UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em um serviço de emergência do sul do Brasil

Samanta Bastos Maagh

SAMANTA BASTOS MAAGH

IDOSOS VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Celmira Lange

Catalogação na fonte: Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

M111i Maagh, Samanta Bastos.

Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em um serviço de emergência do sul do Brasil / Samanta Bastos Maagh ; Celmira Lange, orientadora. — Pelotas, 2011.

88f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

1. Idosos. 2. Causas externas. 3. Enfermagem geriátrica. I. Lange, Celmira, orient. II. Título.

CDD: 610.7367

Folha de Aprovação

Autor: Samanta Bastos Maagh

Título: Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em um serviço de

emergência do sul do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em:	
--------------	--

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Celmira Lange
Presidente
Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Denise Petrucci Gigante Titular

Universidade Federal de Pelotas

Prof.ª Dr.ª Silvana Sidney Costa Santos Titular Fundação Universidade de Rio Grande

•

Prof.^a Dr.^a Elaine Thumé
Suplente
Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Rosani Manfrin Muniz Suplente Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho

Ao meu melhor amigo e amado pai Cláudio, que por vontade de Deus se foi antes de tornar-se idoso, a quem eu gostaria de ter visto envelhecer... mas que com sua sabedoria me deixou a melhor herança: faça o bem, seja humilde, honesta e coloque valores morais acima dos materiais!

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo privilégio de ter nascido em uma família que valoriza o estudo como forma de melhorar a nós e a todos que nos cercam.

Aos meus pais Cláudio e Lúcia por tudo que sou e por tudo que conquistei até hoje, pelo amor incondicional, pelos valores sólidos passados, e por me ensinar que o conhecimento seria meu maior bem.

A minha irmã Francine pelo apoio... meu amor e carinho.

Ao meu namorado Maicon, pelo amor, zelo, por ser um companheiro durante esta trajetória, por compreender as ausências, pelo incentivo e apoio para que eu siga em frente e por acreditar nos meus ideais... Amo!!!

A minha orientadora, professora Celmira, por compartilhar seu conhecimento e experiência, pela amizade e cumplicidade, pelo crescimento a mim oportunizado, não tenho palavras para expressar meu carinho. Quero para sempre em minha vida!

A todos familiares que me apoiaram durante a trajetória, em especial as minhas avós Flora e Vanice, aos padrinhos, tios, primos, sogros e cunhados.

Às professoras que aceitaram fazer parte da minha banca, Dr.ª Denise Gigante e Dr.ª Elaine Thumé pela orientação metodológica, pela disponibilidade e carinho com que trataram a proposta.

A Dr.ª Silvana Sidney, Dr.ª Rosani Muniz e Dr. Fernando Vinholes pelas valiosas contribuições que enriqueceram este estudo.

Aos amigos Maria Angélica, Caroline Linck, Roberta, Marcos, Ariane, Bianca, Patrícia, Aline e Lenice todo meu carinho.

A todos os meus colegas, pelo aprendizado compartilhado, incentivo, pelas contribuições na construção do trabalho, pelas risadas e lágrimas, Muito obrigada!

À Dr.ª Luciane Kantorski pelo apoio, pelos "manejos", pelas conversas esclarecedoras e por acreditar desde a graduação, no meu potencial.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem Dr.ª Rita pela qualidade do Programa e pelo incentivo e exigências que colaboraram para nosso crescimento.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem que compartilharam seus saberes no decorrer destes dois anos e nos lapidaram de maneira primorosa.

Aos funcionários do Pronto Socorro de Pelotas que muito colaboraram para a coleta dos dados, pelo acolhimento aos coletadores, em especial ao meu grande amigo enfermeiro Alberto Brum.

Aos meus colegas do Hemocentro Regional de Pelotas, que colaboraram oportunizando flexibilidade de horário para que eu realizasse o mestrado, em especial ao Diretor Guilherme Bergmann.

Às bolsistas de iniciação científica e acadêmicos do NUCCRIN que fizeram parte dessa pesquisa, pela motivação e responsabilidade com todas as etapas do processo: a participação de vocês foi fundamental para o desenvolvimento deste trabalho.

À acadêmica e amiga Adriana Holz por ter aceitado a provocação de imergir no universo dos Programas de análise de dados comigo.

À acadêmica e amiga Daiane Lopes Leal pela disponibilidade e dedicação.

Finalmente, aos idosos que concordaram em participar desta pesquisa meu agradecimento especial e é para que vivam mais e melhor que nos lançamos neste desafio.

"Não basta apenas adicionar anos a vida, mas qualidade de vida aos anos vividos" (Veras, 2008)

Resumo

MAAGH, Samanta Bastos. Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em um serviço de emergência do sul do Brasil. 2011. 88f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Orientadora: Celmira Lange

Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com crescimento mais acentuado nos países em desenvolvimento. Paralelamente, nesse contexto, surge a transição epidemiológica em que as doenças infecto-contagiosas e parasitárias vem dando lugar às Doencas Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e às Causas Externas caracterizadas pelos acidentes e violência. Embora as principais vítimas de causas externas ainda sejam os adultos jovens, esse evento vem merecendo atenção também na população idosa, visto que, essas causas tendem a deteriorar a saúde global, demandam internações longas e onerosas ao Sistema de Saúde, gerando incapacidades e/ou declínio da capacidade funcional e interferindo no envelhecimento ativo. O objetivo do estudo foi: descrever o perfil dos idosos e dos acidentes e violências que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo transversal e descritiva, com idosos atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS devido a causas externas. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário com questões pré-codificadas. Foram identificados 348 idosos, sendo entrevistados 324. As perdas e recusas totalizaram 6.8%. Nesta pesquisa a maioria dos idosos foi composta de mulheres. A cor da pele predominante foi a branca. A média de idade foi de 71,2 anos e a faixa etária dos 75 anos e mais representou a maior proporção (32,4%). Em relação ao município de origem e a procedência 84,9% era de Pelotas e 88,9% da zona urbana. No que se refere ao estado civil, 43,5% dos idosos são casados ou vivem com companheiro (a), e a segunda maior proporção é de viúvos (33,3%). Idosos que moram com companheiro (a) ou somente com os filhos apresentaram a mesma proporção (25,0%) cada e os que moram sós 20,7%. Observou-se que 81,8% dos idosos refere sabe ler e escrever. Os aposentados representaram a maioria, sendo essa a maior fonte de renda entre os idosos. As quedas representaram a causa externa mais frequente (62%), seguidas pelas outras causas não intencionais, acidentes de transporte e causas intencionais. Analisando todas as causas, verifica-se que a maior proporção ocorreu à tarde (38,4%). A residência foi em 55,9% dos casos o local de ocorrência e 55,2% dos idosos apresentavam pelo menos uma lesão decorrente do acidente ou violência. Os resultados apontam que as quedas foram a causa externa de maior proporção, com destaque para a população feminina. Portanto, torna-se necessário novos estudos que investiguem as quedas na população idosa, com perspectiva de prevenção.

Palavras-chave: Idosos. Causas externas. Enfermagem geriátrica.

Abstract

MAAGH, Samanta Bastos. Elderly victims of accidents and violence seen in the emergency service in South of Brazil. 2011. 88f. Dissertation (Masters) Post-Graduation Program in Nursing. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Advisor: Celmira Lange

Research Lines: Practices of Care in Nursing and Health

Population aging is a worldwide phenomenon, with stronger growth in developing countries. In parallel, in this context, there is the epidemiological transition in which the infectious-contagious and parasitic diseases has given way to the Non transmissible chronic diseases and the external causes characterized by accidents and violence. Although the main victims of external causes still young adults, this event has had the attention also in older population, since theses causes tend to deteriorate the global health, require long hospitalization and onerous to the health system, causing disabilities and/or decline in functional capacity and interfering in the active aging. The objective of the study was: describe the profile of elderly and of the accidents and violence that motivated them to seek care in the emergency service in Pelotas-RS. This was a quantitative research approach cross-section and descriptive, with elderly patients in the emergency service in Pelotas-RS by external causes. The instrument used for data collection was a questionnaire with pre-codified questions. We identified 348 elderly and 324 were interviewed. Losses and refuses amounted 6,8%. In this research the most of the elderly were women. The predominant skin color was the white. The mean age was 71,2 years and the age range of 75 years and over represent the largest proportion (32,4%). Regarding the city of origin and the proceeded 84,9% were of Pelotas and 88,9% of urban zone. With regard to marital status, (43,5%) of the elderly are married or living with a partner, and the second highest proportion is of widows (33,3%). Elderly who lives with partner or only with children had the same proportion each (25,0%) and those who live alone (20,7%). We observed that 81,8% of the elderly refers to read and write. Retirees accounted for the majority, which in the largest source of income among the elderly. The falls were the most frequent external causes (62%), followed by other unintentional causes, traffic accidents and intentional causes. Analyzing all causes, we verified that the highest proportion occurred in the afternoon (38,4%). The residence was in 55,9% of the cases the site of occurrence and 55,2% of the elderly had at least one injury caused by accidents or violence. The results indicate that falls were the external causes with the highest proportion, especially in female population. Therefore, it is necessary to realize new research of falls in this population, with the prevention perspective.

Key words: Elderly. External causes. Geriatric nursing.

Lista de Figuras

Figura 1	Pirâmides Etárias do município de Pelotas, do estado do Rio Grande do Sul e do Brasil. IBGE, 2010	23
Figura 2	Panorama de estudos sobre causas externas envolvendo idosos	29
Figura 3	Descrição das outras variáveis utilizadas no estudo	42
Figura 4	Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa	47
Figura 1 (artigo)	Distribuição das causas externas em idosos atendidos no Pronto Socorro de Pelotas. Pelotas mar/abril 2010	81

Lista de Tabelas

Tabela 1	Descrição dos Recursos Materiais e Plano de Despesas 46							
	Características socioeconômicas e demográficas de idosos vítimas de acidentes e violência. Pelotas, 2010	79						
	Distribuição das causas externas que levaram os idosos ao Pronto Socorro de Pelotas-RS em relação a sexo, idade e circunstância do evento	82						

Lista de Siglas e Abreviaturas

10ª Classificação Internacional de Doenças	CID-10
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	DCNTs
Doenças Infecciosas e Parasitárias	DIP
Empresa Concessionária de Rodovias do Sul	ECOSUL
Faculdade de Enfermagem	FEn
Ficha de Atendimento	FA
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Ministério da Saúde	MS
Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces	NUCCRIN
Organização Mundial de Saúde	OMS
Política Estadual da Pessoa Idosa	PEPI
Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio	PNAD
Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência	PNRMAV
Política Nacional de Saúde do Idoso	PNSI
Política Nacional do Idoso	PNI
Programa de Bolsas de Extensão e Cultura	PROBEC
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	PPGEn
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia	PPGE
Pronto Socorro de Pelotas	PSP
Rio Grande do Sul	RS
Secretaria Municipal de Saúde	SMS
Sistema de Atendimento Móvel de Urgência	SAMU
Sistema de Informações Hospitalares	SIH
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS
Unidade de Terapia Intensiva	UTI
Universidade Católica de Pelotas	UCPel
Universidade Federal de Pelotas	UFPel
Universidade de São Paulo	USP

Sumário

1 Apresentação	14
I Projeto de Pesquisa	15
1 Introdução	17
1.1 Delimitação do problema de pesquisa	19
2 Revisão de Literatura	20
2.1 Estratégias de busca	20
2.2 Transição Demográfica e Epidemiológica	20
2.3 Panorama de estudos sobre causas externas envolvendo idosos	28
3 Marco Teórico	35
4 Justificativa	37
5 Objetivos	38
5.1 Objetivo Geral	38
5.2 Objetivos Específicos	38
6 Hipótese	39
7 Métodos	40
7.1 Delineamento	40
7.2 Local do Estudo	40
7.3 População Alvo	41
7.4 Critérios de Exclusão	41
7.5 Cálculo de Tamanho de Amostra	41
7.6 Variáveis	42
7.6.1 Variável de interesse	42
7.6.2 Outras variáveis	42
7.7 Princípios Éticos	43
7.8 Logística	44
7.9 Controle de Qualidade	44
7.10 Construção do Banco de Dados e Análise	45
7.11 Divulgação dos Resultados	45
8 Recursos utilizados na pesquisa	46
8.1 Recursos Humanos	46
8.2 Recursos Materiais e Plano de Despesas	46
9 Cronograma	47
Referências	48

Apêndices	53	
Anexos	62	
Il Relatório do Trabalho de Campo	66	
III Artigo com os principais resultados da pesquisa	74	

Apresentação

O presente trabalho foi elaborado como requisito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEn) da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Este Programa tem como área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. O estudo foi desenvolvido na linha de pesquisa Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, iniciando em março de 2009 e sendo concluído em março de 2011. Conforme o Regimento do Programa, esta dissertação de mestrado é composta das seguintes partes principais:

I Projeto de Pesquisa: qualificado no mês de janeiro de 2010. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora na qualificação.

Il Relatório do trabalho de campo: descreve a logística do trabalho de campo, desde a capacitação para a coleta de dados até a análise e segurança dos dados.

III Artigo com os principais resultados da pesquisa: Idosos vítimas de causas externas atendidos em um serviço de emergência do sul do Brasil. Será submetido à publicação na Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) Online, após aprovação pela banca examinadora e incorporação de sugestões.



SAMANTA BASTOS MAAGH

IDOSOS VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUL DO BRASIL

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de Concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Celmira Lange

1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, visto que no século XX observou-se importante aumento da proporção de idosos, crescimento esse mais acentuado nos países em desenvolvimento. Tal fato se deve à transição de um regime demográfico com altas taxas de mortalidade e natalidade para outro com baixa mortalidade em um primeiro momento e, a seguir, baixa fecundidade. Essa situação se traduz numa elevação da expectativa média de vida da população, acarretando o aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas com idade avançada (LEBRÃO, 2007).

Pereira (2002) e Veras et al (2002), em relação à longevidade, elencam as importantes inovações científico-tecnológicas e a melhoria das condições de vida da população, associados ao maior investimento na urbanização das cidades, na infraestrutura do saneamento básico, higiene pessoal e qualidade nutricional; o surgimento de novas técnicas diagnósticas, métodos terapêuticos para encurtar e/ou controlar processos mórbidos, antes altamente letais. Os países desenvolvidos já convivem com uma grande população de idosos há muitas décadas, mas os países em desenvolvimento, como o Brasil, têm assistido a esse fenômeno há cerca de 50 anos e em ritmos nunca vistos anteriormente, embora sem ter resolvido suas questões sociais e de desenvolvimento (CARVALHO e RODRIGUES-WONG, 2008; LEBRÃO, 2007).

