

Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de escalpelamento tratados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Epidemiological profile of scalping victim-patients treated at the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

CAIO BACELLAR CUNHA¹

RAQUEL DE MARIA

MAUÉS SACRAMENTO²

BERNARDO PORTO MAIA³

RENAN PETTA MARINHO⁴

HILTON LOBATO FERREIRA⁵

DOV CHARLES GOLDENBERG⁵

MARIA LASTENIA

CHAGAS PRIMO MENEZES⁶

RESUMO

Introdução: Escalpelamento é trauma causado por avulsão parcial ou total do couro cabeludo, decorrente, principalmente, de contato acidental dos cabelos longos com motor de eixo rotativo. A alta rotação desses motores gera uma força que suga os cabelos da vítima, tracionando e arrancando o couro cabeludo de forma abrupta. **Método:** Foi realizado um estudo observacional transversal, retrospectivo, descritivo, incluindo 62 pacientes vítimas de escalpelamento tratados na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Resultados:** Os pacientes mais acometidos foram crianças de 7 anos a 16 anos (56,4%), do gênero feminino (93,5%), sendo 59,7% estudantes e que, predominantemente, praticavam a religião católica (43,5%). **Conclusões:** Campanhas profiláticas sobre os riscos de se viajar e manter uma embarcação sem proteção no eixo do motor são fundamentais, uma vez que a tragédia do escalpelamento é causada principalmente pelos cabelos que se enrolam no eixo do motor.

Descritores: Couro cabeludo. Ferimentos e lesões. Prevenção de acidentes.

ABSTRACT

Background: Scalping is a trauma caused by partial or total avulsion of the scalp. It is primarily due to accidental contact of long hair with the rotary shaft of a motor. Rotary shafts suck in the victim's hair, causing traction and abruptly pulling the scalp off. **Methods:** A longitudinal, observational, retrospective, and descriptive study of 62 scalping victim-patients treated at Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará was conducted. **Results:** The most commonly affected patients were children between 7 and 16 years of age (56.4%) and women (93.5%); 59.7% were students and 43.5% were Catholics. **Conclusions:** Prophylactic campaigns about the risks of traveling in and maintaining a vessel without motor shaft protection are essential because scalping is primarily caused by hair twisting around the motor shaft.

Keywords: Scalp. Wounds and injuries. Accident prevention.

Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém, PA, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 9/12/2011

Artigo aceito: 18/1/2012

1. Acadêmico de medicina, presidente da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica do Pará, Belém, PA, Brasil.

2. Acadêmica de medicina, Belém, PA, Brasil.

3. Acadêmico de medicina, coordenador de Estágio da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica do Pará, Belém, PA, Brasil.

4. Acadêmico de medicina, coordenador de Comunicação da Liga Acadêmica de Cirurgia Plástica do Pará, Belém, PA, Brasil.

5. Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), livre-docente em Cirurgia Plástica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, médico assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

6. Membro titular da SBCP, Belém, PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

Escalpelamento é trauma comum na região Norte do Brasil, causado por avulsão parcial ou total do couro cabeludo. Nesse ambiente geográfico, o escalpelamento ocorre principalmente pelo contato acidental de cabelos longos com motor de eixo rotativo de embarcações fluviais. A prensão dos cabelos por esses motores gera uma força de tração rotatória que leva ao arrancamento do couro cabeludo de forma abrupta^{1,2}.

Segundo dados fornecidos pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), entre os anos de 1979 e 2007 ocorreram escalpelamentos em 44 municípios do Estado do Pará, sendo os municípios de Belém (e suas ilhas) e as cidades de Breves e Cametá os mais prevalentes³.

A alta incidência de acidentes nessa região é decorrente da associação de alguns fatores. Em geral, o motor das embarcações não apresenta dispositivos de segurança que impeçam o contato dos usuários, permitindo que a alta rotação desenvolvida pelo eixo produza um processo de sucção dos elementos leves que são colocados próximos ou em contato com ele⁴. Além disso, há a questão cultural, de preferência pelo uso de cabelos longos e soltos pelas mulheres da região.

Em geral são acidentes de grandes proporções, provocando comprometimento hemodinâmico e dor intensa. O quadro clínico também envolve o surgimento secundário de mialgias em regiões adjacentes, edema e hematomas em região facial, limitação de movimentos faciais, pescoço e cinturas escapulares e cefaleia tensional^{1,2}.

