
ARTIGO ORIGINAL

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ****CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY IN A TERTIARY
HOSPITAL IN THE UPPER ITAJAÍ VALLEY**Luiza Tonet dos Santos ¹Franciani Rodrigues da Rocha ¹Marcela Cristina Weber Pasa ²DOI: <https://doi.org/10.63845/6d99et28>**RESUMO**

Introdução: O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma das principais causas de morbimortalidade na população pediátrica, representando importante problema de saúde pública. A apresentação clínica e os mecanismos de lesão variam conforme a faixa etária, o que reforça a importância da análise epidemiológica regional. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico e epidemiológico de crianças e adolescentes com traumatismo cranioencefálico atendidos em um hospital terciário do Alto Vale do Itajaí. **Metodologia:** Estudo observacional, analítico, de delineamento transversal, realizado por meio da análise de prontuários eletrônicos de pacientes pediátricos diagnosticados com TCE entre janeiro de 2020 e janeiro de 2024. **Resultados:** Foram identificados 189 casos de TCE no período analisado, dos quais 160 atenderam aos critérios de inclusão. Observou-se predominância do sexo masculino (n=98), com maior frequência na faixa etária de 3 anos. Em 92,5% dos casos foram classificados como TCE leve, sendo as quedas o principal mecanismo de trauma. O sintoma mais frequentemente relatado foi vômito. A tomografia computadorizada foi o exame complementar mais solicitado. Quanto aos desfechos, 99,4% dos pacientes receberam alta hospitalar. **Conclusão:** O estudo demonstrou maior prevalência de TCE leve na população analisada, evidenciando características clínicas e epidemiológicas específicas da região estudada, que podem subsidiar ações direcionadas ao atendimento e à prevenção do traumatismo cranioencefálico pediátrico.

Descritores: Traumatismos Craniocerebrais; Epidemiologia; Criança; Adolescente; Estudos Transversais.

ABSTRACT

Introduction: Traumatic brain injury (TBI) is one of the leading causes of morbidity and mortality in the pediatric population, representing a significant public health concern. Clinical presentation and mechanisms of injury vary according to age group, highlighting the importance of regional

¹ Núcleo de Pesquisa em Ciências Médicas: investigações em saúde - NPCMed, Faculdade de Medicina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI.

² Hospital Regional do Alto Vale do Itajaí.

epidemiological analysis. **Objective:** To analyze the clinical and epidemiological profile of children and adolescents with traumatic brain injury treated at a tertiary hospital in the Alto Vale do Itajaí region. **Methods:** This was an observational, analytical, cross-sectional study conducted through the review of electronic medical records of pediatric patients diagnosed with TBI between January 2020 and January 2024. **Results:** A total of 189 TBI cases were identified during the study period, of which 160 met the inclusion criteria. There was a predominance of males ($n = 98$), with the highest frequency observed among three-year-old children. Mild TBI accounted for 92.5% of cases, and falls were the primary mechanism of injury. Vomiting was the most frequently reported symptom. Computed tomography was the most commonly requested complementary imaging exam. Regarding outcomes, 99.4% of patients were discharged from the hospital. **Conclusion:** The study demonstrated a higher prevalence of mild TBI in the analyzed population, revealing specific clinical and epidemiological characteristics of the studied region that may support targeted strategies for the management and prevention of pediatric traumatic brain injury.

Keywords: Craniocerebral Trauma; Epidemiology; Child; Adolescent; Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é definido como uma lesão cerebral traumática que compromete estruturas tanto anatômicas quanto funcionais e que pode envolver ossos e partes moles(1). Aproximadamente 81% de todos os casos de TCE são leves, considerando o total de 69 milhões de pacientes que apresentam esse diagnóstico por todas as causas anualmente em todo o mundo(2), além disso, caracteriza-se por ser o tipo de lesão traumática mais suscetível à morbimortalidade no Brasil e no mundo(1), (3).

O principal mecanismo do TCE pediátrico depende da idade, entre crianças com menos de dois anos, lesões de cabeça não acidentais e quedas de própria altura são as mais comuns, enquanto as quedas de outros níveis predominam em crianças de dois a quatro anos. De quatro anos até a adolescência, há predomínio de quedas ou acidentes de trânsito, enquanto em adolescentes mais velhos são as colisões automobilísticas(3).

