



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TRAUMA NO IDOSO: perfil epidemiológico de vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sousa-PB.

JUCIANNE MARCIA DE SOUSA MELO

CAJAZEIRAS

2010

Jucianne Marcia de Sousa Melo

TRAUMA NO IDOSO: perfil epidemiológico de vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sousa-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª Mestranda
Kennia Sibelly Marques de Abrantes

CO-ORIENTADOR: Prof. Esp.
Geofábio Sucupira Casimiro

CAJAZEIRAS

2010



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M538t MELO, Jucianne Marcia de Sousa
Trauma no idoso: perfil epidemiológico de
vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento
Móvel de Urgência (SAMU) no município de
Sousa-PB / Jucianne Marcia de Sousa Melo.
Cajazeiras, 2010.
75f. : il.

Orientadora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Idoso-atendimento de urgência-SAMU-Sousa-PB.
 2. Perfil epidemiológico-atendimento Serviço Móvel de Urgência – Idoso-Sousa-Paraíba.
 3. Trauma no idoso.
- I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques de. II. Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU – 613.98(813.3)

Jucianne Marcia de Sousa Melo

TRAUMA NO IDOSO: perfil epidemiológico de vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sousa-pb.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___ / ___ / ___

Banca Examinadora

Profª. Mestranda Kennia Sibelly Marques de Abrantes
(ORIENTADORA – UFCG)

Prof. Geofábio Sucupira Casimiro
(CO-ORIENTADOR – UFCG)

Profª. Sonally Yasnara Sarmento Medeiros Abrantes
(MEMBRO CONVIDADO – UFCG)

Dedicatória

A Deus:
*Por iluminar minha vida. Por aumentar cada vez mais minha fé.
Por toda a força que me deu no momento
em que mais precisei;*

A meu pai Judimar:
*Que partiu para junto do Pai eterno...
"Das lembranças que eu trago na vida
Você é a saudade, que eu gosto de ter
Só assim, sinto você bem perto de mim, outra vez."
Roberto Carlos*

A minha mãe Auxiliador:
*Que sempre me deu força para enfrentar todos os obstáculos, e que sempre me
ensinou a seguir de cabeça erguida;*

A minha irmã Juciara:
Que sempre me incentivou e se orgulhou na escolha de minha profissão;

A meu namorado Júnior:
*Que sempre esteve comigo em todos os momentos, que sempre me ajudou com o
seu amor e dedicação a crescer*

**Aprendi com vocês que a vida se resume na família e que o amor supera todas as
dores . . .**

Amo vocês!

Agradecimentos

Ao Divino Pai Eterno: Deus

“Por ser meu guia espiritual, por me permitir acreditar que a cada manhã somos agraciados com uma nova oportunidade de melhorar. Agradecer é pouco para quem sempre está ao meu lado, me guiando para um caminho de paz interior. Obrigada por mais esta conquista!”

Aos meus pais: Judimar e Auxiliadora

“Minha gratidão àqueles que me deram o dom da vida. Aprendi com vocês que nosso amor é muito maior que nossas dificuldades e diferenças e que ele pode vencer todos os desafios. Agradeço por me oferecerem todos os recursos morais e materiais possíveis para que eu me tornasse o que sou”.

À meu pai: Judimar

“Que sonhou tantas vezes sonhou com esse momento, mas que teve que nos deixar tão repentinamente. Sempre estará em meu coração e em meus pensamentos. Serás sempre o meu exemplo de vida. A Saudade me machuca demais. Te amo eternamente!”

À minha irmã: Juciara

“Por se manter como grande guerreira da vida, me estimulando sempre a ir mais além. Obrigada por fazer parte de minha vida.”

Ao meu namorado: Júnior

“ Por toda paciência, amor, dedicação e incentivo. Por fazer parte de minha vida, por estar presente em todos os momentos e por me ensinar a nunca desistir.”

Ao meu cachorrinho: Luppy

“Por estar sempre ao meu lado, por me tirar tantas vezes do estresse. Você foi peça fundamental nessa conquista.”

Aos meus familiares:

“Obrigada por toda a força e incentivo. Por torcerem tanto pelo meu sucesso e por acreditarem no futuro de minha profissão.”

À minha prima: Gilvânia

“Por sempre se preocupar comigo, pela sua compreensão, afeto, carinho e força que sempre me dedicou.”

Aos meus grandes amigos:

“Por estarem sempre ao meu lado, por toda a torcida e incentivo. Aos que conviveram comigo esse processo acreditem, sem vocês seria muito mais difícil.”

Aos meus vizinhos:

Que sempre me ajudaram. Por toda a compreensão e dedicação. Vocês são muito especiais

Às minhas amigas: Gisiely e Gizelia

*“Por toda gratidão e afeto. Por toda a preocupação e cuidado.
Pelos inúmeros momentos em que nos ajudaram.
Por toda a amizade, fidelidade e consideração.”*

Aos professores do curso:

“Pelos inúmeros fóruns e oportunidades de discussão oferecida ao longo do curso. Pelo incentivo, profissionalismo, dedicação e dinamismo dedicados nesta caminhada.”

À professora : Berenice Pinheiro

*“Que tanto me ajudou no momento mais difícil de minha vida.
Por toda a amizade e carinho. Obrigada por tudo!”*

À professora: Cynara Carneiro

“Por toda a dedicação durante os estágios, pelas orientações, acompanhamento, compreensão, perseverança, otimismo e alegria com que se conduziu nas atividades da prática hospitalar.”

Aos enfermeiros: Breno, Myrelles, Wengna

“Por toda a contribuição durante os estágios. Por todos os conhecimentos compartilhados. Por todo o interesse em me repassar os conhecimentos.”

À todos os meus amigos do curso:

*“Os quais sentirei muitas saudades, pois fizeram parte de toda a minha formação.
Juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas
Vocês farão muita falta”.*

Aos meus amigos: Hugo, Alan, Mayanne e Vlândia

*“Por tantos anos de trabalhos em grupo. Pela amizade, colaboração e apoio do desenvolvimento de nosso estudo.
Vocês foram pérolas muito importantes e deixarão muitas saudades.”*

Aos meus amigos: Cícero e Kássyo

Por tantos momentos de alegria e dedicação, por todas as nossas gargalhadas durante todos esses anos juntos. Adoro vocês.

À Banca Examinadora deste estudo: Kennia, Geofábio e Sonally:

*“Pelos valiosas contribuições para elaboração deste trabalho.
Por participarem desse momento tão esperado e importante para mim.”*

À professora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes

*“Por acreditar no que cada um é capaz de voar. Por seu carinho, entusiasmo.
Por todo seu apoio no momento mais difícil em que eu me encontrava.
Pela sua motivação, paciência e incentivo fundamentais para realização deste trabalho.”*

Meus sinceros agradecimentos!

“Uma pessoa é gigante para você quando se interessa pela sua vida, quando busca alternativas para seu crescimento, quando sonha junto com você.”

William Shakespeare

RESUMO

MELO, Jucianne Márcia de Sousa. **TRAUMA NO IDOSO: perfil epidemiológico de vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sousa-pb.** 2010. 74f. Monografia – Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2010.

O crescimento acentuado da população idosa, associado ao avanço tecnológico tem proporcionado uma vida mais ativa e independente nessas pessoas e ao mesmo tempo levando-as a uma maior vulnerabilidade a acidentes. As características fisiológicas dos idosos, associadas a doenças preexistentes podem causar sérias dependências após sofrer algum tipo de trauma. Desse modo objetivou-se com esse estudo identificar o perfil epidemiológico de idosos vítimas de trauma socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Sousa-PB, assim como caracterizar os principais tipos de trauma e os fatores associados e averiguar a morbimortalidade relacionada ao trauma nos idosos no local em estudo. A pesquisa tratou-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, sendo o estudo transversal e do tipo documental, desenvolvido no SAMU do município de Sousa-PB. Para a realização do presente estudo foram utilizadas as fichas de registro de ocorrências no ano de 2009, devidamente preenchidas e assinadas pela equipe que realiza o atendimento e pelos técnicos em regulação médica (TARM). Os dados foram coletados por meio da técnica de pesquisa documental indireta, em formulário específico, por um único pesquisador. Os resultados revelaram que a faixa etária mais atingida foi entre 60-65 anos, sendo 52% do sexo masculino. Quanto ao local, 71,7% dos acidentes aconteceram na zona urbana, 43,4% ocorreram no período da manhã e 97,5% não tiveram apoio no local. As quedas foram os tipos de traumas mais frequentes com 68,3% e 13,4% dos idosos tinham como antecedentes a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). De acordo com as lesões 21,3% apresentaram diversos ferimentos, tendo como principal sintoma a dor com 33,5% e 6,8% evidenciaram durante o atendimento uso de álcool etílico. Foram encaminhados para o hospital 79% dos idosos. O Suporte Básico à Vida (SBV) foi o veículo mais enviado ao local do acidente, em 94,1% das ocorrências e os procedimentos mais realizados foram a medicação. Por fim, através deste estudo percebeu-se que as pessoas da terceira idade estão cada vez mais susceptíveis a traumas e a atuação do SAMU vem proporcionar maiores chances de sobrevida a esses pacientes.

Palavras-chave: Idoso. Trauma. Urgência. Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

MELO, Jucianne Marcia Sousa. **TRAUMA IN THE ELDERLY: epidemiological profile of victims rescued by the Office of Mobile Emergency Care (SEMC) in the municipality of Sousa-PB.** 2010. 74f. Monograph - Academic Unit of Life Sciences, B.Sc. in Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras of Nursing, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2010.

The rapid growth of the elderly population, coupled with technological advancement has provided a more active and independent life in these people while leading them to a greater vulnerability to accidents. The physiological characteristics of the elderly associated with underlying diseases can cause serious dependencies after suffering some kind of trauma. Thus the objective with this study to identify the epidemiological profile of elderly trauma victims rescued by the Office of Mobile Emergency Care (SEMC) in the city of Sousa-PB, as well as to characterize the main types of trauma and associated factors and to investigate the morbidity and mortality related to trauma in the elderly in the local study. The research this was an exploratory study, descriptive and quantitative approach, and the cross-sectional study and the type of documents, developed in the municipality SEMC de Sousa-PB. To perform this study we used the notes record of events in 2009, duly completed and signed by the team that performs the service and the technicians in medical regulation (TARM). Data were collected through documentary research indirect technique, in specific form by a single researcher. The results revealed that the most affected age group was between 60-65 years, 52% male. For location, 71.7% of injuries occurred in urban areas, 43.4% occurred during the morning and 97.5% did not support the site. Falls were the most frequent types of trauma with 68.3% and 13.4% of the elderly had a history as the systemic blood pressure (hypertension). According to the lesions 21.3% had various injuries, with the primary symptom of pain with 33.5% and 6.8% evidenced during the service use of ethanol. They were taken to hospital 79% of the elderly. The basic life support (BLS) was the vehicle that is sent to the crash site, in 94.1% of cases and procedures performed were more medication. Finally, through this study it was noticed that the elderly are more susceptible to trauma and the role of SEMC is to provide higher chances of survival for these patients.

Keywords: Elderly. Trauma. Urgency. Epidemiological Profile.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - P.B.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com a faixa etária.	35
Tabela 2 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas segundo o mês da ocorrência.	37
Tabela 3 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com a natureza do acidente.	43
Tabela 4 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com os antecedentes.	44
Tabela 5 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o tipo de lesão.	46
Tabela 6 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com sinais e sintomas.	48
Tabela 7 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o destino e condição da vítima.	49
Tabela 8 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com os procedimentos realizados durante o atendimento.	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o sexo.	36
Gráfico 2 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o dia da semana.	38
Gráfico 3 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o horário do acidente.	39
Gráfico 4 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o local do acidente.	40
Gráfico 5 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o apoio no local o acidente.	41
Gráfico 6: Distribuição da amostra de idosos vítimas de trauma de acordo com o tipo de QTA.	42
Gráfico 7: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com os fatores relacionados.	47
Gráfico 8 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com a causa do óbito.	50
Gráfico 9 - Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o veículo enviado ao local do acidente.	51

LISTA DE SIGLAS

APH - Atendimento Pré-Hospitalar
AVE - Acidente Vascular Encefálico
AVD - Atividades da Vida Diária
CB - Corpo de Bombeiros
CEM - Código de Ética Médica
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DAC - Doença da artéria coronária
ECA - Enzima Conversora de Angiotensina
FAB - Ferimentos por Arma Branca
FAF - Ferimento de Arma de Fogo
GM - Gabinete do Ministro
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
ILP - Instituições de Longa Permanência
MS - Ministério da Saúde
NI - Não foram Informados
KED - Kendrick Extrication Device
OMS - Organização Mundial da Saúde
PB - Paraíba
PCR - Parada Cardiorespiratória
PM - Polícia Militar
PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências
PR - Paraná
PSF - Programa de Saúde da Família
QTA - Cancelamento da Ocorrência
RO - Rádio Operadores
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAU - Serviço de Atendimento ao Usuário
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SMUR - Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
SSP - Secretaria de Segurança Pública
SSVV - Sinais Vitais
SUS - Sistema Único de Saúde
TARM - Técnico de Regulação Médica
TCE - Traumatismo Cranioencefálico
UBS - Unidades de Suporte Básico
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba
UFCG - Universidade Federal de Campina Grande
UHM - Unidades Móveis Hospitalares
USA - Unidade de Suporte Avançado

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVO.....	16
2.1. OBJETIVO GERAL.....	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1. ALTERAÇÕES ANATOMO-FISIOLÓGICAS DOS IDOSOS.....	17
3.2. O IDOSO NA ATUALIDADE.....	20
3.3. O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA.....	23
3.4. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ATENDIMENTO AO IDOSO VÍTIMA DE TRAUMA.....	28
4. METODOLOGIA.....	31
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2. LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
4.4. COLETA DE DADOS.....	33
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	35
6. CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE.....	65
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS	
ANEXO A – OFÍCIO	
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO	
ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO	
ANEXO D – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	
ANEXO E – FICHA DE REGULAMENTAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO	
ANEXO F – FORMULÁRIO DOS TARM'S	
ANEXO G – FORMULÁRIO DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo inerente ao ser humano acompanhado de alterações nos diferentes sistemas do organismo, podendo ser seguidas ou não de inúmeras complicações. Sendo um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, no qual há alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas (MOURA; LEITE E HILDEBRANDT, 2008; CONSIDERA, 1996).

Ao envelhecer mudanças acontecem na vida do idoso e de sua família, que por um lado adquire determinados direitos legais, e por outro perde benefícios devido às dificuldades orgânicas e mentais trazidas pelo envelhecimento, pois segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a população idosa é definida como aquela iniciada aos 60 anos em países desenvolvidos e a partir de 65 anos nos considerados em desenvolvimento (MANTOVANI, FRAGA E HIRANO, 2007).

Segundo a OMS, entre 1950 a 2025 a população brasileira de idosos crescerá 16 vezes, enquanto que a população total crescerá 5 vezes, com isso é provável que em 2025 o Brasil tenha a sexta maior população idosa do mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas pertencentes a esse grupo etário. Assim, podemos observar que o crescimento da população idosa é maior que a taxa correspondente ao total da população. As estimativas de 1990 a 2025 da população idosa mundial aumentarão 2,4 % ao ano, contra 1,3% de aumento anual na população em sua totalidade (PASCHOAL et al., 2005).

A idade avançada não é uma razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional. Na realidade, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças, acompanhadas das incapacidades físicas no idoso, resultando então no desenvolvimento da dependência e na perda da autonomia (DIOGO, 1997).

A autonomia inclui a liberdade de escolha, de ação e de autocontrole sobre a vida. No entanto algumas pessoas são capazes de se autogovernarem apenas em algumas fases da sua vida, necessitando da ajuda de outros a partir de certa idade. Para os idosos a presença de uma limitação física, seja ela causada por uma doença ou resultante de uma cirurgia ou de um trauma representa um risco para a sua autonomia, principalmente quando esta limitação gera a dependência na realização das atividades da vida diária (AVD). Mas mudanças de ordem social vem possibilitando que os idosos

vivam mais e com boa saúde, assim suas atividades como dirigir, viajar, e se exercitar estão mais presentes em seu cotidiano.

