

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

ISABEL MARTINS DA SILVA LUNA
LUIZ EDUARDO OLIVEIRA DE ANDRADE

**TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO NA TERCEIRA
IDADE**

ARACAJU-SE
2007

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO – NPGE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**ISABEL MARTINS DA SILVA LUNA
LUIZ EDUARDO OLIVEIRA DE ANDRADE**

**TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO NA TERCEIRA
IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da
Faculdade de Administração e Negócios de
Sergipe como exigência para obtenção do
título de Especialista em Urgência e
Emergência.

Orientadora:
Profª. Dra. Maria Lúcia Silva Servo

ARACAJU-SE
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Luna, Isabel Martins da Silva

Traumatismo craniano encefálico na terceira idade / Isabel Martins da Silva Luna, Luiz Eduardo Oliveira de Andrade. – 2007.

52f.

Monografia (Especialização) – Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe, 2007.

Orientação: Profª. Dra. Maria Lúcia Silva Servo

1. Crânio-Traumatismo I. Título

CDU 616.714.1-001.5

ISABEL MARTINS DA SILVA LUNA
LUIZ EDUARDO OLIVEIRA DE ANDRADE

TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO NA TERCEIRA IDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-graduação e Extensão da Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe como exigência para obtenção do título de Especialista em Urgência e Emergência

BANCA EXAMINADORA

1º Examinador

2º Examinador

3º Examinador

Aracajú _____ de _____ de _____

Dedicamos, primeiramente a Deus, nosso refúgio e fortaleza; e aos nossos pais pelo incentivo e reconhecimento do nosso esforço para a conclusão de mais uma etapa da vida.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pela oportunidade de conseguir concluir mais uma etapa da vida;

Aos nossos familiares, que sempre estiveram do lado nos momentos mais difíceis das nossas vidas;

Aos docentes, pelo conhecimento adquirido e informações transmitidas no decorrer do curso;

A nossa professora orientadora, que acreditou no nosso potencial e incentivou para o termo desse trabalho científico;

Aos colegas do curso, pela companhia, alegria, estudos e conhecimentos repassados um para o outro no decorrer desse curso.

RESUMO

O traumatismo crânioencefálico constitui-se na principal causa de óbitos e seqüelas em pacientes idosos multitraumatizados. Uma das patologias mais freqüentemente encontradas pelo neurocirurgião é o trauma crânioencefálico (TCE), que ocorre quando o paciente sofre um impacto na caixa craniana, seja por acidente automobilístico, quedas ou outras causas, lesando estruturas internas e, algumas vezes, as externas. Epidemiologicamente o Brasil apresenta uma das maiores incidências de traumatismo craniano do mundo, representando um importante problema de saúde pública pelos altos custos envolvidos e por atingir uma parcela economicamente ativa de nossa sociedade. Para a terceira idade a maior causa é provocado pela ocorrência de quedas devido aos problemas de tontura, osteoporose entre outras doenças que aparecem nessa idade. Trata-se de um estudo de natureza bibliográfico realizado em Aracajú-SE que teve como objetivo geral analisar o traumatismo craniano encefálico na terceira idade. Para a coleta de dados utilizou-se de documentos, livros, artigos, etc.sobre os idosos que sofreram traumatismo craniano em decorrência de quedas. Após a análise o estudo sinaliza que doutrinadores da área observam que na maioria das vezes as quedas é provocados por fraqueza óssea, devido a idade, por falta de prevenção da sociedade com os idosos.

Palavras-chave: Traumatismo craniano. Terceira idade. Quedas.

ABSTRACT

The traumatismo crânioencefálico is constituted in the principal cause of deaths and sequels in patients senior multitraumatizados. One of the pathologies more frequently found by the neurosurgeon it is the trauma crânioencefálico (TCE), that happens when the patient suffers an impact in the cranial box, be for automobile accident, falls or other causes, harming internal structures and, sometimes, the external ones. Epidemiologicamente Brazil introduces one of the largest incidences of cranial traumatismo of the world, representing an important problem of public health for the high involved costs and for reaching a portion economically active of our society. For the third age the largest cause is provoked by the occurrence of falls due to the tontura problems, osteoporose among other diseases that appear in that age. It is a study of nature bibliográfico accomplished in her Aracajú-SE that had as general objective to analyze the traumatismo cranial encefálico in the third age. For the collection of data it was used of documents, books, goods, etc.sobre the seniors that suffered cranial traumatismo due to falls. After the analysis the study signals that doutrinadores of the area observes that most of the time the falls are provoked by bony weakness, due to age, for lack of prevention of the society with the seniors.

Word-key: Cranial Traumatismo. Third age. Falls.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 O Idoso no Contexto das Políticas Públicas no Brasil.....	11
2.1.1 Diante da Constituição Brasileira de 1988	11
2.1.2 Política nacional do idoso.....	13
2.1.3 Estatuto do idoso.....	15
2.1.4 Sistema único de saúde	16
2.2 O Envelhecimento.....	18
2.3 O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) E o Idoso Vítima de Queda	22
3 METODOLOGIA	32
3.1 Tipo de Pesquisa.....	32
3.2 Instrumento da Pesquisa.....	32
3.3 Procedimento e Análise dos Dados	33
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ...	34
4.1 Identificando e Descrevendo os Fatores que Contribuem para que o Evento da Queda Favoreça a Ocorrência de Traumatismo Craniano Encefálico em Idosos	34
4.2 Apontando os Limites e Possibilidades de Ocorrência de Traumatismo em Idosos a partir do Evento da Queda.....	39
4.2.1 Compreendendo a dinâmica da dependência e perda de autonomia do idoso	39
4.2.2 Reconhecendo as possibilidades de faturas como consequência da queda no idoso.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho científico tem uma importância abrangente para a política pública de prevenção a ocorrência de quedas da terceira idade. Portanto, essa importância traz para o pesquisador o objetivo de estudar um pouco mais para adquirir mais conhecimento sobre o Traumatismo Craniano Encefálico na terceira idade.

Os traumatismos crânio encefálico (TCE) são freqüentes no Brasil, em sua maioria são causados pelos acidentes de trânsito, mergulhos em águas rasas, agressões, quedas e projéteis de armas de fogo. De uma maneira geral a gravidade das lesões esta relacionada com a intensidade do trauma, pois mesmos leves podem produzir lesões graves. (ARRUDA, 2000)

A queda para Arruda (2000) pode ainda ser dividida de acordo com a presença ou não de lesões. As quedas com lesões graves são consideradas aquelas cuja consequência é uma fratura, trauma crânio-encefálico ou luxação. Abrasões, cortes, escoriações e hematomas são considerados lesões leves.

Aproximadamente 100.000 brasileiros, morrem vitimados por trauma a cada ano, e cerca de um milhão e quinhentos são feridos em acidentes (ARRUDA, 2000).

Assim sendo, o risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, o que coloca esta síndrome geriátrica como um dos grandes problemas de saúde pública devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e à sua maior longevidade, competindo por recursos já escassos e aumentando a demanda por cuidados de longa duração.

Diversos fatores de risco e múltiplas causas interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para quedas accidentais quanto para quedas recorrentes, impondo aos profissionais de saúde, especialmente ao médico o grande desafio de identificar os possíveis fatores de risco modificáveis e tratar os fatores etiológicos e comorbidades presentes.

Geralmente, idosos tendem a sub-relatar quedas. Além disso, creditam à idade seus problemas de equilíbrio e marcha, fazendo com que com que estas dificuldades de mobilidade não sejam detectadas, até que uma queda com uma consequência grave ocorra.

Evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática geriátricogerontológica, tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para idosos. Além disso, constitui-se em política pública indispensável, não só porque afeta de maneira desastrosa a vida dos idosos e de suas famílias, como também drena montantes expressivos de recursos econômicos no tratamento de suas consequências, como a fratura de quadril.

Contudo, convém destacar que: Quais os fatores que contribuem para que o evento da queda favoreça a ocorrência de traumatismo craniano encefálico em idosos?

A maior suscetibilidade dos idosos a sofrerem lesões decorrentes de uma queda se deve a alta prevalência de comorbidades presentes nesta população, associado ao declínio funcional decorrente do processo de envelhecimento, como o aumento do tempo reação e diminuição da eficácia das estratégias motoras do equilíbrio corporal, fazendo de uma queda leve um evento potencialmente perigoso.

Além da alta mortalidade, destacam-se ainda como consequências relevantes o fato da queda causar restrição de mobilidade, incapacidade funcional, isolamento social, insegurança e medo, detonando um mecanismo cumulativo e em efeito dominó de eventos prejudiciais a saúde e qualidade de vida dos idosos.

Sendo assim, a pesquisa tem como objetivo geral descrever os fatores que contribuem para a ocorrência de traumatismo craniano encefálico em idosos.

Tendo como objetivos específicos deste estudo: Identificar os fatores que contribuem para que o evento da queda favoreça a ocorrência de traumatismo craniano encefálico em

idosos e Apontar os limites e possibilidades de ocorrência de traumatismo craniano encefálico em idosos a partir do evento da queda.

O estudo sobre o traumatismo craniano encefálico em idosos provocados por quedas tem contribuído para a prevenção da população brasileira e da entidade pública. O estatuto do idoso veio para inserir o idoso na sociedade cabendo a sociedade respeitar o espaço do idoso no Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Idoso no Contexto das Políticas Públicas no Brasil

2.1.1 Diante da Constituição Brasileira de 1988

O termo política diz respeito a um conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação governamental e condicionam sua execução. Política pública é a expressão atualmente utilizada nos meios oficiais e nas ciências sociais para substituir o que até a década de setenta era chamado planejamento estatal (BORGES, 2002, p. 63).

