

Análise do atendimento primário de pacientes vítimas de violência interpessoal e autodirigida durante a pandemia da COVID-19

Analysis of primary care of victims of interpersonal and self inflicted violence during the COVID-19 pandemic

HELOÍSA MORO TEIXEIRA¹ ; ANGEL ADRIANY DA-SILVA¹ ; ANNE KAROLINE CARDOZO DA-ROCHA¹ ; MARIANA ROTHERMEL VALDERRAMA¹ ; RAFAELLA STRADIOTTO BERNARDELLI² ; VITÓRIA WISNIEWSKI MARUCCO SILVA¹ ; LUIZ CARLOS VON BAHTEN, TCBC-PR^{1,3,4} .

R E S U M O

Objetivo: analisar o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de agressão admitidos na sala de emergência de um hospital de trauma durante a pandemia da COVID-19, comparar tais dados entre os diferentes períodos de restrição e com os dados de um estudo pré-pandêmico do mesmo hospital. **Métodos:** estudo transversal com amostragem probabilística utilizando prontuários de pacientes vítimas de agressão admitidos no referido hospital entre junho de 2020 e maio de 2021. Além das variáveis epidemiológicas, coletou-se o nível de restrição vigente, o mecanismo de agressão, as lesões resultantes e o Revised Trauma Score (RTS). Os dados foram comparados entre os três níveis e a proporção de atendimentos no período do estudo foi comparada com a do estudo pré-pandêmico (dezembro de 2016 a fevereiro de 2018). **Resultados:** a média etária foi de 35,5 anos, 86,1% dos pacientes eram do sexo masculino. e 61,6% dos atendimentos corresponderam a agressão física por ferimento contuso. A maior média de atendimentos por dia ocorreu durante o nível amarelo (2,9), contudo não houve diferença significativa nos atendimentos quando comparados os períodos de restrição dois a dois. Também não houve diferença significativa tanto na análise dos resíduos padronizados das proporções de agressões quanto em cada mecanismo de agressão nos períodos pré-pandêmico e pandêmico. **Conclusões:** houve predominância de atendimentos por agressão por trauma contuso e em pacientes jovens do sexo masculino. Não houve diferença significativa entre a média diária de atendimentos por agressão durante os três níveis de restrição implementados e entre a proporção de atendimentos do período pré-pandêmico e pandêmico.

Palavras-chave: Agressão. Ferimentos e Lesões. Epidemiologia. Traumatologia. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o uso intencional de força física ou poder contra uma pessoa, grupo ou comunidade, resultando em lesão, morte, danos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação. A violência pode ser interpessoal, quando ocorre entre membros de uma família, parceiros, amigos, conhecidos ou desconhecidos, ou autodirigida, que inclui o comportamento suicida e a auto-mutilação¹.

Mais de 1,3 milhão de pessoas morrem anualmente em decorrência da violência, o que equivale a 2,5% da mortalidade global. Entre a população de 15-44 anos, a violência representa a quarta causa de mortalidade no mundo¹. O Brasil registrou, em 2019, 45.503 homicídios, uma taxa de 21,7 mortes por 100 mil habitantes, menor número registrado desde 1995.

No entanto, o Atlas da Violência destaca que houve diminuição da qualidade dos registros oficiais². Nesse contexto, evidencia-se a importância do levantamento contínuo de dados epidemiológicos deste evento e das lesões resultantes, a fim de identificar mudanças na morbimortalidade, otimizar a assistência médica e de motivar a implementação de políticas públicas preventivas³.

Em 2020, outra doença ficou em evidência em relação a dados epidemiológicos e foi declarada como pandemia. A doença causada pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), com primeiro caso relatado em 2019, é altamente transmissível por partículas das vias aéreas superiores. Embora a maioria dos infectados seja assintomática, o que aumenta o número de casos, a doença pode evoluir para quadros de insuficiência respiratória, necessitando de suporte hospitalar^{4,5}. Deste modo, como forma de conter a sua propagação e reduzir

