

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRAUMA NO IDOSO NO BRASIL

Mônica Fidelis de Ataíde; Elizabeth de Souza Amorim;

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças-Universidade de Pernambuco

RESUMO

O aumento mundial do número de pessoas com 60 anos ou mais representa um dos fenômenos de maior impacto do século XXI. Atualmente, existem, no Brasil cerca de 19 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, pelo menos, 10% do total da população geral. Estimativas apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no país aumentará quinze vezes. Com isso o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao número de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. No entanto, apenas recentemente, representantes de diversas entidades dedicadas ao estudo do envelhecimento chegaram a um consenso acerca do conceito de fragilidade física em idosos como "uma síndrome médica com múltiplas causas e fatores contribuintes caracterizada pela diminuição de força, resistência e funções fisiológicas reduzidas que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver dependência funcional e/ou morrer". Percebe-se, portanto, que períodos prolongados de internamentos, casos recorrentes e o aumento gradativo dos custos assistenciais, incentivaram a busca para o conhecimento dos fatores predisponentes de acidentes e traumas em idosos. O objetivo deste estudo foi descrever, bem como caracterizar, mediante uma revisão sistemática, o perfil epidemiológico do trauma no idoso no Brasil. Com o intuito de poder contribuir para elaboração e otimização de políticas públicas com o interesse de favorecer a diminuição de problemas futuros, oriundos de planejamento incorreto de ações destinadas à prevenção de agravos, promoção e proteção à saúde dessa população.

ABSTRACT

The worldwide increase in the number of people aged 60 or more is one of the major impact of the XXI century phenomena. Currently, there are in Brazil about 19 million people aged over 60 years, representing at least 10% of the general population. Estimates show that from 1950 to 2025 the number of elderly in the country will increase fifteen times. With this, Brazil will occupy the sixth place in the number of elderly, reaching in 2025 approximately 32 million people aged 60 or older. However, only recently, representatives of several organizations dedicated to the study of aging reached a consensus on the concept of physical frailty in older adults as "a medical syndrome with multiple causes and contributing factors characterized by a decrease in strength, endurance and reduced physiological functions increase the vulnerability of an individual developing functional dependence and / or die. "

It is clear, therefore, that prolonged periods of hospitalization, recurrent cases and the gradual increase in healthcare costs have encouraged the search for knowledge of the predisposing factors of accidents and injuries in the elderly.

The objective of this study was to describe and characterize by a systematic review, the epidemiological profile of trauma in the elderly in Brazil. In order to contribute to development and optimization of public policies with the interest of promoting the reduction of future problems arising from incorrect planning actions aimed at disease prevention, promoting and protecting the health of this population.

INTRODUÇÃO

O aumento mundial do número de pessoas com 60 anos ou mais, decorrente de um processo gradual de transição demográfica, representa um dos fenômenos de maior impacto do século XXI¹. Envelhecer é um processo fisiológico e natural do ser humano, constituído por transformações características ocorridas nesta fase, as quais configuram desafio ao setor saúde e outros setores da sociedade, uma vez que expõem estes indivíduos à maior vulnerabilidade a incidentes e agravos^{1,2}.

Atualmente, existem no Brasil cerca de 19 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, pelo menos, 10% do total da população geral. Estimativas apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no país aumentará quinze vezes, contra cinco vezes a população total. Com isso o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao número de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais^{3,4}.

No entanto, apenas recentemente, representantes de diversas entidades dedicadas ao estudo do envelhecimento chegaram a um consenso acerca do conceito de fragilidade física em idosos como “uma síndrome médica com múltiplas causas e fatores contribuintes caracterizada pela diminuição de força, resistência e funções fisiológicas reduzidas que aumentam a vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver dependência funcional e/ou morrer”⁶.

Devido à mudança do perfil populacional, as ocorrências de trauma em idosos aumentaram paulatinamente, mediante ao acúmulo dessa categoria na sociedade⁵. As mudanças no estilo de vida, alterações no processo fisiológico e diminuição das funções dos sistemas orgânicos, são fatores que refletem no tempo de internação hospitalar. Geralmente o período de acompanhamento médico é superior em relação às mesmas lesões acometidas nos jovens, com complicações que se convertem em graves índices de morbidade e mortalidade. Além disso, a associação do trauma a patologias sistêmicas existentes agrava a resposta do tempo no diagnóstico⁷.