Nos Estados democráticos modernos, o conceito de política pública tem íntima ligação com o de cidadania, pensada como o conjunto das liberdades individuais expressas pelos direitos civis (NERI, 2005, p. 543). A concretização da cidadania ocorre através do espaço político, como o direito a ter direitos.

No Brasil, apesar da ocorrência do processo de redemocratização em curso, estabelecido principalmente com a promulgação da Constituição de 1988, verificam-se profundas desigualdades sociais as quais são vivenciadas mais visivelmente pelos idosos, pois os que hoje têm sessenta anos e mais, em sua grande maioria, tiveram pouco acesso à educação formal e, por força do sistema de governo vigente entre 1961 e 1984, tiveram pouquíssimas chances de realizar propostas de gestão democrática ou participativa, ou delas participar, ou seja, a maioria desses idosos vivenciam um processo de despolitização (CANÔAS, 1995, p. 63).

A propagação do fenômeno envelhecimento e de suas questões foi inicialmente promovida pelas organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde e organização

das Nações Unidas) que tiveram papel fundamental na análise e comunicação do impacto do envelhecimento sobre os países em desenvolvimento na tentativa de estimulá-los a adotarem medidas para o enfrentamento dessa realidade. Entre essas medidas, duas tinham destaque especial: no campo da saúde, fomentar o envelhecimento saudável e, no campo social, lutar pelo envelhecimento com direitos e dignidade (GOLDMAN, 2004, p. 42).

A partir disso, em meados da década de 1980, toma ímpeto o movimento da sociedade civil com novos atores em cena, entre eles professores universitários, associações, idosos politicamente organizados e alguns parlamentares comprometidos com questões sociais, exigindo a valorização e o respeito à pessoa idosa. Esse movimento influenciou a construção da Constituição Cidadã (1988), primeira Constituição da República Federativa do Brasil a versar sobre a proteção jurídica ao idoso, a qual impõe à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar os idosos (UVO; ZANATTA, 2005, p. 75).

Apesar dessas conquistas, até 1994 não existia no Brasil uma política nacional para os idosos; o que havia era um conjunto de iniciativas privadas (já antigas) e algumas medidas públicas consubstanciadas em programas (PAI, Papi, Conviver, Saúde do Idoso) destinados a idosos carentes. Era mais uma ação assistencial em “favor” deles do que uma política que lhes proporcionasse serviços e ações preventivas e reabilitadoras (SCHONS; PALMA, 2000, p. 43).

Para o enfrentamento dessa realidade, os idosos buscam fortalecimento no espaço público gerado pelo movimento social, fóruns e Conselhos de idosos, que lhes permitem se posicionarem pela concretização de ideais democráticos, como a conquista de sua cidadania, reinventando sua própria velhice (BREDEMEIER, 2003, p. 85).

Também contribui para isso sua significância numérica e qualitativa e sua presença no cenário político por meio do voto e da representação. A percepção do problema social da velhice e a proposta de políticas públicas são resultantes de um processo de negociação em

que se realiza o diálogo entre os sujeitos do problema (a sociedade e o movimento social dos idosos) e os agentes das políticas (Estado e instituições) na busca de co-responsabilidade democrática pela preservação dos direitos e garantias sociais (PAZ, 2002, p. 64).

Os direitos dos idosos assegurados na Constituição de 1988 foram regulamentados através da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/93). Entre os benefícios mais importantes proporcionados por esta Lei, constitui-se o Benefício de Prestação Continuada, regulamentado em seu artigo 20.

Este Benefício consiste no repasse de um salário-mínimo mensal, dirigido às pessoas idosas e às portadoras de deficiência que não tenham condições de sobrevivência, tendo como princípio central de elegibilidade a incapacidade para o trabalho (GOMES, 2002, p. 95), objetivando a universalização dos benefícios, a inclusão social.

2.1.2 Política nacional do idoso

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 3/6/96 através do Decreto 1.948/96, amplia significativamente os direitos dos idosos, já que, desde a LOAS as prerrogativas de atenção a este segmento haviam sido garantidas de forma restrita. Surge num cenário de crise no atendimento à pessoa idosa, exigindo uma reformulação em toda estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil (COSTA, 1996, p. 64). Essa política está norteada por cinco princípios:

1. a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
2. o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;
3. o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
4. o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;

5. as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei (COSTA, 1996, p. 64).

A análise dos princípios ora expostos permite-nos afirmar que a lei atende à moderna concepção de Assistência Social como política de direito, o que implica não apenas a garantia de uma renda, mas também vínculos relacionais e de pertencimento que assegurem mínimos de proteção social, visando a participação, a emancipação, a construção da cidadania e de um novo conceito social para a velhice.

Para o alcance dessas metas, foi criado um Plano Integrado (Interministerial) de Ação Governamental que manteve a concessão do Benefício de Prestação Continuada e incorporou novas ações: readequação da rede da saúde e assistência social para atendimento integral ao idoso, elaboração de instrumentos que permitem a inserção da população idosa na vida sócio-econômica das comunidades, modernização das leis e regulamentos, desenvolvimento do turismo e lazer, além da reformulação dos currículos universitários no sentido de melhorar a performance dos profissionais no trato das questões do idoso.

Apesar dessa proposição de esforços nas diferentes áreas do governo, a implementação desta política nos Estados revela apenas ações isoladas e incipientes sobre a realidade da pessoa idosa no país, esbarrando num amplo complexo de variáveis que se entrelaçam, entre elas os reduzidos recursos financeiros (SILVA, 2006, p. 854), tornando-a, de algum modo, apenas um ideal.

2.1.3 Estatuto do idoso

Na atualidade, o Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, estabelece prioridade absoluta às normas protetivas ao idoso, elencando novos direitos e estabelecendo vários mecanismos específicos de proteção os quais vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até à inviolabilidade física, psíquica e moral (CENEVIVA, 2004, p. 96).

Segundo Uvo e Zanatta (2005, p. 13), esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país; a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade tornar-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas.

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

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

Apesar da importância dos aspectos ora explícitos referentes ao Estatuto do Idoso, Neri (2005, p. 98), ao analisar as políticas de atendimento aos direitos do idoso expressos nesse marco legal, concluiu que o documento é revelador de uma ideologia negativa da velhice, compatível com o padrão de conhecimentos e atitudes daqueles envolvidos na sua elaboração (políticos, profissionais, grupos organizados de idosos), segundo os quais o envelhecimento é uma fase compreendida por perdas físicas, intelectuais e sociais, negando análise crítica consubstanciada por dados científicos recentes que o apontam, também, como uma ocasião para ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente ao qual o idoso foi exposto ao longo do seu desenvolvimento e maturidade.

Assim sendo, Neri (2005, p. 67) ressalta que políticas de proteção social, baseadas em suposições e generalizações indevidas, podem contribuir para o desenvolvimento ou a intensificação de preconceitos negativos e para a ocorrência de práticas sociais discriminatórias em relação aos idosos. A consideração dos direitos dos idosos deve ocorrer no âmbito da noção de universalidade do direito de cidadãos de todas as idades à proteção social, quando se encontrarem em situação de vulnerabilidade.

A despeito dessa ideologia negativa da velhice embutida na construção do Estatuto do Idoso, é de fundamental importância que todos os segmentos da sociedade, operadores jurídicos e, principalmente, os idosos, sejam instruídos quanto aos seus aspectos positivos, pois eles precisam conhecer seus direitos para exercê-los e reivindicá-los.

2.1.4 Sistema único de saúde

No dia 19 de outubro de 2006 foi publicada a Portaria nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa Portaria representa um avanço na medida em que atualiza as diretrizes propostas na Portaria nº.1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999 e deixa claro para os gestores do SUS quais as prioridades para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população idosa.

Essa Portaria estabelece, ainda, prazo de 60 dias, após sua publicação para a revisão das Portarias GM n.º 702, de 12 de abril de 2002 e Portaria SAS nº. 249 de 16 de Abril de 2002 que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, com o objetivo de compatibilizá-las com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato.

A Portaria GM n º 399 de 22 de fevereiro de 2006, por sua vez, estabeleceu como uma das prioridades a saúde do idoso.

Assim sendo, a revisão das portarias supracitadas representa uma oportunidade para reafirmar o princípio do SUS da integralidade e buscar uma maior racionalidade no fluxo de atenção à população idosa, tendo por parâmetros as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A incorporação do princípio da integralidade em saúde nos textos da legislação brasileira serviu à necessidade de se firmar, no campo da saúde coletiva, um conceito que apontasse para a superação das dicotomias históricas entre preventivo e curativo, individual e coletivo, e do conflito entre saúde pública e assistência médica hospitalar (PINHEIRO, 2006, p. 58).

A integralidade, como um dos princípios do SUS, impõe novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários e se efetiva através da relação entre os diversos atores com suas diferentes perspectivas e interesses, no interior das instituições e nos vários níveis de atenção do sistema de saúde (RIBAS, 2006, p. 534).

Assim sendo, o conceito de integralidade remete à perspectiva da integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ & CONTANDRIOPoulos, 2004, p. 876).

Outra dimensão da integralidade da atenção é aquela relativa à articulação interna de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, um ambulatório etc. A partir dessa perspectiva, a integralidade da atenção deve ser pensada em rede como objeto de reflexão e de novas práticas de saúde e de sua gestão. Seria, portanto a expressão do esforço da equipe de saúde em traduzir e em atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas e devendo ser captadas em sua expressão individual. Cada atendimento, por conseguinte, deveria estar compromissado com a maior integralidade possível, na perspectiva

de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas (CECÍLIO, 2001, p. 85).

O atendimento integral à saúde da população idosa não pode ficar restrita a apenas um nível de atenção, seja ele especializado ou não, mas deve ser buscado no esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. Como alerta Cecílio (2001), há a necessidade de se deslocar o foco da “atenção primária” como local privilegiado da integralidade na medida em que esta não se realiza em um único serviço.

