

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL RELACIONADA AO TRAUMA

HEALTH CARE OF THE ELDERLY IN BRAZIL RELATED TO TRAUMA

ELOÁ MALDONADO DE CARVALHO¹, TIELES CARINA DE OLIVEIRA DELANI², ADRIANO ARAÚJO FERREIRA²

1. Discente do curso de Biomedicina da Faculdade Ingá – Uningá; 2. Docente na Faculdade Ingá – Uningá, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

* Rodovia PR 317, 6114, Departamento de Farmácia, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87035-510. tielesfar@yahoo.com.br

Recebido em 15/09/2014. Aceito para publicação em 30/09/2014

RESUMO

Através de uma revisão literária o presente trabalho procurou conhecer os tipos e as causas de traumas mais frequentes no idoso abordando também como é realizada a assistência em saúde no país a esse grupo específico. Nas últimas décadas a população idosa aumentou consideravelmente, e conseqüentemente acidentes com trauma vem crescendo de forma significativa nesta faixa etária. Desta forma, é necessário que os profissionais de saúde adotem medidas preventivas para que se possa evitar o trauma e diminuir assim a morbidade e a mortalidade entre essa população. A queda apresenta maior incidência entre os mecanismos de trauma em idosos. Além disso, o quadro clínico e a recuperação deste paciente requer condições especiais, uma vez que se apresentam diferentes dos outros grupos etários, por isso é necessário maior conhecimento e especialização dos profissionais que irão atuar no atendimento desta população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, trauma, queda, saúde do idoso.

ABSTRACT

Through a literature review this paper sought the types and causes of injuries more frequent in the elderly also addressing how care is delivered in health in the country to that specific group. In recent decade the elderly population has increased considerably, and consequently accidents with trauma has been growing significantly in this age group. Thus, it is necessary for health professionals to adopt preventive measures that can avoid the trauma and thus reduce morbidity and mortality among this population. The decline is greatest among the mechanisms of trauma in the elderly. Furthermore, the clinical picture and the recovery of these patients require special conditions, since they have different characteristics from other age groups, so greater knowledge and expertise of professionals who will act in compliance with this elderly population is necessary.

KEYWORDS: Elderly, trauma, fall, health of elderly.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define como idoso todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos para os países em desenvolvimento¹.

A população brasileira está envelhecendo, e essa transição demográfica desperta preocupação, pois o impacto deverá ser ainda maior no futuro. Esse novo cenário, exige que o Estado implemente políticas públicas que possam assegurar um melhor atendimento de saúde à essa população².

Atualmente no Brasil, o idoso enfrenta vários obstáculos para garantir sua assistência à saúde, como o desrespeito, a carência de programas específicos e a precariedade de investimentos públicos para atender as suas necessidades³.

Durante o processo de envelhecimento o idoso apresenta uma perda natural da sua capacidade funcional, o que acarreta maior dependência por outra pessoa. Desta forma, promover o envelhecimento ativo e saudável do idoso significa prevenir a perda dessa capacidade, através da preservação da sua independência física e psíquica, promovendo o bem-estar físico, mental e social, além de garantir, o acesso à diagnósticos, medicação e reabilitação funcional^{4,5}.

Este trabalho tem como objetivo, através de uma revisão bibliográfica, relatar a ocorrência de traumas mais comuns na população idosa, bem como apresentar a assistência em saúde que o país proporciona ao idoso.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No presente trabalho foi utilizado artigos científicos relacionados ao tema, retirados dos arquivos da SCIELO, LILACS, e publicações de órgãos nacionais,

com as seguintes palavras chave: idoso, trauma e queda. A partir dessa metodologia foi possível analisar uma população de 56 artigos sendo que 30 foram selecionados para o estudo e constituíram a amostra utilizada nesta revisão. Os critérios de inclusão deste estudo foram publicações do tipo artigo científicos disponíveis na íntegra e com acesso eletrônico livre, com a abordagem saúde do idoso, no qual foi delimitado um recorte no tempo de 2000 a 2014 e somente estudos em português e inglês. Não foi necessário a avaliação do Comitê de Ética, pois o trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica.