Ademais o TCE é o tipo de lesão traumática mais suscetível à morbimortalidade no Brasil e no mundo(3). Conforme o tipo de intensidade da lesão, as manifestações clínicas do TCE em crianças são diversas. Para a avaliação clínica, contamos com a Escala de Coma de Glasgow Modificada (ECGM), a qual se destina especificamente à avaliação de crianças com idades entre 0 e 4 anos, para determinar o grau de severidade dos traumatismos: TCE leve (13 e 15), TCE moderado (9 a 12) e TCE grave (menor ou igual a 8 pontos). O comprometimento da função neurológica pode se manifestar como perda de consciência, amnésia, confusão ou lentidão cognitiva(4).

Em geral, os déficits neurológicos apresentam-se de forma imediata após o trauma, enquanto sinais clínicos que se manifestam tardiamente podem sugerir uma progressão mais significativa das alterações patológicas, exigindo uma avaliação aprofundada(1), (2).

Portanto, é fundamental desenvolver uma rede de conhecimento abrangente sobre o tema, dada sua relevância para a sociedade, com o objetivo de prevenir as causas que geram maior impacto, como

os acidentes automobilísticos. Isso contribuirá não apenas para auxiliar os profissionais de saúde na melhoria do atendimento e no reconhecimento precoce dos sinais de TCE, mas também para otimizar a alocação de recursos públicos, com o intuito de garantir investimentos adequados em equipamentos e treinamentos essenciais. Em vista disso, o presente estudo tem o objetivo analisar o perfil clínico e epidemiológico de crianças e adolescentes com traumatismo cranioencefálico em um hospital terciário do alto vale do Itajaí.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, analítico, de delineamento transversal, conduzido conforme as recomendações do guideline STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), sob parecer nº 6.899.746.

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional do Alto Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil, por meio de estudo observacional retrospectivo, com análise de prontuários eletrônicos provenientes dos setores de pronto atendimento, enfermagem e unidade de terapia intensiva (UTI), sem contato direto com os pacientes. Foram incluídos prontuários de pacientes com idade entre 0 e 15 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de traumatismo cranioencefálico leve, moderado ou grave, atendidos no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2024. Foram excluídos prontuários com informações incompletas quanto às variáveis centrais do estudo, especialmente classificação da gravidade do TCE e desfecho hospitalar. Por se tratar de estudo censitário, foram incluídos todos os casos elegíveis no período estabelecido, não sendo realizado cálculo amostral.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento estruturado e padronizado, previamente elaborado pelas pesquisadoras com base na literatura científica sobre TCE pediátrico. O instrumento consistiu em formulário de extração de dados contendo variáveis definidas a priori, organizada em blocos temáticos, com campos padronizados e categorizados, de modo a garantir uniformidade na coleta das informações e minimizar vieses inerentes a estudos retrospectivos baseados em prontuários

Foram coletadas variáveis sociodemográficas (idade e sexo), variáveis relacionadas ao atendimento inicial (local do primeiro atendimento e tempo decorrido entre o evento traumático e o primeiro atendimento), características clínicas e do trauma (mecanismo do trauma, presença de lesões associadas, sintomas apresentados na admissão e realização de exames complementares), bem como variáveis referentes à classificação da gravidade do TCE segundo a Escala de Coma de Glasgow Modificada para a faixa etária pediátrica, conforme registrada no prontuário no momento da admissão: categorizada em leve (13–15 pontos), moderado (9–12 pontos) e grave (≤ 8 pontos). Ademais, verificou-se o registro da aplicação da regra clínica do Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN), instrumento de decisão clínica validado para auxiliar na indicação de tomografia computadorizada em crianças com traumatismo cranioencefálico leve, por meio da análise da presença ou ausência de documentação formal do protocolo no atendimento inicial. Também foram analisadas

variáveis relacionadas à internação, incluindo necessidade e local de permanência, tempo de internação, procedimentos realizados, complicações clínicas e uso de medicamentos, além do desfecho hospitalar (alta, transferência ou óbito). Todas as informações foram extraídas exclusivamente dos registros eletrônicos institucionais e posteriormente foram organizados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0. A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e mediana e intervalo interquartil para variáveis numéricas.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 160 prontuários completos e válidos de crianças e adolescentes atendidos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2024, com mediana de idade de 3,0 anos e maior prevalência de meninos (98; 61,3%).

O local mais frequente de atendimento foi o pronto-socorro (132; 89,5%), que é o ponto de entrada inicial para a maioria dos casos de emergência, seguido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Bombeiros (15; 9,4%) (Tabela 1).