1 - Hospital Universitário Cajuru, Liga Acadêmica do Trauma (LATHUC) - Curitiba - PR - Brasil 2 - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Medicina e Ciências da Vida - Departamento de Bioestatística - Curitiba - PR - Brasil 3 - Universidade Federal do Paraná, Departamento de Clínica Cirúrgica - Curitiba - PR - Brasil 4 - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Medicina e Ciências da Vida - Departamento de Clínica Cirúrgica - Curitiba - PR - Brasil

a sobrecarga nos sistemas de saúde, diversos governos adotaram políticas de distanciamento social e protocolos de medidas não farmacológicas em diferentes níveis de restrição⁶. A Prefeitura de Curitiba (Brasil) implementou em junho de 2020 o Protocolo de Responsabilidade Sanitária e Social, que apresentou 3 níveis de restrição de circulação de pessoas de acordo com a situação de risco de transmissão da COVID-19. Tais níveis foram apresentados à população em forma de esquema de cores, em que o primeiro nível, denominado amarelo, define situação de alerta, encorajando medidas de responsabilidade sanitária e social. O segundo, nível laranja, define risco moderado e institui algumas restrições de funcionamento de serviços, comércios e áreas que propiciam a aglomeração de pessoas. Por último, o nível de alto risco, denominado vermelho, impõe a restrição da circulação de pessoas e permite o funcionamento apenas de serviços essenciais⁷.

No contexto da doença trauma, se antecipava que as restrições gerariam uma diminuição global no número destes casos por diminuição da circulação de pessoas, havendo menor risco da ocorrência de acidentes de trânsito ou violência interpessoal⁸. Deste modo, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil epidemiológico das vítimas de agressões admitidas na sala de emergência de um hospital de referência no município de Curitiba-PR no contexto da pandemia da COVID-19. Além disso, analisar se houve diferença de atendimentos entre os níveis de restrição implementados neste período e comparar os resultados com os do período anterior à pandemia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com amostragem probabilística de prontuários de pacientes admitidos em um Hospital Universitário de Curitiba-PR entre o período de junho de 2020 a maio de 2021. Foram incluídos pacientes vítimas de agressão com idade igual ou superior a 18 anos, admitidos via sala de emergência por procura direta ou trazidos por serviço de resgate médico. Foram excluídos prontuários incompletos ou de pacientes em óbito na chegada ao hospital.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com base nos dados do estudo no período prévio à pandemia da mesma instituição (dezembro de 2016 a fevereiro de 2018)⁹ e da amostra inicial

de 100 atendimentos sucessivos ocorridos durante a pandemia. Para detectar diferença significativa entre as distribuições sobre as classificações do mecanismo de trauma (agressões, acidentes de trânsito e quedas), quando são comparados os períodos pré-pandemia e durante a pandemia, seriam necessários um total de 833 pacientes, considerando-se o nível de significância de 5% e poder do teste de 80%. A amostragem dos prontuários ocorreu por meio do programa computacional GraphPad. Em dias alternados, foi sorteado um quinto dos prontuários, seguindo os critérios de inclusão.

As variáveis coletadas foram: idade e gênero da vítima; tipo de agressão sofrida; dia da semana em que ocorreu; nível restritivo vigente (níveis amarelo, laranja e vermelho); se era ou não feriado; qual serviço de transporte levou o paciente até o hospital. Variáveis do atendimento inicial intra-hospitalar: valor resultante da Escala de Coma de Glasgow (ECG), pressão arterial sistólica (PAS) e frequência respiratória (FR) para cálculo do Revised Trauma Score (RTS); se foi acionado o protocolo de transfusão maciça; quais regiões corporais foram lesionadas; presença de trauma de extremidades, fratura exposta e/ou trauma cranioencefálico (TCE); se o paciente necessitou de internamento para resolução do quadro; se houve consumo de bebida alcoólica e/ou drogas previamente à agressão e se houve tentativa de suicídio (autoagressão).

Dentre os serviços de resgate médico, há o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma (SIATE), que foi criado em 1990 em Curitiba, possui integração ao Corpo de Bombeiros e realiza atendimentos a vítimas de trauma. Além dele, há o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que foi criado em 1995 e existe em todo o Brasil, sendo responsável por atender todos os tipos de emergência médica, inclusive o trauma⁹. O RTS é um escore fisiológico que permite avaliar a morbimortalidade do politraumatizado. Seus valores variam entre 0 e 8 e permitem frações, e quanto maior o valor final, melhor será o prognóstico do paciente¹⁰.