O acidente impõe sequelas físicas e vivência de intenso sofrimento psíquico e social durante todo o tratamento e no decorrer da vida dos pacientes, já que acarreta danos significativos à autoestima, à identidade, à percepção corporal, ao humor, à sociabilidade e às relações afetivas globais, além de contribuir para alterar a dinâmica e a economia familiar³.

Sob o ponto de vista anatômico, dentre as linhas de tracionamento em que o couro cabeludo pode ser arrancado, tem-se como mais comuns as linhas da junção do couro cabeludo com a pele da face e do pescoço, onde a pele é mais fina e mais firmemente aderida. Dessa forma, se o cabelo for inicialmente tracionado na região occipital, a pele se rompe primeiro na frente. Caso seja tracionado primeiro na frente, ocorre o inverso. Se todo o cabelo for tracionado ao mesmo tempo, a pele se rompe inicialmente nas sobrancelhas e, a seguir, na linha do zigoma, acima e em torno das orelhas ou através delas, terminando na nuca (Figura 1). Além do comprometimento dos tecidos moles, pode haver exposição da calota craniana, seguida de necrose isquêmica, osteíte e sequestração óssea².

Trabalhos como o presente artigo são necessários, pois há poucos dados na literatura sobre o tratamento das consequências desse tipo de acidente, muito recorrente na região Amazônica. Além disso, são importantes dados atualizados e que demonstram em que patamar está a incidência de escalpelados na região.

Este trabalho tem o objetivo de traçar o perfil epidemiológico dos indivíduos vítimas de escalpelamento atendidos na FSCMP, no período de 2001 a 2010.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional transversal, retrospectivo e descritivo, com 62 pacientes vítimas de escalpelamento, tratados na FSCMP, no período de 2001 a 2010.

Foram estudadas variáveis sociodemográficas, aspecto da lesão, complicações, tratamento e causa do escalpelamento.

O trabalho foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da instituição, e os pesquisadores coletaram os dados por meio da análise de prontuários, utilizando o protocolo de pesquisa.

RESULTADOS

Aspectos Epidemiológicos

Dos 62 pacientes vítimas de escalpelamento entre 2001 e 2010, 58 (93,5%) eram mulheres. Com relação à etnia, 15 (24,2%) pacientes declararam-se pardos, 4 (6,5%), brancos, e 43 (69,3%) não declararam sua cor. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária.

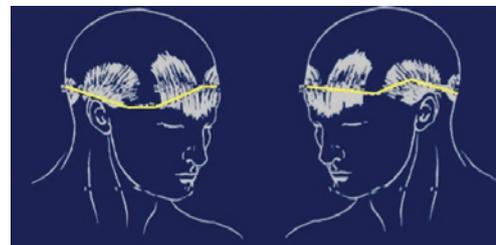


Figura 1 – Região que sofreu avulsão em decorrência de tracionamento de todo o cabelo ao mesmo tempo.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes vítimas de escalpelamento de acordo com a faixa etária.

Faixa etária (anos)	Frequência	
	n	%
2 a 6	4	6,5
7 a 10	18	29
11 a 16	17	27,4
17 a 30	10	16,1
31 a 50	12	19,4
> 50	1	1,6
Total	62	100

n = número de pacientes.

Em relação à profissão/ocupação, 37 (59,7%) pacientes eram estudantes, 7 (11,3%), trabalhadoras do lar, 6 (9,7%), lavradores, 1 (1,6%), professor, e 11 (17,7%) pacientes não tiveram essa informação registrada em prontuário.

Quanto à religião, 27 (43,5%) vítimas declararam-se católicas e 20 (32,3%), evangélicas. A religião de 15 (24,2%) pacientes não foi registrada em prontuário.

A distribuição dos pacientes de acordo com os municípios de procedência encontra-se na Tabela 2.

Em relação ao local do primeiro atendimento, 9 (14,5%) pacientes foram atendidos em hospitais da mesma localidade dos acidentes, em 37 (59,7%) o atendimento e o acidente

foram em locais distintos, e nos demais casos não havia essa informação nos prontuários. Do total de pacientes avaliados, 26 (41,9%) receberam o primeiro atendimento em Belém, 14 (22,6%) em Ananindeua, 3 (4,8%) em Altamira, 2 (3,2%) em Itaituba, 1 (1,6%) em Cametá, e 16 (25,9%) prontuários não apresentavam essa informação.

