

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE TRAUMA EM IDOSOS ATENDIDOS ENTRE 2010-2016 NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UEPB**

Mariana Cavalcante de Menezes<sup>1</sup>; Renaly da Costa Rodrigues<sup>2</sup>; Alexa Alves de Moraes<sup>3</sup>;  
Windsor Ramos da Silva Júnior<sup>4</sup>

*<sup>1</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (maricm5485@gmail.com); <sup>2</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (renalycr@gmail.com); <sup>3</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (alexamoraesx3@gmail.com); <sup>4</sup>Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (windsorjr@gmail.com)*

A progressão da idade é acompanhada por alterações morfológicas, funcionais e patológicas, como modificações na coordenação, força motora, equilíbrio postural, acuidade e campo visual, audição, dentre outras, que diminuem a capacidade funcional do indivíduo, comprometendo sua qualidade de vida e os predispõem a processos traumáticos. Esse estudo teve por objetivo obter informações sobre a quantidade de idosos que foram atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB no período de janeiro de 2010 a setembro de 2016, tendo uma amostra total de 229 idosos, dentre os quais 82 sofreram algum tipo de trauma. Os resultados evidenciaram uma prevalência de mulheres atendidas, sendo um total de 57 (69,5%). A queda foi a principal causa de trauma, seguida pelo esforço físico, desse modo, novas estratégias de prevenção de traumas em idosos devem ser feitas, a fim de diminuir as chances de eventos que reduzam sua qualidade de vida e independência.

**Palavras –chave:** idoso, trauma, fatores de risco, acidentes por quedas.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso, todo aquele que tem 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos.<sup>1</sup>

A progressão da idade é acompanhada de mudanças previsíveis em praticamente todos os órgãos e sistemas do organismo com tendência à diminuição da reserva fisiológica. Tais modificações, embora características da idade avançada, não são inevitáveis. A massa corporal magra, constituída pelas massas celular e extracelular, diminui, embora o peso possa permanecer estável devido ao aumento da massa gordurosa. A massa celular corporal diminui, em média, 24% a partir da terceira até a oitava década, ocorrendo redução da força muscular e da necessidade calórica diária.<sup>2</sup>

Assim, o envelhecimento está associado a alterações morfológicas, funcionais e patológicas nos grandes órgãos e sistemas, sendo os mais frequentes descritos o cardiovascular, respiratório e renal. Do mesmo modo, ocorrem modificações na coordenação, força motora, equilíbrio postural, diminuição da acuidade e do campo visual, da audição, menor complacência pulmonar, diminuição da função renal, menor índice cardíaco e resposta adversa à perda sanguínea, dentre outras, que ao se somarem, diminuem a capacidade funcional do indivíduo e, conseqüentemente, comprometem sua qualidade de vida.<sup>2-4</sup>

As alterações estruturais e funcionais do processo de senescência, assim como a coexistência de doenças sistêmicas, por diminuir a funcionalidade dos idosos, os predis põem à diversos acidentes, principalmente quando comparadas àquelas pessoas com grande reserva fisiológica.<sup>2, 4</sup>

Trauma se caracteriza pela existência real de lesão, ferida, dano ou prejuízo produzido no organismo e/ou mente, cujos condicionantes e etiologia são variados e, predominantemente, de origem externa, ainda que a expressão sintomática e as manifestações clínicas sejam influenciadas por mecanismos de funcionamento internos ao próprio organismo. Considera-se que esses agravos e os processos orgânicos e mentais que os acompanham se constituem em decorrência de certos acontecimentos externos que os antecedem ou são simultâneos a eles. Os processos que dão origem às lesões traumáticas são na sua totalidade processos agressivos à integridade do ser, quer sejam intencionais ou não.<sup>5</sup>

Souza (2002) afirma que os idosos vítimas de trauma apresentam-se inicialmente de modo mais crítico, necessitam de internação hospitalar com mais frequência e representam grande proporção dos pacientes internados em unidades de tratamento intensivo. Desse modo,

devemos considerar o efeito adverso que o trauma exerce sobre a população geriátrica a longo prazo, de modo que, a mobilização precoce do idoso vítima de trauma é prioritária e constitui aspecto importante no processo de recuperação. Caso o paciente não possa deambular, devem ser realizados exercícios ativos e passivos ainda no leito, os quais progredem assim que possível para atividade em cadeira de rodas e finalmente para deambulação.

