ hematomas epidurais</td> <td></td> </tr> </table>		☐ ósseo	☐ contusões parenquimatosas	☐ hematomas intraparenquimatosos	☐ hematomas epidurais	☐ hematomas subdurais	☐ contusões parenquimatosas	☐ hematomas epidurais					
☐ ósseo	☐ contusões parenquimatosas												
☐ hematomas intraparenquimatosos	☐ hematomas epidurais												
☐ hematomas subdurais	☐ contusões parenquimatosas												
☐ hematomas epidurais													
13) Regiões anatômicas com AIS>1: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ cabeça e pescoço</td> <td>☐ abdome</td> </tr> <tr> <td>☐ face</td> <td>☐ extremidade</td> </tr> </table>		☐ cabeça e pescoço	☐ abdome	☐ face	☐ extremidade								
☐ cabeça e pescoço	☐ abdome												
☐ face	☐ extremidade												

○ tórax	○ geral ou externa
14) Intervalo de ISS: _____ ○ 1 a 8 ○ 9 a 15 ○ 16 a 24 ○ > 24	
15) Tempo de primeira internação por ocorrência do trauma: _____ 16) Duração da internação: _____	
17) Medicamentos (e doses) administradas atualmente: _____ _____ _____	

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO PROCESSO REABILITATIVO

18) Classificação econômica de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (Versão preliminar 2014) ⁽¹⁶⁾

Posse de itens:

ou+

Quantidade	0	1	2	3	4ou+
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família:

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Acesso a serviços públicos:

Cortes do Critério Brasil

	S	N
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2
A	45-100	
B1	38-44	

	B2	29-37	
	C1	23-28	
	C2	17-22	
	D	17-22	
	E	0-16	

19) Tipos de acompanhamentos de saúde buscados desde a alta hospitalar / última visita: _____

20) Intervenções terapêuticas sugeridas pela equipe:

☐ psicoterapia	☐ atividade física: qual? _____
☐ fisioterapia	☐ pedagogia
☐ terapia ocupacional	☐ fonoaudiologia
☐ acupuntura	☐ outros: _____

21) Intervenções terapêuticas buscadas:

☐ psicoterapia	☐ atividade física: qual? _____
☐ fisioterapia	☐ pedagogia
☐ terapia ocupacional	☐ fonoaudiologia
☐ acupuntura	☐ outros: _____

22) Convênio nos atendimentos realizados após alta hospitalar: ☐SUS ☐ não SUS

23) Adaptações realizadas no ambiente em decorrência do trauma:

☐ colocação de rampas	☐ adaptações na escola / trabalho ☐ mudança de lugar
☐ colocação de corrimões	de colocação de objetos de uso
☐ realização de obras de adaptação de cômodos	☐ mudança do local dos cômodos originais
	☐ outros: _____

24) Adaptações pessoais:

☐ auxílios locomoção	☐ dispositivos de comunicação alternativa
☐ próteses	☐ outros: _____
☐ órteses	

25) Houveram tentativas de reinserção no trabalho/ escola? ☐sim ☐ não

26) Resultado de tentativas de reinserção no trabalho/ escola: ☐sucesso ☐insucesso

27) Houveram tentativas de socialização? ☐sim ☐ não

28) Resultado de tentativas de socialização: ☐sucesso ☐insucesso

ANEXO H – Parecer consubstanciado CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características clínico-epidemiológicas dos traumas de diferentes etiologias e qualidade de vida das vítimas de traumatismos cranioencefálicos em pacientes da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (UE-HCFMRP)

Pesquisador: Liliane Cristina de Além-Mar e Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52791715.7.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.465.947

Apresentação do Projeto:

O projeto em questão visa avaliar retrospectivamente a incidência dos traumas na população de pacientes atendidos no HC-FMRP. Além disso, também será avaliada a qualidade de vida de pacientes sobreviventes a traumas cranioencefálicos no primeiro semestre de 2015.

