

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Assistência de enfermagem a idosos com traumas ósseos: uma revisão integrativa

Nursing care to elderly with bone fractures: an integrative review

Cuidados de enfermería para la tercera edad con fracturas óseas: una revisión integrativa

Ana Caroline Fonseca Landim ¹, Fernanda Machado Pinheiro ², Fernanda Soares Pessanha ³, Luiz dos Santos ⁴, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente ⁵

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of the elderly victims of bone trauma and as how nursing has been active in assisting these clients. **Method:** integrative Review, held in LILACS database with the keywords: Elderly, Nursing and Trauma, in order to answer the following question: <<"What is the profile of the elderly who suffer from bone trauma and the role of nursing care to these customers?">>. **Results:** people over 80 years old suffer more trauma primarily with neuromotor weaknesses, using multiple medications and comorbidities. Nursing care for the elderly is still traumatized poor because there was a significant incidence of iatrogenic complications. **Conclusion:** the risk factors for the occurrence of traumatic events in the elderly favor the loss of quality of life, increased functional dependence, burden for caregivers and institutionalization. The records of care provide visibility and ensure continuity of care in a qualified way. **Descriptors:** Nursing, Elderly, Traumatology, Wounds and injuries.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos idosos que foram vítimas de traumas ósseos e como a enfermagem tem atuado na assistência a estes clientes. **Método:** revisão integrativa, realizada na base de dados LILACS a partir dos descritores: Idoso, Enfermagem e Trauma, no intuito de responder a seguinte questão:<< "Qual o perfil dos idosos que sofrem traumas ósseos e qual o papel da enfermagem na assistência a estes clientes?" >>. **Resultados:** sofrem mais traumas os indivíduos prioritariamente acima de 80 anos, com debilidades neuromotoras, usando múltiplas medicações e com comorbidades. O cuidado de enfermagem aos idosos traumatizados ainda é deficiente, pois se observou uma incidência significativa de iatrogenias. **Conclusão:** os fatores de risco para a ocorrência de eventos traumáticos no idoso favorecem a perda da qualidade de vida, aumento da dependência funcional, sobrecarga aos cuidadores e institucionalização. Os registros dos cuidados prestados proporcionam visibilidade e garantem a continuidade do cuidado de forma qualificada. **Descritores:** Enfermagem, Idoso, Traumatologia, Ferimentos e lesões.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de los ancianos que fueron víctimas de traumas óseos y cómo la enfermería ha actuado en la asistencia a estos clientes. **Método:** revisión Integradora, realizada en la base de datos LILACS a partir de los descriptores: Anciano, Enfermería y Trauma, con el intuito de responder a la siguiente pregunta:<< "Cuál es el perfil de los ancianos que sufren traumas óseos y cuál es el papel de la enfermería en la asistencia a estos clientes?">>. **Resultados:** sufren más traumas individuos prioritariamente con más de 80 años, con debilidades neuromotoras, usando múltiples medicaciones y con comorbilidades. El cuidado de enfermería a los ancianos traumatizados todavía es deficiente, ya que se observa una incidencia significativa de iatrogenias. **Conclusión:** los factores de riesgo para la ocurrencia de eventos traumáticos en el anciano favorecen la pérdida de la calidad de vida, aumento de la dependencia funcional, sobrecarga a los cuidadores y institucionalización. Los registros de los cuidados prestados proporcionan visibilidad y garantizan la continuidad del cuidado de forma calificada. **Descritores:** Enfermería, Anciano, Traumatología, Heridas y lesiones.

¹Acad. de Enfermagem 9º Período. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense - EEAAC/UFF. Niterói (RJ). Brasil. Email: aninha_acfl@hotmail.com. ²Acad. de Enfermagem 9º Período. Bolsista IC FAPERJ. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense - EEAAC/UFF. Niterói (RJ). Brasil. Email: fernanda_macpinheiro@hotmail.com. ³Acad. de Enfermagem 9º Período. Bolsista PIBIC CNPQ. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense - EEAAC/UFF. Niterói (RJ).Brasil.Email: fernandapessanh@hotmail.com. ⁴Luiz dos Santos. Enfermeiro. Mestre em Enfermagem; Professor do Departamento Médico cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense - EEAAC/UFF. Niterói (RJ).Brasil. ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - Universidade Federal Fluminense - EEAAC/UFF. Niteroi (RJ). Brasil. Bolsista CNPq de Pós Doutorado no Exterior - Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. Email: geilsavalente@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

No Brasil, são consideradas idosas todas as pessoas com idade superior a 60 anos.¹ Em 2002, o Brasil ocupava o sexto lugar entre os países com maior número de idosos (14,1 milhões de pessoas), tendo previsão de ocupar o quinto lugar no ano de 2025 (com 33,4 milhões).²

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223% ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050, haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.³

Entre os idosos, as quedas não intencionadas, inclusive aquelas que poderiam ser consideradas irrelevantes em pacientes jovens, são uma grande ameaça à saúde, já que frequentemente levam a lesões que afetam negativamente o nível de dependência e a qualidade de vida, convertendo-se, portanto, em um significativo problema de saúde pública.⁴ Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 28% e 34% das pessoas com mais de 65 anos sofrem pelo menos uma queda por ano, porcentagens que aumentam conforme a idade e se traduzem em taxas de hospitalização por lesões que oscilam entre 1,6 e 8,9 episódios a cada 100 000 habitantes.⁴

A ocorrência de trauma no idoso vem crescendo de forma significativa, mediante o crescimento desta população. Atualmente, o estilo de vida mais ativa do idoso eleva a exposição ao risco de acidentes. Além desse fator, o próprio envelhecimento fisiológico contribui para a diminuição da acuidade visual, a diminuição da audição, o uso de medicações, as doenças associadas e a marcha lentificada. Outros sistemas orgânicos também possuem diminuição de suas funções: renal, pulmonar, cardiovascular, osteomuscular e endócrino.⁵

A queda é o mecanismo de lesão mais frequente, seguido por atropelamento. Após o trauma, o idoso possui uma decadência na sua qualidade de vida, não conseguindo retornar plenamente ao seu estado inicial. A prevenção por meio da redução de exposição aos riscos de trauma é a melhor ferramenta para diminuir a morbidade e mortalidade. Qualquer mínima alteração dos parâmetros fisiológicos pode ser indício de uma lesão potencialmente letal.⁵

No contexto da gerontologia, atuando através de uma equipe interdisciplinar, o cuidado ao idoso visa prioritariamente o autocuidado e a manutenção de uma vida ativa e independente, dando suporte também à família cuidadora, empregando esforços conjuntos (comunidade e profissionais) na busca e na conquista de políticas e programas que viabilizem a conservação da sua dignidade na vida social.⁶

Nessa equipe, a Enfermagem atua no cuidado aos idosos assistindo-os de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais⁷, bem como na assistência às vítimas de traumas ósseos, dentre os quais, a avaliação

funcional do idoso é parte fundamental do cuidado de enfermagem. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos idosos brasileiros vítimas de traumas ósseos e como a enfermagem tem atuado na assistência a estes clientes.

MÉTODO

O presente trabalho é uma revisão integrativa. Trata-se de uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, esta é realizada a partir da síntese dos resultados de pesquisas relacionados com um problema ou questão específica, sendo a mais ampla a abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.⁷ Portanto, é um recurso importante da prática da enfermagem baseada em evidências.

A coleta dos dados foi realizada no período de 1º de novembro de 2011 a 7 de novembro de 2011 na base de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), tendo partido do seguinte questionamento: “Qual o perfil dos idosos que sofrem traumas ósseos e qual o papel da enfermagem na assistência a estes clientes?”.

A busca na base de dados foi realizada utilizando-se as seguintes palavras chaves: Idoso, Enfermagem e Trauma. O cruzamento entre estas foi feito com o operador booleano AND.

