



CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL DOS IDOSOS ATENDIDOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PHYSICAL AND MENTAL HEALTH CONDITIONS OF ELDERLY PATIENTS ASSISTED IN AN URGENCY AND EMERGENCY SERVICE

CONDICIONES DE SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LOS ANCIANOS ATENDIDOS EN URGENCIA Y EMERGENCIA

Márcia Oliveira Coelho Campos¹, Edilson Martins Rodrigues Neto², Jane Cris de Lima Cunha³, Luciene Miranda de Andrade⁴, Marta Maria de França Fonteles⁵, Jani Cleria Pereira Bezerra⁶

RESUMO

Objetivo: descrever a situação de saúde física e mental dos idosos que sofreram acidentes e foram atendidos em um hospital de referência em urgência e emergência. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, transversal, desenvolvido com 182 idosos. A coleta de dados ocorreu ao serem utilizados o Questionário BOAS e o software STATA® v.12. A análise dos dados consistiu no estudo descritivo e exploratório das características clínicas dos idosos de forma univariada. Foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fischer para as variáveis nominais. Para as variáveis ordinais, o Teste Qui-Quadrado de Tendência Linear. Em todas as análises, adotou-se o nível de significância estatístico de 5% ($\alpha \leq 0,05$). **Resultados:** destacaram-se queda com fratura/traumatismo e doenças crônico-degenerativas (48,3%). Os idosos não tinham sentimento de solidão (84,7%); nem vontade de chorar (86,2%); sentiam que a vida valia a pena (96%); não tinham arrependimentos (87,4%); se sentiam felizes (92,7%) e que se sentiam satisfeitos com a vida (77,2%). **Conclusão:** as causas de acidentes estão relacionadas aos fatores individuais, diante da vida ativa e da falta de estrutura de residências e comunidades. **Descritores:** Condições de Saúde; Idoso; Propensão a Acidentes.

ABSTRACT

Objective: to describe the physical and mental health situation of elderly victims of accidents who were treated in the urgency and emergency sectors of a reference hospital. **Method:** this is a quantitative, descriptive, cross-sectional study with 182 elderly subjects. The data collection used the BOAS Questionnaire and the STATA software® v.12. Data analysis consisted of a descriptive and exploratory study of clinical characteristics of the elderly in a univariate way. Chi-Square and Fisher's exact tests were used for the nominal variables. The Linear Trend Qui-Square Test was used for the ordinal variables. In all analyses, the level of statistical significance was set at 5% ($\alpha \leq 0.05$). **Results:** falls with consequent fracture trauma and chronic-degenerative diseases stood out (48.3%). The elderly had no feelings of loneliness (84.7%); no desire to cry (86.2%); they felt that life was worth it (96%); they had no regrets (87.4%); were happy (92.7%) and felt content with life (77.2%). **Conclusion:** the causes of accidents are related to the individual factors, hectic life and lack of structure of residences and communities. **Descriptors:** Health Status; Elderly; Accident Proneness.

RESUMEN

Objetivo: describir la situación de salud física y mental de los ancianos que sufrieron accidentes y fueron atendidos en un hospital de referencia en urgencia y emergencia. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, desarrollado con 182 ancianos. La recolección de datos fue al utilizar el Cuestionario BOAS y el software STATA® v.12. El análisis de los datos consistió en el estudio descriptivo y exploratorio de las características clínicas de los ancianos de forma uni-variada. Fueron utilizados los testes estadísticos Chi-Cuadrado y Exacto de Fischer para las variables nominales. Para las variables ordinales, el Test Chi-Cuadrado de Tendencia Linear. En todos los análisis, se adoptó el nivel de significancia estadístico de 5% ($\alpha \leq 0,05$). **Resultados:** se destacaron caída con fractura/traumatismo y enfermedades crónico-degenerativas (48,3%). Los ancianos no tenían sentimiento de soledad (84,7%); ni ganas de llorar (86,2%); sentían que la vida valía la pena (96%); no tenían arrepentimientos (87,4%); se sentían felices (92,7%) y que se sentían satisfechos con la vida (77,2%). **Conclusión:** las causas de accidentes están relacionadas a los factores individuales, frente a la vida activa y de la falta de estructura de residencias y comunidades. **Descriptor:** Estado de Salud; Anciano; Propensión a Accidentes.