Os dados coletados foram registrados em uma planilha do programa Microsoft Excel® e analisados com o programa computacional IBM SPSS Statistics v.20.0. Armonk, NY: IBM Corp. Os resultados de idade foram

descritos por média, desvio padrão, mínimo e máximo e variáveis categóricas descritas por frequência e percentual. O teste não paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparar os escores ECG e RTS entre os três grupos estabelecidos pelos níveis de restrição. As associações das variáveis categóricas relativas às agressões com os 3 níveis de restrição foram analisadas por meio do teste de Qui-quadrado. Os períodos definidos pelos três níveis foram comparados dois a dois em relação à incidência de ocorrências de atendimentos por agressões. O teste de Qui-quadrado foi utilizado para comparar a proporção de atendimentos por agressão e outros (acidentes de trânsito e quedas) realizados no período da pandemia com os atendimentos pré-pandemia no mesmo hospital⁹. Também foi comparada a proporção de mecanismos de agressão (agressão física, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca) do período da pandemia com o da pré-pandemia⁹. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Para as análises que

apresentaram significância estatística no teste de qui-quadrado, foram analisados os resíduos, considerando que há associação entre as variáveis nas células que apresentam valor de resíduos padronizados ajustado maior que 1,96. Não foram adotadas estratégias para correção de dados ausentes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e apresenta como identificação o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 40014320.2.0000.0020, sob o parecer de número 4573831.

RESULTADOS

Foram incluídos 172 pacientes, cuja média de idade foi de 35,5 anos, com desvio padrão de 11,5 (18-72 anos). A faixa etária predominante foi de 18 a 29 anos (37,2%) e 86,1% dos pacientes eram do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1 - Epidemiologia das agressões durante a pandemia da COVID-19.

Variável	Classificação	n=172 n(%)
Idade (anos)	18 a 29	64 (37,2%)
	30 a 39	46 (26,7%)
	40 a 49	43 (25%)
	50 a 59	14 (8,1%)
	60 a 69	2 (1,2%)
	≥70	3 (1,7%)
Sexo	Feminino	24 (13,9%)
	Masculino	148 (86,1%)
Mecanismo de Agressão	Agressão Física	106 (61,6%)
	Ferimento por Arma Branca (FAB)	34 (19,8%)
	Ferimento por Arma de Fogo (FAF)	25 (14,5%)
	Autoagressão (AA)	7 (4,1%)
	Face	42 (24,4%)
	Cabeça pescoço	44 (25,6%)
Lesões resultantes (região anatômica)	Membros superiores	42 (24,4%)
	Tórax	28 (16,3%)
	Abdome	17 (9,9%)
	Dorso	12 (7%)
	Pelve/quadril	12 (7%)
	Membros inferiores	26 (15,1%)
	Superfícies externas	56 (32,6%)

Variável	Classificação	n=172 n(%)
Relata consumo de bebida alcoólica	Não	143 (83,1%)
	Sim	29 (16,9%)
Relata consumo de outras drogas	Não	134 (77,9%)
	Sim	38 (22,1%)
Dia da Semana	Segunda-feira	23 (13,4%)
	Terça-feira	20 (11,6%)
	Quarta-feira	23 (13,4%)
	Quinta-feira	23 (13,4%)
	Sexta-feira	26 (15,1%)
	Sábado	29 (16,9%)
	Domingo	28 (16,3%)
	SIATE	93 (54,1%)
Transporte	SAMU	73 (42,4%)
	Procura direta	3 (1,7%)
	Helicóptero	2 (1,2%)
	Concessionária de rodovia	1 (0,6%)

Quanto aos dias da semana, sábado e domingo representaram os maiores números de atendimentos (Tabela 1) e 8 pacientes foram atendidos em feriados. A maioria foi levada ao hospital via SIATE (54,1%) e SAMU (42,4%) (Tabela 1).

No que se refere ao mecanismo de agressão, a maioria dos pacientes sofreu agressão física com ferimento contuso (61,6%) (Tabela 1). Dos 7 pacientes atendidos por autoagressão, três foram por intoxicação exógena (1,7%), dois por autoflagelamento (1,2%) e dois por enforcamento (1,2%). O consumo de bebida alcoólica e de outras drogas foi relatado por 16,9% e 22,1% dos pacientes, respectivamente (Tabela 1).