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: apresentar o texto na íntegra disponível *online*, nos idiomas português e espanhol, com o ano de publicação entre 2009 e 2011, devendo o estudo tratar do cuidado a saúde de idosos que sofreram traumas ósseos. Foram excluídos trabalhos que apresentavam especificidades em seus temas (como para as áreas da atenção primária e saúde coletiva, formação em enfermagem etc.), conforme descrito nos resultados deste estudo.

Os dados foram categorizados por aproximação temática dos objetos de estudo e, em seguida, foi realizada a análise do conteúdo da seguinte forma: Fatores de Risco para Traumas Ósseos ou para Piores Prognósticos, Perfil do Idoso Vítima de Traumas Ósseos e Atuação da Enfermagem na Assistência aos Clientes Traumatizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cruzamento dos três termos (“Idoso”, “Trauma” e “Enfermagem”) com o operador booleano AND na base de dados LILACS, não foi encontrada nenhuma publicação.

No cruzamento dos termos “Idoso” e “Enfermagem” com o operador booleano AND na base de dados LILACS, obtiveram-se 899 publicações, 382 apresentavam texto na íntegra

online. Destas, 371 estavam em português ou espanhol, das quais 132 foram publicadas entre os anos de 2009 e 2011. Dentre esses 132, 13 foram selecionados para compor a análise e a categorização propostas neste trabalho. Sendo assim, os 119 estudos abaixo foram avaliados e excluídos porque não apresentam uma temática condizente com a abordada neste estudo, conforme a tabela a seguir.

Tabela 1 - Temáticas dos estudos (Idoso e Enfermagem)	N
Atenção primária/Saúde coletiva	23
Formação em enfermagem	16
Afecções cardíacas ou vasculares	13
Atuação do cuidador na assistência ao idoso	13
Situações de demência, depressão, doenças neurológicas ou alterações cognitivas	9
Percepção ao processo de envelhecimento	8
Assistência de enfermagem no período perioperatório	8
Artigos repetidos de outros cruzamentos	7
Dificuldades intestinais/ renais ou urinárias	6
Pacientes com Diabetes Mellitus	5
Assistência de enfermagem em doenças infecciosas	4
Pacientes oncológicos	3
Assistência de enfermagem em UTI	2
Terapia medicamentosa	2
Total	119

No cruzamento dos descritores “Idoso” e “Trauma” com o operador booleano AND na base de dados LILACS, obtiveram-se 865 publicações, porém apenas 289 apresentavam texto na íntegra *online*. Destas, 240 estavam em português ou espanhol, das quais 79 foram publicadas entre os anos de 2009 e 2011. Dentre esses 79, 14 foram selecionados para compor a análise e a categorização propostas neste trabalho. Sendo assim, os 65 estudos abaixo foram avaliados e excluídos porque não apresentavam uma temática condizente com a abordada neste estudo, conforme a tabela a seguir.

Tabela 2 - Temáticas dos estudos (Idoso e Trauma)	N
Assistência de enfermagem no período perioperatório	17
Traumas oculares ou faciais	11
Influência do ambiente doméstico/Ação do cuidador na assistência ao idoso	10
Assistência a idosos, adolescentes e adultos	5
Traumas viscerais	5
Afecções cardíacas ou vasculares	4
Doenças ocupacionais	4
Assistência de enfermagem em doenças infecciosas	3

Situações de demência, depressão, doenças neurológicas ou alterações cognitivas	2
Atenção primária/Saúde coletiva	2
Dificuldades intestinais/ renais ou urinárias	1
Pacientes com limitações respiratórias	1
Total	65

No cruzamento dos descritores “Enfermagem” e “Trauma” com o operador booleano AND na base de dados LILACS, obtiveram-se 206 publicações, porém apenas 93 apresentavam texto na íntegra online. Destas, 90 estavam em português ou espanhol, das quais 31 foram publicadas entre os anos de 2009 e 2011. Dentre esses 31, dois foram selecionados para compor a análise e a categorização propostas neste trabalho. Sendo assim, os 29 estudos abaixo foram avaliados e excluídos porque não apresentavam uma temática condizente com a abordada neste estudo, conforme a tabela a seguir.

Tabela 3 - Temáticas dos estudos (Enfermagem e Trauma)		N
Percepção/Trabalho do enfermeiro		10
Formação em enfermagem		7
Assistência a idosos, adolescentes e adultos		3
Doenças ocupacionais		3
Atenção primária/Saúde coletiva		2
Traumas oculares ou faciais		1
Afecções cardíacas ou vasculares		1
Situações de demência, depressão, doenças neurológicas ou alterações cognitivas		1
Pacientes oncológicos		1
Total		29

A partir dessa avaliação das publicações, obtiveram-se os seguintes artigos para discussão:

Tabela 4 - Artigos Selecionados			
Autor(es)	Ano	Título	Revista
1. Pokorski, S; Moraes, MA; Chiarelli, R; Costanzi, AP; Rabelo, ER.	2009	Processo de Enfermagem: Da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? ⁽⁸⁾	Revista Latino-Americana de Enfermagem
2. Araújo,VB; Perroca, MG; Jericó, MC.	2009	Variabilidade do Grau de Complexidade Assistencial do Paciente em Relação à Equipe de Enfermagem ⁽⁹⁾	Revista Latino-Americana de Enfermagem
3. Santos, JC; Ceolim, MF.	2009	latrogenias de enfermagem em pacientes hospitalizados ⁽¹⁰⁾	Revista da Escola de Enfermagem da

				USP
4.	Aires, M; Paz, AA; Perosa, CT.	2009	Situação de Saúde e Grau de Dependência de Pessoas Idosas Institucionalizadas ⁽¹¹⁾	Revista Gaúcha de Enfermagem
5.	Machado, TR; Oliveira, CJ; Costa, FBC; Araujo, TL.	2009	Avaliação da presença de risco para queda em idosos ⁽¹²⁾	Revista Eletrônica de Enfermagem
6.	Lima, AP; Mantovani, MF; Ulbrich, EM; Zavadil, ETC.	2009	Produção Científica sobre a Hospitalização de Idosos: Uma Pesquisa Bibliográfica ⁽¹³⁾	Cogitare Enfermagem
7.	Oliveira, ARS; Costa, AGS; Sousa, VEC; Moreira, RP; Araújo, TL; Lopes, MVO; Galvão, MTG.	2009	Conduas para a prevenção de quedas de paciente com Acidente Vascular Encefálico ⁽¹⁴⁾	Revista de Enfermagem da UERJ
8.	Betancourt, GM; Basulto, SDV; Atencio, JV.	2009	Mortalidad por trauma craneoencefálico en el adulto mayor ⁽¹⁵⁾	Archivo médico de Camaguey
9.	Martínez, NAB.	2009	Prevención de accidentes en adultos mayores ⁽¹⁶⁾	Revista de la Universidad de Medicina de Bogotá (Colombia)
10.	Ayes-Valladares, F; Alvarado, LT	2009	Caracterización Clínica-Terapéutica de la Fractura Externa en el Hospital Escuela ⁽¹⁷⁾	Revista de Medicina de Honduras
11.	Moraes, FB; Silva, LL; Ferreira, FV; Ferro, AM; Rocha, VL; Teixeira, KS.	2009	Avaliação epidemiológica e radiológica das fraturas de fêmur: Estudo de 200 casos ⁽¹⁸⁾	Revista Brasileira de Ortopedia
12.	Biazin, DT; Rodrigues, RAP.	2009	Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina - Paraná ⁽¹⁹⁾	Revista da Escola de Enfermagem da USP
13.	Motta, CCR; Hansel, CG; Silva, J.	2010	Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público ⁽²⁰⁾	Revista Eletrônica de Enfermagem
14.	Guedes, HM; Nunes, DP; Nakatani, AYK; Bachion, MM.	2010	Identificação de diagnósticos de enfermagem no domínio atividade/repouso em idosos admitidos em hospital ⁽²¹⁾	Revista de Enfermagem da UERJ
15.	Costa, AGS; Oliveira, ARS; Moreira, RP; Cavalcante, TF; Araujo, TL.	2010	Identificação do Risco de Quedas em Idosos após Acidente Vascular Encefálico ⁽²²⁾	Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery
16.	Fernandes, MGM; Andrade, AN; Nóbrega, MML.	2010	Determinantes de fragilidade no idoso: Uma revisão sistemática ⁽²³⁾	Online Brazilian Journal of Nursing
17.	Sousa, RM; Santana, RF; Santo, FHE; Almeida, JG;	2010	Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Idosos	Revista da Escola de