A organização da rede do SUS para que a atenção à pessoa idosa se dê no plano da integralidade envolve dimensões distintas e interligadas de intervenção por parte do poder público. O objetivo da revisão das Portarias GM n.º 702 e SAS n.º 249 deve ser o de deixar claro aos gestores do SUS as competências específicas de cada nível de atenção e suas necessárias confluências, possibilitando uma maior racionalidade no fluxo de atendimento e uma maior resolubilidade do sistema.

2.2 O Envelhecimento

A melhoria das condições de saúde e a crescente expectativa de vida no mundo, bem como no Brasil, acarretou o crescimento da população de terceira idade, e com isso, a elevação da incidência de doenças relacionadas a esse período da vida.

A contribuição da Medicina atual em função da população geriátrica tem sido de grande valia, pelo controle das doenças relacionadas a essa faixa etária, dessa forma favorecendo o aumento da expectativa média de vida.

Parte-se da idéia de que o processo de envelhecimento se constitui em mais uma etapa da vida. Entretanto, o homem, por enfrentar situações adversas, muitas vezes se depara com

condições desfavoráveis, o que implica a necessidade de conviver com uma etapa de vida impregnada de problemas.

Carvalho Filho conceitua o envelhecimento como:

Um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte (Carvalho Filho, 1996, p 62).

O envelhecimento é um processo inexorável, que, considerando-se os fatores genéticos, ambientais e psicológicos, isto é, as condições a que uma pessoa está exposta, pode ocorrer de variadas formas. O envelhecimento pode ser analisado a partir dos pontos de vista cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico e funcional, cada qual com suas especificidades e respondendo diferentemente aos questionamentos em relação ao processo de envelhecer (ROBLEDO, 1994, p. 35).

De acordo com o autor citado, o envelhecimento ocorre de formas variadas, independente da idade da pessoa. Existem pessoas que, aos 80 anos, estão em plena vida produtiva, apesar de todas as vicissitudes impostas pela idade, ao passo que pessoas que ainda não chegaram aos 60 anos encontram-se em estado de total decrepitude.

A diferença do envelhecimento normativo do patológico, Canguilhen comenta que a sociedade, utilizando seus próprios padrões de exclusão, é responsável pela determinação do que se constitui como normal e como patológico. O autor procura diferenciar semanticamente os conceitos de anormalidade e anomalia, deixando claro que o teor do tratamento deve ser direcionado às situações anômalas, isto é, irregulares, que estão apresentando alguma desordem (CANGUILHEM, 1995, p. 74).

Ao definir as características de envelhecimento normal, Papaléo Netto e Ponte, argumentando sobre as fases pelas quais passa o organismo humano ao longo da vida, ou seja, a puberdade, maturidade e envelhecimento, deixam claro que facilmente se identificam as

transições de uma fase para a outra. Entretanto, os autores comentam sobre a dificuldade de definição quanto às etapas do próprio período de envelhecimento, visto que este é marcado por declínios funcionais que, geralmente, começam de forma quase imperceptível na segunda década de vida (PAPALÉO NETO; PONTE, 1996, p. 67).

Tais declínios, caracterizados através dos déficits, são entendidos como "deterioração ou incapacidade da função neurológica: perda da fala, perda da linguagem, perda da memória, perda da visão, perda da destreza, perda da identidade e inúmeras outras deficiências e perda das funções (ou faculdades) específicas" (SACKS, 1997, p. 108).

Partindo dos pressupostos de Canguilhem, os declínios poderiam ser considerados anomalias a que qualquer ser humano está sujeito. A anormalidade, por sua vez, estaria relacionada à forma como o próprio indivíduo se enquadraria diante desta situação. Portanto, a capacidade de adaptar-se a uma nova condição de vida, mesmo com anomalias, faz com que o envelhecimento não se constitua como processo anormal. "O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instruir novas normas (...)" . Essas normas são construídas ao longo do curso de vida, prioritariamente desde a primeira infância, no desenvolvimento de uma personalidade saudável, fazendo com que o indivíduo seja capaz de aprender a conviver com situações diversas (CANGUILHEM, 1995, p. 673).

Com o passar dos anos, comenta o autor acima (1995, p. 62) que o organismo humano passa por um processo natural de envelhecimento, gerando modificações funcionais e estruturais no organismo, diminuindo a vitalidade e favorecendo o aparecimento de doenças, sendo mais prevalentes as alterações sensoriais, as doenças ósseas, cardiovasculares e o diabetes.

O envelhecimento compromete a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, bem como diminui a capacidade de modificações dos

reflexos adaptativos. Esses processos degenerativos são responsáveis pela ocorrência de vertigem e/ou tontura (presbivertigem) e de desequilíbrio (presbiataxia) na população geriátrica.

As tonturas são sintomas extremamente freqüentes em todo o mundo, ocorrendo em todas as faixas etárias, principalmente em adultos e idosos. Até os 65 anos de idade, a tontura é considerada o segundo sintoma de maior prevalência mundial. Após esta idade, seria o sintoma mais comum. Em indivíduos com idade superior a 75 anos, a prevalência seria da ordem de 80% (CASTRO, 2006, p. 82).

Um dos principais fatores que limitam hoje a vida do idoso é o desequilíbrio. Em 80% dos casos não pode ser atribuído a uma causa específica, mas sim a um comprometimento do sistema de equilíbrio como um todo. Em mais da metade dos casos o desequilíbrio tem origem entre os 65 e os 75 anos aproximadamente e cerca de 30% dos idosos apresenta os sintomas nesta idade. As quedas são as consequências mais perigosas do desequilíbrio e da dificuldade de locomoção, sendo seguidas por fraturas, deixando os idosos acamados por dias ou meses e sendo responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos (CASTRO, 2006, p. 84).

As manifestações dos distúrbios do equilíbrio corporal têm grande impacto para os idosos, podendo levá-los à redução de sua autonomia social, uma vez que acabam reduzindo suas atividades de vida diária, pela predisposição a quedas e fraturas, trazendo sofrimento, imobilidade corporal, medo de cair novamente e altos custos com o tratamento de saúde.

Sabendo-se que na população geriátrica a ocorrência de tontura (rotatórias ou não), desequilíbrio e quedas são queixas freqüentes, ressalta-se a necessidade da realização de avaliações da função vestibular, pois por meio dessa pode-se detectar importantes implicações diagnósticas, prognósticas e até mesmo profiláticas e terapêuticas junto a esta população.

Os programas educacionais e de tratamento devem inspirar sentimentos de auto-eficácia no paciente da terceira idade e restabelecer sua confiança na própria capacidade para dar conta da situação. Mas também é preciso diminuir o receio de queda e o medo de não conseguir levantar-se; desta forma podemos aumentar a segurança durante a marcha e reduzir o risco de queda (CASTRO, 2006, p. 97).

Nestes casos a abordagem combinada, psicológica e fisioterapêutica, parece ser particularmente útil no lidar com esses problemas. É importante que o fisioterapeuta escolha uma tarefa que não ultrapasse a competência do cliente, e depois dela ter sido realizada com êxito, o cliente deve ser animado a reconhecer o próprio desempenho e a sua competência afetiva.

2.3 O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) E o Idoso Vítima de Queda

O TCE ocorre quando o paciente sofre um impacto na caixa craniana, seja por acidente automobilístico, quedas ou outras causas, lesando estruturas internas e, algumas vezes, as externas. Epidemiologicamente o Brasil apresenta uma das maiores incidências de traumatismo craniano do mundo, representando um importante problema de saúde pública pelos altos custos envolvidos e por atingir uma parcela economicamente ativa de nossa sociedade (BOTELHO, 2001, 129).

Nos Estados Unidos, o *National Head Injury Foundation* (NHIF) definiu o dano cerebral traumático como um comprometimento do cérebro causado por uma força externa que pode produzir uma diminuição ou alteração do estado de consciência, acarretando uma alteração das habilidades cognitivas ou do funcionamento físico. (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 78)

A denominação de traumatismo crânioencefálico abriga todo um universo de patologias, que são de difícil diagnóstico e solução, e que quase nunca se apresentam isoladas.

O problema consiste em determinar, além da classificação dos tipos de lesões, qual é a mais importante, de forma a se efetuar o diagnóstico. A partir do diagnóstico é escolhida a conduta a ser adotada, sendo que a evolução do caso deve ser acompanhada com atenção para sinais que demonstrem a presença de alguma outra entidade. Existe, portanto, uma enorme necessidade de habilitação específica e constante aperfeiçoamento dos profissionais da área (BOTELHO, 2001, p. 65)

Os acidentes automobilísticos são responsáveis por metade dos casos de traumatismo crânioencefálico, sendo que em 72% dos acidentes está associado o consumo de bebidas alcoólicas, relacionado quase sempre à imprudência do motorista e ao excesso de velocidade. Outras causas são quedas (21%), particularmente em crianças e idosos, assaltos e agressões (12%) e causas relacionadas a esportes e recreação (10%). (ANDRADE, FIGUEIREDO; BROCK, 2001, p. 652).

Distinguem-se dois tipos fundamentais de traumatismos crânioencefálicos (TCE), são eles: abertos (ou permanente) e fechados. O TCE aberto produz tipicamente déficits mais discretos ou focais, enquanto que os fechados causam com maior probabilidade, comprometimento generalizado ou difuso (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 645).

O TCE aberto, que é comparativamente menos freqüente, ocorre quando um objeto penetra com força na cabeça (lesão perfurante por projéteis ou outros objetos com capacidade de perfurar) e produz fratura no crânio e ruptura das meninges ou membranas cerebrais. Estas feridas, normalmente, danificam áreas relativamente determinadas do cérebro, o que acarreta déficits concretos ou específicos. Este tipo de TCE, cujo protótipo é o produzido por armas de fogo, ocorre, habitualmente, em guerras, tiroteios, tentativas de suicídio, atropelamentos ou esportes de alto risco, nos quais se pode cair de grandes alturas (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 56).