Em relação à ECG, a pontuação média foi de 14,25 e a mediana 15 (3-15). Já no RTS, a média e mediana foram de 7,65 e 7,8, respectivamente, sendo o maior valor encontrado 7,8 e o menor 2,3.

Quanto à região corporal, as mais lesadas foram: superfície externa por ferimento corto-contuso, cabeça e pescoço, face, membros superiores, tórax e membros inferiores (Tabela 1). Além disso, 15,1% (n=26) sofreram trauma de extremidades, 23,07% (n=6) destes com fratura exposta, e 9,3% (n=16) sofreram TCE, sendo a média da pontuação na ECG 14,25. Do

total, 34,3% (n=59) necessitaram de internamento para resolução do quadro clínico e apenas 1,2% precisaram receber transfusão maciça.

Em relação aos níveis de restrição implementados, a maior média de atendimentos por dia ocorreu durante o nível amarelo, cujo valor foi de 2,9. Contudo, quando comparados os períodos dois a dois, não houve diferença significativa entre os níveis amarelo e laranja ($p=0,134$), amarelo e vermelho ($p=0,308$) e laranja e vermelho ($p=0,643$). Houve diferença significativa no relato de consumo de bebida alcoólica entre os 3 níveis de restrição ($p<0,001$), com proporção significativamente maior no nível vermelho. Quanto às lesões, houve diferença significativa entre os grupos de pacientes que foram atendidos na vigência de cada um dos 3 níveis de restrição quanto à ocorrência de lesão em face ($p=0,011$), em superfícies externas ($p<0,001$) e de TCE ($p=0,034$). Há proporcionalmente maior ocorrência de lesão em face no nível amarelo, de lesão em superfícies externas no nível amarelo e de TCEs no nível vermelho (Tabela 2).

Sobre a variável RTS, não houve diferença significativa entre os 3 níveis de restrição e a média de maior valor foi durante o nível Amarelo (7,8) (Tabela 3).

Tabela 2 - Análise da associação de cada uma das variáveis categóricas relacionadas às agressões com os níveis de restrição.

Variável	Classificação	Níveis de Restrição			p*
		Amarelo (n=57)	Laranja (n=101)	Vermelho (n=14)	
Sexo	Feminino	5 (8,8%)	16 (15,8%)	3 (21,4%)	0,329
	Masculino	52 (91,2%)	85 (84,2%)	11 (78,6%)	
Mecanismo de Agressão	Agressão Física	35 (61,4%)	62 (61,4%)	9 (64,3%)	0,151§
	FAB	17 (29,8%)	16 (15,8%)	1 (7,1%)	
	FAF	5 (8,8%)	17 (16,8%)	3 (21,4%)	
	Tentativa de suicídio	0 (0%)	6 (5,9%)	1 (7,1%)	
Motivo da Agressão	Discussão	4 (7%)	3 (3%)	1 (7,1%)	0,459
	Assalto	53 (93%)	98 (97%)	13 (92,9%)	
Lesão em face	Não	51 (89,5%) [-3,0]#	70 (69,3%) [-2,3]#	9 (64,3%) [-1,0]#	0,011
	Sim	6 (10,5%) [-3,0]#	31 (30,7%) [2,3]#	5 (35,7%) [1,0]#	
Lesão em cabeça e pescoço	Não	46 (80,7%)	75 (74,3%)	7 (50%)	0,062
	Sim	11 (19,3%)	26 (25,7%)	7 (50%)	
Lesão em membros superiores	Não	47 (82,5%)	77 (76,2%)	6 (42,9%)	0,008
	Sim	10 (17,5%)	24 (23,8%)	8 (57,1%)	
Lesão em tórax	Não	47 (82,5%)	87 (86,1%)	10 (71,4%)	0,358
	Sim	10 (17,5%)	14 (13,9%)	4 (28,6%)	
Lesão em abdome	Não	51 (89,5%)	93 (92,1%)	11 (78,6%)	0,278
	Sim	6 (10,5%)	8 (7,9%)	3 (21,4%)	
Lesão em dorso	Não	55 (96,5%)	92 (91,1%)	13 (92,9%)	0,441
	Sim	2 (3,5%)	9 (8,9%)	1 (7,1%)	
Lesão em pelve/quadril	Não	55 (96,5%)	92 (91,1%)	13 (92,9%)	0,441
	Sim	2 (3,5%)	9 (8,9%)	1 (7,1%)	
Lesão em membros inferiores	Não	52 (91,2%)	84 (83,2%)	10 (71,4%)	0,136
	Sim	5 (8,8%)	17 (16,8%)	4 (28,6%)	
Lesão em superfícies externas	Não	28 (49,1%) [-3,6]#	74 (73,3%) [1,9]#	14 (100%) [2,7]#	<0,001
	Sim	29 (50,9%) [3,6]#	27 (26,7%) [-1,9]#	0 (0%) [-2,7]#	
Trauma Ortopédico	Não	51 (89,5%)	84 (83,2%)	11 (78,6%)	0,449
	Sim	6 (10,5%)	17 (16,8%)	3 (21,4%)	
Fratura Exposta	Não	56 (98,2%)	98 (97%)	12 (85,7%)	-
	Sim	1 (1,8%)	3 (3%)	2 (14,3%)	
TCE	Não	53 (93%) [0,7]#	93 (92,1%) [0,7]#	10 (71,4%) [-2,6]#	0,034
	Sim	4 (7%) [-0,7]#	8 (7,9%) [-0,7]#	4 (28,6%) [2,6]#	
Paciente ficará internado	Não	39 (68,4%)	66 (65,3%)	8 (57,1%)	0,723
	Sim	18 (31,6%)	35 (34,7%)	6 (42,9%)	
Relata consumo de bebida alcoólica	Não	50 (87,7%) [1,1]#	87 (86,1%) [1,3]#	6 (42,9%) [-4,2]#	<0,001
	Sim	7 (12,3%) [-1,1]#	14 (13,9%) [-1,3]#	8 (57,1%) [4,2]#	
Relata consumo de outras drogas	Não	45 (78,9%)	80 (79,2%)	9 (64,3%)	0,439
	Sim	12 (21,1%)	21 (20,8%)	5 (35,7%)	