¹Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Prefeitura Municipal de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: oc.marcia@gmail.com;

²Farmacêutico, Doutor em Farmacologia, Docente do Centro Universitário Católica de Quixadá/Unicatólica, Docente externo do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica de Medicamentos, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: edilsonmrneto@hotmail.com; ³Médica Veterinária, Doutora em Saúde Coletiva, Servidora Pública do Estado do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: janecic@gmail.com; ⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Servidora Pública Municipal de Fortaleza e Estadual do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: lucienne.m@uol.com.br; ⁵Farmacêutica, Doutora em Farmacologia, Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: martafonteles@yahoo.com.br; ⁶Educadora Física, Doutora em Medicina do Esporte, Centro Universitário Moacyr Sreder Bastos (UNIMSC)/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), LABIMH. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: j.cleria@gmail.com

INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo, e não se conhece a relação entre a condição física e mental e o risco de acidentes em pessoas idosas. Os idosos estão sendo vítimas de acidentes incluindo quedas, e os fatores relacionados podem ser multifatoriais. Não existem dados na literatura referentes a acidentes sofridos por pessoas idosas que relacionem a situação de saúde como fator de predisposição a tais ocorrências.

As hospitalizações de pessoas acima de 60 anos envolvendo acidentes sofridos ou autoaplicados no Brasil, em 2014, foram 162.364, sendo que a região Nordeste possui o maior número de hospitalizações por causas externas, com 37.107. O Estado do Ceará é o terceiro em hospitalizações por causas externas, com 7.833 hospitalizações de janeiro a dezembro de 2014.¹

Das causas de acidentes sofridos pelos idosos, a queda de idosos é uma das principais causas de óbito ou de incapacitação, gerando grande custo à saúde, além de ser a principal razão de grandes danos emocionais e psíquicos para o idoso que cai e para a sua família.²

O estudo sobre as condições de saúde dos idosos atendidos em urgência e emergência no Estado do Ceará necessita de uma abordagem detalhada e científica. As peculiaridades da pessoa idosa devem ser levadas em consideração, para que as ações de saúde possam ter mais eficácia na identificação de fatores de risco de acidentes.

OBJETIVO

- Descrever a situação de saúde física e mental dos idosos que sofreram acidentes e foram atendidos em um hospital de referência em urgência e emergência.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, que utilizou a técnica *Survey*.³ O estudo foi desenvolvido em um hospital público de referência em emergência do Estado do Ceará, situado em Fortaleza, capital do Estado, Brasil.

A população do estudo foi estimada pelo número de idosos atendidos no hospital pesquisado, vítimas de acidentes, no ano de 2013. A amostra do estudo foi calculada a partir da fórmula indicada para estudos em população finita.⁴ Para o cálculo amostral, foram adotados os seguintes parâmetros: nível de confiança do estudo de 95% ($Z_{\alpha} = 1,96$); erro amostral de 5%; no denominador utilizou-se a população total de 1.898 idosos (número

de atendimentos a idosos no hospital, no ano 2013). Optou-se por uma amostra aleatória simples dos pacientes acima de 60 anos, vítimas de acidentes atendidos no hospital, no período de abril a agosto de 2014.

A seleção dos participantes foi por conveniência, devido os sujeitos de interesse estarem concentrados em um mesmo local. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; aceitar participar do estudo, ter sido vítima de acidente; e ter condição de responder à entrevista sem ajuda do cuidador. Critérios de exclusão: os idosos que estiveram em Unidades de Internação (UTI) em estado crítico de saúde e os que por ventura retirassem o consentimento a qualquer tempo de sua participação no estudo. Com base nos parâmetros expostos, a amostra mínima foi estimada em 178 idosos, selecionados por conveniência, de forma consecutiva, conforme a internação.

Como instrumento de coleta de dados, adotou-se um recorte do questionário validado *Brazil Old Age Schedule (BOAS)*⁵, um questionário multidimensional utilizado para avaliação funcional e desenvolvido para estudos com a população idosa de um centro urbano (Rio de Janeiro, Brasil). Este instrumento é fundamentado no questionário *CARE16*, para o segmento de saúde mental, e no *OARS14* e *PAHO33*⁵ com padrões aceitáveis de validade e confiabilidade, como o questionário *CARE16*, para o segmento de saúde mental, e o *OARS14* e *PAHO33*⁵. Utilizou-se as 45 questões referentes aos perfis dos idosos.

Os dados foram coletados após a pesquisadora se apresentar aos responsáveis pelo setor de emergência e de internação portando um crachá fornecido pela instituição, bem como os documentos de permissão para realização da pesquisa. Nestes setores, foram levantadas as informações sobre os idosos internados junto à equipe de enfermagem, direcionando-se aos idosos que correspondiam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Após a localização do leito do idoso, solicitou-se a participação do idoso no estudo a fim de poder proceder com a entrevista. Foram também prestadas todas as informações sobre a pesquisa, bem como o seu direito de desistir a qualquer momento de sua participação. Nesse momento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado. Para os idosos que não sabiam escrever ou estavam com fratura do membro, solicitou-se a assinatura do acompanhante responsável. Os acompanhantes também

foram orientados sobre a pesquisa. A presença do acompanhante facilitou a confirmação dos dados relatados pela pessoa idosa.

