



RISCO DE QUEDAS E A SAÚDE DO HOMEM: DESAFIOS DO CUIDADO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

FALL RISK AND HUMAN HEALTH: CHALLENGES IN HOSPITALIZATION CARE RIESGO DE CAÍDAS Y LA SALUD DEL HOMBRE: DESAFÍOS DEL CUIDADO EN LA INTERNACIÓN HOSPITALAR

Ana Paula Nunes de Lima Fernandes¹, Anne Karoline Candido Araújo², Jéssica Naiara de Medeiros Araújo³,
Fabiane Rocha Botarelli⁴, Marcos Antonio Ferreira Júnior⁵, Allyne Fortes Vitor⁶

RESUMO

Objetivo: caracterizar o risco de quedas em homens idosos internados em ambiente hospitalar. **Método:** estudo descritivo, transversal, desenvolvido em um hospital universitário. A amostra foi de 59 participantes e a coleta de dados ocorreu de junho a outubro de 2013 mediante o levantamento dos fatores de risco, aplicação da escala de avaliação de marcha e equilíbrio de Tinetti e da escala Comportamento de Prevenção de Quedas da *Nursing Outcomes Classification*. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa CAAE 07614812.6.0000.5537. **Resultados:** observou-se que os homens idosos possuem muitos fatores de risco para quedas relacionados às condições clínicas, fisiológicas, ambientais, cognitivas e medicamentosas. **Conclusão:** a identificação dos fatores de risco e a utilização de instrumentos para avaliar o risco de quedas são elementos essenciais para o cuidado ao homem idoso durante a internação hospitalar. **Descritores:** Enfermagem; Saúde do Homem; Envelhecimento; Acidentes por Quedas.

ABSTRACT

Objective: to characterize the risk of falls in hospitalized elderly men. **Method:** a descriptive, cross-sectional study conducted in a university hospital. The sample consisted of 59 participants and data collection took place from June to October 2013 by a survey of risk factors, the scale application evaluation of walking and balance of Tinetti and scale behavior of the Nursing Outcomes Classification Falls Prevention. The project was approved by the Ethics Committee in Research CAAE 07614812.6.0000.5537. **Results:** it was observed that elderly men have many risk factors for falls related to clinical, physiological, environmental, cognitive and medicine conditions. **Conclusion:** the identification of risk factors and the use of tools to assess the risk of falls are essential for the care of the elderly man during hospitalization. **Descriptors:** Nursing; Men's Health; Aging; Accidental Falls.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el riesgo de caídas en hombres ancianos internados en ambiente hospitalario. **Método:** estudio descriptivo, transversal, desarrollado en un hospital universitario. La muestra fue de 59 participantes y la recolección de datos fue de junio a octubre de 2013 mediante el levantamiento de los factores de riesgo, aplicación de la escala de evaluación de marcha y equilibrio de Tinetti y de la escala Comportamiento de Prevención de Caídas de *Nursing Outcomes Classification*. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética en investigación CAAE 07614812.6.0000.5537. **Resultados:** se observó que los hombres ancianos poseen muchos factores de riesgo para caídas relacionadas a las condiciones clínicas, fisiológicas, ambientales, cognitivas y medicamentosas. **Conclusión:** la identificación de los factores de riesgo y la utilización de instrumentos para evaluar el riesgo de caídas son elementos esenciales para el cuidado al hombre anciano durante la internación hospitalaria. **Descriptores:** Enfermería; Salud del Hombre; Envejecimiento; Accidentes por Caídas.

¹Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal (RN), Brasil. E-mail: anapaulanf@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal (RN), Brasil. E-mail: annearaujoenf@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal (RN), Brasil. E-mail: jessicanaiara_rn@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal (RN), Brasil. E-mail: fabibotarelli@hotmail.com; ⁵Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), Brasil. E-mail: marcos_nurse@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), Brasil. E-mail: allynefortes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é o risco de quedas em homens idosos internados em ambiente hospitalar, visto que há uma expressiva estatística relacionada à ocorrência no número de quedas. Deste modo, entende-se a importância em identificar os fatores de riscos que expõem o paciente a este evento enquanto permanece neste ambiente.