Resultado descrito em frequência (percentual). *Teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$. §A comparação foi realizada entre os grupos agressão física, FAB e FAF. A tentativa de suicídio foi excluída da análise dada a baixa frequência de casos. #Resíduos padronizados ajustados que para cada célula resulta de: $(\text{frequência observada} - \text{frequência esperada})^2 \div \text{frequência esperada}$. Células com valores maiores que 2 indicam associação/diferença significativa entre as variáveis. Resíduos positivos indicam relação direta, enquanto negativos indicam relação inversa. Os resíduos foram apresentados nos casos de associação significativa pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 3 - Análise do escore RTS a partir de cada nível de restrição.

Nível de restrição	Escore RTS					p*
	n	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	
Amarelo	57	7,8	7,8	5,0	7,8	0,098
Laranja	101	7,6	7,8	2,3	7,8	
Vermelho	14	7,6	7,8	6,0	7,8	

*Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, $p < 0,05$.

As proporções dos mecanismos de trauma acidentados de trânsito, agressões e quedas foram significativamente diferentes entre os períodos pré-pandemia e durante a pandemia ($p=0,031$). Na análise dos resíduos padronizados, verificou-se uma proporção significativamente maior de atendimentos à acidentes automobilísticos no período prévio à pandemia e uma proporção significativamente maior de atendimentos de vítimas de quedas durante à pandemia. No entanto, não

houve diferença significativa das proporções de agressões nos dois períodos (Tabela 4).

Quando comparados apenas os atendimentos por agressão, também não se evidenciou diferença significativa na proporção de mecanismos de agressão (agressão física, FAF, FAB) atendidos no período pré-pandemia e durante a pandemia ($p=0,653$). O mecanismo "autoagressão" não foi considerado nesta comparação por ausência de tal informação no período pré-pandemia.

Tabela 4 - Comparação das proporções dos atendimentos dos 3 mecanismos de trauma entre o período pré-pandêmico⁹ e pandêmico.

