

EMENDA PARLAMENTAR Nº 81000311
PORTARIA 1.453 DE 14 DE JUNHO DE 2022
CONTRATO Nº 071/2022

PRESTAÇÃO DE CONTAS TRIMESTRAL

MARÇO/ABRIL/MAIO

2023

**Santa Casa de Misericórdia
de Barra mansa**

Rua Pinto Ribeiro, 205 - Centro, Barra Mansa/RJ
CEP: 27.310-420

 24 3325.8300
  santacasabm
 www.scbm.org.br



LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número de óbitos de pacientes vítimas de trauma por tempo de permanência.....7

Tabela 2- Taxa de mortalidade por tempo de permanência.....7

Tabela 3- Número de pacientes vítimas de trauma que necessitam intervenção cirúrgica.....8



LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Taxa de mortalidade dos pacientes vítimas de trauma.....	6
Gráfico 2- Abordagens cirúrgicas dos pacientes vítimas de trauma por especialidade.	8
Gráfico 3- Pacientes atendidos vítimas de trauma.	10
Gráfico 4- Atendimentos de trauma x total de atendimentos de urgência.	10



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
1 INDICADOR DE TAXA DE MORTALIDADE.....	5
2 INDICADOR DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS.....	8
3 INDICADOR DE ATENDIMENTOS.....	9
CONCLUSÃO.....	12
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13
APÊNDICE A – PROTOCOLO REVISADO.....	15
APÊNDICE B – PLANO DE TRABALHO.....	38
APÊNDICE C – PRESTAÇÃO DE CONTAS.....	44



INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos em nosso País indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase nas violências e nos traumas, tornando-se a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total.

A Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa como integrante da rede de urgência e emergência, com linha de cuidados direcionados ao trauma e foco na atenção ao politrauma, vem apresentando um aumento progressivo destes atendimentos.

O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer uma assistência imediata e de qualidade, visto que é um tipo de lesão cujo índice de mortalidade é elevado. O controle de qualidade no atendimento à vítima de trauma e a organização de sistemas de trauma se mostraram essenciais para a redução de mortes e de complicações evitáveis no atendimento ao politraumatizado.

As causas externas vêm se tornando um significativo ônus para as populações de todo o mundo e diminuir sua morbimortalidade é um dos principais desafios para a saúde pública neste século que se inicia. Para realizar um acompanhamento destes atendimentos foram estabelecidos quatro indicadores que demonstram o volume e o desfecho destes atendimentos, segue quadro dos indicadores selecionados e meta a ser monitorada:

4

INDICADORES QUALITATIVOS	METAS
Taxa de mortalidade dos pacientes vítimas de trauma.	Taxa de mortalidade cirúrgica intraoperatória, ajustada ao risco, menor ou igual a 2%.
Número de pacientes vítimas de trauma com intervenções cirúrgicas.	
Número de pacientes vítimas de trauma atendidos por mês.	



1 INDICADOR DE TAXA DE MORTALIDADE

O primeiro indicador estabelecido foi a taxa de mortalidade dos pacientes vítimas de trauma, não podemos ignorar que a redução da mortalidade por causas externas não é tarefa simples, visto tratar-se de um problema relacionado com diversos fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, entre outros.

Esta tarefa se constitui num inadiável desafio, devendo ser reunidos os vários setores da sociedade, saúde pública, segurança, universidades, organizações não-governamentais e comunidades.

O aumento na taxa de mortalidade de pacientes vítimas de trauma é, de fato, um sério problema de saúde pública em muitos lugares ao redor do mundo. Trauma refere-se a lesões físicas resultantes de eventos como acidentes de trânsito, quedas, agressões, ferimentos por armas de fogo e outras situações violentas ou acidentais. Essas lesões podem variar em gravidade, desde lesões leves até traumas graves que ameaçam a vida.

Existem várias razões pelas quais a taxa de mortalidade entre as vítimas de trauma pode aumentar, o célere acesso à assistência médica de emergência é ponto crucial. A rapidez com que uma vítima de trauma recebe atendimento médico adequado pode fazer uma grande diferença em sua sobrevivência. Em áreas com acesso limitado a serviços de emergência, atrasos no tratamento podem levar a resultados piores.

5

Outro ponto de destaque seria os profissionais de saúde treinados para reconhecer e tratar adequadamente as lesões traumáticas e a infraestrutura adequada para lidar com casos de trauma graves, com equipamentos especializados, suprimentos médicos e pessoal treinado para o atendimento deste público.