Em resumo, os Traumatismos cranioencefálicos (TCE) constituem a primeira causa de morte de vítimas de trauma que chegam vivas ao atendimento hospitalar, sendo causados, na sua grande maioria, por acidentes automobilísticos, armas de fogo e quedas. Além da mortalidade, esses eventos produzem um grande número de casos de incapacidades temporárias ou permanentes, de modo especial em indivíduos jovens. Tais pessoas passam por processos reabilitativos longos e dispendiosos, e tipicamente, requerem adaptações e equipamentos especiais, além de equipes de profissionais especializados em intervenções dessa natureza. Ainda assim, a maioria deles não consegue, após médio prazo, administrar as próprias vidas e retomar suas atividades diárias e compromissos profissionais e escolares. O presente projeto objetiva estudar características clínico-epidemiológicas dos traumas de todas etiologias atendidos na UE-HCFMRP entre 2009 e 2015 (componente 1) e a qualidade de vida das vítimas de traumatismo cranioencefálicos com alta

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 1.465.947

hospitalar entre janeiro e julho de 2015 (componente 2). Para o componente 1, serão analisados registros epidemiológicos retrospectivos.

Após consentimento na participação, será realizado o componente 2, em que os indivíduos terão suas informações acessadas através de banco de dados do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, e, quando necessário, terão seus prontuários hospitalares analisados. A partir de informações que permitam a sua identificação e valores da ECG (Escala de Coma de Glasgow) e do ISS (Injury Severity Score), será feito um contato domiciliar em que pacientes e cuidadores serão submetidos a instrumentos específicos para os objetivos do estudo, a serem aplicados pela pesquisadora (SF-36, Escala de AVD de Lawton e Brody, HADS, FQ-VP, Questionário referente ao processo reabilitativo).

Objetivo da Pesquisa:

"Estudar características clínico-epidemiológicas dos traumas de todas etiologias atendidos na UE-HCFMRP entre 2009 e 2015 (componente 1) e a qualidade de vida das vítimas de traumatismo cranioencefálicos com alta hospitalar entre janeiro e julho de 2015 (componente 2)."

Os objetivos apresentam-se de forma bastante clara, ressaltando a relevância no conhecimento desses dados, de modo que poderão auxiliar na consolidação da atenção à saúde em todos os seus níveis, reduzindo custos aos sistemas de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação no estudo oferece risco mínimo, já que existe a possibilidade da quebra de sigilo ou confidencialidade das informações prestadas.

Além disso, sujeito e seu cuidador próximo serão contatados e receberão visita em suas casas de uma hora de duração de uma profissional que não conhecem. Por esse tempo, serão conduzidos a pensar e falar sobre questões emocionalmente dolorosas, desconfortáveis, e até traumáticas.

Benefícios: As pessoas serão diretamente beneficiadas com a realização da visita em suas casas, proposta pelo estudo, pois terão a chance de conversar sobre assuntos de interesse seu e de toda família. Indiretamente podem, também, beneficiar-se do desenvolvimento e implementação de serviços positivamente influenciados pelos resultados de estudos como esse.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia consiste em 2 etapas.

A primeira fase consiste na análise retrospectiva de prontuários médicos nos últimos 6 anos. Na segunda etapa, será necessária a realização de contato com as vítimas de traumas cranioencefálicos ou seus familiares, para a aplicação de questionários de avaliação de qualidade

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 1.485.947

de vida. Neste sentido, o TCLE mostra-se adequado à proposta dos pesquisadores, esclarecendo aos possíveis entrevistados os objetivos da pesquisa, bem como a abordagem metodológica a ser adotada, riscos, benefícios e possibilidade de desistência da pesquisa em qualquer momento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as exigências foram apropriadamente apresentadas, de modo bastante claro, detalhado e cuidadoso. O Projeto de pesquisa foi analisado pelo CEP e considerado em pendência, de acordo com o parecer número 1.411.002, datado de 16 de fevereiro de 2016.