Mecanismo de Trauma	Pré-pandemia ⁹ (2016-2018)	Pandemia COVID-19 (2020-2021)	Valor de p*
	n (%) – [Resíduos [#]]	n (%) – [Resíduos [#]]	
Acidentes de Trânsito	658 (53,1%) – [2,49]	426 (47,7%) – [-2,49]	0,031
Agressões	229 (18,5%) – [-0,44]	172 (19,2%) – [0,44]	
Quedas	352 (28,4%) – [-2,33]	296 (33,1%) – [2,33]	
Total	1.239 (100%)	894 (100%)	

*Significância do teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$. #Resíduos padronizados ajustados, que para cada célula resulta de: $(\text{frequência observada} - \text{frequência esperada})^2 \div \text{frequência esperada}$. Células com valores maiores que 2 indicam associação/diferença significativa entre as variáveis. Resíduos positivos indicam relação direta, enquanto negativos indicam relação inversa.

Tabela 5 - Comparação das proporções dos atendimentos pelos três mecanismos de agressão entre o período pré-pandêmico⁹ e pandêmico.

Mecanismo de Agressão	Pré-pandemia ⁹ (2016-2018)	Pandemia COVID-19 (2020-2021)	Valor de p*
	n (%) – [Resíduos [#]]	n (%) – [Resíduos [#]]	
Agressão Física	152 (66,4%)	106 (64,2%)	0,653
Ferimento por Arma Branca (FAB)	39 (17,0%)	34 (20,6%)	
Ferimento por Arma de Fogo (FAF)	38 (16,6%)	25 (15,2%)	
Total	229 (100%)	165 (100%)	

*Significância do teste de Qui-quadrado, $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram um perfil epidemiológico composto por homens jovens vítimas de agressão por trauma contuso. Tal dado se assemelha ao encontrado no estudo pré-pandemia realizado na mesma instituição, em que a incidência do sexo masculino foi acima de 80%⁹. Outro estudo realizado no Reino Unido mostrou que a maioria dos pacientes admitidos por trauma penetrante entre 2020 e 2021 eram homens, com média etária de 28,2 anos¹¹. Pela construção social, os homens são mais expostos a situações de risco e à violência física, o que poderia justificar os resultados encontrados^{9,12}.

Também foi visto no presente estudo um maior volume de atendimentos de violência interpessoal aos finais de semana (sábados e domingos). Em contraste, um estudo realizado no Qatar com pacientes traumatizados no período pré-pandemia mostrou não haver diferença significativa nas admissões em dias de semana e finais de semana¹¹. Quanto ao serviço de resgate médico, foi observado predomínio do SIATE no atendimento pré-hospitalar, seguido do SAMU, o que se assemelha aos resultados pré-pandêmicos (55,5% e 44,5%, respectivamente)⁹. A pequena diferença entre esses sistemas de resgate encontrados no nosso estudo pode demonstrar a coexistência e complementaridade de ambos no serviço de saúde.

Em relação ao mecanismo de agressão, houve predominância de agressão corporal por trauma contuso, o que se assemelha a outros estudos. Em pesquisa conduzida no sul da Califórnia durante a pandemia, dos 1229 atendidos por agressão, 36,4% (n=448) foram por agressão física, 24,4% (n=300) por FAF, 29% (n=356) por FAB e 10,2% (n=125) por tentativa de suicídio¹³. Além disso, quando comparados os resultados deste estudo entre os níveis de restrição e com o período pré-pandemia, não houve diferença significativa tanto na proporção de atendimentos e de cada mecanismo de agressão como na incidência de agressões entre os 3 níveis, semelhante a dois estudos norte-americanos^{14,15}. Não houve alteração significativa no volume de ocorrência de traumas penetrantes¹⁴, assim como não houve diferença significativa nos atendimentos por ferimentos envolvendo agressão corporal ou com objeto contundente e por ferimentos penetrantes em relação ao período

mais restritivo (“Stay-at-home”)¹⁵. Medidas restritivas reduziram a circulação de pessoas, e esperava-se que também houvesse redução desse mecanismo de trauma ou alteração do seu perfil. Contudo, a exposição a fatores estressores como necessidade de reclusão, ansiedade, medo da doença e fatores socioeconômicos afetou a saúde mental da população^{14,16}, o que pode ter contribuído para a manutenção do volume de atendimentos por agressão na pandemia.