Após a coleta os questionários, estes foram conferidos e digitados no gerenciador do banco de dados do Microsoft Access 2003® e exportados para o software estatístico STATA v.12® para tratamento e geração dos resultados. O tratamento dos dados consistiu na verificação das informações digitadas e na construção de novas variáveis recategorizadas. A análise dos dados consistiu no estudo descritivo e exploratório das características clínicas dos idosos de forma univariada. Para tal, foram utilizadas medidas descritivas e de dispersão para as variáveis contínuas (médias e desvio padrão), distribuição de frequências univariadas e bivariadas para as variáveis qualitativas nominais e ordinais.

Para verificar diferenças proporcionais entre as características observadas e os grupos quanto ao sexo, foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado e Exato de Fischer para as variáveis nominais. Para as variáveis ordinais, o Teste Qui-Quadrado de Tendência Linear. Em todas as análises adotou-se o nível de significância estatístico de 5% ($\alpha \leq 0,05$).

Este estudo respeitou os preceitos éticos e legais da Resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado nº 635.039.

RESULTADOS

A população do estudo foi constituída por 182 idosos vítimas de acidentes. 67,0% são

mulheres e 30,0% homens. A média da idade da população foi de 77,9 anos, variando entre 60 e 99. Quanto aos níveis de escolaridade 53,3% têm o ensino fundamental incompleto. Com relação ao estado conjugal, 36,8% estão casados ou morando juntos, e 48,3% são viúvos.

Quanto ao rendimento familiar, 31,3% possuem entre um e dois salários mínimos. A maioria dos idosos (68,0%) é aposentada ou recebia pensão de seus cônjuges, e 25,0% são ativos no mercado de trabalho para complementar suas rendas. Outros ainda não possuem idade de receber o benefício da aposentadoria. Com relação à procedência, todos os pesquisados são de nacionalidade brasileira, sendo que a região predominante foi o Nordeste, com 99,0% do total.

• Caracterização da Saúde Física

Com relação aos idosos que deram entrada no hospital de emergência, predominaram as vítimas de queda com fratura/traumatismo. Estes possuíam comorbidades doenças crônico-degenerativas: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Doença de Alzheimer; doenças cardíacas; hipotireoidismo; artrite/artrose; Doença de Parkinson; osteoporose; asma; glaucoma; neoplasias malignas, enfisema pulmonar e AVC (48,3%). 25,8% foram vítimas de queda com fratura/traumatismo sem comorbidades (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das ocorrências por sexo dos problemas de saúde relatados pelos idosos entrevistados em um hospital de referência de urgência e emergência (n=182). Fortaleza (CE), Brasil, 2014.

Problemas de saúde	Total n (%)	Sexo Masculino n (%)
Queda sem fratura/traumatismo	1 (0,6)	1 (1,7)
Queda com fratura/traumatismo	47 (25,8)	22 (36,7)
Acidente com fratura/traumatismo	6 (3,3)	3 (5,0)
Doenças crônico-degenerativas	1 (0,6)	1 (1,7)
Outras doenças	1 (0,6)	1 (1,7)
Queda sem fratura/traumatismo e doenças crônico-degenerativas	2 (1,0)	0 (0,0)
Queda sem fratura/traumatismo e outras doenças	1 (0,6)	1 (1,7)
Queda com fratura/traumatismo e doenças crônico-degenerativas	88 (48,3)	16 (26,7)
Queda com fratura/traumatismo e outras doenças	10 (5,5)	5 (8,2)
Acidente com fratura/traumatismo e doenças crônico-degenerativas	16 (8,8)	7 (11,7)
Queda com fratura/traumatismo, doenças crônico-degenerativas e outras doenças	6 (3,3)	2 (3,2)
Acidente com fratura/traumatismo, doenças crônico-degenerativas e outras doenças	1 (0,6)	1 (1,7)
Não se aplica/Não Responde	2 (1,0)	0 (0,0)

Quanto à ocorrência de problemas na mobilidade dos idosos, 94,4% (96,6% do sexo masculino e 93,4% do sexo feminino) não

possuíam problemas de mobilidade preexistentes. Quanto aos problemas nas articulações, 83,5% (85% sexo masculino e

82,8% sexo feminino) não apresentavam problemas. Quanto à ausência de algum membro, apenas um idoso do sexo feminino (0,6%) não possuía um dos membros inferiores

(Tabela 2). Não houve diferença significativa quanto ao sexo em relação à mobilidade dos idosos.