Com o aumento da expectativa de vida e da autonomia da população idosa, é crescente o número de idosos acometidos pelo trauma. Embora este agravo encontre sua maior frequência em pessoas jovens, e as emergências geriátricas sejam, em geral, clínicas, é crescente o número de idosos traumatizados, principalmente se considerarmos os recentes progressos que não apenas aumentam a esperança de vida, mas também melhoram sua qualidade, ampliando o tipo de atividade física praticada nas idades mais avançadas (PHTLS, 2004). Demonstrando que quedas, acidentes de trânsito, queimaduras, violência doméstica e assaltos são as causas mais frequentes desses traumas.

Nos idosos esses eventos são adicionalmente significativos, visto que a idade avançada os deixam mais fragilizados fisicamente e mentalmente, tornando-os dependentes e, portanto, mais vulneráveis. No Brasil, ocorreram 93.144 mortes por trauma, das quais 9.049 acometeram a população geriátrica em 1994 (SOUZA; IGLESIAS, 2002).

De acordo com Pereira et al (2001) as quedas, tem destaque entre os mais frequentes tipos de traumas na população idosa, correspondendo a 12% de todas as mortes na terceira idade, sendo responsáveis por 70% dos óbitos acidentais em pessoas com 75 anos ou mais, constituindo a 6ª causa de morte em pessoas com idade acima de 65 anos. Os que são hospitalizados, o risco de morte no ano seguinte em decorrência da queda chega a ser de 15 a 50%.

As consequências advindas das quedas têm assumido dimensão de epidemia no Brasil. Os gastos assumidos para os idosos que caem e sofrem alguma fratura são incalculáveis, pois na sua maioria necessitam de cirurgia, passam mais tempo internados e precisam de tratamentos intensivos. As principais causas de quedas em pessoas idosas estão associadas à dificuldade de visão e audição, ao uso de polifármacos, à dificuldade de equilíbrio, à perda progressiva da força nos membros inferiores, à osteoporose, dentre outras situações clínicas (BRASIL, 2009).

Campos et al. (2007) retrata que “o atendimento a um paciente idoso vítima de trauma deve ter a mesma assistência que um paciente jovem, respeitando suas particularidades, como as alterações anatômicas, funcionais, presença de doenças e uso de polifármacos”. Apesar dos idosos sofrerem as mesmas lesões dos indivíduos mais

jovens, apresentam diferenças, no que diz respeito ao aspecto das lesões, a dominância sexual, a duração e o resultado da evolução.

Diante do atendimento aos idosos vítimas de traumas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui-se como a primeira escolha, pois são os responsáveis, por socorrer vítimas nos primeiros minutos, após ter ocorrido algum agravo que possa causar dano à saúde, dispondo de transporte adequado para a transferência das vítimas a um hospital para a realização de tratamentos mais avançados.

E quando trata-se de idosos, vítimas de traumas, exige-se dos profissionais da área o conhecimento acerca das transformações fisiológicas, direitos e limites dos mesmos, comprometendo-se com o saber técnico/científico e ético, quanto ao suporte inicial no atendimento, atentando para as diversas complicações existentes em tais pacientes, agindo com efetivação e qualificação em suas ações de prevenção e promoção à saúde, para o desenvolvimento pleno dos atendimentos em urgência.

A partir desse entendimento surgiram alguns questionamentos: Qual o perfil epidemiológico dos idosos vítimas de traumas atendidos pelo SAMU? Como se caracterizam esses idosos? É possível identificar os principais tipos de traumas e os fatores relacionados?

Neste sentido, a escolha do tema se justifica pelas mudanças de ordem social que levam ao aumento exorbitante no número de idosos vítimas de traumas, dos quais muitos se encontram na dependência de familiares para a realização de suas atividades rotineiras, muitas vezes sem um suporte educativo por parte dos profissionais de saúde.

Pelo exposto, torna-se relevante a realização de estudos que retratem os agravos acerca da morbidade e mortalidade em idosos vítimas de traumas, visto que esta população não raramente está associada à seqüelas, incapacidades, deficiências e mesmo à diminuição da capacidade funcional, o que representaria um déficit na qualidade de vida da vítima e seus familiares, devido à perda da autonomia e independência, tornando-se uma importante questão social, econômica e de saúde. Além da necessidade de conhecer o perfil destes idosos para assim permitir a elaboração de políticas públicas voltadas para resolução desta problemática.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Traçar o perfil epidemiológico de idosos vítimas de traumas socorridos pelo SAMU no município de Sousa- PB;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os idosos vítimas de traumas socorridos pelo SAMU;
- Identificar os principais tipos de trauma nos idosos socorridos pelo SAMU e os fatores relacionados;
- Averiguar a morbimortalidade relacionada ao trauma nos idosos no local em estudo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ALTERAÇÕES ANATOMO-FISIOLÓGICAS DOS IDOSOS

A velhice define-se como sendo um processo inelutável caracterizado por um complexo individual de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. Ela traz consigo a experiência do que se aprendeu e viveu, do que se fez e almejou, do quanto sofreu e suportou (SANTOS, 2008).

Durante o envelhecimento o corpo humano passa por modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas levando à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, o que pode ocasionar maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminem por levar à morte. Muitas das alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento resultam de uma perda gradual que pode ter início na vida adulta, porém, devido à composição redundante dos sistemas orgânicos, essas perdas só se tornam importantes quando o declínio é extenso (MESQUITA et al., 2009).

Todos os sistemas do corpo humano apresentam alterações no decorrer do processo de envelhecimento. Em idosos vítimas de traumas alguns sistemas são de grande importância durante a avaliação inicial e a prevenção de possíveis complicações como, por exemplo, os sistemas renal, respiratório, cardíaco, osteomuscular e nervoso.

Netto (2007) relata que o sistema renal apresenta várias alterações morfológicas como redução do tamanho e do peso do rim; diminuição do número de néfrons, os quais apresentam diminuição da sensibilidade ao hormônio anti-diurético, podendo provocar desidratação crônica; espessamento da membrana basal; esclerose e hialinização glomerulares; aumento do tecido conjuntivo intersticial e alterações tubulares. O fluxo plasmático é reduzido por década em 10% após os 50 anos, com conseqüente diminuição da filtração glomerular (35 a 50%) entre 20 e 90 anos, acarretando alterações na concentração e diluição da urina. Em condições basais o funcionamento é satisfatório, porém em situação de sobrecarga (administração de sódio e água) não se observa pronta e rápida excreção renal compensadora, podendo levar a hipervolemia e descompensação cardíaca.

Quanto ao sistema respiratório, Smeltzer e Bare (2005) afirmam que o diâmetro torácico ântero-posterior aumentado, a calcificação das cartilagens costais e mobilização reduzida das costelas, a eficiência diminuída dos músculos respiratórios, a rigidez pulmonar aumentada e a capacidade vital diminuída comprometem a função pulmonar,

resultando em uma respiração menos profunda. As trocas gasosas e a capacidade de difusão também são diminuídas.

No parênquima pulmonar ocorre diminuição da elastina, do volume e área alveolar como também na atividade mucociliar dificultando a tosse. As camadas íntimas e médias das artérias pulmonares se espessam causando elevação na resistência vascular pulmonar, promovendo um aumento do trabalho respiratório e, conseqüentemente sobrecarregando o sistema cardiovascular, além de uma maior incidência de complicações infecciosas e de broncoaspiração (MANTOVANI, FRAGA E HIRANO, 2007).

O autor supracitado destaca que as complicações cardiovasculares são as mais prevalentes e a principal causa de morte no idoso traumatizado, já que o sistema cardíaco é o primeiro a se manifestar de maneira desordenada quando submetido ao trauma.

Colaborando com isso PHTLS (2004) menciona que no sistema cardiovascular, as valvas cardíacas tornam-se mais espessas e rígidas, ocorre acúmulo de cálcio e gordura nas paredes das artérias e diminuição de sua elasticidade, causando uma diminuição na frequência cardíaca ao esforço ou estímulo. O débito cardíaco diminui em até 25% dos 20 aos 80 anos em condições normais, na conseqüência de um trauma estes valores aumentam consideravelmente, pois a capacidade do corpo de compensar perdas sanguíneas ou, outras causas de choques no idoso é significativamente reduzida, devido à diminuição da resposta inotrópica (contração cardíaca) às catecolaminas.

Como resultados dessas mudanças, o idoso pode apresentar aumento da pressão arterial, batimento do coração irregular, lesões dos vasos, podendo levá-lo a uma Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), uma Doença da Artéria Coronária (DAC), arteriosclerose, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença vascular periférica, hipotensão ortostática, disritmias, Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou ainda a um infarto agudo do miocárdio (IAM).

Melo et al (2004) aponta outras alterações que ocorrem no idoso no que se refere ao sistema músculo esquelético tais como: diminuição do número de fibras musculares e tecido muscular; a cartilagem torna-se mais rígida e frágil; o volume e a força do músculo diminuem, acarretando atrofia e fraqueza muscular. Há perda de cálcio especialmente nas mulheres após a menopausa, devido à osteoporose, que é uma doença óssea metabólica comum, relacionada à idade, na qual existe uma grande redução generalizada na massa óssea esquelética, acarretando um aumento na ocorrência de

fraturas com um mínimo trauma. A mobilidade física e a velocidade dos movimentos diminuem devido ao enrijecimento dos ligamentos e degeneração das cartilagens.

Por conseguinte, Caldas (1998) afirma que um dos principais fatores de risco para consequência negativa do sistema músculo esquelético é o sedentarismo que leva ao enrijecimento causando uma limitação na amplitude dos movimentos, diminuição da força durante pequenos esforços, risco de queda e a perda de equilíbrio. Outro fator importante é a alimentação pobre em cálcio, pois favorece a descalcificação óssea. Portanto, ambientes com muitos objetos, presença de degraus altos ou estreitos, presença de tapetes soltos ou com dobras e ausência de corrimãos em corredores e banheiros favorecem as quedas, principal razão das fraturas de fêmur, tendo como agravantes a fragilidade dos ossos, sendo uma das principais causas que podem levar os idosos à dependência.

Não diferente de outros sistemas, o sistema nervoso é de fundamental importância para a manutenção da homeostasia. Nos idosos observa-se: diminuição no peso e volume do cérebro (atrofia), hipotrofia dos sulcos corticais, redução do volume do córtex, espessamento das meninges, redução do número de neurônios e diminuição de neurotransmissores, provocando alterações sensoriais, intelectuais e psicológicas (PASI, 2006). Como os impulsos são conduzidos de forma mais lenta, as pessoas idosas levam mais tempo para responder e reagir a um estímulo, com um aumento no tempo de reação às situações de perigo, tornando-se mais propensos a traumas.

Com relação aos órgãos dos sentidos, como visão e audição, estes sofrem mudanças expressivas que muitas vezes são responsáveis pelos traumas que acometem o dia-a-dia do idoso.

A deterioração visual se deve a alterações fisiológicas e mórbidas, que incluem alguns transtornos comuns como catarata, degeneração macular, glaucoma e a retinopatia diabética. Há alterações degenerativas da estrutura do olho, levando a diminuição visual, aumento da sensibilidade à luz, perda da nitidez das cores e da capacidade de adaptação noturna. A diminuição da acuidade auditiva se deve a uma disfunção dos componentes do sistema auditivo, acarretando em uma perda da discriminação dos sons mais baixos, um maior acúmulo de cera no ouvido devido às alterações na função glandular, o que faz com que o idoso na maioria das vezes não escute sinais de alerta. Torna-se também comum na terceira idade a presença de vertigens e zumbidos. Já a perda do olfato e do paladar, quando o idoso passa a não distinguir o sabor dos alimentos, pode causar falta de apetite, levando-o à desnutrição,

acarretando atraso no processo de cicatrização na presença de lesões (FREITAS, MIRANDA E NERY, 2002).

Logo, pacientes idosos vítimas de traumas apresentam particularidades que necessitam de maior atenção, pois muitas vezes são incapazes de responder ao aumento das demandas fisiológicas impostas pelo trauma, devido a uma diminuição na reserva funcional de diversos órgãos e sistemas, sendo de grande importância, por parte dos profissionais de saúde o conhecimento das alterações anatomo-fisiológicas advindas da idade, para assim compreender as limitações apresentadas pelo corpo do idoso e promover uma assistência de qualidade, atentando para a prevenção de complicações, que em sua maioria podem ser evitadas durante o atendimento inicial.

3.2. O IDOSO NA ATUALIDADE

Por várias décadas, o envelhecimento esteve relacionado exclusivamente à doença e à decadência, sendo a finitude o único futuro esperado pelos idosos. Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século faz-se observar uma população cada vez mais envelhecida, evidenciando a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida, a qual está relacionada à auto-estima e ao bem-estar pessoal, que abrange uma série de aspectos como capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, o próprio estado de saúde, valores culturais, éticos e a religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA, 2005).

Segundo Fleck (2000) qualidade de vida compreende “a percepção do indivíduo em sua posição na vida, dentro do contexto cultural e sistemas de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência, mantendo assim habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências e de como executar funções relacionadas à vida diária, tendo uma vida independente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

Luzardo, Gorini e Silva (2006), sustentam que graças aos avanços da medicina, à descoberta de novas drogas, melhorias nos serviços de saúde e a fatores ambientais, econômicos e de prevenção, o aumento da expectativa de vida da população tornou-se um fenômeno inevitável e mundial, no qual com o Brasil não tem sido diferente, já que o perfil demográfico do brasileiro tem sofrido também um processo de transformação, principalmente durante as últimas décadas, havendo uma transição demográfica da população brasileira influenciada pela queda na mortalidade, na década de 1940, e a queda da fecundidade a partir de 1960, sendo este o fator decisivo para a ampliação da população mais idosa.

Atualmente, tem-se percebido idosos com mais disposição, seja com relação ao trabalho, relacionamento ou sexo, com mais dinheiro e mais saúde para aproveitar a vida. Demonstrando que os idosos estão cada vez mais bem conservados e realizando atividades que, há alguns anos atrás, seriam consideradas impróprias para sua idade.

Existem muitos idosos que são considerados como exemplos, realizando sonhos, inovando e abrindo portas para novas experiências. Há casos surpreendentes de pessoas que decidiram, com idade avançada, fazer aquilo que se começa bem mais cedo como estudar em outro país, fazer uma faculdade, começar a praticar um esporte. O sentir-se capaz é muito importante para todos os seres humanos. Saber e poder mostrar aos demais que detém a capacidade e a vontade para realizar determinadas tarefas faz-se sentir dignos e úteis, pois uma das maiores barreiras que a nova geração de idosos vem atravessando e vencendo, é a de provar que eles estão aptos para trabalhar e desempenhar tanto tarefas que exigem esforço físico quanto esforço mental (SIEVERT E VIEIRA, 2007).

Em paralelo à transição demográfica e as mudanças e modernidades adquiridas na vida dos idosos nos últimos séculos tem sido verificado o aumento da ocorrência de determinados grupos de agravos, entre os quais as causas externas, caracterizadas por traumas decorrentes de acidentes e violência que devem ser objeto de preocupação, pois acarretam prejuízos à sua saúde. Nos idosos esses eventos são adicionalmente significativos por apresentarem fragilidades físicas, devido às mudanças fisiológicas inevitáveis nesta idade, tornando-se mais vulneráveis a sofrer traumas, como acidentes automobilísticos, quedas, atropelamentos, os quais podem trazer incapacidades, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais representando uma barreira para a independência, já que o aumento da idade, associado a doenças preexistentes, tipo e gravidade do trauma

influenciam negativamente a evolução desse paciente, podendo mesmo levar ao óbito (PINTO et al., 2008).