Assim, com o advento da tecnologia no controle das morbidades prevalentes e ações preventivas assistenciais, devem ser adotados incentivos na área de saúde pública através da promoção, prevenção e recuperação da saúde, com o intuito de fornecer uma visão holística do processo saúde-doença da população idosa, com o intuito de reduzir a incidência de trauma no idoso e proporcionar melhoria da perspectiva de vida do mesmo na sociedade⁵. Deste modo, torna-se medida estratégica a ampliação do campo de investigação acerca dos determinantes de saúde-doença da pessoa idosa e suas demandas por ações de promoção e assistência à saúde como uma necessidade para o tempo presente e não uma perspectiva para o futuro^{8,9}.

Conhecer o perfil epidemiológico do trauma no idoso no Brasil pode contribuir para elaboração e otimização de políticas públicas com o interesse de favorecer a diminuição de problemas futuros oriundos de planejamento incorreto de ações destinadas à prevenção de agravos, promoção e proteção à saúde dessa população.

Nesse cenário, estudos epidemiológicos de base populacional são de grande valia por permitirem a identificação de diversos determinantes e fatores etiológicos do envelhecimento, podendo desse modo contribuir para uma melhor compreensão das diferentes situações clínicas e assistência à saúde das pessoas objetivando um aumento da expectativa de vida humana por meio de prevenção de doenças e promoção à saúde¹.

O objetivo deste estudo foi descrever, bem como caracterizar, mediante uma revisão sistemática, o perfil epidemiológico do trauma no idoso no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura científica que consiste em procedimentos sistematizados e ordenados de análise, que permitem, a partir da síntese de diversos estudos, alcançar consenso sobre o tema investigado⁴⁷ (Mendes, Silveira e Galvão (2008). Deste modo foram seguidas as seguintes etapas: a) estabelecimento da questão/hipótese; b) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, escolha da base de dados e seleção de artigos; c) extração de informações e organização de banco de dados; d) análise dos estudos, avaliação crítica e inclusão/exclusão dos trabalhos; e) discussão dos dados, recomendações e possíveis sugestões; f) resumo de evidências encontradas e elaboração/apresentação da revisão.

A questão norteadora do estudo foi: Quais as características e os tipos de traumas mais comuns sofridos pelas pessoas idosas no Brasil? Realizou-se um levantamento bibliográfico, que contemplou: Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Data SUS e IBGE. Não foi delimitado limite de tempo. Foi preconizado a relevância do trabalho para este estudo. O material coletado passou por uma classificação de cunho analítico, no qual foram organizados de acordo com o tipo de trauma, utilizando os seguintes descritores: Trauma no idoso, saúde do idoso, saúde pública, epidemiologia.

A partir desta análise buscou-se observar relevâncias e associações no tocante mecanismo de trauma envolvido, faixa etária mais acometida. Assim como identificar frequências significativas em relação sexo, presença de comorbidades, uso de fármacos, entre outros, contextualizando suas ocorrências com os dados encontrados na literatura utilizada para a presente pesquisa. Portanto, utilizando a análise de conteúdo⁴⁸ (Bardin, 2008), os dados

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

analisados foram agrupados por similaridades em categorias definidas de acordo com a questão norteadora do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que as mortes por essas causas são muito próximas às da faixa de adolescentes e adultos jovens. No entanto, identificou-se que o idoso é a segunda categoria mais vulnerável à agressão letal. Além disso, outros estudos comprovam que o idoso ainda não tem porta de atendimento prioritária em algumas capitais brasileiras, embora represente uma população de risco para a morbimortalidade¹⁰. Deste modo, os jovens passam a ocupar altos coeficientes de causas externas, sendo alvo de maior assistência^{11,12}.