Neste sentido, a transição epidemiológica, caracterizada pelo predomínio do envelhecimento populacional, retrata projeções estatísticas em ascensão nesta faixa etária, o que ocasiona a necessidade de redirecionamento das ações de saúde. O Ministério da Saúde considera idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e recomenda ações para ampliação e especialização dos serviços públicos ou privados, com o intuito de atender melhor as demandas específicas do grupo de idosos.¹

As alterações decorrentes do envelhecimento predispõem os episódios de quedas, uma vez que incluem o comprometimento da força muscular, da acuidade visual e auditiva, déficit cognitivo e as alterações posturais, no equilíbrio e na marcha que influenciam na mobilidade funcional em idosos. Essas alterações acarretam outros prejuízos para o idoso, como a redução do nível de independência funcional e a diminuição na qualidade de vida.²

Sobre este assunto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem aponta a saúde do homem idoso como um eixo prioritário com vistas à prevenção de agravos, promoção da humanização e da qualidade da atenção integral. Sabe-se que as crenças culturais e as características sociais e ocupacionais dos homens influenciam na baixa procura pelos serviços de saúde ou mesmo na aceitação de medidas que venham a prevenir a incidência de complicações, o que pode refletir em uma morbimortalidade aumentada nesse grupo social.³

Ao incorporar o envelhecimento às causas de mortalidade mais comuns nesta faixa etária, os homens chegam ao serviço de saúde por causas externas, doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório, responsáveis por grande parte do tempo de internação deste grupo no ambiente hospitalar e, por conseguinte, maiores gastos públicos.³

Nesse contexto, homens idosos internados podem sofrer com a incidência de iatrogênias, entre elas, as quedas. As quedas são definidas pelo deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior a posição inicial com

incapacidade de correção em tempo hábil. Sua etiologia é multifatorial e está associada a fatores intrínsecos e extrínsecos.⁴

Como dados relevantes sobre a temática, tem-se que cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de oitenta anos. No Brasil, segundo os dados publicados no “Projeto Diretrizes” da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do ano 2008, 28% a 30% das pessoas com mais de 65 anos, 32% a 42% de pessoas com mais de 75 anos e 51% de pessoas acima de 85 anos sofrem quedas. Segundo informações do DATASUS, em 2004, a taxa de mortalidade hospitalar nas pessoas idosas internada por queda foi de 55%.⁴

Assim, pode-se inferir que esse evento é corriqueiro e adquire relevância no cenário hospitalar por estar relacionado a internações prolongadas, incapacidades, injúrias e pela exposição a fatores de risco (uso de medicações, uso de mecanismo auxiliares para deambulação, dependência de cuidado e as modificações devido ao envelhecimento) presentes neste ambiente.⁵

Sabe-se ainda que idosos mais saudáveis caem com menor frequência e uma queda pode aumentar a incidência de outras, além disto, mulheres tendem a cair mais que os homens, o que aumenta o número de estudos nesta perspectiva, e isto justifica a importância de se desenvolver pesquisas que direcionem cuidados sistematizados para população masculina, como também para poder adotar medidas de prevenção de quedas e agravos a saúde durante a permanência destes no ambiente hospitalar.⁴⁻⁵

Assim, alguns estudos associam a incidência de quedas como falhas na assistência prestada ao paciente, principalmente aquelas originadas pela enfermagem, seja de forma direta ou indireta. Por isso, entende-se a importância desses profissionais compreenderem o elo existente entre a equipe multiprofissional e o paciente. Por isso, espera-se que estejam capacitados para identificar os fatores de risco presentes no ambiente, inferir os diagnósticos de enfermagem conforme a taxonomia adotada e planejar suas ações e executar os cuidados necessários.⁶

Por entender a importância da avaliação do estado de saúde de cada paciente, foram escolhidas como base para este estudo as classificações taxonômicas da NANDA-Internacional, que retrata sobre os diagnósticos de enfermagem (DE) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), que aborda os resultados de enfermagem mediante a inferência de um DE e os classifica e, além

disso, permite ao enfermeiro mensurar suas intervenções e aumentar a autonomia diante de outros profissionais no processo decisório sobre o cuidado dos pacientes.⁷⁻⁸

O Comportamento de Prevenção de Quedas é um resultado do domínio Conhecimento de Saúde e Comportamento pertencente à classe Controle de Riscos e Segurança e foi selecionado como meio de avaliar o risco de quedas em idosos internados em pós-operatório e, deste modo, poder proporcionar melhores condições no ambiente hospitalar e como consequência manter um ambiente seguro.⁷

Diante disto, este estudo tem como objetivo caracterizar o risco de quedas em homens idosos internados em ambiente hospitalar.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital universitário da cidade de Natal-RN, classificado como hospital-escola, instituição pública e de referência no atendimento em média e alta complexidade.