Conforme Campos et al, (2007): “O trauma é uma lesão advinda de força podendo ser acidental, auto imposta ou um ato de violência que atinja vários sistemas, requerendo atenção imediata para evitar a perda de um membro ou da vida”.

Entre os diversos tipos de traumas físicos, a queda está relacionada com uma das principais causas responsáveis pela perda da autonomia dos idosos, tendo como conseqüências: restrição de atividades de rotina, declínio da saúde; fraturas; isolamento social; medo de sofrer novos traumas e risco de morte.

Um fator importante é a síndrome pós-queda ou medo de voltar a cair, que também está ligada ao medo de se machucar, de ser hospitalizado, sofrer imobilizações, depender de outras pessoas para o autocuidado e a realização de atividades de rotina. Portanto, a família pode exercer um papel de proteção negativa, aceitando as limitações da mobilidade como um processo natural da idade, tornando de fundamental importância por parte dos profissionais de saúde a estimulação de uma mobilização e reabilitação precoce, já que as pessoas da 3ª idade constituem um recurso importante para a estrutura das nossas sociedades, sendo necessário o desenvolvimento de um envelhecimento cada vez mais ativo (SANTOS, 2008).

Com isso, em virtude do reconhecimento à importância do envelhecimento populacional, no Brasil, estabelece a Política Nacional do Idoso, que foi promulgada no dia 04 de janeiro de 1994, pela Lei nº 8.842/1994 e regulamentada pelo Decreto 1948, de 03 de julho de 1996, que tem por finalidade criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e participação dos idosos na sociedade, assim consideradas as pessoas de 60 anos de idade ou mais (COSTA, 1996).

Segundo Rodrigues (2007), essa política está norteadada por cinco princípios: a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos; o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política; as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

Em contra partida para atender as necessidades jurídicas e legais às pessoas idosas no que refere à direitos e deveres, foi aprovado no dia 01 de outubro de 2003, pela Lei 10.741 o Estatuto do Idoso, que estabelece prioridade absoluta às normas protetivas ao idoso, elencando novos direitos e estabelecendo mecanismos específicos de proteção os quais vão desde a precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até a inviolabilidade física, psíquica e moral (BRASIL, 2006).

Portanto, constitui um marco legal para a consciência idosa do país, pois a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e, os demais membros da sociedade tornar-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas, já que são instituídas penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos

No âmbito desse Estatuto, os principais direitos do idoso encontram-se no artigo 3º, o qual estabelece:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006, P.3).

Portanto, a consideração dos direitos dos idosos deve ocorrer no âmbito da noção de universalidade do direito de cidadãos de todas as idades à proteção social, quando se encontrarem em situação de vulnerabilidade. Desta forma, o Estatuto do Idoso, torna-se um documento de fundamental importância para todos os segmentos da sociedade, operadores jurídicos e, principalmente, os idosos, sejam instruídos quanto aos seus aspectos positivos, pois eles precisam conhecer seus direitos para exercê-los e reivindicá-los, bem como, as políticas e as conquistas adquiridas no decorrer do tempo por esta população que mais cresce em todo o país.

3. 3 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

A era do tratamento pré-hospitalar iniciou-se durante o século XVIII, no período Napoleônico, no qual muitas vidas foram perdidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato. Nesta época foi identificada a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas também durante a batalha (SILVA, 2010).

Por conseguinte, em 1792 foi idealizado pelo médico francês do exército napoleônico Dominique Jean Larrey (1766-1842), considerado “Pai da Medicina Militar”, uma carruagem puxada por cavalos, que traziam médicos treinados para o atendimento precoce aos soldados, denominada ambulância voadora, que tinha como característica ser leve e veloz (CAMPOS, 2005).

Na França, foram criadas, em 1955, as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como função a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos a transferências inter-hospitalares. Em 1965, criou-se os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), dispondo de Unidades Móveis Hospitalares (UHM), em seguida (1968), nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando, para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em 1987 (LOPES E FERNANDES, 1999).

De acordo com Bortolotti (2008), no Brasil, a história do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel também é antiga, pois no ano de 1893 já se apresentava a preocupação com o atendimento pré-hospitalar, quando foi aprovada pelo Senado a Lei que estabelecia o socorro médico nas ruas do Rio de Janeiro, a qual na época era a capital do país.

Logo, São Paulo foi um dos primeiros Estados da Confederação a utilizar o APH, tendo tomado grande impulso a partir de 1989, após ter sido instituído oficialmente o SAMU-Resgate, através da Resolução conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES), a Secretaria de Segurança Pública (SSP) e Corpo de Bombeiros (CB). Gradativamente, ao longo da década de 90, vários outros Estados implantaram seus serviços de APH sempre em parceria com o CB (SÃO PAULO, 2001).

O APH pode ser entendido como a assistência prestada num primeiro nível de atenção aos portadores de agravos urgentes à saúde, de natureza clínica, cirúrgica, traumática, psiquiátrica, obstétrica e pediátrica. Esse serviço tem o objetivo de diminuir o intervalo de tratamento entre vítimas de urgências, possibilitando maiores chances de sobrevivência e a diminuição das seqüelas incapacitantes.

Morais et al. (2009) referem que na atual realidade do Brasil, mediante o panorama de morbimortalidade no país, houve um crescimento na demanda dos serviços de urgência e emergência gerando uma carga excessiva nos atendimentos, refletindo assim na qualidade de saúde da população o que torna evidente a necessidade

de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências.

Diante de todo percurso histórico do Brasil é insuficiente o nível de resposta do sistema de saúde às urgências e emergências o que repercute diretamente na superlotação dos hospitais e pronto-socorros, mesmo quando a doença ou quadro clínico não apresenta característica de um atendimento de emergência ou urgência (BRASIL, 2002).

É relevante discutir que um atendimento de urgência é toda ocorrência de agravo à saúde com ou sem risco de morte que leve o indivíduo a atendimento imediato, bem como, um atendimento de emergência é a constatação de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo atendimento imediato (CFM, 1995).

Diante dessa necessidade, o Ministério da Saúde (MS) implementou o SAMU, visando uma melhor qualidade na assistência às vítimas de traumas e de pessoas acometidas por emergências clínicas.

O SAMU caracteriza-se por oferecer atendimento às pessoas em situações de urgência ou emergência, no próprio local da ocorrência do evento, garantindo um atendimento imediato. Funciona 24 horas por dia, por meio do serviço gratuito de discagem 192, com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental.

Seu atendimento pode ser do tipo primário, quando o chamado é oriundo do cidadão, ou do tipo secundário, também conhecido como remoção, quando a solicitação parte do serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido os primeiros cuidados para estabilização do quadro de urgência ou emergência, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (CABRAL E SOUZA, 2008).

O socorro é feito após chamada para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na central de regulação que imediatamente transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente ou a pessoa que fez a chamada sobre as primeiras ações. Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma unidade de suporte básico de vida, com técnico de enfermagem e condutor

socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma unidade de suporte avançado, com médico e enfermeiro. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade (SILVA et al., 2010).

Logo, o SAMU é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), criada em 2003, através de duas importantes portarias: a 1863 GM (Gabinete do Ministro), que tem como um de seus componentes o atendimento pré-hospitalar móvel, com a finalidade de proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto a segunda portaria, a 1864 GM, oficializa a implantação do SAMU-192 em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Essa PNAU tem como focos principais cinco grandes ações: organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF); estruturar o APH móvel (SAMU 192); reorganizar as grandes urgências e os pronto-socorros em hospitais; criar a retaguarda hospitalar para os atendimentos nas urgências; e estruturar o atendimento pós-hospitalar (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, este serviço surge como ordenador da assistência, enquanto forma de resposta às demandas de urgência, seja no domicílio, no local de trabalho, em vias públicas, ou aonde o paciente vier a precisar, independentemente da causa ou circunstância que a pessoa ou vítima solicite o atendimento. No entanto quando trata-se de um atendimento, principalmente a pessoa vítima de trauma essa prestação de cuidados deverá ser rápida, organizada e eficiente, de forma que assegure chances de sobrevivência. Sendo realizado seguindo algumas etapas: abertura das vias aéreas e controle cervical (A), mensuração da respiração e ventilação (B), circulação e controle de hemorragias (C), avaliação neurológica (D) e exposição da vítima (E).

A avaliação inicial realizada em vítimas de traumas é a mesma utilizada em idosos traumatizados, respeitando as peculiaridades dos mesmos, caracterizadas pelas alterações anatômicas, funcionais, como também a presença de doenças associadas e a utilização de medicamentos. (CAMPOS et al., 2006).

O primeiro passo é garantir sua própria segurança, da equipe e da vítima, jamais arriscando sua vida para salvar outra. Em seguida, o socorrista deve observar toda a cena do ambiente antes de se aproximar da vítima, verificar se o idoso sofreu uma queda, um acidente automobilístico, uma queimadura, uma lesão cerebral traumática ou

até mesmo uma agressão física, pois muitas vezes a abordagem, a conduta e o transporte dependem do tipo de agravo à saúde (OLIVEIRA, PAROLIN E JUNIOR, 2004).

Manter as vias aéreas livres e preservar uma boa oxigenação ao paciente é a primeira medida a ser adotada, tendo-se o cuidado de não mobilizar a coluna cervical, que deve permanecer em posição neutra. Em seguida faz-se o teste de responsividade tocando o ombro, para saber se a vítima encontra-se em estado de inconsciência. No idoso, alterações mentais podem estar associadas com obstrução pelo relaxamento da língua ou por objetos estranhos, sendo necessário examinar a cavidade oral à procura de tais objetos (NETO E FARIAS, 2003).

Por conseguinte, deve checar se a respiração está presente e efetiva (ver, ouvir, sentir), devendo ser avaliada frequentemente, considerando ser comum no idoso a limitação da reserva respiratória. O idoso doente apresenta a capacidade e função pulmonar reduzidas, resultando em volume minuto inadequado, sendo obrigatório, na presença de frequência respiratória anormal, a ausculta imediata. O próximo passo é a presença da pulsação e o preenchimento capilar, o qual se encontra retardado no idoso doente, não sendo bom indicador de alterações circulatórias. A redução da sensibilidade, motricidade e da circulação nas extremidades também é achado comum na terceira idade, portanto alguns achados só podem ser interpretados corretamente, conhecendo o estado prévio do idoso (PHTLS, 2004).

Ainda na fase do atendimento inicial, deve-se proceder, de forma sucinta, a avaliação neurológica, que fica restrita ao exame das pupilas (reatividade, tamanho e igualdade) e à escala de Coma de Glasgow para avaliar o nível de consciência do paciente através de três parâmetros: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. A exposição do paciente obtida com a retirada de sua vestimenta requer cuidado especial para os idosos, pois esse grupo é mais suscetível a mudanças ambientais, necessitando assim de cuidado no controle da temperatura ambiente (IGLESIAS E SOUZA, 2002).

Portanto, a abordagem inicial ao idoso traumatizado segue as mesmas prioridades de qualquer indivíduo jovem, entretanto mediante a diminuição das reservas fisiológicas e da presença ou não de doenças associadas. Tornando um dos despertar ao atendimento das situações de urgências e emergências a partir do surgimento, evolução e aprimoramento do APH, bem como implantação e assistência prestada pelo serviço móvel de urgência a toda população e faixa etária (HIRANO, FRAGA E MANTOVANI, 2007)

3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ATENDIMENTO AO IDOSO VÍTIMA DE TRAUMA

Toda pessoa é dotada de uma consciência moral, que a faz capaz de distinguir entre o que é certo e errado, entre o bem e o mal, avaliando suas ações e tornando-a em condições de nortear suas atitudes através da ética.

A ética tem o intuito de ir além, pois mediante ela, a situação e ação são examinadas, não se limitando somente ao conhecimento teórico, mas visando a realização da prática, cabendo por parte dos profissionais fazer uso dela.

De acordo com Passos (2004), “ética é a ciência que estuda o comportamento moral dos homens na sociedade”.

Logo, a moral é um conjunto de normas e princípios, que proporciona uma direção ao pensamento e a escolha de valores. O indivíduo expressa valores e princípios socioculturais, ou seja, a realidade moral varia historicamente e com ela variam os princípios e normas, esses são expressos através de seus hábitos.

O comportamento moral é livre e consciente, pois só são materializados os valores e normas que são internalizados pelos indivíduos. No entanto se este não cumpre uma norma determinada pela sociedade, é julgado moralmente através do senso moral que funciona como uma medida para analisar se os indivíduos estão de acordo com a moral estipulada pela sociedade (BOCCATTO E TITTANEGRO 2005).

A evolução da sociedade e o conseqüente aumento dos problemas éticos conduzem à necessidade de códigos de ética. Porém, qualquer tipo de código de ética baseia-se em determinados princípios éticos, os quais são importantes coordenadas gerais de atuação. Destacam-se, como princípios éticos fundamentais em um código de ética, a legalidade; o profissionalismo; a confidencialidade; a fidelidade; as responsabilidades concretas; o respeito integral pelas pessoas; a boa-fé e a ausência de conflitos de interesse (SILVA E LAMELA, 2009).

Portanto, o comportamento ético exige uma reflexão crítica diante dos dilemas, na qual devem ser considerados, entre outros, os sentimentos, a razão, os patrimônios genéticos, a educação e os valores morais.

Sendo assim, a ética profissional inclui o direito do paciente a um atendimento humanizado, ao esclarecimento sobre os procedimentos que serão realizados; os potenciais riscos e benefícios; podendo, inclusive existir um termo de participação esclarecida (CONFEEF, 2003).

Desse modo, diante de um o paciente idoso traumatizado, é necessário um preparo técnico e acolhimento humanizado para o cuidado integral a este ser, não esquecendo que deve haver cumplicidade entre os envolvidos para uma melhor qualidade na assistência.

O cuidado humanizado não é uma técnica ou artifício, mas uma vivência a perpassar toda atividade dos profissionais, oferecendo e realizando o melhor tratamento ao ser humano. Consiste na compreensão e na valorização da pessoa, considerando acima de tudo que haja sensibilização por parte da equipe com relação à problematização da realidade (BACKES, LUNARDI FILHO E LUNARDI, 2005).

Dessa forma, a avaliação ao idoso vítima de um trauma deve ser de forma abrangente, sistematizada, tendo como objetivo fornecer um plano adequado de assistência. Além das queixas e da evolução clínica, integralidade física, cognitiva e efetiva; a adesão ao tratamento, sentimentos, necessidades clínicas e socioculturais, deve incorporar condições saudáveis, minimizar e compensar as perdas de saúde e as limitações relacionadas à idade, evitando possíveis complicações, requerendo por parte do socorrista o conhecimento da fisiologia, para que seja capaz de conhecer o envelhecimento natural e evitar possíveis terapias ou procedimentos desnecessários (DUARTE E DIOGO, 2005).

Segundo Bortolotti (2008), o socorrista deve possuir um equilíbrio emocional e competência técnico-científica, apresentar características que tornem o atendimento mais digno ao traumatizado, focalizando não somente o objeto traumático, mas também o paciente, não se limitando aos aspectos físicos, mas também aos emocionais. É importante manter uma empatia com a vítima; observar as queixas do paciente, tentando gerar uma situação mais confortável; sempre que possível manter a vítima informada quanto aos procedimentos adotados; respeitar o modo e a qualidade de vida do acidentado, assim como sua privacidade e preservar sua identidade moral e seus pertences.

Desse modo, os profissionais devem sempre atuar respeitando a dignidade e a individualidade da pessoa idosa. O papel do profissional de saúde não é só cuidar dos problemas fisiopatológicos, é também, compreender e assistir o idoso em sua totalidade, às questões psicossociais, ambientais e familiares, suprimindo suas necessidades, garantindo a eficácia de sua recuperação. O atendimento a esses idosos requer conhecimentos específicos da área, devendo saber agir diante das situações diferentes e inesperadas.