O idoso é mais vulnerável estruturalmente ao trauma e possui capacidade reduzida de recuperação, pois gradativamente perde a capacidade de manter a homeostase, e o envelhecimento (ao nível celular). Isso se reflete em mudanças anatômicas e funcionais importantes, que fazem com que o idoso permaneça mais tempo hospitalizado devido às respostas frente ao trauma^{13,14}. Os óbitos em idosos traumatizados ocorrem pelas mesmas razões que pacientes de outras idades, no entanto, em virtude de patologias preexistentes, morrem por lesões menos graves e de maneira mais precoce do que os jovens¹⁵.

No que se refere ao tipo de lesão mais comum, identificamos confluência de resultados apresentados por alguns estudos que, devido ao caráter multifatorial e heterogêneo, descrevem a queda como o tipo de trauma mais incidente, seguido de acidentes de transporte, agressões e violência. Situações são responsáveis por boa parte das entradas de idoso em urgências e internações, tendo as fraturas de membros inferiores como as lesões mais comuns^{5,7,16,25-27,42,43}. Associada a presença de novas morbidades e doenças preexistentes, as quedas irão dificultar a recuperação clínica e o prognóstico. Assim como, a redução da independência e aumento do déficit da capacidade funcional, os quais irão interferir diretamente no estilo de vida e aumentar a exposição a eventos traumáticos distintos¹⁷.

Foi possível observar na literatura analisada que as proporções de quedas nos gêneros masculino e feminino apresentam comportamento distintos em alguns aspectos. Na faixa etária de 60-69 anos os homens apresentaram maior percentual de quedas com redução deste patamar conforme aumento da idade. Já entre as mulheres nesta mesma faixa etária o percentual de quedas só foi maior que o masculino nas idades mais avançadas¹⁹. Em outros estudos identificou-se maior prevalência de quedas nas idades mais avançadas, para ambos os sexos²⁰⁻²².

A investigação de quedas em relação ao gênero, presente nos estudos epidemiológicos, torna-se de extrema importância pois favorece a compreensão dos fatores de riscos, uma vez

que estes são multicausais. A literatura mostra, também, que a letalidade relacionada a quedas entre homens supera as frequências femininas em todas as faixas etárias. Fato que pode ser justificado pelo maior número de comorbidades presentes em homens para uma mesma faixa etária^{18,23,24}. A maior parte dos óbitos por queda na população idosa ocorreu na região Sudeste (61%), seguida das regiões Nordeste (15%), Sul (10%), Centro-Oeste (10%) e Norte (4%) do Brasil. (3,5/100.000)⁴⁹.

Em relação ao local de ocorrência das quedas houve prevalência masculina para as quedas em via pública. No Brasil, assim como no mundo, a fratura de fêmur destaca-se como grave problema de saúde, sobretudo na população com 60 anos ou mais. Um estudo que teve como objetivo descrever as fraturas osteoporóticas de fêmur entre o período de 2006-2008 verificou que as internações de idosos no Sistema Único de Saúde (SUS) com fratura de fêmur chegaram a 1% e os gastos foram aproximadamente de 2% dos gastos do SUS com pessoas com 60 anos ou mais. Além da alta incidência de mortalidade, estes pacientes requerem tratamentos intensivos e reabilitação funcional por longo tempo²⁸.

Foram descritas, em um estudo realizado por Oliveira e Yoshitome²⁹, frequências elevadas de fraturas em pessoas idosas asiladas (com prevalência de 37,2%). Um outro estudo, realizado por Heung et al³⁰, destacou a elevada ocorrência em pessoas idosas em hemodiálise, (incidência de 50 quedas por 100.000 tratamentos de diálise). Estes resultados, são importantes pois também influenciam o planejamento de ações estratégicas em locais específicos e com maior ocorrência do trauma³¹.

Os acidentes de trânsito (automobilístico e atropelamento) também foram referenciados como responsáveis pela ocorrência do trauma em pessoas idosas³². Do mesmo modo, pesquisas desenvolvidas sobre a situação da violência no trânsito, evidenciaram que, embora as mortes por essas causas ainda estejam concentradas em adultos jovens, as taxas de mortalidade apresentam-se crescentes à medida que a idade avança³¹. Praticamente 90% enfrentam complicação clínica após, tais como: Infecção do trato urinário, parada cardiorrespiratória, trombose venosa profunda, alterações do trato gastrointestinal, delirium, confusão mental, sepse, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda e broncopneumonia³³.