Tabela 2. Distribuição por sexo da ocorrência de problemas de mobilidade, articulações e ausência de algum membro em relação à percepção de saúde de idosos entrevistados em um hospital de referência de urgência e emergência (n=182). Fortaleza (CE), Brasil, 2014.

Características	Total n (%)	Sexo Masculino n (%)	Feminino n (%)
Problemas de Mobilidade			
Sim	5 (2,8)	1 (1,7)	4 (3,3)
Não	172 (94,4)	58 (96,6)	114 (93,4)
Não se aplica/não responde	5 (2,8)	1 (1,7)	4 (3,3)
Problemas nas articulações			
Sim	25 (13,7)	8 (13,3)	17 (13,9)
Não	152 (83,5)	51 (85,0)	101 (82,8)
Não se aplica/não responde	5 (2,8)	1 (1,7)	4 (3,3)
Ausência de algum membro			
Sim	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,8)
Não	176 (96,7)	59 (98,3)	117 (95,9)
Não se aplica/não responde	5 (2,8)	1 (1,7)	4 (3,3)

Notas:^a Teste Qui-Quadrado Exato de Fisher.

Dos problemas de saúde relacionados à visão, 39,5% dos idosos consideravam sua visão ótima (38,2% sexo masculino e 40,2% sexo feminino). 3,5% dos idosos são cegos

(3,6% sexo masculino e 3,4% sexo feminino) e apenas uma idosa do sexo feminino possui cegueira congênita (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição por sexo de ocorrências relativas a problemas de visão, audição, dentição e controle da urina dos idosos entrevistados em um hospital de referência em urgência e emergência em relação à sua percepção de saúde (n=182). Fortaleza (CE), Brasil, 2014.

Características	Total n (%)	Sexo Masculino n (%)	Feminino n (%)
Situação da visão (n=172)			
É cego	6 (3,5)	2 (3,6)	4 (3,4)
Ótima	68 (39,5)	21 (38,2)	47 (40,2)
Boa	45 (26,2)	14 (25,5)	31 (26,5)
Ruim	49 (28,5)	17 (30,9)	32 (27,3)
Péssima	4 (2,3)	1 (1,8)	3 (2,6)
Situação da audição (n=174)			
Ótima	65 (37,4)	23 (41,1)	42 (35,6)
Boa	78 (44,8)	24 (42,8)	54 (45,8)
Ruim	27 (15,5)	8 (14,3)	19 (16,1)
Péssima	4 (2,3)	1 (1,8)	3 (2,5)
Situação dos Dentes (n=174)			
Ótima	3 (1,7)	2 (3,5)	1 (0,8)
Boa	7 (4,0)	4 (7,0)	3 (2,6)
Ruim	25 (14,4)	9 (15,8)	16 (13,7)
Péssima	139 (79,9)	42 (73,7)	97 (82,9)
Problema nos dentes (n=175)			
Não estão faltando dentes	3 (1,7)	2 (3,5)	1 (0,8)
Faltando poucos dentes	8 (4,6)	5 (8,8)	3 (2,6)
Faltando a maioria dos dentes	164 (93,7)	50 (87,7)	114 (96,6)
Usa dentes Postiços (n=175)			
Sim	90 (51,4)	21 (36,8)	69 (58,5)
Não	85 (48,6)	36 (63,2)	49 (41,5)
Problema na Mastigação (n=175)			
Sim	42 (24,0)	16 (28,1)	26 (22,0)
Não	133 (76,0)	41 (71,9)	92 (78,0)
Incontinência Urinária (n=172)			
Sim	6 (3,5)	0 (0,0)	6 (5,2)
Não	166 (96,5)	56 (100,0)	110 (94,8)

Notas: ^a Teste Qui-Quadrado de tendência linear; ^b Teste Qui-Quadrado Exato de Fisher.

Quanto à audição, 44,8% a referiram como boa (42,8% sexo masculino e 45,8% sexo feminino). Apenas 2,3% a consideravam péssima (1,8% sexo masculino e 2,5% sexo feminino). No que se refere à situação

dentária, 79,9% referiram como péssima (73,7% sexo masculino e 82,9% sexo feminino), pois não possuíam a maioria dos dentes ou nenhum. Mesmo não possuindo dentes, apenas 51,4% dos idosos usavam prótese dentária

parcial ou total (36,8% sexo masculino e 58,% sexo feminino). Quanto à percepção dos idosos sobre problemas de mastigação, 76,0% referiram não possuir problemas ao mastigar os alimentos, mesmo com poucos ou sem nenhum dente (71,9% sexo masculino e 78,0% sexo feminino) (Tabela 3).