Na realidade um indivíduo seja ele um médico, um enfermeiro ou um leigo com treinamento em atendimento pré-hospitalar, estes não tem obrigação legal em atender um acidentado ou doente, desde que os mesmos não estejam previamente em serviços de atendimento com prestação de socorro e/ou salvamento. A obrigação de um indivíduo treinado ou um profissional de saúde, em prestar socorro torna-se portanto uma obrigação moral (dever de caridade e juramento) (SANTOS, 1999).

O direito ao atendimento de emergência é igual ao direito à vida, à educação, ao trabalho. Assegurar o controle de qualidade profissional de todos os que atuam no setor de emergência, assim como atendimento de urgência é uma obrigação do Estado.

Consentir a realização de qualquer procedimento médico é um direito do idoso, pois de acordo com o artigo 46 do Código de Ética Médica (CEM), é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de morte. A fidelidade, confidencialidade e veracidade das informações prestadas são as principais responsabilidades do profissional. Assim, o idoso deve ser informado que o correto encaminhamento diagnóstico e terapêutico da situação clínica por ele apresentada depende da observação desses pressupostos (PEREIRA, 2004).

Assim, a escolha da melhor opção de tratamento depende da qualidade e quantidade de informações disponíveis. Sem a definição precisa dos objetivos, qualquer ação tende a ser aleatória, a probabilidade de acerto diminui e a gravidade do quadro, por vezes, pode ser camuflada ou ficar oculta. O histórico clínico é o ponto-chave de qualquer avaliação médica. Na prática geriátrica existem particularidades que devem ser compreendidas para que se possa obter uma boa anamnese e desenvolver uma assistência adequada (CAMPOS et al., 2007).

4. METODOLOGIA

A metodologia destina-se a relacionar as bases teóricas que foram utilizadas na análise e avaliação dos dados observados, com o conjunto de técnicas, métodos e procedimentos de estudos adotados pelo pesquisador. A função da metodologia consiste, então, em viabilizar a obtenção dos dados que foram estudados, servindo para o enriquecimento dos conhecimentos científicos. Para tanto, o modelo metodológico adotado deve ser capaz de abranger os fenômenos observados no mundo empírico e, assim, descrever e explicar esses fenômenos (MINAYO, 1999).

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é um processo de construção tendo como objetivo principal gerar conhecimentos novos corroborando ou não com outros saberes. Vista como atividade regular, esta pode ser definida de outra forma, sendo um conjunto de ações orientadas e planejadas em busca do conhecimento (SOUZA, 2007).

Sendo assim, os objetivos desta pesquisa foram alcançados com base em uma metodologia de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, sendo o estudo transversal e do tipo documental, no qual foi identificado o perfil epidemiológico de idosos vítimas de trauma. Conforme Salomon (2004), pesquisa exploratória e descritiva são as que têm por objetivo definir melhor o problema, proporcionar as chamadas intuições de soluções, descreverem comportamentos de fenômenos, definir e classificar fatos e variáveis.

Para Andrade (2003), na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, não havendo interferência do pesquisador, os fenômenos são estudados sem a manipulação do mesmo. Uma das características desse tipo de pesquisa é que a técnica da coleta de dados é padronizada.

O estudo transversal segundo Pereira (2008) representa a forma mais simples de pesquisa populacional, pois fornece um retrato de como as variáveis sobre um agravo estão relacionadas e permite que a data da coleta de dados seja definida pelo pesquisador.

De acordo com Lakatos e Marconi (2008), a pesquisa é chamada de documental porque procura os documentos de fonte primária, provenientes de órgãos públicos ou

particulares que realizaram as ações, e é importante porque analisa e interpreta fatos já existentes tentando solucionar um problema presente.

E por último a abordagem quantitativa que caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coletas, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (GIL, 2002).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no SAMU do município de Sousa, Paraíba (PB), situado no alto sertão paraibano. Possui área territorial de 842.000 km², população estimada em 63.783 mil habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2007.

O SAMU é um serviço avançado que se fundamenta na Política Nacional de Atenção às Urgências, o qual foi implantado no dia 31 de outubro de 2005, com o objetivo de atender a cidade de Sousa e mais 15 municípios circunvizinhos, possuindo uma base descentralizada em Pombal/PB.

Atualmente, conta com quatro ambulâncias, sendo uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e três Unidades de Suporte Básico (USB) que funcionam 24 horas por dia, através do número gratuito 192. É formado por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores socorristas, técnico de regulação médica (TARM), rádio operadores (RO) e auxiliares de serviço geral.

A escolha por este local se deu devido à acessibilidade, visto que a pesquisadora responsável atua neste serviço, por ser considerado referência na área de urgência/emergência na cidade e por atender ocorrências de origem traumática.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Gil (1999), população é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. A amostra constitui um subconjunto da população e através dela se permite estabelecer ou estimar as características da mesma.

A população do referido estudo foram todas as fichas de registro de ocorrências que aconteceram no ano de 2009. Dentro deste universo a amostra foi composta por

idosos com idade igual ou superior a 60 anos que apresentaram algum tipo de trauma e que tinham suas fichas de atendimento devidamente preenchidas e assinadas pela equipe que realiza a ocorrência.

4.4 COLETA DE DADOS

Segundo Andrade (2009), a coleta de dados constitui uma etapa importantíssima da pesquisa.

Inicialmente foi solicitado à Coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), um ofício direcionado à Coordenadora da instituição, onde foi realizado o estudo, apresentando os objetivos da pesquisa e autorização para realizá-la. Deferido o pedido e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), foi iniciada a coleta.

Os dados foram coletados nos meses de Outubro e Novembro por meio da técnica de pesquisa documental indireta, em formulário específico, por um único pesquisador, no qual foram avaliadas todas as fichas de ocorrência de indivíduos idosos vítimas de traumas atendidos no ano de 2009. Foram analisadas as variáveis: sexo, idade, fatores relacionados ao trauma, tipos de trauma, índices de morbimortalidade, localidade do acidente, tipos de lesões, principais sintomas e queixas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados descritivamente no Programa Microsoft Excel com apresentação por meio de gráficos para melhor visualização e posteriormente foram confrontados com a literatura pertinente no mês de Dezembro do corrente ano.

4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO

O posicionamento ético das pesquisadoras com relação ao desenvolvimento do estudo foi norteado a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor no país. Para que fosse possível a coleta de dados, o projeto foi encaminhado para apreciação e parecer ao CEP da UEPB e para a

realização dos mesmos foram considerados os aspectos éticos, como sigilo, anonimato, beneficência e não maleficência, pertinentes às pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a resolução supracitada.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Estudos atuais demonstraram que o crescimento da população idosa associado ao avanço da tecnologia nas ciências da saúde, tem proporcionado uma melhoria na qualidade de vida, permitindo a essa faixa etária um estilo de vida mais ativo e constatando um aumento no número de traumas acometidos pelos idosos.

Sendo assim, abordaremos através de tabelas, gráficos e linguagem textual os resultados da coleta de dados, através de uma análise quantitativa, conforme os objetivos propostos.

De acordo com as fichas de atendimento do SAMU de Sousa-PB equivalentes ao ano de 2009, o mesmo foi acionado para atender 205 idosos vítimas de traumas.

Tabela 1: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com a faixa etária.

Faixa etária	f	%
60-65 anos	43	21%
66-70 anos	30	14,7%
71-75 anos	19	9,3%
76-80 anos	33	16%
81-85 anos	38	18,5%
86-90 anos	28	13,7%
91-95 anos	10	4,9%
96-100 anos	4	1,9%
Total	205	100%

De acordo com a tabela 1, que apresenta a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas conforme a faixa etária constatada nos registros, observou-se uma maior predominância na faixa etária dos 60-65 anos com 21% (43), seguidos pelos idosos com idade de 81-85 anos sendo 18,5% (38); 16% (33) os de 76-80; 14,7% (30) os de 66-70 anos; com 13,7% (28) aparecem os idosos na faixa de 86-90; com 9,3% (19) os de 71-75; com 4,9% (10) os de 91-95 e por último com 1,9 % (4) os de 96-100 anos.

Conforme o estudo realizado por Silveira, Rodrigues e Moacyr Junior (2002) com idosos que sofreram trauma a idade de maior índice também foi entre os 60-65 anos, o qual menciona o fato de estarem mais expostos a acidentes e por circularem com maior frequência no perímetro urbano. O mesmo também foi constatado em uma

pesquisa com idosos vítimas de acidentes e violência, onde essa mesma faixa etária foi a mais atingida (RODRIGUES, ANDRADE E EVANGELHISTA, SD).

Os idosos com idade entre 60-65 anos, estão no início da fase de envelhecimento, e encontram-se mais independentes e ativos no mercado de trabalho, estando mais propenso à acidentes no seu dia-a-dia, enquanto os idosos com idade entre 81-85 anos, apresentam mais limitações, menor destreza e uma maior dificuldade para desempenhar as atividades da vida diária, o que os leva a possíveis acidentes traumáticos.

A progressão da idade é acompanhada de mudanças previsíveis em todos os órgãos e sistemas do corpo humano com tendência a diminuição das reservas fisiológicas, associada a diversos fatores como doenças crônicas, uso de medicações entre elas as substâncias psicoativas, bem como injúrias traumáticas, contribuindo de forma significativa na diminuição da resposta terapêutica e margem de segurança de qualquer tratamento. E geralmente o paciente geriátrico possui algumas condições sistêmicas, como: diabetes, hipertensão arterial, deficiência imunológica e capacidade cicatricial alterada influenciando negativamente a evolução desse paciente (GOMES et al, 2008).

Variados fatores próprios dessa faixa etária contribuem para o aumento da ocorrência de traumas, tais como, problemas visuais, auditivos, redução dos reflexos neurológicos, diminuição da função mental e o uso de diversos medicamentos.

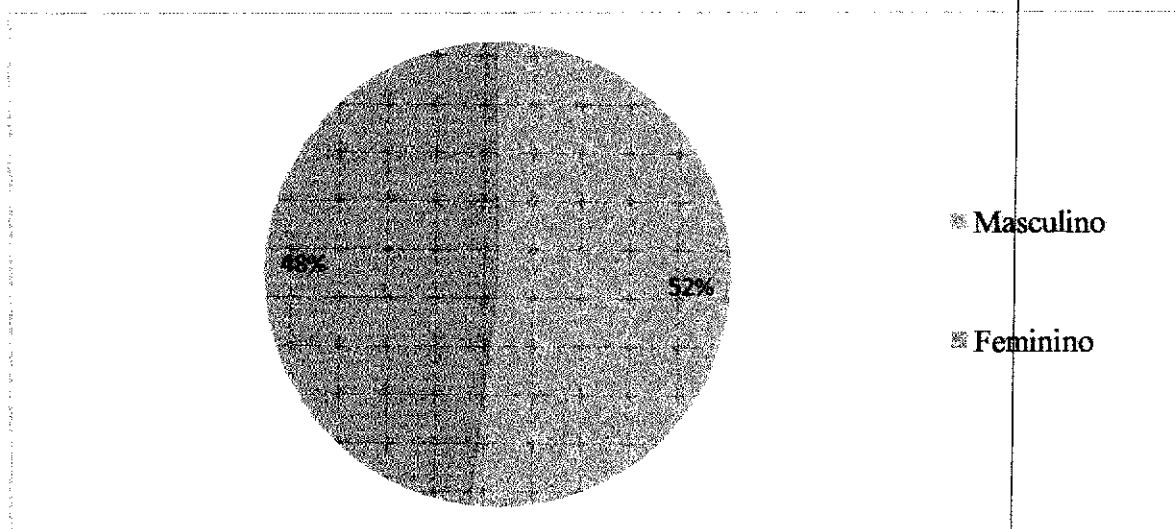


Gráfico 1: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o sexo.

Conforme o gráfico 1, que representa a distribuição da amostra de idosos vítimas de trauma de acordo com o sexo, observou-se que 52% (106) eram do sexo masculino e 48% (99) do sexo feminino, resultados que se assemelham aos dados encontrados em uma pesquisa com idosos vítimas de traumas realizada por Biazin e Rodrigues (2009), mostrando que o sexo masculino também teve uma maior prevalência 59,5% (72) em relação ao feminino 40,5% (49).

Este fator justifica-se possivelmente ao fato dos homens realizarem expressivamente atividades mais pesadas em relação à população feminina e por apresentarem vida social mais agitada, tornando-se mais predispostos a sofrerem traumas como, por exemplo, fazendo uso de bebidas alcoólicas e durante o ato de dirigir, o qual apresenta uma diminuição de seus reflexos estando mais propensos a sofrerem acidentes.

Tabela 2: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o mês da ocorrência.

Mês	F	%
Janeiro	19	9,3%
Fevereiro	16	7,9%
Março	13	6,3%
Abril	22	10,7%
Mai	21	10,2%
Junho	7	3,4%
Julho	18	8,8%
Agosto	15	7,3%
Setembro	26	12,7%
Outubro	13	6,3%
Novembro	15	7,3%
Dezembro	20	9,8%
Total	205	100%

Na tabela 2, que enfatiza a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas entre os meses de janeiro a dezembro de 2009, percebeu-se que 12,7% (26) dos atendimentos foram realizados no mês de setembro, 10,7% (22) no mês de abril, 10,2% (21) em maio, 9,8% (20) no mês de dezembro, 9,3% (19) no mês de janeiro, 8,8% (18) no mês de julho, 7,9% (16) no mês de fevereiro, 7,3% (15) nos meses de agosto e novembro, 6,3% (13) nos meses de março e outubro e 3,4% (7) no mês de junho.

Tanto a literatura nacional como a internacional são escassas no que diz respeito aos aspectos relacionados com a distribuição mensal de ocorrência dos traumas em idosos. Riera, Trevisani e Ribeiro (2003) em um artigo de revisão sobre osteoporose e a importância da prevenção de quedas em idosos, relatam que, nos meses de inverno e dias mais frios, há um aumento da frequência de quedas, porém, os autores não discutem as causas que levariam a essa diferença de incidência em relação aos meses de temperaturas mais elevadas no ano.

Já em um estudo realizado sobre quedas em idosos, o período que apresentou um aumento no número neste tipo de trauma foi o correspondente aos meses que, durante o ano, apresentam temperaturas mais elevadas e maior pluviosidade, correlacionando essas condições climáticas em função das alterações ambientais domiciliares e as mudanças comportamentais, como o aumento nas atividades externas, que predis põem os idosos a caírem mais em determinadas épocas do ano, porém o autor não especificou que meses foram esses (ORIZIO JUNIOR, RIBEIRO E JORGE, 2006).

Vale ressaltar que o maior número de traumas encontrados nesta pesquisa no mês de setembro (10 casos) foi em um fim de semana durante feriado prolongado da cidade de Sousa, em que são realizadas comemorações da festa da independência do Brasil e da padroeira da cidade, Nossa Senhora dos Remédios.