Segundo Lima⁵ quando o indivíduo idoso tem sua mobilidade prejudicada suas atividades tornam-se diminuídas por receio de recidivas. Milos et al³⁴ conclui, em seu estudo que com o decorrer da idade, o uso de medicamentos em grandes quantidades e interações medicamentosas, principalmente os fármacos psicotrópicos, idosos tornam-se mais expostos à queda com lesões de fraturas da extremidade superior e fraturas de quadril.

Um estudo de 2012, realizado na cidade de Fortaleza³⁵, constatou que a maioria das vítimas de quedas eram sedentárias, o maior número de casos esteve presente na faixa etária dos 80 aos 89 anos, faziam uso de fármacos anti-hipertensivos e residiam em ambiente domiciliar com pisos impróprios, estando mais vulneráveis a agentes lesivos. O trauma crânioencefálico e a fratura de rádio foram as lesões mais comuns, sendo, esta última de maior incidência na população estudada.

A queimadura também constitui uma importante causa de morte entre os idosos vítima de acidente, com índices de sobrevivência mais baixos para indivíduos com idade mais elevada. O percentual da área corporal afetada ainda é o principal fator prognóstico nesse tipo de acidente nos idosos. As queimaduras que comprometem 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 fatal^{36,38}.

Nesta pesquisa foram mais frequentes queimaduras em idoso do gênero masculino e maiores de 61 anos. O agente causal mais frequente foi a chama (42%), seguido do líquido (19%), gás (18%), álcool (14%), elétrica (5%) e combustível (2%). Quanto à localização, o domicílio foi o local mais frequente, em seguida o ambiente de trabalho e, por último, a via pública³⁷.

Estudos realizados por Ribeiro & Barter³⁹, em algumas cidades brasileiras, como: Manaus, Rio de Janeiro, Recife, Curitiba, e Brasília, nas unidades de reabilitação, comprovou que a cidade do Recife é a mais vulnerável com irregularidades no suporte à idosos vítimas de violência e na integralização das políticas assistenciais. De acordo com dados obtidos a partir Datasus⁴⁰ em 2013 foram 3.789 casos de internações da população idosa do Recife a partir de 60 anos, por diferentes causas. Destes 341 foram vítimas de quedas, 11 foram vítimas de agressões e 19 de causas externas.

5. CONCLUSÕES

A partir da revisão de literatura, foi possível inferir que dentre a população dos artigos analisados a maioria dos idosos vítima de trauma está entre 70 a 74 anos⁵. Quedas e acidentes de transporte são as causas mais comuns desse problema, procedentes às alterações fisiológicas que acometem o idoso, com, conseqüente, redução de sua mobilidade, tanto quanto suas atividades⁴¹. Hipertensão arterial é a doença crônica mais presente nessa população. Outros fatores também se mostraram em constante relação ao trauma no idoso, tais como: o intenso consumo de medicamentos nessa faixa etária e situações de violência. Faz-se necessário destacar a importância desses dados uma vez que algumas interações medicamentosas deixam os mesmos mais vulneráveis a certos tipos de acidentes³⁴.

Para tanto, as investigações a cerca dessa população são de grande pertinência, uma vez que o aumento do número de idosos é um fenômeno relacionado a saúde pública em vários países. Logo, à medida que os resultados de pesquisas e investigações científicas são divulgados a adoção e implementação de princípios assistenciais de cunho preventivo é viabilizada. Além da correta adoção de políticas públicas para redução de agravos e de fluxograma referenciado, com sistema hospitalar qualificado e estruturado para atender as necessidades física, psíquica e social dessas vítimas.