A amostra para esta investigação foi composta por 59 homens idosos, selecionados e identificados a partir da taxa de internação anual de pacientes com estas características, independente da complexidade do procedimento. Mediante uma amostragem consecutiva, recrutaram-se os participantes de forma sequencial conforme sua presença nas respectivas unidades de internação clínica durante o período de coleta de dados. Para tanto, foram utilizados como critérios de inclusão: homem com idade igual ou superior a sessenta anos e estar apto físico e psiquicamente para responder aos questionamentos e ser submetido a exame físico. Foram excluídos da amostra aqueles pacientes que durante a coleta de dados apresentaram situações de emergência.

Ressalta-se que, estar apto psiquicamente correspondeu à capacidade cognitiva do participante, avaliada a partir da aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) pelos respectivos examinadores. Os pacientes incluídos obtiveram as seguintes pontuações: > 15 (se analfabeto); > 22 (se de 1 a 11 anos de estudo) e > 27 (se tempo de estudo superior a 11 anos). Já com relação a estar apto emocionalmente, os pacientes incluídos na pesquisa foram aqueles que referiram sentir-se bem para participar da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2013, sob a anuência do diretor clínico do hospital e dos enfermeiros

responsáveis pelas unidades de clínica-cirúrgica. A cada um dos participantes foi realizada uma explicação prévia sobre a pesquisa e suas finalidades, assegurando-lhes seu anonimato e, conforme a manifestação de sua aceitação em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como etapa inicial da pesquisa.

Os dados foram obtidos mediante um roteiro de anamnese e exame físico construído a partir do domínio de Segurança/Proteção presentes na taxonomia da NANDA-Internacional, notadamente sobre os fatores de risco para o DE Risco de quedas, no formato de um check-list. Um dos itens desse roteiro foi a Escala Analógica Visual de Dor que é representada em uma linha reta e distribuídos os valores para dor, na qual as extremidades são a ausência de dor simbolizada pelo valor de zero e a na outra extremidade o valor atribuído ao máximo de dor representado por 10.⁸⁻⁹

Posteriormente, o paciente era submetido à “Escala de avaliação de marcha e equilíbrio de Tinetti” que objetiva avaliar o equilíbrio e a marcha mediante a realização de alguns exercícios. O Teste de Tinetti é composto de 16 questões, com pontuação de 0 a 2, e contém informações sobre: equilíbrio sentado; tentativas de se levantar; equilíbrio em pé e giro de 360 graus. A marcha é avaliada por meio de seu início; comprimento, altura, simetria; continuidade dos passos; direção; oscilação do tronco; desvio da trajetória e distância dos tornozelos.¹⁰

Contou-se também com a aplicação da escala NOC como forma de avaliar o Comportamento de Prevenção de Quedas. A NOC é uma taxonomia de enfermagem desenvolvida para fundamentar as ações do enfermeiro na avaliação do estado de saúde do indivíduo. Esta se encontra disposta numa escala do tipo Likert com 19 indicadores a serem pontuados de 1 a 5 correspondendo a frequência observada, desde nunca demonstrado a consistentemente demonstrado.⁷

Para esse estudo foi aplicado este resultado de enfermagem, revisado por um pesquisador cuja escala contém 20 itens. No entanto, por se tratar de uma população específica, alguns indicadores não foram avaliados, como é o caso de ausência de material antiderrapante, imobilização, condições climáticas, estado mental diminuído e morar sozinho, pois são fatores que não fazem parte do ambiente ou estão contidos nos critérios de inclusão adotados na pesquisa.¹¹

Conforme eram identificados os dados de maior relevância, as informações foram organizadas em um banco de dados segundo os dados sociodemográficos, as informações clínicas, os fatores de risco para o DE Risco de quedas, a pontuação referente à escala de Tinetti e a pontuação obtida a partir da aplicação da escala Comportamento de Prevenção de Quedas. Por fim, para a análise dos dados, utilizou-se da estatística descritiva com a aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos dados.