Quanto ao mecanismo de trauma, pode-se destacar as quedas de outro nível (90; 53,3%), que são comuns em crianças dessa faixa etária, especialmente em situações domésticas ou em ambientes de recreação observados através das descrições nos prontuários. Em contrapartida, a agressão foi o mecanismo menos frequente (informar n; %?) (Tabela 2).

Em relação às lesões associadas, as de membros superiores foram as mais comuns (9; 5,6%), acompanhadas por membros inferiores (8; 5,0%), lesão de tórax (6; 3,8%), lesão de coluna cervical (2; 1,3%), lesão de abdome (2; 1,3%) e, por último, lesão vascular (1; 0,6%) (Tabela 3). Esse padrão de lesões é frequentemente observado em crianças que sofrem quedas, onde o reflexo de proteção com os membros superiores é comum.

Quanto aos sintomas associados, o vômito foi o mais frequentemente registrado (39; 24,4%). Em seguida, a perda de consciência foi observada (25; 15,6%) (Tabela 4).

Em termos de exames complementares, a tomografia computadorizada (TC) foi o exame mais utilizado para avaliação do TCE (80; 50,0%) e não foi observado em nenhum dos prontuários analisados o método Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN), que analisa a necessidade de TC em crianças com TCE leve. O principal objetivo é minimizar o uso desnecessário de radiação em crianças, através de um conjunto de critérios de avaliação clínica. Além disso, a escala de coma de Glasgow foi o método de avaliação física mais frequente (154; 96,3%) (Tabela 5).

A análise realizada mostrou que a grande maioria dos casos de TCE foi classificada como leve (148; 92,5%), e apenas (4; 2,5%) foram classificados como graves (Tabela 6).

No contexto das admissões hospitalares, a maioria dos casos não resultou em internação (131; 81,9%), o que pode estar associado aos dados que indicam que a maioria dos casos de TCE leves não requer hospitalização (Tabela 7).

Observam-se as lesões cerebrais focais como mais prevalentes dentre as lesões relacionadas ao TCE (37; 23,2%) e apenas (1; 0,6%) de lesão axonal traumática difusa (Tabela 8). Em adição, a intubação orotraqueal foi o procedimento mais usual (7; 4,4%), e em segundo plano, a craniotomia descompressiva (6; 3,8%) (Tabela 9).

A Tabela 10 demonstra as complicações, nas quais é possível perceber as fraturas de ossos do crânio como mais relevantes (22; 13,8%), e as menos prevalentes, como herniação cerebral (1; 0,6%), encefalopatia traumática (1; 0,6%), anemia (1; 0,6%), sepse (1; 0,6%) e choque (1; 0,6%). Não foram observados casos de trombocitopenia (0; 0%), hiperglicemia (0; 0%), síndrome do segundo impacto (0; 0%), dificuldades motoras (0; 0%), alterações de fala (0; 0%), paralisia (0; 0%), morte encefálica (0; 0%) ou deterioração mental (0; 0%).

Entre as medicações mais frequentemente empregadas, a analgesia figura como a mais utilizada (57; 35,6%) (Tabela 11).

Por fim, a Tabela 12 revela que a maioria predominante dos desfechos foi de alta hospitalar (159; 99,4%), com apenas (1; 0,6%) caso de óbito e nenhum caso de transferência (0; 0%), uma conclusão positiva dada a quantidade de casos analisados.

No que se refere ao tempo do trauma até o primeiro atendimento, 130 pacientes (81,3%) apresentavam essa informação registrada, enquanto 30 (18,7%) não constavam essa informação no prontuário. O atendimento imediato foi realizado em (informar n; 15,0%), seguido por 60 minutos (informar n; 7,5%) e 30 minutos (informar n; 6,9%).

Quanto ao tempo de permanência, a maioria permaneceu no pronto atendimento por 120 minutos (informar n; 16,9%). Na enfermaria, o período de internação foi de 1 dia para (9; 5,6%), enquanto na UTI, a permanência foi de 2 dias para (1; 1,3%) (Tabela 13).

DISCUSSÃO

O TCE continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade, tanto no Brasil quanto no cenário global, e reflete um grave problema de saúde pública(1). No entanto, a falta de uma base robusta de literatura nacional sobre o tema evidencia uma significativa lacuna de conhecimento científico, que coloca o país em desvantagem em comparação com outras nações, especialmente no que se refere a dados epidemiológicos e estratégias de manejo(5)(6).