As projeções indicam que entre os dez países com as maiores populações idosas em 2025, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil com um número estimado de 27 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade (VERAS, 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Paralelamente, nesse contexto, ocorre a transição epidemiológica quando ocorre à mudança nos padrões de saúde-doença da população, em que as doenças

infectocontagiosas e parasitárias vem dando lugar às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e às Causas Externas caracterizadas pelos acidentes e violência (VERMELHO & MONTEIRO, 2002; LEBRÃO, 2007).

Segundo a Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), os acidentes e as violências são um conjunto de agravos à saúde que podem ou não induzir a vítima ao óbito. Estão inseridas as causas ditas acidentais - geradas pelo trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos entre outros e as causas intencionais - agressões e lesões autoprovocadas (BRASIL, 2001). Esse conjunto de agravos consta na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob a denominação de causas externas (OMS, 1996).

Estes agravos têm repercutido na organização do sistema de saúde, em decorrência da elevação dos gastos com internações e tratamentos, constituindo um grande desafio para as políticas e serviços de saúde do país (PINTO et al., 2008). Embora as principais vítimas de causas externas ainda sejam os adultos jovens, esse evento vem merecendo atenção também na população idosa, visto que essas causas tendem a deteriorar a saúde global, podem demandar internações longas e sequelas temporárias ou permanentes gerando incapacidades, contribuindo para o declínio da capacidade funcional e interferindo no envelhecimento ativo (MATHIAS, JORGE & ANDRADE, 2006). Ainda, retira pelo menos um familiar cuidador da atividade econômica ativa, acarretando ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à sociedade custos elevados com atenção à saúde.

Na região sul do Brasil, no município de Pelotas, a relevância de estudar esta temática se deve ao fato de que 14% de seus 345.181 mil habitantes estão na faixa etária de 60 anos ou mais, acima da média do estado do Rio Grande do Sul que apresenta uma taxa de 12,2%, e do Brasil (9,5%) (IBGE, 2009a; SES- RS, 2010a).

A importância de estudar causas externas neste seguimento etário no município, não se deve somente a alta proporção de idosos, mas principalmente porque os acidentes e violências apresentarem maior tendência a levar a complicações ou morte prematura, devido a diminuição das reservas fisiológicas.

Esse estudo tem como base a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) que aponta a produção de conhecimento acerca das causas externas como um dos principais pilares para a prevenção desses agravos. Somando-se ao fato de que estudos sobre morbidade e, principalmente, com dados

primários em serviços de emergência, mesmo sendo fonte profícua para a obtenção de dados confiáveis e detalhados, são escassos no país, devido à dificuldade de operacionalização, fazendo com que grande parcela das pesquisas sejam realizadas com dados secundários acerca da mortalidade. Portanto, esse estudo pretende ampliar o conhecimento sobre essa temática, para subsidiar estratégias de prevenção de causas externas neste seguimento etário no sul do Brasil, contribuindo, assim, para que o ser humano alcance os limites da longevidade de forma independente e ativa.

1.1 Delimitação do problema de pesquisa

A questão que norteia o trabalho é: qual o perfil dos idosos e dos acidentes e violências que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS?

2 Revisão de Literatura

Esse capítulo apresenta o que vem sendo descrito na literatura nacional e internacional acerca da transição demográfica, transição epidemiológica e causas externas envolvendo idosos, temática de interesse para esta pesquisa.

2.1 Estratégias de busca

As estratégias de busca utilizadas foram consulta em bases de dados eletrônicas e leitura de dissertações e teses, entre outros. Procedeu-se ainda a busca específica por títulos e autores a partir da lista de referências dos periódicos selecionados.

Foram rastreados estudos sobre, transição demográfica, transição epidemiológica, causas externas, acidentes, violência e enfermagem geriátrica realizados entre 2000 a 2010 no Brasil e/ou exterior. As bases de dados empregadas para rastreamento dos artigos foram Scielo, Pubmed/Medline, Lilacs e Elselver utilizando-se várias combinações dos descritores Demographic Transition, Demographic Aging, Health Transition, aged, accidents, external causes, violence, wounds and injuries e Geriatric Nursing. Salienta-se que o descritor external causes só é reconhecido na America Latina, portanto não sendo encontrado nas bases de dados internacionais. Nestas utilizou-se accidents para as causas não intencionais e *violence* para as ditas intencionais.

2.2 Transição Demográfica e Epidemiológica

O envelhecimento populacional é um fenômeno de âmbito mundial. Emerge a partir da segunda metade do século XX, e é, sem dúvida, um dos fatos mais importantes desse período da história contemporânea, devido às repercussões que traz tanto no nível econômico como social.

Em países desenvolvidos, como os europeus, ocorreu de maneira lenta, concretizando-se em um período de cem anos. A transição demográfica concernente aos países em desenvolvimento, como o Brasil, ocorreu no final do século XX, em um período de trinta anos, em conseqüência da queda na taxa de fecundidade e mortalidade, assim como no aumento da expectativa de vida (LOURENÇO et al, 2005).

Nesses países o processo vem ocorrendo de forma muito acelerada. Com isso, eles passaram a enfrentar as questões específicas do envelhecimento, antes de terem resolvido outros desafios, tais como: atenção à saúde, educação, trabalho e habitação; ou seja, sem ter proporcionado condições adequadas de vida e saúde para a população (LEBRÃO, 2007). Lebrão e Laurenti (2005) afirmam que a população de 60 anos e mais, na América Latina e Caribe, durante o período de 1980 a 2025 terá, em média, dobrado pelo menos uma vez e, em mais da metade dos casos, triplicado antes do ano 2025.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a população é dita envelhecida quando a proporção de idosos alcança 7% com tendência a aumentar (COSTA, PORTO e SOARES, 2003). Sob esse aspecto, o censo 2010 retrata que o numero de idosos na população brasileira representa 9,5%. (IBGE, 2010)

Ainda nesse sentido, a OMS (2005) afirma que a população idosa do Brasil crescerá 16 vezes até 2025, representando quase 12,9% da população total, ficando em sexto lugar no ranking mundial no que se refere à população de idosos. De acordo com IBGE (2009a), o índice de envelhecimento aponta também para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existia 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existia 172,7 idosos. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a esperança média de vida ao nascer no Brasil é de 73,1 anos, havendo diferença entre os sexos, 77 anos para as mulheres e 69,4 para os homens. A maior expectativa é no Sul, onde a média é de 74,7 anos, sendo 71,4 anos para os homens e 78,2 anos para as mulheres (IBGE, 2009b). A expectativa média no Rio Grande do Sul (RS) é uma das mais altas no país, perdendo apenas para o Distrito Federal e para Santa Catarina.

A explosão populacional de idosos é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida populacional. Em relação à fecundidade, a taxa de reposição de uma população gira em torno dos dois filhos por mulher e em pouco mais de 40 anos, a taxa de fecundidade brasileira passou de 6,2 filhos por mulher, até 1960, para 1,99 filhos, em 2006 e em 2009 1,94 filhos (IBGE, 2009b). A mortalidade também apresentou declínio: a taxa *de* mortalidade infantil (óbitos de menores de um ano de idade por cada mil nascidos vivos) declinou de 45,19%, em 1991,para 24,32%, em 2007. No mesmo período, a relação entre a mortalidade de homens e mulheres com idades entre 20 a 24 anos passou de 3,34 em 1991 para 4,20 em 2007, *por* conta principalmente das mortes por causas externas. (IBGE, 2008). No tocante ao aumento da expectativa de vida, essa se deve, principalmente, ao avanço da medicina e melhoria da qualidade de vida da população (VERAS, 2009).

Ainda segundo Costa, Porto e Soares et al. (2003) e Lebrão (2009) ocorre a redução da mortalidade nas faixas etárias anteriores, seguida do aumento da expectativa de vida dos octogenários, que vem chegando aos 90 e até 100 anos. Os mesmos autores apontam que as taxas de mortalidade brasileira em idosos mais velhos reduziram-se entre 1980 e 1996, sendo assim representadas: 3,7% entre homens com 60-69 anos de idade; 12,9% entre aqueles com 70-79 anos e 13,4% entre os que têm 80 ou mais anos. Nas mulheres a redução foi ainda mais evidente, sendo 7,6% para a faixa etária de 60-69 anos; 18,9% para idosas com idade entre 70-79 anos e 14,7% para aquelas com 80 anos ou mais. O município de Pelotas possui 14% de seus 345.181 mil habitantes na faixa etária de 60 anos ou mais, acima da média do estado do Rio Grande do Sul que apresenta uma taxa de 12,2%, e do Brasil em que 9,5% estão na faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2009b; SES- RSb, 2010).

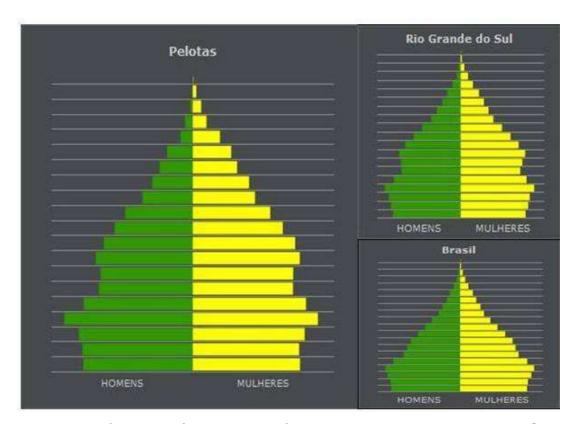


Figura 1- Pirâmides Etárias do município de Pelotas, do estado do Rio Grande do Sul e do Brasil. IBGE, 2010.

Paralelamente às mudanças demográficas ocorre a transição epidemiológica, que se refere às mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade da população. Omran (1971) descreveu o processo em cinco estágios sucessivos:

Estágio 1 "idade das pestilências e fome": níveis de mortalidade e fecundidade elevados, com predomínio das doenças infecto-contagiosas e parasitárias, problemas da saúde reprodutiva e desnutrição. A expectativa de vida oscilava entre 20-40 anos;

Estágio 2 "idade da regressão das pandemias": período do desaparecimento das pandemias, melhoria das condições sociais e de saúde da população. Mortalidade em declínio, acompanhada do declínio da fecundidade. Expectativa de vida aumentou para cerca de 50 anos;

Estágio 3 "Idade das doenças degenerativas e doenças causadas pelo homem": nesta fase a mortalidade e fecundidade estão em baixa. As principais causas de morte para a população são as chamadas DCNT, tais como doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neoplasias e também os agravos causados

pelo homem, as causas externas. A expectativa de vida ao nascer alcança as sete décadas:

Estágio 4 "Período do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, envelhecimento populacional, modificações no estilo de vida, emergência e reemergência de doenças controladas";

Estágio 5 "Período da longevidade paradoxal, surgimento de doenças enigmáticas e o desenvolvimento de tecnologias para a sobrevivência, pois os novos incrementos na proporção de idosos, não dependerão mais do declínio da fecundidade, mas sim, da redução da mortalidade após os 60 anos."

Este processo caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis, infecciosas e parasitárias, para um aumento da mortalidade por Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) e causas externas, com deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos (COSTA, PORTO e SOARES, 2003). Ainda, resultados dessa dinâmica de mudança no perfil de saúde-doença faz com que se passe de um regime de alta mortalidade por afecções agudas, por um de alta morbidade, ou seja, doenças crônicas e múltiplas, que perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Em se tratando de causas externas, as internações costumam ser longas, podendo gerar incapacidade funcional transitória ou permanente (LEBRÃO, 2007; BIAZIN e RODRIGUES, 2009). Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos com rápida resolutividade, através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos as sequelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer (CHAIMOWICZ, 1997).

Salienta-se que a transição epidemiológica no Brasil exibe regionalmente e mesmo microrregionalmente, estágios diferentes. Aspectos importantes de um quarto estágio, já evidentes há muitos anos em países desenvolvidos, se associam a aspectos do terceiro estágio, que é o predominante em nosso país (VERMELHO e MONTEIRO, 2002) Configura-se, assim, um "mosaico epidemiológico",

extremamente complexo, em virtude da distribuição desigual dos riscos e agravos nos diversos grupos da população (GÓIS e VERAS, 2010).

Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, esse é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias (Veras et al, 2009).

Lange (2005) refere-se à longevidade como um paradoxo, pois ao mesmo tempo que significa um aumento nos anos de vida, implica também nas morbidades crônicas, prejuízos físicos e psicológicos, isolamento ou separação, aumento dos custos médicos, dependência da sociedade e da família.

Desse modo, mudanças no perfil demográfico e epidemiológico acarretam demandas crescentes para o indivíduo, a família, a comunidade e os diversos setores da sociedade, especialmente o de seguridade social e o da saúde. Emergem, assim, questões sobre a viabilidade financeira de sistemas de aposentadoria e sobre a sustentabilidade do sistema de saúde atual. Nesse contexto, o conhecimento do estado de saúde do idoso é importante para as políticas de saúde, pois auxilia os planejadores na elaboração de estratégias específicas a essa população.

A análise das informações existentes sobre internações hospitalares no âmbito do SUS mostra que o envelhecimento da população não pode ser encarado somente em termos do aumento do número absoluto ou relativo da população idosa, ou das repercussões desse aumento para a previdência social, visto que, demandas dessa população por assistência médica são tão expressivas que o seu atendimento já responde por 23% dos gastos públicos com internações hospitalares no país (PEIXOTO et al., 2004).

De acordo com Góis e Veras (2010), a primeira causa de internação entre idosos no Brasil são as doenças cardiocirculatórias, seguida pelas doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, neoplasias, doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), doenças geniturinárias e causas externas.

Embora as causas externas apareçam em 7º lugar entre os motivos de internação, os acidentes e violência, sob o prisma deste seguimento populacional, apresentam peculiaridades marcantes. O idoso acometido por estas causas torna-se mais suscetível a uma evolução fatal, pois além das comorbidades, apresenta

diminuição da reserva fisiológica. Além disso, idosos afetados por causas externas podem passar de um estado de independência, para outro em que ocorre a perda da autonomia e independência. As internações por essas causas são longas e onerosas ao sistema de saúde. Em 2000, morreram 13.436 idosos por acidentes e violência no país, significando, por dia, uma média de 37 óbitos, dos quais 8884 (66,12%) foram de homens e 4552 (33,87%) de mulheres (MINAYO, 2004). Ainda, de acordo com Souza e Minayo (2010), no Brasil, em 2008, as lesões causadas pelos acidentes e violência nessa população resultaram em 140.249 internações hospitalares e em 20.303 mortes, representando 15,2% de todos os óbitos por causas externas.