Em 21/03/2016 a pesquisadora responsável encaminhou para conhecimento do CEP as adequações sugeridas. A pesquisadora ainda solicita a alteração do título da pesquisa para: "Caracterização dos traumas de diferentes etiologias e qualidade de vida após traumatismos cranioencefálicos em um hospital universitário (UE HCFMRP USP)".

Recomendações:

A Palavra "cópia" não foi substituída no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme solicitado anteriormente na frase: "Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido". Favor alterar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa Versão 3 – 11/03/2016, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE – Versão 3 11 de março de 2016, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Também foi aprovada a alteração do título da pesquisa para "Caracterização dos traumas de diferentes etiologias e qualidade de vida após traumatismos cranioencefálicos em um hospital universitário (UE HCFMRP USP)"

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 1.465.947

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_609638.pdf	21/03/2016 06:36:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoV3.pdf	21/03/2016 06:34:39	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEV3.pdf	11/03/2016 07:25:59	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Outros	AutorizacaoBancodeDados.pdf	02/03/2016 08:31:57	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Outros	RespostaParecer.pdf	02/03/2016 08:31:29	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Outros	UPCassinado.pdf	23/01/2016 07:52:03	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/11/2015 14:52:02	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Orçamento	OrcamentoCEP.pdf	17/11/2015 14:15:49	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	17/11/2015 10:55:17	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AprovacaoUE.pdf	17/11/2015 10:01:36	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	17/11/2015 09:58:24	Liliane Cristina de Além-Mar e Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 28 de Março de 2016

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

ANEXO I - Termo de consentimento livre e esclarecido

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Av. Bandeirantes, 3900 - cep 14049-900 - Ribeirão Preto/SP
fone +55 (16) 3602 2433 ou 3602 3070 - fax +55 (16) 3602 1526

Olá! Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre como segue a vida da pessoa depois de viver um grave ferimento na cabeça e no cérebro. Meu nome é **Liliane Cristina de Além-Mar e Silva**, e o nome do estudo é "Os seguimentos de vida após a ocorrência de um traumatismo craniocéfálico". Sou a pesquisadora que estará sempre em contato com você para a realização deste trabalho. Faço parte do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, e sou orientada pelo Professor Dr Afonso Dinis Costa Passos, com quem você pode retirar qualquer dúvida.

Estou estudando o que acontece com pessoas que foram internadas na UE (Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) após ferirem gravemente a cabeça e o cérebro. Este trabalho poderá ajudar todos nós a compreender o que vocês estão vivendo, tanto para melhorar o tratamento de outras pessoas, quanto para evitar que outros acidentes como o seu ocorram.

Para isso, eu preciso fazer algumas perguntas para acidentados e familiares de acidentados que passaram por esse tipo de situação e foram internados na Unidade de Emergência. Serão, então, dois grupos estudados, acidentados e seus cuidadores, entrevistados nas mesmas visitas.

Se você se interessar em participar deste estudo, poderemos marcar uma entrevista, e, após ela, agendar outros dois encontros a serem realizados após um e dois anos do primeiro encontro. Cada entrevista deve durar mais ou menos uma hora e, e será realizada no seu domicílio, para que você não precise se deslocar e ter qualquer forma de despesa.

Por favor, não se sinta pressionado para falar sobre alguma coisa que você não deseja falar, e pode decidir se quer ou não participar do estudo. Mesmo depois de aceitar participar, pode também decidir parar a qualquer momento, basta informar a pesquisadora, e isso não atrapalhará os atendimentos de que possa precisar na UE.

Toda informação que você der será mantida em segredo, de acordo com os princípios éticos que norteiam pesquisas com seres humanos no país, a menos que se trate de assunto que o meu código de ética exija providência. Por exemplo, se o assunto envolvido estiver proporcionando algum tipo de risco para você ou algum membro da família ou terceiros, tenho a obrigação de informar autoridades competentes. Caso nada disso aconteça, seu nome e informações serão mantidas em segredo; apenas as suas respostas serão apresentadas em congressos e publicadas em periódicos científicos.