Ademais, quando analisamos os mecanismos de lesão associados ao TCE, é possível observar que quedas de própria altura e de outros níveis são as principais causas, um achado que se alinha à predominância de TCEs classificados como leves(1). Essa correlação é compreensível, se considerar que as quedas geralmente resultam em impactos de menor intensidade. Em contraste, traumas cranianos de maior gravidade, como os classificados como moderados a graves, estão majoritariamente relacionados a acidentes automobilísticos, uma realidade que se tornou mais evidente com o processo acelerado de urbanização e a expansão de veículos nos últimos 100 anos(3).

No que diz respeito ao TCE abusivo, também conhecido como lesão não acidental, este permanece uma das principais causas de mortalidade infantil globalmente, o que ressalta a gravidade deste tipo de violência(3). Embora essa preocupação persista, os achados do atual estudo não se mostraram significativos, pois registramos apenas dois casos de lesões não acidentais, o que sugere uma possível subnotificação ou, de maneira otimista, uma menor prevalência em nossa amostra.

A análise dos dados revelou que a faixa etária mais prevalente entre os pacientes atendidos foi de 3 anos, o que está em consonância com a literatura(3,4), que aponta esse grupo como particularmente vulnerável a acidentes, principalmente devido ao desenvolvimento motor e à curiosidade natural dessa faixa etária. O sexo masculino foi o mais prevalente, com 98 pacientes do sexo masculino comparados a um número menor de pacientes do sexo feminino, o que reflete uma tendência já observada em estudos anteriores, que mostram maior incidência de TCE entre os meninos(4).

Além disso, o vômito foi o sintoma mais frequentemente associado aos casos de TCE, um sinal clínico relevante que pode indicar a gravidade do trauma, especialmente em casos moderados ou graves(4).

A maioria dos casos foi classificada como leve, o que confirma os achados da literatura, que indica que a grande maioria dos casos de TCE em crianças se apresenta com sinais leves, sem necessidade de internação. Isso se reflete na observação de que a maior parte dos pacientes não precisou de internação e em muitos casos de TCE leve com pontuação 15 na ECG, a observação clínica por algumas horas é suficiente, e a alta hospitalar é liberada sem complicações(1).

Em relação aos exames complementares, a TC foi o método de imagem mais solicitado, e está em relacionado com as diretrizes atuais que recomendam a TC como o padrão ouro para a avaliação inicial de casos suspeitos de TCE(7), (8). Embora alguns estudos recentes sugiram que a ressonância magnética (RM) possa oferecer maior precisão diagnóstica em determinadas situações, a aplicação dessa tecnologia ainda enfrenta limitações na realidade brasileira, devido a fatores como disponibilidade e custo(9), (10).

O desfecho clínico para a maioria dos pacientes foi positivo, com 99,4% recebendo alta hospitalar e apenas um óbito registrado, um dado que é importante para a análise do impacto das intervenções e da gravidade dos casos atendidos(1). Não houve necessidade de transferência para outros centros de maior complexidade, o que pode indicar que o hospital regional é adequado para lidar com a maioria dos casos de TCE infantil.

Com relação ao tempo entre o trauma e o primeiro atendimento, a maior parte dos pacientes recebeu atendimento imediato, o que demonstra a eficiência do sistema de emergência do hospital em oferecer cuidados rápidos. O tempo de permanência no pronto-socorro foi de 120 minutos para a maioria dos casos, e a permanência na enfermaria foi em média de 1 dia, enquanto na UTI foi de 2 dias, refletindo o cuidado intensivo necessário para casos mais graves. No entanto, nenhuma literatura atual estabelece um tempo específico na assistência ao TCE, embora seja prestada de forma imediata(1).

As principais limitações deste estudo incluem sua abrangência geográfica, uma vez que foi conduzido em um hospital terciário de referência regional. Embora a instituição atenda a uma ampla população, a inclusão de dados de outras regiões do estado possibilitaria uma análise mais representativa da realidade de Santa Catarina em comparação ao cenário nacional.

Dentre o período de janeiro de 2020 a janeiro de 2024, 189 casos de TCE foram admitidos no Hospital estudado, dos quais 7 foram erroneamente classificados como traumatismo através do Código Internacional das Doenças, embora não correspondessem a essa condição. Além disso, 17 prontuários estavam incompletos e, por isso, foram excluídos da análise estatística. A insuficiência de dados abrangeu desde a classificação do trauma até o desfecho.