Importante citar também o transporte rápido e seguro das vítimas de trauma para instalações médicas adequadas é crucial. Se os sistemas de transporte não forem eficientes, os pacientes podem enfrentar atrasos significativos no atendimento médico.

Fatores externos também influenciam na mortalidade dos pacientes vítimas de traumas tais como:

Prevenção inadequada: Estratégias eficazes de prevenção de lesões, como campanhas de segurança no trânsito, regulamentação de armas de fogo e medidas de segurança no local de trabalho, podem reduzir significativamente o número de casos de trauma.



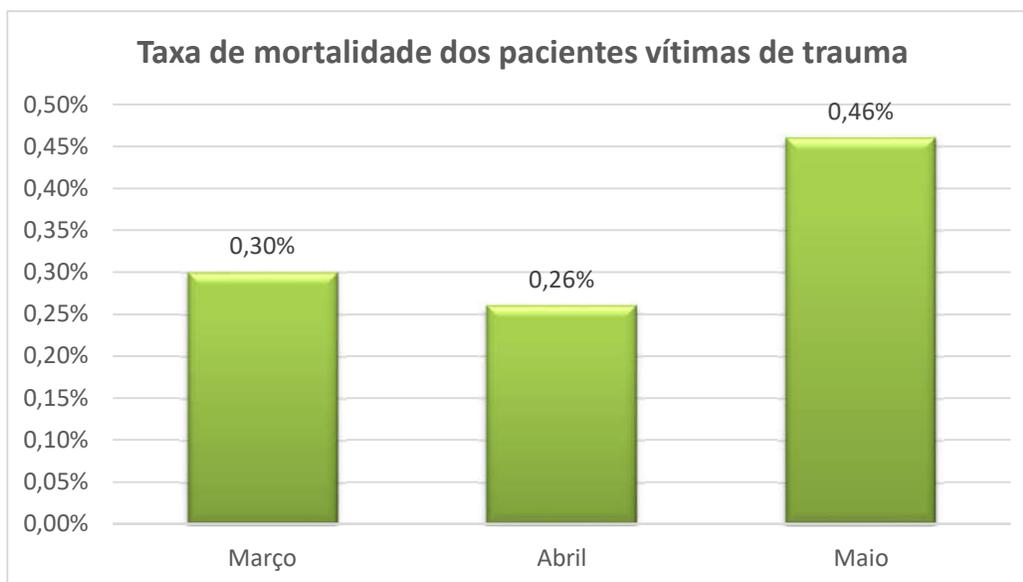
Violência e criminalidade: Em áreas com altas taxas de violência e criminalidade, as vítimas de ferimentos por armas de fogo ou agressões podem ter um risco aumentado de mortalidade devido à gravidade das lesões e à exposição a fatores como infecções.

Fatores socioeconômicos: A desigualdade social, a pobreza e a falta de acesso a cuidados de saúde de qualidade podem contribuir para um aumento na taxa de mortalidade entre as vítimas de trauma, uma vez que esses fatores podem limitar o acesso a serviços médicos adequados.

Para abordar esse problema de saúde pública, é essencial implementar medidas que melhorem o acesso a serviços de emergência, fortaleçam a capacidade de tratamento de lesões traumáticas em instalações médicas, promovam a prevenção de lesões e enfrentem os fatores socioeconômicos subjacentes que contribuem para a mortalidade de trauma.

A seguir demonstramos a taxa de mortalidade dos pacientes vítimas de trauma, cabe ressaltar que o cálculo é realizado com base nos óbitos da instituição no mesmo período.

Gráfico 1: Taxa de mortalidade dos pacientes vítimas de trauma.



Para melhor entendimento e acompanhamentos destes pacientes separamos por tempo de permanência na instituição:

Tabela 1- Número de óbitos de pacientes vítimas de trauma por tempo de permanência.

Número de óbitos de pacientes vítimas de trauma por tempo de permanência	>24h	<24h	Total
Março	0	4	4
Abril	0	3	3
Maior	2	4	6

Importa esclarecer a representatividade dos óbitos na taxa geral de mortalidade na instituição, bem como separar aqueles com mais ou menos de 24h de permanência. Segue abaixo tabela demonstrativa:

Tabela 2- Taxa de mortalidade por tempo de permanência.

Mês	Número de óbitos na instituição	Taxa de Mortalidade institucional	Óbitos com mais de 24h	Óbitos com menos de 24h
<i>Março</i>	87	3,54	69	18
<i>Abril</i>	75	3,50	60	15
<i>Maior</i>	78	3,32	61	17

7

Os acidentes de trânsito e a violência continuam a crescer, a afetar e a matar principalmente a população masculina jovem e economicamente ativa. Isto reflete alto custo para a sociedade e para o Sistema Único de Saúde.