A maioria dos escarpelamentos ocorreu por acidentes com embarcações, havendo também lesões por mordedura de animais, ferimentos por arma branca, acidentes de trabalho e colisão de veículos (Tabela 3).

Aspectos Clínico-Cirúrgicos

Em relação às características das lesões no momento do atendimento inicial, 19 (30,6%) pacientes apresentaram exposição de tecido ósseo, em 15 (24,2%) observou-se tecido granulomatoso, 1 (1,6%) paciente apresentou tecido necrosado, e em 1 (1,6%) caso ocorreu fratura de crânio. Dentre os prontuários analisados, 35 (56,5%) não continham informações a respeito das características das lesões iniciais na cabeça.

A Tabela 4 demonstra a incidência das complicações ocorridas com as vítimas de escarpelamento.

Aspectos do Tratamento

Na Tabela 5 são apresentados os procedimentos cirúrgicos realizados e sua frequência. Em nenhum caso foi realizado replante microcirúrgico. Dentre os enxertos para tratamento, a coxa foi a região doadora em 42 casos (32,3%), a região retroauricular em 3 (2,3%), e nos demais casos (n = 85, 65,4%) não foi informada a área doadora.

Todos os pacientes foram tratados com analgésico, sendo administrada dipirona em 49 (79%) pacientes, paracetamol em 13 (21%), tramal em 8 (12,9%) e profenid em 7 (11,3%). Além disso, foi prescrito também antibiótico a todos os pacientes, sendo utilizada penicilina em 27 (43,5%), cefalosporina de primeira geração em 24 (38,7%), cefalosporina de segunda geração em 22 (35,5%), aminoglicosídeo em 11 (17,7%),

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes vítimas de escarpelamento de acordo com a procedência.

Cidade de origem	Frequência	
	n	%
Abaetetuba	8	13
Altamira	5	8,2
Muaná	5	8,2
Ribeirinho	5	8,2
Curralinho	3	4,8
Castanhal	3	4,8
Cametá	3	4,8
Melgaço	3	4,8
Portel	3	4,8
Santarém Novo	2	3,2
Gurupá	2	3,2
Ilha de Mosqueiro	2	3,2
Igarapé-Miri	2	3,2
Ociras do Pará	2	3,2
Tucuruí	2	3,2
São Sebastião da Boa Vista	1	1,6
Limoeiro de Ajuru	1	1,6
Breves	1	1,6
Benfica	1	1,6
Belém	1	1,6
Itaituba	1	1,6
Rio Atua	1	1,6
Moju	1	1,6
Mãe do Rio	1	1,6
Rio Campinas	1	1,6
Porto de Moz	1	1,6
São Domingos do Capim	1	1,6
Total	62	100

n = número de pacientes.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes vítimas de escarpelamento de acordo com a causa do acidente.

Causa do acidente	Frequência	
	n	%
Eixo de motor de barco	41	66,1
Hélice de barco	3	4,8
Mordedura de animal	3	4,8
Arma branca	1	1,6
Acidente de trabalho	1	1,6
Ignorado*	13	21,1
Total	62	100

* Indivíduos cuja causa do acidente não foi registrada.
n = número de pacientes.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes vítimas de escalpelamento de acordo com as complicações.

Complicações	Frequência	
	Número de complicações	%
Infecção	21	33,3
Avulsão de pálpebra e orelha	19	30,2
Alterações psicológicas*	8	12,7
Brida cicatricial	7	11
Discromia	2	3,2
Hematoma	2	3,2
Cicatriz hipertrófica ou quelóide	2	3,2
Anemia	1	1,6
Choque	1	1,6

* Indivíduos que apresentaram quadro depressivo.

Tabela 5 – Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados nos pacientes vítimas de escalpelamento.

Procedimentos cirúrgicos	Frequência	
	Número de procedimentos	%
Enxerto	130	47,4
Curativo cirúrgico	102	37,2
Expansor	16	5,8
Retalho	9	3,3
Trepanação	9	3,3
Reconstrução de pálpebra	4	1,5
Reconstrução de pavilhão auricular	2	0,7
Cantoplastia	1	0,4
Reconstrução de supercílio	1	0,4
Total	274	100

glicopeptídeo em 7 (11,3%), lincosamida em 3 (4,8%), quinolona em 2 (3,2%), carbapenema em 2 (3,2%) e sulfanamida em 1 (1,6%). Em 2 (3,2%) pacientes foi administrado antiprotozoário. Hemotransfusão foi realizada em 1 (1,6%) paciente.