Alves, LAF.		Hospitalizados: Associação com as Síndromes Geriátricas ⁽²⁴⁾	Enfermagem Anna Nery
18. Suelves, JM; Martínez, V; Medina, A.	2010	Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España ⁽⁴⁾	Revista Panamericana de Salud Publica
19. Betancourt, GM; Hernández, AV; Atencio, JV.	2010	Manejo hospitalario del trauma craneoencefálico menor en el adulto mayor ⁽²⁵⁾	Archivo médico de Camaguey
20. Betancourt, GM; Basulto, SV; Atencio, JV; Hernández, AV.	2010	Protocolo de manejo hospitalario de el trauma craneoencefálico en el adulto mayor ⁽²⁶⁾	Archivo médico de Camaguey
21. Betancourt, GM; Monné, DS; Hernández, AV; Fradera, AC.	2010	Resultados de la aplicación del protocolo para el tratamiento hospitalario del trauma craneoencefálico en el adulto mayor ⁽²⁷⁾	Mediciego
22. Betancourt, GM; Fradera, AC.	2010	Factores pronósticos del trauma craneoencefálico en el adulto mayor ⁽²⁸⁾	Mediciego
23. Pereira, FB; Paula, AP; Barra, FR; Carneiro, JN; Leite, AF.	2010	Homens idosos com osteoporose são mais magros, têm menor índice de massa corporal e menor índice de rigidez ⁽²⁹⁾	Revista Brasília Médica
24. Gawryszewski, VP.	2010	A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo ⁽³⁰⁾	Revista da Associação Médica Brasileira
25. Monteiro, CR; Faro, ACM	2010	Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio ⁽³¹⁾	Revista da Escola de Enfermagem da USP
26. Lima, RS; Campos, MLP.	2011	Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência ⁽³²⁾	Revista da Escola de Enfermagem da USP

A fim de atingir os objetivos do trabalho, após análise dos estudos, foram criadas as seguintes categorias:

A. Fatores de Risco para Traumas Ósseos ou para Piores Prognósticos

Os idosos estão mais sujeitos às iatrogenias, pois muitas vezes são tratados como pacientes adultos jovens, sem ter sua idade levada em consideração. Aumentando, assim, a sua susceptibilidade a efeitos iatrogênicos e a tratamentos não recomendados para sua idade.³ As quedas são importantes fatores causais para aumentar o nível de dependência do idoso, tornando-se uma preocupação específica, já que podem afetar sua capacidade funcional por estar associada a modificações anatômicas atribuídas ao processo natural de

envelhecimento ou a patologias. A segurança dos idosos deve ser motivo de preocupação para a sociedade, pois as quedas podem ter repercussões desastrosas, uma vez que idosos com traumas têm perda na sua autonomia e aumento da sua dependência, refletindo em acréscimo de trabalho e estresse para o cuidador e familiares.⁵

Os fatores de risco estão associados à ocorrência de infecção hospitalar, são eles: a realização de colangiografia, a presença de Diabetes *Mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), utilização de cateterismo vesical, a presença de infecção comunitária e o uso de ventilação mecânica.⁶ Das diversas patologias dominantes na faixa etária acima dos 50 anos, encontra-se o AVE, considerado como causa principal de internações, mortalidade e disfuncionalidade, superando, até mesmo, as doenças cardíacas e o câncer. Entre as sequelas observadas, sobressai a alteração na mobilidade física, responsável, particularmente, pelo aumento no risco de quedas. Apesar de o evento queda não ser exclusivo do mencionado grupo etário, nele assume conotação mais grave, tendo em vista outros problemas de saúde presentes concomitantes e sequelas mais facilmente observadas, geralmente associadas a limitações na qualidade de vida.⁷

Os principais fatores de risco para fraturas em idosos incluem diminuição da audição e da visão periférica, lentificação dos reflexos e dos mecanismos de defesa, aumento da fragilidade óssea, uso de medicamentos e antecedentes de enfermidades crônicas⁸. Os acidentes em idosos estão associados a fatores de risco extrínsecos (riscos ambientais, presença de obstáculos, iluminação inadequada, falta de segurança no banho, pisos escorregadios, falta de corrimãos, escadas, móveis inadequados, uso de calçados inadequados ou de dispositivos de assistência à marcha, polimedicação, mal estado dos eletrodomésticos, vazamentos de gás) e intrínsecos (alterações na marcha e na estabilidade, disfunções vestibulares levando a vertigens e síncope, debilidade muscular, alterações visuais e auditivas, neuropatia periférica, alterações cognitivas, ortostatismo, idade avançada, artropatia degenerativa, limitação para atividades básicas da vida diária, depressão, mal estado das peças dentárias e tabagismo).⁹

O mecanismo clássico da lesão esternal é o impacto direto do esterno com o volante do automóvel que desacelera subitamente durante uma colisão. Outros mecanismos são o trauma direto do esterno e a compressão por lesões decorrentes de hiperextensão da coluna (sendo mais propensas a estas lesões as mulheres e pessoas com mais de 50 anos).¹⁰

A taxa de mortalidade tardia é maior para o idoso, vítima de trauma, do que para o jovem, devido à combinação da lesão com o maior número de doenças pré-existentes associadas (comorbidades) e o aparecimento de complicações após o trauma. A hospitalização poderá levar a complicações, devido à imobilização prolongada, maior risco de agravos iatrogênicos e ao estresse pós-traumático, caracterizado por insônia, ansiedade, depressão, perda de confiança e síndrome do pânico. Os fatores que interferem no prognóstico do idoso com trauma são a idade, número, tipo e gravidade das lesões, precocidade no atendimento, conduta pré-hospitalar, transporte adequados, entre outros.¹²

A hospitalização do idoso acarreta maiores gastos para o sistema de saúde e para a família (em decorrência do maior tempo de internação ao qual esses clientes geralmente são submetidos em comparação ao adulto jovem), contribuindo também para o aumento do

risco de complicações no prognóstico.¹³ A internação hospitalar é considerada de risco para as pessoas idosas, em função da diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes irreversíveis.¹⁴

No grupo de idosos, os fatores de risco que apresentaram maior frequência em ambos os sexos foram: história de quedas (87,5%); idade igual ou superior a 65 anos (70,8%); dificuldades visuais (95,8%); uso de medicações (75%); quarto não familiar ou pouco iluminado (62,5%) e ausência de material antiderrapante (95,8%). Dentre as alterações fisiológicas mais observadas, destacaram-se as oculares e as auditivas, comuns em idosos, e que somadas às demais alterações relacionadas ao envelhecimento, findam por reduzir a autonomia e independência do indivíduo, ocasionando prejuízos na sua qualidade de vida. A prevalência de quedas associou-se estatisticamente com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde (considerada ruim) e maior número de medicações de uso contínuo. Para se estabelecer um ambiente seguro às pessoas idosas, não são necessários grandes gastos ou mudanças radicais no âmbito da família.¹⁵