Quando questionados sobre problemas de incontinência urinária, 96,5% dos idosos não relataram problemas (56,0% sexo masculino e 94,8% sexo feminino). Apenas 3,5% do total que relataram incontinência eram do sexo feminino (5,2%) (Tabela 3).

Observou-se homogeneidade proporcional entre os grupos em relação às características observadas, exceto para a presença de

Tabela 4. Distribuição por sexo da situação do estado de memória e orientação dos idosos entrevistados em um hospital de referência de urgência e emergência em relação à sua percepção de saúde (n=182). Fortaleza (CE), Brasil, 2014.

Características	Total n (%)	Sexo	
		Masculino n (%)	Feminino n (%)
Ano que nasceu			
Sabe o ano em que nasceu	116 (63,7)	49 (81,7)	67 (54,9)
Não sabe o ano em que nasceu	66 (36,3)	11 (18,3)	55 (45,1)
Endereço onde mora			
Informa corretamente o endereço	129 (70,9)	49 (81,7)	80 (65,6)
Não informa o endereço corretamente ou não sabe	53 (29,1)	11 (18,3)	42 (34,4)
Tempo em que mora no endereço (n=178)			
Informa o tempo corretamente	119 (66,9)	42 (70,0)	77 (65,3)
Não informa o tempo corretamente	59 (33,1)	18 (30,0)	41 (34,7)
Nome do Presidente da República			
Informa o nome correto do presidente da República	95 (52,2)	38 (63,3)	57 (46,7)
Não informa o nome do presidente da República	87 (47,8)	22 (36,7)	65 (53,3)
Mês			
Informa o mês corretamente	100 (54,9)	35 (58,3)	65 (53,3)
Não informa o mês corretamente	82 (45,1)	25 (41,7)	57 (46,7)
Ano			
Informa o ano corretamente	86 (47,3)	32 (53,3)	54 (44,3)
Não informa o ano corretamente	96 (52,7)	28 (46,7)	68 (55,7)

Notas: ^a Teste Qui-quadrado Exato de Fisher.

Quanto à memorização do ano de nascimento, 63,7% do total de idosos sabem o ano em que nasceram (81,7% sexo masculino e 54,9% sexo feminino). O endereço do local onde moram 70,9% referiram corretamente (81,7% sexo masculino e 54,9% sexo feminino). O tempo em que moram no seu endereço atual foi informado corretamente por 52,2% (63,3% do sexo masculino e 46,7% do sexo feminino). O nome do presidente da República foi informado corretamente por 52,2% dos idosos (63,3% sexo masculino e 46,7% sexo feminino). O mês em que estávamos na ocasião da pesquisa foi referido por 54,9% dos idosos corretamente (58,3% sexo masculino e 53,3% sexo feminino). Quanto ao ano, 52,7% não lembravam em que ano estávamos (46,7% sexo masculino e 55,7% sexo feminino).

Com relação à memorização do ano de nascimento, endereço do local onde

prótese dentária que apresentou diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos ($p > 0,05$). As mulheres apresentaram maiores frequências para a presença de dentes postícios quando comparadas aos homens (tabela 3).

• **Caracterização da Saúde Mental dos idosos**

Para a compreensão da situação de saúde mental dos idosos que foram vítimas de acidente, inicialmente questionou-se sobre o seu estado de memória e orientação, conforme descrito na tabela 4.

moravam, nome do atual presidente, os dados revelam diferenças proporcionais estatisticamente significativas entre os grupos ($p \leq 0,05$). As mulheres idosas, de um modo geral, apresentavam baixos percentuais de assertividade quanto à memorização em quase todas as questões deste bloco.

Quando questionados no que diz respeito à sua vida e aos sentimentos de solidão, 84,7% do total não sentem solidão (88,5% sexo masculino e 82,6% sexo feminino). Quanto à vontade de chorar, 86,2% referiram que não têm vontade de chorar (88,5% sexo masculino e 85,0% sexo feminino). Quando questionados se sentiam que a vida não valia a pena, 96% referiram que não, que a vida vale a pena (96,2% sexo masculino e 96,0% sexo feminino) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição por sexo do estado sintomático de quadros depressivos em relação à percepção de saúde de idosos entrevistados em um hospital de referência de urgência e emergência (n=182). Fortaleza (CE), Brasil, 2014.