No TCE fechado, o dano cerebral pode ser produzido no ponto de impacto (lesão por golpe), ou na área cerebral do lado oposto, por causa do deslocamento do cérebro dentro do crânio (lesão de contra-golpe). Os fenômenos de aceleração, desaceleração ou rotação do cérebro dentro do crânio também podem afetar as conexões neuronais (dano axonal difuso). A natureza do dano dependerá da magnitude da aceleração, assim como da direção do movimento da cabeça, no momento de impacto (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 189).

As lesões cerebrais podem ser classificadas em focais e difusas. As lesões focais produzem alterações específicas naquelas funções mediadas pela área em que ocorreu a lesão.

Habitualmente, nos TCE, tais lesões afetam os lóbulos frontais e temporais. As lesões difusas são pequenas lesões espalhadas por todo o cérebro e que estão associadas à perda inicial do nível de consciência e, em geral, acarretam um estado de coma de duração variável, desde semanas até meses. De acordo com o tipo de traumatismo sofrido, o paciente pode apresentar lesões predominantemente focais, difusas ou a combinação de ambas (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 156).

As lesões focais são: contusão cerebral, laceração cerebral, hemorragias e infartos. As lesões cerebrais difusas são as seguintes: lesão axonal difusa, edema cerebral e congestão cerebral.

Da mesma forma os TCE, tanto abertos como fechados, podem ocasionar lesões primárias e complicações secundárias. O dano cerebral primário acontece, no momento do impacto, e reflete os efeitos do golpe e/ou dos movimentos de aceleração/desaceleração do cérebro no interior do crânio e é representado por contusão cerebral e lesão axonal difusa (ZERATI, 2000, p. 73).

O dano cerebral secundário é subsequente a falta de oxigênio no cérebro causada por perda excessiva de sangue (hipotensão) ou por dificuldades respiratórias ocasionadas pelo

rebaixamento do nível de consciência (inconsciência) ou por lesões pulmonares ou de vias respiratórias (ZERATI, 2000, p. 178).

Os tipos de lesões cerebrais envolve a contusão e laceração cerebral, hematomas intracranianos, seqüelas dos traumatismos crânio encefálicos.

A contusão cerebral e laceração cerebral se constitui em uma lesão focal, devida ao impacto do cérebro contra as paredes internas do crânio, que consiste em zonas circunscritas de hemorragia e destruição de tecido nervoso (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 345).

A contusão cerebral é uma lesão macroscópica que determina um foco de laceração e de necrose hemorrágica, à qual se associa o edema. Ela poderá se localizar no ponto de impacto do traumatismo, se houver um afundamento da caixa craniana ou uma contusão crânio cerebral, mas também nos casos em que a caixa craniana apresente somente um traço de fratura linear (CAMBIER, MASSON e DEHEN, 1999, p. 345).

Além disso, a contusão cerebral pode resultar de um mecanismo de contragolpe, localizando-se do lado oposto ao ponto de impacto: sobre o hemisfério contra lateral no caso de um traumatismo lateral, nos pólos occipitais, quando de um traumatismo frontal, e nos pólos frontais e temporais, por um traumatismo occipital. Essas lesões são, algumas vezes, discretas, mas podem ser muito graves devido à sua extensão ou à localização no tronco cerebral (CAMBIER, MASSON; DEHEN, 1999, p. 25).

Os sinais e sintomas clínicos irão depender da localização da lesão, gravidade do impacto e a presença de lesões associadas. A contusão cerebral está associada à lesão axonal difusa em cerca de 60% dos traumas com aceleração de curta duração (BOTELHO, 2001, p. 48).

Pode ser de um coma profundo, com reação mínima ou nenhuma aos estímulos dolorosos e abolição dos reflexos foto motores; muitas vezes, no entanto, existem sinais neurológicos focais que aparecem apenas secundariamente, quando os distúrbios de

consciência correspondentes se dissipam. Podem ser constatadas diversas síndromes neurológicas: hemiparesia, afasia, hemianopsia, síndrome frontal. A hemorragia meníngea é comum, quando existem lesões de contusão cerebral. Traduz-se por cefaléia, rigidez de nuca, estado confusional, que tende a se prolongar, e às vezes, edema papilar e paralisia uni ou bilateral do VI par craniano (CAMBIER, MASSON; DEHEN, 1999, p. 190).

A laceração cerebral é o mesmo tipo de lesão da contusão, porém, mais intensa. Ao contrário das contusões corticais, nas lacerações, produz-se ruptura da membrana piamadre. As lacerações são mais freqüentes nos disparos por arma de fogo e nas fraturas (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 367).

Os hematomas estão presentes entre 30% e 50% dos casos de TCE graves, apesar de poderem ser observados também nos leves. Os hematomas intracranianos podem causar graves afetações e inclusive a morte, pelos efeitos de compressão do tronco cerebral. Os hematomas intracranianos classificam-se de acordo com a sua localização anatômica (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 256).

É uma coleção sanguínea que se forma entre o osso e a dura-máter. A hemorragia pode ser de origem arterial, mais freqüentemente por ruptura de um ramo da artéria meníngea média, ou de origem venosa, a partir de veias díploe, ou ainda, da lesão de um seio venoso. A localização mais comum do hematoma extradural é a fossa cerebral média, porém ele pode se localizar na região frontal ou na fossa posterior; nessa última eventualidade, existe um traço de fratura occipital (CAMBIER, MASSON; DEHER, 1999, p. 278).

O tratamento desta lesão na fase aguda é cirúrgico devido ao seu caráter progressivo e não somente pelo comprometimento neurológico (SCHALAAD, CASTRO, 2001, p. 178).

A coleção hemorrágica localiza-se entre a dura-máter e a aracnóide, proveniente da ruptura de pequenas veias que atravessam o espaço subdural. Essa hemorragia de origem

venosa ocorre sob pressão relativamente pequena, o que explica a existência de maior tolerância (hematomas subdurais tardios).

A bilateralidade não é excepcional, pois o hematoma subdural pode surgir junto ao ponto de impacto do traumatismo ou a distância por um mecanismo de contragolpe. Sobretudo o traumatismo causal pode ter sido discreto e não desenvolver uma perda de consciência inicial, especialmente em determinados indivíduos: idosos, alcoólatras e doentes submetidos a um tratamento com anticoagulantes (CAMBIER, MASSON; DEHEN, 1999, p. 72).

Esse tipo de hematoma causa, em geral, transtornos difusos, mas também podem ser observados focalidades neuropsicológicas, por compressão sobre uma determinada estrutura (JUNQUE, BRUNA; MATARÓ, 2001, p. 35).

O hematoma intracerebral de origem traumática é uma coleção de sangue dentro do parênquima cerebral, sem proximidade com a superfície, sendo mais comum nos lobos frontal e temporal, podendo ser únicos ou múltiplos. Sua etiologia parece estar ligada a aceleração angular, que determinaria lesão tanto em axônios quanto nos vasos cerebrais da substância branca. O tratamento pode ser tanto conservador como cirúrgico e muitas vezes é de difícil decisão. Não existindo critérios absolutos. Os hematomas devem ser removidos através de craniotomia e a mortalidade varia de 25 a 60% (BOTELHO, 2001, p. 45).

A lesão axonal difusa representa o fator mais importante na determinação da morbimortalidade do traumatismo craniano. Está presente em 50% dos casos graves, sendo responsável por 35% dos óbitos, podendo estar associado às lesões focais (BOTELHO, 2001, p. 56).

Neste tipo de lesão observam-se fragmentações de axônios em vários níveis do sistema nervoso central, principalmente aqueles pertencentes aos tratos longos. A força inicial do agente lesivo é responsável por um estiramento do axônio que sofre alterações no axolema e

nódulos de Ranvier alterando a membrana axonal e havendo maior influxo de Ca++. Desta forma, ocorre um bloqueio no transporte axonal e tumefação em torno do nódulo resultando numa quebra do axônio. Ocorre perda imediata da consciência consequente ao trauma com duração variável e estado de coma por mais de 24 horas (SCHALAAD, CASTRO, 2001, p. 88).

As lesões são microscópicas e podem ser encontradas no corpo caloso, quadrante dorsolateral da ponte, adjacente ao pedúnculo cerebelar superior. Clinicamente são descritos três graus de lesão axonal difusa (LAD), a partir de estudos experimentais em macacos submetidos à aceleração rotacional e verificados na clínica (BOTELHO, 2001, p. 09):

- no grau I ocorrem alterações apenas microscópicas com a presença dos esferóides de retração ou micróglia na substância branca;
- no grau II as mesmas alterações microscópicas descritas acima estão associadas a lesão hemorrágica focal do corpo caloso;
- no grau III além das lesões do grau II, associam-se hemorragias no quadrante dorsolateral da ponte e mesencéfalo.

As lesões axonais são produzidas com o movimento rotacional ou angular da cabeça. Se a direção da cabeça for linear, a lesão axonal é leve ou nula e se produzem essencialmente lesões focais (contusões cerebrais e hematomas intracranianos). O tempo durante o qual se produz a aceleração também se relaciona com a produção do dano axonal. Quando a aceleração/desaceleração ocorre durante um período curto, produz-se hematoma subdural, como ocorre nas quedas. Se a aceleração/desaceleração se prolonga por mais tempo, como ocorre nos acidentes de trânsito, nos quais os materiais absorventes (interiores dos veículos) prolongam o tempo de impacto, produz-se o dano axonal (JUNQUE, BRUNA; MARATÓ, 2001, p. 65).