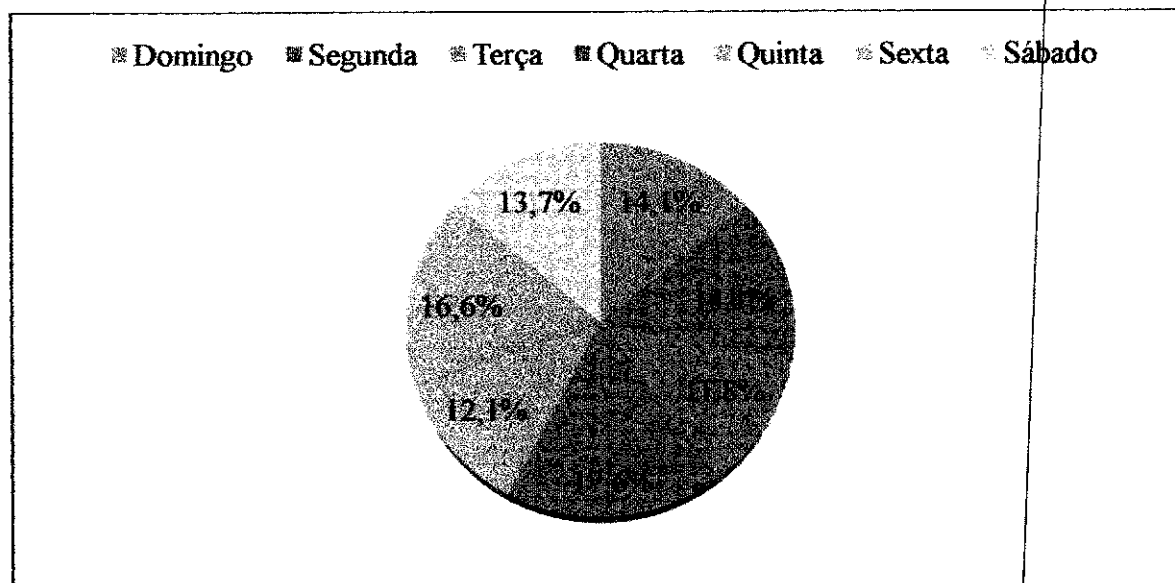


Gráfico 2: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o dia da semana.

O gráfico 2 demonstra a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o dia da semana, onde o maior número de atendimentos foram realizados nas quartas-feiras com 17,6% (36), seguidos de 16,6% (34) nas sextas-feiras, 14,1% (29) nos domingos e nas segundas-feiras, 13,7% (28) nas quintas-feiras e 12,1% (24) nas terças-feiras.

Segundo Sikora, Ribeiro e Trincaus (2008) em um trabalho apresentado com vítimas de traumas, verificou-se que o dia da semana em que houve maior número de atendimentos também foram as quartas-feiras (21,1%), e os mesmos referenciaram que os maiores índices ocorreram em vésperas de feriados.

Porém, como será mencionado mais adiante, o maior tipo de trauma acometido nesta pesquisa foram as quedas, as quais estão predispostas a acontecer em qualquer dia da semana, o mesmo ocorrendo com outros tipos de traumas, já que as pessoas estão sujeitas em todos os momentos da vida.

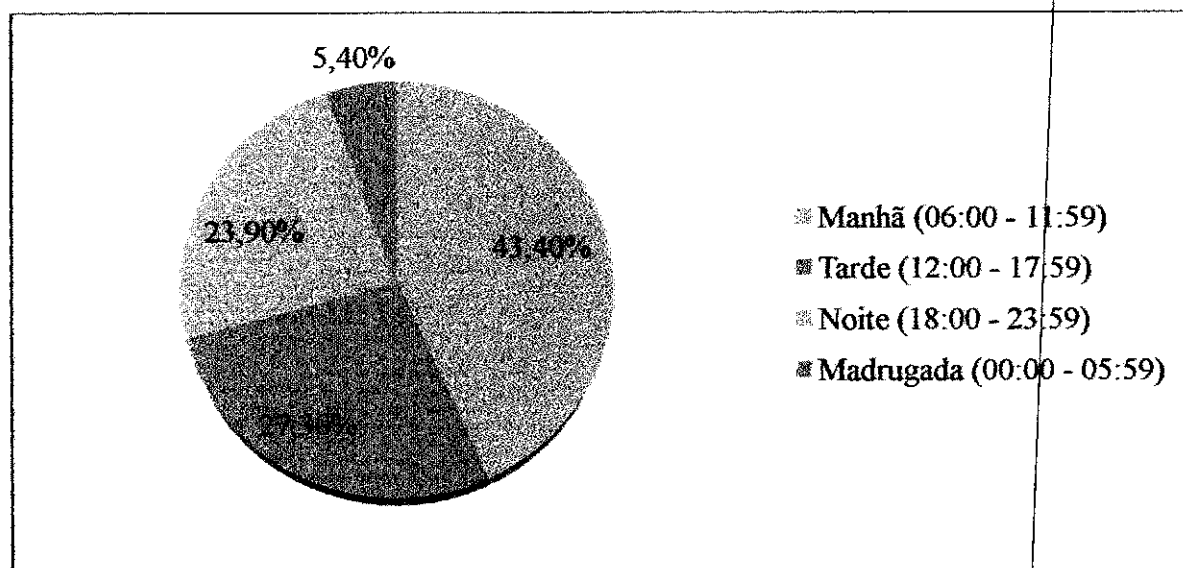


Gráfico 3: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o horário do acidente.

O gráfico 3, refere-se a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas conforme o horário do acidente. Percebeu-se uma maior prevalência no período da manhã 43,4% (89), em seguida o horário da tarde com 27,3% (56) e os horários da noite 23,9% (49) e madrugada 5,4% (11).

A maior prevalência no horário diurno, conforme apontado neste estudo, possivelmente está relacionada com a intensificação das atividades domésticas nestes horários e com maior movimentação das pessoas dentro dos domicílios, ao se

levantarem de seus leitos, fazerem suas atividades fisiológicas matinais, sua higiene pessoal e a preferência pela prática de atividades físicas no período da manhã, podendo predispor os idosos a maior número de fatores extrínsecos ambientais (MATSUDO, MATSUDO E TURIBÍO NETO, 2000).

E segundo mencionado por Abreu, Silva e Lima (2007) o período da manhã também pode estar relacionado a um grande número de pessoas nas ruas se deslocando para o trabalho e ao elevado número de veículos neste horário que circulam nas vias públicas.

Durante o turno da manhã os idosos também estão mais dispostos para fazerem compras, realizarem atividades religiosas, de lazer e visitar amigos. E, assim, por estarem mais ativos, e sujeitos às limitações condizentes dessa idade, tornam-se susceptíveis à traumas.

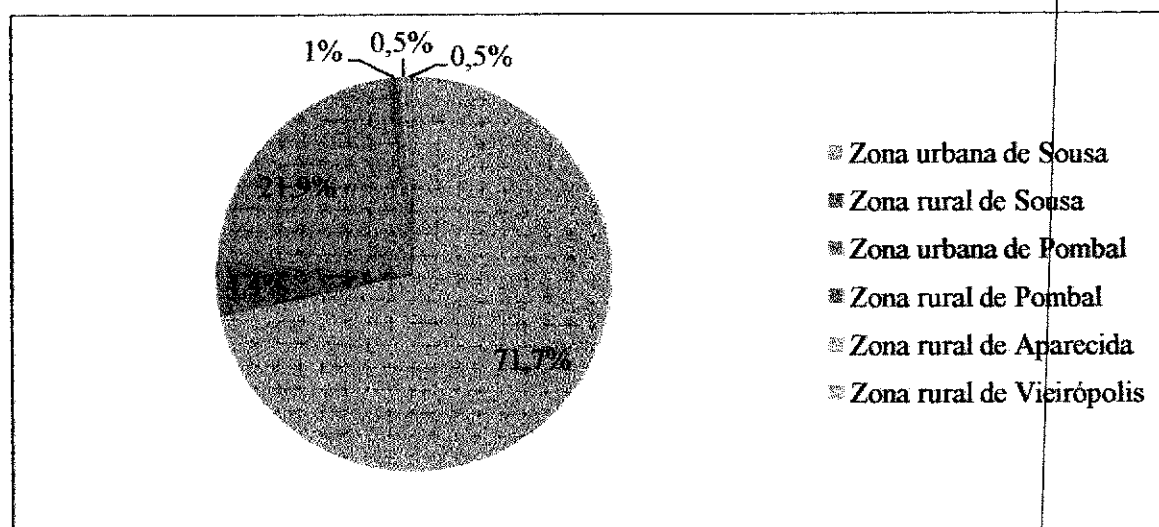


Gráfico 4: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o local do acidente.

Como demonstrado no gráfico 4, que apresenta a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o local do acidente, 71,7% (147) dos traumas ocorreram na zona urbana de Sousa, 21,9% (45) na zona urbana de Pombal, 4,4% (9) na zona rural de Sousa, 1% (2) na zona rural de Pombal, 05% (1) na zona rural de Aparecida e 0,5% (1) na zona rural de Vieiraópolis.

É na zona urbana que se encontra uma maior agitação, onde o cotidiano das pessoas é mais movimentado pela própria dinâmica da sociedade pós-moderna, favorecendo e propiciando uma intensa variedade de relações interpessoais, relações homem/ambiente e inevitavelmente ocasionando situações traumáticas, mormente nas

peças mais vulneráveis da nossa população que são as crianças e principalmente os idosos.

Conforme apresentado na tabela 4, verificou-se o aparecimento de outros municípios, fato este devido ao SAMU da cidade de Sousa atender a 15 municípios circunvizinhos, entre eles a zona urbana e rural das cidades de Aparecida e Vieirópolis, além do mais possui uma base descentralizada no município de Pombal-PB. Não foi diagnosticado nenhum tipo de trauma atendido pelo SAMU na população idosa dos outros 13 municípios restantes durante o ano de 2009.

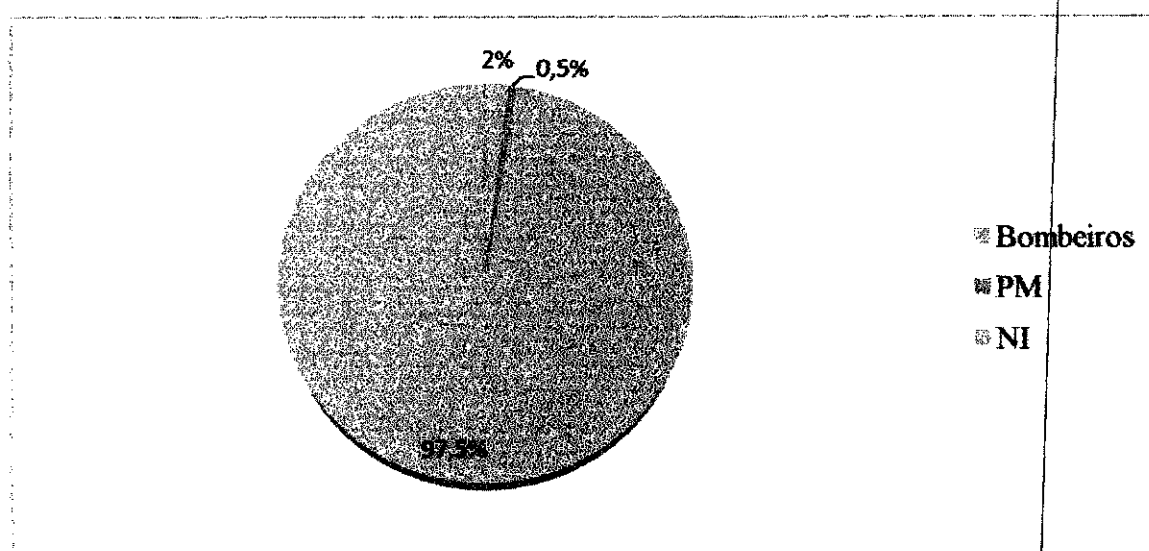


Gráfico 5: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o apoio no local do acidente.

Conforme o gráfico 5, que apresenta a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o apoio no local do acidente, verificou-se que 97,5% (200) dos atendimentos não foram informados (NI) se tiveram algum tipo de apoio, enquanto 2% (4) foram realizados pelo corpo de bombeiros e 0,5% (1) pela polícia militar.

O SAMU foi idealizado para atender a qualquer tipo de emergência relacionada à saúde, podendo também trabalhar em conjunto com outros serviços se houver necessidade, como por exemplo o serviço de CB (193) e a Polícia Militar (PM)-190.

Assim, cabe à central 192 SAMU a avaliação e decisão sobre os pedidos que necessitem atendimento de saúde, tanto traumáticos como clínicos, assim como aqueles que lidem com pacientes/ vítimas graves. Interlocução com a rede de saúde e definição e o preparo da unidade que receberá o paciente. Cabe à Central 190 - PM a avaliação e decisão sobre os pedidos que necessitem atuação policial, proteção ao

indivíduo/coletividade, ou que necessitem de segurança e à central 193 CB cabe a avaliação e decisão sobre os pedidos de socorro que necessitem resgate, salvamento, combate a incêndios e trabalhos com eventos onde ocorram riscos ambientais (locais instáveis, muros caídos), e riscos físico-químicos (vazamento de substâncias, gases, combustível) que necessitem de uma equipe especializada na sua abordagem (SANTA CATARINA, SD).

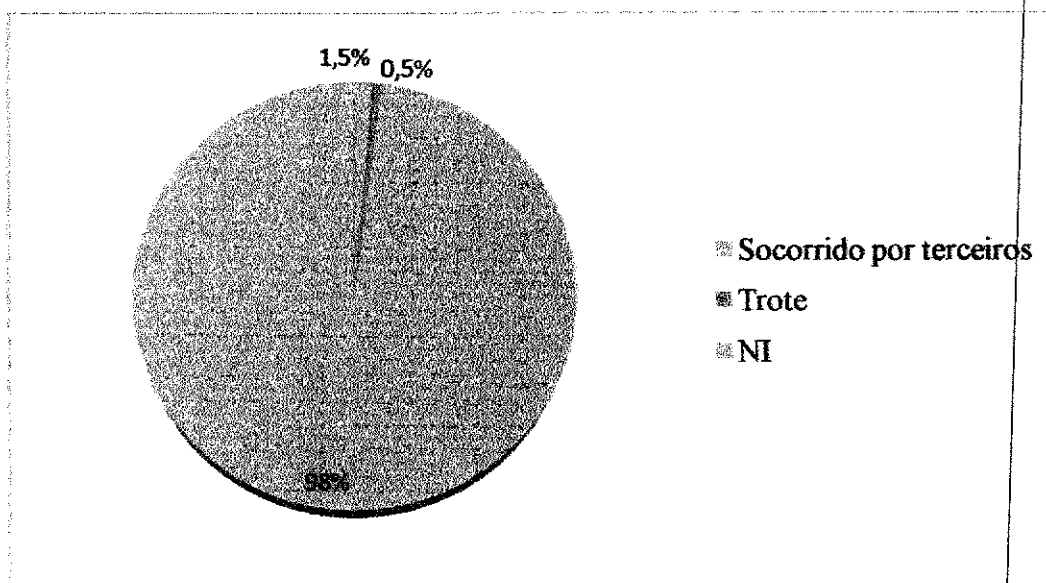


Gráfico 6: Distribuição da amostra de idosos vítimas de trauma de acordo com o tipo de QTA (cancelamento de ocorrência).

O gráfico 6 apresenta a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o tipo de QTA e percebeu-se que em 98% (201) dos atendimentos NI; 1,5% (3) foram socorridos por terceiros e 0,5% (1) referiu-se à trote.

É de fundamental importância esperar a equipe de socorro, já que é formada por profissionais treinados e habilitados para executar a avaliação da vítima, procedimentos ou manutenção da vida e capazes de decidir o atendimento definitivo mais adequado, garantindo a vítima uma maior segurança, além de transporte adequado para o remanejamento do local do acidente.

Observamos um índice de idosos vítimas de traumas socorridas por terceiros (1,5%) muito pequeno na região da cidade de Sousa durante o ano de 2009, o que nos leva a perceber o quanto o SAMU está presente nessas urgências e o quanto há uma preocupação com o tipo de atendimento feito a este paciente, visto as inúmeras

complicações pós-traumas que podem ocorrer devido as incapacidades advindas da própria idade e ao retardo durante sua recuperação.

Os trotes são pedidos de socorro cujo tema central é uma mentira. Essa mentira pode ser desde um exagero intencional da situação real do paciente até a inexistência do paciente. Geralmente é feito por crianças e adolescentes. As pessoas que cometem esse tipo de trote, na verdade estão cometendo um crime contra a vida, porque quando o SAMU é desviado de uma chamada real, pode estar perdendo uma vida naquele exato momento.

Tabela 3: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com a natureza do acidente.

