

todas as fases da assistência. O TCE é considerado como a principal causa de óbitos e seqüelas em pacientes politraumatizados. (MELO *et al.*, 2004)

No Brasil a estimativa é que anualmente meio milhão de pessoas requer hospitalização devido ao TCE, destas 75 a 100 mil pessoas morrem no decorrer de horas, enquanto outras 70 a 90 mil desenvolvem perda irreversível de alguma função neurológica. (OLIVEIRA *et al.*, 2006)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que se trata da principal estratégia de atendimento pré-hospitalar as urgências no país realiza em média 68,3 mil atendimentos mensais, sendo que quase um terço destes, cerca de 27,3%, são resultantes de traumas, incluindo neste o TCE (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456BRASIL, 2004). Segundo dados do SAMU/Jequié, “ocorreram 301 acidentes com motocicletas no ano de 2005 em Jequié”. (BAHIA (ESTADO), 2007)

Essa área da urgência e emergência vem me deixando inquieto desde o ano de 2003, durante minha caminhada no curso de graduação em Educação Física da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), quando cursei a disciplina Primeiros Socorros, onde tive oportunidade de fazer uma prática de campo no Batalhão do Corpo de Bombeiros de Jequié para avaliação prática da disciplina, momento no qual tive a oportunidade de dialogar com o médico socorrista daquela Instituição.

Durante a nossa conversa eu expressei que tinha o desejo de atuar na área de urgências. Com isso ele começou abordar a questão do grande número de acidentes por meios de transporte (carros e motos) na região, principalmente colisões por motocicletas. Inclusive informou também que ele, junto com sua família foram vítimas de um gravíssimo acidente automobilístico durante uma viagem. Por fim, o que mais me chamou a atenção nesse diálogo foi à ênfase que foi dada por ele ao ‘traumatismo craniano’ e o elevado número de casos nessa cidade.

Ainda, recentemente, na minha família tive também uma aproximação com este tema, um óbito de um tio ainda Jovem, vítima de complicações cerebrais fortemente ligadas a seqüelas do TCE, relacionado a um acidente motociclístico há alguns anos e outro óbito da minha avó-paterna, vítima de complicações conseqüente do TCE causado por uma queda no banheiro de sua casa.

Diante da situação supracitada e da minha inquietação quanto meu futuro profissional, fiz algumas reflexões e cheguei à conclusão que deveria mudar de curso, pois achei que não dava para levar adiante as minhas idéias enquanto um iniciante em pesquisa, então resolvi buscar meu objetivo em outro curso por entender que facilitaria a aproximação com o objeto de estudo.

A partir de então, no ano de 2004, já no curso de graduação em Enfermagem da UESB, fiquei instigado ainda mais para verificar a veracidade dos fatos que tanto tempo permeavam as minhas idéias, fazendo assim a escolha do TCE como alvo da minha investigação.

Na disciplina Enfermagem em Atenção ao Adulto II aprofundi meus conhecimentos sobre o TCE através das aulas teóricas e leituras de trabalhos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, onde percebi a dimensão da gravidade dessa problemática. Tal fato se confirma através de depoimentos informais de profissionais de saúde que atuam na área de atendimento pré e intra-hospitalar, pela mídia que noticia a freqüência de acidentes de trânsito diariamente e através da minha vivência nas práticas de campo da disciplina na Emergência do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV).

A partir destas considerações, acredita-se que essa pesquisa é relevante, principalmente pelo fato de não existir estudos mostrando a dimensão desse problema no município, apesar do mesmo ser pólo de uma microrregião no Plano Diretor da Regionalização de Assistência à Saúde, oferecendo serviços para alguns municípios através da Programação Pactuada Integrada (PPI), mas que supostamente não vem oferecendo a assistência às vítimas conforme preconizado pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Neurologia. (ANDRADE *et al.*, 2002)

De acordo com Andrade *et al.* (2002), na assistência as vítimas de TCE grave, mesmo com a disponibilidade de recursos diagnósticos, terapêuticos e de monitorização, bem como a rapidez com que podem ser obtidos, não deverá ser substituída a avaliação pessoal do neurocirurgião.

Assim, sabe-se que, até o presente momento o município dispõe de duas unidades de terapia intensiva – adulto, mas que não consta no seu quadro de profissionais médicos a especialidade em neurocirurgia. Caso alguma vítima de TCE grave necessite passar por uma neurocirurgia de emergência, precisará

ser encaminhada para o Hospital Geral do Estado (HGE) em Salvador, referência em trauma no Estado da Bahia.

Devo ratificar que a Política Nacional de Atendimento a Urgências preconiza que a assistência a essa vítima deve se constituir em uma rede de serviços organizada por níveis de complexidade. A entrada poderá ser através do serviço de urgência (SAMU/192), a partir do qual a vítima será assistida, sendo encaminhada para o tratamento em uma unidade hospitalar ou será encaminhada para um serviço de referência em trauma compatível com as suas necessidades, através do sistema de regulação de leitos.

Porém, no caso do município de Jequié, a vítima do TCE grave admitida no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) que necessitar ser encaminhada para o HGE, na capital do Estado, muitas das vezes não terá a garantia de acesso a esses serviços mais complexos.

Pois, na necessidade de deslocamento a distância de 364 km do município de Jequié a Salvador, será preciso disponibilizar uma unidade móvel avançada equipada com unidade de terapia intensiva (UTI) e profissional médico especializado monitorando esse paciente. Caso isso seja possível, o município de Jequié ficaria a mercê da sorte, ficando o mesmo sem cobertura de uma unidade móvel avançada equipada com UTI, já que dispõe somente de uma unidade móvel com essa característica, que cobre todas as chamadas (SAMU/192) que exige atendimento e aparelhamento mais complexos.

Diante do que foi exposto até o momento e a partir das minhas indagações e inquietações acerca do tema, surgiu o seguinte questionamento:

Qual a situação do Traumatismo Crânio-Encefálico no município de Jequié-BA no período de janeiro a dezembro de 2006?

Para dar conta de responder a esse questionamento, elaborou-se os seguintes objetivos:

- Objetivo Geral:
 - Conhecer a situação do Traumatismo Crânio-Encefálico no município de Jequié-BA no período de janeiro a dezembro de 2006.
- Objetivos Específicos:
 - Caracterizar as vítimas do Traumatismo Crânio-Encefálico atendidas no Hospital Geral Prado Valadares no período de janeiro a dezembro de 2006.