Cabe salientar que a aumentada vulnerabilidade fisiológica dos idosos não significa que traumas e lesões sejam conseqüências inevitáveis da idade, pois a premissa fundamental da saúde pública de que as causas externas podem ser previsíveis e, portanto, evitáveis vale para todas as idades (VERAS et al, 2009).

Lebrão e Laurenti (2005) apontam que dentro do processo de senescência, do Brasil e da América Latina, é importante conhecer as condições de vida, de saúde, econômicas e de suporte social dos idosos, para que se possa estar preparado para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas dessa parcela da população, que, atualmente, é a que mais cresce.

De acordo com Veras (2009), o acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica que vem acontecendo no país nas últimas décadas traz consigo uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições. Nesse contexto, várias políticas públicas voltadas para os idosos brasileiros ou que os incluem tem surgido e sobre as quais passo a refletir. A Política Nacional do Idoso (PNI), da lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. (BRASIL, 1994)

O Estatuto do idoso aprovado em outubro de 2003 constitui o parâmetro maior de garantia dos direitos do idoso, especialmente por tentar proteger e formar uma base para a reivindicação de atuação de todos (família, sociedade e Estado) para o amparo e respeito aos idosos. Este documento, não apenas acrescenta novos dispositivos ao PNI, mas consolida os direitos já assegurados na Constituição

Federal, sobretudo na proteção ao idoso em situação de risco social. Nele são estabelecidas sanções penais e administrativas para quem descumpra os direitos dos idosos, nele estabelecidos. (RODRIGUES, et al 2007)

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) de 2006 tem como finalidade primordial é manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para este fim. Além de, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional. Objetiva, assegurar aos idosos a permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente. Nesta política estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Além disso, ela orienta o processo contínuo de avaliação que desenvolvimento, considerando deve acompanhar seu possíveis ajustes determinados pela prática.

O marco teórico desta abordagem multidimensional na OMS, que adotou o documento "Envelhecimento ativo: uma política de saúde em 2002. (BRASIL, 2005) Este texto apresenta os principais desafios a serem enfrentados no mundo, relacionados ao envelhecimento da população, e destaca os determinantes participação, saúde e segurança como pilares para o envelhecimento ativo. O termo ativo é utilizado, por ser mais abrangente do que saudável e bem sucedido, ao reconhecer que além dos cuidados com a saúde outros fatores afetam o modo como os indivíduos e populações envelhecem. Esse documento enfatiza a necessidade dos idosos deixarem de ser passivos no processo do envelhecimento e ressalta a necessidade da participação contínua destes em todos os aspectos da vida, social, econômico, culturais e espirituais.

Em 2005, o MS definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, a qual agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida traz como uma das prioridades a atenção à saúde do idoso. A PNSPI, Portaria GM nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006 define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família. Cabe destacar ainda as referências às redes de serviços especializados de média e alta complexidade. Como definido, a Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM Nº 648, de 28 de março de 2006,

caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Para o biênio 2010 e 2011 a atenção a saúde do idoso aparece em primeiro lugar, apresentando como meta a redução das internações por fratura de fêmur entre essa população. (Brasil, 2009).

No estado do Rio Grande do sul recentemente foi elaborada a Política Estadual da Pessoa Idosa do RS (PEPI) cujo objetivo geral é garantir a atenção integral à saúde das pessoas com 60 anos e mais, promovendo a manutenção da capacidade funcional, autonomia e a inserção na família e na comunidade, promovendo o envelhecimento ativo e saudável no estado. Percebe-se que as diretrizes convergem para a manutenção do envelhecimento ativo e da autonomia e independência, sendo estes importantes dispositivos legais e normativos para os idosos. No que se refere às causas externas, a PNRMAV (2001) também prevê ações concretas do setor para a proteção e prevenção de acidentes e abusos contra os idosos no país.(SES, 2010b)

Em consonância ao exposto, Lima-Costa et al (2003) enfatizam que o envelhecimento das populações é um dos mais importantes desafios para a Saúde Pública contemporânea, especialmente nos países em desenvolvimento, onde o envelhecimento ocorre em um ambiente de pobreza e grande desigualdade social. Esses autores acrescentam que estudos epidemiológicos de boa qualidade e delineados de forma a contemplar essas especificidades são essenciais para subsidiar o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas à realidade da população de idosos nesses países, para que envelheçam com saúde.

2.4 Panorama de estudos sobre causas externas envolvendo idosos

O quadro a seguir apresenta um panorama de estudos acerca das causas externas envolvendo idosos.

Figura 2 - Panorama de estudos acerca das causas externas envolvendo idosos.

AUTOR/ANO/TÍTULO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
BINDER, 2002 Challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences. (Safety and the Elderly).	Inglaterra	Revisão	35 publicações Sobre o tema	As três principais causas de morte relacionadas com idosos no Estado Unidos são as quedas, os relacionados com acidentes com veículos automotores e suicídio. As quedas são mencionados como um fator que contribui em (40%) das internações
SOUZA; IGLESIAS, 2002 Trauma no idoso.	Brasil	Revisão	Idosos com 60 anos ou mais e o trauma.	Trata dos aspectos fisiológicos do envelhecimento e a incidência do trauma. A queda é o mecanismo de lesão mais freqüente entre os idosos (40%), seguida dos acidentes de transporte (28%)
SILVEIRA; RODRIGUES; COSTA JR., 2002 Idosos que foram vítimas de acidentes de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP, em 1998.	Brasil	Retrospectivo	122 idosos	56,3% das vítimas eram do sexo masculino e 42% com idade entre 60 e 64 anos de idade. 50,9% tiveram algum tipo de seqüela decorrente do trauma sofrido
DONMEZ; GOKKOCA, 2003 Accident profile of older people in Antalya City Center, Turkey.	Turquia	Inquérito populacional	840 idosos	Um total de 178 acidentes foram relatados no último ano, sendo 124 (69,7%) quedas, 22 acidentes (12,4%) do tráfego e 12 (6,7%) queda de objetos na cabeça. Os acidentes ocorreram principalmente em casa (40,4%).

AUTOR/ANO/TÍTULO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
YU et al, 2003 A cross-sectional study on injuries in residents at the community level of Zhejiang.	China	Transversal	16.899 residentes de quatro comunidades.	As principais causas das lesões foram quedas (4,80%), cortes em mãos com facas (3,86%), acidente de aviação (2,07%), colisão (1,99%), queimaduras (1,13%) e mordeduras por animais (1,06%).
GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOISUMI, 2004 Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e a atenção individual.	Brasil	Descritivo	Foram analisadas 13.383 mortes e 87.177 internações hospitalares de pessoas de 60 anos ou mais, por causas externas, realizadas pelo Sistema Público de Saúde	A morbidade por causas externas tem perfil diverso: as quedas lideram as internações (48.940 internações - 56,1% do total). Entre as lesões, destacam-se as fraturas (52,8%), relacionadas especialmente com as quedas e os acidentes de transporte.
GÓMEZ et al., 2004 Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica.	Cuba	Prospectivo, longitudinal e descritivo	101 idosos	Avaliar fatores de risco para acidentes em idosos, durante o período de Julho de 2000 a junho de 2001. Foram avaliados fatores ambientais e intrínsecos ao idoso. (59,4%) dos idosos foram avaliados em risco para acidentes.
HLADKI; BRONGEL; LORKPWSKI, 2006 Injuries in the elderly patients.	Polônia	Reflexão	-	Custo do tratamento médico de lesões em idosos são mais elevados; Quedas e acidentes de veículos automóveis são as causas mais freqüentes de trauma em idosos. Limites na reserva funcional podem levar a falência orgânica.

AUTOR/ ANO/ TÍTULO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
MATIAS; JORGE; ANDRADE, 2006 Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil.	Brasil	Transversal	Os óbitos, de 1979 a 1998, e as internações, de 1995 a 1998, foram obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS e a população, dos Anuários do IBGE.	(primeira causa
LEAL; LOPES, 2006 Vulnerabilidade à morbidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde.	Brasil	Estudo diagnóstico	61 idosas	As causas não intencionais representaram (78%) causas intencionais (20%) e as causas de intenção indeterminada (2%). As quedas (26%) e os acidentes com animais domésticos (21%) principalmente mordeduras de cães. Domicilio local de ocorrência.
GILHOOLY et al, 2007 Home Accidents amongst Elderly People: A Locality Study in Scotland	Escócia	Estudo descritivo Inquérito postal	100 idosos	Colisão e quedas foram o tipo de acidente mais comum. As mulheres relataram mais quedas do que homens e os que vivem sozinhos relataram mais acidentes. A idade foi associados à prevalência de acidentes, mas a associação foi um pouco curva, o acidente diminui com a idade e, em seguida, aumentar novamente.

AUTOR/ANO/ TÍTULO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTDA	PRINCIPAIS
AUTOR/ANO/ ITTULO	LUCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	CONTRIBUIÇÕES
CAMPOS et al, 2007 Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base.	Brasil	Descritivo	216 prontuários de idosos	61,5% do sexo feminino, a média de idade foi 77 anos, 93% eram brancos. Não especificou o tipo de causa mais freqüente.
KESKINOGLU et al, 2008				O tipo mais comum de
Home accidents in the community-dwelling elderly in Izmir, Turkey: how do prevalence and risk factors differ between high and low socioeconomic districts?	EUA	Transversal	497 idosos	acidente doméstico foi queda (61,8%), seguido por corte ou perfuração (22,0%). Acidentes mo domicílio estão associados ao aumento da idade, ao ser mulher e solteira.
RUELAS; SALGADO, 2008				Mais de um terço (37%)
Accidental injuries in older adults: a challenge for the health systems	México	Transversal	799 idosos	da amostra relataram lesões, sendo as quedas a principal causa. A casa era o local onde ocorreu a maior parte dos acidentes (52%).
OAMBYOZEMOKI -1 -1 0000				
Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado São Paulo, Brasil, 2005.	Brasil	Descritiva	35.107 atendimentos da população	A residência como importante local de ocorrência de lesões (76,6%); a queda foi o tipo de acidente que mais acorre com pessoas de 60 anos ou mais.
Trauma no idoso: casos atendidos por um sistema de atendimento de urgência em Londrina, 2005.	Brasil	Descritivo	495 idosos	Dos 6.983 atendimentos realizados por causas externas em 2005, 7% (n=495) foram a indivíduos idosos, sendo 61% do sexo masculino e 39% do sexo feminino.As quedas representaram 45,5%.

,				PRINCIPAIS
AUTOR/ANO/TÍTULO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	CONTRIBUIÇÕES
ACIMIS et al, 2009 Accidents of the elderly living in Kocaeli Region (Turkey).	Holanda	Transversal	486 idosos	As causas dos acidentes foram as quedas (69,6%), os cortes (13,0%) e picadas (10,9%). A distribuição dos acidentes foi de 72,7% dentro do domicílio: quedas, 12,1% para os cortes, picadas de 9,1% e 6,1% de outras lesões. A distribuição dos acidentes na rua foi de 61,5% para as quedas, 15,4% para os cortes, picadas de 15,4% e 7,7% para queimaduras.
BOCINA; SMOLJANOVIC; NOLA, 2009 Mortality caused by injury, poisoning and other consequences of external causes in the Split-Dalmatia county population 2001-2005.	Croácia	Descritivo	Os dados foram coletados a partir do Instituto Central de Estatísticas das causas externas em idosos de 2001 a 2005.	mais atingidos pelos acidentes por causa
BIAZIN; RODRIGUES, 2009 Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina- Paraná.	Brasil	Transversal	121 idosos	A maioria dos idosos era do sexo masculino, com média de idade de 67,7 anos. Baixo nível de escolaridade, e aposentados. As quedas representaram (62,0%), os acidentes de transporte (25,6%) e as outras causas (10,4%). E (100%) dos idosos apresentaram pelo menos uma lesão.

AUTOR/ANO/TÍTULO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
GOMES; BARBOSA; CALDEIRA, 2010 Mortalidade por Causas Externas em idosos em Minas Gerais, Brasil.	Brasil	Descritivo Série temporal	Óbitos dos idosos residentes em Minas Gerais no período de 1999 a 2008 obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde.	3
SOUZA e MINAYO, 2010 Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas publicas de atenção a saúde no Brasil.	Brasil	Debate sobre a forma como as políticas públicas brasileiras de atenção à saúde tratam a violência contra os idosos.	-	A pesquisa oferece um amplo panorama que apresenta conceitos de violência que se aplicam a esse grupo populacional, dados de mortalidade e de internação, e compara e discute algumas políticas que tratam direta ou indiretamente da atenção aos idosos vítimas de violência.
MINAYO; SOUZA; PAULA, 2010 Revisão Sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa.	Brasil	Revisão sistemática sobre violência contra a pessoa idosa no período de 2000 a 2009.	Artigos, livros, capítulos de livros, manuais e planos de ação da Biblioteca Virtual em Violência e Saúde	Os resultados mostram relevante aumento da produção e aprimoramento metodológico nas áreas de saúde pública, serviço social, direito, fisioterapia, enfermagem, psicologia, otorrinolaringologia e na formulação de políticas e planos de ação. No entanto, há temas pouco aprofundados como acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, afogamentos e sufocações.

3 Marco Teórico

As causas externas são a principal causa de morbimortalidade entre os adultos jovens. Porém, com a acelerada transição demográfica esta passa a ser objeto de preocupação, quando se pensa em envelhecimento ativo. (MINAYO, SOUZA e PAULA, 2010)

Percebeu- se a escassez de estudos que abordem o perfil dos idosos que atendidos por causas externas nos serviços de emergência sendo essa uma lacuna de conhecimento (CAMPOS et al, 2007; KESKINOGLU et al, 2008; BIAZIN e RODRIGUES, 2009).

Percebe-se que as causas externas apresentam perfil diferenciado no que se refere a morbidade e mortalidade e em relação ao Brasil e outros países. Estudos internacionais apontam as quedas como principal causa de morte e de atendimento a idosos, sendo que o segunda causa externa varia, sendo os ferimento corto contuso, os acidentes com animais, as queimaduras e os acidentes de transporte. (BINDER, 2002; DONMEZ e GOKKOCA, 2003; BOCINA, SMOLJANOVIC e NOLA, 2009).