O levantamento dos fatores de risco que colaboram para a ocorrência de um evento traumático no idoso tem se destacado como alvo de pesquisas científicas, visando esclarecer aos profissionais de saúde que características têm de se observadas na avaliação de seus clientes no contexto da gerontologia, sobretudo, tendo em vista que os acidentes que conduzem a traumas ósseos no idoso implicam muitas vezes na perda da qualidade de vida, no aumento da dependência funcional, sobrecarga aos cuidadores, institucionalização e morte prematura.¹⁶

As alterações fisiológicas relacionadas à idade tornam o envelhecimento uma experiência heterogênea e subjetiva. Assim sendo, a interação de fatores pessoais, psicossociais e ambientais no curso da vida, de forma individual, delimita o conceito de envelhecimento fisiológico do patológico ou frágil.¹⁶ Independentemente de ser expressa de forma aguda ou crônica, a doença apresentada pelo idoso é multifatorial e dificilmente resulta de uma única causa, daí a complexidade do cuidado de enfermagem dispensado a essa clientela e a necessidade de uma equipe especializada para esse atendimento, pois, comumente, os sintomas surgem de forma aguda e podem-se ter sistemas corporais afetados antes mesmo do surgimento dos sintomas.¹⁷

Unicamente o sexo (as mulheres sofrem mais quedas que os homens), a idade, viver sozinho, estar tomando cinco ou mais medicamentos e sofrer problemas de mobilidade ou transtornos musculoesqueléticos ou diabetes se associaram significativamente a haver enfrentado lesões por quedas. Enquanto que as disfunções sensoriais e de comunicação, as enfermidades cardiovasculares, as cataratas e o consumo de álcool não tiveram efeitos estatisticamente significativos.¹⁸

O envelhecimento fisiológico do Sistema Nervoso põe o idoso em risco de sofrer traumatismos, dentre os quais, o trauma craneoencefálico (TCE), este é o que mais causa disfunções e morte. Desta forma, os idosos compõem o grupo populacional mais susceptível às complicações graves, mesmo após TCE leves.¹⁹ Os fatores de risco para ocorrência de complicações em decorrência de um trauma craneoencefálico (TCE) destacados foram antecedentes de enfermidade crônica (sendo mais incidentes a hipertensão arterial e a

cardiopatia isquêmica estável). O tipo de traumatismo que mais indicou risco de óbito foi o TCE grave (a mortalidade do TCE grave foi de 95%).²⁰

Avaliando a evolução da assistência à saúde dos pacientes com trauma cranioencefálico (TCE), as principais causas de cirurgias foram os pacientes com TCE graves (100%), seguidos daqueles com TCE moderado e lesões ocupantes de espaço (25%). Todos os pacientes com TCE grave ou moderado foram submetidos à tomografia axial computadorizada. A qualidade da atenção médica inicial, o diagnóstico e o tratamento precoce, o tipo de lesão primária e a severidade do trauma são fatores que influenciam no aparecimento de complicações pós-operatórias.²¹ A idade avançada, os antecedentes de enfermidades cardiovasculares, a severidade do trauma, a presença de hematomas intracraniais traumáticos, o desenvolvimento de complicações e o tratamento cirúrgico aumentam de maneira significativa o risco de falecer.²²

Visando avaliar o risco de fratura em homens idosos, avaliaram-se os seguintes fatores de risco: história familiar de osteoporose, diagnóstico atual de osteoporose, presença de osteopenia, normalidade densitométrica, tabagismo e etilismo, massa óssea, idade e estatura. Os tabagistas, etilistas, com baixa massa óssea, com 60 anos ou mais e de baixa estatura foram descritos com maior risco de fratura.²³

As quedas ocorrem como um somatório de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, sendo difícil restringir um evento de queda a um único fator. Os fatores intrínsecos são: a debilidade muscular, alterações da marcha, deterioração cognitiva e capacidade funcional de realizar as atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária como fator associado às quedas bem como o uso de determinados medicamentos. Estudos realizados no Brasil mostraram, entre os fatores associados, a idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde como sendo ruim, maior número de medicações referidas para uso contínuo, comprometimento da visão, dificuldades na realização de atividades diárias.²⁴

Existem diversos fatores intrínsecos que favorecem o trauma no idoso: as perdas decorrentes do declínio fisiológico que acompanham o processo de envelhecimento, como as alterações do sistema cardíaco, nervoso, sensorial e musculoesquelético, tendo como destaque as alterações da visão, audição, olfato, marcha, equilíbrio, coordenação motora e tempo de reação. Ainda, a coexistência de doenças sistêmicas e, conseqüentemente, o uso de diversos medicamentos predispõe os idosos a riscos de trauma. A utilização de medicamentos como antidepressivos, psicotrópicos, ansiolíticos e hipnóticos, sedativos, anti-hipertensivos, diuréticos aumentam a propensão do trauma, através de seus efeitos colaterais cumulativos ou por interações com outras drogas ou hipotensão ortostática. Não podemos negar ainda que, entre os idosos, o consumo de álcool em excesso constitui um problema em muitos casos. As alterações de conduta, equilíbrio e marcha decorrentes deste hábito geram como consequência um grande número de lesões decorrentes de quedas, atropelamentos, colisões e agressões²⁵, e são considerados indiretamente como fatores de risco para traumatismos ósseos.

Os avanços tecnológicos e a melhoria da qualidade de vida têm permitido que os idosos desenvolvam atividades como dirigir, realizar exercícios físicos e viajar. Os anciãos já aposentados continuam a desenvolver atividades remuneradas em função das necessidades

financeiras, a despeito dos problemas de saúde concomitantes. O artigo afirma que a melhoria da expectativa de vida, acrescida da melhoria da qualidade de vida do indivíduo que adentra na terceira idade tem propiciado a manutenção da independência funcional, o que torna possível à realização das atividades de vida diária com consequente maior exposição aos riscos de trauma.²⁶

B. Perfil do Idoso Vítima de Traumas Ósseos

Empiricamente, pode-se dizer que, conforme maior a idade do paciente, mais risco ele terá de ser acometido por algum trauma ósseo. Nessa categoria, teve-se como objetivo validar essa informação, bem como avaliar outros indicadores, tais como sexo, profissão, estado civil etc, visando identificar quais as características desse cliente. Conhecer o perfil dos pacientes que serão alvos dos cuidados de enfermagem é essencial, tendo em vista identificar os fatores de risco intrínsecos, potencialmente determinantes de uma lesão acidental.¹⁶

Caracteriza-se o perfil do idoso submetido à iatrogenias com idade variante de 61,6 a 98,3 anos (mediana de 70,8 anos)³ em um estudo, no qual apresenta como perfil a predominância do sexo feminino, sendo a média de idade entre as pessoas idosas de 79,5±9,6. Na situação conjugal dos idosos, 64,5% eram solteiros e nenhum era casado. Em relação ao número de filhos, 67,7% dos idosos não tiveram filhos, o que contribui para dependência de cuidadores não familiares. Quanto ao grau de escolaridade, 74,2% das pessoas idosas não concluíram o Ensino Fundamental, sendo que 25,8% dos idosos frequentaram em média de um a seis anos a escola. Em relação à ocupação profissional/renda, a maioria das pessoas idosas recebe benefícios de aposentadoria e de pensão da Previdência Social. Nenhum idoso pratica exercício físico e, ao se avaliar a situação de saúde, 83,9% das pessoas idosas referiram presença de uma morbidade e 34,6% apresentavam comorbidades, isto é, doenças que se sobrepõem, comprometendo o estado de saúde e capacidade funcional. As doenças referidas pelos idosos e/ou por seus cuidadores foram: 37,5% por doenças cardiovasculares; 13,9% doenças psiquiátricas; e 48,6% dos idosos apresentaram outras doenças. Para estes idosos, indicavam-se a prevalência de dependência parcial para realizar as AVDs e AIVDs.⁴