- Identificar quais as causas do Traumatismo Crânio-Encefálico nas vítimas atendidas no Hospital Geral Prado Valadares no período de janeiro a dezembro de 2006.
- Estimar a prevalência do Traumatismo Crânio-Encefálico nas vítimas atendidas no Hospital Geral Prado Valadares no período de janeiro a dezembro de 2006.
- Estabelecer a taxa de mortalidade por Traumatismo Crânio-Encefálico ocorridas no Hospital Geral Prado Valadares no período de janeiro a dezembro de 2006.

Nesse sentido, este estudo contribuiu para o meu crescimento acadêmico em relação ao aprimoramento dos conhecimentos quanto à elaboração e o desenvolvimento de pesquisa científica e poderá fornecer subsídios que venham contribuir para o aprimoramento dos serviços de atendimentos às vítimas do TCE, mostrando a possível necessidade de implantação de uma unidade de neurologia e/ou neurocirurgia no município com profissionais especializados; apontando indicadores que poderá nortear o planejamento de ações de prevenção do TCE na comunidade e também na adequada assistência às vítimas deste traumatismo. Garantido assim, o acesso aos serviços especializados em todos os níveis de complexidade.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 HISTÓRIA E DEFINIÇÃO DO TCE

O Traumatismo Craniano acompanha a humanidade desde as suas origens, e com a evolução evidenciou-se o aumento progressivo de vítimas de traumas mecânicos por diversas causas externas, os quais determinaram o crescimento das mortes ditas violentas. Segundo Melo *et al.*, (2004) foi a partir do ano de 1682 que o ‘traumatismo craniano’ começou a ser descrito como importante fator de óbito em suas vítimas, tomando proporções cada vez maiores.

O Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) é qualquer agressão, causada por força física externa, que acarreta lesão anatômica, comprometimento funcional, ou ambos, envolvendo estruturas ósseas cranianas e encefálicas.

Segundo Oliveira, Wibelinger e Luca (2005, p.2)

o TCE pode produzir um estado diminuído ou alterado de consciência, que resulta em comprometimento das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico. Pode também resultar no distúrbio do funcionamento comportamental ou emocional. Este pode ser temporário ou permanente e provocar comprometimento funcional parcial ou total, ou mau ajustamento psicológico.

Dentre as principais causas de TCE podemos citar os acidentes automobilísticos, ciclísticos e motociclísticos, os atropelamentos, as agressões físicas, quedas, lesões por armas de fogo e brancas, entre outras menos freqüentes.

2.2 A EPIDEMIOLOGIA DO TCE

Na análise da literatura sobre o TCE ficou evidente que a maior parte dos países do mundo padece de uma epidemia do trauma, principalmente aqueles países considerados em desenvolvimento. Esses estudos mostraram também que a incidência desta afecção vem crescendo em relação direta com o desenvolvimento tecnológico e a modernização, situação confirmada nos grandes centros urbanos.

Durante a busca de dados acerca do TCE na literatura, ficou evidenciado que ainda existe alguns desafios a serem conquistados em relação a determinação da magnitude do mesmo em alguns bancos de dados disponíveis. Segundo Koizumi *et al.* (1997, p. 02), os dados epidemiológicos sobre os TCE são poucos e divergentes, devido obstáculos metodológicos relacionados à classificação, avaliação da gravidade dos traumas e dos diagnósticos precisos. Entre os vários fatores para a discrepância de dados um deles é a ausência de consenso para determinar se um paciente foi vítima de TCE (PECLAT, 2004). No geral, os estudos são de trauma cefálico que incluem envoltórios e conteúdo craniano, mas denominam-se como de TCE, mesmo nos países desenvolvidos.

Nos Estados Unidos (EUA), país que tem um maior controle estatístico, o TCE é apontado como a terceira causa mais comum de morte, excedido apenas por doenças cardiovasculares e câncer, enquanto que nas pessoas entre 1 a 45 anos ele se encontra em primeiro lugar (PECLAT, 2004). É, entre os jovens, a mais freqüente causa neurológica de morbidade e mortalidade (CONSENSUS CONFERENCE, 1999 apud OLIVEIRA; SOUZA, 2003). Sendo definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de Saúde Pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION. VIOLENCE & INJURIES PREVENTIONS, 2006).

Segundo Frankowski (1985) *apud* Damiani *et al.* (2007, p. 1),

nos serviços de saúde dos Estados Unidos mais de dois milhões de pacientes com TCE são atendidos por ano, sendo que 25% destes pacientes ficam hospitalizados. Cerca de 10% de todas as causas de óbito no EUA são decorrentes de lesões traumáticas, sendo a metade constituída por TCE.

Nessa perspectiva, o TCE atualmente é uma das maiores causas de morbi-mortalidade mundial, sendo responsável por índices alarmantes de deficiências e incapacidades temporárias e permanentes.

As complicações em decorrência do TCE não se limitam somente aos países desenvolvidos. No Brasil, a mortalidade por causas externas não difere dos demais países, uma vez que igualmente aos EUA, ocupa o 3º lugar dentre todas as causas de morte (KOIZUMI *et al.*, 1988).

Entendem-se mortes por causas externas como,

aquelas constatadas nos dados de mortalidade da 10ª Revisão da CID, OMS-1985, enfatizando aquelas que tem como causa básica, as relacionadas no capítulo XX, códigos V01 a Y98. [...] Exemplos: “acidentes de transporte”, “demais acidentes”, “suicídios”, “agressões” e um grupo residual para o qual não foi possível conhecer a causa básica da morte, sabendo-se apenas que se tratava de causa externa. (KOIZUMI, 2000, p. 84)

Em informações dadas sobre as doenças tratadas nos hospitais da Rede SARAHA de hospitais do aparelho locomotor,

no geral as lesões cerebrais ocorrem em todas as faixas etárias, sendo mais comuns em adultos jovens, na faixa entre 15 e 24 anos. A incidência é três a quatro vezes maior nos homens do que nas mulheres. Os acidentes de trânsito são a principal causa de lesão cerebral vindo em seguida a violência pessoal. (www.sarah.br/pagina_s/doencas/po/p_07_traumatismo_cranioence.htm, 2007, p. 01)

Segundo boletim divulgado pela Rede SARAHA, em uma pesquisa nos hospitais SARAHA-Brasília e SARAHA-Salvador, que abrangeu a totalidade das internações por causas externas, registradas no período de 01 de fevereiro de 1999 a 31 de janeiro de 2000, as causas externas mais comuns de internação foram os acidentes de trânsito, agressões por arma de fogo, acidentes por mergulho e quedas. O acidente de trânsito destaca-se como sendo o maior gerador de internações devido lesões. Apontando também as lesões cerebrais devido aos traumas mecânicos como a responsável por mais da metade das internações.