Os estudos nacionais mostram que os acidentes de transporte lideram a mortalidade em idosos, e atingem em maior proporção os homens. Já em relação às internações, as quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional, sendo também o mais importante motivo de sua demanda aos serviços de emergência. (SOUZA e IGLESIAS, 2002; GAWRYSZEWSKI, JORGE e KOISUMI, 2004; MATIAS, JORGE e ANDRADE, 2006). Em relação as internações, os estudos apresentam algumas divergências. As quedas aparecem como primeiro motivo, porém em alguns estudos os acidentes de transporte aparecem em segundo lugar, enquanto em outros, as outras causas não intencionais como ferimentos corto contusos, contato com substância quente, ocupam esta posição. As causas intencionais aparecem em quarta posição. (YU et al, 2003; LEAL; LOPES, 2006).

A fratura de colo de fêmur é a principal consequência das quedas, sendo o motivo de internação por estas causas. Metade dos idosos que sofre esse tipo de lesão morre dentro de um ano. Grande parte dos que sobrevivem fica totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Isso representa altos custos financeiros e sociais, além da diminuição da qualidade de vida (GAWRYSZEWSKI et al, 2008; GAWRYSZEWSKI, JORGE e KOISUMI, 2004).

Tanto os acidentes, notoriamente preveníveis, quanto a violência apresentam muitas repercussões negativas na saúde global do idoso, sendo mais frequente nas idosas, com idade mais avançada, que moram em domicílios unipessoais, apresentando baixas condições socioeconômicas e escolaridade (GILHOOLY et al, 2007; BIAZIN e RODRIGUES, 2009).

As únicas informações que permitem obter estatísticas e construir indicadores de doenças, lesões e traumas provocados por violência contra idosos, em nível nacional, são os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Isso faz com que os estudos apresentem em sua maioria dados acerca da mortalidade. Esses dados são insuficientes para dimensionar o problema e estimase que cerca de 70% das lesões e traumas sofridos pelos idosos não comparecem às estatísticas. (MINAYO, 2004) No estado do Rio Grande do Sul a prevalência de acidentes e violência na população de 60 anos e mais corresponde a 10% e no município de Pelotas está em torno de 7% podendo variar de 6% a 8% (IBGE, 2009).

4 Justificativa

Constatou-se a existência de uma lacuna de conhecimento no que tange aos estudos realizados com dados primários acerca de causas externas nos serviços de emergência, pois a maioria dos estudos encontrados refere-se à mortalidade e envolvem dados secundários dos serviços de informação. Devido à dificuldade de operacionalização, estudos com dados primários, embora mais confiáveis, apresentam-se escassos. Outro ponto pouco explorado se refere ao perfil de idosos, relacionando-os às causas externas no país.

Devido ao fato dos idosos serem vítimas potenciais em ascendência de causas externas, e estas ocuparem a quarta causa de mortalidade no Brasil e também no Rio Grande do Sul, somado ao elevado percentual de idosos no município de Pelotas, faz-se necessário um estudo desta natureza, que venha a subsidiar políticas que poderão servir como base aos profissionais que atuam em todos os níveis de atenção à saúde e sociedade, também aos gestores com vistas a subsidiar a implementação de estratégias de prevenção e enfrentamento dessa problemática, principalmente em nível local.

Esse estudo, ainda, apóia-se nas políticas voltadas para a pessoa idosa, como a Política Nacional do idoso (BRASIL, 1994), Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), Política Nacional de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006), a Política Estadual da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010), o Pacto pela Vida 2010/2011 e na PNRMAV (BRASIL, 2001), cujas diretrizes apontam para um novo olhar para essa parcela populacional, tendo em vista a promoção da saúde, prevenção de agravos, envelhecimento ativo e manutenção da autonomia e independência.

5 Objetivos

5.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil dos idosos e dos acidentes e violências que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS.

5.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil dos idosos vítimas de acidentes e violência atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS, de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas;

Descrever os acidentes e violência, que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS, de acordo com sexo, idade, circunstâncias do evento e presença ou não de lesões.

6 Hipótese

A população de idosos identificados no presente estudo será constituída por: mulheres que sofreram queda, no domicílio, com mais de 75 anos, solteiras ou viúvas, vivendo sós, com baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas.

7 Métodos

7.1 Delineamento

Tratou-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo. Pereira (2002) relata que estudos transversais são aqueles que determinam causa e efeito ao mesmo tempo, e só possibilitam a identificação dos indivíduos considerados doentes e sadios a partir da análise dos dados. Lima-Costa e Barreto (2003) relatam que os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos.

7.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Pronto Socorro de Pelotas- RS (PSP). Esse serviço é referência em urgência e emergência para 23 municípios do sul do Brasil além do município sede e presta atendimento exclusivamente pelo SUS. Atende diariamente em torno de 300 pessoas, e em média sete são idosos em decorrência de acidentes e violência, conforme dados obtidos junto às Fichas de Atendimento do serviço em 2010.

O PSP, hoje é gerido conjuntamente pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel) em parceria com a UFPel e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através de um contrato administrativo tripartite. O serviço dispõe de 20 leitos de observação para adultos e 10 leitos de observação para crianças. Possui mais dez leitos de emergência denominados equivocadamente de leitos de Unidade de tratamento intensivo (UTI). Estão de plantão, 24 horas por dia, sistematicamente, dois clínicos e um pediatra, dois enfermeiros e 15 técnicos em enfermagem por turno de trabalho.

41

Os pacientes são admitidos por diversas vias, como: demanda espontânea,

trazidos por serviços de ambulância como o Sistema de atendimento Móvel de

Urgência (SAMU), Empresa Concessionária de Rodovias do Sul (ECOSUL),

Bombeiros, outros; trazidos por familiares; referenciados de Unidades Básicas de

Saúde (UBS); referenciados de outros municípios; referenciados de hospitais de

outros municípios.

7.3 População Alvo

A população que compôs o estudo consistiu em idosos que foram atendidos

no PSP, devido a causas externas. Segundo a Primeira Assembléia Mundial das

Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, por meio da Resolução n.º

39/125 para países em desenvolvimento são considerados idosos, pessoas com 60

anos e mais (ONU, 1982).

7.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo, os idosos que estavam impossibilitados de

responder coerentemente aos questionamentos e não apresentavam um

acompanhante no momento da entrevista.

7.5 Cálculo de Tamanho de Amostra

O cálculo do tamanho da amostra necessária para o estudo foi realizado no

programa Epi Info 6.04. Para tanto, utilizou-se a população geral de Pelotas de

acordo com estimativas do IBGE (2009a) a porcentagem de idosos na população

pelotense estimada em 14% e porcentagem de causas externas envolvendo idosos

em Pelotas que é 7%.

Parâmetros utilizados:

-População de Pelotas: 339.934 habitantes

-População com 60 anos e mais em Pelotas: 14%

-Prevalência de causas externas estimada em Pelotas: 7%

-Nível de confiança: 95%

-Erro aceitável na prevalência: 3 pontos percentuais

-Número de pessoas: 276

-Acréscimo para perdas e recusas (+ 10%): 304

Tamanho da amostra: 304 idosos.

7.6 Variáveis

7.6.1 Variável de interesse

Nesta pesquisa a variável dependente foi a morbidade por causa externa segundo o CID-10 (OMS, 1996) (Anexo A).

7.6.2 Outras variáveis

Outras variáveis empregadas no estudo pertenceram a dois grupos: as variáveis relativas aos idosos e as variáveis relativas ao agravo.

O quadro 3 mostra as outras variáveis do estudo, classificando quanto à definição, mensuração e tipo.

Variáveis relacionadas ao idoso				
Variável	Mensuração	Definição	Tipo de Variável	
	Variáveis	Sócio demográficas		
Sexo	Observado pelo entrevistador	Masculino Feminino	Categórica Dicotômica	
Idade	Referida pelo entrevistado	Anos completos	Numérica Discreta	
Cor ou Raça	Observada pelo entrevistador segundo IBGE	Branca, preta, amarela, parda ou indígena	Categórica nominal	
Estado civil	Referido pelo entrevistado	Solteiro Casado/com companheiro Separado ou desquitado Divorciado Viúvo Outro	Categórica nominal	
Com que mora	Referida pelo entrevistado	Mora só/ Mora com cônjuge sem filhos/ Mora com cônjuge e filhos Mora com outros parentes ou não parentes	Categórica nominal	
Município em	Referida pelo		Nominal	

que reside	entrevistado		politômica
Procedência	Referida pelo	Zona Rural/ Zona Urbana	Categórica
	entrevistado		dicotômica
		s socioeconômicas	
Sabe ler e	Referida pelo	Sim/ Não	Categórica
escrever	entrevistado		dicotômica
Renda Mensal	Referida pelo	Em salário mínimo vigente	Numérica
	entrevistado		contínua
Aposentado	Referida pelo	Sim/ Não	Categórica
	entrevistado		dicotômica
Trabalha	Referida pelo	Sim /Não	Categórica
	entrevistado		dicotômica
Maior fonte de	Referida pelo	Emprego/ Renda familiar/	Categórica
renda	entrevistado	Renda do cônjuge ou	politômica
		companheiro/Aposentadoria/	
		Benefício/ Alugueis de	
Dan an dans da	Deferide rele	imóveis	Numérica
Dependem da	Referida pelo entrevistado		
renda do idoso		lativas à Cavas França	discreta
Davís da da dia		lativas à Causa Externa	Ontonésias
Período do dia	Referida pelo	Manhã tanda au naita	Categórica
em que ocorreu	entrevistado	Manhã, tarde ou noite	Politômica
Local em que	Referida pelo	Em casa, na rua ou no	Categórica
estava	entrevistado	serviço	Politômica
Apresenta	Referida pelo	Sim/ Não	Categórica
algum ferimento	entrevistado		dicotômica
ou lesão decorrente da			
causa externa	Deferide note		Nominal
Se apresenta ferimento, em	Referida pelo entrevistado		politômica
qual parte do	Entrevistado		politornica
corpo	(mina a vimanta ana iona		

^{*} Conforme salário mínimo vigente, em janeiro de 2010 R\$ 510,00.

Figura 2 - Descrição das variáveis independentes utilizadas no estudo.

7.7 Princípios Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Apêndice A) e aprovado sob parecer nº 10/2010 (Anexo B). Antes do início da pesquisa, foi obtido o consentimento formal da instituição participante (Apêndice B). A proposta envolve exclusivamente a realização de entrevistas com questões fechadas, não está incluído nenhum tipo de coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Seguindo os princípios da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96 foi apresentado aos participantes do estudo os seus objetivos. Na concordância em participar do estudo foi entregue o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) que lhes deixa assegurado o anonimato e o livre acesso aos dados e aos resultados do estudo. Os sujeitos tiveram a liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa.

7.8 Logística

O trabalho de campo para a coleta dos dados foi realizada por uma equipe de 17 entrevistadores, após capacitação dos mesmos. Foi realizado teste piloto com idosos atendidos no pronto socorro por causas externas, para análise final do instrumento e avaliação do desempenho de cada entrevistador, e esses dados não fizeram parte do estudo. Ainda foram realizadas, semanalmente, reuniões com os entrevistadores para discussão do estudo e andamento da coleta de dados, controle da qualidade e outros pontos pertinentes.

A coleta de dados ocorreu do dia 03 de março a 20 de abril de 2010. Os coletadores permaneceram durante às 24 horas nos três turnos, de trabalho incluindo os domingos e feriados, dispostos em duplas na recepção do serviço, com vistas a ter acesso a todos os pacientes que faziam ficha de atendimento (FA) e com isso identificar os idosos sujeitos do estudo. As entrevistas ocorreram no serviço, antes ou após os idosos receberem o atendimento médico, foram individuais, mediante a aplicação de um questionário estruturado.

7.9 Controle de Qualidade

Durante o período da coleta houve encontros semanais com os coletadores e supervisores (mestranda e orientadora) para eventuais esclarecimentos de dúvidas sobre a coleta.

O controle de qualidade dos dados foi realizado em pelo menos três momentos pelos supervisores: no momento da entrega dos questionários preenchidos para a detecção e correção de eventuais erros e inconsistências, após a codificação e ainda foi efetivado por meio de ligações telefônicas, nas quais foi

aplicado o questionário reduzido, em (10%) dos pacientes entrevistados sorteados aleatoriamente.

Para o controle de qualidade dos dados coletados, uma pessoa foi capacitada especialmente para realizar as ligações. Para observar a consistência dos dados coletados, algumas questões chaves foram selecionadas e aplicadas através do contato telefônico e posteriormente comparadas com as respostas obtidas no questionário aplicado pelo entrevistador.

7.10 Construção do Banco de Dados e Análise

Os dados coletados foram digitados no Software Epi Info (versão 6.04), sob forma de dupla entrada, para análise da consistência interna.

Os dados foram analisados empregando-se o programa computacional STATA 9.2. Realizou-se a análise descritiva, apresentando a distribuição do desfecho de acordo com as variáveis independentes.

7.11 Divulgação dos Resultados

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na apresentação da dissertação na conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, em eventos, assim como transformados em artigos científicos e encaminhados a periódicos indexados da área da enfermagem e áreas afins. Ainda procurar-se-á devolver os resultados as instituições envolvidas com o local da coleta de dados (UFPel, UCPel e SMS), ao município sede do estudo através de *press release* e à população idosa da região.

Os dados coletados na pesquisa serão armazenados conforme operacionalização da resolução 196/96, artigo IX.2*, e após cinco anos serão extinguidos.

_

^{*} Manter em arquivo, sob guarda do pesquisador, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Conselho de Etica e Pesquisa

8 Recursos utilizados na pesquisa

8.1 Recursos Humanos

- Professor de português;
- Tradutor (inglês).

8.2 Recursos materiais e Plano de Despesas

Na tabela abaixo estão descritos os recursos materiais que serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa.

Tabela 1- Descrição dos Recursos Materiais e Plano de Despesas.

Material	Quantidade	Custo Unitário	Custo Total
Lápis	50	R\$ 0,55	R\$ 27,50
Caneta	50	R\$ 1,50	R\$ 75,00
Borracha	50	R\$ 0,50	R\$ 25,00
Apontador	50	R\$ 0,60	R\$ 30,00
Prancheta	13	R\$ 2,40	R\$ 31,12
Envelope	50	R\$ 1,20	R\$ 60,00
Papel Ofício	5000	R\$ 0,05	R\$ 250,00
Impressão	1000	R\$ 0,20	R\$ 200,00
Revisão de Português	02	R\$ 150,00	R\$ 300,00
Estatístico	01	R\$ 600,00	R\$ 600,00
Encadernação	6	R\$ 13,00	R\$ 78,00
Capa Brochura	10	R\$ 20,00	R\$ 200,00
Xérox	5300	R\$ 0,07	R\$ 371,00
Correio	4	R\$ 42,00	R\$ 140,00
Compra de artigos	7	R\$ 30,00	R\$ 210,00
Transporte urbano	540	R\$ 2,20	R\$ 1.188
Total	_	-	R\$ 3785.62

Obs: Os recursos materiais utilizados para a realização desta pesquisa serão custeados pela autora.