Portanto, compreender a relação entre a ocorrência de traumas e suas consequências para o idoso, favorece o conhecimento da equipe de saúde, o que pode repercutir na melhoria do cuidado, bem como na proposição de estratégias de promoção da saúde e de prevenção dos traumas, com vistas à melhoria das condições de vida desses idosos.<sup>5</sup>

Hirano (2007) observa ainda que um fator importante e inerente ao idoso é a recidiva do mesmo trauma. Assim, a melhor maneira de reduzir a mortalidade e morbidade do trauma entre os idosos é a prevenção através da educação da população, das mudanças nos ambientes frequentados por idosos e do estímulo à prática de atividades físicas, que reduzem as perdas de massa corporal e de força muscular.

A queda é o mecanismo de lesão mais frequente entre os idosos (40%), seguida pelo acidente automobilístico (28%), atropelamento (10%), ferimento por arma de fogo e branca (8%), entre outros. Esse principal mecanismo de lesão pode estar relacionado com as alterações osteomusculares e da força muscular que ocorrem nos idosos devido à diminuição da massa óssea e muscular. O equilíbrio e a marcha dependem de uma complexa interação entre as funções nervosas, osteomusculares, cardiovasculares e sensoriais, além da capacidade de adaptar-se rapidamente às mudanças ambientais e posturais. Com a idade, o equilíbrio se altera, causando instabilidade na marcha, o que, associado a interação de vários fatores ambientais e do próprio indivíduo, pode resultar em queda.<sup>2-4, 6</sup>

Desse modo, esse estudo busca traçar o perfil epidemiológico de trauma em idosos atendidos entre janeiro de 2010 e setembro de 2016 na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo descritivo de análise documental e abordagem quantitativa, das fichas de atendimento da Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB. Os dados foram coletados mediante análise das fichas de avaliação do setor de traumatologia e reumatologia no período de 19/09/16 até o dia 03/10/16 mediante a autorização institucional.

A análise estatística foi feita em SPSS 23.0 e as variáveis analisadas foram: sexo, idade, tipo e local do trauma e mecanismo de lesão, o qual foi dividido em: acidente automobilístico, acidente de moto, queda, acidente doméstico, esforço físico, não informado, processo infeccioso, acidente de trabalho, diabetes, atropelamento, corte, acidente não informado, chikungunya.

Foram analisadas 847 fichas de atendimentos, sendo excluídos pacientes com menos de 60 anos e pacientes com 60 anos ou mais que não sofreram algum tipo de trauma. Desse modo, a amostra total foi de 82 idosos que sofreram trauma no período mencionado.

## RESULTADOS

Dentre a amostra analisada, 82 (35,8%) sofreram algum tipo de trauma, sendo a maioria representada pelo sexo feminino 57 (69,5%). Em relação ao ano de entrada devido a algum tipo de trauma, podemos perceber conforme a Tabela 1 que houve um aumento dos casos, sendo 2016 o ano com maior incidência, apesar de não terem sido analisados os meses de outubro a dezembro.

Quanto ao mecanismo de lesão, predominaram a queda 38 (46,3%) e esforço físico 9 (11%), respectivamente. A relação entre sexo e mecanismo de lesão está apresentada na Tabela 2, havendo predominância no sexo feminino quanto a queda, sendo representada por 89,5 %,

Em relação às regiões mais acometidas: membro inferior 34 (41,4%), membro superior 33 (40,2%), coluna vertebral 13 (15,9%) e face 2 (2,4%), sendo o ombro 22 (26,8%) a região anatômica mais acometida no membro superior, o joelho 13 (15,9%) no membro inferior e a coluna lombar 6 (7,3%) na coluna vertebral, como mostrado na Tabela 3.