Pensamos que a participação no estudo te trará risco mínimo, sendo exposto apenas ao desconforto de me receberem em seus domicílios e exporem suas vidas através das conversas, entrevistas e instrumentos de medidas utilizados no estudo. No entanto, em nenhum momento lhe será feita alguma pergunta que cause constrangimento, portanto não existe possibilidade de danos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais. Através deste trabalho você terá a chance de conversar assuntos de seu interesse e de toda família. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa. No decorrer deste estudo, danos previsíveis serão evitados. Em caso de sentir-se desconfortável ou violado em decorrência dos procedimentos deste trabalho, você deverá procurar os pesquisadores para que seja assistido ou indenizado conforme as leis vigentes no país.

Você pode tirar dúvidas sobre questões éticas deste trabalho acessando o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto através do telefone (16) 3602-2228; e, sobre qualquer outra questão, entrando em contato tanto com a pesquisadora Liliane Cristina de Além-Mar e Silva pelo telefone (34) 8885-1325 ou e-mail liliane.psico@usp.br, quanto com o professor Dr. Afonso Dinis Costa Passos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP ou pelo telefone (16) 3602 2433 ou e-mail apassos@fmrp.usp.br.

1. Nome da pesquisa: "Os seguimentos de vida após a ocorrência de um traumatismo craniocéfálico"

2. Pesquisadores responsáveis: Psicóloga Liliane Cristina de Além-Mar e Silva – CRP nº 04/23475 e Professor Dr. Afonso Dinis Costa Passos.

3. Promotor da pesquisa: Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14049-902 - Ribeirão Preto - SP

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas sobre o mesmo.

De acordo, e recebendo uma via deste termo,

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/201____

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____/____/201____

ANEXO J – Informações clínico-epidemiológicas dos pacientes que compuseram o Componente 2

Nome no estudo	sexo	idade	estado civil	Composição Familiar	escolaridade	ocupação	cor	Cidade de naturalidade	Estado de naturalidade
P1	M	38	casado	4 pessoas	Até 1o. grau	ativo	branca	Canindé	CE
P2	M	28	casado	4 pessoas	2o. grau	ativo	branca	Pontal	SP
P3	M	58	solteiro	apenas paciente	2o. grau	ativo	branca	Ribeirão Preto	SP
P4	M	41	solteiro	apenas paciente	Até 1o. grau	ativo	branca	Ribeirão Preto	SP
P5	F	18	solteiro	3 pessoas	Até 1o. grau	desempregado	branca	Piritiba	BA
P6	M	22	solteiro	4 pessoas	2o. grau	ativo	branca	Brejo de Areia	MA
P7	M	23	solteiro	4 pessoas	2o. grau	ativo	negra	Ribeirão Preto	SP
P8	M	19	solteiro	3 pessoas	Até 1o. grau	ativo	branca	S Mateus do Maranhão	MA
P9	M	47	separado	4 pessoas	Até 1o. grau	ativo	branca	Jaboticabal	SP
P10	M	38	casado	4 pessoas	Até 1o. grau	ativo	branca	Irati	PE
P11	M	27	solteiro	3 pessoas	2o. grau	ativo	branca	Uberaba	MG
P12	M	47	solteiro	4 pessoas	Até 1o. grau	ativo	branca	Coronel Sapucaia	MS
P13	M	31	solteiro	4 pessoas	Até 1o. grau	ativo	branca	Ribeirão Preto	SP
P14	M	41	casado	7 pessoas	Até 1o. grau	desconhecida	branca	Ribeirão Preto	SP
P15	M	45	solteiro	apenas paciente	Até 1o. grau	ativo	branca	Ribeirão Preto	SP
P16	F	18	casado	5 pessoas	2o. grau	ativo	branca	Recife	PE
P17	M	48	solteiro	apenas paciente	Até 1o. grau	desempregado	branca	Campo Mourão	PR
P18	M	27	solteiro	2 pessoas	2o. grau	ativo	branca	Prado	SP
P19	M	38	solteiro	3 pessoas	Até 1o. grau	desempregado	branca	Ribeirão Preto	SP
P20	F	60	casado	5 pessoas	Até 1o. grau	do lar	mulata	Érico Cardoso	BA
P21	M	28	solteiro	3 pessoas	2o. grau	ativo	branca	São Paulo	SP
P22	M	39	solteiro	3 pessoas	Até 1o. grau	beneficiário	branca	Ribeirão Preto	SP
P23	M	36	solteiro	4 pessoas	Até 1o. grau	ativo	mulata	Parnaíba	PI
P24	M	19	solteiro	2 pessoas	2o. grau	5	branca	Ribeirão Preto	SP
P25	F	62	casado	3 pessoas	Até 1o. grau	beneficiário	branca	Ribeirão Preto	SP
P26	M	22	solteiro	5 pessoas	2o. grau	ativo	branca	Santo Anastácio	SP
P27	M	24	solteiro	5 pessoas	2o. grau	ativo	branca	Ribeirão Preto	SP
P28	M	24	casado	5 pessoas	Até 1o. grau	ativo	branca	Canindé	CE
P29	M	26	solteiro	3 pessoas	Até 1o. grau	desempregado	mulata	Ribeirão Preto	SP