9 Cronograma

No quadro a seguir está a descrição do planejamento das atividades durante todo o processo de desenvolvimento e execução do projeto.

Tempo	1º	20	10	2°	10
·	semestre	semestre	semestre	semestre	semestre
Atividade	2009	2009	2010	2010	2011
Definição do tema	Х				
Encontros com o Orientador	X	Х	Х	Х	
Revisão de Literatura	Χ	Х	Х	Х	
Elaboração do projeto da Dissertação	Х	Х			
Comitê de ética*			X		
Qualificação			Х		
Coleta de dados			Х		
Análise dos dados				Х	
Elaboração do artigo da dissertação				Х	
Elaboração do relatório de campo				Х	
Sustentação da dissertação					Х

^{*}A coleta de dados iniciará somente após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética. Figura 4 – Cronograma de desenvolvimento do Projeto de Pesquisa.

Referências

ACIMIS, N. M. et al. Accidents of the elderly living in Kocaeli Region (Turkey) **Arch Gerontol Geriatr** (Holanda), v.49, n.2, p. 220-3, Sep-Oct. 2009.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C., MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v.24, n.3, Mar. 2008.

BIAZIN D. T.; RODRIGUES, R. A. P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em londrina Paraná. **Rev Escola de Enfermagem da USP** (Paraná), v.43, n.3, p.602-608, 2009.

BOCINA, I.; SMOLJANOVIC, A.; NOLA, I.A. Mortality caused by injury, poisoning and other consequences of external causes in the Split-Dalmatia county population 2001-2005. **Acta Med Croatica**, v.63, n.2, p.123-33, may. 2009.

BRASIL, Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 20 Jul. 2009.

BRASIL. Lei Nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e da outras providencias. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf. Acesso em: 10 Fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2669 de 09 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nas dimensões pela Vida e de Gestão e as orientações, prazos e diretrizes de seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria.pdf>. Acesso em Jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências:** Portaria MS/GM n°737 de 16 de maio de 2001 publicada no Diário Oficial da União N°96 de 18 de maio de 2001, Brasília, 2001.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2006. [Disponível em: < http://www.saúde.gov.br>. Acesso em Jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20 nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 30 Mar. 2009.

- BINDER, S. Challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences. (Safety and the Elderly). **Injury Prevention** (Inglaterra), v.2, n.3 p.4-8, Dec. 2002.
- CAMPOS, J. F. S. et al. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. **Arq Ciênc Saúde**, v.14, n.4, p.193-197, out-dez, 2007.
- CARVALHO, J. A. M.; RODRIGUES-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, (Rio de Janeiro) v.24, n.3, p.597-605, 2008.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública,** v.2, n.31, p.134-200, 1997.
- COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Rev UFGO**, Goiás, v.5, n.2, p. 7-10, 2003.
- DONMEZ, L.; GOKKOCA, Z. Accident profile of older people in Antalya City Center, Turkey. **Arch Gerontol Geriatr.** V.37, n.2, p.99-108, oct, 2003.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M.; KOISUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e a atenção individual. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.50, n.1, p.97-103, 2004.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p.1121-1129, 2008.
- GILHOOLY, M. et al. Home Accidents amongst Elderly People: a Locality Study in Scotland. RoSPA (Royal Society for the Prevention of Accidents), 2007.
- GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Informações sobre morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2859-2869, 2010.
- GOMES, L. M. X.; BARBOSA, T. L. A.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade por Causas Externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. **Esc Anna Nery**, v.14, n.4, p.779-786, out/dez, 2010.
- JUANOLA, M. G. et al. Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. **Rev Cubana Med Gen Integr**, v.20, n.5, 2004.
- HLADKI, W.; BRONGEL, L; LORKOWSKI, J. Injuries in the elderly patients. **Przegl Lek**; v.63, n.5, p.1-4, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Dados preliminares do Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1722&id_pagina=1. Acesso em: 25 nov. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios. 2009a. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: 17 Nov. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Síntese dos indicadores sociais: uma analise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009b. Disponível em: http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987&id_pagina=1. Acesso em: 17 Nov. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Tábuas completas de mortalidade. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2 66>. Acesso em: 20 nov. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pirâmides Etárias do município de Pelotas, do estado do Rio Grande do Sul e do Brasil. IBGE, 2010. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/censo2010/piramide_etaria/index.php>. Acesso em: 11 Dez. 2010.

KESKINOGLU, P. et al. Home accidents in the community-dwelling elderly in Izmir, Turkey: how do prevalence and risk factors differ between high and low socioeconomic districts? **J Aging Health**, v.20, n.7, p.824-836, Oct 2008.

- LANGE, C. Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto-SP, 2005. 221f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.
- LEAL, S. M. L; LOPES, M. J. M. Vulnerabilidade à mortalidade por causas externas entre mulheres com 60 anos e mais, usuárias da atenção básica de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.3, p.309-16, set-dez, 2006.
- LEBRÃO M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p.135-40, 2007.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.2, June. 2005.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v.19, p.745-57, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e serviços de saúde, v.12, n.4, p.189-201. 2003.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. saúde pública**, v.39, n.2, p.311-8, 2005.

MATHIAS, T. A. F.; JORGE, M. H. P. M.; ANDRADE, O. G. Mortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem** (Ribeirão Preto), v.14, n.1, p.17-24, Jan-fev. 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; PAULA, D. R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência e saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2709-2718, set. 2010.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. **Milbank Mem Fund Q**, v.49, n.4, p.509-38, oct; 1971.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Assembléia mundial sobre envelhecimento:** resolução 39/125. Viena: ONU; 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** São Paulo: 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Genebra, 2002. Tradução: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Ministério da Justiça; Brasil; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da saúde, 2005. 60p.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares dos idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v.13, n.4, p.239-246, 2004.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan. 2002.

PINTO, T. C. A. et al. Morbidade por Causas Externas em Idosos e sua Relação com Lesões Maxilofaciais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** (João Pessoa), v.8, n.2, p.159-164, maio-ago. 2008.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.16, n.3, p. 536-45. Jul-Set. 2007.

- RUELAS, G. M. G.; SALGADO, S. V. N. Accidental injuries in older adults: a challenge for the health systems. **Salud Publica** Mex, v.50, n.6, p.463-71, Nov-dec. 2008.
- SES. Secretaria Estadual de Saúde. Projeção da população por faixa etária e sexo Rio Grande do Sul 2010a. Disponível em: http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao.
- http://www.fee.rs.gov.br/siteree/pt/content/estatisticas/pg_populacao.
 php?ano=2010>. Acesso em: 17 nov. 2010.
- SES. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa. Porto Alegre: 2010b. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1209>. Acesso em: 05 Out. 2010.
- SILVA, V. L. et al. Associação entre carência social e causas de morte entre idosos **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v.24, n.5, p.1013-1023, mai. 2008.
- SILVA, F. S. et al. Trauma no idoso: casos atendidos por um sistema de atendimento de urgência em Londrina, 2005. **Com. Ciências Saúde**, v.19, n.3, p.207-214, 2008.
- SILVEIRA, R.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR M. L. Idosos que foram vítimas de acidente de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP em 1998. **Rev Latino-am Enfermagem**. (Ribeirão Preto), V.10, n.6, p.765-71, Nov-dez. 2002.
- SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v.15, n.6, p.2659-68, 2010.
- SOUZA, J. A. G; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. **Rev.da Associação Médica Brasileira** (São Paulo), v.48, n.1, jan-mar. 2002.
- VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.3, p.548-54. 2009.
- VERAS, R. P. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2463-2466, out. 2007.
- VERAS, R. P. et al. Novos Paradigmas do modelo assistencial no setor da saúde: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. 2002. 64f. Disponível em http://www.abramge.com.br/dowlnload/premio.pdf>. Acesso em: 04 Set. 2009.
- VERMELHO L. L.; MONTEIRO M. F. G. **Transição demográfica e epidemiológica**. In: Medronho R. A. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002. 91-103p.
- YU, M. et al. A cross-sectional study on injuries in residents at the community level of Zhejiang. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi** (China), v.24, n.8, p.681-3, Aug. 2003.



APÊNDICE A - Carta ao Comitê de Ética

Universidade Federal de Pelotas Programa de Pós Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem

Autores:

Prof^a Enf^a Dr^a Celmira Lange (pesquisadora responsável)

Contato: (53) 3278 6476; e-mail: celmira_lange@ufpel.edu.br

Enfa Esp. Samanta Bastos Maagh

Contato: (53) 91689116; e-mail: samantamaagh@yahoo.com.br

i ciolas, de de 2010	Pelotas,	de	de 2010
----------------------	----------	----	---------

Prof^a Dr^a Marilú Correa Soares Coordenadora do CEP

Ao cumprimentá-la cordialmente, eu aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de Pelotas, venho respeitosamente, por meio desta, solicitar o vosso parecer para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado "O perfil dos idosos vitimas de causas externas atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS. Este tem a orientação da Prof^a Dr^a Celmira Lange, sendo requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem e cujo objetivo é Caracterizar o perfil dos idosos vítimas de causas externas atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS.

Colocarei a vossa disposição o projeto e seus anexos. Terei o compromisso de preservar os sujeitos envolvidos no estudo, assim como a instituição, respeitando os aspectos éticos.

Na certeza de contar com seu apoio, coloco-me a disposição para outros esclarecimentos.

Agradeço antecipadamente,

Enf ^a Esp. Samanta Bastos Maagh	Prof ^a Enf ^a Dr ^a Celmira Lange

APÊNDICE B - Autorização para o desenvolvimento da pesquisa

Universidade Federal de Pelotas Programa de Pós Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem

Autorização para o desenvolvimento da pesquisa

Autores: Prof^a Enf^a Dr^a Celmira Lange (pesquisadora responsável)

Contato: (53) 3278 6476; e-mail: celmira lange@ufpel.edu.br

Enfa Esp. Samanta Bastos Maagh

Contato: (53) 91689116; email: samantamaagh@yahoo.com.br

Pelotas, 15 de dezembro de 2009.

Sr (a).

Diretor (a) do Pronto Socorro de Pelotas

Venho respeitosamente, por meio desta, solicitar sua autorização para o desenvolvimento da minha pesquisa intitulada: Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em um serviço de emergência do sul do Brasil. Sou aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, devidamente matriculada e tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Celmira Lange. A pesquisa tem por objetivo descrever o perfil dos idosos e dos acidentes e violências que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS, caracterizar o perfil dos idosos vítimas de acidentes e violência atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS, de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas e descrever os acidentes e violência, que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS, de acordo com sexo, idade, circunstâncias do evento e presença ou não de lesões.

A coleta de dados será realizada através de uma entrevista com questões fechadas aos idosos vítimas de causas externas ou na impossibilidade destes as questões podem ser respondidas pelo familiar ou acompanhante. A coleta de dados está prevista para ser realizada nos meses de fevereiro, março, abril, maio e junho de 2010, após a aprovação do Comitê de Ética.

Terei o compromisso de preservar os sujeitos envolvidos no estudo, assim como a instituição, respeitando todos os aspectos éticos.

Na certeza de contar co	m seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao
seu dispor para quaisquer esclar	ecimentos.
Enf ^a Mda Samanta Bastos Maagh	Prof ^a Enf ^a Dr ^a Celmira Lange
De acordo:	
Data:	Carimbo:

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo que são:

Fui igualmente informado: da justificativa e da metodologia de trabalho, que a coleta de dados se dará por meio de entrevistas utilizando-se de um instrumento com questões fechadas e que não está incluído nenhum tipo de coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos; da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca do estudo; que poderei retirar meu consentimento de participação neste estudo em qualquer momento e da garantia do anonimato e livre acesso aos dados.

Este documento está em conformidade com a resolução 196/96 conforme os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Ciente e concordando com as informações acima descritas, aceito participar do estudo, autorizo e assino o consentimento.

LOCAL/DATA:
ASSINATURA DO PARTICIPANTE:
IMPRESSÃO DIGITAL:
RG DO PARTICIPANTE:
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

OBS.: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com:

Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem.

Pesquisadora: Enfa. Samanta Bastos Maagh. Rua XV de Novembro, 209.

Centro. Pelotas-RS CEP: 96030-002

Telefone/fax: 53-32786475. E-mail: samantamaagh@yahoo.com.br

APÊNDICE D – Instrumento para coleta de dados



Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces



"Perfil dos idosos vítimas de causas externa		to Socorro de Pelotas-		
RS" Questionário				
1. Número do questionário		nquest		
2. Coletador (a)	Código:	codcol		
Data da entrevista: / /		dent //		
Horário da entrevista::h				
BLOCO A – ID	ENTIFICAÇÃO			
3. A entrevista foi realizada com o próprio idoso	? (NÃO FAZER ESTA	entrev _		
PERGUNTA)				
(0) Não (1) Sim				
Se Sim pule para a questão 8 .				
4. O(a) Sr(a) é familiar deste idoso?		famid_		
(0) Não (1) Sim (8) NSA				
Se NÃO pule para a questão 7.	_			
5. Qual o seu grau de parentesco com este idoso)?	parent_		
(1) Esposo (a)				
(2) Filho (a)				
(3) Irmão (a)				
(4) Pai/Mãe				
(5) Sobrinho (a)				
(6) Outro Qual?				
(8) NSA				
6. O(a) Sr(a) é o familiar cuidador deste idoso?		famc_		
(0)Não (1) Sim (8) NSA		• 1		
		id		
8. Qual o seu nome (Nome do Idoso)?				
Qual seu endereço?				
Qual o seu telefone/contato?				
1) Nome :	Fone:			
2) Nome:	Fone:			
3) Nome:	Fone:			
9. Qual a sua data de nascimento?//	_	dnasc //		
10. Sexo (OBSERVADO PELO ENTREVISTADOR)		sex _		
(1) Masculino (2) Feminino				