Quanto à região corporal, além do predomínio de lesões superficiais, cabeça e pescoço, face e membros, houve acometimento de tórax, o que se assemelha a outro estudo com predominância em agressão corporal¹⁷. No entanto, a mediana do RTS deste estudo foi de 7,8 e não houve diferença significativa nos escores RTS entre os períodos de restrição analisados, o que é semelhante a um estudo sul-coreano durante a pandemia¹⁸. Pacientes com trauma contuso ou penetrante em região torácica e abdominal podem manter o nível de consciência durante o atendimento inicial, diferentemente das vítimas de TCE¹⁰. Como a constante de maior valor está associada à ECG no cálculo do RTS, justifica-se os resultados encontrados em ambos os estudos.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica e uso de drogas ilícitas, observa-se semelhança ao estudo de Freitas et al. (2017), em que o uso de drogas ilícitas ocorreu em 65,31% dos jovens entrevistados, e o consumo de álcool, em 31,2%¹⁹. As violências interpessoais relacionadas ao consumo de álcool e drogas costumam envolver homens e ocorrer em ambientes públicos, como bares e ruas. O seu uso abusivo tem sido associado à maior ocorrência de lesões decorrentes de violência por ser elemento potencializador de atos agressivos¹⁷.

CONCLUSÕES

O perfil epidemiológico das vítimas de agressão atendidas durante a pandemia da COVID-19 foi de homens jovens vítimas de violência interpessoal por ferimento contuso. Não houve diferença significativa entre a média diária de atendimentos por agressão durante os três níveis de restrição implementados e na comparação entre as proporções de atendimentos de agressões e de cada mecanismo de agressão do período pandêmico com o pré-pandêmico.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos colegas Willian Augusto Guizzo, Barbara Seidinger de Souza, Viktoria Weihermann, André Barausse da Silva, Gabriel Ramos

Jabur e Carla Martinez Menini Stahlschimidt pela forma ética, empenho e perseverança na condução do estudo "Trauma em Curitiba: avaliação multifatorial de vítimas admitidas em um hospital universitário", cujos dados foram essenciais para a realização deste estudo.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the epidemiological profile of aggression victims admitted at the emergency room on a trauma hospital during the COVID-19 pandemic, to compare these data in different restriction periods and with pre-pandemic data from the same service.

Methods: cross-sectional study with probabilistic sampling using medical records of patients who were victims of aggression admitted at the hospital between June 2020 and May 2021. In addition to the epidemiological variables, other variables collected were the current restriction level, mechanism of aggression, resulting injuries and the Revised Trauma Score (RTS). The data was compared between the three restriction levels and the proportion of attendances during the study period was compared with the pre-pandemic study (December 2016 to February 2018). **Results:** the average age was 35.5 years, 86.1% of the patients were male and 61.6% of the attendances were due to blunt injury. The highest average of attendances per day occurred during the "yellow" restriction level (2.9), however there was no significant difference when comparing the restriction periods two by two. There was also no significant difference either in the analysis of the standardized residuals of the proportions of aggressions or the mechanism of aggression in the pre-pandemic and pandemic periods. **Conclusions:** there was a predominance of attendances due to blunt trauma and in young male patients. There was no significant difference between the average daily attendance for aggression during the three restriction levels and between the proportion of attendances in the pre-pandemic and pandemic period.

Keywords: Epidemiology. COVID-19. Aggression. Traumatology. Wounds and Injuries.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Luxemburgo: WHO. 2018 [Acessado 1 Novembro 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-14.2>
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência 2021 [Internet]. São Paulo: IPEA. 2021 [Acessado 1 Novembro 2021]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>
3. Alberdi F, García I, Atutxa L, Zabarte M, Work NC, Care I, et al. Epidemiology of severe trauma. *Med Intensiva*. 2014;38(9):580-8. doi: 10.1016/j.medine.2014.06.002.
4. Tsang HF, Chan LWC, Cho WCS, Yu ACS, Yim AKY, Chan AKC, et al. An update on COVID-19 pandemic: the epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2021;19(7):877-88. doi: 10.1080/14787210.2021.1863146.
5. Silva LE, Cohen RV, Rocha JLL, Has-Sel VMC, Von-Bahten LC. Elective surgeries in the "new normal" post-covid-19 pandemic: To test or do not test? *Rev Col Bras Cir*. 2020;47(1):1-7. doi: 10.1590/0100-6991e-20202649.
6. Ximenes RAA, Albuquerque MFPM, Martelli CMT, Araújo TVB, Miranda Filho DB, Souza WV, et al. Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. *Cien Saude Colet*. 2021;26(4):1441-56. doi: 10.1590/1413-81232021264.39422020.
7. Prefeitura Municipal de Curitiba [Internet]. Curitiba contra o Coronavírus [Acessado 1 Novembro 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.curitiba.pr.gov.br>
8. Olding J, Zisman S, Olding C, Fan K. Penetrating trauma during a global pandemic: Changing patterns in interpersonal violence, self-harm and domestic violence in the Covid-19 outbreak. *Surgeon*. 2021;19(1):9-13. doi: 10.1016/j.