Acreditamos que há necessidade de maior investimento na área (recursos humanos e infra-estrutura) e execução de políticas públicas efetivas voltadas para a prevenção e redução dos números de acidentes de trânsito, da violência e, conseqüentemente, da morbimortalidade.



2 INDICADOR DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS

O segundo indicador foi o número de pacientes vítimas de trauma que necessitaram de intervenção cirúrgica, uma vez que este grupo de pacientes, em alguns casos, necessitará de abordagem cirúrgica de emergência.

Tabela 3- Número de pacientes vítimas de trauma que necessitam intervenção cirúrgica.

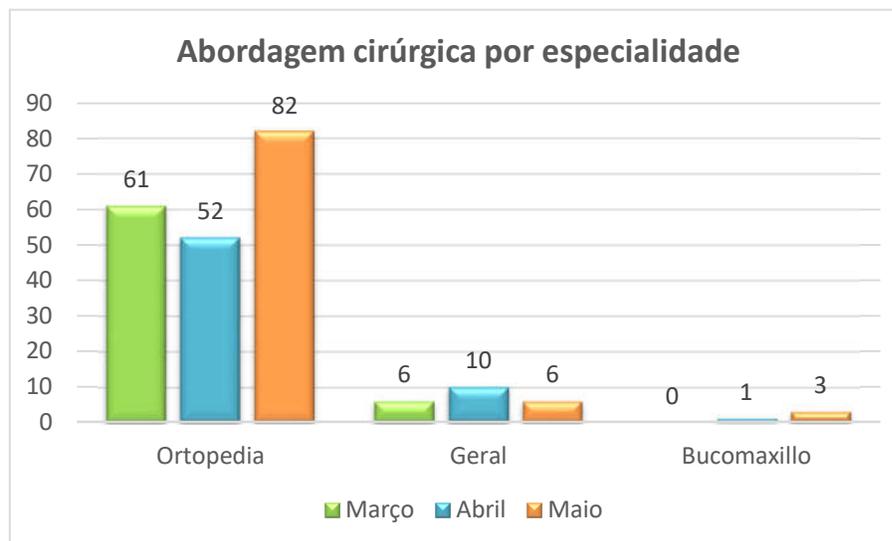
	Paciente vítimas de trauma	Pacientes que necessitam de abordagem Cirúrgica
Março	1614	67
Abril	1283	63
Maiο	1483	91

Analisando os números é possível observar que dos 4.253 pacientes atendidos na urgência durante três meses, 170 necessitaram de abordagem cirúrgica inicial.

8

Ressaltamos que o paciente vítima de trauma é atendido por uma equipe multiprofissional, portanto segue abaixo indicador do número de abordagens cirúrgicas separado por especialidade.

Gráfico 2- Abordagens cirúrgicas dos pacientes vítimas de trauma por especialidade.



Foi possível observar que a grande maioria das abordagens cirúrgicas são da especialidade ortopedia, devido ao grande número de atendimento a pacientes vítimas de acidentes automobilísticos e motociclísticos.

O perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados foi formado por indivíduos predominantemente vítimas de trauma por acidentes de trânsito, com destaque para aqueles envolvidos com motocicletas e atropelamentos. Observou-se, alta prevalência da abordagem cirúrgica como forma de tratamento em todos os mecanismos de trauma analisados.

O uso de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) está diretamente relacionado à evolução dos procedimentos cirúrgicos, sendo que as especialidades de ortopedia a maior consumidora.

Ademais, o trauma ortopédico exige fixação ortopédica definitiva e precoce, principalmente no paciente politraumatizado, uma vez que essa conduta diminui os índices de morbidade e mortalidade por reduzir as complicações pulmonares e outras decorrentes da permanência prolongada no leito.

9

3 INDICADOR DE ATENDIMENTOS

O terceiro indicador estabelecido foi o número de pacientes vítimas de trauma atendidos no pronto-atendimento, com intuito de demonstrar a representativa destes pacientes no total de atendimentos realizados.

Considerando a realidade e a dimensão dos números envolvidos, o trauma vem ocupando espaço de destaque nas estatísticas de diagnósticos e internações hospitalares, caracterizando-se como a pandemia da vida moderna e um grave problema de saúde pública, uma vez que atingiu o primeiro lugar como etiologia de morbimortalidade na população de 0 a 39 anos de idade.