3. DESENVOLVIMENTO

Envelhecimento Populacional

Atualmente o crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial. Em 1950 a população de idoso eram cerca de 204 milhões, em 1998 eram 579 milhões. A projeção para 2050 será de 1,9 bilhões de idosos, o equivalente à população infantil de 0 a 14 anos. No Brasil, segundo o Censo de 2000, a população de idosos em 1991 era de 10.722.705, e em 2000 era de 14.536.029, sendo que as mulheres correspondiam a 55,1% dessa população neste ano⁶.

O crescimento da população idosa no Brasil, ocorre de forma radical e bastante acelerada, sendo que o declínio da fecundidade é o fator mais importante para tal fato⁷, porém o aumento da expectativa de vida também é um fator resultante desse processo de transição demográfica⁶. As estatísticas indicam que em 2020 já seremos o sexto país do mundo em maior número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas^{6,7}.

Isto gera uma grande preocupação de como os mecanismos de atendimento de saúde no Brasil estão reagindo a este emergente perfil demográfico. Às necessidades de saúde do idoso se contrapõem ao desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no país, tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente as crianças. Mesmo que tenha justificativas como a redução da mortalidade infantil e da incidência de várias doenças infectocontagiosa percebe-se o despreparo para atender o novo perfil demográfico e epidemiológico. Este despreparo já foi verificado e relatado por estudos de vários autores^{3,8}.

A atenção relacionada à saúde do idoso no Brasil, principalmente devido à ocorrência de quedas e suas consequências, vêm crescendo nos últimos anos, pois os custos desses serviços de saúde são muito altos⁹. Apesar de haver uma perspectiva na melhora ao atendimento do idoso no país, ainda se faz necessário maior especialização no tratamento de urgência desta população¹⁰.

Assistência à saúde do idoso

A assistência à saúde ao idoso tornou-se prioridade, tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida observado nas últimas décadas¹¹.

No Brasil atualmente, há duas alternativas no atendimento de saúde: o idoso pode, a qualquer momento, utilizar a rede pública – SUS (Sistema Único de Saúde) – ou a rede privada. O atendimento pela rede pública é precário, caracterizado pela falta de profissionais e demora no atendimento¹².

Em relação às necessidades de saúde dos idosos no Brasil, os quais requerem uma atenção específica, foi instituída, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)¹³. A PNSI foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegurando os direitos sociais à pessoa idosa e criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Esta política reafirma o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS¹⁴. Desta maneira, é necessário que em qualquer política destinada à população idosa se leve em conta, entre outros aspectos, a necessidade de preservação de sua autonomia⁴.

A implantação de políticas e de programas que consideram o novo perfil demográfico do país inclui a necessidade de ampliação quantitativa e qualitativa de profissionais para atuar na área do envelhecimento. Esta necessidade tem sido destacada na Política Nacional de saúde do Idoso⁴.

Os profissionais de saúde necessitam de qualificação em sua formação para atender à esta população que apresentam alterações diferentes dos jovens. Para que haja uma assistência humanizada ao idoso é necessária uma melhor relação entre profissional-paciente, além de um atendimento personalizado³.

A assistência humanizada e especializada, por parte destes profissionais de saúde garante um melhor atendimento ao paciente idoso e pensando nisto, e considerando a "humanização da assistência", o Ministério da Saúde criou, no final da década de 1990, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este programa visa melhorar a formação educacional dos profissionais de saúde, a fim de possibilitar a incorporação de valores e atitudes de respeito à vida humana. Estes profissionais passam a compreender que a qualidade em saúde deve ser composta de competência técnica e de interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais, o que resulta em progressivo afastamento dos profissionais de saúde dos seus pacientes, levando a uma diminuição do vínculo nas relações, tornando-as mais distantes, impessoais e despersonalizadas¹⁵.

Traumas e acidentes envolvendo o idoso

No Brasil a terceira maior causa de óbitos na população em todas as faixas etárias é o trauma por acidentes, perdendo somente para as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas. Apesar de o trauma ser mais frequente entre os jovens, o idoso quando acometido, apresenta maiores consequências¹⁶.

O trauma é considerado o conjunto das perturbações causadas subitamente por um agente físico de etiologia, natureza e extensão muito variadas, podendo estar situadas nos diferentes segmentos corpóreos. No Brasil, representa um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população¹⁷.