DISCUSSÃO

No que diz respeito aos aspectos sociodemográficos da população estudada, verificou-se prevalência da faixa etária infantil de 7 anos a 10 anos (29%) em relação às demais idades, o que condiz com estudo realizado na região amazônica⁵, uma vez que a criança é comumente colocada dentro

do barco não somente como passageira, mas também como auxiliar do piloto. Essas crianças têm suas vidas modificadas com o acidente, passam a apresentar inúmeros sintomas e são tratadas de modo preconceituoso, manifestando dificuldade de seguir vivendo após tal episódio, o que caracteriza, sem dúvida, intenso sofrimento psíquico. Algumas vítimas param de estudar e se afastam das localidades onde moravam, ficando isoladas da convivência com familiares e amigos.

Quanto ao gênero, a análise de prontuários também é concordante com o estudo anterior quanto à prevalência do acometimento em vítimas do sexo feminino (93,5%), o que está de acordo com a relação cultural e religiosa. A mulher ribeirinha apresenta os cabelos quase sempre longos. Não houve concordância com trabalhos anteriores no que tange ao aspecto religioso, uma vez que 43,5% eram católicas, enquanto a literatura¹ revela predominância de mulheres evangélicas, em virtude da influência religiosa no uso de cabelos compridos.

A elevada demanda de pacientes oriundos do interior do Estado, destacando-se Abaetetuba com 13%, é decorrente do grande número de rios da Bacia Amazônica e da carência de rodovias nessa região, sendo o transporte fluvial uma rotina. Além disso, a fiscalização pelos órgãos competentes da proteção do eixo dos motores dos barcos, que em geral estão desprotegidos⁴, é dificultada pela grande distância entre as localidades e pelo número elevado dessas embarcações não fiscalizadas⁶.

Após o acidente, a maior parte dos indivíduos geralmente se direcionou à região metropolitana (Belém e Ananindeua) para o primeiro atendimento, o que significa que 59,7% deles receberam o primeiro atendimento em locais distintos do acidente. A grande demanda de pessoas advindas do interior do Estado para o centro é indicadora das limitadas estruturas de saúde nessas cidades⁶.

Apesar de ser a reparação ideal, em nenhum caso foi possível a realização do reimplante microcirúrgico do couro cabeludo, em decorrência da demora na chegada ao serviço de tratamento especializado⁷.

Do ponto de vista clínico-cirúrgico, surge como principal característica das lesões a exposição óssea, presente em 30,7% dos casos pesquisados. Encontrou-se apenas um (1,6%) registro de tecido necrosado na caracterização das lesões pesquisadas, divergindo da literatura^{8,9}, que aponta como características frequentes nas lesões por escalpelamento a necrose isquêmica, a osteíte e a sequestração óssea². Em todos os casos registrados, os pacientes já haviam passado pelo primeiro atendimento, tendo sido submetidos a desbridamento. Atribui-se a escassa caracterização das lesões em 56,5% dos prontuários à falta de informações registradas.

Resaltam-se como complicações decorrentes do escalpelamento o comprometimento da região frontal e do terço inferior da face e o arrancamento de pálpebras e do pavilhão auricular^{4,10}. Esses dados corroboram os achados deste

estudo, despontando como principal complicação oriunda do escalpelamento a infecção seguida da avulsão de pálpebras e orelhas. Como descrito na literatura, sabe-se que essas complicações aliadas às lesões de escalpo levam, frequentemente, a comprometimento motor, uma vez que atingem músculos e ligamentos.

Dentre os pacientes deste estudo, 33,3% apresentaram quadro infeccioso. A dificuldade de chegar à capital para o tratamento efetivo pode ser atribuída à vasta extensão do território e ao difícil acesso a rodovias, contribuindo para que o paciente chegasse ao hospital com sinais de infecção (febre e secreção purulenta na lesão)⁶.