Gráfico 3- Pacientes atendidos vítimas de trauma.

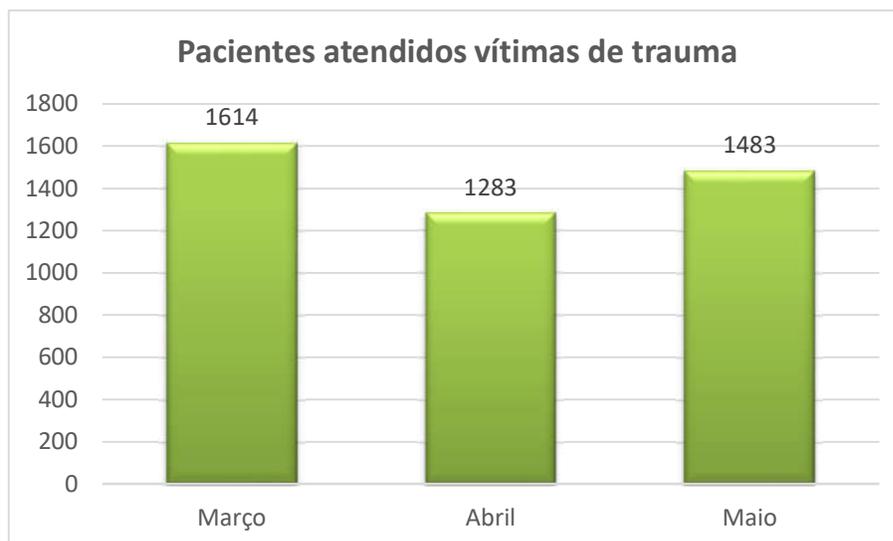
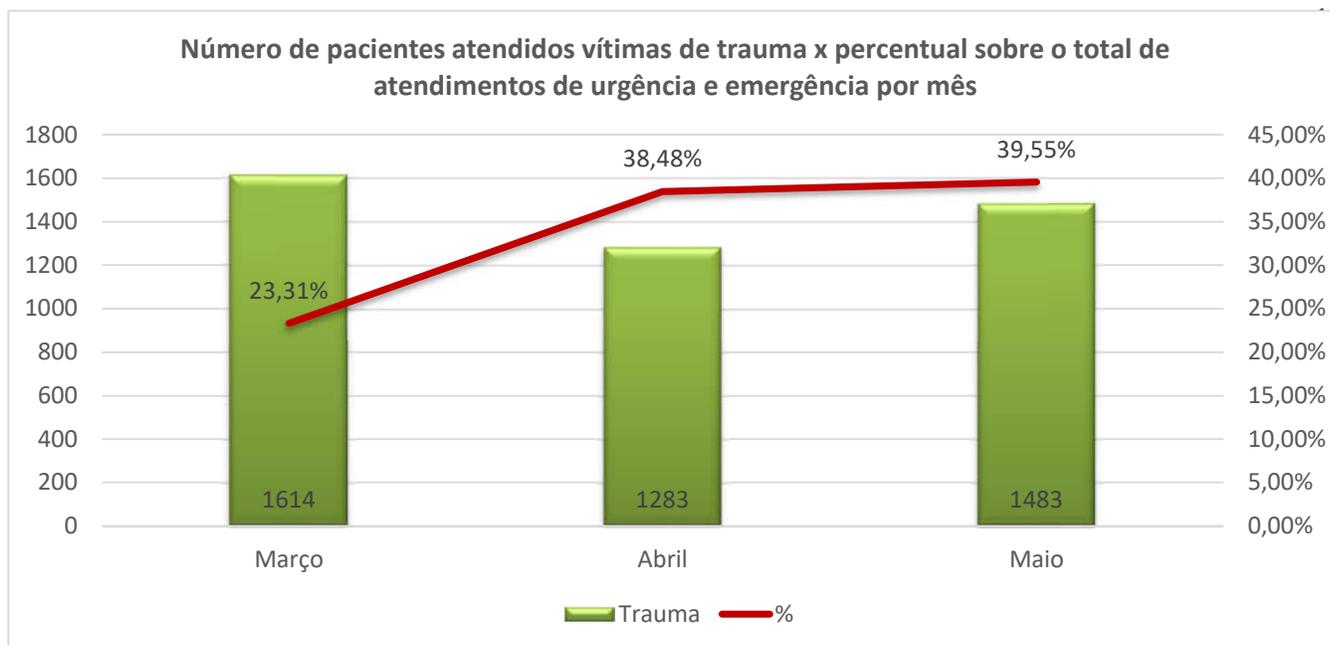


Gráfico 4- Atendimentos de trauma x total de atendimentos de urgência.