No conjunto de lesões por causas externas o TCE se destaca em termos de magnitude, como causa de morte e incapacidade nas mais baixas faixas etárias. (www.sarah.br/paginas/prevencao/po/02_01_perf_gera_causas_ext.pdf, 2007)

Nos últimos 10 anos, mais de um milhão de pessoas ficaram inválidas devido a traumas mecânicos. Em Salvador-BA onde as mortes por causas externas são a segunda principal causa de óbito na população, destacam-se as quedas de altura e o atropelamento como as principais causas de TCE (MELO *et al.*, 2004).

No município de Jequié-BA, houve um total de 108 óbitos (óbitos p/ocorrência) no ano de 2004 e 148 internações hospitalares (por local de

internação) em julho/2006, via Sistema Único de Saúde (SUS), motivados por causas externas (DATASUS, 2007). Não estando disponível quais as causas externas (acidente ou violência que ocasionou as lesões), dados como os de natureza das lesões decorrente desses eventos.

Consoante ao achados supracitados podemos afirmar que é preciso que sejam compreendidos os mecanismos da lesão encefálica, visto que a objetividade no atendimento a vítima do TCE poderá refletir num melhor prognóstico, implicando na redução das conseqüências sensório-motoras, cognitivas, comportamentais e sociais diretamente associadas à injúria provocada pela demora na assistência, que além de poder deixar seqüelas, pode também levar ao óbito (PECLAT, 2004).

2.3 ASPECTOS PATOLÓGICOS DO TCE

No TCE subdividem-se, didaticamente, as lesões em primárias e secundárias. Sendo que as lesões de natureza primária são aquelas provocadas inicialmente, durante cinemática do trauma (inércia e impacto), temos como exemplos as fraturas, contusões e lacerações e lesões axonal difusa. (www2.passosuemg.br/site/download/hoyama/index.htm, 2007)

As lesões de natureza secundária seriam aquelas provocadas devido às alterações sistêmicas e intracranianas desenvolvidas a partir da evolução da lesão primária, onde uma série de eventos reativos inicia causando aceleração ou aumento da injúria celular inicial e outras novas injúrias. No nível celular, ocorrem reações bioquímicas que podem resultar em morte das células parcialmente injuriadas. (www2.passosuemg.br/site/download/hoyama/index.htm, 2007)

Dentre as lesões secundárias, as alterações de origem *Sistêmica* são: hipotensão, hipóxia, hipo/hipercapnia, anemia, febre, hipo/hiperglicemia, hiponatremia, sepse/pneumonia e a coagulopatia. Já as de origem *Intracraniana*, temos: os hematomas, inchaço/edema, hipertensão intracraniana, hérnias cerebrais, isquemia ou hipóxia, vasoespasmo, hidrocefalia, infecções, convulsões, lesões vasculares e inflamação que podem levar a lesões neurológicas tardias. (www2.passosuemg.br/site/download/hoyama/index.htm, 2007)

2.4 CLASSIFICAÇÃO DO TCE

Dentre as diversas formas de classificação do TCE, têm-se a baseada no tipo de lesão apresentada.

2.4.1 Lesões Cutâneas

São lesões que acometem o couro cabeludo, têm pouca morbidade associada a esta e em geral estão associadas a lesões do crânio e do tecido cerebral, podendo ser causa comum de infecções e hemorragias nesta área.

2.4.2 Fraturas do Crânio

De acordo Rowland (1997) *apud* Oliveira, Wibelinger e Luca (2005), as fraturas são classificadas em:

Fraturas lineares não deprimidas – São comuns e não requerem tratamento específico, poucas vezes aparecem à palpação, geralmente seu diagnóstico é feito por raio X. A vítima deve ficar em observação por 12 a 24 horas na fase aguda numa unidade hospitalar, onde exames neurológicos devem ser realizados e monitorização do nível de consciência identificará possíveis complicações sugestivas de hemorragias intracranianas.

Fraturas de crânio com afundamento – São resultantes de lesões provocadas por objetos que atingem o crânio em baixa velocidade. Tem grande potencial de lesão cerebral pelos fragmentos ósseos que podem penetrar na massa encefálica. Necessita de avaliação por um neurocirurgião para possível cirurgia.

Fraturas abertas de crânio – São lesões que acomete sob lesões do couro cabeludo.

Fraturas da base do crânio – São as mais freqüentes e indica que o TCE foi intenso, está associada à rinorragia, otorragia e equimose periorbitária que geralmente pode surgir algumas horas após o trauma. Pode ocorrer desenvolvimento de fístulas liquóricas e aumentar a suscetibilidade a instalação de meningite, abscesso e demais infecções.

2.4.3 Lesões Cerebrais Difusas

Para Rowland (1997) *apud* Oliveira, Wibeling e Luca (2005), as lesões cerebrais difusas podem ser divididas em:

Concussão – Trata-se de um traumatismo craniano fechado sem lesão estrutural macroscópica do encéfalo, onde há perda temporária da memória imediatamente após o TCE, recuperando num período inferior a 6 horas, pode apresentar amnésia, letargia temporária, disfunção da memória, irritabilidade, podendo melhorar nas primeiras 24 horas.

Lesão axonal difusa – Apresenta lesões microscópicas que afetam o corpo caloso, tronco cerebral e/ou difusa. A perda de consciência é superior a 6 horas, caracteriza por estiramento dos neurônios devido movimentos bruscos de aceleração e desaceleração. A lesão com maior duração do coma, tem um mau prognóstico.

Tumefação cerebral - Provavelmente devida a edema cerebral ou por aumento da volemia do cérebro pela vasodilatação anormal, pode ser difusa ou focal.

2.4.4 Lesões Focais

Para Rowland (1997) *apud* Oliveira, Wibeling e Luca (2005), as lesões focais podem ser classificadas em:

Contusão cerebral - caracterizada por lesão estrutural do tecido encefálico e pode ser demonstrada pela tomografia computadorizada de crânio como pequenas áreas de hemorragias, em geral, produzem alterações neurológicas que persistem por mais de 24 horas. As vítimas podem apresentar déficit neurológico focais, paralisias, alterações da memória, do afeto, transtorno de linguagem e raramente apresenta déficit visual.