Características	Total n (%)	Sexo	
		Masculino n (%)	Feminino n (%)
Sentimento de solidão (n=150)			
Sim	23 (15,3)	6 (11,5)	17 (17,4)
Não	127 (84,7)	46 (88,5)	81 (82,6)
Sente vontade de chorar (n=152)			
Sim	21 (13,8)	6 (11,5)	15 (15,0)
Não	131 (86,2)	46 (88,5)	85 (85,0)
Sente que a vida não vale a pena (n=149)			
Sim	6 (4,0)	2 (3,8)	4 (4,0)
Não	143 (96,0)	50 (96,2)	143 (96,0)
Sente que seria melhor estar morto (n=150)			
Sim	2 (1,3)	1 (2,0)	1 (1,0)
Não	148 (98,7)	50 (98,0)	98 (99,0)
Sente arrependimentos na vida (n=151)			
Sem arrependimento	132 (87,4)	43 (81,1)	89 (90,8)
Arrepende-se, mas não se culpa	13 (8,6)	6 (11,3)	7 (7,2)
Arrepende-se, culpa-se, mas atualmente não pensa no assunto	4 (2,7)	3 (5,7)	1 (1,0)
Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto	2 (1,3)	1 (1,9)	1 (1,0)
Se sente feliz nos dias atuais (n=150)			
Não	11 (7,3)	3 (5,8)	8 (8,2)
Sim	139 (92,7)	49 (94,2)	139 (91,8)

Notas: ^a Teste Qui-Quadrado de tendência linear; ^b Teste Qui-Quadrado Exato de Fisher.

Quando indagados sobre se alguma vez pensaram que seria melhor estarem mortos, 98,7% do total de idosos referiram que não (98,0% sexo masculino e 99,0% sexo feminino). 87,4% do total destes não possuem nenhum sentimento de culpa em sua vida, sendo 87,4% sem arrependimentos (81,1% sexo masculino e 90,8% sexo feminino), 92,7% do total se sentem felizes nos dias atuais (92,7% sexo masculino e 91,8% sexo feminino) (Tabela 5).

De um modo geral, o quadro sintomático dos grupos foi proporcionalmente semelhante. Verificou-se homogeneidade entre os grupos quanto às questões levantadas ($p > 0,05$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A autopercepção dos idosos sobre o seu estado de saúde físico torna-se um importante fator de apreensão da situação física na qual as sensações são acompanhadas dos significados atribuídos como resultado da experiência com o corpo.

Além do acidente sofrido, detectou-se que maioria dos idosos pesquisados também possuía doenças preexistentes, as crônico-degenerativas: CID-10 I10 - hipertensão arterial sistêmica; CID-1- E11 - diabetes mellitus; CID-10 G30 - doença de Alzheimer; CID-10 I51 - complicações de cardiopatias e doenças cardíacas mal definidas; CID-10 E03.9 - hipotireoidismo não especificado; CID-10 - M06.9 - Artrite não especificada; CID-10 M19.9 - Artrose não especificada; CID-10 G20 -

doença de Parkinson; CID-10 M81.9 - osteoporose não especificada; CID-10 J45.9 - asma não especificada; CID-10 H40- glaucoma; CID-10 C25 - neoplasias malignas do pâncreas; CID-10 J43.1 - enfisema pulmonar; CID-10- I69.9 - sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A presença de doenças crônicas e comorbidades associadas à vida mais dinâmica do idoso contemporâneo favorece a ocorrência de quedas, resultando em significativas consequências psicológicas, físicas e sociais para a vida desses indivíduos.^{7, 8}

Quanto à vida dinâmica dos idosos, esta pode ser detectada nos acidentes em que foram envolvidos quando estavam conduzindo o seu meio de transporte: CID-10 V80 (queda do cavalo sem colisão); CID-10 V22.4 (motociclista traumatizado em acidente de trânsito com veículo motor de duas rodas).

Estudos desenvolvidos e apontam que os coeficientes de mortalidade por acidentes dos idosos são muito próximos aos da faixa etária de adolescentes e adultos jovens. Os acidentes de trânsito entre a população idosa necessitam de atenção principalmente ao se considerar o seu caráter evitável.^{9,10}

Os acidentes de trânsito podem ser mais frequentes nos idosos em virtude das alterações fisiológicas provenientes do próprio processo de envelhecimento, como redução da velocidade da marcha, déficit da acuidade visual e auditiva, alterações físicas e

cognitivas provenientes de doenças e inadequação de ambientes domiciliares nos quais residem os idosos.^{8,10}

As doenças comumente associadas ao envelhecimento são as crônico-degenerativas não transmissíveis, tais como o câncer, as doenças cardiovasculares, o acúmulo de gordura nos vasos sanguíneos, o enfisema, a doença de Alzheimer, o diabetes mellitus, a catarata, a degeneração associada ao envelhecimento, a artrite reumatoide e a degeneração macular. A artrite reumatoide e a degeneração são associadas ao envelhecimento.¹¹

Além das outras doenças preexistentes referidas detectou-se, segundo o relato dos idosos, como as causas das quedas: CID-10 M21.9 - deformidades adquiridas dos membros inferiores, CID-10 F10 transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, e CID-10 H54- cegueira em ambos os olhos.