Foi possível demonstrar com o indicador acima a representatividade de atendimentos a pacientes vítimas de trauma comparado com o total atendido na urgência e emergência. Considerando essa realidade e a dimensão dos números envolvidos, o trauma vem ocupando espaço de destaque nas estatísticas de diagnósticos e internações hospitalares na instituição.

O aumento progressivo no atendimento de pacientes vítimas de trauma nas unidades de urgência e emergência pode ser atribuído a uma série de fatores, alguns dos quais incluem mudanças demográficas, urbanização, aumento da população e maior conscientização sobre os cuidados de saúde. Isso pode gerar um impacto significativo nas instalações de saúde de urgência, demandando uma resposta eficaz por parte do sistema de saúde e dos profissionais médicos.

Para lidar com esse aumento progressivo de atendimentos nas unidades de urgência de pacientes vítimas de trauma, é crucial que os sistemas de saúde estejam preparados para enfrentar a demanda.

Uma abordagem multidisciplinar que envolve governos, profissionais de saúde, organizações não governamentais e a sociedade em geral é essencial para enfrentar o desafio crescente de atender pacientes vítimas de trauma nas unidades de urgência.

11



CONCLUSÃO

O cenário encontrado na instituição não é diferente do restante do país, onde os acidentes e a violência formam o grupo das causas externas e são responsáveis por grande parte do atendimento no pronto-atendimento.

Portanto, concluímos que é de suma importância o acompanhamento deste grupo de pacientes com a finalidade de oferecer um serviço de qualidade possibilitando bons resultados.

Por fim, destacamos que foi possível atingir as metas propostas e será mantido o trabalho desenvolvido.



4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta JA, Yang JC, Winchell RJ et al. Lethal injuries and time to death in a level I trauma center. J Am Coll Surg 1998.

AGREE, Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Agree) Instrument, 2017. www.agreecollaboration.org. Consulta em abril, 2018

Allen BB1, Chiu YL, Gerber LM, Ghajar J, Greenfield JP. Age-specific cerebral perfusion pressure thresholds and survival in children and adolescents with severe traumatic brain injury*. J Neurotrauma. 2005 Jun;22(6):623-8.

American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors: Student Course Manual. Chicago: American College of Surgeons; 1997. pp. 23•105.

American College of Surgeons Committee on Trauma. Field categorization of trauma patients. Bull Am Coll Surg 1986;71: 10.

Bicas, Harley E. A., Jorge, André A. H., Oftalmologia, Fundamentos e Aplicações, São Paulo, Editora Tecmedd, 2007

Bikell WH, Pepe PE, Bailey ML et al. Randomized trial of pneumatic antishock garments in the Prehospital management of penetrating abdominal injuries. Ann Emerg Med 1987

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual

13



de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2014. 72 p.: il. ISBN 978-85-334-2186-8 1. Avaliação de tecnologias em saúde. 2. Pesquisa em saúde. 3. Tecnologias em saúde. I. Título. Cales RH, Trunkey DD. Preventable trauma deaths: a review of trauma care systems development. JAMA 1985; 254:1059•63. Champion HR, Copes WS, Sacco WJ et al. A new characterization of injury severity. J Trauma 1990; 30:539•45.

Chesnut R, Temkin N, Carney N, Dikmen S, Rondina C, Videtta W, Petroni G, Lujan S, Pridgeon J, Barber J, Machamer J, Chaddock K, Celix J, Cherner M, Hendrix T: A trial of intracranial pressure monitoring in traumatic brain injury. N Engl J Med 2012, 367:2471–2481.

Clifton G, Valdaka A, Zygun D et al. Very early hypothermia induction in patients with severe brain injury (the National Acute Brain Injury Study: Hypothermia II): a randomised trial. Lancet Neurol 2011; 10:131-39.

14

Janski, Jack J., clinical Ophthalmology, A systematic approach, 5th Edition, 2003

Jiang JY1, Xu W, Li WP, Xu WH, Zhang J, Bao YH, Ying YH, Luo QZ. Efficacy of standard trauma craniectomy for refractory intracranial hypertension with severe traumatic brain injury: a multicenter, prospective, randomized controlled study. J Neurotrauma. 2005 Jun;22(6):623-8.

Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Ministério da Saúde. 2014.

Mark N. Hadley, Beverly C. Walters; Introduction to the Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries, Neurosurgery, Volume 72, Issue suppl_3, 1 March 2013, Pages 5–16.

