



**CoBrALT**

Comitê Brasileiro  
das Ligas do Trauma

# PREVENÇÃO DE TRAUMA NO IDOSO

MAIS SEGURANÇA, MAIS QUALIDADE DE VIDA



EVITAR  
QUEDAS



AMBIENTE  
SEGURO



FORTALECER  
A SAÚDE



CUIDADO  
CONTÍNUO

Estratégias e orientações  
para reduzir o risco de traumas  
e promover o bem-estar  
da população idosa.



PROJETO  
**SALVANDO  
VIDAS**

**2026**

## SUMÁRIO:

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>                                                           | <b>3</b>  |
| <b>2. ENVELHECIMENTO E IMPACTOS NO TRAUMA EM IDOSOS.....</b>                        | <b>4</b>  |
| 2.1. Sistema Músculo-Esquelético.....                                               | 4         |
| 2.2. Sistema Cardiovascular.....                                                    | 4         |
| 2.3. Sistema Respiratório.....                                                      | 5         |
| 2.4. Sistema Renal.....                                                             | 5         |
| 2.5. Sistema Nervoso.....                                                           | 5         |
| 2.6. Sistema Hematopoiético e Coagulação.....                                       | 5         |
| <b>3. MECANISMOS DE TRAUMA.....</b>                                                 | <b>6</b>  |
| 3.1. Quedas.....                                                                    | 6         |
| 3.2. Trauma no trânsito.....                                                        | 6         |
| 3.3. Violência interpessoal e maus-tratos.....                                      | 7         |
| <b>4. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....</b>                                           | <b>9</b>  |
| 4.1. Avaliação Inicial e Comunicação.....                                           | 10        |
| 4.2. Imobilização e Transporte.....                                                 | 10        |
| 4.3. Controle da Dor.....                                                           | 11        |
| 4.4. Prevenção da Hipotermia.....                                                   | 12        |
| <b>5. PROTOCOLO XABCDE.....</b>                                                     | <b>13</b> |
| 5.1. X – Hemorragia Exsanguinante.....                                              | 14        |
| 5.2. A - Via Aérea (Airway).....                                                    | 15        |
| 5.3. B - Respiração (Breathing).....                                                | 16        |
| 5.4. C - Circulação (Circulation).....                                              | 17        |
| 5.5. D - Disfunção Neurológica (Disability).....                                    | 18        |
| 5.6. E - Exposição e Controle do Ambiente (Exposure and Environmental Control)..... | 20        |
| <b>6. ABORDAGEM NA SUSPEITA DE MAUS-TRATOS.....</b>                                 | <b>21</b> |
| Sinais de alerta para maus-tratos e negligência.....                                | 21        |
| Avaliação e comunicação.....                                                        | 22        |
| Notificação e proteção.....                                                         | 22        |
| <b>7. PRINCIPAIS LESÕES ASSOCIADAS AO TRAUMA EM IDOSOS.....</b>                     | <b>23</b> |
| 7.1. Fraturas de Fêmur e Quadril.....                                               | 24        |
| 7.2. Traumatismo Cranioencefálico (TCE).....                                        | 25        |
| 7.3. Fraturas de Costelas e Complicações Torácicas.....                             | 26        |
| 7.4. Queimaduras.....                                                               | 28        |
| 7.5. Lesões de Órgãos Internos.....                                                 | 29        |
| <b>8. FOCO EM: MULTIDISCIPLINARIDADE.....</b>                                       | <b>30</b> |
| 8.1. Visão da Enfermagem.....                                                       | 31        |
| 8.2. Reabilitação Física e Mobilização Precoce.....                                 | 32        |
| 8.3. Suporte Psicológico e Acompanhamento da Saúde Mental.....                      | 33        |
| 8.4. Nutrição e Cuidados com Feridas.....                                           | 34        |
| 8.5. Assistência Social e Apoio à Família.....                                      | 35        |
| 8.6. Integração da Equipe para um Cuidado Coordenado.....                           | 35        |
| <b>9. FOCO EM: PREVENÇÃO.....</b>                                                   | <b>36</b> |
| 9.1. Importância da Prevenção de Quedas.....                                        | 37        |

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| • Avaliação multifatorial do risco de quedas.....                    | 37        |
| • Adaptação e segurança do ambiente domiciliar.....                  | 37        |
| • Exercício físico e manutenção da capacidade funcional.....         | 38        |
| • Avaliação do uso de medicamentos.....                              | 38        |
| • Avaliação visual e de outros fatores sensoriais.....               | 38        |
| • Prevenção de fraturas e promoção da saúde óssea.....               | 39        |
| 9.2. Prevenção de Trauma no Trânsito.....                            | 39        |
| • Avaliação da capacidade para dirigir.....                          | 39        |
| • Uso adequado de dispositivos de segurança.....                     | 39        |
| • Segurança do pedestre idoso.....                                   | 40        |
| 9.3. Prevenção de Traumas Violentos e Maus-Tratos.....               | 40        |
| • Capacitação de profissionais, familiares e cuidadores.....         | 40        |
| • Identificação e encaminhamento de situações de violência.....      | 40        |
| 9.4. Programas de Envelhecimento Saudável.....                       | 41        |
| • Manutenção da independência e participação social.....             | 41        |
| • Alimentação e saúde geral.....                                     | 41        |
| • Vacinação e prevenção de doenças.....                              | 41        |
| 9.5. Sugestões de Ações para as Ligas Acadêmicas.....                | 41        |
| • Programas educacionais e campanhas de conscientização.....         | 42        |
| • Avaliação de riscos no ambiente domiciliar.....                    | 42        |
| • Incentivo à atividade física e à manutenção da funcionalidade..... | 42        |
| • Educação sobre medicamentos e risco de quedas.....                 | 42        |
| • Educação em primeiros socorros.....                                | 42        |
| • Promoção da saúde óssea e nutricional.....                         | 43        |
| • Segurança no trânsito.....                                         | 43        |
| • Prevenção de violência e maus-tratos.....                          | 43        |
| • Articulação com a comunidade e a rede de saúde.....                | 43        |
| • Monitoramento da saúde cognitiva e funcional.....                  | 43        |
| • Orientação quanto ao uso de dispositivos de auxílio.....           | 43        |
| • Adaptação dos espaços públicos.....                                | 44        |
| <b>10. VAMOS PRATICAR.....</b>                                       | <b>45</b> |
| 10.1. Gabarito.....                                                  | 48        |
| <b>11. REFERÊNCIAS.....</b>                                          | <b>49</b> |

## **1. INTRODUÇÃO**

No Brasil, considera-se pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais, conforme estabelecido pelo Estatuto da Pessoa Idosa. O envelhecimento populacional torna o trauma geriátrico um tema cada vez mais relevante para o sistema de saúde. Atualmente, o Ministério da Saúde estima que o país possua cerca de 36 milhões de pessoas nessa faixa etária, correspondendo a aproximadamente 17% da população, com base em dados do IBGE de 2024. No Censo Demográfico 2022, foram contabilizadas 32.113.490 pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 15,8% da população brasileira. As projeções mais recentes do IBGE indicam a continuidade desse processo de envelhecimento, estimando que, em 2070, aproximadamente 37,8% da população brasileira terá 60 anos ou mais.

No contexto do trauma, a idade cronológica, isoladamente, não determina a gravidade ou o prognóstico. Fatores como fragilidade, multimorbidade, sarcopenia, alterações sensoriais, comprometimento cognitivo, estado nutricional e uso de múltiplos medicamentos podem modificar a resposta do organismo ao trauma. Dessa forma, a avaliação deve ser individualizada, considerando não apenas a idade, mas também a condição funcional, as comorbidades, os medicamentos em uso e a reserva fisiológica da pessoa.

As quedas permanecem entre os principais mecanismos de trauma nessa população. Mesmo mecanismos considerados de baixa energia, como quedas da própria altura, podem resultar em lesões importantes, incluindo fraturas, traumatismo cranioencefálico e perda significativa de autonomia. O Ministério da Saúde destaca que as quedas não devem ser consideradas uma consequência inevitável do envelhecimento, mas um importante sinal de alerta para investigação dos fatores de risco e implementação de medidas preventivas.

Diante desse cenário, este material tem como objetivo apresentar, de forma prática e atualizada, os principais fatores que aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa ao trauma, os mecanismos mais frequentes, os princípios do atendimento pré-hospitalar e da avaliação inicial, as principais lesões associadas e as estratégias de prevenção.

## **2. ENVELHECIMENTO E IMPACTOS NO TRAUMA EM IDOSOS**



**Figura 1. Envelhecimento.** Fonte: Google Imagens.

O envelhecimento é heterogêneo. A mesma idade cronológica pode corresponder a diferentes níveis de reserva fisiológica e funcional. Por isso, a abordagem contemporânea do trauma geriátrico incorpora, além da idade, a avaliação de fragilidade, funcionalidade, comorbidades, medicamentos e estado cognitivo. A seguir, detalharemos os principais sistemas afetados e os respectivos impactos no contexto de trauma.

### **2.1. Sistema Músculo-Esquelético**

O envelhecimento está associado à redução progressiva de massa e força muscular, aumento da sarcopenia e alterações do equilíbrio e da marcha. A perda de massa óssea e a osteoporose aumentam a suscetibilidade a fraturas, especialmente após quedas da própria altura. Essas alterações podem transformar um mecanismo de baixa energia em uma lesão clinicamente relevante.

A redução da força muscular também dificulta a recuperação após o trauma. Imobilidade prolongada pode acelerar a perda funcional, aumentar risco de tromboembolismo, lesão por pressão, pneumonia e dependência. Assim, após estabilização, a recuperação funcional e a mobilização segura devem ser consideradas precocemente.

### **2.2. Sistema Cardiovascular**

O envelhecimento produz alterações estruturais e funcionais cardiovasculares e reduz a capacidade de responder rapidamente às demandas fisiológicas. Hipertensão, doença coronariana, insuficiência cardíaca e arritmias são comuns e podem coexistir com o trauma. Betabloqueadores e outros medicamentos podem modificar a resposta da frequência cardíaca, tornando a taquicardia um marcador menos confiável isoladamente.

A avaliação do choque deve, portanto, integrar pressão arterial, estado mental, perfusão periférica, temperatura, débito urinário, mecanismo da lesão, resposta à intervenção e evolução seriada. A ausência de hipotensão ou taquicardia não exclui hemorragia significativa no paciente idoso.

### **2.3. Sistema Respiratório**

Com o envelhecimento ocorre redução da reserva respiratória, alterações da complacência da caixa torácica, diminuição da força dos músculos respiratórios e menor eficiência dos mecanismos de tosse e limpeza das vias aéreas. Essas características aumentam o risco de deterioração após trauma torácico.

Fraturas de costelas podem causar dor importante e limitar a ventilação. A combinação de dor, hipoventilação, retenção de secreções e doença pulmonar preexistente pode favorecer atelectasia, pneumonia e insuficiência respiratória. Por isso, analgesia adequada, oxigenação, monitorização e mobilização/expansão pulmonar quando indicadas são componentes importantes do cuidado.

### **2.4. Sistema Renal**

A função renal diminui com o envelhecimento de maneira variável entre indivíduos. O idoso pode apresentar menor reserva para lidar com hipoperfusão, desidratação e alterações metabólicas. Além disso, medicamentos e doenças crônicas podem aumentar a vulnerabilidade à lesão renal aguda.

No trauma, devem ser acompanhados perfusão, débito urinário, função renal, eletrólitos e exposição a medicamentos potencialmente nefrotóxicos, sempre considerando as condições clínicas individuais.

### **2.5. Sistema Nervoso**

A atrofia cerebral relacionada ao envelhecimento aumenta o espaço intracraniano disponível ao redor do cérebro e pode favorecer maior mobilidade cerebral dentro do crânio durante um trauma. Como consequência, hematomas subdurais podem ocorrer mesmo após mecanismos aparentemente leves.

Alterações cognitivas prévias, demência, delirium, déficits sensoriais e uso de medicamentos podem dificultar a avaliação neurológica. É fundamental estabelecer, quando possível, o estado neurológico basal e realizar reavaliações seriadas. Em pacientes em uso de anticoagulantes ou antiagregantes, a avaliação do risco de hemorragia intracraniana merece atenção especial.

### **2.6. Sistema Hematopoiético e Coagulação**

O risco hemorrágico no idoso é influenciado menos pela idade isoladamente e mais pelo conjunto de doenças, medicamentos e características da lesão. Anticoagulantes e antiagregantes plaquetários são particularmente importantes na avaliação do trauma craniano e de outras lesões hemorrágicas. [4,5]

A história medicamentosa deve incluir nome do fármaco, dose, horário da última tomada e indicação. Em pacientes selecionados com sangramento grave, a reversão de anticoagulação pode ser indicada conforme o medicamento utilizado, gravidade do sangramento e protocolos locais.

### **3. MECANISMOS DE TRAUMA**

Os mecanismos mais relevantes incluem quedas, colisões e atropelamentos, além de violência e maus-tratos. O mecanismo deve ser interpretado em conjunto com fragilidade e comorbidades, porque uma energia aparentemente pequena pode produzir lesões graves em pessoas idosas.

#### **3.1. Quedas**

Quedas são um dos principais problemas de saúde e uma causa importante de trauma entre pessoas idosas. Aproximadamente 28% das pessoas idosas sofrem ao menos uma queda por ano, segundo estimativa apresentada pelo Ministério da Saúde com base em dados da OMS. [1]

Os fatores de risco podem ser intrínsecos ou extrínsecos:

- Alterações de força, equilíbrio, marcha e mobilidade.
- Alterações visuais e auditivas.
- Hipotensão ortostática e alterações cardiovasculares.
- Doenças neurológicas, cognitivas e musculoesqueléticas.
- Uso de medicamentos associados a sedação, tontura ou hipotensão.
- Polifarmácia e interações medicamentosas.

Ambiente doméstico inseguro, com obstáculos, iluminação insuficiente ou superfícies escorregadias.

Calçados inadequados e uso incorreto de dispositivos de auxílio.

A prevenção eficaz não deve se limitar a retirar tapetes. As diretrizes mundiais recomendam abordagem individualizada e multifatorial, com avaliação de marcha e equilíbrio, revisão de medicamentos, correção de déficits visuais quando pertinente, exercícios estruturados e avaliação do ambiente.

#### **3.2. Trauma no trânsito**

Embora as quedas sejam um dos principais mecanismos de trauma na população idosa, os acidentes de trânsito também representam uma importante causa de lesões, envolvendo pessoas que dirigem, passageiros, pedestres, ciclistas e motociclistas. A vulnerabilidade ao trauma no trânsito pode ser influenciada por alterações relacionadas ao envelhecimento, condições de saúde, limitações funcionais e uso de medicamentos. A idade cronológica, isoladamente, não deve ser considerada suficiente para determinar a capacidade de uma pessoa dirigir ou se deslocar com segurança.

Alguns fatores que podem aumentar a vulnerabilidade dessa população incluem:

- **Alterações visuais e auditivas:** dificuldades de visão e audição podem prejudicar a percepção de veículos, obstáculos, sinais de trânsito e outros estímulos importantes para a segurança.
- **Redução da velocidade de resposta:** algumas pessoas podem apresentar maior tempo para reagir a situações inesperadas, especialmente quando associadas a alterações motoras, neurológicas ou cognitivas.
- **Alterações de força, equilíbrio e mobilidade:** dificuldades para caminhar, manter o equilíbrio ou atravessar rapidamente uma via podem aumentar o risco de atropelamentos e outros acidentes.
- **Uso de medicamentos:** determinados medicamentos podem causar sonolência, tontura, hipotensão ou alterações da atenção e do tempo de reação, podendo interferir na condução de veículos e aumentar o risco de quedas e acidentes.
- **Condições clínicas:** doenças cardiovasculares, neurológicas, musculoesqueléticas e alterações cognitivas podem interferir na mobilidade e na capacidade de responder adequadamente às situações do trânsito.
- **Condições ambientais:** calçadas irregulares, iluminação insuficiente, ausência de sinalização adequada e tempo reduzido para travessia podem aumentar o risco de acidentes envolvendo pedestres idosos.

Os acidentes de trânsito podem provocar **traumatismos cranioencefálicos, fraturas, lesões torácicas, abdominais e múltiplas lesões**, cuja gravidade deve ser avaliada considerando o mecanismo do trauma e as condições clínicas da pessoa. Em idosos, a presença de fragilidade, comorbidades e uso de medicamentos pode aumentar o risco de complicações e dificultar a recuperação após uma lesão traumática.

A prevenção deve envolver medidas individuais e ambientais. Entre elas estão o uso correto do cinto de segurança, avaliação periódica das condições de saúde e dos medicamentos utilizados, acompanhamento da visão e audição, adequação das condições de condução e melhoria da segurança das vias públicas. Para pedestres, calçadas acessíveis, boa iluminação, sinalização adequada e tempo suficiente para realizar a travessia são medidas importantes.

### **3.3. Violência interpessoal e maus-tratos**

A violência contra a pessoa idosa constitui um importante problema de saúde pública e pode ocorrer em diferentes contextos, incluindo o ambiente domiciliar, comunitário, institucional e nos serviços de cuidado. Os maus-tratos podem ser praticados por familiares, cuidadores, conhecidos ou

outras pessoas responsáveis pela assistência, e nem sempre apresentam sinais físicos evidentes. Por isso, a identificação precoce pelos profissionais de saúde é fundamental.

Os maus-tratos podem assumir diferentes formas:

- **Violência física:** envolve uso intencional da força que pode provocar dor, lesões ou incapacidade. Pode resultar em hematomas, escoriações, queimaduras, ferimentos, traumatismos cranianos e fraturas.
- **Violência psicológica ou emocional:** inclui ameaças, humilhações, intimidação, isolamento, constrangimento e outras atitudes que provoquem sofrimento emocional, medo ou perda da autonomia.
- **Violência sexual:** consiste em qualquer contato ou ato de natureza sexual realizado sem consentimento, podendo ocorrer inclusive quando a pessoa apresenta limitações cognitivas que comprometem sua capacidade de consentir.
- **Violência financeira ou patrimonial:** envolve utilização indevida, retenção ou apropriação de dinheiro, bens, benefícios, documentos ou patrimônio da pessoa idosa.
- **Negligência e abandono:** ocorrem quando necessidades básicas de cuidado não são atendidas de maneira adequada, podendo envolver alimentação, hidratação, higiene, medicamentos, acompanhamento de saúde e proteção contra riscos.

A identificação da violência pode ser difícil, especialmente quando a pessoa idosa depende do possível agressor ou cuidador. Alguns sinais de alerta incluem **lesões incompatíveis com a história apresentada, explicações inconsistentes, demora injustificada para procurar atendimento, múltiplas lesões, medo ou retraimento na presença de determinada pessoa, alterações comportamentais, desnutrição, desidratação, higiene inadequada e falta de cuidados necessários.**

A violência psicológica e financeira pode não produzir alterações físicas visíveis, contribuindo para a subnotificação dos casos. Por esse motivo, a avaliação deve considerar não apenas o exame físico, mas também o comportamento, as condições sociais, a situação familiar e a capacidade funcional e cognitiva da pessoa.

Diante de uma suspeita, o profissional de saúde deve realizar uma abordagem **acolhedora, respeitosa e sem julgamentos**, procurando conversar com a pessoa idosa em ambiente reservado sempre que possível. Os achados devem ser registrados de forma objetiva no prontuário, incluindo características e localização das lesões e informações fornecidas pelo paciente.

No Brasil, **casos suspeitos ou confirmados de violência contra a pessoa idosa devem ser notificados pelos serviços de saúde**, seguindo os fluxos estabelecidos pelas autoridades sanitárias. O

Estatuto da Pessoa Idosa também estabelece a comunicação aos órgãos competentes nos casos de suspeita ou confirmação de violência. A atuação deve priorizar a proteção da vítima, a interrupção da situação de violência e o encaminhamento adequado para a rede de saúde, assistência social e proteção de direitos.

#### **4. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

O atendimento pré-hospitalar à pessoa idosa traumatizada exige uma abordagem sistemática e individualizada, considerando as particularidades relacionadas ao envelhecimento, à presença de fragilidade, comorbidades, alterações funcionais e uso de múltiplos medicamentos. Essas características podem modificar a resposta fisiológica ao trauma e dificultar o reconhecimento precoce de lesões graves. Por esse motivo, **a idade cronológica isoladamente não deve ser utilizada para determinar a gravidade do trauma**, sendo fundamental considerar o estado clínico e funcional prévio do paciente.

Desde o primeiro contato, devem ser priorizados a **segurança da cena, avaliação do mecanismo do trauma, identificação rápida de ameaças à vida e realização de uma avaliação sistemática**, com reavaliações frequentes durante o atendimento. Em pessoas idosas, mecanismos aparentemente de baixa energia, como quedas da própria altura, podem estar associados a lesões importantes, especialmente na presença de osteoporose, fragilidade ou uso de anticoagulantes e antiagregantes.

Durante a abordagem, é importante obter informações sobre **doenças preexistentes, medicamentos em uso, alergias, estado funcional e cognitivo basal e circunstâncias do trauma**. Quando o paciente apresenta alteração do nível de consciência ou dificuldade de comunicação, familiares, cuidadores ou acompanhantes podem fornecer informações relevantes sobre seu estado habitual.

A avaliação deve seguir uma sequência estruturada, como o **ABCDE**, permitindo identificar e tratar inicialmente as condições que representam risco imediato à vida. Entretanto, os achados devem ser interpretados com cautela, pois alterações relacionadas ao envelhecimento e determinados medicamentos podem mascarar sinais clássicos de deterioração, como taquicardia em situações de choque.

Além da estabilização inicial, o atendimento deve buscar **controle adequado da dor, prevenção da hipotermia, transporte seguro e redução de intervenções desnecessárias ou prolongadas**. A restrição de movimento da coluna, por exemplo, deve ser indicada de acordo com a avaliação clínica e o mecanismo do trauma, evitando imobilização indiscriminada e prolongada, que pode causar desconforto, lesões por pressão e outras complicações.

Dessa forma, o atendimento pré-hospitalar do idoso traumatizado deve combinar **rapidez, avaliação cuidadosa, individualização das condutas e reavaliação contínua**, com o objetivo não apenas de preservar a vida, mas também de reduzir complicações e preservar, sempre que possível, a funcionalidade e a autonomia da pessoa idosa.

#### 4.1. Avaliação Inicial e Comunicação

No primeiro contato, deve-se garantir a **segurança da cena, da equipe e da pessoa idosa**, seguida de uma avaliação rápida das condições que ameaçam a vida. A comunicação deve ser individualizada, respeitando as condições de audição, visão, fala e cognição de cada paciente. Quando necessário, o profissional deve falar de frente para a pessoa, utilizar linguagem clara e objetiva, manter um ritmo adequado e confirmar se as informações foram compreendidas.

É importante **não atribuir automaticamente alterações de comportamento ou confusão ao envelhecimento ou à demência**. Quando houver alteração do estado mental, deve-se procurar determinar se ela é aguda ou representa o estado habitual do paciente. Para isso, informações fornecidas por familiares, cuidadores ou acompanhantes podem ser úteis, principalmente quando o paciente apresenta dificuldade de comunicação ou alteração do nível de consciência.

Durante a avaliação, devem ser coletadas informações relevantes sobre **o mecanismo do trauma, doenças preexistentes, medicamentos em uso, alergias, uso de anticoagulantes ou antiagregantes, estado funcional e cognitivo basal e circunstâncias do evento**. Em casos de queda, é importante investigar, quando possível, se houve tontura, perda de consciência, alteração do equilíbrio ou outro fator que possa ter contribuído para o evento.

A comunicação com familiares e cuidadores deve **complementar, e não substituir, a avaliação direta da pessoa idosa**. Sempre que possível, o paciente deve participar das decisões e receber explicações sobre os procedimentos realizados, preservando sua autonomia, dignidade e privacidade.

Dessa forma, uma comunicação adequada durante o atendimento pré-hospitalar contribui não apenas para a obtenção de informações importantes, mas também para **identificar alterações em relação ao estado basal, reconhecer precocemente situações de gravidade e estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa**.

#### 4.2. Imobilização e Transporte

A restrição de movimento da coluna e o transporte da pessoa idosa traumatizada devem ser realizados de forma **individualizada**, considerando o mecanismo do trauma, os achados clínicos, a presença de dor ou alterações neurológicas e as condições prévias do paciente. Embora pessoas idosas

possam apresentar maior risco de lesões da coluna, especialmente em situações de queda, **a idade isoladamente não é indicação para imobilização automática.**

Quando houver suspeita de lesão da coluna cervical ou de outras estruturas da coluna, devem ser adotadas medidas para limitar movimentos que possam agravar uma possível lesão, utilizando os dispositivos disponíveis de acordo com os protocolos do serviço. O colar cervical pode ser empregado quando houver indicação clínica, mas deve ser corretamente dimensionado e posicionado, evitando pressão excessiva e desconforto.

A utilização prolongada de **pranchas rígidas** deve ser evitada quando não houver necessidade, pois pode causar dor, desconforto, dificuldade respiratória e lesões por pressão, particularmente em pessoas idosas e frágeis. Quando a prancha for necessária para movimentação ou retirada do paciente, deve-se reduzir o tempo de permanência sobre sua superfície e realizar a transferência para uma superfície apropriada assim que for seguro.

Durante o transporte, deve-se priorizar uma posição que mantenha a **segurança, estabilidade e conforto** do paciente, evitando movimentos bruscos e minimizando manipulações desnecessárias. A equipe deve realizar reavaliações periódicas das vias aéreas, respiração, circulação, nível de consciência, dor e possíveis alterações neurológicas.

Também é importante considerar características individuais, como **cifose, deformidades da coluna, osteoporose, rigidez articular e limitações de mobilidade**, que podem tornar determinadas posições ou dispositivos inadequados ou desconfortáveis. Nesses casos, a adaptação dos dispositivos e o acolchoamento das áreas de contato podem ajudar a reduzir complicações.

Durante todo o deslocamento, a equipe deve estar preparada para identificar e tratar rapidamente qualquer deterioração clínica, mantendo recursos disponíveis para **manejo das vias aéreas, suporte ventilatório, controle de hemorragias e outras intervenções necessárias.**

O objetivo da restrição de movimento não é manter o paciente completamente imóvel a qualquer custo, mas **reduzir movimentos potencialmente prejudiciais enquanto se evita o dano causado pela própria imobilização.** Essa abordagem é particularmente importante no idoso, no qual o equilíbrio entre proteção da coluna, conforto, integridade da pele, respiração e preservação da funcionalidade deve ser cuidadosamente considerado.

#### **4.3. Controle da Dor**

O controle adequado da dor é um componente fundamental do atendimento pré-hospitalar à pessoa idosa traumatizada. A dor não tratada pode aumentar o sofrimento, dificultar a comunicação e a avaliação clínica, limitar a mobilidade e, especialmente nos traumas torácicos, prejudicar a

respiração profunda e a tosse. Por isso, a identificação e o tratamento da dor devem ocorrer **precocemente e ser reavaliados ao longo do atendimento.**

A avaliação deve ser realizada sempre que possível por meio do **relato da própria pessoa**, utilizando escalas de dor adequadas à sua capacidade de comunicação e compreensão. Alterações cognitivas, dificuldades de fala, deficiência auditiva ou outras limitações podem dificultar a avaliação, mas não significam que o paciente seja incapaz de sentir ou relatar dor. Quando a pessoa não consegue fornecer uma avaliação confiável, podem ser observados sinais comportamentais e fisiológicos, sempre considerando o contexto clínico.

A escolha da analgesia deve ser **individualizada**, levando em consideração idade biológica, fragilidade, função renal e hepática, doenças cardiovasculares e respiratórias, nível de consciência e medicamentos em uso. A presença de polifarmácia aumenta a possibilidade de interações e efeitos adversos, sendo necessário cuidado especial com medicamentos que podem causar sedação, hipotensão, depressão respiratória ou delirium.

Sempre que apropriado, pode-se utilizar uma **abordagem multimodal**, combinando medidas farmacológicas e não farmacológicas. O objetivo é proporcionar analgesia suficiente para permitir avaliação, movimentação e transporte seguros, evitando tanto o tratamento insuficiente quanto a utilização excessiva de medicamentos.

Após qualquer intervenção analgésica, o paciente deve ser **reavaliado**, observando intensidade da dor, nível de consciência, frequência respiratória, pressão arterial e possíveis efeitos adversos. Dessa forma, o controle da dor deve fazer parte de todo o atendimento, contribuindo para maior conforto, segurança e melhor recuperação da pessoa idosa traumatizada.

#### **4.4. Prevenção da Hipotermia**

A prevenção da hipotermia é uma medida importante no atendimento pré-hospitalar da pessoa idosa traumatizada. O envelhecimento pode estar associado à redução da capacidade de manter a temperatura corporal, enquanto o trauma, a exposição ao ambiente, a retirada das roupas para avaliação e a administração de fluidos podem favorecer a perda de calor. Além disso, a hipotermia no paciente traumatizado pode contribuir para alterações da coagulação e agravar a instabilidade clínica.

Desde o primeiro contato, deve-se **minimizar a exposição desnecessária do paciente ao frio**, realizando a avaliação de forma rápida e mantendo cobertas as regiões do corpo que não precisam permanecer expostas. Após a identificação das lesões, as roupas molhadas devem ser retiradas e o paciente deve ser protegido com **cobertores, mantas térmicas ou outros métodos de aquecimento disponíveis.**

Quando houver recursos disponíveis, a temperatura corporal deve ser monitorada durante o atendimento e o transporte, especialmente em pacientes graves, idosos frágeis ou expostos a ambientes frios. A equipe também deve observar sinais compatíveis com perda de calor e evitar a exposição prolongada durante procedimentos e transferências.

A prevenção da hipotermia deve ocorrer **simultaneamente às demais medidas de atendimento ao trauma**, sem atrasar intervenções que sejam necessárias para manter a via aérea, a ventilação e a circulação. Dessa forma, manter a pessoa idosa aquecida durante o atendimento contribui para reduzir complicações e preservar a estabilidade fisiológica até a chegada ao serviço de referência.

## **5. PROTOCOLO XABCDE**

A avaliação inicial da pessoa idosa traumatizada deve seguir uma abordagem sistemática e rápida, priorizando a identificação e o tratamento imediato das condições que podem ameaçar a vida. No atendimento ao trauma, utiliza-se o **protocolo XABCDE**, no qual o “X” representa a identificação e o controle imediato de **hemorragias externas graves**, antes da avaliação das vias aéreas.

Embora a sequência XABCDE seja aplicada ao trauma de forma geral, sua execução na pessoa idosa deve considerar as particularidades relacionadas ao envelhecimento, como **menor reserva fisiológica, fragilidade, comorbidades, alterações cognitivas e sensoriais, uso de anticoagulantes e antiagregantes e maior risco de complicações**.

É importante lembrar que o paciente idoso pode apresentar uma resposta fisiológica menos evidente diante de uma lesão grave. Por exemplo, a ausência de taquicardia não exclui hemorragia ou choque, especialmente em pacientes que utilizam medicamentos que interferem na resposta cardiovascular. Dessa forma, a avaliação deve considerar o conjunto de sinais clínicos, o mecanismo do trauma, o estado funcional basal, os medicamentos utilizados e a evolução durante as reavaliações.

A sequência deve ser realizada da seguinte maneira:

**X – Hemorragia exsanguinante:** identificar e controlar imediatamente sangramentos externos graves.

**A – Airway (vias aéreas):** avaliar e manter a permeabilidade das vias aéreas, considerando a possibilidade de lesão cervical.

**B – Breathing (respiração):** avaliar ventilação, oxigenação e presença de lesões torácicas potencialmente fatais.

**C – Circulation (circulação):** avaliar perfusão, identificar outras fontes de hemorragia e tratar o choque.

**D – Disability (disfunção neurológica):** avaliar nível de consciência, pupilas, déficit neurológico e alterações em relação ao estado basal.

**E – Exposure/Environment (exposição e controle do ambiente):** realizar exposição adequada para identificar lesões ocultas, preservando a privacidade e prevenindo hipotermia.

A abordagem deve ocorrer de maneira **dinâmica**, com tratamento imediato das alterações encontradas e reavaliação contínua após cada intervenção. No paciente idoso, o objetivo não é apenas identificar lesões, mas reconhecer precocemente alterações que podem representar deterioração

### **5.1. X – Hemorragia Exsanguinante**

A letra **X** representa a identificação e o controle imediato de **hemorragias externas graves**, que podem levar rapidamente à morte por perda significativa de sangue. No atendimento ao trauma, essa avaliação deve ocorrer antes mesmo da abordagem da via aérea, pois uma hemorragia maciça não controlada pode causar deterioração hemodinâmica em poucos minutos.

Na pessoa idosa, a avaliação da hemorragia exige atenção especial. Alterações cardiovasculares relacionadas ao envelhecimento, uso de medicamentos e menor reserva fisiológica podem fazer com que os sinais clássicos de choque hemorrágico sejam menos evidentes. **A ausência de taquicardia ou de hipotensão inicial não exclui uma hemorragia importante.**

Durante a avaliação do **X**, deve-se realizar uma inspeção rápida procurando sangramentos externos volumosos, principalmente em:

- **Membros superiores e inferiores**, incluindo ferimentos, amputações e lesões extensas;
- **Região do couro cabeludo**, que pode apresentar sangramento significativo mesmo em ferimentos aparentemente pequenos;
- **Região cervical, axilar e inguinal**, onde podem existir sangramentos de difícil identificação e compressão;
- **Ferimentos penetrantes ou lacerações extensas.**

Quando identificada uma hemorragia externa grave, o controle deve ser realizado **imediatamente**, sem aguardar a conclusão das demais etapas do exame primário. A primeira medida, quando possível, é a aplicação de **pressão direta e contínua sobre o local do sangramento.**

Quando a pressão direta não for suficiente ou quando a localização da lesão permitir, podem ser utilizados métodos adicionais de controle, como **curativos hemostáticos e torniquetes**, de acordo com a gravidade da hemorragia, localização da lesão, recursos disponíveis e protocolos do serviço.

No paciente idoso, os dispositivos utilizados para controle do sangramento devem ser aplicados de maneira cuidadosa, observando a integridade da pele e evitando compressões inadequadas. Entretanto, diante de uma hemorragia potencialmente fatal, **o controle rápido do sangramento tem prioridade sobre lesões cutâneas secundárias causadas pelo dispositivo**.

Após o controle inicial, o profissional deve verificar se o sangramento permanece controlado e realizar **reavaliações frequentes durante o transporte**, pois o curativo pode deslocar-se e o sangramento pode retornar. Também é importante investigar a possibilidade de hemorragias internas quando houver sinais de choque ou deterioração clínica, mesmo que não exista sangramento externo evidente.

Assim, o **X** tem como principal objetivo reconhecer rapidamente a hemorragia externa com risco imediato à vida e interrompê-la antes de prosseguir para as demais etapas do **ABCDE**. No idoso traumatizado, essa etapa deve ser associada à avaliação contínua da perfusão e à consideração de fatores como **uso de anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, comorbidades cardiovasculares e fragilidade**, que podem influenciar a evolução do quadro.

## **5.2. A - Via Aérea (Airway)**

A avaliação da via aérea deve ser realizada imediatamente após o controle de uma hemorragia externa grave, procurando identificar sinais de **obstrução, comprometimento da proteção das vias aéreas ou risco de aspiração**. Na pessoa idosa traumatizada, alterações relacionadas ao envelhecimento, doenças preexistentes e uso de determinados medicamentos podem aumentar a vulnerabilidade à deterioração da função respiratória e neurológica.

Durante a avaliação, devem ser observados **nível de consciência, presença de secreções, sangue ou vômitos na cavidade oral, alterações da voz, ruídos respiratórios anormais e sinais de obstrução**. A presença de traumatismo facial, edema, lesões na região cervical ou alterações do estado mental também pode comprometer a manutenção da via aérea.

As **próteses dentárias** devem ser avaliadas individualmente. Próteses bem ajustadas podem permanecer durante a ventilação com máscara, pois podem contribuir para a manutenção do contorno da cavidade oral e da vedação da máscara. Entretanto, **próteses soltas ou deslocadas devem ser removidas**, especialmente quando houver risco de obstrução ou aspiração. Durante procedimentos

avancados de via aérea, a equipe deve seguir o protocolo do serviço quanto à manutenção ou retirada da prótese.

A avaliação da via aérea deve ser associada à **proteção da coluna cervical quando houver suspeita de lesão**, evitando movimentos desnecessários do pescoço. Entretanto, a restrição de movimento da coluna deve ser baseada no mecanismo do trauma e na avaliação clínica, não sendo indicada automaticamente apenas pela idade.

Quando a pessoa idosa apresentar incapacidade de manter a própria via aérea, comprometimento importante da oxigenação ou ventilação, ou deterioração do nível de consciência, devem ser iniciadas medidas de suporte apropriadas e, quando indicadas e disponíveis, consideradas estratégias avançadas de manejo da via aérea por profissional habilitado.

A intubação pode ser tecnicamente mais difícil em alguns pacientes idosos devido à **limitação da mobilidade cervical, alterações da anatomia das vias aéreas, rigidez articular, deformidades da coluna e presença de comorbidades**. Por isso, deve-se antecipar a possibilidade de uma via aérea difícil e manter estratégias alternativas disponíveis.

Durante todo o atendimento, a via aérea deve ser **reavaliada continuamente**, principalmente após mudanças no nível de consciência, vômitos, administração de medicamentos ou deterioração clínica.

**Ponto importante para o seu material:** eu retiraria a frase *“artrite cervical torna a intubação mais complexa”* como uma regra. É mais correto falar em **limitação da mobilidade cervical e alterações anatômicas/musculoesqueléticas**, que podem dificultar o posicionamento e o manejo da via aérea em determinados pacientes.

### **5.3. B - Respiração (Breathing)**

A avaliação da respiração deve identificar rapidamente alterações capazes de comprometer a **oxigenação e a ventilação** da pessoa idosa traumatizada. Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, como redução da reserva respiratória, menor complacência da parede torácica e alterações da mecânica pulmonar, podem diminuir a capacidade de compensação diante de uma lesão torácica.

Durante essa etapa, devem ser avaliados **frequência e padrão respiratório, expansão torácica, presença de dor, esforço respiratório, saturação de oxigênio, ausculta pulmonar e sinais de lesão torácica**. Também devem ser observados cianose, assimetria da movimentação do tórax, redução ou ausência de murmúrio vesicular e alterações do nível de consciência associadas à hipóxia.

As **fraturas de costelas** merecem atenção especial no paciente idoso. Mesmo mecanismos considerados de baixa energia podem produzir lesões torácicas relevantes, principalmente em pessoas com osteoporose ou fragilidade. A dor decorrente das fraturas pode limitar a expansão torácica e dificultar a realização de inspirações profundas e tosse eficaz, favorecendo hipoventilação e retenção de secreções.

Além das fraturas, deve-se procurar ativamente por **pneumotórax, hemotórax, contusão pulmonar e outras lesões torácicas potencialmente graves**. A presença de dispneia, hipoxemia, alteração dos sons respiratórios ou deterioração clínica deve levar à investigação e ao tratamento imediato conforme os protocolos de trauma.

A oferta de oxigênio deve ser **individualizada de acordo com a avaliação clínica e a oxigenação do paciente**, evitando tanto a hipoxemia quanto a administração desnecessária de concentrações elevadas de oxigênio. Quando houver ventilação inadequada, devem ser iniciadas medidas de suporte ventilatório apropriadas e, quando indicadas, estratégias avançadas de manejo da via aérea.

O controle adequado da dor também é fundamental nas lesões torácicas, pois a analgesia adequada pode facilitar a ventilação, a mobilização e a tosse. Entretanto, medicamentos com potencial de causar **sedação e depressão respiratória** devem ser utilizados com cautela, especialmente em pacientes frágeis ou com doenças respiratórias preexistentes.

Dessa forma, o **B** deve combinar avaliação rápida, identificação de lesões torácicas potencialmente fatais, monitorização da oxigenação e ventilação e tratamento imediato das alterações encontradas. No paciente idoso, a presença de reserva fisiológica reduzida exige **reavaliação frequente**, pois uma deterioração inicialmente discreta pode evoluir rapidamente para insuficiência respiratória.

#### **5.4. C - Circulação (Circulation)**

A avaliação da circulação tem como objetivo identificar rapidamente **hemorragias, alterações da perfusão e sinais de choque**. No paciente idoso traumatizado, essa avaliação exige atenção especial, pois a resposta cardiovascular ao trauma pode ser menos evidente devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, às doenças cardiovasculares preexistentes e ao uso de medicamentos que interferem na resposta hemodinâmica.

A **taquicardia pode estar ausente ou ser menos acentuada** diante de uma hemorragia importante, especialmente em pacientes que utilizam betabloqueadores ou outros medicamentos que reduzem a resposta cronotrópica. Da mesma forma, uma pressão arterial inicialmente normal não

exclui perda sanguínea significativa. Portanto, a avaliação não deve depender de um único parâmetro, sendo necessário analisar o conjunto de sinais clínicos e sua evolução.

Devem ser avaliados **frequência cardíaca, pressão arterial, estado de consciência, temperatura e coloração da pele, tempo de enchimento capilar, qualidade dos pulsos e presença de sangramento externo ou suspeita de hemorragia interna**. O mecanismo do trauma também deve ser considerado, pois ajuda a identificar possíveis fontes de sangramento.

O uso de **anticoagulantes e antiagregantes plaquetários** merece atenção especial. Esses medicamentos podem aumentar o risco de sangramento ou contribuir para sua progressão, sendo importante identificá-los durante a coleta da história clínica e comunicar essa informação à equipe responsável pelo atendimento definitivo.

Quando houver suspeita de choque hemorrágico, o tratamento deve priorizar o **controle da hemorragia e a manutenção adequada da perfusão**, seguindo os protocolos do serviço. O acesso vascular e a reposição de fluidos ou utilização de hemoderivados, quando indicados e disponíveis, devem ser realizados de acordo com a gravidade do quadro e os protocolos locais, evitando reposição excessiva de cristaloides.

A presença de **doenças cardiovasculares**, como insuficiência cardíaca ou doença arterial coronariana, também deve ser considerada durante o manejo, pois pode modificar a tolerância à perda sanguínea e à administração de fluidos. Quando disponível no ambiente apropriado, a ultrassonografia à beira-leito pode auxiliar na avaliação de determinadas causas de instabilidade, mas **não deve atrasar medidas imediatas de controle da hemorragia e estabilização do paciente**.

A circulação deve ser **reavaliada continuamente**, especialmente após intervenções, durante a movimentação e durante o transporte. A piora do nível de consciência, alterações dos pulsos, queda da pressão arterial, aumento do esforço respiratório ou outros sinais de deterioração devem ser prontamente reconhecidos.

Assim, no idoso traumatizado, a avaliação do **C** deve considerar que **sinais vitais aparentemente estáveis não excluem choque ou hemorragia significativa**. A interpretação conjunta dos sinais clínicos, do mecanismo do trauma, das comorbidades, dos medicamentos em uso e da evolução do paciente é fundamental para o reconhecimento precoce da instabilidade circulatória.

#### **5.5. D - Disfunção Neurológica (Disability)**

A etapa **D** tem como objetivo realizar uma avaliação neurológica rápida, identificando alterações do nível de consciência, déficits neurológicos e sinais sugestivos de traumatismo cranioencefálico. Na pessoa idosa traumatizada, essa avaliação merece atenção especial, pois

alterações estruturais relacionadas ao envelhecimento podem aumentar a vulnerabilidade a determinadas lesões intracranianas, inclusive após mecanismos considerados de baixa energia.

Devem ser avaliados **nível de consciência, resposta aos estímulos, orientação, tamanho e reatividade das pupilas e presença de déficits neurológicos focais**. A Escala de Coma de Glasgow pode ser utilizada para acompanhar o nível de consciência e sua evolução, mas deve ser interpretada em conjunto com o estado neurológico habitual do paciente.

Um aspecto fundamental é estabelecer o **estado cognitivo basal**. Alterações de memória, demência ou outras limitações preexistentes podem dificultar a identificação de uma deterioração neurológica aguda. Por isso, informações de familiares ou cuidadores podem ser importantes para determinar se uma alteração observada após o trauma é nova ou já estava presente anteriormente.

A **atrofia cerebral relacionada ao envelhecimento** aumenta o espaço entre o cérebro e a dura-máter, favorecendo maior movimentação do cérebro dentro da cavidade craniana durante determinados mecanismos de aceleração e desaceleração. Isso pode contribuir para o desenvolvimento de **hematoma subdural**, que pode apresentar manifestações imediatas ou surgir de forma mais tardia. Portanto, sintomas neurológicos após quedas ou outros traumas não devem ser subestimados.

O uso de **anticoagulantes e antiagregantes plaquetários** também deve ser investigado, pois pode aumentar o risco de sangramento intracraniano ou de progressão de uma hemorragia já existente. Por esse motivo, a equipe deve registrar quais medicamentos são utilizados, quando possível, incluindo nome, dose e horário da última administração.

Alterações como **rebaixamento do nível de consciência, confusão nova, cefaleia intensa ou progressiva, vômitos repetidos, convulsões, anisocoria, déficit motor ou alteração neurológica focal** devem ser consideradas sinais de alerta e requerem avaliação imediata e encaminhamento conforme os protocolos de trauma.

A necessidade de **reversão de anticoagulação** deve ser avaliada individualmente quando houver suspeita ou confirmação de hemorragia intracraniana, considerando o anticoagulante utilizado, a gravidade do sangramento e os protocolos institucionais. Essa decisão deve ocorrer em ambiente adequado e não deve atrasar as medidas essenciais de estabilização.

A avaliação neurológica deve ser **repetida durante o atendimento e transporte**, permitindo identificar alterações em relação ao estado inicial. No idoso traumatizado, uma mudança aparentemente discreta do nível de consciência pode representar deterioração clínica importante e deve ser investigada.

## 5.6. E - Exposição e Controle do Ambiente (Exposure and Environmental Control)

A etapa E consiste na exposição adequada da pessoa traumatizada para permitir uma avaliação sistemática e identificar lesões que não foram percebidas nas etapas anteriores. A exposição deve ser suficiente para examinar o paciente de maneira completa, porém evitando exposição desnecessária e prolongada ao ambiente.

Na pessoa idosa, deve-se ter atenção especial à **perda de calor**, pois alterações relacionadas ao envelhecimento podem reduzir a capacidade de manutenção da temperatura corporal. A exposição ao ambiente, a retirada das roupas, a realização de procedimentos e o transporte podem favorecer a hipotermia, especialmente em pacientes graves ou expostos a temperaturas baixas.

Por isso, após a inspeção das regiões necessárias, o paciente deve ser **recoberto e protegido do frio o mais rapidamente possível**. Podem ser utilizados cobertores, mantas térmicas e outros métodos de aquecimento disponíveis, conforme as condições clínicas e os recursos do serviço. Quando possível, a temperatura corporal deve ser monitorada, principalmente em pacientes com maior risco de hipotermia.

Durante a exposição, deve-se realizar uma **inspeção sistemática da superfície corporal**, procurando ferimentos, hematomas, deformidades, sangramentos, queimaduras, lesões por pressão e outras alterações que possam ter passado despercebidas. Regiões posteriores do corpo também devem ser avaliadas quando clinicamente necessário, realizando a movimentação do paciente de maneira coordenada e segura.

A **pele da pessoa idosa** merece atenção especial devido à maior fragilidade e ao risco de lesões decorrentes de pressão, cisalhamento e fricção. Durante movimentações e transferências, a equipe deve evitar arrastar o paciente sobre superfícies e deve verificar regularmente as áreas de contato com dispositivos utilizados no atendimento.

Quando dispositivos de restrição de movimento da coluna, como **pranchas rígidas**, forem utilizados para extricação ou movimentação, o paciente deve ser transferido para uma superfície adequada assim que for seguro, evitando permanência desnecessariamente prolongada. Além do risco de lesão por pressão, a permanência prolongada sobre superfícies rígidas pode aumentar dor e desconforto.

A etapa E também representa uma oportunidade para realizar uma avaliação complementar rápida após a estabilização inicial, sempre mantendo a privacidade e a dignidade do paciente. Ao final da exposição, deve-se garantir que a pessoa esteja **adequadamente protegida contra hipotermia e outros riscos ambientais**.

Assim, a exposição no trauma geriátrico deve buscar o equilíbrio entre **identificação completa das lesões, prevenção da hipotermia, proteção da pele, conforto e preservação da dignidade do paciente**. A avaliação não termina após a primeira exposição: o paciente deve ser reavaliado continuamente durante o transporte e sempre que houver alteração de seu estado clínico.

## **6. ABORDAGEM NA SUSPEITA DE MAUS-TRATOS**

A suspeita de maus-tratos deve fazer parte da avaliação da pessoa idosa traumatizada, especialmente quando houver **lesões incompatíveis com o mecanismo relatado, história inconsistente, atraso injustificado na procura por atendimento ou sinais de negligência**. A violência pode ocorrer no ambiente domiciliar, comunitário ou institucional e pode ser física, psicológica, sexual, financeira ou patrimonial, além de incluir negligência e abandono.

A identificação pode ser dificultada pelo medo, dependência física ou financeira, comprometimento cognitivo, isolamento social ou pela própria relação de dependência entre a vítima e o possível agressor. Por esse motivo, a equipe deve manter uma postura **acolhedora, respeitosa e sem julgamentos**, evitando confrontar o possível agressor diante da vítima quando isso puder aumentar o risco.

### **Sinais de alerta para maus-tratos e negligência**

Alguns achados devem aumentar a suspeita de violência ou negligência:

- **Lesões incompatíveis com a história apresentada**, especialmente quando o mecanismo descrito não explica adequadamente a localização ou a gravidade das lesões;
- **Relatos divergentes** entre a pessoa idosa, familiares, cuidadores ou acompanhantes;
- **Atraso injustificado na procura por atendimento** após uma lesão;
- Hematomas, escoriações, queimaduras, ferimentos ou fraturas sem explicação satisfatória;
- Lesões em diferentes regiões do corpo ou com características que levem suspeita de agressão;
- **Desnutrição, desidratação ou higiene inadequada** sem justificativa clínica ou social adequada;
- Falta de acesso a medicamentos, alimentação, cuidados básicos ou acompanhamento de saúde necessários;
- **Úlceras por pressão** ou outras complicações relacionadas à ausência ou inadequação dos cuidados;
- Mudanças comportamentais, medo, retraimento ou ansiedade na presença de determinada pessoa;
- Condições inadequadas de moradia ou ausência de medidas básicas de segurança e cuidado.

Nenhum desses achados, isoladamente, confirma a ocorrência de maus-tratos. A suspeita deve ser construída a partir do **conjunto das informações clínicas, sociais e circunstanciais**, considerando também as condições de saúde e funcionalidade da pessoa idosa.

### **Avaliação e comunicação**

Sempre que possível, a pessoa idosa deve ser entrevistada **em ambiente reservado**, sem a presença do possível agressor ou de outras pessoas que possam interferir no relato. O profissional deve utilizar perguntas abertas e não sugestivas, permitindo que o paciente descreva o que aconteceu com suas próprias palavras.

Devem ser investigados o mecanismo do trauma, o momento em que ocorreu, quem estava presente, as circunstâncias do evento, a existência de episódios anteriores e as condições de cuidado. Quando necessário, familiares, cuidadores ou acompanhantes podem fornecer informações complementares, mas essas informações não devem substituir o relato da própria pessoa idosa quando ela possuir capacidade para fornecê-lo.

A avaliação física deve ser cuidadosa e sistemática. **Lesões devem ser descritas objetivamente e documentadas**, incluindo localização, características, extensão e, quando permitido pelos protocolos institucionais, registros fotográficos adequados. Deve-se evitar interpretações ou acusações no prontuário; o registro deve concentrar-se nos achados observados e nas informações relatadas.

### **Notificação e proteção**

Diante de **suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa idosa**, a equipe de saúde deve seguir as normas brasileiras de notificação e os fluxos da rede de proteção. A notificação em saúde possui finalidade de vigilância e proteção e **não deve ser confundida com a denúncia criminal**.

A situação também pode exigir comunicação aos órgãos competentes, de acordo com a legislação e com a gravidade do caso, incluindo serviços de assistência social, autoridades policiais, Ministério Público e demais integrantes da rede de proteção. A conduta deve ser definida considerando o risco atual e as necessidades específicas da vítima.

Quando houver **risco imediato à integridade física ou à vida**, a prioridade é garantir a segurança da pessoa idosa e providenciar atendimento e proteção adequados. O afastamento do ambiente de risco pode ser necessário em determinadas situações, mas deve ocorrer por meio da **rede**

**de proteção e dos serviços competentes**, considerando a segurança, a autonomia e as necessidades da pessoa idosa.

A abordagem dos maus-tratos não termina com a identificação da lesão. É fundamental estabelecer encaminhamento adequado e, quando necessário, acompanhamento pela rede de saúde e assistência social, buscando **interromper a situação de violência, reduzir o risco de recorrência e preservar a autonomia, a dignidade e a segurança da pessoa idosa**.

## **7. PRINCIPAIS LESÕES ASSOCIADAS AO TRAUMA EM IDOSOS**

O envelhecimento está associado a alterações anatômicas, fisiológicas e funcionais que podem modificar a resposta da pessoa idosa aos eventos traumáticos. A redução da reserva fisiológica, a fragilidade, a osteoporose, a sarcopenia, as alterações do equilíbrio e a presença de comorbidades podem aumentar a vulnerabilidade a determinadas lesões e influenciar sua recuperação.

No entanto, **a idade cronológica isoladamente não determina a gravidade do trauma**. A avaliação deve considerar o estado funcional e cognitivo prévio, o grau de fragilidade, as doenças existentes, os medicamentos utilizados e o mecanismo do trauma. Dessa forma, uma lesão decorrente de um mecanismo aparentemente de baixa energia pode apresentar consequências importantes em uma pessoa idosa vulnerável.

As **quedas** merecem destaque, pois estão entre os principais mecanismos de trauma nessa população e podem resultar em fraturas, traumatismo cranioencefálico e lesões de partes moles. Além disso, acidentes de trânsito, violência, queimaduras e outros mecanismos também podem produzir lesões graves e devem ser considerados durante a avaliação.

Entre as principais lesões associadas ao trauma em pessoas idosas destacam-se **traumatismo cranioencefálico, fraturas de quadril e de outros segmentos, lesões da coluna vertebral, trauma torácico, trauma abdominal e lesões de partes moles**. A apresentação clínica pode ser menos evidente em alguns casos, especialmente quando existem alterações cognitivas, uso de medicamentos ou doenças preexistentes que modificam os sinais e sintomas.

Outro aspecto importante é que o impacto do trauma não deve ser avaliado somente pela mortalidade. Em pessoas idosas, uma lesão traumática pode provocar **perda de mobilidade, redução da independência, declínio funcional, necessidade de institucionalização e piora da qualidade de vida**. Por isso, além do tratamento da lesão aguda, o atendimento deve buscar preservar a funcionalidade e reduzir complicações durante a recuperação.

A seguir, são apresentadas as principais lesões associadas ao trauma na pessoa idosa, com destaque para seus **mecanismos, manifestações clínicas, particularidades da avaliação, complicações e medidas de prevenção e manejo inicial**.

### 7.1. Fraturas de Fêmur e Quadril

As fraturas do **fêmur proximal**, frequentemente denominadas fraturas de quadril, estão entre as lesões traumáticas de maior impacto na população idosa. Na maioria dos casos, estão relacionadas a **quedas da própria altura ou outros mecanismos de baixa energia**, especialmente em pessoas com osteoporose, fragilidade ou alterações do equilíbrio. Entretanto, também podem ocorrer após mecanismos de maior energia, como acidentes de trânsito.

A associação entre envelhecimento, perda de massa óssea, osteoporose, sarcopenia e alterações do equilíbrio aumenta o risco de quedas e de fraturas. Além disso, uma fratura de quadril não representa apenas uma lesão óssea: pode desencadear **dor intensa, redução da mobilidade, perda de independência e deterioração funcional**, especialmente quando o tratamento e a mobilização são atrasados.

Clinicamente, a pessoa pode apresentar **dor intensa na região do quadril ou da virilha, incapacidade ou dificuldade para apoiar o membro afetado e redução da mobilidade**. O membro pode apresentar encurtamento e rotação externa, embora esses achados não estejam necessariamente presentes em todos os casos. A avaliação neurovascular do membro também deve ser realizada.

O tratamento geralmente exige **avaliação hospitalar e abordagem multidisciplinar**, sendo a cirurgia frequentemente indicada para pacientes com condições clínicas que permitam o procedimento. O objetivo do tratamento é estabilizar a fratura, controlar a dor e possibilitar **mobilização precoce**, reduzindo as consequências da imobilidade prolongada.

A permanência prolongada no leito pode aumentar o risco de **tromboembolismo venoso, lesões por pressão, infecções respiratórias, perda de massa muscular, delirium e declínio funcional**. Por isso, a prevenção e o tratamento dessas complicações devem fazer parte do cuidado desde o início da hospitalização.

A mortalidade após uma fratura de quadril é maior do que na população idosa sem esse tipo de lesão, especialmente entre pessoas com **fragilidade, múltiplas comorbidades e pior estado funcional prévio**. Entretanto, o risco varia de acordo com as características individuais do paciente e não deve ser representado por um único percentual aplicável a todos os idosos.

A recuperação também pode ser prolongada, e parte dos pacientes não retorna ao mesmo nível de independência funcional existente antes da fratura. Dessa forma, o manejo deve envolver não apenas o tratamento ortopédico, mas também **controle da dor, prevenção de complicações, mobilização precoce, fisioterapia, avaliação nutricional e planejamento da reabilitação e da alta.**

A ocorrência de uma fratura de quadril também deve motivar a investigação dos fatores que contribuíram para a queda, incluindo **risco de novas quedas, osteoporose, alterações visuais, equilíbrio, força muscular e medicamentos**, permitindo a implementação de estratégias de prevenção secundária.



***Figura 2.** Fratura do fêmur proximal (quadril)*

## **7.2. Traumatismo Cranioencefálico (TCE)**

O traumatismo cranioencefálico (TCE) representa uma das lesões mais críticas e frequentes na população geriátrica, originando-se predominantemente de quedas e acidentes de trânsito. O manejo adequado exige uma compreensão profunda das particularidades fisiológicas e farmacológicas dessa faixa etária.

### **Fatores de Risco e Alterações Fisiológicas**

- **Maior Vulnerabilidade:** Alterações naturais do envelhecimento, como a atrofia cortical e a fragilidade vascular, fazem com que as taxas de mortalidade intra-hospitalar por TCE em idosos sejam expressivamente maiores e os desfechos menos favoráveis do que em adultos jovens.
- **Impacto Medicamentoso:** O uso generalizado de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários transforma traumas cranianos inicialmente classificados como leves em

potenciais emergências. Essa terapia medicamentosa facilita a rápida evolução para hemorragias intracranianas significativas.

### **Complicações e Recuperação**

- **Hematomas Subdurais:** A combinação de atrofia cerebral, fragilidade dos vasos e uso de antitrombóticos torna o desenvolvimento de hematomas subdurais (agudos ou crônicos) uma complicação altamente prevalente, frequentemente exigindo monitoramento intensivo ou intervenção neurocirúrgica.
- **Desafios na Reabilitação:** A recuperação após o trauma é um desafio considerável. Evidências indicam que mesmo um TCE leve pode comprometer severamente a independência funcional do idoso, demandando protocolos específicos de acompanhamento e reabilitação para mitigar o declínio neurológico.

**Diretrizes de Manejo** O atendimento inicial e a triagem do idoso com TCE devem ser guiados não apenas pelo mecanismo do trauma, mas especialmente pelo status de fragilidade do paciente e por suas comorbidades. Diretrizes atuais reforçam a necessidade de protocolos diferenciados, com baixo limiar para a realização de tomografia computadorizada e reversão precoce de anticoagulantes quando indicado.

### **7.3. Fraturas de Costelas e Complicações Torácicas**

O trauma torácico no idoso, frequentemente decorrente de quedas da própria altura e acidentes de trânsito, exige monitoramento rigoroso. Devido à perda da elasticidade da parede torácica e à fragilidade óssea característica do envelhecimento, as fraturas de costelas são altamente incidentes e carregam uma morbimortalidade desproporcionalmente maior nessa faixa etária.

### **Fisiopatologia e Riscos Respiratórios**

- **Reserva Fisiológica Reduzida:** O envelhecimento compromete a complacência pulmonar. Quando o trauma é associado a condições preexistentes, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), o risco de rápida progressão para insuficiência respiratória aumenta drasticamente.
- **Cascata de Complicações:** A dor intensa gerada pelas fraturas leva à hipoventilação (respiração superficial) e à incapacidade de tossir adequadamente. Esse quadro predispõe o

paciente idoso ao acúmulo de secreções, resultando em atelectasias, pneumonia e necessidade frequente de intubação e internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

### **Diretrizes de Manejo e Analgesia**

- **Analgesia Multimodal:** O controle proativo e rigoroso da dor é a pedra angular do tratamento não cirúrgico. Diretrizes conjuntas recomendam fortemente o uso de analgesia multimodal e bloqueios anestésicos regionais para otimizar a mecânica respiratória, reduzindo a dependência de opioides sistêmicos, que aumentam o risco de *delirium* e depressão respiratória no idoso.
- **Reabilitação Precoce:** A fisioterapia respiratória intensiva e a mobilização precoce são obrigatórias para prevenir complicações infecciosas.

### **Estabilização Cirúrgica em Pacientes Frágeis**

- **Intervenção Individualizada:** Em casos de fraturas múltiplas severas, deslocamentos significativos ou tórax instável, a estabilização cirúrgica das fraturas de costelas tem se mostrado uma alternativa viável e benéfica, mesmo em pacientes com critérios de fragilidade estabelecidos.
- **Impacto no Prognóstico:** A fixação cirúrgica, quando bem indicada, pode acelerar o desmame da ventilação mecânica, reduzir as taxas de pneumonia e diminuir o tempo total de internação na UTI, devendo ser discutida no contexto do status funcional de cada paciente.



***Figura 3. Fraturas de arcos costais.***

## 7.4. Queimaduras

Embora as queimaduras representem uma parcela menor do total de traumas na população geriátrica, elas estão associadas a índices de morbimortalidade desproporcionalmente elevados. No paciente idoso, lesões térmicas que acometem até mesmo pequenas extensões — especialmente aquelas que ultrapassam 10% da superfície corporal queimada (SCQ) — já são consideradas críticas e exigem manejo especializado e muitas vezes intensivo.

### Vulnerabilidade Anatômica e Fisiológica

- **Pele Fina e Sensível:** O processo de envelhecimento causa afinamento significativo da epiderme e derme, além de redução na microcirculação cutânea e perda de elasticidade. Como resultado, o tempo de exposição térmica necessário para causar uma lesão de espessura total (terceiro grau) é consideravelmente menor do que em adultos jovens.
- **Cicatrização Prejudicada:** A senescência celular e a menor vascularização retardam drasticamente o processo de cicatrização, mantendo as feridas abertas por períodos prolongados e aumentando a janela de vulnerabilidade do paciente.

### Complicações Sistêmicas

- **Risco Infeccioso e Sepses:** A resposta imunológica atenuada do idoso, combinada com a quebra prolongada da barreira cutânea, torna esses pacientes altamente suscetíveis a infecções locais na ferida operatória e à rápida progressão para sepse, que é a principal causa de óbito nessa população.
- **Desafio na Reposição Volêmica:** O manejo de fluidos é extremamente delicado. A desidratação e o choque hipovolêmico são riscos iminentes, mas a reposição hídrica agressiva pode facilmente levar à sobrecarga de volume, edema agudo de pulmão e insuficiência cardíaca, devido à reserva cardiovascular e renal reduzida do idoso.

### Manejo e Cuidados Prolongados

- **Prevenção de Lesões por Pressão:** A hospitalização prolongada associada à imobilidade e à fragilidade extrema da pele íntegra exige um protocolo rigoroso de mudança de decúbito e uso de superfícies de alívio de pressão para evitar a formação de úlceras secundárias.

- **Suporte Nutricional e Analgesia:** O estado hipermetabólico induzido pela queimadura consome rapidamente as poucas reservas musculares e proteicas do idoso. É imperativo iniciar suporte nutricional precoce e otimizado, associado a um controle de dor com analgesia multimodal que evite doses altas de opioides, minimizando o risco de *delirium*.

## 7.5. Lesões de Órgãos Internos

Traumas de alta energia, como acidentes automobilísticos, e até mesmo quedas mecânicas severas podem resultar em lesões graves em órgãos maciços, como baço, fígado e rins. A avaliação do trauma abdominal e de órgãos internos no idoso é particularmente complexa, pois as alterações anatômicas e sistêmicas do envelhecimento aumentam exponencialmente a gravidade e o risco de desfechos fatais.

### Vulnerabilidade Anatômica e Sarcopenia

- **Perda de Proteção Natural:** A acentuada redução da massa muscular (sarcopenia), a flacidez da parede abdominal e a perda de elasticidade dos tecidos fazem com que a dissipação da energia do impacto seja ineficiente. A força do trauma é transferida quase diretamente para as vísceras e órgãos maciços, aumentando a probabilidade de lesões severas.
- **Risco Hemorrágico Elevado:** A maior friabilidade dos órgãos internos no idoso aumenta o risco de lacerações profundas e hemorragias intra-abdominais significativas. Esse quadro é criticamente agravado pelo uso prevalente de medicamentos anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, que dificultam a hemostasia e facilitam a rápida perda de volume sanguíneo.
- 

### Resposta Fisiológica Atenuada (Choque Mascarado)

- **Sinais Vitais Enganosos:** A resposta hemodinâmica clássica à hemorragia (como a taquicardia compensatória) frequentemente não ocorre no idoso devido à rigidez do sistema cardiovascular, envelhecimento do sistema de condução cardíaco ou pelo uso contínuo de betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio.
- **Atraso Diagnóstico:** Com parâmetros vitais aparentemente "normais", um idoso pode estar em estado de choque hipovolêmico oculto, o que pode levar a um falso senso de segurança por parte da equipe e a um atraso fatal no início da reanimação volêmica.

### Manejo e Desafios Diagnósticos

- **Baixo Limiar para Imagem (Tomografia):** O exame físico abdominal no idoso traumatizado é notoriamente pouco confiável, pois a percepção da dor pode estar diminuída e os sinais clássicos de irritação peritoneal (abdome em tábua) frequentemente não se manifestam. Recomenda-se a realização precoce e liberal de tomografias computadorizadas para descartar lesões ocultas.
- **Monitoramento em Terapia Intensiva:** O manejo conservador (não operatório) das lesões de órgãos internos é a primeira escolha quando há estabilidade, mas idosos apresentam uma taxa maior de falha nesse tratamento. Eles exigem monitoramento rigoroso em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois complicações sistêmicas, como insuficiência renal aguda, isquemia mesentérica e sepse, instalam-se rapidamente e podem demandar intervenção cirúrgica de controle de danos.

## **8. FOCO EM: MULTIDISCIPLINARIDADE**

O atendimento ao idoso traumatizado requer uma abordagem multidisciplinar, individualizada e integrada, considerando as particularidades clínicas, funcionais e psicossociais relacionadas ao envelhecimento. O trauma nessa população pode apresentar maior complexidade em razão da redução da reserva fisiológica, da presença de fragilidade e de múltiplas comorbidades, fatores que podem modificar a resposta ao trauma, dificultar a recuperação e aumentar o risco de complicações. Além disso, lesões aparentemente de menor gravidade podem resultar em importante deterioração funcional, perda de autonomia e necessidade de cuidados prolongados.

Nesse contexto, o cuidado deve envolver diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais conforme as necessidades individuais. A atuação conjunta permite uma avaliação mais ampla do paciente, contemplando não apenas a identificação e o tratamento das lesões traumáticas, mas também aspectos como estado funcional, mobilidade, risco de quedas, estado nutricional, controle de doenças crônicas, uso de medicamentos, capacidade cognitiva e condições sociais que possam interferir no processo de recuperação.

A integração entre as diferentes áreas deve ocorrer desde o atendimento inicial e permanecer ao longo de toda a trajetória assistencial. A equipe deve estabelecer objetivos terapêuticos compartilhados e adequados às condições clínicas e funcionais do paciente, buscando equilibrar o tratamento das lesões com a preservação da independência e da qualidade de vida. A identificação precoce de fatores de risco para declínio funcional permite a adoção de medidas preventivas e de estratégias de reabilitação de maneira oportuna.

A participação da fisioterapia e de outras áreas da reabilitação é particularmente importante para reduzir os efeitos da imobilidade, favorecer a recuperação da mobilidade e prevenir perda adicional de força e capacidade funcional. Da mesma forma, a avaliação nutricional pode contribuir para a identificação e o manejo de inadequações nutricionais que possam comprometer a recuperação. A equipe de enfermagem exerce papel fundamental no monitoramento contínuo, na prevenção de complicações e na coordenação dos cuidados, enquanto a avaliação médica deve integrar a gravidade do trauma às condições prévias e à reserva fisiológica do paciente.

A comunicação efetiva entre os profissionais e a definição clara das responsabilidades de cada integrante da equipe são fundamentais para garantir continuidade e segurança assistencial. Essa integração permite reconhecer precocemente alterações clínicas, ajustar o plano terapêutico de acordo com a evolução do paciente e facilitar a transição entre os diferentes níveis de cuidado. Dessa forma, o atendimento ao idoso traumatizado deve ter como finalidade não apenas a sobrevivência e o controle das lesões agudas, mas também a recuperação funcional, a prevenção de incapacidade, a manutenção da autonomia e o retorno, sempre que possível, ao nível de funcionalidade e participação social anterior ao trauma.

### **8.1. Visão da Enfermagem**

A enfermagem desempenha papel fundamental em todas as etapas do cuidado ao idoso traumatizado, desde a avaliação inicial e identificação de alterações clínicas até o acompanhamento durante a internação, recuperação e transição para outros níveis de cuidado. Por permanecer em contato contínuo com o paciente, a equipe de enfermagem ocupa posição estratégica para reconhecer precocemente alterações no estado clínico, comunicar mudanças à equipe multiprofissional e implementar medidas destinadas à segurança e à prevenção de complicações.

Na abordagem inicial, a enfermagem participa da avaliação sistemática do paciente, monitorando sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório, perfusão, dor e demais parâmetros relevantes de acordo com a gravidade do trauma. No decorrer do atendimento, cabe ainda o acompanhamento da resposta às intervenções realizadas, a administração segura de medicamentos e soluções prescritas, o controle de dispositivos e acessos, além do registro adequado das informações clínicas. No idoso, essa vigilância deve ser particularmente cuidadosa, considerando que alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento e o uso de medicamentos podem modificar a apresentação e a evolução de determinadas condições após o trauma.

O cuidado de enfermagem deve também contemplar a prevenção de eventos adversos e complicações relacionadas à imobilidade e à hospitalização. Entre as medidas importantes estão a avaliação e prevenção de lesões por pressão, a manutenção da integridade da pele, a prevenção de quedas, o manejo adequado da dor, a identificação de sinais de infecção e a atenção às alterações do

estado mental. A avaliação frequente da mobilidade e da capacidade funcional também permite identificar precocemente perda de autonomia e direcionar a necessidade de intervenções de reabilitação.

A comunicação constitui outro componente essencial da assistência. O profissional de enfermagem deve estabelecer uma relação de confiança com o paciente, utilizando linguagem clara e compatível com sua capacidade de compreensão, além de considerar possíveis déficits auditivos, visuais ou cognitivos. A participação da família ou do cuidador deve ser estimulada quando apropriada, especialmente para obtenção de informações sobre a condição funcional prévia, uso habitual de medicamentos, presença de comorbidades e mudanças recentes no comportamento ou na capacidade de realizar atividades cotidianas.

Dessa forma, a enfermagem contribui não apenas para a manutenção da estabilidade clínica, mas também para a segurança, o conforto, a prevenção de complicações e a continuidade do cuidado. Sua atuação integrada à equipe multiprofissional é essencial para que o tratamento considere o paciente de forma global, favorecendo a recuperação e a preservação da funcionalidade e da independência.

## **8.2. Reabilitação Física e Mobilização Precoce**

Após a estabilização das condições agudas e a definição das restrições relacionadas às lesões, a reabilitação física deve ser iniciada o mais precocemente possível, sempre de maneira segura e individualizada. No idoso traumatizado, períodos prolongados de imobilidade podem contribuir para perda de força e massa muscular, redução da capacidade funcional, piora do equilíbrio e aumento da dependência para a realização das atividades de vida diária. Por esse motivo, a mobilização constitui componente importante da estratégia de recuperação funcional.

A atuação do fisioterapeuta deve começar com a avaliação das condições clínicas e funcionais do paciente, considerando o tipo e a gravidade do trauma, presença de fraturas ou lesões musculoesqueléticas, estabilidade hemodinâmica, capacidade respiratória, nível de consciência, dor e limitações prévias. A partir dessa avaliação, são estabelecidas metas progressivas de reabilitação, que podem incluir mudanças de posicionamento, exercícios ativos ou assistidos, treino de sedestação, ortostatismo, transferências e, quando permitido, marcha.

A mobilização deve respeitar a tolerância individual e as orientações relacionadas ao tratamento das lesões, evitando tanto a imobilização desnecessariamente prolongada quanto esforços incompatíveis com a condição clínica. Além do trabalho direcionado à força muscular, a fisioterapia pode atuar na recuperação do equilíbrio, coordenação, amplitude de movimento e capacidade de realizar atividades funcionais, contribuindo para o retorno gradual à independência.

A reabilitação também deve considerar a prevenção de novos eventos traumáticos. Durante o processo de recuperação, podem ser identificadas alterações de equilíbrio, redução da força, dificuldade para caminhar ou necessidade de dispositivos auxiliares. A orientação do paciente, dos familiares e dos cuidadores quanto às formas seguras de transferência, posicionamento, utilização de dispositivos de auxílio à marcha e adaptação às limitações temporárias ou permanentes é fundamental para reduzir o risco de novas quedas e lesões.

A atuação fisioterapêutica deve estar articulada com os demais profissionais da equipe, permitindo que a progressão da mobilidade acompanhe a evolução clínica e as metas estabelecidas para o paciente. O objetivo final não deve ser apenas a recuperação da capacidade de caminhar, mas a retomada do maior nível possível de funcionalidade, autonomia e participação nas atividades cotidianas, considerando sempre a condição prévia do indivíduo e suas expectativas de recuperação.



**Figura 4.** Fisioterapia para idosos. Fonte: Google Imagens.

### **8.3. Suporte Psicológico e Acompanhamento da Saúde Mental**

O trauma no idoso pode produzir repercussões que ultrapassam as lesões físicas, afetando o bem-estar emocional, a percepção de segurança, a autonomia e a participação nas atividades cotidianas. A hospitalização, a dor, a imobilidade, a alteração temporária ou permanente da capacidade funcional e a dependência de familiares ou cuidadores podem representar importantes fontes de sofrimento e insegurança. Por isso, os aspectos psicológicos e cognitivos devem fazer parte da avaliação integral do paciente traumatizado.

O acompanhamento da saúde mental deve considerar a identificação de alterações emocionais e comportamentais que possam surgir durante ou após o evento traumático, incluindo sintomas de ansiedade, humor deprimido, medo de novas quedas ou acidentes, isolamento e alterações

relacionadas ao sono. Também é importante permanecer atento a mudanças no estado cognitivo, especialmente em pacientes hospitalizados, nos quais alterações agudas da atenção, consciência e comportamento podem ocorrer e exigem avaliação adequada.

A atuação do psicólogo pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, adaptação às limitações decorrentes do trauma e elaboração das mudanças provocadas pelo evento. O atendimento deve respeitar a história de vida, os valores, as preferências e o grau de autonomia do idoso, evitando que a dependência temporária seja interpretada como perda definitiva de capacidade.

A família e os cuidadores também devem ser incluídos no processo assistencial quando apropriado. Orientações claras sobre a evolução clínica, as limitações funcionais e as necessidades de cuidado podem reduzir inseguranças e favorecer uma participação mais adequada no processo de recuperação. O acompanhamento deve ser mantido após a alta quando houver sintomas persistentes, dificuldades de adaptação ou necessidade de suporte especializado.

#### **8.4. Nutrição e Cuidados com Feridas**

A avaliação e o acompanhamento nutricional são componentes importantes do cuidado ao idoso traumatizado, particularmente diante da possibilidade de alterações prévias ou desenvolvidas durante a hospitalização que comprometam o estado nutricional. A presença de baixa ingestão alimentar, perda de peso, redução de massa muscular e outras condições associadas à fragilidade pode interferir na capacidade de recuperação e dificultar a retomada da funcionalidade.

O nutricionista deve realizar avaliação individualizada do estado nutricional e das necessidades do paciente, considerando o tipo de trauma, as condições clínicas associadas, a capacidade de alimentação por via oral, as necessidades metabólicas e as limitações funcionais. Quando necessário, devem ser estabelecidas estratégias para adequação da ingestão de energia, proteínas, líquidos e micronutrientes, de acordo com a condição clínica e os objetivos terapêuticos.

A manutenção da integridade da pele também merece atenção especial. Idosos com mobilidade reduzida ou submetidos a períodos prolongados de permanência no leito apresentam maior risco de lesões relacionadas à pressão, além de outras complicações cutâneas. A prevenção deve incluir avaliação sistemática da pele, mudanças de posicionamento quando indicadas, controle da umidade, utilização adequada de superfícies de suporte e incentivo à mobilização conforme as condições clínicas permitirem.

Quando houver feridas, a equipe deve realizar avaliação regular de suas características, acompanhar a evolução da cicatrização e reconhecer precocemente sinais sugestivos de complicação

ou infecção. A enfermagem desempenha papel central nesses cuidados, enquanto a participação de outros profissionais deve ser acionada conforme a complexidade da lesão e as necessidades do paciente.

A integração entre nutrição, enfermagem, medicina e reabilitação é fundamental para abordar simultaneamente os fatores que podem comprometer a recuperação. O objetivo é favorecer a manutenção da massa e da função muscular, a integridade dos tecidos, a cicatrização adequada e a recuperação funcional, evitando intervenções isoladas e desarticuladas.

### **8.5. Assistência Social e Apoio à Família**

A assistência social possui papel relevante na avaliação das condições sociais e familiares que podem influenciar a recuperação do idoso traumatizado e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. O trauma pode provocar mudanças importantes na autonomia do paciente e gerar novas necessidades de acompanhamento, especialmente quando há redução da capacidade de realizar atividades básicas ou instrumentais da vida diária.

A avaliação deve considerar a existência e a disponibilidade da rede de apoio, as condições do domicílio, a presença de cuidador, as possibilidades de acesso aos serviços de saúde e reabilitação e as condições socioeconômicas que possam interferir na continuidade do tratamento. A partir dessa análise, o assistente social pode contribuir para a articulação com os serviços disponíveis na rede de atenção à saúde e com os recursos sociais necessários para o período pós-alta.

O planejamento da alta deve começar de forma antecipada e envolver o paciente, seus familiares ou cuidadores e os demais profissionais da equipe. É importante estabelecer, de maneira clara, quais cuidados serão necessários no domicílio, quais limitações permanecerão após a alta, quais profissionais deverão realizar o acompanhamento e quais sinais devem motivar a procura por atendimento.

A família deve receber orientações compatíveis com sua capacidade de oferecer assistência, evitando a transferência excessiva de responsabilidades sem suporte adequado. Em situações de maior dependência, a equipe deve considerar também a sobrecarga física e emocional do cuidador e buscar alternativas que favoreçam a continuidade e a segurança do cuidado.

Para idosos com rede de apoio limitada ou em situação de vulnerabilidade social, a articulação com a rede de proteção social e de saúde torna-se ainda mais importante. O objetivo é reduzir barreiras ao acesso aos cuidados necessários, favorecer a continuidade da reabilitação e contribuir para que o paciente possa retornar ao ambiente mais adequado e seguro possível.

### **8.6. Integração da Equipe para um Cuidado Coordenado**

O cuidado ao idoso traumatizado deve ser organizado a partir de uma perspectiva multiprofissional, na qual diferentes áreas compartilham informações, estabelecem objetivos comuns e participam das decisões de acordo com suas competências. A complexidade do trauma geriátrico exige que as lesões agudas sejam avaliadas em conjunto com as condições clínicas prévias, a fragilidade, a capacidade funcional, o estado cognitivo, o contexto familiar e as possibilidades de recuperação.

A comunicação entre os profissionais deve ser contínua e estruturada, permitindo que informações relevantes sobre o estado clínico e funcional do paciente sejam compartilhadas ao longo da assistência. A definição de um plano terapêutico comum reduz a fragmentação do cuidado e facilita a identificação de prioridades, especialmente diante de mudanças clínicas ou funcionais durante a hospitalização.

A coordenação do cuidado deve envolver a definição de metas individualizadas, considerando tanto a recuperação das lesões quanto a preservação ou recuperação da autonomia. Essas metas podem ser revistas conforme a evolução do paciente, levando em consideração sua resposta ao tratamento, tolerância às intervenções, capacidade funcional e condições de suporte disponíveis.

A equipe deve atuar de forma articulada desde a fase aguda até a reabilitação e a transição para o domicílio ou outros serviços de cuidado. Essa continuidade é particularmente importante no idoso, pois a alta hospitalar não representa necessariamente o encerramento das necessidades assistenciais. A organização adequada da transição pode favorecer a continuidade do tratamento, reduzir falhas de comunicação e permitir que as necessidades de reabilitação e acompanhamento sejam identificadas precocemente.

Assim, a integração multiprofissional deve ter como finalidade oferecer um cuidado seguro, coordenado e centrado no paciente, buscando não apenas o controle das lesões decorrentes do trauma, mas também a recuperação funcional, a preservação da independência e a melhor qualidade de vida possível dentro das condições clínicas e sociais de cada idoso.

## **9. FOCO EM: PREVENÇÃO**

O trauma em pessoas idosas constitui importante problema de saúde pública, especialmente diante do crescimento progressivo da população idosa e da maior vulnerabilidade dessa população aos eventos traumáticos. Alterações relacionadas ao envelhecimento, como redução da força e massa muscular, alterações do equilíbrio e da marcha, déficits sensoriais, fragilidade, osteoporose e presença de múltiplas doenças crônicas podem aumentar a probabilidade de ocorrência de trauma e agravar suas consequências.

Entre os mecanismos de trauma, as **quedas ocupam posição de destaque**, sendo responsáveis por parcela significativa dos atendimentos e internações por trauma nessa população. Além das quedas, acidentes de trânsito, atropelamentos, acidentes domésticos e eventos relacionados à violência e aos maus-tratos também devem ser considerados nas estratégias de prevenção.

A prevenção do trauma no idoso deve ser entendida como uma abordagem **multifatorial e contínua**, que começa na identificação dos fatores de risco e se estende à adoção de medidas individuais, familiares, ambientais e comunitárias. O objetivo não é restringir a autonomia do idoso, mas proporcionar condições para que ele mantenha sua independência e participação social com o maior grau possível de segurança.

A prevenção também deve considerar que o primeiro evento traumático pode desencadear um ciclo de perda funcional. Após uma queda, por exemplo, o medo de cair novamente pode levar à redução da atividade física, ao descondicionamento, à perda de força e ao aumento progressivo da dependência. Dessa forma, a prevenção deve atuar tanto antes do primeiro evento quanto na prevenção de recorrências.

### **9.1. Importância da Prevenção de Quedas**

As quedas constituem um dos principais mecanismos de trauma entre pessoas idosas e podem resultar em consequências que vão desde lesões leves até fraturas, traumatismo cranioencefálico, internações, perda de independência e óbito. O risco e a gravidade das consequências aumentam quando estão presentes fatores como fragilidade, osteoporose, alterações de equilíbrio, déficits visuais, uso de determinados medicamentos e limitações de mobilidade.

A prevenção deve ser individualizada e baseada na identificação dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis de cada pessoa. Entre as principais estratégias estão:

- **Avaliação multifatorial do risco de quedas**

A avaliação do risco deve considerar histórico de quedas anteriores, alterações da marcha e do equilíbrio, força muscular, capacidade funcional, visão, audição, cognição, uso de medicamentos, presença de doenças crônicas, estado nutricional e características do ambiente em que o idoso vive.

A ocorrência de uma queda não deve ser considerada um evento isolado. Especialmente diante de quedas recorrentes, é necessário investigar suas possíveis causas e estabelecer medidas específicas para reduzir a probabilidade de novos episódios.

- **Adaptação e segurança do ambiente domiciliar**

O ambiente deve ser avaliado de acordo com as características e limitações de cada idoso. Medidas como melhoria da iluminação, organização de móveis, retirada de obstáculos e fios soltos, fixação ou remoção de tapetes, instalação de barras de apoio e adequação de banheiros e áreas de circulação podem reduzir riscos ambientais.

A atenção deve ser maior em locais onde ocorrem atividades de maior risco, como banheiro, quarto, cozinha e escadas. As adaptações devem buscar facilitar a mobilidade e a independência, evitando transformar o ambiente em um espaço excessivamente restritivo.

- **Exercício físico e manutenção da capacidade funcional**

Programas de exercícios são componentes importantes da prevenção de quedas, especialmente quando incluem atividades direcionadas à melhora do equilíbrio, força muscular, coordenação e capacidade funcional. A prescrição deve ser individualizada e adequada às condições clínicas e funcionais do idoso.

Atividades físicas supervisionadas, exercícios de força, treinamento de equilíbrio e modalidades que trabalhem controle postural podem ser incorporados à rotina conforme a capacidade de cada indivíduo. A manutenção da atividade física também contribui para preservar a independência e reduzir o impacto funcional do envelhecimento.

- **Avaliação do uso de medicamentos**

A revisão periódica da farmacoterapia é uma medida importante na prevenção de quedas. Alguns medicamentos podem favorecer tontura, hipotensão, sedação, alterações do equilíbrio ou redução do nível de alerta, especialmente quando utilizados em associação.

A avaliação deve ser realizada por profissional habilitado, considerando indicação, dose, duração do tratamento, interações e relação entre riscos e benefícios. Não se recomenda a suspensão ou alteração de medicamentos pelo próprio paciente. Quando identificados medicamentos potencialmente associados ao risco de quedas, a equipe assistencial deve avaliar a possibilidade de ajuste ou substituição.

- **Avaliação visual e de outros fatores sensoriais**

Alterações visuais podem comprometer a percepção de obstáculos e dificultar a orientação espacial, aumentando o risco de quedas. A avaliação periódica da visão e a correção de déficits identificados devem fazer parte das estratégias preventivas.

Também devem ser consideradas alterações auditivas e outras condições que possam interferir na percepção do ambiente e na segurança durante a mobilidade.

- **Prevenção de fraturas e promoção da saúde óssea**

A prevenção das consequências das quedas também envolve a identificação de fatores associados à fragilidade óssea e ao risco de fraturas. A avaliação clínica deve considerar fatores de risco para osteoporose e fraturas por fragilidade, com investigação e tratamento quando indicados.

A adequada ingestão nutricional, a manutenção de atividade física compatível com a condição clínica e o manejo apropriado de alterações da saúde óssea fazem parte de uma estratégia ampla de redução do impacto das quedas.

## **9.2. Prevenção de Trauma no Trânsito**

Acidentes de trânsito constituem importante mecanismo de trauma entre pessoas idosas, envolvendo tanto motoristas e passageiros quanto pedestres e usuários de outros meios de transporte. Alterações relacionadas à visão, audição, mobilidade, atenção e tempo de resposta podem interferir na segurança no trânsito, embora a idade isoladamente não determine a incapacidade para dirigir.

A prevenção deve, portanto, ser baseada na **avaliação individual da capacidade funcional e das condições necessárias para uma condução segura**, evitando generalizações baseadas exclusivamente na idade.

- **Avaliação da capacidade para dirigir**

Para idosos que permanecem dirigindo, avaliações periódicas podem contribuir para identificar alterações que comprometam a segurança. Devem ser considerados aspectos como acuidade visual, audição, função cognitiva, mobilidade, capacidade de realizar movimentos necessários à condução e possíveis efeitos de medicamentos.

Quando forem identificadas limitações que comprometam a segurança, a abordagem deve ser individualizada, buscando alternativas que preservem a mobilidade e a participação social do idoso sempre que possível.

- **Uso adequado de dispositivos de segurança**

O uso correto do cinto de segurança e de dispositivos de retenção apropriados permanece fundamental. Em veículos, também devem ser considerados ajustes que favoreçam a posição

adequada do condutor e dos passageiros, facilitando entrada, saída e utilização segura dos dispositivos de proteção.

- **Segurança do pedestre idoso**

A prevenção de atropelamentos deve envolver tanto medidas individuais quanto intervenções no ambiente urbano. Calçadas regulares, boa iluminação, sinalização adequada, faixas de pedestres bem posicionadas, tempo suficiente para travessia e acessibilidade são elementos importantes para favorecer a circulação segura.

### **9.3. Prevenção de Traumas Violentos e Maus-Tratos**

A violência contra a pessoa idosa e os maus-tratos constituem problemas que exigem atenção específica dentro das estratégias de prevenção. Podem ocorrer em diferentes contextos e assumir formas físicas, psicológicas, financeiras, sexuais ou relacionadas à negligência e ao abandono.

A identificação precoce de situações de vulnerabilidade é fundamental. Profissionais de saúde devem estar atentos a lesões incompatíveis com a história apresentada, atrasos injustificados na procura por atendimento, mudanças comportamentais, sinais de negligência, medo ou retraimento na presença de determinado cuidador e outras situações que possam indicar violência.

- **Capacitação de profissionais, familiares e cuidadores**

A educação de familiares e cuidadores deve abordar manejo adequado do idoso, prevenção de quedas, comunicação, limites físicos e emocionais do cuidado e reconhecimento de situações que demandem auxílio profissional.

A sobrecarga do cuidador também deve ser reconhecida como um fator que pode comprometer a qualidade da assistência. A identificação precoce da exaustão e a articulação com a rede de apoio podem contribuir para a proteção tanto do idoso quanto do cuidador.

- **Identificação e encaminhamento de situações de violência**

Quando houver suspeita ou identificação de maus-tratos, a equipe deve seguir os fluxos institucionais e os mecanismos de proteção previstos para a pessoa idosa. A abordagem deve priorizar a segurança do paciente, o acolhimento e a articulação com os serviços competentes, respeitando a legislação vigente e os protocolos locais.

#### 9.4. Programas de Envelhecimento Saudável

A prevenção de traumas deve estar inserida em uma estratégia mais ampla de promoção do envelhecimento saudável. A manutenção da força muscular, do equilíbrio, da mobilidade, da capacidade cognitiva e da autonomia pode contribuir para reduzir a vulnerabilidade diante de situações potencialmente traumáticas.

O objetivo não deve ser apenas evitar acidentes, mas **preservar a capacidade do idoso de realizar suas atividades e participar da vida social com segurança.**

- **Manutenção da independência e participação social**

A prática regular de atividades físicas, a participação em atividades sociais e comunitárias e a manutenção de atividades significativas podem contribuir para preservar a funcionalidade e reduzir o isolamento.

A prevenção deve evitar a restrição excessiva das atividades do idoso por medo de quedas. Em vez disso, deve buscar identificar os riscos e adaptar as atividades às capacidades individuais.

- **Alimentação e saúde geral**

A alimentação adequada, o acompanhamento das doenças crônicas e a manutenção de hábitos de vida saudáveis contribuem para a preservação da capacidade funcional. O estado nutricional deve receber atenção especial diante de perda de peso, redução da massa muscular ou outras condições que possam comprometer a mobilidade.

- **Vacinação e prevenção de doenças**

A vacinação deve fazer parte do cuidado preventivo do idoso de acordo com o calendário e as recomendações vigentes. Embora não constitua uma medida específica de prevenção de trauma, a prevenção de doenças infecciosas e de suas complicações contribui para a manutenção da saúde e da capacidade funcional.

#### 9.5. Sugestões de Ações para as Ligas Acadêmicas

As Ligas Acadêmicas de Trauma podem contribuir para a prevenção do trauma geriátrico por meio de ações educativas, comunitárias e de capacitação, atuando em parceria com serviços de saúde, instituições de ensino, organizações comunitárias e outros setores envolvidos na atenção à pessoa idosa.

As ações devem priorizar **educação, identificação de fatores de risco, promoção da funcionalidade e disseminação de medidas de segurança**, evitando intervenções isoladas e buscando integração com a rede de atenção à saúde.

- **Programas educacionais e campanhas de conscientização**

Promover atividades educativas destinadas a idosos, familiares, cuidadores e profissionais de saúde, abordando prevenção de quedas, segurança no domicílio, uso adequado de medicamentos, importância da atividade física, prevenção de fraturas e reconhecimento de situações de risco.

- **Avaliação de riscos no ambiente domiciliar**

Quando houver estrutura e supervisão adequadas, as ligas podem participar de ações educativas de identificação de riscos ambientais, orientando sobre iluminação, organização dos espaços, tapetes, escadas, banheiro, obstáculos e necessidade de dispositivos de apoio.

Essas atividades devem ser realizadas dentro das competências dos acadêmicos e, quando envolverem avaliação clínica ou indicação de intervenções específicas, contar com supervisão profissional.

- **Incentivo à atividade física e à manutenção da funcionalidade**

Desenvolver campanhas que estimulem a prática segura de atividades físicas e encaminhem os idosos para programas apropriados, priorizando exercícios de força, equilíbrio, mobilidade e condicionamento de acordo com as condições individuais.

- **Educação sobre medicamentos e risco de quedas**

Realizar ações de conscientização sobre a importância da revisão periódica dos medicamentos e dos riscos associados à automedicação. A identificação de medicamentos potencialmente relacionados a quedas deve ser encaminhada para avaliação de profissionais habilitados, não sendo responsabilidade dos acadêmicos recomendar suspensão ou alteração da prescrição.

- **Educação em primeiros socorros**

Promover capacitações para familiares, cuidadores e comunidade sobre reconhecimento de situações de emergência, acionamento adequado dos serviços de urgência e cuidados iniciais diante de quedas e outros eventos traumáticos.

As orientações devem enfatizar que determinados mecanismos de trauma podem exigir avaliação médica mesmo quando não houver lesão evidente inicialmente, especialmente diante de alteração do estado mental, perda de consciência, dor intensa, incapacidade para apoiar o membro ou uso de medicamentos que aumentem o risco de sangramento.

- **Promoção da saúde óssea e nutricional**

Desenvolver ações educativas sobre alimentação adequada, atividade física e fatores relacionados à saúde óssea, além de orientar sobre a importância da avaliação profissional diante de fatores de risco para osteoporose ou fraturas por fragilidade.

- **Segurança no trânsito**

Realizar campanhas voltadas para motoristas idosos, passageiros e pedestres, abordando atenção no trânsito, uso de equipamentos de segurança, avaliação das condições que podem interferir na direção e importância de ambientes urbanos acessíveis e seguros.

- **Prevenção de violência e maus-tratos**

As ligas podem contribuir para a conscientização da comunidade sobre os diferentes tipos de violência contra a pessoa idosa, sinais de alerta e importância da busca de ajuda diante de situações suspeitas. As ações devem reforçar o respeito à autonomia, à dignidade e aos direitos da pessoa idosa.

- **Articulação com a comunidade e a rede de saúde**

As atividades de prevenção devem, sempre que possível, ser desenvolvidas em parceria com unidades de saúde, serviços de assistência social, centros de convivência, instituições de longa permanência, associações comunitárias e outros equipamentos que atendam à população idosa.

- **Monitoramento da saúde cognitiva e funcional**

As ligas podem promover ações educativas sobre a importância da avaliação periódica da capacidade funcional e cognitiva, orientando idosos e familiares a procurarem os serviços de saúde diante de alterações de memória, comportamento, equilíbrio, marcha ou desempenho nas atividades cotidianas.

- **Orientação quanto ao uso de dispositivos de auxílio**

Bengalas, andadores e outros dispositivos podem contribuir para a mobilidade de determinados idosos, mas seu uso deve ser orientado e, quando necessário, ajustado por profissionais

capacitados. As ações educativas devem enfatizar que o dispositivo não substitui a avaliação da causa da dificuldade de marcha ou equilíbrio.

- **Adaptação dos espaços públicos**

As Ligas Acadêmicas também podem atuar na conscientização sobre acessibilidade e segurança urbana, estimulando discussões com gestores e comunidade sobre condições das calçadas, iluminação, rampas, sinalização, travessias de pedestres e demais fatores ambientais que interferem na mobilidade segura da população idosa.

**De forma geral, as ações de prevenção devem ter como princípio a preservação da autonomia. O objetivo não é limitar a participação do idoso nas atividades cotidianas por receio de acidentes, mas identificar e modificar fatores de risco, fortalecer a capacidade funcional e criar ambientes que permitam envelhecer com maior segurança, independência e qualidade de vida.**

## **10. VAMOS PRATICAR**

- 1. (UFRN 2009) Em relação ao manejo do trauma em pacientes idosos, é correto afirmar que:**
  - a. A avaliação inicial deve ser menos rigorosa devido à menor gravidade das lesões.
  - b. A presença de comorbidades não influencia no prognóstico após trauma.
  - c. A resposta fisiológica ao trauma é frequentemente atenuada em idosos.
  - d. Idosos têm menor risco de desenvolver complicações respiratórias após trauma.
  
- 2. (UFPA 2021) Paciente idoso, vítima de queda da própria altura, apresenta fratura de colo femoral. Qual a conduta inicial mais adequada?**
  - a. Imobilização com gesso e acompanhamento ambulatorial.
  - b. Tratamento conservador com repouso absoluto.
  - c. Intervenção cirúrgica precoce para fixação da fratura.
  - d. Uso de órtese e fisioterapia domiciliar.
  
- 3. (UESPI 2021) Em relação ao trauma abdominal em idosos, é correto afirmar que:**
  - a. Os sinais clínicos são sempre evidentes e facilitam o diagnóstico.
  - b. A tomografia computadorizada é contraindicada devido à idade avançada.
  - c. A mortalidade é maior em idosos devido à menor reserva fisiológica.
  - d. A cirurgia exploratória é raramente indicada.
  
- 4. (Prefeitura de Fortaleza-CE 2018) O trauma no idoso representa um desafio para o atendimento pré-hospitalar em virtude das mudanças fisiológicas e de suscetibilidade aumentada para doenças e para consequências graves dos traumas, que podem interferir na avaliação e no manejo desses pacientes. Sobre esse tema, é correto afirmar:**
  - a. As alterações anatômicas do idoso favorecem o relaxamento dos músculos da mandíbula, facilitando a intubação.
  - b. O uso de medicações na avaliação do idoso é especialmente relevante, pois pode estar relacionado ao mecanismo do trauma ou nas alterações no nível de consciência e de sinais vitais.

- c. O aumento das respostas sensoriais no idoso pode aumentar a percepção da dor no trauma.
- d. A reposição volêmica no idoso deve ser maior em virtude da desidratação própria da idade.

**5. (UFPR 2017) Em relação ao trauma no idoso, é correto afirmar que:**

- a. A mortalidade é menor em idosos devido à maior experiência de vida.
- b. As fraturas de fêmur são menos comuns em idosos.
- c. A presença de comorbidades pode agravar o prognóstico após um trauma.
- d. Os idosos apresentam maior capacidade de recuperação após traumas.

**6. (UNICAMP 2018) Sobre as particularidades do trauma no idoso, assinale a alternativa correta:**

- a. A osteoporose não influencia na gravidade das fraturas em idosos.
- b. Idosos têm menor risco de hemorragia intracraniana após trauma craniano.
- c. A polifarmácia pode interferir na resposta ao trauma em idosos.
- d. A avaliação do idoso traumatizado não difere da do adulto jovem.

**7. (UNIFESP 2019) No atendimento inicial ao idoso politraumatizado, é importante considerar que:**

- a. A reposição volêmica deve ser realizada de forma agressiva para compensar a hipotensão.
- b. A avaliação neurológica é menos relevante devido ao envelhecimento cerebral.
- c. A presença de marcapasso não interfere no manejo do trauma.
- d. A monitorização hemodinâmica deve ser cuidadosa devido à menor reserva cardiovascular.

**8. (UERJ 2015) Sobre o manejo do trauma torácico em idosos, assinale a alternativa correta:**

- a. As fraturas de costelas são menos preocupantes em idosos.
- b. A analgesia adequada é essencial para prevenir complicações respiratórias.

- c. A fisioterapia respiratória não é indicada no pós-trauma torácico.
- d. A ventilação mecânica deve ser evitada em idosos.

**9. (UFMG 2017) No contexto do trauma abdominal em idosos, é correto afirmar que:**

- a. A apresentação clínica é sempre clássica e evidente.
- b. A tomografia computadorizada é contraindicada em idosos.
- c. A avaliação clínica pode ser dificultada devido à menor resposta inflamatória.
- d. A cirurgia exploratória é raramente indicada.

**10. (UFRGS 2015) Em relação ao trauma cranioencefálico (TCE) em idosos, é correto afirmar que:**

- a. A mortalidade é menor devido à maior complacência cerebral.
- b. O uso de anticoagulantes não influencia no prognóstico.
- c. Hematomas subdurais crônicos são mais comuns nessa população.
- d. A recuperação neurológica é mais rápida em comparação aos jovens.

### **10.1. Gabarito**

1. C
2. C
3. C
4. B
5. C
6. C
7. D
8. B
9. C
10. C

## **11. REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
2. Harnam G, Almeida ARP, Silva CAL, et al. **Trauma em idosos: características epidemiológicas e desfecho clínico em um hospital de referência**. Rev Col Bras Cir. 2020;47(2).
3. Ministério da Saúde. **Protocolos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
4. American College of Emergency Physicians. **Geriatric Trauma Evaluation and Management Guidelines**. 2021.
5. Colwell C. **Trauma geriátrico: avaliação inicial e tratamento**. Uptodate.com. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/geriatric-trauma-initial-evaluation-and-management?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/geriatric-trauma-initial-evaluation-and-management?source=history_widget).
6. Taffet GE. **Envelhecimento normal**. Uptodate.com. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/normal-aging?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/normal-aging?source=history_widget).
7. American College of Surgeons. **ATLS 10ed: Advanced Trauma Life Support para estudantes**. Chicago: American College of Surgeons; 2018.
8. Franck DBP, Costa YCN, Alves KR, Moreira TR, Sanhudo NF, Almeida GBS, et al. **Trauma em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência**. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021;34. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO03081>.
9. Lentsck MH, Sato APS, Mathias TAF. **Epidemiological overview – 18 years of ICU hospitalization due to trauma in Brazil**. Rev Saude Publica [Internet]. 2019;53:83. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001178>.
10. O'Malley KA, Sullivan JL, Mills W, Driver J, Moye J. **Trauma-Informed Care in Long-Term Care Settings: From Policy to Practice**. Gerontologist. 2023;63(5):803-11. doi:10.1093/geront/gnac072.
11. Leitão FBP, Sousa MC, Birolini D, Vieira JE. **Prevenção e atendimento inicial do trauma e doenças cardiovasculares: um programa de ensino**. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008;32(4):419-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400002>.

12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019**. Bol Epidemiol. 2022;53(2):1-13.
13. Ministério da Saúde (BR). **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_cuidados\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf).
14. Novaes ADC, Silva EA, Braga ALS, Pedroso LO, Reis Filho JS. **Acidentes por quedas na população idosa: análise de tendência temporal de 2000 a 2020 e o impacto econômico estimado no sistema de saúde brasileiro em 2025**. Cien Saude Colet [Internet]. 2023;28(11):3101-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.15722022>.
15. Oliveira KA, Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Martins CS, Abelan US, Fernandes AB. **Causas de traumas em pacientes idosos atendidos em unidade de emergência**. Rev Enferm UFPE on line. 2013;7(4):1113-9. doi:10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201306.
16. Souza JAGD, Iglesias ACRG. **Trauma no idoso**. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2002;48(1):79-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000100037>.
17. ALQARNI, A. G. et al. Does frailty status predict outcome in major trauma in older people? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, v. 52, n. 5, afad073, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afad073>.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 1 set. 2026.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Prevenção de quedas em pessoas idosas: cartilha educativa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. 64 p. ISBN 978-85-334-2919-2. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_quedas\\_pessoas\\_idosasimp.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_quedas_pessoas_idosasimp.pdf). Acesso em: 1 set. 2026.
20. DE SIMONE, B. et al. The 2023 WSES guidelines on the management of trauma in elderly and frail patients. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 19, n. 1, p. 18, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13017-024-00537-8>.

21. EGODAGE, T. et al. Geriatric trauma triage: optimizing systems for older adults—a publication of the American Association for the Surgery of Trauma Geriatric Trauma Committee. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, v. 9, n. 1, e001395, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/tsaco-2024-001395>.
22. ERDUHAN, M. A. et al. Relationships of the frailty index and geriatric trauma outcome score with mortality in geriatric trauma patients. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, v. 29, n. 4, p. 486-492, 2023. DOI: <https://doi.org/10.14744/tjtes.2022.85522>.
23. FENG, J. F. et al. Functional recovery in older adults following mild traumatic brain injury: a systematic review. *European Geriatric Medicine*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01326-5>.
24. HAUSSNER, W. K. et al. Prehospital Trauma Compendium: Management of Geriatric Trauma Patients – A Position Statement and Resource Document of NAEMSP. *Prehospital Emergency Care*, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/10903127.2025.2557006>.
25. HOEPELMAN, R. J. et al. Rib fractures in the elderly population: a systematic review. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, v. 143, n. 2, p. 887-893, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00402-022-04362-z>.
26. IBITOYE, S. et al. Frailty is associated with long-term outcomes in older trauma patients: a prospective cohort study. *Injury*, v. 55, n. 2, 111265, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2023.111265>.
27. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022: população por idade de 60 anos ou mais e sexo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv102038.pdf>. Acesso em: 1 set. 2026.
28. IDDAGODA, M. T. et al. Identifying factors predicting outcomes after major trauma in older patients: prognostic systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 97, n. 3, p. 478-487, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004320>.
29. LIU, X. Y. et al. Performance of trauma scoring systems in predicting mortality in geriatric trauma patients: comparison of the ISS, TRISS, and GTOS based on a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, v. 50, n. 4, p. 1453-1465, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00068-024-02467-1>.

30. MA, Z. et al. Traumatic brain injury in elderly population: a global systematic review and meta-analysis of in-hospital mortality and risk factors among 2.22 million individuals. *Ageing Research Reviews*, v. 99, 102376, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102376>.
31. MITCHELL, R. J. et al. Principles for management of hip fracture for older adults taking direct oral anticoagulants: an international consensus statement. *Anaesthesia*, v. 79, n. 6, p. 627-637, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/anae.16226>.