Diversas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento mas também às escolhas do estilo de vida, como: tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. A maioria dos cuidados de saúde hoje, no entanto, ainda está estruturada em torno de episódios agudos.⁷

Idosos saudáveis tendem a cair durante atividades diárias fora de casa, enquanto idosos fragilizados tendem a cair em casa durante atividades rotineiras sem grandes exigências sob o equilíbrio.¹²

No presente estudo, percebeu-se a existência de vários motivos para as quedas dos idosos. As mais comuns foram a de sua própria altura ao tropeçarem em barreira dentro de casa ou na rua. Algumas quedas foram em decorrência de desequilíbrio na subida de escada ou cadeira para realizar alguma atividade laboral, tais como: molhar plantas suspensas, consertar instalações elétricas e pintar a casa. Apenas uma queda foi de animal quando o idoso sentiu uma tontura e caiu do cavalo.¹³

As alterações do equilíbrio corporal e da mobilidade estão entre as queixas mais comuns da população idosa, clinicamente caracterizadas como tontura, desvio de marcha e instabilidade. Essas mudanças no controle postural expõem os pacientes a maior risco de quedas e suas consequências. Faz parte da avaliação do equilíbrio e da mobilidade averiguar a história de quedas no último ano e o uso de instrumentos auxiliares da marcha, como bengalas e andadores. No estudo, a maioria dos idosos pesquisados

referiu não ter necessidade de usar instrumentos auxiliares da marcha.¹⁴

Quanto à situação de saúde mental, a maioria dos idosos possui memória preservada, lembra o ano de nascimento, o endereço onde mora, o tempo em que mora no endereço, o nome do atual presidente, o mês atual e o ano. O estado da memória é melhor no sexo masculino. Percebe-se que a capacidade mental do idoso não é afetada com a idade. Apesar de haver significância estatística na percepção do estado de memória de modo mais positivo nos homens, não existem na literatura trabalhos referentes às questões de sexo e redução da memória, mas aos fatores relacionados aos estilos de vida.

Dados de um estudo detectaram que o idoso pode ter redução da motricidade e da percepção, mas não da atividade da mente ou do discurso. É capaz até de progredir qualitativamente com a idade e mais ainda se depender da experiência e da capacidade decisória dela decorrente. Nesse sentido, é importante avaliar alguns aspectos físicos, emocionais e intelectuais que se modificam com o envelhecimento, respeitando sempre as questões individuais.¹⁵

Independentemente de residirem em cidades grandes ou pequenas, em centros urbanos ou no interior do país, as pessoas podem se sentir bem com suas vidas. A percepção da qualidade de vida é bem mais subjetiva e inerente ao intrínseco pessoal do que aos fatores externos, como o ambiental ou o socioeconômico.¹⁶

Ao se analisar dados publicados, observa-se a associação significativa entre sintomas depressivos e maior número de quedas. Existiriam pelo menos três explicações para a relação entre quedas e depressão: a depressão pode preceder as quedas e vice-versa, assim como ambas podem ser efeito de uma causa comum, tais como: pior condição de saúde, limitação funcional em atividades da vida diária, declínio cognitivo e baixa velocidade da marcha.^{17,18}

Quanto aos problemas de saúde enfrentados pelos idosos, 28,2% referem problemas de saúde, seguidos por 8,9% problemas econômicos, que foram semelhantes para o sexo masculino e feminino. Tais problemas não representam motivos de insatisfação para eles.

A maioria dos idosos refere satisfação com a sua vida. Tal fato foi observado nos resultados de um estudo, no qual as pessoas, independentemente de residirem em cidades grandes ou pequenas, em centros urbanos ou

no interior do país, podem se sentir bem com suas vidas. A percepção da qualidade de vida é bem mais subjetiva e inerente ao intrínseco pessoal do que aos fatores externos, como o ambiental ou o socioeconômico.^{18,19}

CONCLUSÃO

A investigação apresentada destinou-se a aprofundar a problemática da situação de saúde física e mental de idosos que sofreram acidentes, atendidos em um hospital de urgência e emergência. A maioria dos idosos pertence ao sexo feminino, na faixa etária entre 81 e 90 anos, com ensino fundamental incompleto, viúvos, possuem renda familiar até dois salários, aposentados e moram com uma ou duas pessoas. A autopercepção que o idoso tem da sua situação de saúde física e a predisposição a acidentes não determina a relação com o acidente sofrido, já que não foram relatados problemas significativos para os idosos.