Nome no estudo	Local ocorrência	Cidade ocorrência	Meio do trauma	Mecanismo do trauma	Dia da semana	Transporte	Dias internação	Condição alta	AIS Cabeça	AIS Face	AIS Torax
P1	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	ciclista	2a. feira	USA-RP	17	4	1	0	0
P2	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	domingo	USA-fora	9	4	3	2	0
P3	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	6a. feira	USA-RP	19	4	1	2	0
P4	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	6a. feira	USB-RP	1	8	1	1	1
P5	rodovia	Brodowski	contuso	lo automotor	2a. feira	USB-fora	13	4	2	2	0
P6	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	ciclista	3a. feira	USB-RP	1	4	1	0	0
P7	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	6a. feira	USB-RP	11	4	1	0	0
P8	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	sábado	USB-RP	4	6	3	2	0
P9	desconhecido	Ribeirão Preto	contuso	queda	sábado	USB-RP	0	5	1	1	1
P10	rodovia	Guataparã	contuso	motocicleta	domingo	Concessionárias	1	4	1	0	0
P11	outros	Luis Antônio	contuso	agressão	domingo	USB-fora	22	4	4	0	0
P12	trabalho	Ribeirão Preto	contuso	queda	5a. feira	USA-RP	10	4	3	0	0
P13	trabalho	Ribeirão Preto	contuso	queda	5a. feira	USB-RP	9	4	2	0	3
P14	outros	Ribeirão Preto	contuso	lo automotor	sábado	USB-RP	0	5	1	1	1
P15	domicílio	Ribeirão Preto	contuso	queda	4a. feira	USA-RP	21	4	3	2	3
P16	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	pedestre	4a. feira	USB-RP	1	4	1	1	1
P17	desconhecido	Ribeirão Preto	contuso	queda	sábado	USB-RP	25	4	4	0	0
P18	domicílio	Ribeirão Preto	contuso	queda	5a. feira	USB-RP	4	4	4	0	0
P19	desconhecido	Ribeirão Preto	contuso	agressão	sábado	USB-RP	2	6	2	0	0
P20	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	pedestre	5a. feira	USB-RP	5	4	3	0	0
P21	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	sábado	USA-RP	13	4	2	0	3
P22	desconhecido	Ribeirão Preto	contuso	agressão	sábado	USA-RP	6	4	2	0	0
P23	trabalho	Ribeirão Preto	contuso	ciclista	sábado	USA-RP	38	4	4	2	0
P24	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	6a. feira	USA-RP	25	4	4	0	0
P25	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	pedestre	domingo	Resgate	39	4	2	2	0
P26	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	domingo	USA-RP	66	2	4	2	4
P27	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	5a. feira	USA-RP	12	4	3	0	0
P28	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	motocicleta	5a. feira	USA-RP	11	4	2	0	3
P29	via pública urbana	Ribeirão Preto	contuso	queda	3a. feira	USB-RP	2	4	1	0	0

