

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INTERNADOS COM FRATURAS DE MEMBROS INFERIORES

Marília de Andrade Fonseca¹, Amanda Gilvani Cordeiro Matias², Lucas Silveira Sampaio³, Marcos Almeida Matos⁴.

1. Fisioterapeuta. Doutoranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). marilia-fonseca@hotmail.com. 2. Fisioterapeuta. Doutoranda em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Professora da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Independente do Nordeste-FAINOR. amathias.ufba@gmail.com. 3. Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde (UESB). Professor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e Faculdade Independente do Nordeste-FAINOR. lucaosampaio@hotmail.com. 4. Médico. Doutorado em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade de São Paulo. Coordenador do Curso de Mestrado em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. malmeidamatos@iq.com.br.

INTRODUÇÃO:

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, necessariamente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde. Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde¹. No Brasil ainda são poucos os programas direcionados à prevenção de quedas neste grupo etário. É necessário cobrar dos gestores do SUS os direitos dos idosos, quanto ao atendimento e programas, tão bem colocados nos estatutos, para que assim eles possam desfrutar desses benefícios, tendo uma melhor assistência e qualidade de vida. Na literatura, as causas mais frequentes encontradas como causas de traumas físicos em idosos são as quedas, queimaduras e acidentes de trânsito (atropelamentos e colisões). Algumas alterações fisiológicas próprias do envelhecimento podem estar diretamente relacionadas a traumas físicos em idosos^{2,3}. O envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde. Quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida, assume importância basilar o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. Esse idoso, que mantém sua independência e autodeterminação, que caracteriza a capacidade do indivíduo poder exercer sua autonomia, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas. Isto significa desenvolver estratégias que visem postergar a morte ao

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

máximo possível, retardando a evolução das doenças, a fim de levar a vida para o limiar mais próximo possível do limite máximo da existência da espécie humana, mas com qualidade de vida, com autonomia e independência, ou seja, com capacidade funcional. Quanto a ocorrência de necessidade de hospitalização seja por doenças crônicas ou por acidentes por causas externas, as internações hospitalares de pessoas idosas são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias¹. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos hospitalizados por fraturas em membros inferiores, no período de internação e seis meses após o evento traumático.

Metodologia: Estudo de caráter longitudinal e é um recorte de pesquisa de doutorado em andamento. Os procedimentos para a coleta de dados foram realizados no Hospital Geral de Vitória da Conquista-Ba (HGVC). O HGVC é um dos principais hospitais de referência regional do interior do Estado da Bahia, considerado referência no atendimento de urgência e emergência na região sudoeste da Bahia e cidades do norte de Minas Gerais, atendendo principalmente especialidades de média e alta complexidade. A fim de responder ao objetivo proposto, foram utilizados questionários para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos e o questionário SF-36. Foi feita uma análise descritiva sobre as informações sociodemográficas, clínicas e a comparação das médias dos domínios do questionário de qualidade de vida. Para avaliação dos oito domínios do questionário SF-36, que versa sobre a qualidade de vida, foram feitas no período de internação hospitalar e após 06 meses do evento traumático. Os indivíduos que consentiram informar seus dados, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, atendendo a Resolução do CNS 466/12, que trata da execução de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, sob o parecer de nº 494.966. Os resultados da pesquisa foram divulgados em meios científicos adequados, salvaguardando-se a identidade dos participantes do estudo. Vinte e cinco idosos foram recrutados por amostragem não probabilística do tipo intencional entre aqueles que preencheram os critérios de inclusão do estudo. Os critérios de seleção para os participantes da pesquisa foram indivíduos acima de 60 anos, vítimas de fratura por causas externas em qualquer segmento do membro inferior e internados há mais de 24 horas. Foram excluídos da pesquisa indivíduos portadores de outras doenças do sistema osteoarticular, politraumatizados, doenças osteometabólicas, ou qualquer outra que não seja de origem traumática. A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: Fase 1: (intra-hospitalar). Esta fase de coleta foi realizada no período agudo do evento traumático, ou seja, na hospitalização. Em todos os pacientes foi aplicado um questionário padronizado para coleta dos dados sociodemográficos que constou de gênero, idade, raça, religião, estado civil, procedência, profissão/ocupação, nível educacional, condições de saúde e moradia, faixa de renda em salários mínimos, condicionamento físico, tipo de acidente (trânsito, trabalho, queda de altura, esmagamento e outros). Para as variáveis clínicas foi feita a pesquisa nos prontuários dos pacientes, local (segmento afetado) e tipo de fratura (aberta ou fechada), tempo do evento até a realização de intervenção cirúrgica, tipo de osteossíntese e diagnóstico médico. Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 (Short-Form Health Survey). Este instrumento de qualidade