O crescimento mundial da população idosa e aumento da expectativa de vida, além da tecnologia aplicada à saúde e o grau de instrução populacional, tem contribuído para melhoria da qualidade de vida, proporcionando um estilo de vida mais ativo ao idoso. Assim, esses fatores têm levado estas pessoas a uma maior exposição a agentes agressores, evidenciado pelo aumento de casos de vítimas idosas de algum tipo de trauma, principalmente acidentes com fraturas ósseas^{1,10}. Além disso, o envelhecimento fisiológico também contribui para o aumento do risco de fratura nesta população. O idoso ao envelhecer fisiologicamente tem uma diminuição da acuidade visual, diminuição da audição, faz uso de medicações que alteram a resposta fisiológica do organismo e apresentam doenças associadas e marcha lentificada¹.

As doenças de origem traumática têm destaque na sociedade brasileira. Entre janeiro de 2008 e abril de 2010, foram observados aproximadamente dois milhões de internamentos. Aproximadamente 90% das lesões traumáticas foram originadas por causas intencionais (violência interpessoal) ou não intencionais como quedas e acidentes de trânsito^{18,19}.

Os idosos, vítimas de trauma necessitam de internação hospitalar com maior frequência em comparação com os mais jovens, e representam a maior porcentagem dos pacientes internados em unidades de tratamento intensivo, além disso, consomem mais recursos do que pacientes de qualquer outro grupo etário¹¹.

Outra causa que contribui ao trauma com fraturas consiste no fato de idosos já aposentados continuarem a desenvolver atividades remuneradas em função das necessidades financeiras, e com isso ficam mais expostos²⁰. Um estudo estatístico demonstrou que os traumas relacionados à profissão apontam que 67,89% destes idosos trabalhavam na área de serviços gerais e 42,86% na área comercial. Este fato confirma as pesquisas científicas que têm demonstrado que o idoso aposentado, muitas vezes, volta ao mercado de trabalho

para complementação de renda devido ao baixo rendimento de sua aposentadoria²¹.

Outro fator de risco importante que resulta em quedas e atropelamentos está relacionado ao processo de envelhecimento que leva a um déficit motor, conseqüentemente o idoso tem menor velocidade, reflexo, força, agilidade e instabilidade¹⁶. As alterações estruturais e funcionais, predispõem os idosos aos diversos acidentes, pois no processo natural do envelhecimento há uma diminuição progressiva da reserva funcional, afirmando que a queda é o mecanismo de lesão mais frequente entre os idosos²².

As limitações da própria idade levam o idoso a uma vulnerabilidade em se tratando de atropelamento¹⁶. Um estudo realizado na cidade de Maringá no Paraná foi detectado que metade dos idosos atropelados atravessavam a rua fora da faixa de pedestre. O mesmo estudo aponta ainda que pelas dificuldades da própria idade nem sempre o idoso conclui a travessia de longas avenidas uma vez que o tempo programado dos semáforos é muito curto, e o idoso exibe lentidão de marcha²³. As fraturas e as lesões de órgãos internos representam 72% de todos os diagnósticos nos pacientes idosos vítimas de acidente automobilístico¹¹.

Outro estudo constatou, que na maioria dos acidentes de trânsito, 45% dos pacientes apresentam fraturas sendo que destas, 29,2% acometem os membros inferiores. Destaca-se ainda que as fraturas de fêmur correspondem a 19,3%, seguindo os traumatismos cranianos 14,4%, as fraturas de membros superiores 12,1% e outras 11,9%²⁴. No ano de 1990 estimou-se que ocorreriam aproximadamente 1,7 milhões de fraturas de fêmur por ano, hoje acredita-se que esse número possa atingir um contingente de 6,3 milhões até o ano de 2050²⁵.

No Brasil, um estudo teve como objetivo descrever as fraturas de fêmur entre o período de 2006 a 2008. Os autores constataram que as internações de idosos com 60 anos ou mais no Sistema Único de Saúde (SUS) com fratura de fêmur chegaram a 1% dos casos nestes anos, e os gastos corresponderam a aproximadamente de 2% da verba destinada ao SUS²⁶. Em outro estudo foi constatado que 94,64% dos pacientes com fratura de fêmur tiveram que realizar cirurgia. Entretanto, este quadro clínico deve ser acompanhado por profissionais, pois levam à uma perda da capacidade funcional do idoso²⁸.