Além disso, a aplicação do método PECARN foi restrita, sendo utilizada em apenas um caso entre os 89 pacientes com idade até 3 anos, o que limita a avaliação de sua efetividade na triagem do TCE pediátrico. Estudos futuros com amostras mais amplas e multicêntricas podem contribuir para uma compreensão mais abrangente do tema.

Este estudo, realizado em um hospital de referência fornece informações relevantes sobre a realidade de um hospital que atende uma população diversa. A compreensão dessas características é fundamental para identificar lacunas na atenção à saúde infantil e melhorar as práticas de prevenção e tratamento de TCEs na região. Além disso, o estudo corrobora a literatura existente, mostrando que o hospital segue as diretrizes atualizadas para o manejo do TCE infantil, individualizando o tratamento conforme a gravidade de cada caso e assegurando a alta precoce para a maioria dos pacientes.

CONCLUSÃO

Em conclusão, este trabalho tem grande relevância para a compreensão das características dos casos de traumatismo cranioencefálico em crianças, principalmente em contextos regionais, e pode contribuir para a melhoria das estratégias de atendimento, prevenção e educação em saúde, além de fornecer dados importantes para a gestão hospitalar e a alocação de recursos.

REFERÊNCIAS

1. Araki T, Yokota H, Morita A. **Pediatric traumatic brain injury: characteristic features, diagnosis, and management.** *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2017;57(2):82-93. doi:10.2176/nmc.ra.2016-0191.
2. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, et al. **Estimating the global incidence of traumatic brain injury.** *J Neurosurg*. 2019;130(4):1080-1097. doi:10.3171/2017.10.JNS17352.
3. Singaraju H, Leong AZ, Lim YC, Nga V, Goh LG. **Paediatric traumatic brain injury: an approach in primary care.** *Singapore Med J*. 2021;62(9):454-457. doi:10.11622/smedj.2021146.

4. Silverberg ND, Iaccarino MA, Panenka WJ, Iverson GL, McCulloch KL, Dams-O'Connor K, et al. **Management of concussion and mild traumatic brain injury: a synthesis of practice guidelines.** Arch Phys Med Rehabil. 2020;101(2):382-393. doi:10.1016/j.apmr.2019.10.179.
5. de Almeida CE, de Sousa Filho JL, Dourado JC, Gontijo PA, Dellaretti MA, Costa BS. **Traumatic brain injury epidemiology in Brazil.** World Neurosurg. 2016;87:540-547. doi:10.1016/j.wneu.2015.10.020.
6. Magalhães ALG, Barros JLVM, Cardoso MGF, Rocha NP, Faleiro RM, Souza LC, et al. **Traumatic brain injury in Brazil: an epidemiological study and systematic review of the literature.** Arq Neuropsiquiatr. 2022;80(4):410-423. doi:10.1590/0004-282X-ANP-2021-0035.
7. de Souza LC, Mazzu-Nascimento T, de Almeida Ballesterro JG, de Oliveira RS, Ballesterro M. **Epidemiological study of paediatric traumatic brain injury in Brazil.** World Neurosurg X. 2023;19:100206. doi:10.1016/j.wnsx.2023.100206.
8. Figaji A. **An update on pediatric traumatic brain injury.** Childs Nerv Syst. 2023;39(11):3071-3081. doi:10.1007/s00381-023-06173-y.
9. de Souza LC, Mazzu-Nascimento T, de Almeida Ballesterro JG, de Oliveira RS, Ballesterro M. **Epidemiological study of paediatric traumatic brain injury in Brazil.** World Neurosurg X. 2023;19:100206. doi:10.1016/j.wnsx.2023.100206.
10. Kennedy E, Cohen M, Munafò M. **Childhood traumatic brain injury and the associations with risk behavior in adolescence and young adulthood: a systematic review.** J Head Trauma Rehabil. 2017;32(6):425-432. doi:10.1097/HTR.0000000000000289.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra (N=160)

Variáveis caracterização da amostra	Mediana (IIQ) ou n (%)
Idade (anos)	3,0 (1,0 – 5,8)
Sexo	
Masculino	98 (61,3)
Feminino	62 (38,8)
Local de admissão	
Pronto Socorro	132 (82,5)
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Bombeiros	15 (9,4)
Unidade de Pronto Atendimento	7 (4,4)
Unidade Básica de Saúde	3 (1,9)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 2. Mecanismo de trauma (N=160)