de vida (QV) é multidimensional e foi desenvolvido por Ware e Sherbourne, sendo validado no Brasil por Ciconelli et al⁴. tendo 08 domínios avaliados: capacidade funcional (CF), Limitação por aspectos físicos (LAF), Dor, estado geral de saúde (EGS), Vitalidade (VIT), aspectos sociais (AS), limitação por aspectos emocionais (LAE) e saúde mental (SM). Na fase 2, após seis meses do evento, indivíduos foram entrevistados novamente e neste período foi feita do mesmo modo a avaliação da QV através do SF-36 e o tempo de internação hospitalar. Nesta fase somente 22 indivíduos responderam ao questionário SF-36, três foram a óbito.

Resultados: Os dados quantitativos obtidos da coleta foram apresentados na forma de estatística descritiva, utilizando-se distribuição por frequência para variáveis discretas e média e desvio padrão para variáveis contínuas. A avaliação dos resultados da QV foi feita mediante a atribuição de escores para cada um dos 08 domínios, os quais foram transformados numa escala de zero a 100, onde zero correspondeu a uma pior qualidade de vida e 100 a uma melhor qualidade de vida. Cada dimensão foi analisada separadamente. Os dados do questionário SF-36, transformados em domínios se apresentaram com distribuição não-normal. Para estes dados, foi calculado o α de Cronbach (0,88), considerado satisfatório⁵, que permite validar a qualidade e confiabilidade dos domínios avaliados neste estudo. Para as comparações das médias dos domínios da QV na hospitalização e seis meses após, utilizou-se o teste de Wilcoxon, dados não normais, com médias, desvio padrão e nível de significância para cada domínio. Dos 25 idosos participantes da pesquisa tinham média de idade $72,04 \pm 8,8$ anos, sendo 56% do gênero feminino, tendo em média $4,08 \pm 3,53$ filhos. Na internação hospitalar, 58,3% dos acompanhantes eram os filhos(as). Quanto a cor da pele 72% se classificaram como pardos, tendo 76% dos idosos morando na zona urbana. Quanto a renda mensal familiar 68% possuíam renda de até 1 salário mínimo com 80% residindo em domicílio próprio. Dos entrevistados, 100% relataram não participar de nenhuma atividade cultural, 68% não possui nenhum tipo de atividade social e 96% relataram não participar de nenhum tipo de atividade física, como caminhadas, alongamentos, academia entre outras. 12% dos idosos relataram ser tabagistas há mais de 30 anos e 28% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas. Quanto as causas de ocorrência das fraturas, 24% sofreram fraturas por acidentes de transporte, 71% por queda da própria altura e 5% por atropelamento, sendo que destes, 44% relataram a ocorrência do trauma no período noturno. Quanto ao tempo do evento traumático a admissão hospitalar, 44% relataram terem chegado ao hospital após 3 horas de ocorrência da fratura. O sábado foi o dia da semana com maior frequência de fraturas 20,8%. Quanto ao local do fratura 72% apresentaram fratura de fêmur e 28% de tibia, sendo que 95,8% apresentaram fraturas fechadas. Quando investigado sobre o tratamento cirúrgico, somente 8% das fraturas foram reduzidas até 10 horas do internamento, sendo que 27,3% apresentaram fixação interna, 9,1% fixação externa e 63,6% com imobilização gessada, com tempo médio de internação hospitalar foi de $24,07 \pm 12,7$ dias. A fim de conhecer a qualidade de vida destes idosos após o tempo de permanência no leito e imobilização prolongada foi avaliado a qualidade de vida após seis meses, conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1: Comparação das médias dos domínios da QV no período de hospitalização e seis meses após, de idosos com fraturas de membros inferiores.