A incidência de mortalidade em pacientes idosos vítimas de fratura de fêmur é alta e por isso está relacionado como um problema de saúde pública mundial. Além disso, estes pacientes requerem tratamentos intensivos e reabilitação funcional por longo tempo²⁷.

A queda e suas consequências também representam um grande problema. Foi observado ao longo de 12 meses que 9% das pessoas com mais de 65 anos de idade

sofreram algum tipo de trauma, metade dos quais ocasionados por uma queda¹¹ e 54% dessas quedas são provenientes de fatores externos²².

No ano de 2011 foi realizado um estudo com 3112 pacientes vítimas de trauma atendidas no HUEC (Hospital Universitário Evangélico de Curitiba). Dos 3112 pacientes, 11,7% eram idosos, com predomínio dos homens (62,8%) em relação às mulheres (37,2%). Constataram que as vítimas de idosos por atropelamentos foram de 46,3%, de acidentes com carros 34,1%, de acidentes com quedas 85,5% e com violências interpessoais e agressões 85,7%. Observou-se também sinais de intoxicação alcoólica em 2,75% dos casos. Nesta pesquisa, entre os pacientes analisados, ficou constatado que em 47,8% dos casos o fêmur foi o osso mais fraturado¹⁶.

Atualmente traumas decorrentes de maus tratos ou por negligência praticada por familiares ou por cuidadores de idosos, tem chamado a atenção dos pesquisadores¹¹. Outro fator importante é a recidiva do mesmo trauma na recuperação do idoso que pode ser proporcionado pelos maus tratos²⁹.

Quedas

Uma pesquisa realizada em 2005 objetivou analisar a prevalência de quedas em idosos e a influência de variáveis a elas associadas. Os resultados deste estudo descreveram que a prevalência das quedas está associada com idade avançada, sedentarismo, auto percepção e com uso medicações contínuas³⁰. Alguns medicamentos de uso contínuo como antidepressivos e diuréticos podem provocar efeitos colaterais como hipotensão e tonturas favorecendo as quedas. Foi constatado em outro estudo que a maior incidência de queda em idosos é nos domicílios, pois estes nem sempre estão em condições de moradia adequada para atender essa população³¹.

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são doenças crônicas capazes de levar a um quadro de hipoglicemia ou hiperglicemia, que podem provocar a queda no idoso²².

A queda da própria altura apresenta uma incidência de 79,6% nos acidentes resultantes em trauma no idoso. A maior incidência são lesões de superfície, seguido pelo trauma crânio-encefálico e trauma de membros inferiores³². Outro estudo apontou que a queda da própria altura corresponde a 47,4%, quedas não específicas a 44,3% e quedas por escorregão, tropeção ou passo em falso a 22,8%³³.

Em um estudo realizado com 55 idosos vítimas de trauma, constatou-se que 16% moravam sozinhos⁵, portanto refletindo as mudanças quanto à participação da família à assistência ao idoso³¹. São vários obstáculos e facilitadores de quedas, como: camas altas, degraus altos ou estreitos, calçados inadequados, tapetes soltos, vaso sanitário baixo, ausência de barra de suporte, piso

escorregadio, pouca iluminação, cadeiras instáveis, via pública mal conservada com buracos ou irregulares, aliado a falta de conhecimento dos familiares e de cuidadores quanto às medidas de prevenção de quedas^{22,31,34}. Além disso, em outro estudo realizado com 34 idosos verificou-se que a queda é o principal mecanismo de trauma responsável pela fratura em idosos e que a própria residência foi o principal cenário das quedas, seguido pelo ambiente público³¹.

A falta de manutenção em vias públicas ainda é um fator de destaque na mídia, quando se fala em ocorrências traumáticas envolvendo idosos, este ao transitar pelas ruas sem um acompanhante fica exposto ao risco de injúrias traumáticas³⁵.