Hemorragias intracranianas (meníngeas e intracerebrais) - Ocorrem devido lacerações do tecido cerebral, meninges e/ou artérias, ocorrem quando há fraturas e/ou movimentos bruscos de aceleração e desaceleração com perdas de massa encefálica, e geralmente leva a hemorragia craniana.

Hematoma epidural – Trata-se de uma lesão secundária, associada à laceração de artérias ou veias meníngeas. Acomete a região localizada entre a calota craniana e a meninge mais externa, esta associada a fraturas e acomete 1 a 3 por cento das vítimas do TCE. A vítima geralmente perde a consciência, retornando minutos depois, e evoluindo novamente para uma perda da

consciência com deterioração neurológica. Recomenda a intervenção cirúrgica para drenagem do hematoma.

Hematoma intraparenquimatoso – Trata-se de uma lesão secundária e mais complicada, onde há uma estagnação de sangue, inicialmente no lobo temporal e depois no lobo frontal, dentro do parênquima cerebral. Acumulando um volume considerável de sangue, em torno de 5 ml, na maioria das vezes levando essa vítima ao coma.

A Rede SARAH (2007) classifica o hematoma subdural em dois tipos:

Hematoma subdural agudo – Trata-se de uma lesão secundária, associado à lesão das meníngeas e artérias. Localizado entre as meninges dura-máter e aracnóide. Apresenta por quadro de coma ou diversos intensidade de alterações focais. O tratamento pode ser cirúrgico ou não.

Hematoma subdural crônico – Trata-se de uma lesão secundária, de apresentação tardia, pelo menos 20 dias. Acomete mais crianças e idosos. O quadro clínico caracteriza por dor de cabeça, confusão e distúrbios de memória, apatia e alterações de personalidade. O tratamento é cirúrgico.

Hipertensão intracraniana - Trata-se de uma lesão secundária mais comum no TCE, sendo a principal causa de óbito nos momentos iniciais da evolução, Onde há um aumento da PIC acima de 15 mmHg, provocado devido aumento do massa cerebral por edema e/ou exsudatos inflamatórios ou complicações na circulação encefálica.

2.5. TIPOS DE TCE

Para Rowland (1997) *apud* Oliveira, Wibelinger e Luca (2005), na classificação do TCE, de acordo com a natureza do ferimento no crânio, podemos classificá-los de modo mais abrangente em: traumatismo craniano fechado, fratura exposta do crânio e fratura com afundamento do crânio.

Traumatismo craniano fechado - Caracterizado pela ausência de ferimentos na calota craniana ou apenas uma fratura linear. Ele é subdividido em todas as categorias supracitadas que não contempla a fratura exposta do crânio e a fratura com afundamento do crânio.

Fratura exposta do crânio - Caracterizada pela abertura e exposição da massa cefálica, com laceração e comunicação entre couro cabeludo e massa

encefálica, deixando exposto o conteúdo craniano e aumentando assim a probabilidade de infecções.

Fratura com afundamento do crânio - Caracterizada pela compressão da massa encefálica e apresentação de fragmentos ósseos lesionando o tecido próximo.

Na classificação baseada no nível de consciência, o TCE é dividido em três categorias (leve, moderado e grave) de acordo com os sinais e sintomas. No grau leve o paciente pode apresentar-se consciente, confuso e levemente sonolento. Nos casos graves os pacientes estão totalmente comatizados. Num estado intermediário pode-se classificar a vítimas do TCE em grau moderado. A seguir no Quadro 1, uma classificação mais detalhada.

Quadro 1: Classificação do Traumatismo Crânio-Encefálico quanto ao grupo de risco.

GRUPO DE RISCO	CARACTERÍSTICAS
Baixo	Assintomático, cefaléia, tonteira, hematoma ou laceração do couro cabeludo, ausência de critérios de risco moderado ou alto.
Moderado	Alteração da consciência no momento do traumatismo ou depois; cefaléia progressiva; intoxicação com álcool ou drogas; história inconfiável ou ausente do acidente; idade inferior a 2 anos (a menos que traumatismo seja banal); convulsão pós-traumática, vômito, amnésia; politraumatismo, traumatismo facial grave, sinais de fratura basilar; possível penetração no crânio ou fratura com afundamento; suspeita de violência contra a criança.
Alto	Depressão da consciência (não claramente devida a álcool, drogas, encefalopatia metabólica, pós- crise); sinais neurológicos focais, nível decrescente da consciência; ferida penetrante do crânio ou fratura com afundamento palpável.

Fonte: ROWLAND, Lewis P. 1997 *apud* OLIVEIRA; WIBELINGER; LUCA, 2005.

Além do exame físico realizado na avaliação inicial também se torna necessário à realização de exames complementares, como a radiografia de crânio, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a angiografia cerebral, utilizadas para auxiliar o diagnóstico e avaliação.

2.6 QUADRO CLÍNICO

No que diz respeito ao quadro clínico, na maioria das vezes não tem como definir um quadro clínico típico nas lesões conseqüentes de TCE.

As alterações em conseqüência do TCE dependerão da natureza da lesão, tipo de lesão e grau de comprometimento, caracterizadas pelos sinais e

sintomas local e sistêmico. Sendo assim, as vítimas podem apresentar sinais clínicos como:

[...] alterações da consciência, transtorno da função neuromuscular com aumento do tônus devido lesão nos centros superiores do encéfalo, tremor desencadeados por desajuste nos gânglios da base ou o cerebelo, hipotonia provocado pela transecção da medula cervical, ataxia, perturbações das reações de endireitamento e equilíbrio por lesão do tálamo, transtorno sensorial devido lesão na área sensitiva do córtex, transtorno da linguagem, comunicação e audição, alterações da personalidade, controle das emoções e intelecto, transtornos visuais como diplopia, nistagmo, perda parcial ou total da visão, epilepsia, incontinência, complicações por imobilização prolongada como as úlceras de decúbito, deformidades das articulações, miosite ossificante e atrofia por desuso. (www.alucianeuro.hpg.ig.com.br/trauma.htm, 2007)

Em lactentes, nas lesões intracranianas com coleção subdural o quadro clínico compreende vômitos, anorexia, macrocefalia, tensão da fontanela e hipotonia, e caso não seja tratada precocemente poderá ocasionar o surgimento de crises convulsivas. (PIRES; STARLING, 2006, p.364)

2.7 COMPLICAÇÕES

As complicações mais comuns que acometem as vítimas do TCE incluem o edema cerebral, laceração de vasos, fístula liquórica, hidrocefalia, convulsões, epilepsia, formação de abscesso cerebral, rinorréia e otorréia liquórica, lesão de nervos, hematomas que podem criar lesões expansivas adicionais, infecções como: osteomielites, abscessos e meningites em traumas abertos, disfunção e lesão de nervos cranianos, cefaléia pós-traumáticas, síndrome pós-traumática, lesões focais do cérebro e cisto leptomenígeos (ROWLAND, 1997 *apud* OLIVEIRA; WIBELINGER; LUCA, 2005).