**Tabela 1 – Porcentagem de pacientes idosos que sofreram algum tipo de trauma segundo o ano de entrada na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB**

Ano de entrada	Frequência	Porcentagem
2010	8	9,8
2011	9	11,0
2012	18	22,0
2013	8	9,8
2014	12	14,6
2015	5	6,1
2016	22	26,8
<b>Total</b>	82	100,0

**Tabela 2 – Mecanismos de lesões dos idosos que sofreram trauma no período de 2010 a 2016 na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB**

Mecanismo de lesão	Frequência	Porcentagem
	2	2,4
Acidente automobilístico	2	2,4
Acidente de moto	3	3,7
Acidente de trabalho	2	2,4
Acidente domestico	2	2,4
Acidente não informado	1	1,2
Atropelamento	1	1,2
Chikungunya	2	2,4
Corte de unha	1	1,2
Diabetes	1	1,2
Esforço físico	9	11,0
Esforço físico no trabalho	7	8,5
Fratura do fêmur	2	2,4
Lesão esportiva	4	4,9
Não informa	2	2,4
Processo infeccioso	1	1,2
Queda	38	46,3
Queimadura	1	1,2
Torção	1	1,2
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3 – Regiões mais acometidas por traumas em pacientes idosos atendidos no período de janeiro de 2010 a setembro de 2016 na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB**

Região acometida	Frequência	Porcentagem
Antebraço	2	2,4
Braço	3	3,7
Cervical	3	3,7
Cotovelo	3	3,7
Coxa	2	2,4
Face	2	2,4
Joelho	13	15,9
Lombar	6	7,3
Mao	1	1,2
Ombro	22	26,8
Pé	2	2,4
Perna	3	3,7
Punho	2	2,4
Quadril	7	8,5
Torácica	4	4,9
Tornozelo	7	8,5
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

## DISCUSSÃO

A incidência de quedas aumenta com o avançar da idade, sendo mais prevalente entre as mulheres, chegando a um risco duas vezes maior do que entre os homens.<sup>7</sup>

A queda e suas consequências representam um grande problema de saúde dos idosos, sendo o principal mecanismo de lesão verificado em nosso estudo. Suas complicações lideram as causas de morte em pessoas acima de 65 anos e promove deficiência física, psicológica e social, pois leva à dependência e à redução das atividades diárias e da confiança, alterando o estilo de vida desses idosos.<sup>2,8</sup>

Além das consequências provocadas pelo trauma, em relação a queda, principal mecanismo de lesão, os idosos reduzem suas atividades devido à presença de incapacidades, dores, medo de cair novamente, atitudes protetoras dos familiares ou até mesmo por orientação dos profissionais de saúde.<sup>6</sup>

As fraturas nos idosos são, habitualmente, decorrentes de traumas de baixa energia como quedas dentro do domicílio, determinando principalmente fraturas do fêmur proximal, rádio distal e coluna. Contudo, atualmente, uma porcentagem significativa dos idosos apresentam vida mais saudável e ativa, determinando maior exposição a acidentes externos, como atropelamentos e acidentes automobilísticos.<sup>9</sup>

De acordo com Muniz (2007, p.34), a fratura de fêmur está entre as lesões traumáticas mais comuns na população idosa, causadas geralmente por traumas pequenos e não intencionais como as quedas, sendo a osteoporose, acuidade visual diminuída, alterações de equilíbrio e dos reflexos, além de fraqueza muscular e outras doenças associadas, fatores que contribuem para a alta incidência do terço proximal de fêmur, porém, em nosso estudo, as lesões de quadril ocuparam o segundo lugar das lesões de membros inferiores juntamente com lesões de tornozelo, acometendo 7 (8,5%) idosos.