A LAD é leve quando o período do coma se estende de 6 a 24 horas; moderada quando o período de inconsciência é superior a 24 horas e não existe postura permanente de descerebração ou decorticção, assim como sinais de hiperatividade simpática, embora admita-

se que alguns pacientes possam apresentar crises de extensão. Nas LADs graves, as lesões dos axônios estendem-se aos hemisférios cerebrais à região diencefálica e tronco cerebral em intensidades variáveis. O grau de recuperação destes pacientes dependerá da intensidade dos axônios lesados (BOTELHO, 2001, p. 77).

Para critério diagnóstico de trauma crnacoencefálico consideram-se os seguintes requisitos mínimos: história de golpe na cabeça, laceração do couro cabeludo ou fronte e distúrbio da consciência (BOTELHO, 2001, p. 67).

O estado de consciência constitui um elemento fundamental na observação de um traumatizado de crânio. Quando existe uma alteração na consciência, seu grau deve ser precisado com cuidado. Para essa análise utiliza-se a escala de coma de Glasgow. Alguns enfermos, que no caso não apresentam ou já não manifestam alterações evidentes do estado de vigília, apresentam nível de consciência anormal que se traduz por um estado confusional ou confuso-onírico; outros, cujo estado de consciência parece normal, esquecem-se progressivamente dos acontecimentos que participaram (CAMBIER, MASSON; DEHER, 1999, p. 45).

Estado vegetativo: a pressão arterial, a freqüência do pulso e da respiração, bem como a temperatura devem ser anotados, inicialmente e depois observadas e registradas em intervalos curtos. Imediatamente, as alterações vegetativas devem ser corrigidas por todos os meios possíveis devido à possibilidade de as perturbações circulatórias e respiratórias agravarem o estado cerebral.

O exame neurológico procura sinais de lesão cerebral focal. Entretanto, a existência de alterações da consciência ou de um estado confusional não permite um exame completo. É necessário observar, em particular através de estimulações dolorosas, a característica simétrica ou não da motilidade, tanto espontânea quanto provocada; também deve-se estudar a atitude do traumatizado, que pode ser de rigidez de descerebração mais ou menos típica, com

hiperextensão dos membros inferiores e equíismo dos pés, além de hiperextensão, adução e pronação forçada dos membros superiores; essa atitude descerebrada é freqüentemente apenas esboçada e intermitente, desencadeada pelas estimulações dolorosas.

Uma vez ultrapassado o risco de vida da fase aguda, os traumatismos de crânio podem determinar numerosos problemas relacionados com as seqüelas. Essas alterações podem ser segundo Cambier, Masson; Deher (1999, p. 84):

Déficit neurológico: hemiplegia, alterações de equilíbrio, afasia, lesão de algum nervo craniano, paralisia facial periférica, surdez de percepção ou uma síndrome vestibular;
 Alterações psíquicas: deterioração intelectual, demência, atrofia cerebral;
 Epilepsia pós-traumática;
 Distúrbios vasculares: aneurisma carotidocavernoso, trombose se uma artéria cerebral, fistulas aterovenosas da dura-máter;
 Síndrome subjetiva dos traumatizados de crânio: as alterações funcionais diversas são observadas de 35 a 40% dos pacientes que sofreram um TCE, são eles: cefaléia, vertigem, modificações do psiquismo e alterações do sono.

As quedas representam a sexta causa de morte em idosos a partir dos 75 anos de idade. 20% das pessoas com fratura de fêmur acabam falecendo e a metade termina por ter uma limitação física irreversível (ABC DA SAÚDE, 2006, p. 03).

Nos Estados Unidos, a cada ano, são registrados mais de 200 mil casos de fratura de fêmur, sendo que 84% ocorrem em indivíduos com 65 anos ou mais. Cada fratura de fêmur representa uma internação hospitalar de vários dias.

As cirurgias ortopédicas de grande porte são acompanhadas de consideráveis taxas de complicações graves. Além das terríveis fraturas de fêmur, as quedas podem levar a outras condições, não menos graves, como: contusões e fraturas do crânio, fraturas de extremidades etc.

É importante realçar que muitos indivíduos idosos, após uma queda, mesmo aqueles que não sofreram grandes danos, começam a ter sua mobilidade diminuída pelo medo de nova queda, passando então a apresentar outros problemas sérios em função desse comportamento.

A ocorrência desse grave acidente causa dor, medo, sofrimento, limitações de ordem física e por vezes a morte. Uma série de fatores facilita esse tipo de acidente.

É possível minorar a possibilidade de quedas em idosos quando conhecemos os principais fatores desencadeantes e adotamos as medidas pertinentes.

As quedas são a principal causa de morte accidental em pessoas com mais de 65 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (SBO).

Para orientar a população sobre como prevenir esse tipo de acidente na terceira idade, a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia lançaram a Campanha Nacional de Prevenção a Quedas de Idosos.

Para Pavarine (1996, p. 92) é importante ensinar ao idoso como prevenir-se da queda. O objetivo da iniciativa é "conscientizar o idoso sobre o risco das quedas e alertar para suas consequências - a principal delas é a fratura, que traz prejuízo à qualidade de vida da pessoa, já que, além de agravar condições de saúde já existentes, pode predispor o surgimento de outras doenças".

Para evitar quedas, ela recomenda, em primeiro lugar, que os idosos mantenham em dia a avaliação da saúde e, além disso, tenham uma série de cuidados no ambiente doméstico, onde ocorre a maioria dos acidentes. "As medidas de prevenção devem começar dentro de casa: evitar o uso de tapetes pequenos, que facilitam que se escorregue; instalar corrimões na beira de escadas, colocar interruptores de luz em locais de fácil acesso para manter o ambiente sempre bem iluminado; deixar uma luz acesa iluminando o trajeto entre o quarto e o banheiro à noite; e evitar manter no chão objetos como chinelos, caixas ou brinquedos".

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, página de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto afirma Gil (1996, p. 34).

Para Richardson (1999, p. 26), a abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se por ser uma forma adequada para entender natureza de um fenômeno social. Ainda segundo esse autor, o aspecto qualitativo de uma investigação pode estar presente até mesmo nas informações colhidas por estudos essencialmente quantitativos.

3.2 Instrumento da Pesquisa

A pesquisa foi realizada através de consultas de livros, artigos, documentos e revistas. Sendo assim, feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, página de *web sites*.

A pesquisa se embasa através da terceira idade mostrando a problemática da queda que enfatiza no traumatismo craniano, através de documentos já publicados.

3.3 Procedimento e Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada por intermédio de livros, artigos, revistas e documentos sendo necessário o conhecimento pelo assunto.

Para análise dos dados utilizou-se a análise descritiva que foi sistematizada por Gil (2002, p. 11) e Ruiz (1996, p. 26), que consiste nas seguintes etapas: Levantamento bibliográfico, análise de documentos que comprovem sobre o mesmo assunto em questão e depois a discussão dos dados em termos qualitativos.

Após a análise do material bibliográfico, chegou-se às seguintes categorias e sub-categorias:

- Categorias
 - Identificando e descrevendo os fatores que contribuem para que o evento da queda favoreça a ocorrência de traumatismo craniano encefálico em idosos
 - Apontando os limites e possibilidades de ocorrência de traumatismo em idosos a partir do evento da queda
- Sub-categorias:
 - Compreendendo a dinâmica da dependência e perda de autonomia do idoso
 - Reconhecendo as possibilidades de faturas como consequência da queda no idoso

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Identificando e Descrevendo os Fatores que Contribuem para que o Evento da Queda Favoreça a Ocorrência de Traumatismo Craniano Encefálico em Idosos

Na atenção ao idoso e com o objetivo de prevenir a queda e suas consequências, faz-se essencial o conhecimento dos fatores que podem possibilitar a ocorrência de queda, tais como: escadas e pisos, medicamentos

As escadas e pisos são comuns em nosso meio, representando um grande perigo para pessoas idosas.

A primeira medida é usar o bom-senso e fazer uma reflexão. Colocar-se no alto da escada e verificar os perigos evidentes. Uma boa inspeção costuma mostrar onde estão os riscos e as precauções a serem adotadas.

Além da observação pessoal, devem-se adotar as seguintes cautelas, segundo o ABC da Saúde (2006, p. 05):

É recomendável descer um degrau de cada vez, apoiando sempre os dois pés por lance.
 Manter a escada com iluminação suficiente, especialmente à noite.
 Remover todo e qualquer ressalto como: passadeiras não coladas e incorreções do piso.
 Revestir os degraus com material antiderrapante.
 Nunca encerar escadas de pisos de madeiras. Aplicar faixas de material rugoso antiderrapante.
 Pintar ou revestir o primeiro e últimos degraus com cores contrastantes que chamem a atenção.
 Se a pessoa idosa apresenta problemas de agitação ou desorientação, colocar portões no início e fim da escada com fechaduras de segurança.
 Instalar corrimão, em altura adequada ao usuário de risco, em toda a extensão da escada.
 Evitar estampas e desenhos de cores contrastantes ou tridimensionais nas passadeiras, que podem iludir as pessoas idosas com respeito à largura do degrau e à profundidade do próximo lance.
 Quadros e desenhos nas paredes devem ser removidos, pois podem distrair e favorecer as quedas.
 Idosos de alto risco, confusos, com limitações motoras e visuais, além daqueles que recebem medicação sedativa, devem preferencialmente ser mudados para o piso térreo.

Essas recomendações servem também como orientação geral para os outros pisos e ambientes da casa, especialmente locais de alto risco, como os banheiros.

O tapete de beirada da cama, os tapetes não fixos, a má iluminação, particularmente à noite, e o uso de calçados que deslizam com facilidade ou com salto, devem ser entendidos como grandes perigos.

Calçados seguros e antiderrapantes, o recurso de uma luz permanente, de vigília, nos quartos, o uso de uma jarra tampada ou moringa ao alcance das mãos, para evitar que as pessoas levantem à noite e em certos casos até o uso de coletores de urina, colaboram na prevenção de quedas.