11. Qual a sua cor ou raça? (CITE AS OPÇOES)	cor _
(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela	
(5) Indígena (4) outra – Qual?	
12. Qual o seu atual estado civil? (CITE AS OPÇÕES)	estciv _
(1) Casado ou com companheiro (2) Solteiro (3) separado	
(4) Viúvo (6) Outro – Qual? (9) IGN	
13. Com quem o (a) Sr(a) mora : (CITE AS OPÇÕES)	
(1) Só (9) IGN	mora _
(2) Com companheiro (a), sem filhos	
(3) Com companheiro (a) e filhos	
(4) Com filho(a)(s)	
(5) Com outros parentes	
(6) Com outros não parentes	
(7) Em instituição de Longa Permanência (ILP)	
14. Em qual município o(a) Sr. (a) reside?	munres
UF:	
15. O(a) Sr(a) mora atualmente? (CITE AS OPÇÕES)	proced
(1) na zona Rural(campanha) (2) na Zona Urbana(cidade)	<u></u>
16. O(a) Sr (a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim (9) IGN	ler _
Se NAO pule para a questão 19. 17. O(a) Sr(a) estudou na escola? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN	estesc
Se NÃO pule para a questão 19.	
18. Quantos anos completos e aprovados de estudo o (a) Sr(a) tem?	anosc
(88) NSA (9) IGN	
19. O (a) senhor (a) é aposentado?	apos _
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
20. O (a) Sr.(a) trabalha? (0) Não (1) Sim (9) IGN	trabr _
Se não pule para a questão 23.	
21. O (a) Sr.(a) recebeu no último mês por este trabalho?	rece _
(0) Não (1) Sim (8) NSA 22. O (a) Sr. (a) pode descrever o seu trabalho? (8) NSA	trab1
(b) No. (a) pode descriver o sed traballio: (b) No. (c) No. (c)	trab2
22. Ovel a sua major fanta rando? (OITE 42. ODOÕES)	liabz
23. Qual a sua maior fonte renda? (CITE AS OPÇÕES)	1
(01) emprego (07) outro – Qual?	rendm
(02) renda familiar	
(03) renda do cônjuge/companheiro (9)IGN	
(04) beneficio (ex: pensão, auxilio doença)	
(05) aposentadoria	
(06) aluguel de imóveis 24. Quantas pessoas moram na sua casa incluindo o (a) senhor (a)?	nnocooc
	npesoas
25. Quantos trabalham?	traba
26. Quanto o(a) Sr(a) recebeu no último mês? ,	
(9)IGN	renda , _

27. Quantas pessoas dependem da sua renda mensal incluindo o (a)	depend
senhor (a)?	
28. O (a) Sr (a) tem filhos? (0) Não () Número de filhos	filhos
BLOCO B - CAUSAS EXTERNAS	
29. Qual o motivo que levou o (a) Sr(a) ao Pronto Socorro de Pelotas ?	moti
30. Qual o motivo que levou o idoso ao Pronto Socorro de Pelotas de	motfa_
acordo com a Ficha de Atendimento (FA)? (NÃO FAZER ESTA	
PERGUNTA, MAS SIM, OLHAR NA FICHA PARA IDENTIFICAR A CAUSA	
EXTERNA).	
ATENÇÃO	
Nas questões a seguir SUBSTITUIR a expressão CAUSA EXTERNA pelo n	notivo descrito pelo
idoso.	
31. Em qual período ocorreu a CAUSA EXTERNA (perac_
)?	
(1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (9) IGN	
32. Em que local o (a) Sr(a) estava quando ocorreu a CAUSA EXTERNA(_	loce_
)?	
(1) Em casa (2) Na rua (3) No serviço (4) Outro Qual?	
(9) IGN	
33. O (a) Sr (a) estava acompanhado no momento da CAUSA EXTERNA	acoce_
()?	
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
34. O (a) Sr apresenta algum ferimento/lesão decorrente da CAUSA	lesce_
EXTERNA ()?	
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
Se Sim , em qual parte do corpo?	
35. O (a) Sr (a) já havia sofrido alguma (o) CAUSA EXTERNA (outce_
)?	
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
Se o idoso Não tiver sofrido outra CAUSA EXTERNA anterior a esta ou não	
souber informar IGN encerre a entrevista e agradeça a participação.	
36. A CAUSA EXTERNA () que o (a)	antac_
Sr(a) sofreu antes desta ocorreu há quanto tempo?	
(8) NSA (9) IGN	
37. Em decorrência da CAUSA EXTERNA ()	intce_
anterior o(a) Sr(a) necessitou de internação hospitalar?	
(0) Não (1) Sim (8) NSA Se Não pule para a questão 72	
38. Em caso de internação, quantos dias ficou hospitalizado?	hdia1

(8) NSA	hdia2
	hdia3
39. Em decorrência da CAUSA EXTERNA ()	Circe_
anterior o(a) Sr(a) necessitou de cirurgia?	
(0) Não (1) Sim (8) NSA	
40. Em decorrência da CAUSA EXTERNA ()	limce _
anterior o (a) Sr(a) ficou com alguma limitação?	qual1 _
(0) Não (1) Sim (8)NSA	qual2 _
Se sim qual?	qual3 _
Hora do término::	
OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!	



ANEXO A - Causas externas de acordo com o CID 10

1) NÃO INTENCIONAIS OU ACIDENTAIS

Acidentes de Transporte; Quedas; Forças mecânicas inanimadas; Impacto causado por objeto lançado ou em queda; Impacto causado por equipamento esportivo; Impacto contra objetos; Apertado ou comprimido por ou entre objetos; Contato com material cortante: Queima de fogos de artifício; Penetração de corpo estranho em orifício natural; Penetração de corpo estranho através da pele; Forças mecânicas inanimadas não especificadas; Forças mecânicas animadas; Golpe infligido por outra pessoa; Colisão entre duas pessoas; Mordedura de rato; Mordedura ou golpe provocado por cão; Mordedura / golpe provocado por outros animais; Mordedura/picada inseto/artrópode não venenoso; Mordedura provocada por outros répteis; Contato com espinhos de plantas;

Forças mecânicas animadas não especificadas;

Riscos à respiração;
Exposição à corrente elétrica;
Exposição ao fogo;
Exposição à substância quente;
Contato com animais ou plantas venenosas
Exposição às forças da natureza;
Envenenamento (intoxicação);
Excesso de esforço;
2) Lesões Intencionais e Auto-infringidas

Agressões;

Suicídio;

Intenção indeterminada;

Complicação de assistência médica;

ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE ENFERMAGEM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N º 59/2010 Profª. Enfª. Drª. Celmira Lange

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: "Perfil dos idosos vitimas de causas externas atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS" foi APROVADO.

Protocolo interno N º 50/2010

Prof.® Dr.® Marilu Correa Soares Coordanadora CEP-FEO-UFFRI COREN-RS 21885

Pelotas 22/01/2010



Sumário

1 Introdução	68
2 Elaboração dos Instrumentos	68
2.1 Questionários	68
2.2 Manuais	69
3 Amostragem	69
4 Seleção e capacitação da equipe	70
4.1 Equipe técnica do projeto	70
5 Logística anterior ao trabalho de campo	70
6 Coleta de dados	71
7 Controle de qualidade	72
8 Elaboração do banco de dados e digitação	72
9 Análise dos dados	72
10 Segurança dos dados	73

1 Introdução

Este relatório foi elaborado a partir das atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo para a coleta de dados do projeto de mestrado intitulado "Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em um serviço de emergência do sul do Brasil". O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEn/UFPel sob o número 10/2010. O objetivo principal do projeto foi "Descrever o perfil dos idosos e dos acidentes e violências que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS."

A amostra da pesquisa envolveu idosos que receberam atendimento decorrente de causas externas de morbidade (acidentes e violência) no PSP no período de três de março a 20 de abril. A abordagem transversal foi utilizada, com a aplicação de questionário estruturado em um único momento.

O trabalho de campo da pesquisa teve inicio em março de 2010 e foi encerrado em julho do mesmo ano com a digitação dos dados.

Ressalta-se que todo o processo de trabalho de campo foi realizado a partir de um esforço conjunto com os bolsistas de iniciação científica e acadêmicos de enfermagem que integram o Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN).

Em especial o agradecimento aos funcionários do Pronto Socorro pela acolhida, a orientadora que junto à mestranda construiu esta pesquisa, pelo seu apoio incondicional e por manter-se presente e disponível em todos os momentos e às professoras Denise Petrucci Gigante e Elaine Thumé pelo suporte metodológico.

2 Elaboração do Instrumento

Para esta pesquisa foi elaborado um questionário composto por dois blocos direcionado aos idosos atendidos no PSP por causas externas.

2.1 Questionário

No período outubro de 2009 a fevereiro de 2010 o questionário foi construído e reconstruído diversas vezes pela orientanda e orientadora em reuniões para

construção do projeto, contando com o apoio de professora ligada ao Programa de Pós Graduação em Epidemiologia (PPGE) UFPel.

A banca de qualificação ocorreu no dia 22 de Janeiro de 2010. E a partir de 22 de fevereiro a 01 de março, foi realizada uma capacitação sobre o trabalho de campo. O grupo de trabalho foi composto pela professora orientadora, três mestrandas e 15 acadêmicos de enfermagem, bolsistas e voluntários. Durante a capacitação ainda foi identificada a necessidade de pequenas reformulações nos instrumentos a fim de primar pela qualidade dos dados.

Após todas as reformulações no primeiro dia de março foi realizado um teste piloto durante a manhã e a tarde com 10 idosos atendidos no PSP em decorrência de causas externas. Salienta-se que as entrevistas realizadas no teste piloto não fizeram parte deste estudo. Como no teste piloto não surgiram inconsistências, os questionários foram finalizados em sua última versão em dois de março de 2010.

2.2 Manual

Concomitante à construção dos questionários foram elaborados os manuais de instrução para os coletadores e que também serviram de suporte para os digitadores. No manual constavam os códigos dos coletadores, as explicações para cada questão do instrumento e suas respectivas codificações. Além disso, ele trazia orientações acerca da abordagem correta para cada questão e sobre o preenchimento das mesmas, com vistas a elucidar quaisquer dúvidas.

3 Amostragem

A amostra foi calculada no Programa Epinfo 6.04, utilizando-se como parâmetros a estimativa para 2009 da população geral, da população idosa e a prevalência de causas externas para o município. Após o acréscimo de 10% para perdas e recusas, a amostra ficou em 304 idosos. Foram identificadosn348 idosos que chegaram ao serviço devido a acidentes ou violência. Foram entrevistados 324 idosos pelo motivo descrito, houve 18 perdas e seis recusas.

4 Seleção e capacitação da equipe

Para este trabalho foram reunidos os bolsistas e acadêmicos do NUCCRIN que haviam participado de todas as fases de uma pesquisa quantitativa anterior, entre outros acadêmicos interessados. Mesmo sabendo que a maioria já havia participado de uma pesquisa quantitativa, organizou-se capacitação do dia 22 de fevereiro a primeiro de março de 2010 com cerca de 20 alunos, uma mestre, três mestrandas e a professora orientadora.

Nesta capacitação foi apresentado o campo de coleta, abordou-se a logística, apresentou-se o instrumento e manual e programou-se o teste piloto. Durante a capacitação ainda foi esclarecido aos coletadores o conceito e os tipos de causas externas de acordo com o CID-10 e entregue uma lista contendo as causas externas para servir de consulta em caso de dúvidas. No último dia foi realizado feedback que consistiu em ajustes finais, retirada de dúvidas, distribuição dos materiais. Após a realização da capacitação permaneceram 15 coletadores e dois digitadores.

Para a realização das entrevistas os coletadores receberam um crachá de identificação, envelope com uma carta de apresentação com informações pertinentes, prancheta, uma pasta com lápis, borracha, caneta, apontador, folhas de oficio, manual, questionários devidamente numerados.

4.1 Equipe técnica do projeto

Estiveram envolvidas nesta pesquisa uma coordenadora docente, a mestranda responsável pela pesquisa, duas supervisoras mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FEn/UFPel, 2 bolsistas de iniciação científica, 3 bolsistas Programa de Bolsas de Extensão e Cultura (PROBEC), 12 acadêmicas de enfermagem da FEn/UFPel selecionadas e capacitadas previamente.

5 Logística anterior ao trabalho de campo

Com a finalidade de facilitar o trabalho de campo dos coletadores e supervisores foi realizado contato prévio com o diretor e também com coordenador de enfermagem do PSP para apresentar a metodologia de trabalho. Buscou-se

contato também com os enfermeiros de cada turno para organizar espaços de trabalho, explicar objetivos, logística e solicitar o apoio durante o desenvolvimento do trabalho

6 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu do dia três de março a 20 de abril de 2010. Os coletadores permaneceram nos três turnos de trabalho dispostos em duplas na recepção do serviço, com vistas a ter acesso a todos os pacientes que faziam ficha de atendimento (FA) e, com isso, identificar os idosos sujeitos do estudo. As entrevistas foram individuais e ocorreram no serviço, antes ou após os idosos receberem o atendimento, mediante a aplicação de um questionário estruturado.

Antes de iniciar a coleta de dados, a mestranda responsável pelo projeto organizou uma escala para cobertura de domingo a domingo, incluindo feriados, cobrindo as 24h. Essa escala era construída semanalmente com a participação dos coletadores. De maneira sistematizada, as três mestrandas supervisionaram o trabalho de campo, sendo a mestranda responsável pelo trabalho a supervisora geral e as demais supervisoras de campo. A mestranda responsável pela pesquisa passava diariamente no campo em todos os turnos, para acompanhar o trabalho, tirar dúvidas, distribuir e recolher os questionários.

Foram realizadas reuniões semanais com as supervisoras de campo e orientadora, com a finalidade de manter o diálogo continuo entre o grupo, avaliar o andamento do trabalho de campo, identificar necessidades, sanar dúvidas e manter a equipe motivada para a pesquisa.

Foi disponibilizado pelo coordenador de enfermagem do PSP um armário para que os coletadores guardassem seus pertences e os da pesquisa, uma sala para que as supervisoras efetuassem o recolhimento e distribuição dos questionários e esclarecimentos. Foi confeccionado, também, um livro para registro diário e passagem de plantão entre os coletadores. Esse livro era preenchido obrigatoriamente no final de cada turno e suas páginas foram numeradas e divididas em dados de identificação do entrevistado (nome, data, e hora da entrevista), dados das perdas (motivo) e das recusas, lista de presença dos coletadores para controle e elaboração dos certificados e uma parte foi designada para observações, ou seja, mais um canal de comunicação para coletadores e supervisores. Durante todo o

período houve a supervisão nos campos por três mestrandas. Cabe salientar que os coletadores receberam apoio dos funcionários do PSP, para identificação dos sujeitos. Os questionários preenchidos eram entregues semanalmente às supervisoras que realizavam a conferência e codificação das questões abertas. E após a realização de aproximadamente (50%) das entrevistas iniciou-se a digitação dos dados no programa Epi Info 6.04.

7 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado no mês de maio, após o término da coleta de dados, a partir da aplicação do questionário reduzido, através de ligações telefônicas a (10%) da população do estudo. O questionário foi formulado com questões chave para identificar possíveis inconsistências, e foi aplicado por uma acadêmica de enfermagem que participou da capacitação, porém, não havia coletado dados.