Variáveis	n (%)
Mecanismo do trauma	
Queda de outro nível	90 (56,3)
Queda de própria altura	30 (18,8)
Colisão	22 (13,8)
Acidente automobilístico	9 (5,6)
Atropelamento	7 (4,4)
Agressão	2 (1,3)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 3. Ferimentos associados (N=160)

Variáveis	n (%)
Lesão de membros superiores	9 (5,6)
Lesão de membros inferiores	8 (5,0)
Lesão de tórax	6 (3,8)
Lesão de coluna cervical	2 (1,3)
Lesão de abdome	2 (1,3)
Lesão vascular	1 (0,6)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 4. Sintomas associados (N=160)

Variáveis	n (%)
Vômitos	39 (24,4)
Perda de consciência	25 (15,6)
Cefaleia	15 (9,4)
Sangramento nasal	11 (6,9)
Náuseas	7 (4,4)
Desatenção	6 (3,8)
Labilidade emocional	6 (3,8)
Tontura	3 (1,9)
Hemiparesia	3 (1,9)
Discurso lento ou incoerente	2 (1,3)
Visão turva	1 (0,6)
Anormalidades e desequilíbrio de marcha	1 (0,6)
Epilepsia pós traumática	1 (0,6)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 5. Exames complementares (N=160)

Variáveis	n (%)
Escala de coma de Glasgow modificada	154 (96,3)
Tomografia computadorizada	80 (50,0)
Exame físico neurológico	9 (5,6)
Ressonância magnética	1 (0,6)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 6. Classificação do trauma (N=160)

Variáveis	n (%)
Leve	148 (92,5)
Moderado	7 (4,4)
Grave	4 (2,5)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 7. Internação (N=160)

Variáveis	n (%)
Não houve internação	131 (81,9)
Observação	67 (41,9)
Enfermaria	22 (13,8)
UTI	12 (7,5)

Legenda: UTI: Unidade de Terapia Intensiva. **Nota:** Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 8. Lesões relacionadas ao TCE moderado e grave (N=160)

Variáveis	n (%)
<i>Lesão cerebral difusa</i>	
Lesão axonal traumática difusa	1 (0,6)
<i>Lesão cerebral focal</i>	
Fratura de crânio	23 (14,4)
Hematoma epidural	5 (3,1)
Hematoma subaracnoideo	4 (2,5)
Hematoma subdural	3 (1,9)
Hematoma intracerebral	2 (1,3)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 9. Procedimentos relacionados ao TCE moderado e grave (N=160)

Variáveis	n (%)
Necessidade de intubação orotraqueal	7 (4,4)
Craniotomia descompressiva	6 (3,8)
Uso de ventilação mecânica	5 (3,1)
Coma induzido	5 (3,1)
Necessidade de cirurgia ou monitorização da pressão intracraniana	3 (1,9)
Drenagem do líquido cefalorraquidiano	1 (0,6)
Necessidade de reanimação cardiorrespiratória	1 (0,6)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 10. Complicações relacionadas ao TCE moderado e grave (N=160)

Variáveis	n (%)
Fratura de ossos do crânio	22 (13,8)
Hipertensão craniana	2 (1,3)
Convulsões	2 (1,3)
Encefalopatia traumática	1 (0,6)
Anemia	1 (0,6)
Sepse	1 (0,6)
Choque	1 (0,6)
Herniação cerebral	1 (0,6)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 11. Medicações relacionadas ao TCE moderado e grave (N=160)

Variáveis	n (%)
Analgesia	57 (35,6)
Sedação	8 (5)
Antibióticos	7 (4,4)
Drogas vasoativas	6 (3,8)
Anticonvulsivantes	3 (1,9)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 12. Desfecho (N=160)

Variáveis	n (%)
Alta	159 (99,4)
Morte	1 (0,6)

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 13. Tempo do trauma até o primeiro atendimento (N=130)

Variáveis	n (%)
Imediato	15%
60 minutos	7,5%
30 minutos	6,9%

Nota: Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.

Tabela 14. Tempo de permanência

Variáveis	n (%)
Pronto Atendimento	135
120 minutos	16,9%
Enfermaria	22
01 dia	5,6%
UTI	12
2 dias	1,3%

Legenda: UTI: Unidade de Terapia Intensiva. **Nota:** Os dados foram expressos em mediana e intervalo-interquartil (IIQ) ou número absoluto e porcentagem (%). **Método estatístico empregado:** Análise descritiva de frequências.