Os dados encontrados no presente estudo coincidem com os apresentados por Johansson (1998), que observou a ocorrência de 1639 lesões causadas por quedas ao acompanhar uma população idosa, e por Peixoto (2015), que extraiu dados dos prontuários de 127 pacientes idosos admitidos por quedas em Santo Estevão - BA, no período de julho de 2012 a julho de 2013, concluindo que as mulheres apresentaram maior incidência de queda entre os idosos, sendo a faixa etária predominante acima de 80 anos, e a ocorrência desse evento associada à queda da própria altura, tendo como principal consequência a dor.

Rebelatto (2008, p.70) afirma que a principal causa das quedas é o déficit de equilíbrio corporal, o qual envolve a recepção e integração de estímulos sensoriais, o planejamento e a execução de movimentos para controlar o centro de gravidade sobre a base de suporte, sendo realizado pelo sistema de controle postural, que integra informações do sistema vestibular, dos receptores visuais e do sistema somatossensorial. Com a senescência, este sistema fica

deficitário, podendo eliminar diversas etapas do controle postural, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, levando a um aumento da instabilidade.

A queda pode ocasionar diminuição da capacidade do idoso em realizar as atividades da vida diária, diminuindo, conseqüentemente, sua independência, autonomia e qualidade de vida. Portanto, torna-se necessário intervenções que busquem melhorar os déficits dos idosos que possam levar a queda, diminuir os riscos ambientais, e que conseqüentemente reduzem sua qualidade e expectativa de vida.<sup>7</sup>

Nessa perspectiva, a fisioterapia é uma forma de prevenir quedas por meio de exercícios físicos, melhora da sensibilidade e equilíbrio, que levam a um aumento da estabilidade e permitem uma maior independência na recuperação da confiança em suas atividades.<sup>4</sup>

## CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados do estudo, concluímos que o mecanismo de trauma mais frequente em idosos é a queda, sendo similar a diversos outros estudos, tendo como principal consequência a fratura. Também é possível observar que houve um aumento quanto ao número de casos de idosos com trauma ao longo dos anos, sendo 2016 o ano com maior incidência, mesmo o presente estudo não tendo analisado o período de outubro a dezembro.

Portanto, percebemos a importância de novos meios para prevenção de traumas em idosos, através de exercícios e mudanças em seu ambiente, visando a melhora de sua qualidade de vida e independência.

## REFERÊNCIAS

1 – WHO (2002) **Active Ageing – A Policy Framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

2 – SOUZA, José Antonio Gomes de; IGLESIAS, Antonio Carlos RG. **Trauma in the elderly**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 48, n. 1, p. 79-86, 2002.

3 – HIRANO, Elcio S.; FRAGA, Gustavo Pereira; MANTOVANI, Mario. **Trauma no idoso**. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 40, n. 3, p. 352-357, 2007.



4 – MUNIZ, Clariana Fernandes et al. **Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público.** Revista Espaço para a Saúde, v. 8, n. 2, p. 33-38, 2007.

5 – BIAZIN, Damares Tomasin et al. **Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina-Paraná.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 43, n. 3, p. 602-608, 2009.

6 – PEIXOTO, Thais Moreira et al. **Causas e consequências de quedas em idosos atendidos no hospital de Santo Estevão, BA.** Revista Biociências, v. 21, n. 2, p. 93-100, 2015.

7 - JAHANA, Kelly Onaga; DIOGO, M. J. D. E. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Saúde coletiva**, v. 4, n. 17, p. 148-153, 2007.

8 – REBELATTO, José Rubens et al. **Equilíbrio estático e dinâmico em indivíduos senescentes e o índice de massa corporal.** Fisioter Mov, v. 21, n. 3, p. 69-75, 2008.

9 – KATZ, Márcio et al. **Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos.** Acta ortop. bras, v. 16, n. 5, p. 279-283, 2008.

10 – JOHANSSON, Berit. **Fall injuries among elderly persons living at home.** Scandinavian journal of caring sciences, v. 12, n. 2, p. 67-72, 1998.