8 Elaboração do banco de dados e digitação

O banco de dados foi elaborado no programa Epi Info 6.04 pela pesquisadora e duas digitadoras. Os dados foram digitados duas vezes em bancos independentes no mesmo programa, a fim de identificar possíveis inconsistências. A digitação foi realizada por um grupo capacitado de duas digitadoras e a pesquisadora, após a digitação foi realizado o *validate* para verificar inconsistências, as quais foram solucionadas.

9 Análise dos dados

Após a realização da digitação e limpeza dos dados no Epinfo 6.04 estes foram transferidos através do programa *STATA Transfer* para o programa de análise *STATA* 9.0, no qual as variáveis e seus valores foram rotulados. Realizou-se a estatística descritiva através de frequências simples das variáveis independentes e da variável dependente.

10 Segurança dos dados

Os dados coletados na pesquisa serão armazenados junto ao NUCCRIN conforme operacionalização da resolução 196/96, artigo IX.2², e após cinco anos serão extinguidos.

² Manter em arquivo, sob guarda do pesquisador, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Conselho de Etica e Pesquisa



Título do Artigo

Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em serviço de emergência do sul do Brasil

Elderly victims of accidents and violence seen in the emergency service in South of Brazil

Título resumido

Acidentes e violência em idosos

Accidents and violence in elderly

Samanta Bastos Maagh – Universidade Federal de Pelotas. Autor correspondente – Rua São Judas Tadeu, 938. Fragata. Celmira Lange – Universidade Federal de Pelotas.

Maagh. S.B. Idosos vítimas de acidentes e violência atendidos em um serviço de emergência do sul do Brasil. [Dissertação] Universidade Federal de Pelotas, 2011.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil dos idosos e dos acidentes e violências que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS MÉTODOS: Estudo descritivo. A variável de interesse foi a causa externa de morbidade de acordo com a 10^a Classificação Internacional de Doenças. Outras variáveis pertenceram a dois grupos: as relativas aos idosos e as relativas ao agravo. A coleta de dados foi realizada por entrevistadores por meio de um instrumento estruturado. As entrevistas ocorreram em março e abril de 2010. RESULTADOS: Foram identificados 348 idosos. As perdas e recusas totalizaram 6,8%. As mulheres foram as mais atingidas pelas causas externas. A cor da pele predominante foi a branca. A faixa etária dos 75 anos e mais representou a maior proporção. Os idosos residentes em Pelotas representaram 84,9% do total e desses 88,9% na zona urbana, e 43,5% dos idosos eram casados ou viviam com companheiro (a). Observou-se que 81,8% dos idosos referiram saber ler e escrever. Os aposentados representaram a maioria, sendo esta a maior fonte de renda. As quedas representaram a causa externa mais frequente atingindo 62% dos idosos, seguidas pelas outras causas não intencionais, acidentes de transporte e causas intencionais. Analisando todas as causas externas, verifica-se que maior proporção ocorreu à tarde (38,4%). A residência foi em 55,9% dos casos o local de ocorrência e 55,2% dos idosos apresentavam pelo menos uma lesão decorrente do acidente ou violência. CONCLUSÕES: Os resultados apontam que as quedas foram a causa externa de maior proporção, com destaque para a população feminina. Portanto,

torna-se necessário novos estudos que investiguem as quedas nesta parcela populacional, com perspectiva de prevenção.

Palavras- chave: Idosos. Causas externas. Enfermagem geriátrica. Acidentes. Violência.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the profile of older people and of accidents and violence that motivated them to seek treatment at the emergency service in Pelotas-RS. **METHOD:** Descriptive study. The variable of interest was the external cause of morbidity according to the 10° International Classification of Diseases. Others variables belonged to a two groups: those relating to the elderly and those relating to the disease. The data collection was realized by interviewers using a structured instrument. The interviews were realized in March and April 2010. RESULTS: We identified 348 elderly. Losses and refuses amounted 6,8%. Women were most affected by external causes. The predominant skin color was the white. The age range of 75 years and over represent the largest proportion. The elderly who lives in Pelotas represented 84,9% of the total and of this 88,9% in urban zone and 43,5% of the elderly were married or living with partner. We observed that 81,8% of the elderly refers that being able to read and write. Retired represented the majority, this being the largest source of income. The falls represented the external cause most frequent to reach 62% of the elderly, followed by others unintentional causes, traffic accidents and intentional causes. Analyzing all the external causes we verified that the higher proportions occurred in afternoon (38,4%). The residence was in 55,9% of cases the local of occurrence and 55,2% of the elderly had at least one injury caused by the accident or violence. CONCLUSIONS: The results indicate that falls were the external causes with the highest proportion, especially in female population. Therefore, it is necessary to realize new research of falls in this population, with the prevention perspective.

Key words: Elderly. External causes. Geriatric nursing. Acidents. Violence.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, com crescimento mais acentuado nos países em desenvolvimento. Isso se deve à queda nas taxas de fecundidade e mortalidade que, somada à melhoria das condições de vida da população, vem ocasionando o aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas com idade avançada.¹⁴

Paralelamente a essa transição demográfica, surge a transição epidemiológica em que as doenças infecto-contagiosas e parasitárias vem dando lugar às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e às Causas Externas caracterizadas pelos acidentes e violência. Segundo a Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), esses configuram-se num

conjunto de agravos à saúde que podem ou não induzir a vítima ao óbito, no qual estão inseridas as causas acidentais- geradas pelo trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos, entre outros - e as causas intencionais -agressões e lesões autoprovocadas.⁴ Esse conjunto de agravos consta na 10^a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob a denominação de causas externas.¹⁷ De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2009 no Rio Grande do Sul, as causas externas representam a quarta causa de morte, depois das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório.¹¹

Embora as principais vítimas de causas externas ainda sejam os adultos jovens, este evento vem merecendo atenção também na população idosa, visto que interferem no envelhecimento ativo, e quando não levam óbito, causam incapacidades temporárias ou permanentes, demandam internações longas, de maior complexidade e com alto custo ao Sistema de Saúde. 16,23

No Brasil, enquanto os acidentes de transporte são a primeira causa externa específica de mortes de idosos afetando mais os homens, as quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação, desse grupo populacional. As quedas são, também, o principal motivo pelo qual procuram os serviços de emergência, sendo mais freqüente entre as mulheres.⁸

Na região sul do país, no município de Pelotas, a relevância de estudar esta população se deve ao fato de possuir 14% de seus 327.778 mil habitantes na faixa etária de 60 anos ou mais, o que está acima da média do estado do Rio Grande do Sul, que apresenta uma taxa de 12,2%, e do Brasil em que 11,3% estão na faixa etária de 60 anos ou mais.¹¹

A importância de estudar causas externas neste seguimento etário no município, não se deve somente a alta proporção de idosos, mas principalmente porque os acidentes e violências apresentarem maior tendência a levar a complicações ou morte prematura, devido a diminuição das reservas fisiológicas.

Salienta-se ainda que estudos sobre morbidade e, principalmente, com dados primários em serviços de emergência, mesmo sendo fonte profícua para a obtenção de dados confiáveis e detalhados, são escassos no país, devido à dificuldade de operacionalização, fazendo com que grande parcela das pesquisas sejam realizadas com dados secundários. Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever o perfil dos idosos e dos acidentes e violências que motivaram a procura de atendimento no Pronto Socorro de Pelotas-RS.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com idosos (60 anos e mais) atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS (PSP) em decorrência de acidentes e violência. Esse serviço presta atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e é referência em urgência e emergência para 23 municípios do sul do Brasil além do município sede. Atende diariamente em torno de 300 pacientes, e em média sete são idosos assistidos em decorrência de causas externas, conforme dados obtidos junto às Fichas de Atendimento – FA (2010).

A variável de interesse nesta pesquisa foi a causa externa de morbidade de acordo com os capítulo XIX e XX do CID-10.¹⁷ Essas foram agrupadas em causas não intencionais ou acidentais e causas intencionais. Para a análise as causas não intencionais foram divididas, conforme a ocorrência, em: quedas, acidentes de transporte e outras causas (impacto causado por objeto lançado ou em queda, apertado ou comprimido por ou entre objetos, forças mecânicas inanimadas e impacto contra objetos, penetração de corpo estranho através da pele, e contato com material cortante, acidentes com animais e exposição à substância quente). Fizeram parte das causas intencionais as lesões auto-infringidas intencionalmente (tentativa de suicídio) e as agressões.

Outras variáveis foram divididas em dois grupos: relativas aos idosos e as relativas ao agravo. As variáveis relativas ao idoso foram: sexo (masculino; feminino), idade (60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; ≥75 anos), cor da pele auto-referida (branca, preta ou outra), estado civil (casado ou com companheiro, solteiro ou separado, viúvo), sabe ler e escrever (sim; não), município em que reside (Pelotas; outro), Arranjo familiar (mora sozinho; com companheiro sem filhos; com companheiro e filhos; com filhos; outros), procedência (zona urbana; zona rural), aposentado (sim; não), trabalha atualmente (sim; não), maior fonte de renda(aposentadoria; outra fonte), renda mensal (em salários mínimos: ≤ 1; >1), dependem da renda do idoso incluindo ele (só o idoso; idoso mais 1-3 pessoas; idoso e 4 pessoas ou mais). As variáveis relativas à causa externa foram: período do dia em que de ocorreu (manhã das 7:00h-12:59h; tarde 13:00h-17:59h; noite 18:00h-06:59h), local de ocorrência (em casa, na rua ou no serviço), presença de lesão (sim; não) e, local da lesão (membros superiores; membros inferiores; cabeça, face ou tronco; múltiplas lesões).

As entrevistas foram individuais, realizadas diariamente de três de março a 20 de abril de 2010 por 17 entrevistadores, que permaneceram no serviço durante o período de 24h, incluindo domingos e feriados. Os idosos ou seus acompanhantes foram entrevistados no serviço, no período anterior ou posterior ao atendimento, mediante a aplicação de um instrumento estruturado. Foram excluídos do estudo, os idosos que estavam impossibilitados de responder coerentemente aos questionamentos e não apresentavam um acompanhante no momento da entrevista.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sob o número 10/2010. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes da pesquisa, garantindo o anonimato e o direito de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

RESULTADOS

Foram identificados 348 idosos vítimas de causas externas no período da coleta e deste total 324 (93,2%) foram entrevistados. Ocorreram 18 perdas e seis recusas totalizando 6,8%. Em relação às perdas consistiram em 12 homens e 6 mulheres, e destas o motivo de procura ao serviço foi o acidente de transporte atingindo (44,4%) dos idosos. Em relação às recusas, quatro eram mulheres e dois homens e nesse caso, as causas intencionais como agressão física por familiares e tentativa de suicídio foram as causas de procura ao PSP.

A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas de idosos vitimas de acidentes e violências atendidos no Pronto Socorro de Pelotas-RS.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas de idosos vitimas de acidentes e violências. Pelotas, 2010

Variáveis	(N=324)	%
Sexo		
Masculino	119	36,7
Feminino	205	63,3
ldade		
60-64 anos	89	27,5
65-69 anos	69	21,3
70-74 anos	61	18,8

	405	
75 e mais anos	105	32,4
Cor da pele		
Branca	260	80,2
Preta	36	11,1
Outras	28	8,6
Estado civil		
Casado ou com companheiro	141	43,5
Solteiro ou Separado	75	23,2
Viúvo	108	33,3
Arranjo familiar		
Só	67	20,7
Com companheiro(a), sem filhos	81	25,0
Com filho(a) (s)	81	25,0
Com companheiro(a) e filhos	58	17,9
Outros	37	11,4
Município em que reside		
Pelotas	275	84,9
Outros	49	15,1
Procedência		
Zona urbana	288	88,9
Zona rural	36	11,1
Sabe ler e escrever		
Não	59	18,2
Sim	265	81,8
Aposentados		
Não	75	23,1
Sim	249	76,9
Trabalha atualmente		,
Não	241	74,4
Sim	83	25,6
Maior fonte de renda (n=322)		,
Aposentadoria	223	69,2
Outras fontes	99	30,8
Renda mensal do idoso em salário mínimo*		/ -
≤ 1 salário	206	63,6
> que 1 salário	118	36,4
Dependem da renda do idoso		, -
Só o idoso	134	41,4
Idoso mais 1-3 pessoas	150	46,3
Idoso mais ≥ 4 pessoas	40	12,3
*O-15/1	.0	. 2,0

^{*}Salário mínimo vigente em março/abril 2010 R\$ 510,00.

A maioria dos idosos eram mulheres. A cor da pele predominante foi a branca.

A média de idade foi de 71,2 anos (DP 8,3), tendo os homens uma média de idade correspondente a 69,7 anos (DP 8,1) as mulheres 72,1 anos (DP 8,4). A faixa etária dos 75 anos e mais representou a maior proporção (32,4%). Em relação ao município de origem e a procedência 84,9% eram de Pelotas e 88,9% da zona urbana. No que se refere ao estado civil, a maior proporção dos idosos eram casados ou viviam com companheiro (a), seguidos pelos viúvos. Idosos que moram com companheiro (a) ou somente com os filhos apresentaram a mesma proporção (25,0%) cada e os que moravam sós (20,7%). Observa-se que mais de três quartos dos idosos referiram saber ler e escrever.

Os aposentados representaram 76,9%, sendo esta a sua maior fonte de renda (69,2%). Somente um quarto dos idosos trabalhava e, destes, mais da metade o faziam no domicilio ou ao redor do mesmo cuidando de netos, da casa ou em atividades em comércio próprio, além de profissões da classe trabalhadora que presta serviços, tais como doméstica, pedreiro, servente de obras, motorista, jardineiro e marceneiro.

A renda do idoso corresponde a até um salário mínimo em três quartos dos entrevistados e mais da metade destes indivíduos contribuem com o sustento da família.

A figura 1 apresenta a distribuição das causas externas em idosos atendidos no Pronto Socorro de Pelotas- RS. Mar/ Abril, 2010.

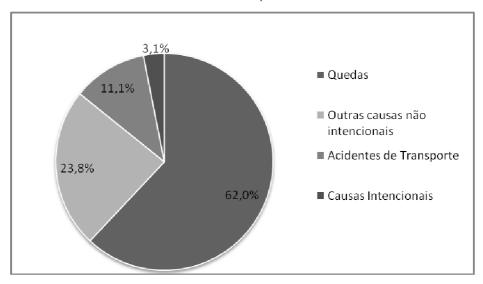


Figura 1. Distribuição das causas externas em idosos atendidos no Pronto Socorro de Pelotas. Pelotas mar/abril 2010.