Dentre os procedimentos cirúrgicos, 47,4% foram enxertos, sendo principalmente utilizada a coxa (Figuras 2 e 3), apesar de ser indicado (nas avulsões parciais) o próprio couro cabeludo remanescente como região doadora, em decorrência da rápida cicatrização e do melhor resultado estético⁶. Além dessas áreas, tronco, abdome, perna, pregas flexoras antecubital e inguinal, retroauricular e supraclavicular, além da pálpebra superior, podem ser utilizadas como área doadora do enxerto. Os enxertos espessos de pele oferecem melhor resultado que os delgados, por serem mais estáveis e resistentes a traumatismos, requerendo, contudo, laboriosa fixação. Apesar de bastante eficientes no tratamento desse trauma, os retalhos foram utilizados em apenas 3,3% dos casos, possivelmente pela maior extensão das lesões. Os retalhos de rotação podem distribuir eficientemente a tensão e conseguir um fechamento de defeitos pequenos, sem necessidade de enxertos de pele na área doadora⁴.

O uso de expansor nos pacientes com escalpelamento parcial, realizado em 5,8% dos procedimentos cirúrgicos, é

recomendado por alguns autores¹¹ (Figura 4). Em crianças, o uso de expansor foi aplicado em pacientes com mais de 3 anos de idade (cujas suturas do crânio já estão consolidadas). Apesar do bom resultado estético, casos como esses requerem tratamento mais longo e dispendioso¹².

Quanto ao tratamento medicamentoso, preconiza-se a antibioticoterapia de início imediato, associada a analgésicos e antitéticos¹. Dentre os antibióticos utilizados no tratamento dos pacientes analisados, os mais utilizados são penicilinas e cefalosporinas de primeira e de segunda geração, respectivamente. A administração dos esquemas antibióticos e analgésicos sempre iniciada logo após a internação, em todos os casos estudados, eventualmente perdurou após o período de alta.

Em 8 pacientes foram observados quadros depressivos como complicação do acidente. Apesar do percentual relativamente baixo (12,9%), trata-se de um aspecto importante a ser abordado, uma vez que os sofrimentos psíquicos e sociais nesses acidentes muitas vezes se sobrepõem ao trauma físico, podendo perdurar mesmo após o fim do tratamento, causando danos à autoestima e à capacidade de socialização e de manutenção de boas relações afetivas^{3,13}. Até mesmo a renda familiar apresenta relação estreita com o trauma psicológico causado às vítimas de escalpelamento, considerando-se que estas enfrentam dificuldade de inclusão social e no mercado de trabalho, em decorrência da aparência física.

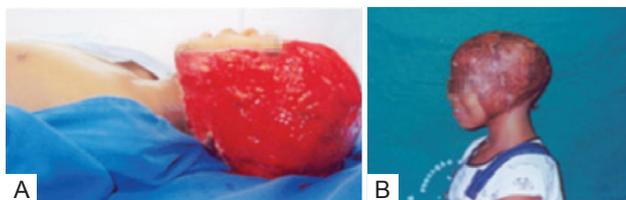


Figura 2 – Em A, avulsão total do couro cabeludo. Em B, aspecto após enxertia.

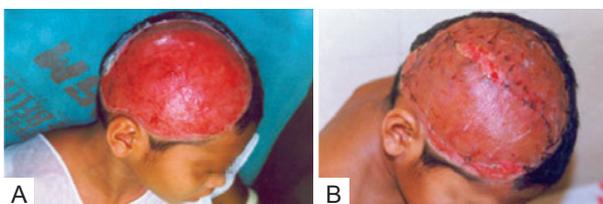


Figura 3 – Em A, avulsão parcial do couro cabeludo. Em B, aspecto após enxertia.

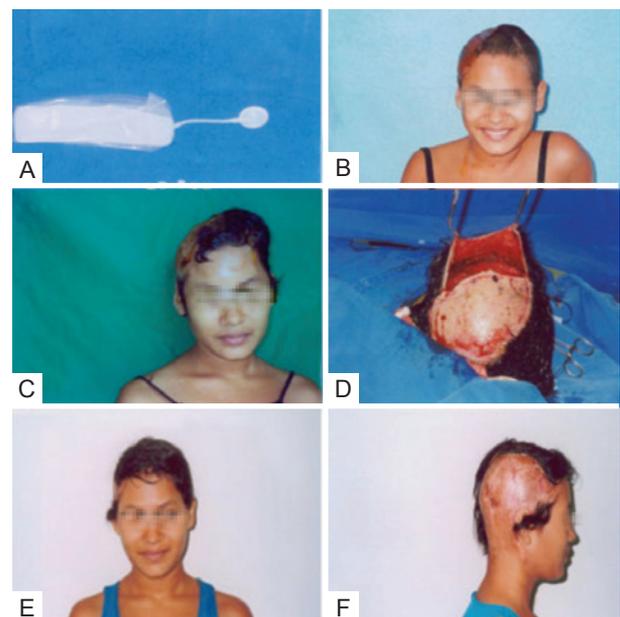


Figura 4 – Em A, expansor de tecido. Em B, escalpelamento parcial após enxertia (vista anterior). Em C, paciente no período de expansão. Em D, retalho expandido. Em E, pós-operatório de retalho expandido (vista anterior). Em F, pós-operatório de retalho expandido (perfil).