Sugere-se a adoção de medidas preventivas de controle de acidentes, atividades de educação em saúde, inspeções pelas equipes de saúde no ambiente domiciliar dos idosos durante as visitas domiciliares pelas equipes de Saúde da Família da área de abrangência; programas de antecipação dos riscos novos e emergentes decorrentes da mobilidade urbana, bem como os aspectos ergonômicos dos idosos; considerar os diferenciais fisiológicos e psicológicos no processo de orientação e proteção do idoso no domicílio e na comunidade; e medidas e ações específicas em prol dos grupos de idosos mais vulneráveis a acidentes. Nas ações voltadas para a redução dos acidentes de trânsito, ressalta-se a necessidade de se intensificarem as campanhas de educação para o trânsito, a fim de se reduzirem os riscos de atropelamento de idosos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS, Jul/2015 Internações segundo Município. Faixa Etária 1: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais. Dados de janeiro a dezembro de 2014. Recuperado 08 de agosto 2015.
2. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2010 [cited 2016 Mar 10];15(6):2887-98 Available from:

<http://www.redalyc.org/html/630/63017464026/>.

3. Thomas JR, Nelson JK, Silverman S. Métodos de pesquisa em atividade física. 6^{tn} ed. São Paulo: Sênior-Biociências; 2009.
4. Lopes MVO. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. 7^{tn} ed. In M. Z. Rouquayrol, M. G. C. Silva (Eds). *Epidemiologia & saúde*. (pp.121-132). Rio de Janeiro: MedBook; 2013.
5. Veras RP, Souza CAM, Cardoso SR, Dutra S. Pesquisando populações idosas e A importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Revista de Saúde Pública*. 1988; 22(6):513-8.
6. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466/2012 de 12 de dezembro de 2012. *Diário da República*, 12, 59, Seção 1, 13 de junho de 2013.
7. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [internet]. 2011 [cited 2016 Mar 12];14(4):779-86 Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403834044017.pdf>.
8. Grden CRB, Sousa JAV, Lenardt MH, Pesck RM, Seima MD, Borges PKO. Caracterização de idosos vítimas de acidentes por causas externas. *Cogitare Enfermagem* [internet]. 2014 [cited 2016 Mar 12];19(3):506-13 Available from: <http://www.redalyc.org/html/4836/483647662011/>.
9. Lima RS, Campos MLP. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [internet]. 2011 [cited 2016 Mar 13]; 45(3):659-64 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a16>.
10. Joyce MF, Gupta A, Azocar RJ. Acute trauma and multiple injuries in the elderly population. *Current Opinion in Anesthesiology* [internet]. 2015 [cited 2016 Mar 14];28(2):145-50 Available from: http://journals.lww.com/co-anesthesiology/Abstract/2015/04000/Acute_trauma_and_multiple_injuries_in_the_elderly.6.aspx.
11. Tortora GJ, Derrickson B. *Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia*. 8^{tn} ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
12. Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith AAF, Bezerra VP. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde.

Revista da Escola de Enfermagem da USP [internet]. 2012 [cited 2016 Mar 13];46(2):320-7 Available from: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033316008/>.

13. Fairchild B, Webb TP, Xiang Q, Tarima S, Brasel KJ. Sarcopenia and frailty in elderly trauma patients. World journal of surgery [internet]. 2015 [cited 2016 Mar 13];39(2):373-9 Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-014-2785-7>.

14. Aliberti MJR, Soares RA. Avaliação global do idoso. In: E. L. Kikuchi, & W. Jacob Filho (Eds.). Geriatria e gerontologia básicas (pp. 31-38). São Paulo: Elsevier Brasil; 2011.

15. Caldas CP, Veras RP. O lugar do idoso na família contemporânea e as implicações para a saúde. In: Trad LA (Ed.). Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas (pp. 275-290). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

16. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA, Dantas EHM. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [internet], 2010 [cited 2016 Mar 14];13(1):103-9 Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838792011.pdf>.

17. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2013 [cited 2016 Mar 15]; 29(3):535-46 Available from: http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/R_EPOSIP/36341.

18. Rodrigues J, Mantovani MDF, Ciosak SI. Elderly and trauma: profile and triggering factors. Journal of Nursing UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 15];9(3):7071-7 Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/7305>

19. Cunha RCL, Fortes MSR, Ferreira MAB, Pereira JC, Silva J M FL, Graup S, Nobre GC, Dantas EHM. Efeitos de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo programa saúde da família. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [internet]. 2010 [cited 2016 Mar 16];13(2):197-208 Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838793010.pdf>.

Submissão: 11/04/2016

Aceito: 29/04/2017

Publicado: 15/10/2017

Correspondência

Edilson Martins Rodrigues Neto
Centro Universitário Católica de Quixadá
Rua Juvêncio Alves, 660
Bairro Centro
CEP: 63900-000 – Quixadá (CE), Brasil