Foram citadas, como referência ao perfil do idoso, doenças diagnosticadas por médicos e para as quais fazem tratamento, estando entre elas a hipertensão arterial, relatada por 18 idosos (75,0%), sendo a mais frequente no grupo; osteoporose, com três pessoas; labirintite, apresentada por um idoso e diabetes *mellitus*, também por uma pessoa. A média de idade variou entre 61 e 86 anos.⁵

A maioria das internações de idosos é do sexo feminino, fato que se relaciona à estatística nacional, na qual há o predomínio de mulheres nas faixas etárias superiores aos 60 anos. A incidência de depressão em idosos, nos graus leve, moderado ou severo, segundo a escala de Yesavage, foi de 46%⁶. Uma predominância do sexo masculino (52,9%), a maioria dos pacientes vivia sem companheiro (52,9%), era aposentado ou pensionista (66,1%), enquanto alguns (20,6%) não referiram nenhuma ocupação atual. A média de idade

encontrada foi de 61,6 anos ($\pm 12,4$), a maior parte dos pacientes tinha até 70 anos e as variáveis escolaridade e renda familiar evidenciaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$).⁷

Avaliando as necropsias dos idosos falecidos por traumatismo craneoencefálico (TCE), dos 71 falecidos, 67% chegaram a receber atenção neurocirúrgica, dos quais 89% foram submetidos à neurocirurgia e 11% foram acompanhados em tratamento médico. Encontrou-se um predomínio do sexo masculino e das idades entre 60 e 79 anos. Os acidentes de trânsito e os acidentes no lar foram os fatores etiológicos mais incidentes que conduziram ao TCE. Sofreram TCE grave 90% dos avaliados, dentre os quais as principais complicações foram contusão encefálica grave e associação da contusão cerebral com hematoma subdural agudo.⁸

Um terço dos idosos que vive na comunidade sofre ao menos uma queda por ano e, dentre estes, a metade as enfrenta de forma reiterada. Nos idosos com mais de 80 anos, a metade sofre no mínimo uma queda por ano. A prevalência de quedas tem sido maior em mulheres (já que estas possuem maior esperança de vida). Em lares geriátricos, 45% dos idosos já caíram pelo menos uma vez, enquanto que 20% dos idosos hospitalizados por qualquer causa caem durante o período de hospitalização.⁹

Dentre a população estudada (vítima de trauma esternal), 77% eram do sexo masculino, as idades variaram entre 48 e 82 anos, como uma média de 56 anos (92% tinham mais de 50 anos). Em todos os casos, o mecanismo de lesão foi o traumatismo fechado. Em dez casos (77%), foi decorrente de acidentes automobilísticos, nos quais o trauma direto contra o volante do veículo foi a causa mais frequente (7 casos). Em um paciente, o mecanismo causal foi a queda de pouca altura com hiperextensão da coluna vertebral e luxação esterno-clavicular associada. Os dois casos restantes ocorreram em decorrência do impacto direto do esterno por quedas de pouca altura. Cinco pacientes (38,5%) sofreram contusão cardíaca.¹⁰

O grupo de pacientes que estava envolvido em mecanismos de baixa energia, como queda de própria altura, são mais frequentes em idosos, com pico dos 60 aos 70 anos, sexo feminino (65%), com traços de fratura menos instáveis, sem traumas associados.¹¹ A maioria dos idosos era casado, do sexo masculino e o principal trauma sofrido foi a queda.¹² Do total de internações avaliadas, 60,5% foram do sexo feminino e o maior percentual de idades do total entre homens e mulheres foi na faixa etária de 70 a 79 anos (41,8%). A maioria da população em estudo tinha cor da pele branca (59,1%), tendo sido a profissão “aposentada” a mais prevalente (32,1%). Em relação ao estado civil, entre as mulheres predominou o de “viúvas” (23,5%) e entre os homens o de “casado” (19,3%).¹³

Um artigo¹⁵ cita 21(75%) eram do sexo masculino, 14(50%) com idade entre 60 e 69 anos, 20(71,4%) casados, 21(75%) católicos, 12(42,9%) apresentaram um a três anos de estudos e 19(67,8%) rendimentos de até dois salários. Os idosos relataram duas ou mais enfermidades 21(75,0%), sendo as mais prevalentes as doenças cardiovasculares 18(64,2%) e respiratórias 7(25,0%).¹⁴ Ser idoso, do sexo feminino, usuário de medicamentos anti-hipertensivos e apresentar déficits motores, decorrentes de eventos incapacitantes como o acidente vascular encefálico. (Faltou alguma informação aqui) Apresentaram baixa

escolaridade, a maioria dos idosos, pois tinha baixa renda per capita, que se apresentou inferior à renda individual do paciente. O artigo identifica como concomitante à presença de doenças neurológicas, como o AVE, ao incremento do risco de quedas. Os idosos enfrentaram em média mais de um episódio de AVE, com um intervalo de mais de dois anos desde o último evento.

O perfil dos idosos na amostra foi de 113 idosos comunitários de ambos os sexos, 76 selecionados de rede básica e 37 em serviço de média complexidade, identificou-se 13,27% desses idosos como frágeis, sendo mais incidente nas mulheres, nos mais velhos (85 anos ou mais) e nos com menor renda, menor nível educacional e maior número de doenças. O grupo mais susceptível e frágil é o composto pelas mulheres e pelos idosos com carência de recursos sociais e financeiros.¹⁶ Observou-se uma maior incidência de lesões por quedas em mulheres idosas: 17,3% daquelas com idade entre 65-74 anos, 21,6% das com 75-84 anos e 24,6% daquelas com idade acima de 85 anos.¹⁸

Visando descrever um protocolo de atendimento aos casos de trauma craneoencefálico menor no idoso, encontrou-se um predomínio do sexo masculino, do grupo de 60 a 79 anos e 61% dos pacientes sofriam alguma enfermidade crônica. O TCE leve foi a variedade mais frequente e o hematoma subdural crônico foi a complicação de maior incidência. Não foram verificados falecimentos entre a amostra.¹⁹ Encontrou-se um predomínio do sexo masculino e dos grupos de 60 a 79 anos, sendo que 73% dos pacientes possuíam alguma enfermidade crônica. O trauma craneoencefálico (TCE) menor foi a variedade mais frequente. O hematoma subdural crônico foi a principal causa de cirurgia. O TCE grave teve uma elevada mortalidade com uma incidência maior de contusão encefálica acompanhada de edema cerebral.²⁰

Foram submetidos a tratamento cirúrgico 33,7% dos idosos. Com o uso da craniectomia limitada, sobreviveram 40% dos pacientes. Dos 41 pacientes com TCE leve, 78% foram encaminhados a atendimento ambulatorial, sem realização de tomografia axial computadorizada.²¹ O risco de falecer em decorrência de um traumatismo craneoencefálico (TCE) nos pacientes maiores de 65 anos é 1,95 vezes maior que naqueles com menos de 65 anos, enquanto que nos que possuem mais de 80 anos é 5,62 vezes maior do que nos de idade inferior. Encontrou-se um risco 2,2 vezes maior de falecer por TCE nos pacientes com enfermidades cardiovasculares. A maior parte dos falecimentos se originou de acidentes de trânsito. O risco do idoso com TCE moderado ou grave falecer é 33,6 vezes maior do que naqueles com TCE leve, sendo esse risco maior em 441 vezes quando comparado a outras modalidades de trauma.²²

Na avaliação dos idosos do sexo masculino, têm maior risco de traumas aqueles com menor índice de massa corporal (menor peso), com diagnóstico de osteoporose por densitometria e osteopênicos.²³ Os resultados mostraram que, comparativamente aos homens, as mulheres foram 1,55 vezes significativamente mais prováveis de serem atendidas por uma queda do que pelas outras causas externas. Comparativamente à faixa de 60 a 69 anos, os indivíduos na faixa de 70 a 79 anos foram 2,10 vezes e os indivíduos de 80 anos e mais foram 2,26 vezes significativamente mais prováveis de serem atendidos por uma queda do que pelas outras causas externas. No entanto, o teste não revelou nenhuma

diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo ou faixa etária quando se comparou os indivíduos que sofreram quedas no mesmo nível e outros tipos de queda.²⁴