Nome no estudo	AIS Abdomen	AIS Extremidade	AIS Externa	RTS	ISS	Escore Glasgow	Alteração consciência	TRISS	Dias em CTI	Cirurgia	Numero de Cirurgias
P1	0	3	0	7,8	10	15	nenhum	99,4	0	Sim	2
P2	0	1	0	4,1	14	14	nenhum	98,9	15	Sim	1
P3	0	3	0	7,8	14	15	nenhum	91,0	0	Sim	6
P4	1	1	1	7,8	3	15	nenhum	99,7	0	Não	0
P5	0	0	0	7,8	8	15	nenhum	99,5	0	Sim	3
P6	0	3	0	7,8	10	15	nenhum	99,4	0	Sim	1
P7	0	2	0	7,8	5	15	alcoolizado	99,6	0	Sim	2
P8	0	0	0	7,8	13	14	nenhum	99,2	0	Não	0
P9	1	1	1	7,8	3	15	nenhum	99,7	0	Não	0
P10	0	2	0	7,8	5	15	nenhum	99,4	0	Sim	2
P11	0	0	0	7,8	16	14	nenhum	99,0	16	Sim	1
P12	0	0	0	7,8	9	15	nenhum	99,2	0	Não	0
P13	2	2	0	7,8	17	15	nenhum	98,9	0	Sim	1
P14	1	1	1	7,8	3	15	nenhum	99,7	0	Não	0
P15	0	3	0	2,6	27	3	sedado+intubado	35,9	15	Sim	4
P16	1	1	1	7,8	3	15	nenhum	99,7	0	Não	0
P17	2	2	0	7,8	24	13	alcoolizado	97,0	10	Sim	1
P18	0	0	0	7,8	16	15	nenhum	97,8	2	Sim	1
P19	0	2	0	7,8	8	14	nenhum	99,5	0	Não	0
P20	0	3	0	7,1	18	14	nenhum	88,6	0	Sim	1
P21	4	2	0	7,8	29	15	nenhum	95,5	1	Sim	3
P22	0	0	0	6,0	4	8	sedado+intubado	98,3	0	Não	0
P23	0	3	0	6,0	29	6	sedado+intubado	82,3	9	Sim	7
P24	4	0	0	6,0	32	7	sedado+intubado	72,1	17	Sim	3
P25	2	4	0	7,8	24	15	nenhum	89,5	2	Sim	4
P26	1	3	0	4,1	41	3	sedado+intubado	36,3	36	Sim	8
P27	1	0	0	6,0	10	7	sedado+intubado	96,1	9	Não	0
P28	3	0	0	6,9	22	10	alcoolizado	94,7	0	Sim	1
P29	0	0	0	6,0	1	13	nenhum	98,4	0	Não	0

Nome no estudo	Neurocirurgia	Outras	Patologias Prévias	Complicações	ClasBrasil	Buscou terapias	Inserção profissional sem sucesso	Inserção social sem sucesso	Capacidade Funcional	Limitação por aspectos físicos
P1	0	2	não	não	E	sim	sim	sim	comprometido	comprometido
P2	1	0	não	não	B2	não	sim	sim	comprometido	comprometido
P3	0	6	não	não	B2	não	sim	sim	média	média
P4	0	0	não	não	E	sim	sim	sim	comprometido	comprometido
P5	0	3	não	não	E	não	não	sim	comprometido	comprometido
P6	0	1	não	não	D	não	sim	sim	média	média
P7	0	2	não	não	D	sim	sim	sim	média	média
P8	0	0	não	não	C2	não	sim	sim	média	comprometido
P9	0	0	sim	sim	E	não	sim	não	média	média
P10	0	2	não	não	D	sim	não	sim	média	média
P11	1	0	não	sim	C1	sim	não	não	média	média
P12	0	0	não	não	C1	sim	sim	sim	média	média
P13	0	1	não	não	D	sim	não	sim	média	média
P14	0	0	não	não	D	não	sim	sim	comprometido	comprometido
P15	0	4	sim	sim	D	sim	sim	sim	média	média
P16	0	0	não	não	C2	não	não	sim	comprometido	comprometido
P17	1	0	sim	sim	E	não	não	não	média	média
P18	1	0	não	não	B2	não	sim	sim	comprometido	comprometido
P19	0	0	sim	não	E	não	sim	não	média	média
P20	0	1	não	não	B2	sim	sim	sim	comprometido	comprometido
P21	0	3	não	não	B2	sim	sim	sim	média	média
P22	0	0	não	não	E	sim	não	sim	média	média
P23	1	0	não	não	C2	sim	sim	sim	comprometido	comprometido
P24	1	0	não	sim	C2	sim	sim	sim	comprometido	comprometido
P25	0	4	sim	não	C2	sim	não	sim	comprometido	média
P26	3	0	não	sim	C1	sim	sim	sim		
P27	0	0	sim	não	B2	não	sim	sim	média	média
P28	0	1	sim	não	C1	sim	não	não	média	comprometido
P29	0	0	sim	não	D	não	sim	sim		

Nome no estudo	Dor	Estado geral de saúde	Vitalidade	Aspectos sociais	Aspectos emocionai	Saúde mental	Ansiedade	Depressão	Familiar Comportamento Crítico	Familiar Emoção Expressa
P1	média	média	média	média	comprometido	comprometido	não	não	não	sim
P2	média	média	média	média	comprometido	comprometido	não	não		
P3	média	média	comprometido	média	comprometido	média	não	não		
P4	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	sim	sim	sim	sim
P5	comprometido	média	média	média	média	média	sim	sim		
P6	média	média	média	média	média	comprometido	não	não	sim	não
P7	média	média	média	média	comprometido	média	não	não	não	sim
P8	média	média	média	média	média	média	não	não		
P9	comprometido	comprometido	média	comprometido	média	média	não	não		
P10	média	média	média	média	média	média	sim	sim	não	sim
P11	média	média	média	média	média	média	sim	não	não	sim
P12	média	média	média	média	média	média	sim	não	sim	sim
P13	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	sim	não	não	sim
P14	média	média	média	comprometido	média	comprometido	não	não		
P15	média	média	média	média	média	média	sim	não		
P16	comprometido	média	média	comprometido	média	comprometido	sim	sim		
P17	comprometido	média	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	sim	sim	não	não
P18	média	comprometido	média	média	média	média	sim	não		
P19	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	sim	sim	sim	não
P20	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	comprometido	sim	não	não	não
P21	média	média	média	comprometido	média	média	não	não	não	sim
P22	média	média	média	comprometido	média	média	sim	sim		
P23	comprometido	média	média	comprometido	comprometido	média	sim	sim	sim	sim
P24	média	comprometido	média	comprometido	média	média	não	sim	sim	sim
P25	comprometido	média	média	comprometido	média	média	não	não		
P26									não	não
P27	média	média	média	média	média	média	não	não	não	sim
P28	comprometido	média	média	comprometido	comprometido	média	não	não		
P29										

Nome no estudo	Atividade de vida diária	Atividade de vida instrumental
P1	independência	independência
P2	independência	independência
P3	independência	independência
P4	dependência parcial	dependência total
P5	independência	independência
P6	independência	dependência parcial
P7	independência	independência
P8	independência	dependência parcial
P9	independência	dependência parcial
P10	independência	dependência parcial
P11	independência	dependência parcial
P12	independência	dependência parcial
P13	dependência parcial	dependência parcial
P14	independência	independência
P15	independência	independência
P16	independência	dependência parcial
P17	independência	dependência parcial
P18	independência	dependência parcial
P19	independência	dependência parcial
P20	independência	dependência parcial
P21	independência	independência
P22	dependência parcial	dependência total
P23	dependência parcial	dependência parcial
P24	independência	independência
P25	independência	dependência parcial
P26	dependência total	dependência total
P27	independência	dependência parcial
P28	independência	dependência parcial
P29		