Outro fator de risco, extremamente importante, é o uso de alguns medicamentos.

À medida que envelhecemos, o nosso organismo enfrenta, progressivamente, maiores dificuldades na aceitação de medicamentos.

Além disso, os idosos, em função de serem acometidos por várias doenças concomitantemente, usam várias medicações ao mesmo tempo.

Essas medicações podem interagir entre si, modificando o efeito desejado, seja aumentando sua ação, diminuindo-a ou até mesmo anulando o efeito esperado.

Uma série de medicamentos são agentes de alto risco para favorecer quedas em idosos, dos quais destacam-se: os calmantes e sedativos, que elevam a possibilidade de queda em 28 vezes.

Dentre esses medicamentos de risco destacam-se afirma o ABC da Saúde (2006, p.10):

Os indutores de sono (hipnóticos), os antidepressivos, os barbitúricos (para convulsões)

Os diuréticos, medicamentos para a doença de Parkinson e os anti-hipertensivos que podem causar queda abrupta dos níveis de pressão arterial.

O uso de álcool também representa um fator de risco a ser considerado, pois afeta o equilíbrio e inibe os reflexos.

Todo idoso que cai deve ser examinado por um médico, uma vez que a causa do acidente pode dever-se a uma série de condições, como arritmias (irregularidade nos batimentos do coração), Acidente Vascular Cerebral (derrame) etc.

O uso de outros artefatos como bengalas, andadores, óculos e a adoção de um programa de atividade física com vistas a fortalecer a musculatura e a correção da postura são medidas positivas e de alta valia na qualidade de vida de todos e sempre devem ser prescritos por profissionais que irão orientar a maneira correta no uso desses recursos.

O principal objetivo para prevenir quedas acidentais é manter o idoso o mais independente e ativo possível.

Queda é uma mudança de posição inesperada, não intencional que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior, por exemplo sobre o mobiliário ou no chão. Este evento não é consequência de uma paralisia súbita, ataque epilético ou força externa extrema.

Podem ser classificadas a partir da freqüência com que ocorrem e do tipo de consequência advinda do evento. A queda acidental é aquele evento único que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como um piso escorregadio, um degrau sem sinalização ou devido à atitudes de risco como por exemplo, subir em banquinhos. Em contrapartida, a queda recorrente, expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos como doenças crônicas, poli farmácia, distúrbios do equilíbrio corporal, déficits sensoriais, dentre outros.

A queda pode ainda ser dividida de acordo com a presença ou não de lesões. As quedas com lesões graves são consideradas aquelas cuja consequência é uma fratura, trauma crânioencefálico ou luxação. Abrasões, cortes, escoriações e hematomas são considerados lesões leves.

Há ainda, a classificação de acordo com o tempo de permanência no chão. A queda prolongada no chão é aquela em que o idoso permanece caído por mais de 15 a 20 minutos por incapacidade de levantar-se sem ajuda. Os idosos que são mais predispostos a sofrerem quedas prolongadas são os idosos com 80 anos ou mais, com dificuldade em atividades de vida diária, que têm disfunções em membros inferiores, tomam sedativos e moram sozinhos ou permanecem por longos períodos do dia ou noite desacompanhados.

Hoje, busca-se não só identificar o perfil dos idosos mais vulneráveis a cair, como também procura-se distinguir quais terão maior suscetibilidade a sofrerem uma lesão grave decorrente deste evento ou que têm uma maior propensão a experimentarem quedas recorrentes o que aumenta a probabilidade de perda de capacidade funcional, seja ela decorrente de um único evento grave ou da perda de confiança e do senso de auto-eficácia o que com o tempo acaba por provocar uma restrição de atividades e um declínio na mobilidade, expondo este idoso a um maior risco de tornar-se frágil.

As causas de uma queda podem ser de natureza intrínseca (relacionada com o indivíduo), ou extrínseco (que é relacionada com o ambiente). Os fatores intrínsecos incluem alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, doenças e medicamentos que acarretam risco de queda para os idosos. As causas extrínsecas incluem perigos ambientais, como chão escorregadio e áreas pouco iluminadas. E pela análise e interpretação de cada queda isoladamente pode - se chegar a um plano de tratamento.

Existem muitos obstáculos ambientais que podem predispor o paciente a cair. Na comunidade, a maioria das quedas ocorre na própria residência dos pacientes. As atividades rotineiras relacionadas a quedas incluem sentar ou levantar de camas e cadeiras; tropeçar em objetos da casa, ou revestimentos do assoalho, como tapetes, carpetes e soleiras de portas e escorregar em superfícies molhadas, ou usando calçados inadequados ou descendo escadas.

Nos hospitais e casas de repouso, o lugar mais comum de quedas é o quarto do paciente. A maioria destas quedas acontece à beira da cama, quando o paciente está se deitando ou levantando.

O banheiro é um local que oferece um grande risco em instituições, pelo fato dos pacientes entrarem ou saírem do banheiro sozinhos com pressa de chegarem ao vaso sanitário ou escorregarem no chão molhado.

Cadeiras normais e cadeiras de rodas estão implicadas em episódios de queda por causa de equipamento inapropriadamente planejado, ou de técnicas ruins de transferência, quando o paciente está se sentando ou levantando. A queda sobre a cadeira que são difíceis de ver, tropeçar nos pés das cadeiras ou em suportes para os pés de cadeiras de rodas e cair sobre as grades da cadeira de rodas travadas ao levantar são outras causas de quedas.

O principal fator de risco para a queda é a perda do equilíbrio, que vem com o envelhecimento, associado a outras condições de saúde que afetam o idoso, como, por exemplo, a osteoporose [doença caracterizada pela fragilidade dos ossos].

Comenta Suzele (2005, p. 36) a respeito do envelhecimento:

Com o avanço da idade, existe um envelhecimento de várias estruturas relacionadas ao equilíbrio corporal, como o labirinto, os órgãos responsáveis pela sensibilidade corpórea e a diminuição da visão. O envelhecimento desses três sistemas já pode, por si só, causar desequilíbrio e favorecer as quedas.

O idoso pode ser acometido por doenças cardiovasculares e metabólicas, como o diabetes, ter colesterol alto, tomar remédios que causam efeitos colaterais, ter osteoporose, problemas musculares, e tudo isso, aliado ao envelhecimento do corpo, favorece a perda do equilíbrio e predispõe à queda.

Os acidentes por quedas são comuns na vida de um idoso, mas não devem ser considerados "naturais". Por mais corriqueiras que possam parecer, as quedas, em sua maioria, reduzem drasticamente sua capacidade para realizar as tarefas mais simples do dia-a-

dia. A importância que os problemas relacionados às quedas possuem na vida das pessoas com mais de 65 anos.

As quedas acontecem em decorrência de problemas com o meio ambiente, como por exemplo pisos escorregadios, objetos no chão e queda da cama. Essa são as causas que costumamos chamar de extrínsecas, ou seja, provenientes do meio externo. Suzele (2005) explica que problemas neurológicos e cardíacos (intrínsecos ao idoso) foram responsáveis por apenas um quarto dos acidentes. "Isso mostra que está havendo uma falta de cuidado com o local freqüentado pelos idosos.

4.2 Apontando os Limites e Possibilidades de Ocorrência de Traumatismo em Idosos a partir do Evento da Queda

4.2.1 Compreendendo a dinâmica da dependência e perda de autonomia do idoso

O ser humano, no decorrer de sua existência, enfrenta situações geradoras de transformações que atingem o seu ápice na velhice, mudando, muitas vezes, o curso de vida. Alguns eventos que vão surgindo de forma gradativa são capazes de alterar a trajetória de vida da pessoa idosa. Entre estes destacamos: 1) perda do papel profissional; 2) perda de amigos, familiares e contatos sociais gratificantes; 3) transformações físicas e hormonais; e 4) comprometimento das condições de saúde (NOVAES, 1995).

Os eventos acima descritos, sobretudo os que dizem respeito às condições de saúde, podem comprometer a capacidade funcional, levando a pessoa à dependência e à perda da autonomia. Analisando a realidade atual, é crescente o número de pessoas com incapacidade funcional, o que implica dependência para a realização das atividades de vida diária.

A dependência é um problema para a maioria das pessoas. Na velhice, muitas vezes, se configura como perda de espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem suas próprias vidas.

Baltes e Silverberg (1995) comentam que a dependência, na velhice, é resultado de mudanças ocorridas ao longo do curso de vida e acrescentam que elas englobam desde as mudanças biológicas até as transformações exigidas pelo meio social.

Essas autoras discriminam a dependência em três níveis: a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que e enquanto produz. A dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, falta de condições para realizar as tarefas da vida diária. Finalmente, a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem.

Referimo-nos à circunstância em que uma pessoa é considerada incompetente para realizar suas tarefas. Diante dessa avaliação, alguém sempre assume a função de fazê-lo em seu lugar, mesmo que não haja necessidade ou que a própria pessoa não o deseje. (BALTES; SILVERBERG, 1995)

Nos meios especializados em assistência ao idoso, desde o início do século, há preocupação com a avaliação do grau de dependência para a realização das atividades de vida diária. Entretanto, há trinta anos, foram desenvolvidos instrumentos mais eficazes no sentido de mensurar o grau de incapacidade da pessoa e, além disso, identificar as áreas que demandam maior atenção. A rigor, dois grupos de atividades abrangem a capacidade funcional das pessoas idosas: Atividades de Vida Diária (AVD's), que envolvem ações básicas do manejo com o próprio corpo; e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), que estão relacionadas à forma como a pessoa está adaptada ao seu meio ambiente. Entre outros tipos de instrumentos avaliativos, destacamos as escalas desenvolvidas por Katz e Lawton (SPECTOR, 1989; KATZ, 1983; LAWTON, 1969).