A amostra foi composta por idosos com idade média de 75,47 anos, sendo 16 homens e 18 mulheres. Sua maioria (82,4%) era de etnia branca. Quando questionados quanto à atividade de lazer e realização de atividade física antes do trauma, 50% deles não referiram qualquer atividade e apenas 11,8% deles praticavam regularmente de atividade física, sendo a caminhada a única atividade citada. A fratura de fêmur representou 67,6% das fraturas, com destaque para as fraturas de terço proximal de fêmur, especialmente as fraturas transtrocanterianas e de colo de fêmur, respectivamente. A queda foi o principal mecanismo de trauma responsável pelas fraturas nos idosos (88,2%). O lar do idoso foi o principal cenário das quedas, seguido pelo ambiente público.²⁵

Entre as comorbidades, a hipertensão arterial foi a de maior prevalência (n = 54). É importante destacar que, o sistema cardiovascular é o primeiro que se manifesta inadequadamente mediante o trauma. As quedas da própria altura apresentaram-se como a causa predominante de trauma em idosos. Os traumas por veículos automotores são a principal causa de morte na população geriátrica entre 64 e 74 anos, pedestres idosos representam mais de 20% das vítimas fatais. Em se tratando dos atropelamentos e das vítimas idosas na condição de pedestre, pode-se considerar que as limitações próprias da idade (mobilidade mais restrita, falta de atenção, dificuldades visuais e auditivas entre outros) e as largas avenidas nem sempre permitem concluir a travessia no tempo programado pelos semáforos.²⁶

C. Atuação da Enfermagem na Assistência aos Clientes Traumatizados.

Torna-se cada vez mais incisivo o desejo de compreender a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a partir de novos referenciais, capazes de ampliar o campo de visão para além das fórmulas prescritivas e normativas e, sobretudo, para além dos modelos formalmente instituídos como norteadores de uma assistência centrada no ser humano.⁸ Os registros formais da assistência, desenvolvidos de maneira sistematizada e otimizada, proporcionam visibilidade e garantem a continuidade do cuidado de forma segura, integrada e qualificada.²³

Devido o crescente aumento da população idosa nas últimas décadas, os processos de enfermagem devem ser adaptados à nova clientela que necessita de seus cuidados ou orientação. Inter-relacionar a enfermagem com a ação do cuidar, o cuidado e a tecnologia, é entendê-la, não como uma prática reducionista na ação curativa e limitada, mas sim, fundamentada na percepção do ser humano, o idoso, como pessoa com seus valores, crenças e experiências.²⁴

Há a necessidade de mudanças para acelerar o processo de trabalho e otimizar a qualidade de ações no cuidado e educação. A aplicação efetiva do processo de enfermagem conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica. Registros

eletrônicos podem fornecer uma contribuição significativa para a implementação bem sucedida do processo de enfermagem, particularmente se todas as fases são interligadas.²

A metodologia inovadora baseada em contabilidade de custo vem associando a utilização do SCP à unidade de valor relativo para melhorar a exatidão dos dados. Assim, identifica-se a complexidade assistencial do paciente levando-se em consideração a média do tempo de atendimento previsto, o que possibilita maior adequação do tempo dispensado a cada paciente e de seu custo real.³

É importante, por parte de qualquer instituição o incentivo, a notificação de iatrogenia, sem punição do profissional, mas que haja uma educação continuada de qualidade, reforçando técnicas e medidas preventivas e de informação nestas situações. É interessante também que seja criado um enfermeiro especializado em cuidados ao idoso para a manutenção dos agravos e redução dos riscos e que este possa estar submetido quando hospitalizado.⁴

Enfatiza-se a importância da atuação do enfermeiro nas Instituições de Longa Permanência para Idosos desenvolvendo ações relacionadas à promoção da saúde, proteção, reabilitação e educação em saúde, promovendo a autonomia das pessoas idosas em condições de dependência e uma melhor qualidade de vida. Desenvolver ações educativas visando capacitar os cuidadores para o desenvolvimento das suas atividades junto aos idosos e a implementação de políticas sociais e de saúde locais condizentes com a realidade das ILPIs. Construir uma rede de apoio (ação coletiva) às famílias e cuidadores das pessoas idosas contribuindo, desta forma, para a permanência do idoso no âmbito domiciliar.⁴

A enfermagem deve atuar com medidas preventivas para que essas estatísticas possam ser modificadas, detectar os fatores de risco físicos e ambientais, a fim de modificá-los ou adaptá-los, diminuindo, assim, o grau de susceptibilidade para quedas presente na população idosa. É preciso orientá-los a adotar atitudes saudáveis que podem prevenir as quedas. Algumas dessas atitudes podem ser elencadas como: realização de atividade física regular, consultas para avaliação dos níveis de pressão arterial e uso de medicamentos e os cuidados com o ambiente em que o idoso vive. O enfermeiro como membro da equipe de saúde deve desenvolver, aprimorar e socializar cuidados clínicos e estratégias para melhor atendimento às necessidades biopsicossociais dessa faixa etária, cujo envelhecimento saudável não deve fazer parte somente das preocupações do setor saúde, mas deve ser incluído como prioridade na agenda social do país.⁵

Percebeu-se que o exame físico realizado pelos enfermeiros nos idosos hospitalizados não possui nenhum direcionamento específico, o que sugere a falta de enfoque gerontológico durante o período de formação acadêmica. A maioria dos sujeitos relatou motivação para realizar o exame físico, sendo que a principal justificativa para a não motivação foi a sobrecarga de trabalho. Segundo os enfermeiros, o exame físico subsidia uma assistência individualizada ao paciente e enfatiza as necessidades individuais.⁶

Uma proposta global de prevenção de quedas também inclui a reestruturação das residências como mais uma alternativa. As intervenções deverão ajudar os usuários dos serviços de saúde e seus cuidadores, principalmente, a compreender a forma de reduzir a probabilidade de queda, sendo imprescindível que a residência do paciente seja

diferenciada a fim de que ofereça segurança necessária e minimize o risco das quedas e suas possíveis consequências indesejáveis.⁷

Ao nível da comunidade, as estratégias de promoção da saúde e prevenção de acidentes são eficazes para minimizar a incidência de traumas em decorrência de quedas. A educação e as mudanças estruturais devem ser preconizadas pela equipe de enfermagem na atenção básica, buscando intervir e modificar todos os fatores de riscos externos, assim como promover medidas de segurança no lar e nos ambientes de recreação. O enfermeiro deve também promover hábitos de vida seguros e detectar precocemente todas as pessoas que estão em risco potencial de sofrer uma lesão acidental, realizar visitas domiciliares, educação em saúde com ênfase no autocuidado, bem como elaborar os perfis de risco a nível individual e coletivo. A anamnese deve dirigir-se para a busca sistemática dos fatores de risco intrínsecos para uma lesão acidental. No exame físico, deve ser realizada uma avaliação cardiovascular (buscando sopros carotídeos, arritmias etc.), um exame neurológico completo (com ênfase na cognição, propriocepção, sensibilidade, força muscular, avaliação da marcha, do equilíbrio, da audição e visão), um exame osteomuscular centrado nas articulações e uma avaliação criteriosa da pele. Também é um cuidado de enfermagem: avaliar o ambiente onde esse paciente reside, bem como o suporte familiar e social que dispõe.⁹

A enfermagem pode atuar na assistência à fratura esternal através da administração de medicação (analgésicos, relaxantes musculares), fisioterapia e terapia respiratória prolongada, do estímulo ao repouso absoluto (conduzindo a fixação interna em pacientes com dor severo ou grandes deformidades), mantendo uma oxemia adequada (com máscaras de Venturi) e manejando secreções.¹⁰