CONCLUSÕES

É importante promover a conscientização da população ribeirinha quanto às mudanças culturais na relação usuário-embarcação por meio de campanhas profiláticas dirigidas ao usuário e ao proprietário sobre os riscos de se viajar e manter uma embarcação sem proteção no eixo do motor, uma vez que a tragédia do escalpelamento é causada principalmente pelos cabelos que se enrolam no eixo do motor dessas embarcações. O tratamento dessas vítimas (que são principalmente mulheres e crianças), quando efetivo, é longo, uma vez que inclui várias jornadas de cirurgias reparadoras, além de tratamento psicológico, pois as vítimas sofrem pelas sequelas estéticas e pela discriminação da sociedade. Assim, é de extrema importância a realização do manejo adequado na prevenção do acidente e a disponibilidade, no interior do Estado (onde a maioria das vítimas é procedente), de serviços preparados para atuar de forma eficiente no primeiro atendimento a essas vítimas.

REFERÊNCIAS

1. Britto CBL, Normando Júnior GR, Fonseca CCF, Aita V, Pinheiro Filho A. Escalpelamento na população amazônica. *Rev Para Med.* 2004; 18(2):35-8.
2. Freitas RS, Cruz GAO, Fagotti Filho A, Alonso N. Reconstrução de orelha utilizando uma única cartilagem costal: descrição modificada da técnica. *Rev Soc Bras Cir Craniomaxilofac.* 2005;8(2):39-47.
3. Ribeiro NS. Necessidade e dilemas das famílias vítimas de escalpelamento atendidas na FSCMP: desafios para o serviço social [trabalho de conclusão de curso]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2009.
4. Mota MA. A contribuição da fisioterapia no tratamento das vítimas de escalpelamento [trabalho de conclusão de curso]. Belém: Universidade Estadual do Pará; 2000.
5. Vale JCC. A compreensão do sofrimento no escalpelamento: um estudo utilizando o grafismo e o teste das fábulas [dissertação de mestrado]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2007.
6. Menezes MLCP. Análise epidemiológica e tratamento cirúrgico das avulsões de couro cabeludo por acidente em barcos [trabalho apresentado ao exame de membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica]. Belém: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; 2003. p. 34-9.
7. Milcheski DA, Cheroto Filho A, Goldenberg DC, Farias JC, Ferreira MC. Reimplante microcirúrgico das avulsões de couro cabeludo: experiência de 7 anos. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2003;18(3):47-54.
8. Kazanjian VH, Webster RC. The treatment of extensive losses of the scalp. *Plast Reconstr Surg.* 1946;1(3):360-85.
9. Koss N, Robson MC, Krizek TJ. Scalping injury. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(4):439-44.
10. Burmann TG, Marcon Í, Rizzato T, Scheid K. Reconstrução marginal de pálpebras utilizando enxerto de palato duro. *Arq Bras Oftalmol.* 2008; 71(4):514-7.
11. Vale EA. Correção de escalpe com a expansão tecidual prévia: relato de caso. In: Tournieux AA, ed. *Atualização em cirurgia plástica III.* São Paulo: Robe Editorial; 1999. p. 81-2.
12. Hochberg J, Pereira K, Almeida MA. Expansores cutâneos. In: Hochberg J, ed. *Retalhos.* Rio de Janeiro: MEDSI; 1990. p. 845-74.
13. Beckman KAF, Santos NCM. Terapia ocupacional: relato de caso com vítima de escalpelamento por eixo de motor de barco. *Cad Ter Ocupac UFSCar.* 2004;12(1):20-43.

Correspondência para:

Maria Lastenia Chagas Primo Menezes
 Av. Conselheiro Furtado, 2.865 – Ed. Síntese 21, sobreloja 6 – Belém, PA, Brasil – CEP 66063-060
 E-mail: consultoriolastenia@gmail.com
 lastenia@amazon.com.br