Domínios QV	Fase intrahospitalar	Após 06 meses	p valor
CF	2,00 (9,01)	39,67(22,94)	0,001
LAF	24,00(39,84)	16,67(29,37)	0,524
DOR	50,24(38,64)	70,40(21,45)	0,048
EGS	63,90(17,70)	66,86(11,93)	0,175
VIT	62,80(24,32)	56,67(21,76)	0,147
AS	61,50(33,25)	57,50(22,56)	0.899
LAE	62,64(48,41)	86,66(30,34)	0,039
SM	74,88(19,34)	71,47(20,05)	0,875

Fonte: Dados da pesquisa, Teste de Wilcoxon. $p < 0,05$.

Para os domínios capacidade funcional, dor e limitação por aspectos emocionais, houve diferença significativa no período estudado. Ou seja, houve uma modificação, melhora, dos domínios supracitados num intervalo de 06 meses. Observando a média do domínio dor, quanto maior for o valor entre 0 e 100, menor é a intensidade da dor, enquanto que para os domínios capacidade funcional e limitação por aspectos emocionais, o escore é de forma crescente, ou seja, quanto maior a média melhor o escore para estes domínios.

Discussão: No Brasil, a população idosa não tem sido considerada prioridade nos estudos sobre causas externas e poucos deles são referentes à questão das sequelas e da qualidade de vida pós-evento traumático. Além disso, o trauma não raras vezes está associado a sequelas, incapacidades, deficiências e mesmo a diminuição da capacidade funcional, representando um prejuízo na qualidade de vida das vítimas e suas famílias devido à perda da autonomia e independência, tornando-se uma importante questão social, econômica e de saúde⁶. O questionário de QV, SF-36 foi utilizado, pois já está bem documentado na literatura. A avaliação em outras populações, consegue ter uma boa reprodutibilidade e consistência interna, satisfatória para ilustrar a qualidade de vida dos indivíduos investigados. Avaliar a QV de vida dos idosos após seis meses do evento traumático, parece ser um método, que visualize o panorama da morbimortalidade dos idosos vitimados por fraturas em membros inferiores, além do conhecimento das dimensões de maior fragilidade do idoso vítima de traumas por causas externas. Na realização deste estudo, foi evidenciado que a capacidade funcional, obteve uma melhora significativa no período da ocorrência do evento traumático até os seis meses. Porém, mesmo com melhora significativa, a média do score apresentado (39,67) ainda está muito abaixo do esperado para a capacidade funcional e independência do idosos. Pesquisas^{1,7} revelam que a capacidade funcional, emerge como um novo paradigma de saúde para os idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

social, suporte familiar e independência econômica. Considerando a ocorrência de fraturas por trauma na pessoa idosa, seu impacto na capacidade funcional e qualidade de vida do idoso, bem como na dinâmica familiar. O tempo médio de internação hospitalar foi de $24,07 \pm 12,7$, fator que deve ser entendido como parte do processo de recuperação, onde o idoso se afasta do seu cotidiano, atividades instrumentais da vida diária, passando a dependência de outros para a sua realização, comprometendo sua autonomia e independência. Isso contribui para o declínio das habilidades funcionais e tendo como consequência efeitos deletérios nas limitações físicas repercutindo em aspectos emocionais na vida do idoso. Estudos Monteiro que avaliam a independência funcional do idoso, destaca que o tempo de internação prolongado é um fator preocupante quando se trata de pacientes idosos, considerando a possibilidade de complicações e principalmente o declínio funcional ao quais estes se tornam vulneráveis. Além disso, essa relação entre funcionalidade e dias de internação reflete a qualidade dos serviços hospitalares prestados, levando-se em conta uma assistência especializada e reabilitatória. A capacidade funcional pode ser influenciada por diversos fatores, sendo assim, as ações dos profissionais de saúde e as políticas públicas devem incluir medidas não somente interventivas, como também preventivas, incluindo o controle do ambiente do idoso de modo que seja permitido sua livre e segura circulação, controle das patologias de base, instrução a cuidadores e familiares, desenvolvimento e incentivo à participação do idoso em programas de atividade física. Os resultados desse estudo apontam que 96% dos idosos não participam de nenhum programa de atividade física. Isto poderá retardar o processo de reinserção do idoso em suas atividades cotidianas conforme a condição pré-trauma. Em contrapartida, a limitação por aspectos emocionais melhorou significativamente, medida que pode se beneficiar com uma assistência domiciliar de equipe multiprofissional, na reabilitação física a fim de promover avanços na condição motora e por consequência melhora da autoestima e independência destes idosos. Estudos^{8,9} apontam que nos últimos anos tem ocorrido um crescente reconhecimento de que o trauma traz consequências, em médio e longo prazo, com relação ao aumento das necessidades especiais e diminuição da qualidade de vida das vítimas. Este impacto não é apenas relacionado às alterações anatômicas e fisiológicas iniciais, mas também aos aspectos psicológicos e sociais do atendimento agudo e da reabilitação. Porém, estudo aponta que a experiência cotidiana indica que as abordagens clínicas oferecidas aos pacientes vítimas de trauma não têm sido suficientes para restabelecer um padrão esperado de qualidade de vida. A queda da própria altura foi a causa mais frequente de fraturas nos idosos estudados 71% e 44% deles sofreram a fratura no período noturno. Ratificando este achado com a qualidade de vida, Jahana e Diogo¹⁰ pondera que a causa mais frequente dos traumas em idosos são as quedas, que interferem na diminuição da autonomia, independência e qualidade de vida. Fatores extrínsecos caracterizando o ambiente como luz inadequada, escadas, degraus altos ou estreitos, calçadas irregulares, ausência de corrimões em corredores e banheiros, estão mais associados a idosos residentes em comunidades, sendo responsáveis pelas quedas devido ao maior nível de independência que exercem. Quanto ao domínio dor, nos idosos estudados, houve melhora significativa da dor apresentada no período agudo do trauma e seis meses após. Esta questão parece relevante para a melhoria da qualidade de vida do idoso. Segundo investigação¹¹, a dor está entre os principais fatores que podem impactar