A prevenção dessas fraturas nesse grupo deve buscar a prevenção das quedas, por meio de programas de fortalecimento muscular para idosos, correções oftalmológicas, projetos de casas seguras e a prevenção e tratamento da osteoporose em todas as suas etapas, na alimentação, exercícios, reposição hormonal, suplementos de cálcio e vitaminas, medicações específicas.¹¹

Buscando uma assistência de qualidade aos idosos institucionalizados, é preciso encontrar novos elementos e práticas para o cuidado em enfermagem gerontológica. Para a enfermagem, em especial, a promoção e prevenção de agravos a saúde faz-se necessária e adequada ao contexto desta faixa etária incluindo as limitações fisiológicas que surgem nesta fase.¹³ A complexidade da assistência de enfermagem deverá ser apreendida e discutida a partir de vários espaços do cuidado, visando fundamentar os cuidados de enfermagem à saúde do idoso nos diferentes níveis de atendimento. O desafio é fazer com que o idoso permaneça autônomo e independente, praticando atividades que promovam sua qualidade de vida dentro de seus limites funcionais e cognitivos.¹⁴

Além da consulta de enfermagem, momento em que é possível diagnosticar e identificar os fatores de risco de cada paciente, o enfermeiro deve dedicar atenção integral às pessoas idosas ao proporcionar assistência domiciliar, quando necessário, e atividades de educação permanente. Faz-se importante estabelecer um plano de ações com vistas a orientar o idoso, familiares e/ou cuidador sobre os fatores de risco de queda encontrados e

encorajar a adaptação do ambiente para que se torne seguro e confortável, principalmente para aqueles com maior comprometimento físico, que apresentam dificuldade na marcha e necessidade de uso de dispositivos auxiliares.¹⁵

A atuação acontece através do direcionamento dos cuidados e tratamentos para cada indivíduo, bem como estabelecer protocolos unificados para avaliar os idosos a fim de melhorar a assistência prestada. É responsabilidade dos enfermeiros a prevenção da fragilidade, através de estratégias de cuidado envolvidas na prevenção, além do processo de educação em saúde.¹⁶

As síndromes podem ser consideradas erroneamente como alterações normais do envelhecimento, aumentando conseqüentemente a cronicidade dos idosos, daí a necessidade de se investigar os diagnósticos de enfermagem associados a tal fenômeno, já que consideramos a sistematização da assistência de enfermagem uma meta ao processo individualizado, holístico, planejado, contínuo e avaliado, de modo a tornar o atendimento específico e integral ao cliente idoso.¹⁷

A equipe de enfermagem pode atuar identificando os pacientes que estão expostos a um maior risco de sofrer quedas, desenvolvendo intervenções preventivas a estas.¹⁸ A enfermagem pode atuar nos casos abordados neste estudo ao se destacar a importância de uma avaliação que conduza a um diagnóstico precoce e um tratamento adequado dos hematomas intracraniais, atuando também na observação dos pacientes durante a hospitalização.¹⁹

O trauma craneoencefálico (TCE) nos idosos tem características que o identificam e devem ser consideradas ao se elaborar e colocar em prática protocolos de tratamento para aperfeiçoar a atenção médica que é dedicada a este grupo de clientes. Esses protocolos visam melhorar a qualidade do cuidado aos idosos. Ressalta-se que, o manejo do TCE deve ser multidisciplinar, sendo imprescindível aperfeiçoar as técnicas e os procedimentos, aumentando os cuidados durante o ato cirúrgico (sobretudo, na cirurgia de urgência, já que é esta a que se associa com maior número de complicações). Considera-se insubstituível a correta a avaliação do paciente geriátrico (prévia à cirurgia) a fim de que o paciente chegue às melhores condições físicas ao ato cirúrgico, tendo também o objetivo de determinar ou diagnosticar enfermidades subclínicas que aumentam o risco cirúrgico.²⁰

A atenção ao traumatismo craneoencefálico (TCE), independente de sua gravidade, está reservada quase em sua totalidade para os neurocirurgiões, impedindo o emprego da intersectorialidade nos hospitais, que é necessária para garantir uma assistência adequada a estes enfermos.²¹ A atuação da enfermagem pode ser identificada, ao se destacar a importância da avaliação multidisciplinar e individual dos casos, para decidir a melhor opção de tratamento a qual o paciente deve ser encaminhado, visando não apenas a manutenção de sinais vitais adequados mas também que haja qualidade de vida.²²

É importante saber que nenhum tratamento por fármacos é tão eficiente quanto aquele realizado antes da primeira fratura, por isso, reconhecer o quanto antes os pacientes com maior risco de sofrer fraturas, instituir medidas preventivas e encaminhar para tratamento são cuidados referidos como de responsabilidade de toda a equipe de saúde, incluindo, portanto, a enfermagem.²³

A realização de atividades físicas em grupo, tais como Tai Chi Chuan, exercícios prescritos individualmente para realização em casa, implantação de programas de prescrição de medicação voltados para a atenção básica, realização de cirurgia de catarata podem reduzir o risco de quedas, ou seja, alguns dos fatores fisiológicos relacionados ao envelhecimento e que contribuem para a ocorrência desses eventos, tais como o declínio da função visual e funções musculoesqueléticas podem ser compensados com intervenções. Também se recomenda a adição, ao exame de saúde rotineiro para essa faixa, de exames que possam identificar fatores de risco para quedas, tais como acuidades auditiva e visual, osteoporose, dificuldades cognitivas, emocionais e na mobilidade. Espera-se também que estes resultados estimulem os profissionais de saúde a realizarem atendimento a este grupo, além da incorporação de práticas voltadas para a identificação das condições que se configuram em fatores de risco, na correção do que é passível de tratamento e na orientação aos pacientes e familiares.²⁴

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. Acredita-se na necessidade de formação de profissionais de saúde preparados para avaliar o idoso na sua capacidade funcional, atender suas necessidades e elaborar planos que visem minimizar as incapacidades.²⁵

A prevenção das quedas pode ser feita com ações que envolvam a redução de barreiras arquitetônicas, tanto domiciliares quanto públicas, até intervenções preventivas na esfera biopsicossocial como a melhora na acuidade visual, na baixa densidade mineral óssea, baixa atividade física, fraqueza muscular e mesmo a atuação na tentativa de diminuir o medo da queda na pessoa idosa. A maior aproximação e compreensão das necessidades da pessoa idosa podem proporcionar aos profissionais, especificamente aos enfermeiros, a implementação de ações gerontológicas para prevenir a ocorrência de atropelamentos com educação no trânsito e maior controle das autoridades nos semáforos de vias públicas. Ações educativas podem ser implementadas em ambientes coletivos da atenção básica, como salas de espera e grupos de idosos, entre outros, abarcando temas como a prevenção de quedas e educação no trânsito. No aspecto referente às quedas, adaptações ambientais e estímulo à atividade física voltada para o fortalecimento da musculatura, aumento da flexibilidade muscular e melhora do equilíbrio e marcha, acompanhamento sistemático do uso de medicamentos e de sinais e sintomas, são medidas que podem contribuir para redução desse evento.²⁶

CONCLUSÃO

Mediante ao levantamento realizado, pode-se refletir que há um significativo número de artigos publicados referenciando a temática em torno do idoso. É nítido em estudos a

crescente porcentagem de idosos em nossa população brasileira e como este grupo etário vem sendo acometido de diversas formas por algum tipo de trauma.

Enfatizou-se que as comorbidades e as doenças crônicas não transmissíveis neste cenário, as quais, em partes, são responsáveis pela progressão da diminuição da capacidade vital do ser humano. Muitos idosos já sofreram ou estão susceptíveis a sofrerem algum tipo de trauma, e a mais citada pelos estudos foram as quedas. Ressaltou-se a educação permanente para os profissionais que se responsabilizam ao cuidado deste adulto idoso, cuja equipe interdisciplinar faz-se necessária para uma assistência adequada e eficaz.