Natureza do acidente	f	%
Quedas	140	68,3%
Acidente de trânsito	25	12,1%
Agressão	15	7,3%
Atropelamento	7	3,4%
FAB	5	2,4%
NI	4	2%
Queimaduras	3	1,5%
Contusão	2	1%
FAF	2	1%
Acidente doméstico	1	0,5%
Desabamento	1	0,5%

A tabela 3 representa a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o tipo de acidente, tendo como destaque as quedas que representaram 68,3% (140), em seguida os acidentes de trânsito com 12,1% (25); 7,3% (15) representam as agressões; 3,4% (7) os atropelamentos; 2,4% (5) os ferimentos por arma branca (FAB); 2% (4) não foram informados; 1,5% (3) as queimaduras; 1% (2) as contusões e os ferimento de arma de fogo (FAF) e por último com 0,5% (1) os acidentes domésticos e desabamentos.

O mesmo é evidenciado por Silva et al (2008) em uma pesquisa feita em Londrina, Paraná (PR) onde a queda também foi a mais representativa com 45,5% (224), seguida dos acidentes de transporte com 43,5% (216), onde o mesmo relata que as quedas compreendem as intercorrências de maior importância para a pessoa idosa, causando possíveis lesões que podem levá-los a óbito. O mesmo sendo citado por

Souza e Iglesias (2002) a nível nacional onde a queda também está relacionada como a causa de trauma mais freqüente na terceira idade, representando (40%), seguida

pelo acidente automobilístico (28%), atropelamento (10%), FAF e FAB (8,0%), entre outros, representando um grande problema de saúde pública na terceira idade.

As quedas podem gerar graves conseqüências físicas e psicológicas, como, por exemplo, lesões, hospitalizações, perda da mobilidade, restrição da atividade, diminuição da capacidade funcional, internação em alguma Instituição de Longa Permanência (ILP), e medo de cair novamente, sendo assim, representam a causa principal de morte acidental em pessoas idosas (STUDENSKN E WOLTER, 2002).

Já os acidentes de trânsito, que apresentaram a segunda maior causa, acontecem com mais freqüência nas idades mais jovens, indicando que o idoso apresenta características da população adulta, com menos de 60 anos, como independência e autonomia, lhe garantindo uma vida mais ativa e ainda estando inserido no mercado de trabalho e conseqüentemente mais exposto. Estes eventos também são importantes entre as pessoas idosas devido à maior vulnerabilidade, resultando em comprometimentos de gravidade variável, já que o impacto econômico dos acidentes nesta população são muito altos, pois quase um terço de todas as despesas são atribuídas a terceira idade (MATHIAS, JORGE E ANDRADE, 2006).

Tabela 4: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com os antecedentes.

Antecedentes	F	%
NI	145	64,7%
HAS	30	13,4%
Medicação	14	6,2%
Diabetes	10	4,5%
Outros	8	3,8%
Doença cardíaca	6	2,6%
Alcoolismo	5	2,2%
Doença renal	2	0,8%
Doença mental	2	0,8%
Internações anteriores	1	0,5%
AVE	1	0,5%

*Nota: Resposta múltipla

Conforme a tabela 4, que representa a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com os antecedentes (histórico de algumas doenças), observou-se que 64,7% (145) NI se tinha antecedentes; 13,4% (30) foram referenciados como sendo portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 6,2% (14) fazem uso de

medicação; 4,5% (10) são diabéticos; 3,8% (8) são portadores de outros antecedentes entre eles Doença de Parkinson (1), Epilepsia (1), Osteoporose (1), Deficiência Visual (1), Anemia (1) e alguns deles não foram especificados (3); 2,6% (6) portadores de Doença Cardíaca; 2,2% (5) fazem uso de álcool; 0,8% (2) são portadores de Doença Renal e Mental e 0,1% (1) de AVE e internamentos anteriores, respectivamente.

De acordo com uma pesquisa realizada por Machado et al., (2009) sobre o risco que as quedas causam na vida do idosos, a HAS também foi citada como a doença mais frequente encontrada na terceira idade com 75% (18); sendo apresentado 3 casos de osteoporose; 1 de labirintite e 1 de diabetes, onde o autor não citou as porcentagens dessas doenças.

Em pesquisa realizada por Katz et al., (2008), sobre a epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos, foi observado que 50% (14) eram portadores de HAS; 14,2% (4) apresentavam diabetes, 7,1% (2) outros tipos de doença e 28,7% (8) não apresentavam doenças pré-existentes.

Diante dos estudos relatados percebe-se que a HAS vem se transformando progressivamente num dos mais graves problemas de saúde pública, atingindo adultos, em especial os mais idosos, sendo definida pela OMS como a elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica. Sua prevalência tende a ser maior no sexo masculino. Os números são muito variáveis para o país, variando de 5,0% a 32,7% em diferentes regiões do país, além do mais é considerado um fator de risco para outras doenças, e do seu controle depende o declínio da mortalidade por doenças cerebrovasculares e coronariopatias (CARVALHO, RODOLPHO JUNIOR E MACHADO, 1998).

A HAS é uma enfermidade de origem multicausal e multifatorial, decorrente da interação de vários fatores que foram surgindo com a evolução da humanidade. A grande prevalência e os seus fatores de risco multiplicam a predisposição para problemas cardiovasculares, colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos sócios econômicos. Dados demonstraram em uma pesquisa feita com idosos hipertensos que os altos níveis pressóricos podem resultar da alta incidência de fatores de riscos, dentre esses idosos 68,1% eram ligados a hereditariedade; 40% ao sedentarismo, 6% ser ou ter sido etilista, 31,3% ser ou ter sido tabagista (CONVERSO E LEOCÁDIO, 2005).

O uso de medicamentos também é responsável pelo risco de quedas e fraturas em idosos, destacando os que provocam sonolência, alteram o equilíbrio, a tonicidade

muscular e/ou provocam hipotensão, como por exemplo, os anti-hipertensivos inibidores da ECA e beta-bloqueadores que podem gerar tonturas e hipotensão postural. Assim como, os diuréticos que fazem com que o paciente levante à noite para urinar e facilite as quedas (MIRANDA, MOTA E BORGES, 2010).

Tabela 5: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o tipo de lesão.

Tipo de lesão	F	%
NI	74	31,6%
Ferimento	50	21,3%
Suspeita de fratura	37	15,9%
Escoriações	25	10,7%
Hematoma	15	6,5%
Edema	13	5,6%
Laceração	6	2,6%
Luxação	5	2,1%
TCE	4	1,7%
Crepitação	1	0,4%
Entorce	1	0,4%
Politraumatismo	1	0,4%
Evisceração	1	0,4%
Vermelhidão	1	0,4%

*Nota: Resposta múltipla

A tabela 5 apresenta a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o tipo de lesão. Verificou-se que 31,6% (74) NI; 21,3% (50) ferimentos; 15,9% (37) suspeita de fraturas; 10,7% (25) escoriações; 6,5% (15) presença de hematomas; 5,6% (13) de edemas; 2,6% (6) lacerações; 2,1% (5) luxações; 1,7% (4) traumatismo crânio encefálico (TCE); 0,4% (1) correspondendo a crepitação, entorse, politraumatismo, evisceração e hiperemia.

Em uma pesquisa sobre vítimas de acidentes na cidade de Fortaleza, envolvendo jovens e idosos verificou-se que os principais tipos de lesão foram os ferimentos (69,5%), mostrando existir uma igualdade quanto às lesões em situações de traumas em todas as idades (ANDRADE et al., 2009).

Após uma fratura o idoso sente-se receoso em voltar às atividades de rotina, pois o medo de voltar a cair e de ser hospitalizado novamente envolve seus pensamentos. O mesmo é observado durante sua recuperação, pois muitos mostram dificuldades para

deambular após algum membro fraturado, tornando-se dependentes de familiares ou de uma ILP.

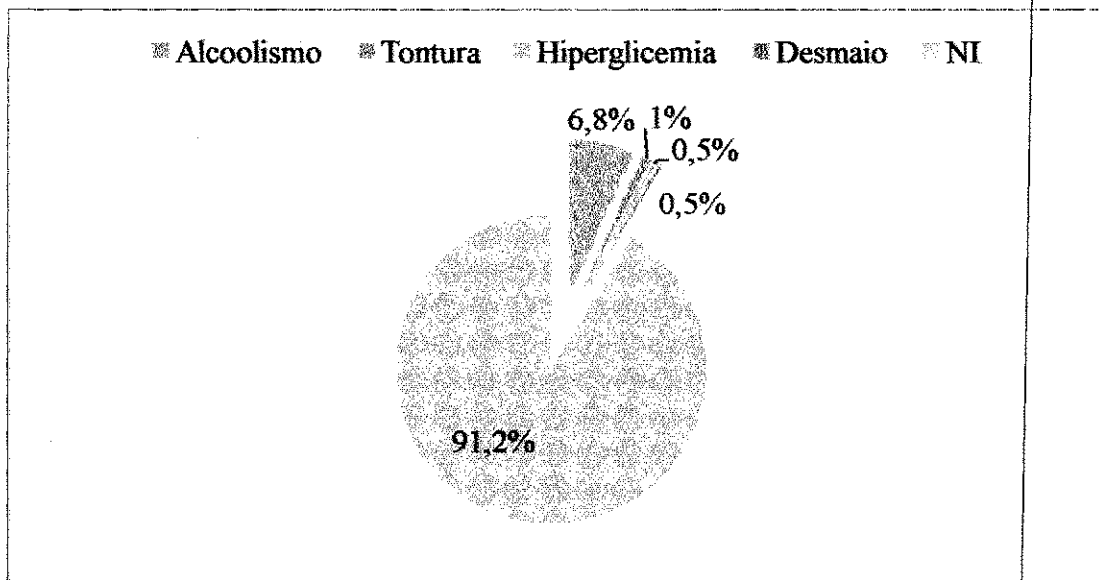


Gráfico 7: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com os fatores relacionados.

Conforme o gráfico 7 que apresenta a distribuição da amostra de idosos de acordo com os fatores relacionados, verificou-se que 91,2% (187) NI; 6,8% (14) apresentavam uso de álcool etílico; 1% (2) sentiram tontura e 0,5% (1) apresentava hiperglicemia e desmaio cada.

O uso excessivo de bebidas alcoólicas constitui um importante problema de saúde pública em diversos países. No Brasil, em dois levantamentos nacionais, estima-se que 9% a 12,3% da população sejam dependentes do álcool; 74,6% já fizeram uso na vida, 29% são bebedores pouco freqüentes e não fazem uso pesado e 24% bebem freqüentemente e pesado. Vários são os fatores que podem levar ao aumento do consumo de bebidas alcoólicas na população, entre eles, a fácil disponibilidade, o baixo preço e a publicidade. Além disso, a ingestão alcoólica é aceita socialmente, algumas vezes mesmo em quantidades consideradas abusivas, sendo utilizada como um facilitador de atividades interpessoais e em estabelecer vínculos sociais. O consumo abusivo e/ou inadequado desta substância pode trazer conseqüências graves, tanto em nível orgânico, como psicológico e social. Entre estas conseqüências estão às ocorrências de lesões por causas externas, sobretudo acidentes ou violência (FREITAS, MENDES E OLIVEIRA, 2008).

Então, de modo geral, podemos dizer que poucos copos de cerveja seriam suficientes para atingir a alcoolemia máxima permitida, já que de acordo com as Leis de Trânsito do nosso país, o limite permitido de alcoolemia para que se dirija com segurança é de até 0,6 gramas de álcool por litro de sangue, pois nessa concentração já são provocados no cérebro alterações neuroquímicas e funcionais suficientes para mudanças de comportamento facilitadoras de inúmeros tipos de traumas.

Tabela 6: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com sinais e sintomas.

Sinais e sintomas	f	%
Dor	87	33,5%
NI	68	26,2%
Outros	42	15,8%
Sangramento	24	9,3%
Agitação	10	3,8%
Tontura	8	3,1%
Desmaio	6	2,3%
Desorientação	5	2%
Palidez	3	1,2%
Vômito	3	1,2%
Ausência de pulso central	2	0,8%
Dificuldade respiratória	1	0,4%
Febre	1	0,4%

*Nota: Resposta múltipla

De acordo com a tabela 6, que representa a distribuição da amostra de idosos conforma os sinais e sintomas apresentados, onde podemos perceber que 33,5% (87) sentiram dor durante o atendimento; 26,2% (68) NI; 15,8% (42) outros, entre eles sonolência, mal-estar, cefaléia, fraqueza, diarreia, depressão, tremores, sudorese; 9,3% (24) sangramento; 3,8% (10) agitação; 3,1% (8) tontura; 2,3% (6) desmaio; 2% (5) desorientação; 1,2% (3) palidez e vômito; 0,8% (2) ausência de pulso central e 0,4% (1) dificuldade respiratória e febre cada.

A dor é um fenômeno subjetivo, e apresenta uma percepção, intensidade e duração particular atribuída para cada indivíduo. Muitos descrevem a experiência da dor como um desconforto agudo ou crônico, os quais são caracterizados em uma avaliação como uma agonia, tração, queimação, pressão, ferroadas, perfurante, imprecisa, entre outros, podendo haver mais de um tipo de sensação ou origem da dor, devendo ser cuidadosamente avaliado para a realização de possíveis intervenções.

São muitas as causas da dor, a qual pode estar ligada a um trauma como apresentado neste estudo; ao estresse, cirurgias, enfermidades, inflamações, entre outras, podendo ocorrer tanto em situações clínicas como não-clínicas (KAZANOWSKI et al., 2005).

Tabela 7: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o destino e condição da vítima.

Destino e condição da vítima	F	%
Encaminhado ao hospital	162	79%
Liberado após atendimento	24	11,7%
NI	12	5,8%
Recusa atendimento	3	1,5%
Óbito no local	3	1,5%
Óbito durante atendimento	1	0,5%
Total	205	100%

Na tabela 7 foi demonstrada a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas conforme o destino e condição das vítimas. Constatou-se que 79% (162) foram encaminhados para o hospital; 11,7% (24) foram liberados após atendimento; 5,8% (12) NI; 1,5% (3) recusaram atendimento, a mesma porcentagem sendo apresentado para óbito no local e 0,5% (1) óbito durante atendimento.

Esses dados também foram condizentes com uma pesquisa realizada por Silva et al., (2008) em que a maioria dos atendimentos não foram solucionados no local, pois 84% dos indivíduos necessitaram de ser encaminhados a algum centro de atendimento que acolhesse a complexidade do trauma, em seguida 7% dos indivíduos foram liberados, sem haver necessidade de maior atenção médica e 2% morreram no local ou assim já se encontravam no momento do atendimento e 7% são dados não encontrados nos relatórios.

De acordo com Soares e Barros (2006), as internações por acidentes de trânsito contribuem de forma significativa para o aumento dos custos médico-hospitalares, uma vez que a necessidade de internação hospitalar está diretamente relacionada à gravidade das lesões. E esses custos crescem de forma exponencial nos pacientes muito graves, que, embora sejam minorias em relação ao total das vítimas acidentadas, são os maiores responsáveis pelos altos custos do atendimento médico-hospitalar.