Para mensurar a performance da realização das AVD's, Katz propõe que se avalie o grau de dependência para a pessoa se banhar, se vestir, usar o banheiro, se transferir do leito, controlar esfincteres urinário e fecal, e se alimentar.

Lawton também propôs um instrumento para avaliar as tarefas concernentes às AIVD's que estão relacionadas com a capacidade da pessoa realizar determinadas tarefas ambientais tais como: fazer compras, cozinhar, cuidar da limpeza da casa, lavar roupas, usar transportes, administrar dinheiro e medicações e fazer uso do telefone. (KATZ, 1983)

Mesmo avaliando essas possibilidades, Baltes e Silverberg (1995, p. 73) ressaltam que:

Uma incapacidade orgânica não é condição necessária nem suficiente para a dependência. Apesar disso, dentro da dinâmica das interações sociais e da percepção social, a dependência física é freqüentemente interpretada como um sinal de incompetência geral, geradora de dependência generalizada.

As autoras adotam posicionamento crítico diante da tendência de associar a dependência física com a perda total de autonomia. Entretanto, quando fala-se em autonomia, pensa-se na capacidade para tomar decisões, na possibilidade de autogoverno e de administrar a vida de acordo com valores próprios.

Motta (1992), tecendo considerações acerca da autonomia, recorre aos estudos filosóficos. Para a autora, "autônomo é quem tem em si mesmo a própria lei". Segundo Gillon, a autonomia pode ser avaliada à luz de três critérios: autonomia de ação, autonomia de vontade e autonomia de pensamento.

A autonomia de ação é aquela em que o homem pode agir de forma independente, sem qualquer obstáculo; a autonomia de vontade é a que permite ao ser humano decidir sobre coisas com base nas suas próprias deliberações, e a autonomia de pensamento é a que faz do

homem, no uso de sua capacidade intelectual, um ser que pode tomar decisões com base nas suas crenças e valores (GILLON, 1995).

Estudos como os de Pavarine mostram a influência da autonomia na qualidade de vida das pessoas idosas, ressaltando que, apesar do grau de fragilidade ou dependência, é importante que elas próprias exerçam o controle de suas vidas, a despeito das limitações com que se deparam (PAVARINE, 1996).

Decorre daí que, se a pessoa idosa mantiver preservada sua cognição, as limitações físicas não podem constituir, por si, obstáculos para a realização de seus desejos, vontades e para que tenha participação nas decisões que dizem respeito, em especial, à própria vida. Não se pode negar que a incapacidade para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária exige redimensionamento das atividades de outras pessoas (geralmente familiares), que têm que se reestruturar para colaborar na realização dessas tarefas.

Sabemos que tal circunstância resulta em situações nem sempre satisfatórias para a pessoa idosa. Esse ponto é objeto de análise de Monteko e Greenberg, cujo trabalho com idosos levou à conclusão, no que tange à dependência física, de que o maior receio dos idosos é a possibilidade de a dependência vir a transformá-los em carga para a família (MONTEKO, GREENBERG, 1995)

Em nossa cultura, monta-se um cenário em torno de uma suposta qualidade de vida que possui como indicador a preservação da capacidade funcional atrelada à manutenção da autonomia. Se há perda de algumas funções, associa-se imediatamente à perda total da autonomia, o que consequentemente afeta o processo de envelhecimento. Uma das formas de mensurar a qualidade de vida satisfatória consiste na aferição do grau de autonomia de uma pessoa, ou seja, o grau de independência que ela possui para desempenhar suas atividades de vida diária (EVANS, 1984).

É preciso compreender que o fato de uma pessoa apresentar limitações físicas não implica a necessidade de isolamento da convivência, nem privação de participação social. Dizendo de outra maneira, inferimos que a incapacidade funcional não se constitui em marco para a dependência.

Segundo Suzele (2005), após a queda, uma série de atividades básicas (sentar-se, alimentar-se, levantar-se) e instrumentais (tomar medicamentos na hora certa, fazer compras, utilizar o transporte coletivo) ficam comprometidas", explica. Antes da queda, por exemplo, 79% dos idosos entrevistados conseguiam levantar da cama. Depois do acidente, apenas 28% realizavam essa atividade sem auxílio de terceiros.

Observa-se então que as quedas diminuíram consideravelmente a autonomia dos idosos. Ela ainda afirma que as possíveis fraturas oriundas desse tipo de acidente causam uma série de limitações ao idoso. No entanto as consequências mais sérias são as de natureza psicológica. Por mais que o idoso consiga se recuperar fisicamente das quedas, ele pode deixar de desempenhar algumas atividades pelo simples medo de cair novamente. Nossa pesquisa apontou que 44% dos idosos acidentados possuem esse medo, que acaba por se transformar numa barreira social.

É importante frisar que as quedas não são apenas decorrentes do envelhecimento. Elas podem significar que há algo de errado, ou com a saúde do idoso, ou com o lugar onde ele habita. Por isso, esclarece Suzele (2005), não se deve ignorar as queixas que as pessoas de mais idade freqüentemente fazem, já que a melhor maneira de se evitar a queda dos idosos é a prevenção. Visitas às residências dos idosos seriam importantes para que seus familiares possam ser alertados dos fatores que provocam queda.

4.2.2 Reconhecendo as possibilidades de faturas como consequência da queda no idoso

Foram estudados dois tipos de "caidores": os que levam tombos uma vez ao ano e os que caem com maior freqüência. No primeiro grupo, verificou-se que as mulheres têm chance maior que os homens de cair. Se já houver histórico de fratura, a chance aumenta quase cinco vezes. Os que pensam não ter uma boa visão também têm mais chance de cair. (CASTRO, 2006)

Aqueles que têm maior dificuldade para realizar mais de uma atividade física rotineira - como tomar banho, andar ou comer - também apresentam maior probabilidade de sofrer quedas.

As faturas são as consequências mais comuns em idosos que sofreram queda - Quedas são a causa mais comum de fraturas. A freqüência de queda entre os idosos é devido, em parte, a uma incidência elevada de condições clínicas de base.. Assim destacam-se algumas fraturas ocorridas por quedas:

Salienta Castro (2006, p. 27) que as fraturas podem ser:

1 FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL

Ocorre comumente com uma queda com a mão estendida

2 FRATURA DE COLLES

No ano de 1814, Abraham Colles descreveu esta fratura da extremidade distal do antebraço, ocorre devido a queda sobre o braço estendido.

3 FRATURAS DO FÊMUR

A fratura do fêmur é comum entre indivíduos idosos. Possui elevados índices de mortalidade e morbidade, e grande custo financeiro. Quando sua incidência, a fratura do fêmur aumenta com a idade, a partir dos 50 anos; é duas vezes mais freqüente nas mulheres. Estas fraturas da extremidade superior do fêmur são menos freqüentes do que as fraturas vertebrais, no entanto trazem maior morbidade e mortalidade.

De 80 a 90% das fraturas de fêmur ocorrem por consequência de queda. No idoso, a massa muscular e de tecidos moles em torno dos quadris costuma estar diminuída , de modo que o quadril é menos capaz de resistir ao impacto da queda.

4 FRATURA DO COLO DO FÊMUR

Esta fratura localiza-se no colo do fêmur, e pode ser dividida em:

Fratura intracapsular que leva geralmente à interrupção do aporte sanguíneo à cabeça do fêmur, e isto explica a grande incidência de necrose asséptica e de falta de consolidação neste tipo de fratura.

As fraturas extracapsulares, dificilmente leva a um comprometimento da irrigação da cabeça do fêmur.

5 FRATURA INTERTROCANTÉRICA

São fraturas geralmente provocadas por uma queda, normalmente ao nível do solo. Estas fraturas são classificadas de acordo com o número de fragmentos ósseos.

6 FRATURA DE VÉRTebra

Esta lesão normalmente é provocada por um atividade que aumenta a carga compressiva sobre a coluna (por exemplo, levantar um peso, inclinar-se para frente ,pisar em falso ao andar ou por uma queda.

7 SÍNDROME DO IMOBILISMO

É quando a pessoa idosa precisa ficar imobilizada, devido uma queda, resultando em uma fratura. O repouso beneficia a região lesada, mas seu prolongamento prejudica o resto do organismo.

As complicações afetam sistemas com o cardiorrespiratório, vascular, endócrino, gastrointestinais, urinário, muscular, esquelético e neurológico. Sendo que estas complicações podem ser aumentadas dependendo dos fatores pré existentes de cada paciente (SALIENTA CASTRO, 2006, p. 27)

A fratura de quadril é a lesão por consequência da queda que mais comumente leva à hospitalização e a duração da internação é quase o dobro daquela para todas as outras causas de internação hospitalar no idoso.

Devido a melhora da assistência médica e prevenção de complicações após queda, tem ocorrido uma redução nas mortes, principalmente do sexo feminino atribuídas a quedas. As lesões accidentais são a sexta causa de morte em pessoas de 75 anos ou mais, e representam a causa isolada mais comum de mortalidade accidental, correspondendo a 70%. Nos indivíduos com 65 anos ou mais as quedas matam mais do que a pneumonia ou diabetes, e todos os tipos de acidentes combinados.

No entanto a maior parte das quedas não resulta em morte, a queda ainda está associada com morbidade significativa. Aproximadamente 40% das quedas em mulheres com mais de 75 anos de idade resultam em fraturas, comparados com 27 % em homens.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar as representações do idoso sobre o traumatismo craniano nos fez perceber que as possibilidades de interação social do velho, em nossa sociedade, estão sujeitas a drásticas reduções e problemas de quedas.

Foi possível concluir que os idosos sofrem quedas que trazem consequências que normalmente são fratura de úmero proximal, radio distal, fraturas de fêmur, e de vértebras, e as complicações destas, que podem ou não evoluir para deformidades, diminuição da capacidade funcional, independência, óbito, é uma maior pré disposição a sofrerem uma nova queda. Essas lesões muitas vezes requerem grandes gastos, com internações hospitalares.