2.8 SEQÜELAS

Em relação as possíveis seqüelas no TCE, segundo Oliveira, Wibelinger e Luca (2005), apesar da alta incidência do TCE, a maioria deles são considerados leves, não apresentando nos pacientes seqüelas, ou melhor, sinais ou sintomas aparentes de lesão neurológica, de fratura craniana ou mesmo trauma cerebral. Mas, no entanto, há relato na literatura de que as

seqüelas decorrentes de TCE são as maiores causas de seqüelas permanentes. (www.enfermagem.ufpr.br/tce_monica_parolin.ppt, 2007)

Dentre as possíveis seqüelas que estão sujeitas as vítimas do TCE incluem-se as: psicoses e crises convulsivas, síndrome pós-traumática de base patológica desconhecida com alteração da memória e da concentração, alterações da personalidade, cefaléia, desordens neurológicas focais ou convulsões; a demência caracterizada por afeto alegre ou lábil, lentidão mental, déficit de memória e irritabilidade; anormalidades neurológicas associadas incluindo tremor, rigidez, bradicinesia, disartria, ataxia cerebelar, sinais piramidais e convulsões; epilepsia pós-traumática que ocorre em casos em que há convulsões iniciais na primeira semana depois da lesão, fratura de crânio com depressão, hematoma intracraniano, amnésia pós-traumática por mais 24 horas; espasticidade e finalmente a ossificação heterotópica. (GREENBERG, D.A. *et al.*, 1996 *apud* OLIVEIRA; WIBELINGER; LUCA, 2005)

2.9 TRATAMENTO

A assistência à vítima do TCE está respaldada na Política Nacional de Atendimento as Urgências, instituída através da publicação da portaria GM/MS nº1.863/2003, garantindo uma rede de serviços organizados por níveis de complexidade, permitindo assim que as vítimas do TCE recebam assistência desde o atendimento inicial (componente pré-hospitalar móvel) até o encaminhamento para um serviço compatível com as suas necessidades (componente hospitalar) e ainda aponta a modalidade de atenção domiciliar (componente pós-hospitalar).

Sendo assim, a assistência à vítima de TCE deve ser iniciada no local do incidente, conhecida como atendimento pré-hospitalar, e garantida também na sua chegada a um hospital, denominado de atendimento intra-hospitalar.

O eficaz atendimento pré-hospitalar com instauração de medidas primárias é fundamental para o aumento da sobrevivência das vítimas de TCE devido proteger o encéfalo contra as complicações secundárias.

O manejo do paciente com TCE pode se basear na classificação da gravidade do trauma seguindo o Advanced Trauma Life Support (ATLS), entretanto, dentre os procedimentos a serem realizados pelos socorristas no

atendimento pré e intra-hospitalar merece destaque à avaliação neurológica da vítima, através da mensuração do nível de consciência, avaliação dos nervos cranianos, exames do fundo do olho, reflexos pupilares e os movimentos oculares.

O acompanhamento do nível de consciência da vítima do TCE através de uma avaliação quantitativa é fundamental, visto que, a mudança brusca do nível de consciência é indicativa de mau prognóstico.

Usada universalmente, a Escala de Coma de Glasgow - ECG (Quadro 2) avalia quantitativamente o estado de consciência das vítimas do TCE no atendimento inicial, na admissão hospitalar, evolução e possível recuperação observável, principalmente, durante a fase aguda. (GUSMÃO; PITTELLA, 1999).

A mensuração dos níveis de consciência utilizando a ECG avalia a gravidade do TCE, pontuam-se em três tipos de respostas: abertura ocular, respostas motoras e resposta verbal, com variação na pontuação de 3 (mínimo) a 15 pontos (máximo), assim pode-se monitorar a recuperação do paciente desde o estado inconsciente, até o estado consciente. Entretanto o seu uso não é recomendado para vítimas em choque, intoxicadas e ainda a presença de lesões oculares e da coluna vertebral dificulta a sua utilização. O escore \leq a 8 as vítimas estarão num estado inconsciente, já aquelas com escore $>$ de 8 estarão num estado consciente. (KOIZUMI, M.S., 2000)

Quadro 2. Escala de Coma de Glasgow Adulto.

RESPOSTAS	ESCORE
Resposta verbal	
Nenhuma	01
Sons incompreensíveis	02
Palavras inadequadas	03
Confuso	04
Orientado	05
Abertura ocular	
Nenhuma	01
À dor	02
À fala	03
Espontaneamente	04
Resposta motora	
Nenhuma	01
Extensão anormal	02
Flexão anormal	03
Retirada	04
Localizada	05
Obedece	06
TCE grave	3 a 8
TCE moderado	9 a 12
TCE leve	13 a 15

Fonte: <http://www.wgate.com.br/fisioweb>, 2007

Na avaliação do nível de consciência da criança, existe uma adaptação da ECG, conforme o Quadro 3.

Quadro 3. Escala de Coma de Glasgow Pediátrica.

> 1 ano	< 1 ano	Escore
Abertura ocular		
Espontaneamente	Espontaneamente	4
Ao comando	Ao grito	3
À dor	À dor	2
Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Melhor resposta verbal		
Orientada	Apropriada	5
Desorientada	Palavras inapropriadas	4
Palavras inapropriadas	Choro	3
Sons incompreensivos	Gemidos	2
Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Melhor resposta motora		
Obedece aos comandos	-	5
Localiza à dor	Localiza à dor	4
Flexão à dor	Flexão à dor	3
Extensão à dor	Extensão à dor	2
Nenhuma resposta	Nenhuma resposta	1
Escores totais normais	< 6 meses	12
	6-12 meses	12
	1-2 anos	13
	2-5 anos	14
	> 5 anos	14

Fonte: http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_07_traumatismo_cranioence.htm, 2007.

No atendimento intra-hospitalar, iniciado ainda na sala de emergência deve-se colocar em prática algumas medidas decisivas.