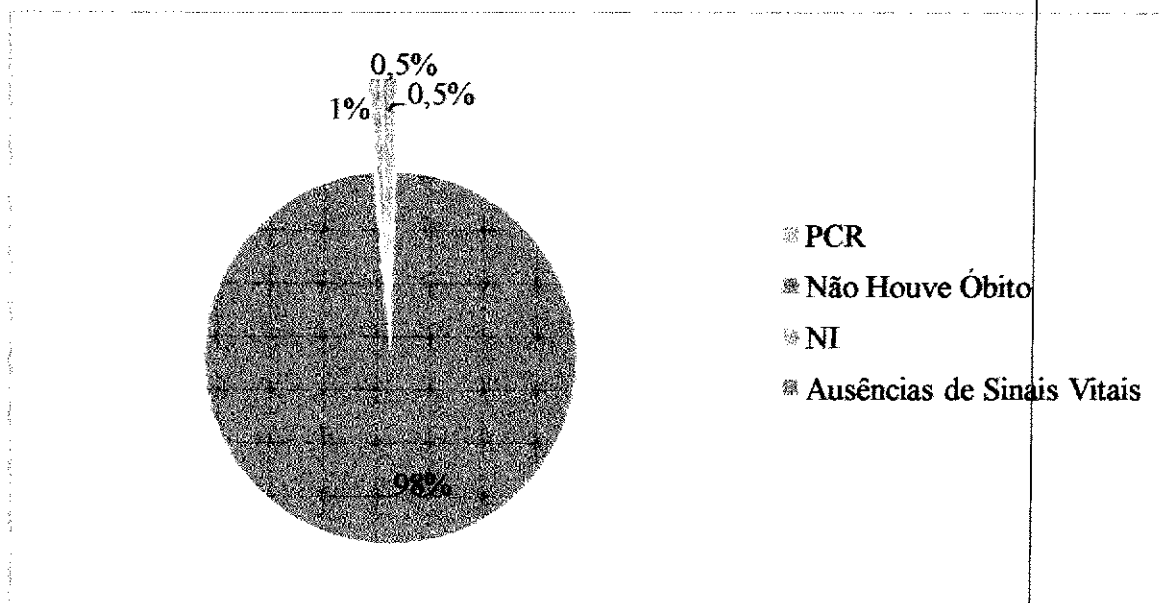


Gráfico 8: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com a causa do óbito.

O gráfico 8 representa a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com a causa do óbito. Constatou-se que em 98% (202) dos atendimentos não houve óbito; em seguida 1% (2) NI; e 0,5% (1) teve como causa a Parada Cardiorrespiratória e a ausência de sinais vitais.

O trauma é considerado a quinta causa de mortalidade na faixa etária maior que 65 anos, sendo a queda responsável por 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos, metade das mortes segue-se a uma fratura de fêmur. Após hospitalização por queda, algumas complicações podem culminar com morte, como exemplo: pneumonia, infarto agudo do miocárdio e tromboembolismo pulmonar. A queda é considerada um dos preditores de mortalidade em estudo realizado no exterior. Os idosos que caem têm o dobro da taxa de morte em comparação ao grupo dos que não caem (BUKSMAN et al., 2008).

Souza e Iglesias (2002) afirmam que o acidente automobilístico é a principal causa de morte relacionada ao trauma na faixa etária de 65 a 75 anos, em que os homens são mais susceptíveis ao trauma quando dirigem veículos automotivos, enquanto as mulheres estão mais expostas à injúria quando estão na condição de passageiras.

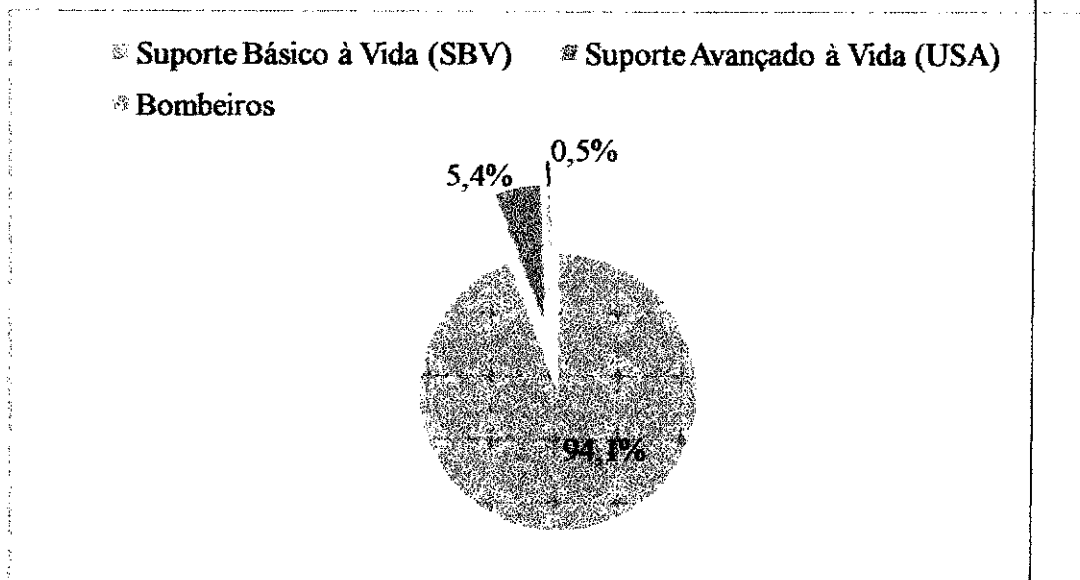


Gráfico 9: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o veículo enviado ao local do acidente.

Como mencionado no gráfico 9 que apresenta a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com o veículo enviado ao local do acidente, onde verificamos que em 94,1% (193) dos casos foram enviados a ambulância de Suporte Básico à Vida (SBV); seguidos de 5,4% (11) pela ambulância Suporte Avançado à Vida (USA) e 0,5% (1) foi removida pelo corpo de bombeiros.

A ambulância de SBV é um veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de morte conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de morte desconhecido e que não necessite de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. Tripulada por dois profissionais, sendo um o condutor e o outro um técnico de enfermagem, enquanto a USA é destinada ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, devendo contar com os equipamentos médicos necessários para esta função e sendo tripulada por três profissionais, o condutor, um enfermeiro e um médico.

Já o veículo utilizado pelo corpo de bombeiros, conhecida como ambulância de resgate é destinada a atendimentos de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas) e tripulada por três profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida (BRASIL, 2006).

Tabela 8: Distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas de acordo com os procedimentos realizados durante o atendimento.

Procedimentos	F	%
Medicação	69	20,5%
NI	49	14,6%
Sinais Vitais	48	14,3%
Curativo	46	13,7%
Imobilização de Membros	41	12,3%
Punção Venosa	30	8,9%
Colar Cervical	18	5,3%
Inalação de Oxigênio	11	3,3%
Glicemia capilar	9	2,6%
Controle de Hemorragia	8	2,4%
Telemedicina	4	1,2%
Crioterapia	1	0,3%
Intubação Naso/Orotraqueal	1	0,3%
Massagem Cardíaca Externa	1	0,3%

*Nota: Resposta múltipla

De acordo com a tabela 8, que enfatiza a distribuição da amostra de idosos vítimas de traumas conforme os procedimentos realizados durante o atendimento, percebendo-se um maior índice na realização de medicações 20,5% (69); 14,6% (49) NI; 14,3% (48) verificado os sinais vitais; 13,7% (46) curativos; 12,3% (41) imobilização dos membros; 8,9% (30) realização de punção venosa; 5,3% (18) o uso do colar cervical; 3,3% (11) a inalação de oxigênio; 2,6% (9) glicemia capilar; 2,4% (8) o controle de hemorragias; 1,2% (4) fizeram uso da telemedicina e 0,3% (1) foi realizado a crioterapia, a intubação naso/orotraqueal e massagem cardíaca externa.

Neste sentido, percebe-se a preocupação com o alívio dos sintomas em imediato, já que se observou que em sua maioria a medicação (20,5%) encontra-se como o primeiro procedimento de escolha durante um atendimento pré-hospitalar diante de um trauma, mostrando uma menor preocupação com os demais cuidados, assim como com o modo de realizar o manejo de um determinado paciente, com relação as prioridades do atendimento, seguida a ordem do A (abertura da cavidade oral), B (respiração), C (controle de hemorragias), D (estado neurológico), E (exposição da vítima), conforme indicado pela abordagem primária, sem esquecer dos materiais que garantam uma melhor segurança no transporte do paciente (colar cervical, talas etc).

6. CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento provoca diversas mudanças no organismo humano, podendo levar o indivíduo a sofrer modificações no seu cotidiano, como o aumento da possibilidade de situações traumáticas, tornando-os mais dependentes de ajuda para realizar as atividades da vida diária. Portanto, o presente estudo nos permitiu conhecer um pouco sobre a problemática que pode envolver os idosos vítimas de traumas, visto que teve como objetivos traçar o perfil epidemiológico destes idosos socorridos pelo SAMU, identificando suas principais características, os traumas mais frequentes com os principais fatores relacionados, assim como os índices de morbimortalidade.

Identificou-se que no ano de 2009 foram atendidos pelo SAMU 205 idosos vitimados pelo trauma na cidade de Sousa-PB. A idade mais atingida foi entre 60 e 65 anos, por estarem adentrando na terceira idade e por apresentarem situações de vida mais agitadas, em relação às outras idades registradas. O sexo masculino foi o mais acometido, já que esta população encontra-se comparativamente mais inserida no mercado de trabalho, e realizam atividades que oferecem riscos em relação as mulheres que se detêm muitas vezes a atividades domésticas.

As quedas foram os principais tipos de trauma responsáveis pelo atendimento do SAMU, atingindo 68,3%, não diferindo dos demais estudos nacionais que também apresentam estatísticas elevadas com relação a este tipo de agravo. Através deste resultado percebeu-se que as quedas representam um grave problema de saúde pública na terceira idade, já que em sua maioria causam mudanças na vida desta população por estarem sujeitos a incapacidades e diminuição de sua autonomia, podendo levá-los a dependência de ajuda permanente de seus familiares.

A HAS foi um dos principais antecedentes observados neste estudo, mostrando que 13,4% dos idosos atendidos pelo SAMU apresentam esta enfermidade. É possível relacioná-la com as quedas apresentadas, já que muitas drogas utilizadas por hipertensos podem provocar tonturas e hipotensão arterial, capaz de gerar uma variedade de traumas.

O álcool etílico apareceu com um dos fatores de risco mais envolvido com o surgimento de traumas, o que pode levar o idoso a apresentar diversas modificações em seu comportamento e no comando de seu corpo, facilitando possíveis acidentes no dia-a-dia.

A dor foi considerada como o primeiro sintoma de destaque responsável por 33,5% dos casos. De todos os atendimentos feitos 79% foram encaminhados para o hospital, mostrando que a maioria desses traumas necessitou de um tratamento mais adequado.

De todos os traumas atendidos pelo SAMU de Sousa no ano de 2009, foram observadas quatro mortes, destas duas causas não foram identificadas, e duas foram em decorrência de PCR. Desses óbitos, os acidentes de trânsito foram apresentados como o principal tipo de trauma, cujas vítimas eram do sexo masculino, mostrando, que este tipo de trauma está relacionado com o maior número de óbitos e que os homens que dirigem são os mais predispostos.

Vale salientar que o número de óbitos pode ter sido maior já que a maioria dos pacientes foi encaminhada para o hospital a fim de receber cuidados especializados, e visto que não se tem conhecimento de como o paciente evoluiu após o trauma.

Dos socorros prestados 94,1% foram encaminhados pela ambulância SBV, mostrando que a maioria das vítimas apresentavam risco de vida conhecidos e que não necessitavam de intervenção médica. Os procedimentos mais realizados durante os atendimentos foram a medicação com 20,5%, mostrando uma maior preocupação com a cessação dos sintomas apresentados.

Portanto, neste estudo constatou-se que os inúmeros acidentes traumáticos e a presença de diversas doenças prévias associadas, contribuíram para 1,5% dos óbitos relacionados aos traumas nesta população da cidade de Sousa-PB durante o ano de 2009, mostrando que a terceira idade está cada vez mais suscetível a situações traumáticas.

No mais, espera-se que esses resultados possam oferecer subsídios para o direcionamento das ações na prática do cuidado autêntico aos idosos vítimas de trauma e que, a partir destes, sejam desmembrados novos estudos para enriquecer esta temática.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M.; LIMA, J. M. B. de; SILVA, L. M. da. Níveis de alcoolemia e mortalidade por acidentes de trânsito na cidade do Rio de Janeiro. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 575-580, dezembro 2007.

ANDRADE, M. G. *Introdução e Metodologia do Trabalho*, 6 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ANDRADE, M. M. *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2009

ALMEIDA, A. C.S. *Ética e Moral*. Presidente Prudente, 2009.

ANDRADE, L. M. de. et al. Acidentes de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza – CE, Brasil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 52-59, outubro-dezembro. 2009

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, v.3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 de outubro de 2010.

BIAZIN, T. D.; RODRIGUES, R. A. P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina-Paraná. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p. 602-608. SD. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 23 de novembro de 2010.

BOCCATTO, M.; TITTANEGRO, G.R. *Bioética: A questão da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade*. In: VIEIRA, T.R. (org.) *Bioética nas Profissões*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

BORTOLOTTI, F. *Manual do Socorrista*. Porto Alegre: Expansão Editorial, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa*. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências* / Ministério da Saúde. - 3. Ed. Amp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: Il. – (Série E. Legislação de Saúde).

- _____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Noções de primeiros socorros no trânsito*. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.anfavea.com.br/documentos/capitulo5seguranca.pdf>>. Acesso em: 24 de outubro de 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências: SAMU 192*. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Lei no 10741 de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Diário Oficial da União, Disponível: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 07 outubro de 2010.
- _____. *Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM>>. Acesso em: 16 outubro de 2010.
- _____. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a *Política Nacional do Idoso*, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, janeiro. 1994.
- BUSKMAN, S; VILELA, A.L.S; PEREIRA, S.R.M; Lino, V.S; Santos, V.H. Quedas em Idosos: Prevenção. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Outubro. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 de novembro de 2010.
- CABRAL, A. P. de S.; SOUZA, W. V. de. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 11, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.
- CALDAS, M. A. C. *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Edverj, 1998.
- CAMPOS, J. F. S. et al. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*. v. 14, n. 4 p.193-197, outubro-dezembro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 14 de setembro de 2010.
- CAMPOS, R.M. *Satisfação da Equipe de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho*. 2005. 193f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

_____, R. M.; FARIAS, G. M. de.; RAMOS, C. S. da. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Natal, v. 11, n. 3 p. 647-657, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. São Paulo, v. 09, n. 01, p. 251 – 260, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 29 de setembro de 2010.

CARVALHO, F.; RODOLPHO JUNIOR, T.; MACHADO, J. C. M. S. da. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 14, n. 3, p. 617-621, julho-setembro. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 de novembro de 2010.

CFM. *Resolução nº 1451, de 1995*. Resolve que os estabelecimentos de prontos-socorros e privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência. Conselho Federal de Medicina, São Paulo, 10 mar.1995. Seção 1, p. 3666. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes>>. Acesso em: 16 de agosto de 2010.

CONFED. *Código de ética dos profissionais de Educação Física*. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <<http://www.confef.org.br>>. Acesso em: 10 outubro de 2010.

CONSIDERA, A. T. *O idoso e a institucionalização*. v. 2, Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

CONVERSO, M. E. R.; LEOCADIO, P. L. L. F. de. Prevalência da hipertensão arterial e análise de seus fatores de risco nos núcleos de terceira idade de Presidente Prudente. *Revista Ciência em Extensão*, Presidente Prudente, v. 2, n. 1, agosto. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 18 de setembro de 2010.

COSTA, L. V. A. “Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental”. In: Anais do I Seminário Internacional – “Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: MPAS, SAS, 1996. p.46-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 24 de setembro de 2010.

DIOGO, M. J. D. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.5, n.1, jan. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 de outubro de 2010.

_____, M.J.D., DUARTE, Y.A.O. O envelhecimento e o idoso de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. 4, p. 370-6, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D.E. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2005.

FABRÍCIO, C. C. S.; RODRIGUES, R. A. P.; MOACYR JUNIOR, R. C. da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, fevereiro. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30 de outubro de 2010.

_____, C. C. S.; *Quedas em idosos atendidos em um hospital governamental do interior paulista: causas e conseqüências*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2002.

FLECK, M. P. A. O. Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: Características e Perspectivas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 de agosto de 2010.