Atendimento ao Paciente idoso vítima de trauma

Os pacientes idosos vítimas de trauma recebem atendimento da mesma forma que os pacientes de outras faixas etárias, entretanto deve-se levar em consideração que este grupo apresenta particularidades que necessitam ser consideradas devido à pequena reserva funcional de seus órgãos. Além disso, os idosos possuem incapacidade de uma boa resposta ao trauma¹.

Nas primeiras 24 horas após o trauma, 49,1% dos idosos recebem alta hospitalar e 22,2% ficam internados para um procedimento cirúrgico, além disso, 20% correspondem a vítimas fatais quando sofrem atropelamento, provavelmente devido a sua vulnerabilidade. Idosos são dez vezes mais internados quando comparados às crianças³².

Em relação ao traumatismo crânio encefálico (TCE) relacionado ao trauma no idoso, um estudo revelou que dos pacientes internados com esse diagnóstico, 70% realizaram exames e tiveram alta com retorno ambulatorial, sendo que a taxa de mortalidade hospitalar dos idosos com TCE foi 23,33%³⁶.

Complicações do Trauma e taxa de mortalidade

A taxa de mortalidade entre os idosos nos internados varia entre 7,4% a 9,1%, entretanto no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, a taxa foi de 12,5% pois sendo um centro de referência em politraumatismos, recebe pacientes com maior gravidade de lesões, o que pode justificar a maior mortalidade em relação a outros estudos realizados¹⁶.

O trauma, com frequência, traz consequências ao idoso, podendo levar às alterações cardiovasculares, respiratórias e neurológicas¹⁰.

Um estudo aponta que no Brasil, em 1994, ocorreram 93144 mortes por trauma, das quais 9049 acometeram a população geriátrica, sendo os acidentes de trânsito e as quedas as principais responsáveis pelas mortes nestes idosos¹¹. Apesar do acidente automobilístico não ser a

causa mais frequente de trauma, é a principal causa de mortalidade no indivíduo entre 65 e 75 anos¹⁰.

Após um estudo foi verificado que a taxa de mortalidade para as quedas do mesmo nível foi de 5,6% e que em os outros tipos de quedas foi de 5,3%. Esta pesquisa acrescenta ainda que a taxa de mortalidade para o trauma craniano foi de 21,8% e fratura de fêmur de 4,6%³⁴.

O trauma no idoso está entre a quinta causa de morte, autores afirmam que 70% das mortes são causadas por quedas. Nesta faixa etária a taxa de mortalidade é maior quando comparado com o adulto jovem, sendo respectivamente de 43,5% e 23,8%³⁷.

A queimadura também é uma importante causa de morte entre os idosos vítimas de acidente, entretanto quanto maior a idade, menor é a taxa de sobrevivência decorrente das queimaduras. A percentagem da área corporal comprometida ainda é o principal fator prognóstico nesse tipo de acidente nos idosos. Queimaduras que comprometam mais de 10% da superfície corporal são consideradas graves e quando a área comprometida envolve 40% a 50% da superfície o acidente tem sempre evolução fatal¹¹.

4. CONCLUSÃO

Os dados desse estudo permitem concluir, que a queda é o mecanismo de trauma mais frequente entre a população idosa, sendo um marcador de fragilidade e perda da capacidade funcional. Identificar os fatores de risco de quedas em idosos é de grande importância para que a assistência básica de saúde possa traçar métodos preventivos com o objetivo de manter ou melhorar a capacidade funcional, prevenindo internações hospitalares e danos físicos, diminuindo assim os gastos que as quedas acarretam ao sistema de saúde. É preciso maior capacitação do profissional e investimentos nas estruturas dos locais de atendimento aos idosos. 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.

REFERÊNCIAS

- [1] Hirano *et al.* Trauma no idoso. Ribeirão Preto, Simpósio: Cirurgia de Urgência e Trauma; 2007; set; Ribeirão Preto. São Paulo; 2007.
- [2] Cunha JXP. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde Debate* 2012; 36(9):56-80.
- [3] Lima TJV. Humanização na atenção à saúde do idoso. *Saude soc.* 2010; 19(4):86-90.