Essas medidas são baseadas no estabelecimento, proteção e manutenção das vias aéreas; prevenção e correção da hipóxia; prevenção e correção da hipotensão; imobilização do cordão espinhal; identificação, estabilização e tratamento de injúrias extracranianas associadas. (www.medstudents.com.br/neuroc/neuroc1.htm, 2007)

Devido à complexidade deste agravo, na abordagem à vítima de TCE é fundamental que siga as recomendações de protocolos rígidos de atendimento, incluindo a seqüência dos procedimentos a serem adotados e rotinas.

Como exemplo de padronização do atendimento a vítima de TCE tem-se os algoritmos de atendimentos as vítimas de TCE (ANEXO A), desenvolvidos a partir de consensos obtidos em reuniões conjuntas entre os especialistas em neurocirurgia da Sociedade Científica de Neurociências de Sobral – Ceará,

adaptados e baseados em outros algoritmos utilizados no Brasil. (www.scns.com.br/form_pront.html, 2007)

Além disso, é preciso que na abordagem sistemática e organizada na assistência às vítimas do TCE, deve-se elaborar de imediato um diagnóstico específico, norteando-se através de diretrizes clínicas, disponibilizando aqui um modelo como exemplo. (ANEXO B)

O uso dessas diretrizes é fundamental para determinar quais vítimas de TCE necessitarão de tratamento neurocirúrgico em caráter de urgência ou emergência, necessitando assim do atendimento de um profissional especializado em neurocirurgia para fazer esta avaliação. (www.hc.ufu.br/outras_paginas/ensino/emergencias_medicadas/protocolos/default.html, 2007)

É notável que se torne indispensável o estabelecimento de medidas de suporte básico e específico no tratamento clínico e/ou cirúrgico dos pacientes vítimas do TCE. Nas medidas de suporte básico incluem o suporte respiratório, hemodinâmico, hidroeletrólítico e nutricional. (OLIVEIRA; WIBELINGER; LUCA, 2005).

No que diz respeito ao suporte específico, está o controle de pressão intracraniana, a manutenção da pressão de perfusão cerebral a todos os tecidos e tratamento das fístulas e infecções do sistema nervoso central. (OLIVEIRA; WIBELINGER; LUCA, 2005).

Na assistência a vítima do TCE, além dos aspectos anátomo-patológicos deve-se também estar atento para os aspectos psicossocial dessas vítimas e de seus familiares, visto que, apesar da maioria destes agravos não deixarem seqüelas, trata-se do agravo que proporciona as maiores causas de seqüelas permanentes. Nestes casos, na maioria das vezes provocam mudanças bruscas nos papéis sociais destas vítimas na família e sociedade.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, que visou conhecer a situação do Traumatismo Crânio-Encefálico no município de Jequié/BA no período de janeiro a dezembro de 2006, dentro de uma abordagem quantitativa.

Segundo Franco (2005, p.179), “os estudos descritivos descrevem os padrões de ocorrência de doenças, ou de agravos à saúde, em uma população, de acordo com certas características, particularmente em relação à pessoa, lugar e tempo”.

Ainda, vale ressaltar que de acordo Pereira (2002), os estudos descritivos objetivam informar acerca da distribuição de um dado evento na população em termos quantitativos.

Além disso, esta investigação trata-se de estudo do tipo retrospectivo, que de acordo Pereira (2002, p.282), “o termo “retrospectivo” tem a conotação de utilização de dados do passado sobre a exposição, ou de ambas, exposição e doença”. Portanto, acredita-se que este tipo de estudo é o que melhor se aplica ao propósito e o alcance dos objetivos dessa investigação.

3.2 CAMPO DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA

O campo de estudo foi o município de Jequié/BA, geograficamente localizado na Região Sudoeste da Bahia, entre a zona da mata e Caatinga. Possui uma área de 3.035 Km², altitude média de 216m. Considerada a sexta cidade mais populosa da Bahia, com uma população estimada em 148.992 habitantes no ano de 2006. (www.seagri.ba.gov.br/populacao_idh_territorios.pdf, 2007). Havendo uma predominância da população urbana, com a concentração de 88.59 % do contingente populacional (IBGE, 2000).

Seus distritos são: Florestal, Itaibó, Boaçu, Itajuru, Monte Branco, Baixão, Oriente Novo e Barra Avenida. Seus povoados se nomeiam por: Tamarindo, Campo Largo, Santa Rita, Nova Esperança, Boa Vista, Humaitá, Santa Clara,

Barragem da Pedra, Água Vermelha, Rio das Pedras, Morro Verde, Deus Dará, Cachoeirinha, Rio Preto do Costa e Marcela. (BAHIA (ESTADO), 2007)

O município situado em média a 364 km da Capital Estadual, Salvador; 258 km de Feira de Santana, 150 km de Vitória da Conquista; 140 km de Ilhéus e 160 km de Itabuna, fazendo limites aos norte com: Jaguaquara, Itiruçu e Lafaiete Coutinho; ao Sul: Boa Nova e Itagi; a Leste: Ibirataia, Jitaúna, Ipiaú e Gandu; a Oeste: Maracás, Manoel Vitorino. (BAHIA (ESTADO), 2007)

Devido a sua localização, o município constitui-se em um importante entroncamento rodoviário, às margens da BR 116, e está ligada pela BR 324 a BR 101. O transporte urbano é feito predominantemente por meios de ônibus, microônibus, táxi e principalmente moto-táxi. (BAHIA (ESTADO), 2007)

A renda no município é advinda, principalmente, do comércio e da indústria, entretanto, é evidente o alto índice de moto-taxis no município, sendo essa uma das principais ocupações para indivíduos do sexo masculino que não conseguem uma colocação no mercado de trabalho, constituindo assim numa fonte de renda da população mais carente.

O município possui uma base institucional relativamente diversificada, dentre elas temos a sede da Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia (13ª DIRES); 01 Centro de Referência em Doenças Endêmicas Parasitárias (CERDEPS); 01 Grupamento de Bombeiros Militar da Bahia (8º GBM); 01 Batalhão da Polícia Militar da Bahia (19ª); Delegacia Regional de Polícia Civil; Guarda Municipal; 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 01 Central de Regulação de Leitos.

Em relação a infra-estrutura hospitalar temos o Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) com UTI adulto; Hospital Santa Helena com uma UTI adulto implantada em 2007; Hospital São Vicente; Hospital Perpétuo Socorro; Hospital SERVIR e Hospital do IORTE.

A rede básica de saúde do município conta com 44 unidades básicas de saúde sendo 22 postos de saúde; 04 centros de saúde e 16 unidades de saúde da família, 14 na zona urbana e outras 02 na zona rural, sendo uma no distrito de Florestal e outra no distrito de Itajuru; O município possui ainda 13 clínicas, 41 consultórios médicos, 17 consultórios odontológicos e 54 clínicas médicas e consultório. (BAHIA (ESTADO), 2007)

3.3 CENÁRIO DE ESTUDO: SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME) DO HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES (HGPV)

A escolha do HGPV como cenário dessa pesquisa foi devido a sua importância regional por ser o único Hospital Estadual Público que dispõe de um setor de emergência e UTI, que recebe vítimas de politraumatismos conduzidas pelas unidades móveis de urgência do SAMU, Corpo de Bombeiros e por terceiros.

O HGPV, inaugurado em março de 1947, trata-se de uma Instituição de porte regional que atende ao município sede e microrregião, através da (PPI), tendo ao total 129 leitos, gerando o total de 633 Autorização de Internação Hospitalar (AIH) no ano de 2005. (BAHIA (ESTADO), 2007)

No que diz respeito às unidades de internação, são disponibilizadas: pediátrica, clínica médica (masculina e feminina), clínica cirúrgica (masculina e feminina), centro cirúrgico, maternidade (pré-parto, berçário, alojamento conjunto) e uma unidade de terapia intensiva, inaugurada no mês de fevereiro de 2006, com 10 leitos – adultos, atendendo a 17 municípios da região (www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=1361, 2006). Ainda dispondo de anexos: a clínica psiquiátrica, a clínica pediátrica, a unidade de coleta de transfusão e fundação de hematologia e hemoterapia da Bahia (HEMOBA) e o núcleo de prevenção e reabilitação física de Jequié (NUPREJ). (BAHIA (ESTADO), 2007)

Ressaltando ainda que a porta de entrada das vítimas do TCE é a unidade de emergência, localizada dentro do contexto hospitalar, em pavimento térreo, com entrada coberta para unidade móvel de urgência e emergência. Sendo que a mesma funciona também como um ambulatório médico, servindo de local de triagem para atendimento médico e internação.

As especialidades médicas atendidas na instituição têm-se: clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cardiologia, nefrologia, anestesiologia, angiologia, urologia, ortopedia, oncologia e psiquiatria. Sendo que a mesma realiza, em média, 250 atendimentos/dia em urgência e emergência e 80 cirurgias/mês. (www.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=1361, 2006).

O Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) que compõe a estrutura operacional dos hospitais tem como uma de suas funções ser responsável por arquivar todos os prontuários dessas instituições.

O SAME do HGPV foi o local onde realizamos a coleta de dados, através do acesso aos prontuários das vítimas de Traumatismo Crânio-Encefálico atendidas no Hospital Geral Prado Valadares no período de janeiro a dezembro de 2006.

3.4 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população do estudo correspondeu a 198 vítimas do TCE admitidas no HGPV, entre janeiro a dezembro do ano de 2006, e que constava no prontuário o diagnóstico médico de TCE.

Tendo em vista a dificuldade de manter contato com as vítimas oriundas de outros municípios e zona rural do município de Jequié optamos que nesse estudo nossa amostra seria composta somente pelas vítimas que residia na zona urbana do município de Jequié.

Dessa forma, foram identificadas 116 vítimas (58%) da população que constava no prontuário o endereço de residência no Município de Jequié-BA, no entanto, dos 116 casos de TCE, foram excluídas 12 vítimas que residiam na zona rural, desse modo, só foi possível a realização de visita domiciliar a 104 vítimas e/ou familiares.

Sendo assim, foi realizada visita domiciliar a esses sujeitos da pesquisa, para que pudéssemos solicitar a autorização da coleta de dados nos prontuários através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), para a partir daí procedermos a coleta de dados nos mesmos.

Após as visitas domiciliares, dos 104 casos, somente 78 vítimas ou familiares (75%) dos sujeitos, aceitaram participar da pesquisa, constituindo assim a amostra desse estudo.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se realiza quando o investigador vai buscar respostas para suas inquietações, conhecendo assim a realidade a ser estudada. Sendo assim, foi preciso que construíssemos um tipo de instrumento que atendesse as nossas necessidades.

Para a realização e viabilização deste estudo foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário (APÊNDICE B) que foi preenchido com base nos prontuários das vítimas de TCE atendidas no HGPV no período de janeiro a dezembro de 2006.

De acordo com Lakatos e Marconi (2003), a escolha do formulário é preferível na obtenção de dados mais complexos e, sobretudo pela facilidade no preenchimento visto que pode ser feito pelo próprio pesquisador. O que fará jus a escolha do mesmo, pois como já foi descrito, a coleta se realizou em prontuário das vítimas de TCE.

O formulário utilizado nesse estudo possui questões estruturadas com variáveis independentes, com informações referentes à identificação do paciente, como sexo, idade, data de nascimento, nível de escolaridade, ocupação/profissão, naturalidade e endereço e variáveis dependentes, com informações referentes ao TCE, como local do incidente, causa externa que levou ao TCE, gravidade do TCE, tipo de lesão, duração da internação, óbito relacionado ao TCE, data da alta hospitalar, etc.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Obedecendo aos preceitos éticos e científicos que envolvem as pesquisas em seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL. MS., 1997), a mesma determina que essas pesquisas contenham um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), tendo o mesmo uma linguagem acessível e que inclua a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram adotados na pesquisa, os possíveis riscos e benefícios esperados, a forma de assistência no caso da ocorrência de algum dano ao sujeito da pesquisa. Deve ser previsto também a garantia da privacidade, do sigilo e anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Além

da garantia da liberdade do mesmo de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo e nenhuma penalidade.

Ainda, primando por atender a Resolução 196/96 do CNS este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) para que pudesse ser apreciado.

Após apreciação e aprovação deste comitê, o Departamento de Saúde da UESB encaminhou ao diretor do HGPV um ofício solicitando autorização para a coleta de dados.

3.7 PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PARA A COLETA DOS DADOS

Diante da autorização do diretor do HGPV, através do SAME desta Instituição, tivemos acesso a todos os prontuários dos pacientes com diagnósticos de TCE, e que foram atendidos no HGPV no período de janeiro a dezembro de 2006.

Nos prontuários das vítimas fizemos uma busca em todos os instrumentos utilizados na sistematização do atendimento, principalmente na folha de internamento e laudo para solicitação de autorização de internação hospitalar que constam as caixas de texto com os determinados itens para serem preenchidas pelos profissionais (ANEXO C).

Na primeira etapa da coleta de dados iniciamos a busca dos nomes das vítimas e respectivos endereços para em seguida realizar uma visita domiciliar com intuito de solicitar autorização para a utilização das informações contidas em seu prontuário.

Sendo assim, foi possível fazer um mapeamento de todas as vítimas com diagnóstico do TCE que foram admitidas no HGPV por município de origem.

No total de 198 vítimas admitidas no HGPV, entre janeiro a dezembro do ano de 2006, foram identificadas 116 (58,5%) que constava o endereço de residência no Município de Jequié-BA.

Dessa forma, seguindo os critérios de seleção da amostragem definido na metodologia desta pesquisa, foram excluídas inicialmente, 82 vítimas ou familiares por não residirem no município de Jequié-BA.

A Tabela 1 mostra a distribuição por municípios de todas as vítimas admitidas no HGPV, entre janeiro a dezembro de 2006.

Tabela 1. Distribuição total das vítimas do TCE por municípios. Jequié-BA., 2008.

QUANT.	MUNICÍPIOS	N
01	Jequié - BA	116
02	Jaguaquara - BA	08
03	Apuarema - BA	08
04	Jitaúna - BA	06
05	Ibirataia - BA	05
06	Manoel Vitorino - BA	05
07	Itiruçu - BA	05
08	Boa Nova - BA	05
09	Ipiaú - BA	04
10	Santa Inês - BA	03
11	Lajedo Tabocal - BA	03
12	Irajuba - BA	03
13	São Paulo - SP	02
14	Maracás - BA	03
15	Brejões - BA	02
16	Dário Meira - BA	02
17	Itagibá - BA	02
18	Lafayette Coutinho - BA	01
19	Acaraci - BA	01
20	Barra da Estiva - BA	01
21	Barra do Rocha - BA	01
22	Cravolândia - BA	01
23	Itagi - BA	01
24	Planaltino - BA	01
25	Itamari - BA	01
26	Iramaia - BA	01
27	Boa Vista - PR	01
28	Santa Catarina - BA	01
29	Salgado - SE	01
30	Belo Horizonte - MG	01
31	Passos - MG	01
32	Sem endereço (cidade)	02
TOTAL		198

Fonte: Arquivo da pesquisa

Com o intuito de conseguir a seleção da amostragem, foi possível também fazer um mapeamento por bairros, distritos e povoados de todas as vítimas admitidas no HGPV no ano de 2006.

Na tabela 2 temos a distribuição total de vítimas residentes no município de Jequié.

Tabela 2. Distribuição de todas as vítimas admitidas no HGPV entre janeiro a dezembro, por bairros e distritos do município de Jequié-BA., 2008.

RESIDÊNCIAS DAS VÍTIMAS	N
Bairro Jequezinho	26
Bairro Joaquim Romão	25
Bairro Mandacaru	13
Bairro KM 3	9
Centro	7
Bairro Cidade Nova	5
Bairro São Judas Tadeu	5
Zona Rural (fazendas)	5
Povoado Distrito de Florestal	4
Loteamento Água Branca	3
Bairro Curral Novo	2
Sem endereço e/ou incompleto (pertence à Jequié)	2
Povoado da Macela	2
Bairro KM 4	2
Loteamento Itaigara	1
Povoado Emiliano 2	1
Vila Rodoviária	1
Bairro Loteamento Tropical	1
Bairro INOCOOP	1
Povoado Rio das Pedras	1
TOTAL	116

Fonte: Arquivo da pesquisa

Consoante com os critérios da seleção da amostra, priorizamos o levantamento dos endereços daqueles procedentes da zona urbana de Jequié para mantermos contato com os mesmos, através de uma visita domiciliar.

Sendo assim, das 116 vítimas encontradas residentes no município de Jequié, foram excluídos 12 casos por residirem na zona rural da mesma, ficando um total de 104 para serem visitadas.

Na segunda etapa da coleta de dados realizamos visitas domiciliares, onde informamos acerca da justificativa e os objetivos da pesquisa, esclarecendo que não haveria nenhum risco quanto a sua integridade física ou moral, bem como seria mantido o sigilo e o anonimato das informações contidas no seu prontuário, caso o sujeito da pesquisa decidisse participar do estudo.

Após esses esclarecimentos, fizemos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para que a pessoa pudesse assinar, concordando em participar da pesquisa.

Uma via desse termo ficou com o pesquisador e outra foi entregue ao sujeito da pesquisa ou o familiar que assinou nos casos daquelas vítimas de TCE que foram a óbito ou apresentava alguma dificuldade cognitiva ou da fala que impedia de entender o que foi lido para autorizar a utilização das informações contidas em seu prontuário.

Após esse contato com as vítimas e/ou familiares, identificamos que num total de 104 residentes na zona urbana do município de Jequié, conseguimos autorização de 78 vítimas ou familiares que aceitaram participar da pesquisa, (75,0%).

Atendendo aos critérios metodológicos de seleção da amostra, temos na Tabela 3 a distribuição das residências das vítimas do TCE por bairros e loteamentos na zona urbana.

A distribuição das vítimas por bairros na Tabela 3 foram dispostas conforme constava nos dados disponíveis nos prontuários, apesar de sabermos que alguns loteamentos fazem parte de alguns destes bairros. Sendo assim, podemos observar que o maior número de vítimas foram procedentes dos bairros: Joaquim Romão, 19 (24,3%) e Jequiezinho 17 (21,8%).

Tabela 3. Distribuição das vítimas do TCE, por bairros e/ou loteamentos em Jequié-BA., 2008

VÍTIMAS COM TERMO DE CONSENTIMENTO	N	%
Bairro Joaquim Romão	19	24,3
Bairro Jequiezinho	17	21,8
Bairro KM 3	09	12,5
Bairro Mandacaru	08	10,2
Centro	06	7,7
Bairro Cidade Nova	05	6,4
Bairro São Judas Tadeu	05	6,4
Bairro KM 4	02	2,5
Bairro Curral Novo	02	2,5
Loteamento Água Branca	02	2,5
Bairro INOCOOP	01	1,3
Loteamento Tropical	01	1,3
Loteamento Itaigara	01	1,3
TOTAL	78	100

Fonte: Arquivo da pesquisa