FREITAS, E. A. M. de.; MENDES, I. D.; OLIVEIRA, L. C. M. de. Ingestão alcoólica em vítimas de causas externas atendidas em um hospital geral universitário. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 813-821, abril. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. *Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global*. In: FREITAS, E. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 610-617.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, A. C. A. et al. Tratamento conservador do idoso vítima de trauma facial:

relato de caso. *Revista de Odontologia. Clínica.-Científica*. Recife, v.7, n. 4, p. 341-345, outubro/dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 de novembro de 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, *Pesquisa Nacional por Amstras de Domicilio (PNAD)*. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.

JURANDIR FILHO, M. R. et al. Trauma abdominal: estudo das lesões mais frequentes do sistema digestório e suas causas. *Revista Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. São Paulo, v. 21, n. 4, outubro-dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 04 de outubro de 2010.

KATZ, M. et al. Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos. *Revista Acta Ortopédica Brasileira*, v. 16, n. 5, p. 279-283. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/oab>>. Acesso em: 25 de outubro de 2010.

KAZANOWSKI, M. K.; LACCETTI, M. S. *Dor- fundamentos, abordagem clinica, tratamento*, v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005 cap. 1.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LOPES, S. L. L.; FERNANDES, R. J. *Uma Breve Revisão do Atendimento Médico Pré-Hospitalar*. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: TRAUMA II, 32: 381-387, outubro-dezembro, 1999. Disponível em: <<http://www.sciel.br>>. Acesso em 18 de setembro de 2010.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Revista Texto contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, dezmbro. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de outubro de 2010.

MACHADO T. R. et al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 11, n. 1, p. 32-38, março. 2009 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>>. Acesso em: 17 de novembro de 2010.

MANTOVONI, M.; FRAGA, G. P.; HIRANO, E. S. *Trauma no idoso*. Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: Cirurgia de Urgência e Trauma, v. 40, n. 3, p. 352-357, julho-setembro. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 de outubro de 2010.

MATHIAS, T. A. F. de; JORGE, M. H. P. M. de; ANDRADE, O. G. de. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, janeiro-fevereiro. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; TURIBÍO NETO, L. B. de. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 21-32, setembro. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de novembro de 2010.

MELO, R. E. V. A. de. et al. *Trauma em pacientes idosos*. 2004. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/ijd/index.php/exemplo/article>>. Acesso em: 13 de outubro de 2010.

MESQUITA ET AL. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. *Revista Texto e Contexto*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 67-73, janeiro-março. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a08.pdf>>. Acesso em: 06 de novembro de 2010.

MINAYO, M. C. S. de. Violência contra idosos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, maio-junho. 2003. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/eixos_tematicos.doc>. Acesso em: 09 de outubro de 2010.

_____, M. C. S. de. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 1999.

MIRANDA, V. R.; MOTA, V. P. de.; BORGES, M. M. C. de. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Revista de Enfermagem Integrada*, Ipatinga, v. 3, n. 1, julho-agosto. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de novembro de 2010.

MORAIS, D. A. et al. Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. Belo Horizonte, v.7, p. 211-218, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 de setembro de 2010.

MORAIS, E. P. de.; RODRIGUES, R. A. P.; GEHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Revista Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, abril-junho. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 de novembro de 2010.

MOURA, I.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M.; Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 132-140, jul-dez. 2008. Disponível em:

<<http://www.upf.br/seer/index/php/rbe>>. Acesso: 04 de setembro de 2010.

National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS. *Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado: Básico e Avançado*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. PHTLS. *Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado: Básico e Avançado*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

NETO, J. B.; FARIAS, G. C. *Atendimento Inicial ao Traumatizado Multissistêmico com Lesão Vascular*. 2003. Disponível em: <<http://www.lava.med.br/livro>>. Acesso em: 15 de outubro de 2010.

NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; JUNIOR, E. V. T. *Trauma: Atendimento Pré-hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2004.

OZIRIO JUNIOR, S. F. da. *Queda de idosos que motiva atendimento hospitalar de emergência pelo SUS em Uberlândia –MG: epidemiologia e conseqüências para a saúde*.

Projeto de pesquisa. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006. Disponível em:

<http://www.afriid.faei.ufu.br/sites/afriid.faei.ufu.br/files/Doc/completo_15.pdf>. Acesso em: 13 de outubro de 2010.

PASI - *Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso: Envelhecimento Saudável em Florianópolis*, 2006. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos>>. Acesso em: 02 de outubro de 2010.

PASSOS, Elizete. *Ética nas organizações*. São Paulo: Atlas, 2004.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de vida na velhice*. In: Freitas, E. V. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 8.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia, teoria e prática*. BR, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

PEREIRA, A. L. Aspectos éticos e legais do atendimento de emergência. *Revista AMRIGS*. Porto Alegre, v.48 n.3, p. 190-194, jul.-set, 2004. Disponível em: <www.amrigs.com.br/revista>. Acesso em: 15 de outubro de 2010.

PEREIRA, R. S. M. et al. Queda em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Junho. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de setembro de 2010.

PINTO, T. C. de A. et al. Morbidades por causas externas em idosos e sua relação com lesões maxilofaciais. *Revista Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. João Pessoa, v. 8, n. 2, maio-ago. 2008. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br>>. Acesso em: 12 de outubro de 2010.

RICHARDSON, R. J. et al. *Pesquisa social: Métodos e Técnicas*. São Paulo: Atlas, 2008.

RIERA, R.; TREVISANI, V.F.M.; RIBEIRO, J.P.N. Osteoporose – a importância da prevenção de quedas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 4, n. 6, p. 364-368, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 de outubro de 2010.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Revista Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v.16, n.3, p. 536-545. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 07 de outubro de 2010.

RODRIGUES, A. M. U.; ANDRADE, L. M. de.; EVANGELHISTA, R. L. Perfil epidemiológico dos idosos vítimas de acidentes e violências. Congresso Brasileiro de Enfermagem, (SD). Disponível em: <<http://www.13cbcenf/.../perfil%20epidemiologico%20dos%20idosos.pdf>>. Acesso em: 08 de outubro de 2010.

SALOMON, D. V. *Como fazer uma monografia*. 11 ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2004.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Apostila do SAMU de Santa Catarina*, Santa Catarina, (SD). Disponível em: <http://www.samu.saude.sc.gov.br/.../apostila_do_samu_santa_catarina>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.

SANTOS, R. J. G.; *Quedas no idosos*. Projeto de pesquisa. Universidade Fernando Pessoa, Curso de Graduação em Enfermagem. Ponta de Lima, 2008.

SANTOS, R. R. ET AL. *Manual de Socorros de Emergência*. São Paulo: Atheneu, 1999.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. *Manual do curso de atendimento pré-hospitalar móvel para enfermeiros*. São Paulo, 2001.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde, Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. *Manual do Curso de Regulação Médica*. São Paulo, 2001.

SIKOTA, R. P.; RIBEIRO, S. L.; TRINCAUS, M. R. *Caracterização dos casos de violência atendidos em pronto socorro de uma cidade de médio porte do interior do Paraná*. Paraná, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 de novembro de 2010.

SILVA, J. G. et al. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 12, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 12 de outubro de 2010.

SILVA, M. E.; LAMELA, D. Pesquisa em Ética e Deontologia na Gerontologia: Reflexões para o desenvolvimento de um código deontológico em Portugal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. v.12 n.2 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 de outubro de 2010.

SILVA, M. T. et al. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 09, n. 01, p. 64 - 78, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 20 de setembro de 2010.

SILVA, E. A. C. da et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 12, n. 3, p. 571-577, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 12 de outubro de 2010.

SILVA, F. S. da, et al. Trauma no idoso: casos atendidos por um sistema de atendimento de urgência em Londrina, 2005. *Revista Ciência da Saúde*. v. 19, n. 3, p. 207-214. 2008. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br>>. Acesso em: 24 de outubro de 2010.

SILVEIRA, R.; RODRIGUES, R. A. P.; MOACYR JUNIOR, L. C. da. Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. v. 10, n. 6, p. 765-771, novembro/dezembro 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 de novembro de 2010.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico*. 10ª ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, D. F. P. P. da.; BARROS, M. B. A. da. Fatores associados ao risco de internação por acidentes de trânsito no município de Maringá-PR. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo v. 9, n. 2, junho. 2006.

SOERENSEN, A. A. et al Atendimento Pré-hospitalar Móvel: Fatores de Riscos Ocupacionais. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, janeiro-abril. 2008.

SOUZA, A. C; FIALHO, F. OTINI, N. *TCC: métodos e técnicas*. Florianópolis: Visual Books, 2007.

SOUZA, J. A. G. de S.; IGLESIAS, C. R. G. Trauma no idoso. *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 48, n. 1, p. 79-86. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 14 setembro. 2010.

STUDENSKN, Stephanie; WOLTER, Linda. Instabilidade e quedas. In: DUTHIE, Edmund H.; KATZ, Paul R. *Geriatría prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

SIEVERT, M.; VIEIRA, V.J.T.. *Nova geração de idosos: um consumidor a ser conquistado*. Disponível em: <www.projektoradix.com.br>. Acesso em: 07 de outubro de 2010.

UVO, R. T.; ZANATTA, M. de L. A.L. "O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso". *A Terceira Idade*, v.16, n.33, 2005.

VERCCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 3, p. 246-252. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 06 de outubro de 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Identificação da vítima:

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

2. Identificação/ Ocorrência:

Data: ___ / ___ / ___ Hora da ocorrência: _____

Local da ocorrência: () urbana () rural

Turno: () Diurno () Noturno

Dia da semana que ocorreu o evento: () Domingo () Segunda () Terça () Quarta

() Quinta () Sexta () Sábado

3. Resposta do serviço e veículo enviado ao local: () SBV () USA

4. Apoio no local: () Sim () Não

() PM () Resgate Bombeiro () Resgate/PRF () STTRANS () NI

() Outros: _____

5. QTA: () Socorrido por terceiros () Recusou atendimento () Local não encontrado

() NI () Outros: _____

6. Principais causas de traumas:

() Acidente de trânsito () Agressão () Queimaduras

() Quedas _____ metros () Clínico () Outros: _____

7. Antecedentes:

() AVC () Cirurgias realizadas () Diabetes () Doença cardíaca

() AIDS () Alcoolismo () Convulsões () Doença infecto-contagiosa

() Doença Mental () Doença Renal () Droga () HAS () Medicamentos

Problemas respiratórios Internamentos anteriores: _____ Outros: _____

8. Principais lesões:

9. Principais fatores relacionados:

10. Principais sintomas e queixas:

Agitação Alergia Ausência de pulso (central) Cianose Convulsão

Dificuldade respiratória Dor local: _____ Febre Palidez

Inconsciente/desmaio Sangramento Vômito Outros: _____

11. Encaminhamento:

Liberado após atendimento Recusa o Atendimento

Óbito no local Óbito durante o atendimento

Óbito durante o transporte Encaminhado ao hospital

12. Procedimentos realizados:

Desobstrução vias aéreas Intubação naso/orotraqueal Cânula orofaríngea

Cricotireidostomia Ventilação mecânica (manual - AMBU) Respirador

Inalação de oxigênio Drenagem torácica Massagem cardíaca externa

Desfibrilação/Cardioversão Controle de hemorragias Curativo

Punção venosa Sonda gástrica Sonda vesical Sedação

Imobilização dos membros Colar cervical Talas/tração Orotraqueal

Outros: _____

ANEXOS

Anexo A – Ofício

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Ofício no. 132/2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Cajazeiras, 14 de outubro de 2010.

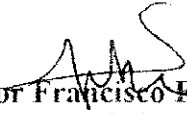
DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva

AO: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
MD. Sra. Renata Soares Virgínio

Solicitamos a V. Sa. Autorização para a aluna **Jucianne Marcia de Sousa Melo**, matrícula **50622125**, coletar dados referentes à pesquisa para Monografia de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: **TRAUMA NO IDOSO: Perfil Epidemiológico de Vítimas Socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) no Município de Sousa-Pb**, sob orientação da professora **Kênnia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira**.

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,


Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Francisco Fábio M. da Silva
COORD. DO CURSO DE ENFERMAGEM
SIAPE: 1149343-7

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

ANEXO B

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

Pesquisa: Trauma no Idoso: Perfil Epidemiológico de Vítimas Socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de Sousa-Pb.

Eu, **Kennia Sibelly Marques de Abrantes**, enfermeira, professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2654372 e CPF: 043196254-55 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos e estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por ser verdade, assino o presente compromisso.

ORIENTADORA

Cajazeiras, 18 de outubro de 2010.

ANEXO C

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: Trauma no Idoso: Perfil Epidemiológico de Vítimas Socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de Sousa-Pb.

**Pesquisadores: Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Jucianne Marcia de Sousa Melo**

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cajazeiras, 18 de outubro de 2010.

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Nome(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

Assinatura(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

APÊNDICE D

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

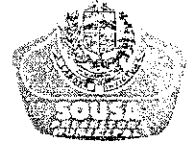
Título da Pesquisa: Trauma no Idoso: Perfil Epidemiológico de Vítimas Socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de Sousa-Pb.

Eu, **Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira**, enfermeira, docente da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 26544372 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientando

Cajazeiras, 18 de outubro de 2010.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

- TIPO DE AGRAVO

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F)	
<input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico	
<input type="checkbox"/> Lesões Térmicas	

- ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros:

- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico _____ Responsável: _____

- MOTIVO DE TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico Serviço de Maior Complexidade Transferência Simples Outro: _____

- TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

- EXAME CLÍNICO (PRINCIPIAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Agitação Alergia Ausência de Pulso (Central) Cianose Convulsão Diarréia Dificuldade Respiratória Dor: Local _____
 Febre Inconsciente/ Desmaio Palidez Sangramento Vômito Outros: _____

1 - DADOS VITAIS

P.A. SISTÓLICA: _____ P.A. DIASTÓLICA: _____ PULSO: _____ FR: _____ TEMPERATURA: _____ GLICEMA: _____ E. Coma: _____

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo Estranho Brinco-aspiração Edema de glote Obs.: _____

- VENTILAÇÃO

Espontânea Parada respiratória Assistida Ritmo Irregular

- EXPANSIBILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

- ACHADOS

Crepitação Enfisema subcutâneo Expectoração Hemoptise Hálito Eftílico Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros: _____



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA -SAMU

FORMULÁRIO DOS TARM'S

Data: _____ Hora: _____ às _____
TARM: _____ Matr: _____

Natureza da ocorrência: _____ Hora: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Referência: _____ Nº OC: _____ USB _____
Solicitante: _____ Fone: _____
Paciente: _____ Idade: _____
OBS: _____ TPD () _____

Natureza da ocorrência: _____ Hora: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Referência: _____ Nº OC: _____ USB _____
Solicitante: _____ Fone: _____
Paciente: _____ Idade: _____
OBS: _____ TPD () _____

Natureza da ocorrência: _____ Hora: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Referência: _____ Nº OC: _____ USB _____
Solicitante: _____ Fone: _____
Paciente: _____ Idade: _____
OBS: _____ TPD () _____

Natureza da ocorrência: _____ Hora: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Referência: _____ Nº OC: _____ USB _____
Solicitante: _____ Fone: _____
Paciente: _____ Idade: _____
OBS: _____ TPD () _____

Natureza da ocorrência: _____ Hora: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Referência: _____ Nº OC: _____ USB _____
Solicitante: _____ Fone: _____
Paciente: _____ Idade: _____
OBS: _____ TPD () _____

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE:0471.0.133.000-10

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: Trauma no idoso: perfil epidemiológico de vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sousa-PB

PESQUISADORA: Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Orientando: Jucianne Marcia de Sousa Melo

ANÁLISE DOS ITENS: O Projeto de Pesquisa em tela tem como **Objetivo Geral:** “Traçar o perfil epidemiológico de idosos vítimas de traumas socorridos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Município de Sousa-PB”.

Somos do Parecer FAVORÁVEL à realização da presente pesquisa, por estar em acordo com o Protocolo deste Comitê de Ética em Pesquisa mediante a Resolução 196/96 do CNS/MS e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001. Salvo melhor juízo.

Campina Grande, 21 de outubro de 2010

Relator: 19

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doralicia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa