



INCIDÊNCIA DE ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS EM VÍTIMAS DE FRATURAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Incidence of physiotherapeutic treatment for fracture patients in a university hospital

Ana Paula Vergani Zago^[a], Cláudia Elisa Grasel^[b], Joice Aparecida Padilha^[c]

^[a] Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica com formação para o ensino Superior, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica (Unoesc), Joaçaba, SC - Brasil, e-mail: anapaula.zago@yahoo.com.br

^[b] Mestre em Ciência do Movimento Humano, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica (Unoesc), Joaçaba, SC - Brasil, e-mail: Claudia.Grasel@Unoesc.Edu.Br

^[c] Fisioterapeuta, pós-graduada em fisioterapia ortopédica e traumatológica. Universidade do Oeste de Santa Catarina, Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica (Unoesc), Joaçaba, SC - Brasil, e-mail: joice.padilha@yahoo.com.br

Resumo

INTRODUÇÃO: As fraturas representam um problema de saúde pública de alta incidência e custo socioeconômico, configurando causa de morbi-mortalidade. Evidências científicas revelam que a fisioterapia tem papel importante no tratamento de vítimas de fratura. **OBJETIVO:** Verificar a incidência de atendimentos fisioterapêuticos prestados aos pacientes que sofreram fraturas entre os anos de 2005 e 2007, atendidos no Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), do município de Joaçaba, Santa Catarina. As variáveis investigadas foram: idade, gênero, tipo de acidente, raça, estado civil, situação ocupacional, diagnóstico da fratura, tempo de permanência no hospital (dias), procedimento cirúrgico, atendimento fisioterapêutico hospitalar e após alta. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo longitudinal retrospectivo, de base documental. Foram analisados 673 prontuários. **RESULTADOS:** Houve predomínio do gênero masculino, 72,2% (n=376), raça branca 361 (96,3%), solteiros 241 (46,3%), com atividade profissional 282 (54,2%). Houve predomínio de fraturas por quedas em geral em 240 (46,1%). As fraturas causadas por quedas no trabalho, acidentes de moto e atropelamentos, representaram 25,9% (n=133). A região corpórea mais acometida foi o membro inferior, 46,8% (n=244). Foram submetidos a cirurgia, 74,2% (n=386) dos pesquisados, com tempo médio de internamento de 5 dias. Não foram observados registros de encaminhamento para fisioterapia após alta hospitalar. Encontrou-se uma incidência de atendimento fisioterapêutico de 13,7 % (n=71). **CONCLUSÃO:** O mapeamento realizado revela pouca utilização de atendimento fisioterapêutico e sinaliza para a necessidade de incremento nestes serviços, uma vez que estes são de extrema importância para abreviar o processo de recuperação do paciente vítima de fratura.

Palavras-chave: Fisioterapia. Fraturas. Acidentes de trânsito. Acidentes por quedas.

Abstract

INTRODUCTION: Fractures represent a public health problem due to their high incidence and high economic costs, having a considerable impact on morbid-mortality. Evidence reveals that physiotherapy has an important role in the treatment of fracture patients. **OBJECTIVE:** The aim of this study was to verify the incidence of physiotherapeutic treatment for patients who had suffered some sort of fracture, and entered the Santa Terezinha University Hospital (Joaçaba, Santa Catarina State) from January 2005 to January 2007. The following variables were considered: age, gender, kind of accident, race, marital status, occupation, fracture diagnosis, permanence in hospital (days), surgery intervention, and physiotherapeutic treatment during and after hospital discharge. **METHODS:** This longitudinal, descriptive and documental study considered the analysis of 637 medical records. **RESULTS:** There was a trend towards the males numbering 376 patients (72,2%); 361 (96,3%) of these were white; 241 (46,3%) were unmarried and 282 (54,2%) had a regular job. A considerable number of fractures was caused by falls: 240 cases (46,1%). The fractures related to work accidents, motorcycle accidents and knocking over represented 25,9% of the sample (total of 133 victims). The part of the body which was more frequently injured was the inferior member: 244 cases (46,8%). 386 patients (74,2%) underwent operation; the average time of hospitalization was 5 days and no records recommending physiotherapeutic treatment after hospital discharge were found. Treatment was present for only 71 (13,7%) of the patients. **CONCLUSION:** This study reveals the low incidence of physiotherapeutic treatment, and it points out the need of improvement in this kind of service, once it is paramount to abbreviate the recovery process of the fracture patient.

Keywords: Physiotherapy. Fractures. Traffic accidents. Accidental falls.

INTRODUÇÃO

Fratura pode ser considerada como uma interrupção completa na continuidade de um osso ou uma interrupção ou rachadura parcial (1). Os tipos de fraturas variam de acordo com o tipo de trauma. O trauma é geralmente classificado em dois grandes grupos: trauma fechado e trauma penetrante. No trauma fechado, os acidentes automobilísticos (incluindo os atropelamentos) constituem a causa mais comum. As quedas, os acidentes de trabalho, afogamentos, queimaduras, soterramentos também fazem parte desse grupo. No trauma penetrante, os ferimentos por arma branca (faca), arma de fogo e queda sobre objeto pontiagudo são as causas mais comuns (2).

Com relação à etiologia das fraturas, evidencia-se que as causas são variadas e que o segmento corpóreo acometido varia de acordo com o tipo de trauma. Oliveira (3), em seu estudo sobre os traumatismos na coluna torácica e lombar, observou que as quedas de altura, principalmente as quedas de árvore, seguindo os acidentes de trânsito, incluindo os atropelamentos e acidentes de motocicleta, além dos acidentes entre automóveis. No entanto, um estudo realizado por Cunha et al. (4), sobre fraturas expostas em crianças e adolescentes, mostra que o atropelamento é o fator causador mais frequente deste tipo de trauma, seguido pelas quedas de altura.

Segundo dados do Ministério da Saúde (5), na terceira idade, o principal fator causador de fratura são as quedas. Em Santa Catarina, o índice de morbidade por quedas entre janeiro de 2005 a janeiro de 2007, foi de 5.989 pessoas a partir dos 60 anos. Destas, 2.396 tinham entre 60 e 69 anos, 1.997 tinham entre 70 e 79 anos e 1.596 tinham mais de 80 anos.

Em estudo de Fabrício et al. (6) sobre as causas e consequências de quedas em idosos, a maioria das quedas ocorreu entre idosos do gênero feminino, com idade média de 76 anos, no próprio lar do idoso. As causas das quedas estão principalmente relacionadas ao ambiente físico, acarretando-lhes sérias consequências, sendo as fraturas as mais frequentes.

Além disso, ainda existem as fraturas resultantes de acidentes envolvendo veículos motorizados em alta velocidade (2). Dados fornecidos da Polícia Militar Rodoviária do Estado de Santa Catarina (7) mostram que no período de 01/01/2005 a 31/01/2007, ocorreram nas rodovias estaduais 19.305 acidentes, sendo 8.879 com vítimas e 10.426 sem vítimas. Deste número, 723 com vítimas fatais, 2.525 com feridos graves, 10.475 com feridos leves e 58.684 ilesos. Com relação ao diagnóstico das fraturas causadas pelos acidentes de trânsito, o estudo de Orsati et al. (8) sobre a população fraturada por acidentes de trânsito em São Paulo, mostra que a maior incidência de fratura ocorre no membro inferior, seguida pelo membro superior e coluna.

As fraturas representam um problema de saúde pública de alta incidência e custo socioeconômico, configurando importante causa de morbi-mortalidade. Evidências científicas revelam que a fisioterapia tem papel importante no tratamento de vítimas de fratura.

A fisioterapia é de extrema importância no tratamento dos pacientes fraturados, pois age como um complemento e não como um fator único. Os bons resultados no tratamento de fraturas dependem muito da reabilitação. Embora todo paciente adulto com uma fratura mais importante deva fazer exercícios supervisionados com a maior frequência possível, ele deve ser alertado de que este tratamento organizado é apenas uma parte da reabilitação, e que o resultado final depende muito da continuidade das atividades normais tanto quanto possível quando ele estiver fora das sessões de fisioterapia (1).

Dados semelhantes sobre a importância da fisioterapia são encontrados em estudo de Lara (8), onde demonstra que o papel da fisioterapia no atendimento ao paciente crítico politraumatizado é importante, uma vez que a taxa de mortalidade pode ser reduzida com a intervenção dos profissionais desta área.

Baseado no exposto, este estudo buscou caracterizar o perfil das vítimas de fraturas (idade, gênero, tipo de acidente, raça, estado civil, situação ocupacional, diagnóstico da fratura, tempo de permanência no hospital (dias), procedimento cirúrgico, atendimento fisioterapêutico hospitalar e após alta), atendidas pelo Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), do município de Joaçaba, Santa Catarina, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2007, bem como verificar a incidência de atendimentos fisioterapêuticos prestados a estes pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo longitudinal realizado nas dependências do HUST após a obtenção de uma autorização da direção geral do hospital. Os dados foram coletados na sala de Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), nos meses de janeiro a março de 2008. Como fontes primárias de informações para coleta, foram utilizados os livros de Registro Geral de Internação do Posto 03, datados de janeiro de 2005 a janeiro de 2007 além do programa SYSINTER – sistema de integração.

Para garantia da privacidade dos dados obtidos nos prontuários e respeito aos aspectos éticos, os dados foram analisados obedecendo aos critérios propostos pela resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNOESC/HUST sob parecer n. 135/2007.

Foram selecionados para os estudos a totalidade de prontuários de pacientes fraturados que foram atendidos por ortopedistas no HUST durante os meses de janeiro de 2005 a janeiro de 2007, perfazendo um total de 673 prontuários.

Os prontuários foram listados, localizados e examinados. Foram consideradas perdas amostrais os prontuários incompletos ou não localizados, totalizando 152 prontuários (29,17%). Foram obtidas dos prontuários as seguintes informações: data de nascimento, idade, gênero, dia, mês e ano do atendimento, tipo de acidente, raça, estado civil, situação ocupacional, diagnóstico de fratura, tempo de permanência no hospital, encaminhamento para cirurgias, recebimento de atendimento fisioterapêutico no hospital e encaminhamento para fisioterapia após a alta hospitalar.

Para análise dos dados obtidos, foi utilizado programa Epi-Info, versão 3.2. Utilizou-se estatística descritiva. As variáveis numéricas foram submetidas a teste de normalidade shapiro-wilk e apresentadas em mediana, primeiro e terceiro quartil por não obedecerem aos pressupostos de normalidade. As variáveis categóricas são apresentadas em frequência absoluta e relativa.

RESULTADOS

Dos 521 prontuários analisados de pacientes fraturados que deram entrada no HUST e que foram atendidos por ortopedistas durante os meses de janeiro de 2005 a janeiro de 2007, 376 eram do gênero masculino. A média de idade para o gênero masculino ficou em 30 anos e para o gênero feminino em 56 anos. Com relação à raça, houve predomínio da raça branca, 501 pacientes (96,3%). Para a variável estado civil, 241 (46,3%) dos pacientes eram solteiros. Considerando a situação ocupacional, 282 pacientes (54,2%) executam alguma atividade (Tabela 1).

TABELA 1 - Características dos pacientes vítima de fraturas- HUST- 2005-2007

Variáveis	Masculino n=376	Feminino n=145	Total n=521
Idade, Md(1 e 3 quartil)	30 (21 e 44)	56 (35 e 75)	36 (22 e 54)
Raça, n(%)			
Branca	361(96,3)	140(96,6)	501(96,3)
Parda	4(1,1)	3(2,1)	7(1,3)
Negra	3(0,8)	0(0,0)	3(0,6)
Amarela	0(0,0)	1(0,7)	1(0,2)
Indeterminada	7(1,9)	1(0,7)	8(1,5)
Estado civil, n(%)			
Solteiro	201(53,6)	40(27,6)	241(46,3)
Casado	145(38,7)	60(41,4)	205(39,4)
Separado/divorciado	5(1,3)	2(1,4)	7(1,3)
Viúvo	11(2,9)	41(28,3)	52(10,0)
Outro	13(3,5)	2(1,4)	15(2,9)
Ocupação, n(%)			
Executa alguma atividade	250(66,7)	32(22,1)	282(54,2)
Não trabalha	42(11,2)	89(61,4)	131(25,2)
Estuda	29(7,7)	5(3,4)	34(6,5)
Menor	21(5,6)	8(5,5)	29(5,6)
indeterminado	33(8,8)	11(7,6)	44(8,5)

Observa-se na Tabela 2 que o tipo de acidente que mais causou fraturas é a queda, com 240 vítimas (46,1%), ressalta-se que 85 pacientes foram vítimas de fratura por acidente de moto (16,3%) e 23 (4,4%) foram vítimas de atropelamento. A fratura de membro inferior ocorreu para 244 pacientes (46,8%). Entre os pesquisados, verifica-se que 386 pacientes (74,2%) foram encaminhados para cirurgia. Entre os que necessitaram de procedimento cirúrgico, 285 eram do gênero masculino (76%) e 101 (69,7%) eram do gênero feminino (Tabela 2).

TABELA 2 - Tipo de acidente, diagnóstico de fratura, encaminhamento para cirurgia, fisioterapia hospitalar e dias de permanência no hospita/ HUST 2005-2007

Variáveis	Masculino n=376	Feminino n=145	Total n=521
Tipo de acidente, n(%)			
Atropelamento	12(3,2)	11(7,6)	23(4,4)
Acidente moto	83(22,1)	2(1,4)	85(16,3)
Acidente carro	45(12,0)	11(7,6)	56(10,7)
Indeterminado	78(20,7)	12(8,3)	90(17,3)
Queda	134(35,6)	106(73,1)	240(46,1)
Trabalho	24(6,4)	3(2,1)	27(5,2)
Diagnóstico da fratura, n(%)			
TCE	36(9,6)	7(4,8)	43(8,3)
Membro inferior	167(44,4)	77(53,1)	244(46,8)
Membro superior	92(24,5)	43(29,7)	135(25,9)
Coluna cervical	2(0,5)	0(0,0)	2(0,4)
Cintura escapular	14(3,7)	2(1,4)	16(3,1)
Politraumatizado	48(12,8)	14(9,7)	62(11,9)
Face	17(4,5)	2(1,4)	19(3,6)
Cirurgia, n (%)			
Sim	285(76,0)	101(69,7)	386(74,2)
Não	90(24,0)	44(30,3)	134(25,8)
Fisioterapia hospitalar, n(%)			
Sim	48(12,8)	23(16,0)	71(13,7)
Não	328(87,2)	121(84,0)	449(86,3)
Dias permanência hospital, Md (1 e 3 quartil)			
	5 (3 e 8)	5 (3 e 9)	

No que diz respeito ao atendimento fisioterapêutico durante o período de internação, observou-se que apenas 71 pacientes (13,7%) receberam. Dos que receberam atendimento fisioterapêutico no hospital 48 (12,8%) eram homens e 23 (16%) eram mulheres. Quanto ao encaminhamento destas vítimas para fisioterapia após alta hospitalar, o presente estudo não encontrou registros (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Foi identificado um predomínio de vítimas do gênero masculino, ou seja, dos 521 prontuários analisados, 376 (72,16%) eram do gênero masculino. Dados similares são encontrados na literatura (9-28). A média de idade para o gênero masculino ficou em 30 anos e para o feminino em 56 anos. Estudos evidenciam que a faixa etária de jovens está mais envolvida em acidentes de trânsito pela pouca experiência, necessidade de autoafirmação perante os grupos, além de excederem os limites de velocidade e a desrespeitar as normas de segurança (17, 18). Já no gênero feminino, a predominância de fraturas ocorre na meia idade, sendo as fraturas por quedas predominantes. Segundo Fabrício et al. (6) em seu estudo sobre as causas e consequências de quedas em idosos, o percentual de fraturas no gênero feminino é superior por causa da idade avançada, frequência diminuída de atividades externas, uso de psicotrópicos e alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento.

No presente estudo, para a variável estado civil, houve prevalência de solteiros, seguidos por casados (Tabela 1). Para Orsati et al. (9), em estudo da população fraturada, também houve predomínio da população solteira, seguida por casados.

Com relação à situação ocupacional, mais da metade da amostra executa alguma atividade (54,2%), seguida por 25,2% que não trabalham (Tabela 1). Na literatura consultada foram encontrados dados similares, onde 40,3% não trabalham e 55,2% desempenhavam alguma atividade profissional (9).

O tipo de acidente que mais causou fraturas foram as quedas, seguido por fraturas de causa indeterminadas (Tabela 2). Acredita-se que este índice de quedas se deve ao fato de o estudo englobar a população idosa. A literatura consultada demonstra que as quedas na população idosa possuem um significado relevante, pois podem levar à incapacidade, injúria e morte. Estudo de Fabricio et al. (6) sobre as causas e consequências das quedas em idosos, mostra que as quedas foram o principal fator causador de fraturas na maioria da amostra, sendo que houve predomínio do gênero masculino. No entanto, o estudo de Siqueira et al. (29), que avaliaram a prevalência de quedas em idosos e os fatores associados, em 41 municípios de sete Estados do Brasil, demonstrou que a prevalência de quedas entre os idosos foi de 34,8%. Destes, 12,1% tiveram fratura como consequência da queda, sendo 46% nos membros superiores, 28% nos membros inferiores, 11% no tronco, 5,5% na face e os valores restantes distribuídos entre outros locais.

Neste estudo, as vítimas de fraturas por acidentes motociclísticos aparecem como terceira variável mais prevalente, com 16,3% (Tabela 2). Para Karstein et al. (14), em seu estudo sobre a análise das vítimas atendidas pelo Hospital Cajuru, o índice de fraturas por acidentes motociclísticos surge em quarto lugar, com 8,07% das vítimas. Outro estudo realizado por Orsati et al. (9), na Santa Casa de São Paulo, sobre a população fraturada por acidentes de trânsito, apresentou 17,9% de vítimas de fraturas por acidentes de motocicleta. Segundo Andrade (30), em seu estudo sobre os acidentes de transporte terrestre na região Sul do Brasil, evidenciou-se que a frota de motocicletas foi a que gerou maior taxa de vítimas. Nos estudos de Koizumi (12) sobre os padrões das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta em São Paulo; Willemann (28) sobre os traumas de face em vítimas de acidentes de motocicleta em Florianópolis e Andrade et al. (30) sobre os acidentes de transporte terrestre em município da região Sul do Brasil, relatam que os acidentes envolvendo motociclistas são causadores de maior prevalência de trauma por apresentarem maior exposição corpórea em relação a outros usuários da via pública.

Como quarta variável de maior frequência, a presente pesquisa apresentou 10,7% vítimas de acidentes automobilísticos (Tabela 2), dados similares foram encontrados no estudo de Orsati et al. (9), sobre a população fraturada por acidentes de trânsito internada na Santa Casa de São Paulo. Ainda em seu estudo, 4,5% dos indivíduos fraturados eram vítimas de acidentes automobilísticos. No entanto, em outras pesquisas realizadas esta variável aparece em primeiro lugar (13, 30).

As vítimas de fraturas causadas por acidentes de trabalho correspondem a 5,2%. Já as vítimas de atropelamento representam 4,4% das vítimas que deram entrada no HUST (Tabela 2). O estudo de caso controle feito por Zangiloriani et al. (31) que investigaram a topologia do risco de acidentes de trabalho em Piracicaba, SP, as fraturas causadas por acidentes de trabalho aparecem como quarta variável, atingindo 9,5% de sua amostra. Os estudos de Ott et al. (13) sobre os acidentes de trânsito na região Sul do Brasil e de Orsati et al. (9) sobre a população fraturada internada na Santa Casa de São Paulo, evidenciaram os atropelamentos como primeira variável, representando respectivamente 63,4% e 14,9% das vítimas; evidenciando para esses autores a gravidade desse tipo de acidente.

Com relação ao diagnóstico de fratura, este estudo apresentou maior frequência de fraturas em membro inferior com 46,8% (Tabela 2). Acredita-se que esse índice justifica-se pelo fato das quedas aparecerem como principal agente causador de fraturas. No Brasil, as quedas em idosos ocupam o quinto lugar em escala de prevalência, sendo consideradas, portanto, um evento traumático importante (2). Dados semelhantes podem ser encontrados no estudo de Fabrício et al. (6), sobre as causas e consequências de quedas em idosos, o qual constata que as quedas em idosos são responsáveis por 62% das fraturas em membros inferiores, sendo o fêmur o osso mais acometido. No estudo de Orsati et al. (9) sobre a população fraturada internada na Santa Casa de São Paulo, este autor encontrou 64,1% de seus pesquisados com diagnóstico de fratura em membros inferiores. Batista et al. (32), que analisaram e compararam os mecanismos de trauma e o perfil das vítimas em Catanduva, SP, também apresenta dados semelhantes. Para ela, os atropelamentos são os principais causadores de fraturas em membros inferiores, já que, quando um pedestre colide contra um veículo, o membro inferior é o local de primeiro impacto.

No presente estudo, o diagnóstico de fratura em membros superiores aparece como segunda variável mais prevalente, atingindo 25,9% da amostra (Tabela 2). Orsati et al. (9) em seu estudo sobre a população fraturada internada na Santa Casa de São Paulo também encontrou este diagnóstico em segundo lugar, com 20,9 %. No entanto, para Batista et al. (32), que analisaram e compararam os mecanismos de trauma e o perfil das vítimas em Catanduva, SP, esta variável aparece em terceiro lugar, com 26,4%. Estudos apontam que o alto índice de fraturas em membros superiores e inferiores se deve aos acidentes envolvendo motociclistas (13, 14), já que o usuário de moto é mais vulnerável, pois para ele não há proteções similares àquelas dos ocupantes de veículos de quatro rodas (11, 12).

Evidenciou-se o diagnóstico de politraumatismo para 11,9% da amostra, traumatismo craniano para 8,3%, seguidos de fratura de face, fratura em cintura escapular e fratura em coluna cervical (Tabela 2). O diagnóstico de politraumatismo é descrito por Melo (33), em seu estudo sobre as características dos pacientes com trauma cranioencefálico (TCE) na Bahia, no qual o autor constatou que em 31,9% de sua amostra, havia descrição de trauma em outra região do corpo associadas ao TCE. Em relação às causas de TCE, este autor evidenciou as quedas de altura e os atropelamentos como fator principal. Ainda, em relação às fraturas associadas ao TCE, outro estudo menciona a face como sendo o primeiro local mais frequente de lesão, seguida dos membros inferiores e superiores (24).

Em relação aos encaminhamentos para cirurgia, observou-se que 74,2% da amostra foram submetidas a algum procedimento cirúrgico. No que diz respeito aos dias de permanência no hospital, o tempo médio de internamento foi de 5 dias, variando de 3 a 9 dias (Tabela 2). Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa sobre acidentes envolvendo motociclistas, no município de Maringá, onde se concluiu que estas vítimas foram, junto com ciclistas e pedestres, as que apresentaram maiores médias de dias de internação, com índice de 4,82 dias (34).

Quanto ao atendimento fisioterapêutico prestado durante o período de internação, evidenciou-se a incidência de apenas 13,7% (n=71). Ao analisar o tipo de atendimento fisioterapêutico, tratava-se de atendimento cardiorrespiratório pelo acamamento prolongado e relacionava em menor número os atendimentos ortopédicos, indicado para esse tipo de paciente. Outro fato que causou estranheza foi que após alta hospitalar, não foram encontrados dados referentes ao encaminhamento para fisioterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontrou-se baixa incidência de atendimento fisioterapêutico de 13,7 % (n=71) entre os pacientes fraturados pesquisados, além disso, chama a atenção o fato de que o tipo de atendimento mais frequente seja o da fisioterapia cardiorrespiratória, para atender aos efeitos secundários das quedas seguidas de fraturas, e não a fisioterapia ortopédica.

O mapeamento realizado revela pouca utilização de atendimento fisioterapêutico e sinaliza para a necessidade de incremento nesses serviços, uma vez que estes são de extrema importância para abreviar o processo de recuperação do paciente vítima de fratura.

Apesar da eficácia da fisioterapia estar comprovada, não se encontrou níveis desejados de sua utilização na literatura pesquisada. Além disso, como não foi evidenciado nenhum registro de atendimento fisioterapêutico após alta hospitalar, a pesquisa em questão abre caminhos para que novos estudos sejam realizados, alegando a importância da Fisioterapia respiratória e ortopédica no tratamento a estes pacientes.

Recomenda-se a implantação de um prontuário e/ou ficha padrão, para que as informações referentes ao encaminhamento para fisioterapia após alta sejam registradas favorecendo tanto o acompanhamento fisioterapêutico e evolução desde o trauma, quanto o amparo legal do profissional Fisioterapeuta, além de facilitar futuras pesquisas nesta área.

AGRADECIMENTOS

À Direção do Hospital Universitário Santa Terezinha (HUST), a todos aqueles funcionários e colaboradores que dedicaram seu tempo para ajudar na busca dos prontuários para que a pesquisa fosse realizada. Ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica da Universidade do Oeste de Santa Catarina - Campus Joaçaba, SC.

REFERÊNCIAS

1. Adams JC, Hamblen DL. Manual de fraturas. São Paulo: Artes Médicas; 1994.
2. Drumond DAF, Abranates WL. Tipos de trauma – o politraumatizado. In: Freire E. (Org.). Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 451-59.
3. Oliveira PAS, Pires JV, Filho JM. Traumatismos da coluna torácica e lombar. Rev Bras Ortop. 1996;31(9):771-76.
4. Cunha FM, Bragaz GF, Abrahão LC, Vilela JCS, Silva CELS. Fraturas exposta em crianças e adolescentes. Rev Bras Ortop. 1998;33(6):431-35.
5. Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Jan.2005-Jan.2007. [acesso 11 nov. 2007]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2006/d14.def>
6. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):93-9.
7. Polícia Militar Rodoviária do Estado de Santa Catarina (PMRV). Atividades da polícia militar rodoviária estadual: relatório de serviço 01/01/2005 à 31/01/2007. Santa Catarina: PMRV/SC, 2007. [acesso 11 nov. 2007]. Disponível em: www.pmr.v.sc.gov.br/pre/dadosEstatisticos.do?method=inicializaDadosEstatisticos&nomeCliente
8. Lara S. Assistência fisioterapêutica à pacientes politraumatizados, internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão – SC, no ano de 2004, decorrentes de acidentes de trânsito. [trabalho de conclusão de curso]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2005.
9. Orsati FT, Machado FS, Kitayama NM, Bruscato WL. Estudo da população fraturada, devido a acidentes de trânsito, internada na Santa Casa de São Paulo. Psic Hosp. 2004;2(2):0-0.
10. Koizumi MS. Acidentes de motocicleta no município de São Paulo, SP, Brasil; 2. Análise da mortalidade. Rev Saúde Pública. 1985;19(6):543-55.
11. Oliveira NLB, Sousa RMC. Motociclistas frente às demais vítimas de acidentes de trânsito no município de Maringá. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá. 2004;26(2):303-10.
12. Koizumi MS. Padrão das lesões nas vítimas de acidentes de motocicleta. Rev Saúde Pública. 1992;26(5):306-15.
13. Ott EA, Favaretto ALF, Neto AFPR, Zechin JG, Bordin R. Acidentes de trânsito em área metropolitana da região sul do Brasil – caracterização da vítima e das lesões. Rev Saúde Pública. 1993;27(5):350-6.
14. Karstein AA, Burin JR, Arantes RKC, Falavinha RS. Análise epidemiológica das vítimas atendidas pelo SIATE e transportadas ao Hospital Cajuru. Rev Bras Ortop. 1996;31(6):485-90.
15. Klein CH. Mortes no trânsito do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 1994;10(supl.1):168-76.
16. Neto JAC. Mortalidade por violências e acidentes no Distrito Federal: a situação entre 1980 e 1994. Brasília Med. 2000;37(3/4):99-108.
17. Stocco C, Leite ML, Filho JSV, Labiak VB. Caracterização epidemiológica dos acidentes de trânsito ocorridos dentro do perímetro urbano de Ponta Grossa, Paraná, 2002-2004. Rev Esp Saúde. 2006;7(2):8-16.
18. Andrade SM, Soares DA, Braga GP, Moreira JH, Botelho FMN. Comportamento de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. Rev Assoc Med Bras. 2003;49(4):439-44.

19. Patrocínio LG, Patrocínio JÁ, Borba BHC, Bonatti BS, Pinto LF, Vieira JV, et al. Fratura de mandíbula: análise de 293 pacientes tratados no hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(5):560-65.
20. Wulkan M, Junior JGP, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *Rev Assoc Med Bras.* 2005;51(5):290-95.
21. Souza MFM, Malta DC, Conceição GMS, Silva MMA, Carvalho CG, Neto OLM. Análise descritiva e de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007;16(1):33-44.
22. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do sul do Brasil, 1997/2000. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(3):815-22.
23. Koizumi MS. Acidentes de motocicleta no município de São Paulo, S (Brasil). 1. Caracterização do acidente e da vítima. *Rev Saúde Pública.* 1985;19(5):475-89.
24. Souza RMC, Regis FC, Koizumi MS. Traumatismo crânio-encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. *Rev Saúde Pública.* 1999;33(1):85-94.
25. Barros AJD, Amaral RL, Oliveira MSB, Lima SC, Gonçalves EV. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(4):979-86.
26. Bastos YGL, Andrade SM, Junior LC. Acidentes de trânsito e o novo código de trânsito Brasileiro em cidade da região sul do Brasil. *Inf Epidemiol Sus.* 1999;8(2):37-45.
27. Jorge MHPM, Latorre MRDO. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cad Saúde Pública.* 1994;10(suppl.1):19-44.
28. Willemann ER. Trauma de face em vítimas de acidente de motocicleta relacionado ao uso do equipamento de proteção individual (EPI). [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2003.
29. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):749-56.
30. Andrade SM, Jorge MHPM. Acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(3):318-20.
31. Zangirolani LTO, Cordeiro R, Medeiros MAT, Stephan C. Topologia do risco de acidentes de trabalho em Piracicaba, SP. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(2):287-93.
32. Batista SEA, Baccani JG, Silva RAP, Gualda KPF, Junior RJAV, TCBC-SP. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva, SP. *Rev Col Bras Cir.* 2006;33(1):6-10.
33. Melo JRT. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2004;62(3a):711-15.
34. Soares DFPdeP. Vítimas de acidentes de trânsito ocorridos no perímetro urbano de Maringá-PR em 1995-1997. [dissertação]. Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina; 1997.

Recebido: 19/11/2008

Received: 11/19/2008

Aprovado: 10/07/2009

Approved: 07/10/2009

Revisado: 07/12/2009

Reviewed: 12/07/2009