- [4] Brasil. Lei 10.741 de 01 outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: DOU, 03 out. 2003. Ministério da Saúde. Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- [5] Maeshiro FL, Lopes MCBT, Okuno MFP, Camapanharo CRV, Batista REA. Capacidade funcional e a gravidade do trauma em idosos. *Act Paul Enferm*, 2013; 26(4):389-94.
- [6] IBGE. Estudos & Pesquisas - Informações demográfica e socioeconômica. O fenômeno mundial. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosos2000.pdf. Rio de Janeiro 2002. Acesso em 10 de junho de 2014.
- [7] Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2003; 19(3):725-733.
- [8] Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:45-52.
- [9] Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17(3):723-30.
- [10] Campos JFS, Poletti NAA, Rodrigues CDS, Garcia TPR, Angelini JF, Von Dollinger APA, et al. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. *Arq Ciênc Saúde* 2007; 29;14(4):193-7.
- [11] Souza JAG, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. *Rev Assoc Med Bras.* 2002; 48(1):79-86.
- [12] Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:405-16.
- [13] Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(6):929-34.
- [14] Brasil, Portaria nº 1395/GM de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 13.
- [15] Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 09 de junho de 2014.
- [16] Junior CAB, Folchini AB de, Ruedger RR de. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba. *Rev. Col. Bras.* 2013; 40(4):22-7.
- [17] Freire E. Trauma: a doença dos séculos. 3º ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
- [18] World Health Organization. Injury surveillance guidelines. Geneva: WHO; 2001.
- [19] Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. Morbidade hospitalar do SUS por causas externas - por local de internação - Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm> Acesso em: 09 de junho 2014.

- [20] National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). Comitê do PHTLS. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
- [21] Robazzi MLCC. Acidentes e agravos à saúde dos idosos nos ambientes de trabalho. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2009; 17(3):309-14.
- [22] Costa ICP, Lopes MEL, Andrade CG, Souto MC, Costa KC, Zaccara AAL. Fatores de Risco de Quedas em Idosos: Produção Científica em Periódicos Online no Âmbito da Saúde. *Revista brasileira de Saúde* 2012; 16(3):445-52.
- [23] Souza RKT, Soares DFPP, Mathias TAF, Andrade OG; Santana RG. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana. *Acta Sci Health Sci.* 2003; 25(1):19-25.
- [24] Mello JMHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2004; 7(2):228-38.
- [25] Farias MLF de. Fratura osteoporótica de fêmur: um desafio para o sistema de saúde e a sociedade em geral. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2005; 29;49(6):865-6.
- [26] Bortolon PC, Andrade CLT de, Andrade CAF de. O perfil das internações para fratura osteoporótica de fêmur em idosos no Brasil: uma descrição do triênio 2006-2008. *Cad Saúde Pública.* 2011; 29;27(4):733-42.
- [27] Assunção JH, Fernandes TL, Santos ALG dos, Sakaki MH, Zumiotti AV. Fatores preditivos para marcha na fratura Transtrocanteriana do fêmur. *Acta Ortp Bras.* 2008; 29;17(1):35-9.
- [28] Kapp W, Lindsey RW, Noble PC, Rudersdorf T, Henry P. Long-term residual musculoskeletal deficits after femoral shaft fractures treated with intramedullary nailing. *J Trauma* 2012; 29;49(3):446-9.
- [29] McMahon DJ, Shapiro MB, Kauder DR. O idoso ferido na unidade de trauma de terapia intensiva. *Surg Clin North Am* 2000; 80(3): 1005-19.
- [30] Siqueira FV, Fachini LA, Picini FX, Tomasi E, Silveira DS, Vieira V, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5):749-56
- [31] Monteiro CR, Faro ACM. Avaliação Funcional de idosos vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 29;44(3):719-24.
- [32] Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):659-64.
- [33] Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2): 162-7.
- [34] Lima TJV, Arcieri RM, Garbin CAS, Moimaz SAS. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(6):2687-97.
- [35] Oliveira KA. Causas de traumas em pacientes idosos atendidos em unidade de emergência. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2013; 7(4):1113-9.
- [36] Koizumi MS, Lebrao, ML, Mello-Jorge, MHP de, Primerano, V. Morbimortalidade por traumatismo crânio-encefálico no Município de São Paulo, 1997. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2000; 29;58(1):81-9.
- [37] Sharma OP, Oswanski MF, Sharma V, Stringfellow K, Raj SS. An appraisal of trauma in the elderly. *Am Surg* 2007; 73(4): 354-8.