A fisioterapia atua na identificação das causas intrínsecas e extrínsecas, direcionando seu tratamento na prevenção diminuindo ao risco do idoso sofrer uma queda, aumentando sua capacidade de resistir a uma ameaça ao seu equilíbrio. Desta forma não só diminui a possibilidade de uma nova queda, como também diminui a gravidade das consequências e acelera a recuperação do paciente, diminuindo gastos com internações, embora este não seja o objetivo deste trabalho.

É muito importante a recuperação da auto estima do paciente idoso, e conscientizá-lo de suas limitações, e dos riscos ambientais para que este paciente idoso não só viva mais como também viva bem.

A fisioterapia, não só tem importante papel na prevenção das quedas evitando gastos com internação hospitalar, como acelera a recuperação e evita as complicações de lesões que acometem idosos que sofreram queda.

Uma ocorrência freqüente acontece quando idosos levantam-se subitamente da cama para a posição em pé, levando a uma queda brusca da pressão arterial e ao risco de acidentes.

Todos os idosos devem passar de uma posição para a outra gradativamente. Deitados, devem primeiro sentar, respirar calmamente de 5 a 10 vezes e aí sim ficar em pé.

Todo idoso que cai deve ser examinado por um médico, uma vez que a causa do acidente pode dever-se a uma série de condições, como arritmias (irregularidade nos batimentos do coração), Acidente Vascular Cerebral (derrame) etc.

O uso de outros artefatos como bengalas, andadores, óculos e a adoção de um programa de atividade física com vistas a fortalecer a musculatura e a correção da postura são medidas positivas e de alta valia na qualidade de vida de todos e sempre devem ser prescritos por profissionais que irão orientar a maneira correta no uso desses recursos.

O principal objetivo para prevenir quedas acidentais é manter o idoso o mais independente e ativo possível.

As queixas de zumbido, dificuldade auditiva e principalmente tontura acometem os indivíduos de terceira idade em grande escala, e prioritariamente aqueles que não apresentam uma vida ativa, em detrimento daqueles que realizam atividades diversas em grupos de terceira idade.

As alterações vestibulares à vecto-eletroestigmografia, em função das queixas de tontura, zumbido e dificuldade auditiva, são numericamente semelhantes no Grupo de Terceira Idade e no Grupo de idosos com queixas efetivas de alterações do equilíbrio corporal.

Esse processo de análise levou ao aprofundamento da assistência a pacientes vítimas de trauma, especialmente ao doente crítico vítima de TCE

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Almir; FIGUEIREDO, Eberval; BROCK, Roger. **Orientação aos familiares e pacientes que sofreram TCE.** Acessado em: 03 de novembro de 2001. (www.sbn.com.br/programas/prev03.htm)

ATCHELEY, R. C. **Aging: continuity & change.** 2. ed. Belmont. California: Wadsworth, 1987.

BALTES, M. M; SILVERBERG, S. **A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida.** In: NERI, L. (org) Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORGES, C.M.M. **Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania.** In: FREITAS, E. V. de. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap.124, p.1037-1041.

BOSI, E. **Memória e Sociedade:** lembranças de velhos. 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

BOTELHO, Maria Lúcia. **Traumatismo crânioencefálico.** Acessado em: 11 de novembro de 2001. (www.ldc.com.br/mlucia/oquetce.html)

BRANDEN, N. **Os seis pilares da auto-estima.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BREDEMEIRE, S.M.L. Conselho do idoso como espaço público. **Revista serviço social e sociedade**, ano XXIV, n.75, p.84-102, 2003.

CAMBIER, Jean; MASSON, Maurice; DEHEN, Henri. **Manual de neurologia.** 9^a edição. Editora Medsi: Rio de Janeiro, 1999.

CANGULHEM, G. **O normal e o patológico.** 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANÔAS, C.S. **A condição humana do velho.** São Paulo: Cortez, 1995.

CARVALHO FILHO, E. T. **Fisiologia do envelhecimento.** In: PAPALÉO NETO, M.(org). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

CASTRO, Isabel Adélia. **Traumatismo craniano.** 2006. Disponível em: <http://www.abcdasaudade.com/?hatml-18>. Acesso em; 20 de jan de 2007.

CECÍLIO, L. C. O., 2001. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde.** In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.113 – 126, 3. ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

CENEVIVA, W. **Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil:** a terceira idade nas alternativas da lei. A Terceira Idade, v.15, n.30, p.7-23, 2004.

COSTA, L.V.A. **Política Nacional do Idoso:** perspectiva governamental. In: Anais do I Seminário Internacional – “Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: MPAS, SAS, 1996. p.46-63.

DRAIBE, S.M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista da USP**, n.17, p.10-17, 1993.

ESTATUTO DO IDOSO – Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. São Paulo: Sugestões literárias, 2003.

EVANS, J. G. **Prevention of age-associated loss of autonomy.** Epidemiological approaches. J Chron. Dis., v. 37,n. 5, p. 353-63, 1984.

GILLON, R. **Autonomy and the principle of respect for autonomy.** Br. Med J, v. 290, n. 12, p. 1806-1080, 1995.

GOLDMAN, S.N. **As dimensões sociopolíticas do envelhecimento.** In: PY, L. et al. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. Cap.3, p. 61-81.

GOMES, A.L. **O Benefício da prestação continuada:** uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades de avanços?. In: Seminário Internacional: mínimos de cidadania e benefícios a idosos e pessoas deficientes – Brasil, França e Portugal. São Paulo: FAPESP, 2002, p.60-79.

HARTZ, Z. M. A. & CONTANDRIOPoulos, A. P., 2004. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde:** desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, 20.

JUNQUE, Carme; BRUNA, Olga; MATARÓ, Maria. **Traumatismos crânioencefálicos: uma abordagem de neuropsicologia e fonoaudiologia.** 1. edição. Editora Santos: São Paulo, 2001.

KATZ, S. **Assessing self-maintenance:** activities of daily living, and instrumental activities of daily living. J. Am Geriatr Soc., v.31, n.12, p.721-27, 1983.

LAWTON, M. P; BRODY, E. M. **Assessment of older people self-maintaining and instrumental activities of daily living.** Gerontologist, v. 9, p. 179-86, 1969.

MENEZES, A. K **Cuidados à pessoa idosa; reflexões teóricas gerais.** In: MENEZES, A. K. e colab. (org). Caminhos do Envelhecer. Ed preliminar. Niterói, Rio de Janeiro: UFF/FIOCRUZ/SBGG-RJ, 1993.

MONTEKO, K; GREENBERG, S. **Reframing dependence in old age:** a positive transition for families. Social Work, v. 40, n. 3, p. 382-90, 1995.

MOTTA, E. **Independência, semi-dependência, dependência e autonomia.** Cadernos CBCISS/ANG-RJ. Coleção Tempo e Vida, v 1, n.1, 1992.

NÈRI, A. L. **As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso.** A Terceira Idade, v.16, n.34, p.7-24, 2005. ONU. Ageing: society for all ages policy framework. Acessado em 20/7/2003.

_____. **Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência.** In: NERI, A. L. (org.). Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

NOVAES, M. H. **Psicologia da terceira idade:** conquistas possíveis e rupturas necessárias. Rio de Janeiro: Grypho, 1995.

PAVARINE, S. C. I. **Dependência comportamental na velhice:** uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Campinas, SP, 1996. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, 1996.

PAPALÉO NETTO, M; PONTE, J. R. **Envelhecimento:** desafio da transição do século. In: PAPALÉO NETO, M.(org). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAZ, S.F. **A situação de conselhos e fóruns na defesa dos direitos dos idosos.**

PINHEIRO, R., 2006. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde:** um campo de estudo e construção da integralidade. In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde (Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de, org.) pp.65 – 112, 3. ed. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: ABRASCO.

PITTELA, José; GUSMÃO, Sebastião. **Patologia do trauma encefálico.** Editora Revinter: Rio de Janeiro, 1995.

RIBAS, E., 2004. **O cuidado integral na instituição hospitalar.** PRATTEIN – Consultoria em Educação e Desenvolvimento Social. Disponível em: www.prattein.com.br/prattein/dados/anexos/125. Acesso em: 24/03/2007.

ROBLEDO, L. M. G. **Concepción holística del envejecimiento.** In: ANZOLA PÉREZ, E. et al. (ed). La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, D.C, Organización Pan Americana da la Salud, 1994.

SACKS, O. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outros casos clínicos.** São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

SANCHEZ, M. A .S. **A Dependência e suas implicações para a perda de autonomia:** estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. Dissertação de Mestrado. Universidad de La Habana, 1998.

SCHANK, M. J; LOUGH, M. A. **Maintaining health and independence of elderly women.** *Journal of Gerontological Nursing*, v. 15, n, 6, 1989.

SCHLAAD, Sascha; CASTRO, Mario. Trauma cranioencefálico (5^a parte). Acessado em 03 de novembro de 2001. (www.estudmed.com).

SCHONS, C.R.; PALMA, L.T.S. **Política social para a velhice:** instrumento de integração ou marginalização social? Passo Fundo: UPF Editora, 2000.

SILVA, J.C. **Da Velhice e assistência social no Brasil.** A Terceira Idade, v.17, n.54-64, 2006.

SPECTOR, W. D; et al. **The hierarchical relationship between activities daily living and instrumental activities of daily living.** J Chron Dis, v. 40, n. 6, p. 481-89, 1987.

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

VERAS, R. P; et al. **Crescimento da população idosa no Brasil:** transformações e consequências na sociedade. Rev Saúde publ, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.

ZERATI, Edson. **Traumatismo cranioencefálico.** Acessado em 03 de novembro de 2001. (www.neurologiaonline.com.br/zerati/neuro/trauma)