Faz-se necessário, portanto, políticas públicas que promovam saúde e bem-estar na terceira idade a fim de garantir não apenas uma maior expectativa de vida, mas que esta seja acompanhada de bem-estar e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Litvoc J, Brito FC Envelhecimento: promoção e prevenção da saúde. Atheneu São Paulo, 2004.
- 2-Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos.apud Freitas EV et al, 2002. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.1,p.2-12.
- 3-BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf. Acessado em 15/06/2014.
- 4- Carvalho JAM, Garcia RAO Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Caderno de Saúde Pública, 2003;19(3):725-33.
- 5- Lima RS; Campos MLP Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência.Rev Escola EnfermUSP São Paulo Junho,2011 45(3):659-64.
- 6-Morley JE, Bauer JM, Vellas B, Kan AV et al. Frailty Consensus: A CalltoActionAmerican Medical DirectorsAssociationJunho, 2013;14(6):392-97.
- 7-Rodrigues J, Ciosak SI Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco.Rev Escola enfermagem USP 2012;46(6):1400-5.
- 8-Lima e Costa MFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Portal de Periódicos Eletrônicos Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php> Acessado em: 20/03/2014.

- 9-Souza JAV, Freitas MC, Queiroz TA Violência contra os idosos.RevBrasEngermagem 2007;60(3):268-72.
- 10-LIMA, MLC Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje.Ciênc Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Dezembro;14(5) :2009.
- 11-Oliveira KA, Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Martins CS, Abelan US, Fernandes AB Causas de traumas em pacientes idosos atendidos em unidade de emergênciaRev Enfermagem UFPE online Recife, 7(4):1113-9, abr., 2013
- 12-Campos JFS, Poletti NAA, Rodrigues CDS, Garcia TPR, Angelini JF, Von Dollinger APA, Ribeiro RCHM Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base.ArqCiênc Saúde Out-Dez,2007;14(4):193-7.
- 13-Silveira R, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP em 1998.Rev Latino Am Enfermagem 2002;10(6):765-71.
- 14-Hirano ES, Fraga GP, Mantovani M Trauma no idoso Medicina (Ribeirão Preto) Jul-Set,2007;40(3):352-7. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista> Acessado em 22/03/2014.
- 15-NationalAssociationofEmergency Medical Technicians (NAEMT); Comitê do Disponível em: <http://www.naemt.org/> Acessado em: 22/03/2014.
- 16-Sandoval RA, Sá ACAM, Menezes RL, Nakatani AYK, Bachion MM Ocorrência de quedas em idosos não institucionalizados: revisão sistemática da literatura. RevBrasGeriatrGerontol Rio de Janeiro, 2013;16(4).
- 17-Santos, ER, Souza ER, R, Souza ER, Ribeiro AP, Souza AMM, Lima RTS Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil).Ciênc Saúde Coletiva Rio de Janeiro,Setembro, 15(6):2010.
- 18-Meshial WC, Soares DFPP, Oliveira NLB, Nespollol AM, Silva WA, Santill FLP Idosos vítimas de quedas atendidos por serviços pré-hospitalares: diferenças de gêneroRevBrasEpidemiolJan-Ma 2014; 3-16.
- 19-Gawryszewski VP A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo.RevAssocMedBras 2010, 56(2): 162-7.
- 20- Fabrício SC, Rodrigues RA, Costa Junior ML Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública 2004, 38(1): 93-9.
- 21-Schiaveto FV Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade [dissertação de mestrado] São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.

22-Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vieira V, Hallal PC Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev Saúde Pública 2007, 41(5): 749-56.

23-Blake AJ, Morgan K, Bendall MJ, Dallosso H, Ebrahim SB, Arie TH, Fentem PH, Bassey EJ Falls byelderlypeopleat home: prevalenceandassociatedfactors. Age Ageing 1988, 17(6): 365-72.

24-Stevens JA, Ryan G, Kresnow M. Fatalitiesand injuries fromfallsamongolderadults UnitedStates, 1993-2003 and 2001-2005. JAMA 2007, 297(1): 32-3.

25-Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP, Koizume MS. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. RevAssocMed Bras. 2004;50(1):97-103.

26-Pinto TCA, Maciel SML, Xavier AFC, Pinto AKA, Cavalcanti AL. Morbidade por causas externas em idosos e sua relação com lesões maxilofaciais. PesqBrasOdontopedClin Integr. 2008;8(2):159-64.

27-Silva FS, Oliveira SK, Moreno FN, Martins EAP. Trauma no idoso: casos atendidos por um Sistema de Atendimento de Urgência em Londrina, 2005. ComunCiênc Saúde. 2008;19(3):207-14.

28-Bortolon PC, Andrade CLT, Andrade CAF O perfil das internações do SUS para fratura osteoporótica de fêmur em idosos no Brasil: uma descrição do triênio 2006-2008Cad Saúde Pública Rio de Janeiro Abril, 2011; 27(4):733-742.

29-Oliveira FDC & Yoshitome AY Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Rev Brasileira de Enfermagem, 63(1).

30-Heung M, Adamowski T, Segal JH, Malani, PN A successfulapproachtofallprevention in anoutpatienthemodialysis center. ClinicalJournalofthe American SocietyofNephrology Out, 2010;5(10), pp.1775-79.

31-Teston EF, Guimarães, Marcon SS Trauma no idoso e prevenção ao longo dos anos: revisão integrativa Revista Kairós Gerontologia Março, 2014; 17(1), pp.145-155.

32-Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do BrasilRev Latino-am. Enfermagem 2006; 14(1).

33-Katz M, Okuma MAA, Santos ALG, Guglielmetti CLB, Sakaki MH, Zumiotti AV Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos Acta Ortop Brasileira 2008; 16(5):279-83.

34-Milos V, Bondesson A, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlöv P Fallrisk-increasingdrugsandfalls: a cross-sectionalstudyamongelderlypatients in primarycare. BMC Geriatrics, 2014. Disponível em:<http://www.biomedcentral.com> Acessado em: 05/04/2014.

35-Cavalcante ALP, Aguiar JB, Gurgel LA Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza, Ceará. RevBrasgeriatrgerontol Rio de Janeiro, 2012;15(1).

36-Carvalho EM, Delani TCO, Ferreira AA Atenção à saúde do idoso no Brasil relacionada ao trauma Revista UNINGÁ Out-Dez, 2014;20(3):88-93).

37-Sharma OP, Owanski MF, Sharma V, Stringfellow K, Raj SS Anappraisal of trauma in the elderly. Am Surg 2007; 73(4): 354-8.

38-Souza JAG, Iglesias ACRG Trauma no idoso. Rev Assoc Med Bras. 2002; 48(1):79-86.

39-Ribeiro AP, Barter EACP Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Setembro, 2010;15(6).

40-Datasus (Departamento de Informática do SUS). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> Acessado em 20/03/2014.

41-Lima MLC, Souza ER, Acioli RML, Bezerra ED Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. Ciênc Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Setembro, 2010;15(6).

42-Silva HC Atendimento pré-hospitalar de enfermagem ao idoso vítima de trauma Dissertação de Mestrado Programa de pós-graduação em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Norte Natal, 2013.

43-Degani GC Trauma em idosos: característica e evolução. Dissertação de mestrado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 2011.

44- -Serra MCVF, Sasaki AL, Cruz PFS, Santos AR, Paradela EMP, Macieira L Perfil epidemiológico de idosos vítimas de queimaduras do Centro de Tratamento de Queimados Dr. Oscar Plaisant do Hospital Federal do Andaraí – Rio de Janeiro-RJ Rev Bras Queimaduras 2014;13(2):90-4.

45-Deslandes SF & Souza ER Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. Ciênc Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Setembro, 2010;15(6).

46-Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev Bras Enfermagem Brasília Set-Out 2010;63(5):817-22.

47-Mendes, KDS, Silveira RCCP & Galvão CM Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, 17(4);2008.

48- Bardin L Análise de conteúdo: Edições 70 Lisboa (Portugal)2008.

49- Maciel SSSV, Maciel WV, Teotônio PM, Barbosa GG, Lima VGC, Oliveira TF, Silva ETC Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, Jan-Mar, 2010; 54 (1): 25-31.



4º CIEH

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade: Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015