Neste contexto, visa-se a prevenção de agravos e a reabilitação do indivíduo que esteja em risco. Neste aspecto, pode-se citar a importância da autonomia e cognição deste idoso como forma de estimulá-lo e inseri-lo em seu contexto social. Observa-se que é de suma importância a participação deste na vida familiar, não lhe conferindo um significado de peça imóvel ao ambiente domiciliar.

As hospitalizações mostraram-se enormemente significativas para o alto índice de dependência e depressão. Se, para alguns familiares, este ambiente torna-se um meio confiável de manter este idoso em cuidados intensivos, para a grande maioria dos pacientes, acarreta perda parcial das atividades diárias realizadas, além da baixa autoestima e perda gradual de independência.

Pode-se concluir que o perfil do idoso acometido por traumas varia conforme os locais abordados nos estudos: sofrem mais traumas homens ou mulheres, prioritariamente acima de 80 anos, com debilidades neuromotoras, em uso de múltiplas medicações e com doenças de base associadas (sobretudo, hipertensão arterial e cardiopatias). O cuidado de enfermagem aos idosos traumatizados ainda é deficiente na medida em que se observa uma incidência significativa de iatrogenias e problemas na aplicação da sistematização da assistência.

Dessa forma, acredita-se que o objetivo do trabalho foi alcançado e destaca-se que é de grande relevância a educação em saúde não só aos profissionais de saúde mas também aos familiares e cuidadores de idosos, visando minimizar os riscos aos quais estes estão submetidos em decorrência de suas patologias de base ou mesmo de sua fase de senilidade. Assim, reduzir fontes ambientais que venham causar danos ao idoso e estimulá-los física e mentalmente é de suma importância.

REFERÊNCIAS

1. Souza MT, Silva MD e Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. [Internet]. 2010 [Cited 2011 Nov 15]; 8(1 Pt 1):102-6. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf.
2. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

3. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
4. Suelves JM, Martínez V, Medina A. Lesiones por caídas y factores asociados en personas mayores de Cataluña, España. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2010 [cited 2011 nov 01];27(1):37-42. Available from: <http://journal.paho.org/uploads/1266442839.pdf>.
5. Hirano ES, Fraga GP, Mantovani M. Trauma no idoso. *Medicina*. [Internet] 2007 [cited 2011 nov 15]; 40 (3): 352-7, jul./sept. Available from: http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/6_trauma_no_idoso.pdf.
6. Santos SSC. Enfermagem Gerontológica: Reflexão sobre o processo de trabalho. *R Gaúcha Enferm*. [Internet].2000[cited 2011 nov 15]; 21(2):70-86. Available from: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/9899/gerontologia-e-a-assistencia-de-enfermagem-no-brasil>.
7. Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet]. 2002 [cited 2011 nov 15]; 10(2):229-33. Available from: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10519.pdf>>.
8. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Processo de enfermagem: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo? *Rev Latino-am Enferm*. [Internet]. 2009 [cited 2011 nov 01]; 17(3). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf.
9. Araújo VB, Perroca MG, Jericó MC. Variabilidade do Grau de Complexidade Assistencial do Paciente em Relação à Equipe de Enfermagem. *Rev Latino-am Enferm*. [Internet]. 2009 [cited 2011 nov 01]; 17(1). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_06.pdf
10. Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009[cited 2011 nov 01]; 43(4):810-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a11v43n4.pdf>.
11. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de Saúde e Grau de Dependência de Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2009 [cited 2011 nov 01];30(3):492-9. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8239/6996>.
12. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev. Eletr. Enf.*[Internet]. 2009 [cited 2011 nov 01];11(1):32-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a04.pdf>.
13. Lima, AP; Mantovani, MF; Ulbrich, EM; Zavadil, ETC. Produção Científica sobre a Hospitalização de Idosos: Uma Pesquisa Bibliográfica. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2011 nov 01]; 14(4):740-7. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16393/10872>.
14. Oliveira, ARS; Costa, AGS; Sousa, VEC; Moreira, RP; Araújo, TL; Lopes, MVO; Galvão, MTG. Condutas para a prevenção de quedas de paciente com Acidente Vascular Encefálico. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2011 [cited 2011 nov 01]; 19(1):107-13. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a18.pdf>.
15. Betancourt, GM; Basulto, SDV; Atencio, JV. Mortalidad por trauma craneoencefálico en el adulto mayor. *Rev Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2009 [cited 2011 nov 01]; 13(1):0-0. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n1/amc07109.pdf>.
16. Martínez, NAB. Prevención de accidentes en adultos mayores. *Univ Med Bogota* [Internet]. 2009 [cited 2011 nov 01]; 50 (2): 194-208. Available from: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v50n2/5-PREVENCION.pdf>.

17. Ayes-Valladares, F; Alvarado, LT. Caracterización Clínico-Terapéutica de la Fractura Esternal en el Hospital Escuela. *Rev Med Hondur.* [Internet]. 2009 [cited 2011 nov 01];77(3): 99-152. Disponível em: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2009/pdf/Vol77-3-2009-7.pdf>.
18. Moraes, FB; Silva, LL; Ferreira, FV; Ferro, AM; Rocha, VL; Teixeira, KS. Avaliação epidemiológica e radiológica das fraturas de fêmur: Estudo de 200 casos. *Rev Bras Ortop.* [Internet]. 2009[cited 2011 nov 01];44(3):199-203. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v44n3/v44n3a04.pdf>.
19. Biazin, DT; Rodrigues, RAP. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina - Paraná. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2009[cited 2011 nov 01]; 43(3):602-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a15v43n3.pdf>.
20. Motta, CCR; Hansel, CG; Silva, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev Eletr Enf.* [Internet]. 2010[cited 2011 nov 01];12(3):471-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a08.pdf>.
21. Guedes, HM; Nunes, DP; Nakatani, AYK; Bachion, MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem no domínio atividade/repouso em idosos admitidos em hospital. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2010 [cited 2011 nov 01]; 18(4):513-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a02.pdf>.
22. Costa, AGS; Oliveira, ARS; Moreira, RP; Cavalcante, TF; Araujo, TL. Identificação do Risco de Quedas em Idosos após Acidente Vascular Encefálico. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 [cited 2011 nov 01]; 14 (4):684-689. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a05.pdf>.
23. Fernandes, MGM; Andrade, AN; Nóbrega, MML. Determinantes de fragilidade no idoso: Uma revisão sistemática. *Online Brazilian Journal Nursing.* [Internet]. 2010 [cited 2011 nov 13]; 9(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2847/649>.
24. Sousa, RM; Santana, RF; Santo, FHE; Almeida, JG; Alves, LAF. Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Idosos Hospitalizados: Associação com as Síndromes Geriátricas. *Esc Anna Nery* (impr.)2010 out-dez; 14 (4):732-741. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a12.pdf>.
25. Betancourt, GM; Hernández, AV; Atencio, JV. Manejo hospitalario del trauma craneoencefálico menor en el adulto mayor. *Rev Arch Médico de Camagüey* [Internet]. 2010[cited 2011 nov 12]; 14(1):0-0. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc151410>.
26. Betancourt, GM; Basulto, SV; Atencio, JV; Hernández, AV. Protocolo de manejo hospitalario de el trauma craneoencefálico en el adulto mayor. *Rev Arch Méd de Camagüey.* [Internet]. 2010 [cited 2011 nov 14]; 14 (1). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc151410.pdf>.

Recebido em: 15/09/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 31/07/2014
Publicado em: 01/01/2015

Endereço de contato dos autores:
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente
Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da
EEAAC/UFF.
Rua: Dr. Celestino, nº 74, 4º andar, sala nº 41, Centro, Niterói(RJ).
Federal do Rio Grande do Norte, Campus Central.