negativamente a qualidade de vida do indivíduo idoso, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social. A mensuração precisa dessa experiência pode contribuir para que esse impacto seja minimizado, evitando sofrimento desnecessário. Estes achados devem ser tomados como medida para prevenção das incapacidades e limitações físicas, inerentes ao processo de envelhecimento, que pode ser potencializadas por ocorrências das fraturas.

Conclusão: Os quesitos abordados sobre a qualidade de vida dos idosos, embora não irrefutáveis, merecem atenção por parte dos familiares e profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado ao idoso. Nas dimensões estudadas sobre a qualidade de vida, houve melhora significativa na capacidade funcional, dor e limitação por aspectos emocionais. Embora seja um estudo em andamento, o tamanho amostral apresentado ainda não contempla pesquisas desta natureza, os dados sociodemográficos e clínicos apresentados já sinalizam aspectos para maior atenção integral ao idoso, de forma a garantir ao máximo sua integridade biopsicossocial, garantindo uma melhora na capacidade funcional, autonomia e independência, fatores que asseguram uma melhor qualidade de vida. A observância destes achados torna-se relevantes uma vez que alguns fatores de risco e vulnerabilidade parecem ser previsíveis e preveníveis.

REFERENCIAS:

1. Veras R, Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54.
2. Carvalho EM, Delani TCO, Araújo A. Atenção à saúde do idoso no Brasil relacionada ao trauma. Uningá Review. 2014; 20(3):88-93.
3. Campos JFS, Poletti NAA, Rodrigues CDS, Garcia TPR, Angelini JF, Dollinger APAV, Ribeiro RCHM. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. Arq Ciênc Saúde. 2007; 14(4):193-7.
4. Ciconelli RM, Ferra, MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol.1999;39(3):143-50.
5. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. BMJ.1997;314(7080):572.
6. Monteiro CR, Faro ACM. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(3):719-24.
7. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saude Publica. 2003;19(3):793-8.
8. O'Donnell ML, Creamer M, Elliott P, Atkin C, Kossmann T. Determinants of quality of life and role-related disability after injury: impact of acute psychological responses. J Trauma. 2005;59(6):1328- 34. DOI: 10.1097/01.ta.0000197621.94561.
9. Alves ALA, et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. Rev Saúde Pública 2009;43(1):154-60.
10. Jahana KO, Diogo MGDE. Quedas em idosos: principais causas e consequências. Saúde coletiva. 2007; 17(04):148-53.
11. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(2):271-6.



CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade, Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015