A figura 1 mostra que as quedas constituem a causa externa mais freqüente em idosos atendidos no PSP, representando três quartos da amostra. A distribuição das causas externas que levaram os idosos ao Pronto Socorro de Pelotas-RS de acordo com sexo, idade e circunstâncias do evento estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das causas externas que levaram os idosos ao Pronto Socorro de Pelotas em relação a sexo, idade e circunstância do evento. Pelotas-RS, mar/abril, 2010.

Variáveis	Causas externas								
	Não intencionais						Intencio	nais	
	Queda Outras causas não n(201) intencionais		Acidente de transporte		Causas intencionais				
	(-,	· (77)	(0.0)			n(10)		
	n(77)n(36)								
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%	
Feminino	153	76,1	31	40,3	17	47,2	4	40,0	
Masculino	48	23,9	46	59,7	19	52,8	6	60,0	
Idade									
60 a 64 anos	53	26,3	21	27,3	14	38,8	1	10,0	
65 a 69 anos	40	19,9	23	29,9	4	11,1	2	20,0	
70 a 74 anos	38	19,0	17	22,1	4	11,1	2	20,0	
≥75 anos	70	34,8	16	20,7	14	38,8	5	50,0	
Período do dia que									
ocorreu									
Manhã	71	35,3	31	40,8	10	27,8	5	50,0	
Tarde	77	38,3	26	34,2	18	50,0	3	30,0	
Noite	53	26,4	19	25,0	8	22,2	2	20,0	
Local de ocorreu									
Em casa	123	61,2	50	64,9	0	0	8	80,0	
Na rua	68	33,8	17	22,1	34	94,4	2	20,0	
No serviço	10	5,0	10	13,0	2	5,6	0	0	
Presença de lesão									
Não	104	51,7	27	35,1	9	25,0	5	50,0	
Sim	97	48,3	50	64,9	27	75,0	5	50,0	
Local da lesão	٠.	, .		0 .,0		. 0,0	•	55,5	
Membros Superiores	22	22,7	25	50,0	3	11,1	2	40,0	
Membros Inferiores	30	30,9	17	34,0	8	29,6	0	0	
Cabeça/face ou tronco	26	26,8	7	14,0	6	22,2	2	40,0	
Múltiplas lesões	19	19,6	1	2,0	10	37,1	1	20,0	

A tabela 2 mostra que em relação ao sexo, as causas externas se distribuem de maneira diferente entre homens e mulheres. Nas mulheres as quedas correspondem a três quartos dos atendimentos, enquanto os homens são mais acometidos por outras causas não intencionais, acidentes de transporte e causas intencionais. Nas quedas e nas causas intencionais, a faixa etária mais atingida corresponde aos 75 anos e mais. Nos acidentes de transporte as faixas etárias iniciais apresentaram a mesma proporção do que os com 75 anos e mais. As quedas e acidentes de trânsito ocorreram mais durante a tarde, enquanto as outras causas não intencionais e as causas intencionais pela manhã. No entanto, analisando as causas externas como um todo se verifica que maior proporção ocorreu à tarde (38,4%). A residência foi, em mais da metade dos casos, o local de ocorrência e 55,2% apresentavam pelo menos uma lesão decorrente do acidente ou violência, principalmente em extremidade. Já nos acidentes de transporte, as múltiplas lesões ou politraumatismo tiveram a maior proporção.

DISCUSSÃO

Os achados evidenciaram que as mulheres brancas foram as mais acometidas. Achados semelhantes foram encontrados em São José do Rio Preto, com 216 idosos que receberam atendimento por causas externas em um serviço de emergência no ano de 2005, em que 61,5% eram do sexo feminino e os idosos brancos representavam 93% da amostra.⁶ Ainda estudo realizado em Israel entre os anos de 1997 e 2001 sobre agravos não intencionais com 26.921 indivíduos, no qual constataram que 37% destes eram idosos e ainda as mulheres idosas foram maioria (70%).²⁰

Nesse estudo, a faixa etária de maior proporção foi 75 anos e mais, considerada de forma não concensual⁵ marco para a vulnerabilidade à fragilização. Estudos nacionais e internacionais também apontam idosos nesta faixa etária como os mais atingidos por acidentes.^{3,13} Contudo, difere de um estudo realizado na Turquia em 2009 em que idosos nas faixas etárias iniciais foram os mais atingidos.¹

Embora o serviço de emergência em questão seja referencia para 23 municípios da região sul, mais de três quartos dos idosos eram do município sede, provenientes da zona urbana. De acordo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) o grau de urbanização da população idosa no estado do Rio Grande do Sul acompanhou a tendência da população total, ficando em torno de

81% em 2000.¹⁰ E cerca de 80% dos idosos moram acompanhados. Estudo realizado em Londrina no ano de 2004 apresentou proporções menores em que dos 121 idosos que sofreram trauma devido a causas externas 63% moravam acompanhados.² Entretanto, estudos evidenciam que idosos que vivem só são mais suscetíveis a acidentes, devido ao fato de serem responsáveis pela maioria das tarefas diárias que, associadas à instabilidade funcional, poderão gerar situações de riscos para acidentes.^{7,18}

A maioria dos idosos atendidos no PSP por causas externas são aposentados (76,9%), e ajudam no sustento da família ganhando até um salário mínimo, sendo essa a sua maior fonte de renda (69,2%). Outros estudos com idosos envolvendo acidentes ou violência encontraram dados semelhantes. ^{2,22} Somente um quarto dos idosos desta pesquisa referiu trabalhar. Esses dados vêm ao encontro aos do IBGE (2009), em que idosos em atividade representam quase um terço dos 14,5 milhões de brasileiros com mais de 60 anos. ¹⁰

Mais de três quartos dos idosos desta pesquisa sabem ler e escrever. No entanto, um estudo de Londrina evidenciou que somente a metade dos idosos vitimas de causas externas apresentavam essa condição educacional.² De acordo com o IBGE, em 2000 64.8% dos idosos sabiam ler e escrever.¹⁰

Do total atendimentos por causas externas a idosos, nesta pesquisa, 97% foram decorrentes de causas não intencionais ou acidentais. Corroborando com outros trabalhos que, da mesma forma, evidenciaram o componente não intencional como predominante em relação aos intencionais. 9,15

A causa externa mais freqüente nos idosos de ambos os sexos atendidos no PSP, foram as quedas, seguidas das outras causas não intencionais, dos acidentes de transporte e das causas intencionais.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em 2004 com idosos hospitalizados por causas externas no estado de São Paulo, em que as quedas corresponderam 48.940 internações (56,1%) do total, seguida das outras causas não intencionais (25%), dos acidentes de transporte (13,0%) e das agressões e violência (2,8%).⁸ Outros estudos internacionais também evidenciaram as quedas e as outras causas intencionais como a primeira e segunda causa de atendimento aos idosos por causas externas.^{1,12} No entanto, cabe ressaltar que em

alguns estudos os acidentes de transporte aparecem elencados na segunda posição.^{2,7}

As quedas são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo pelo qual procuram os serviços de emergência. A prevalência de quedas em idosos na comunidade pode variar de 28% a 34,8% em ambos os sexos²⁴ e elevar-se para 40,1% tratando-se de mulheres. Como consequência podem levar o idoso óbito prematuro, reduzem a independência, aumentam a freqüência das fraturas, gerando demandas para outros níveis do sistema de saúde e novos arranjos familiares.

Mulheres idosas atendidas por quedas no PSP corresponderam a três quartos dos atendimentos, enquanto os homens são mais acometidos pelas outras causas não intencionais, pelos acidentes de transporte e pelas causas intencionais. Estes mesmos dados foram observados em outras publicações que apontaram as quedas como primeira causa de morbidade nas mulheres, tendo sua ocorrência muitas vezes relacionada às atividades domésticas de rotina. Enquanto, nos homens as outras causas não intencionais, principalmente os ferimentos corto contusos em extremidades e os acidentes de transporte são a primeira causa podendo estar relacionados à maior exposição destes a atividades laborais.^{2,8}

Neste estudo, os acidentes e violências aconteceram com maior freqüência no período diurno, correndo uma predominância em relação as quedas e aos acidentes de transporte no período da tarde. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo sobre acidentes por queda com 118 idosos, em que 75% dos acidentes ocorreram a tarde. E em Ribeirão Preto, 25% dos acidentes de transporte com idosos aconteceram entre 15 e 20h.²¹

Quanto ao local, nesse estudo a residência representou metade das ocorrências das causas externas, outros estudos nacionais internacionais apontaram este o local, principalmente ao tratar-se das quedas.^{1,9,19}

Mais da metade dos idosos apresentaram pelo menos uma lesão decorrente do evento, com destaque para os membros inferiores nas quedas, membros superiores nas outras causas não intencionais e as múltiplas lesões nos acidentes de transporte. No México, estudo realizado com 799 idosos de ambos os sexos, mais de um terço (37%) da amostra relataram lesões decorrentes desse evento. 19 o que se difere de estudo realizado. Nos idosos que sofreram acidente de trânsito em Ribeirão Preto-SP, as múltiplas lesões apresentaram- se em segunda posição. 23

Considerou-se como destaque dessa pesquisa, o fato de trazer o perfil dos idosos, que é pouco explorado nos estudos de causas externas envolvendo esta população. Outro ponto positivo são os dados primários que qualificam as informações, além do pequeno percentual de recusas, principalmente por se tratar de um estudo realizado em um serviço de emergência.

Podem ser consideradas limitações o fato de não apresentar grupo controle, e ter entrevistado somente os idosos que buscaram atendimento no PSP, não tendo dados sobre os que buscaram outros serviços. Além dos dados terem sido coletados em dois meses (março e abril). Porém, um estudo pré- piloto realizado entre 2008 e 2009 no mesmo serviço, com população semelhante, o qual abrangeu uma semana de cada mês durante os 12 meses do ano, não apresentou diferença sazonal.

As quedas foram a causa externa de maior proporção, com destaque para a população feminina do estudo. Tendo em vista a repercussão das quedas para a capacidade funcional do idoso, além do risco de co- morbidade e morte prematura, torna-se imperativo novos estudos que explorem esta temática na região sul do Brasil para efetivar estratégias de prevenção. Outro fator relevante é a implicação desta demanda aos serviços de emergência e a necessidade de preparo destes profissionais para qualificar o atendimento assunto que poderá ser explorado em outros estudos. Cabe salientar que a aumentada vulnerabilidade fisiológica dos idosos não significa que traumas e lesões sejam conseqüências inevitáveis da idade, pois as causas externas podem ser preveníveis e previsíveis em todas as idades.

Assim, o conhecimento do perfil da população idosa acometida pelas causas externas, e quais as causas externas mais frequentes que levam esse idoso ao serviço de saúde trazem subsídios para ações de prevenção e educação contribuindo com os propósitos da promoção do envelhecimento ativo e manutenção da capacidade funcional do idoso.

Referencias

- 1. Acimis NM, Mas N, Yazici AC, Gocmen L, Isik T, Mas MR. Accidents of the elderly living in Kocaeli Region (Turkey) *Arch Gerontol Geriatr* (Holanda), v. 49, n.2, p. 220-3, Sep-Oct. 2008.
- 2. Biazin DT, Rodrigues RAP. Perfil dos idosos que sofreram trauma em londrina Paraná. *Rev escola de enfermagem da USP*. 2009;43(3):602-608.

- 3. Bocina I, Smoljanovic A, Nola IA. Mortality caused by injury, poisoning and other consequences of external causes in the Split-Dalmatia county population 2001-2005. *Acta Med Croatica*. 2009 mai; 63(2):123-33.
- 4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n°737 de 16 de maio de 2001 publicada no Diário Oficial da União N°96 de 18 de maio de 2001, Brasília, 2001.
- 5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.
- 6. Campos JFS, Poletti NAA, Rodrigues CDS, Garcia TPR, Angelini JF, Dollinger APAV, Ribeiro RCHM. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. *Arq Ciênc Saúde*. 2007 out-dez;14(4):193-7.
- 7. Donmez L, Gokkoca Z. Accident profile of older people in Antalya City Center, Turkey. Akdeniz University Medical Faculty, *Department of Public Health*, 07070, Campus Antalya, Turkey; February 2003.
- 8. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Jorge MHPM. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e a tenção individual. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(1): 97-103.
- 9. Gawryszewski VP, Scarpelini S, Dib JA, Jorge MHPM, Pereira Junior GA, Morita M. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2008 mai; 24(5):1121-1129. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000500019 &Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2010.
- 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Síntese dos indicadores sociais: uma analise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Dados preliminares do Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 12. Keskinoglu P, _Picakciefe M, Bilgic N, Giray H, Karakus N, Ucku R. Home accidents in the community-dwelling elderly in Izmir, Turkey: how do prevalence and risk factors differ between high and low socioeconomic districts? *J Aging Health*, 2008 Oct; 20(7):824-836.
- 13. Lange C. Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto-SP [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto; 2005.
- 14. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde coletiva ;São Paulo; 2007; 4(17): 135-40.

- 15. Marchese VS, Scatena JHG, Ignotti E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência. Município de Alta Floresta, MT (Brasil). Rev Bras Epidemiol, São Paulo, 2008; 11(4):648-59.
- 16. Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Mortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2006 Jan./fev; 14(1): 17-24.
- 17. OMS. Manual de classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: 1996.
- 18. Perracini MR, Ramos IR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36:709-16.
- 19. Ruelas MG, Salgado NSV. Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud. Salud Pública Méx [periódico na Internet]. 2008 Dez [citado em 2011 fevereiro 22]; 50 (6): 463-471. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634200800060000 7&Ing=en. doi: 10.1590/S0036-36342008000600007
- 20. Sikron FMA, Giveon ABA, Limor DA. My Home is my Castle! Or is it? Hospitalizations following Home injury in Israel, 1997- 2001. *IMAJ*, 2004 Jun.; Vol 6.
- 21. Silveira R, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Idosos que foram vítimas de acidente de trânsito no município de Ribeirão Preto-SP em 1998. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2002 nov/dez;10(6):765-71.
- 22. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E.; Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2007 Out [Acesso em 2010 fevereiro 21]; 41 (5): 749-756. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500009&Ing=en. doi: 10.1590/S0034-89102007000500009.
- 23. Souza ER, Minayo MCS. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2010; 15(6):2659-68.
- 24. Thumé E, Facchini, L A, Tomasi E, Vieira, LAS. Assistência domiciliar a idos fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev Saúde Pública 2010; 44(6)
- 25. Vermelho LL, Monteiro MFG. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002. 91-103p.