- surge.2020.07.004.
9. Guizzo WA, De-Souza BS, Weihermann V, Da-Silva AB, Jabur GR, Stahlschmidt CM, et al. Trauma in Curitiba: Multifactorial assessment of victims admitted to a university hospital. *Rev Col Bras Cir.* 2020;47(1):1-10. doi: 10.21203/rs.3.rs-131972/v1.
 10. Alvarez BD, Razente DM, Lacerda DA, Lothar NS, Von-Bahten LC, Stahlschmidt CM. Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes. *Rev Col Bras Cir* 2016;43(5):334-40. doi: 10.1590/0100-69912016005010.
 11. Hickland MM, Massouh P, Sutthakorn RE, Greenslade C, Jennings C, Cattle F, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the number of presentations of penetrating injuries to a UK major trauma centre. *J Public Health (Oxf).* 2021;fdab333. doi: 10.1093/pubmed/fdab333.
 12. Da-Silva LAP, Ferreira AC, Paulino RES, Guedes GO, da-Cunha MEB, Peixoto VTCP. Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. *Rev Med (São Paulo).* 2017;96(4):246-54. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v96i4p246-254.
 13. Yeates EO, Grigorian A, Barrios C, Schellenberg M, Owattanapanich N, Barmparas G, et al. Changes in traumatic mechanisms of injury in Southern California related to COVID-19: Penetrating trauma as a second pandemic. *J Trauma Acute Care Surg.* 2021;90(4):714-21. doi: 10.1097/TA.0000000000003068.
 14. Murrett J, Fu E, Maher Z, Bae C, Satz WA, Schreyer KE. Impact of COVID-19 and Shelter in Place on Volume and Type of Traumatic Injuries. *West J Emerg Med.* 2021;22(5):1060-6. doi: 10.5811/westjem.2021.5.49968.
 15. Sherman WF, Khadra HS, Kale NN, Wu VJ, Gladden PB, Lee OC. How Did the Number and Type of Injuries in Patients Presenting to a Regional Level I Trauma Center Change During the COVID-19 Pandemic with a Stay-at-home Order? *Clin Orthop Relat Res.* 2021;479(2):266-75. doi: 10.1097/CORR.0000000000001484.
 16. Carlin GL, Baumgartner JS, Moftakhar T, König D, Negrin LL. Impact of COVID-19 lockdown on suicide attempts: A retrospective analysis of the springtime admissions to the trauma resuscitation room at the Medical University of Vienna from 2015-2020. *Wien Klin Wochenschr.* 2021;133(17-18):915-22. doi: 10.1007/s00508-021-01839-6.
 17. Pinto IV, et al. Agressões nos atendimentos de urgência e emergência em capitais do Brasil: perspectivas do VIVA Inquérito 2011, 2014 e 2017. *Rev. bras epidemiol.* 2020;23(1). doi: 10.1590/1980-549720200009.supl.1.
 18. Kim SH, Ryu D, Kim H, Lee K, Jeon CH, Choi HJ, et al. Effects of the Coronavirus disease 2019 (CoVid-19) Pandemic on outcomes among Patients with Polytrauma at a Single regional Trauma Center in South Korea. *J Trauma Inj* 2021;34(3):155-61. doi: 10.20408/jti.2020.0064.
 19. de Freitas NA, Silva AVS, Brasil ACO, Bastos VPD, Fernandes LCB. Perfil clínico-epidemiológico de adolescentes e jovens vítimas de ferimento por arma de fogo. *Cad. Saúde Colet.* 2017;25(4):429-35. doi:10.1590/1414-462X201700040213.

Recebido em: 17/07/2022

Aceito para publicação em: 08/12/2022

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Heloísa Moro Teixeira

E-mail: helomoro@hotmail.com