Este estudo obteve aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/CEP/UFRN, sob parecer de número 121.028 e CAAE 07614812.6.0000.5537, em concordância com as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que retrata as diretrizes e normas

que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, bem como obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq sob o processo nº 486042/2011-1.

RESULTADOS

Entre os homens participantes deste estudo, 55,9% destes eram procedentes do interior do Rio Grande do Norte e a maioria vive sem companheiro. Como destaque, pode-se citar a ocupação dos participantes em que 79,7% da amostra são de aposentados com média salarial correspondente de 1,97(1,0-8,0). A tabela 1 traz ainda informações clínicas sobre a média de dias de pós-operatório e do valor atribuído à dor de cada participante. Esses fatores são primordiais para uma melhor recuperação e estabelecimento de cuidados direcionados a cada paciente.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo as características sociodemográficas e clínicas. Natal, 2014.

Variáveis	n	%	IC 95%	
Estado Civil				
Sem companheiro	41	69,5%	57,6% - 81,4%	
Com companheiro	18	30,5%	18,6% - 42,4%	
Total	59	100,0%		
Naturalidade				
Interior do RN	33	55,9%	44,1% - 67,8%	
Natal	26	44,1%	32,2% - 55,9%	
Total	59	100,0%		
Religião				
Praticante	50	84,7%	74,6% - 93,2%	
Não praticante	9	15,3%	6,8% - 25,4%	
Total	59	100,0%		
Ocupação				
Aposentado	47	79,7%	69,5% - 89,8%	
Agricultor	6	10,2%	3,4% - 18,6%	
Eletricista	2	3,4%	0,0% - 8,5%	
Autônomo	1	1,7%	0,0 % - 5,1%	
Funcionário Público	1	1,7%	0,0% - 5,1%	
Cobrador	1	1,7%	0,0% - 5,1%	
Motorista	1	1,7%	0,0% - 5,1%	
Total	59	100,0%		
Variáveis	N	Média	DP	KS
Idade (anos)	59	69,0	5,363	0,296
Anos de Estudo	59	7,24	5,728	0,301
Renda Familiar (salários)	59	1,97	1,426	0,000
Dor(nº)	59	0,14	0,819	0,000

IC- Intervalo de Confiança; KS- Teste de Kolmogorov Smirnov; DP- Desvio padrão.

O diagnóstico Risco de quedas pertencente ao domínio segurança e proteção da Taxonomia da NANDA-Internacional apresenta como definição “o risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”, deste modo, os fatores de risco são agrupados por classes em fatores de risco ambientais, cognitivos, fisiológicos e

medicamentosos conforme ilustra a tabela 2. Destaca-se entre os fatores de risco ambientais, o ambiente com móveis em excesso e a ausência de material antiderrapante no box do chuveiro e imobilizações como preponderantes para possíveis episódios de quedas.⁸

Tabela 2. Fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas identificados em pacientes no pós-operatório. Natal, 2014.

Fator de Risco	n	%	IC 95%	
Ambientais:				
1. Ambiente com móveis em excesso	59	100,0%	100,0%	- 100,0%
2. Ausência de material antiderrapante no box do chuveiro	59	100,0%	100,0%	- 100,0%
3. Imobilização	59	100,0%	100,0%	- 100,0%
4. Idade acima de 65 anos	27	45,8%	33,9%	- 59,3%
5. História de quedas	14	23,7%	13,6%	- 35,6%
6. Tapetes espalhados pelo chão	2	3,4%	0,0%-	8,4%
7. Pouca iluminação	1	1,7%	0,0%	- 5,1%
8. Quarto não familiar				
Cognitivos:				
9. Uso de cadeira de rodas	5	8,5%	1,7%	-15,3%
10. Uso de dispositivos auxiliares	3	5,1%	0,0%	11,9%
11. Prótese de membro inferior	1	1,7%	0,0%	- 6,8%
Fisiológicos				
12. Diarreia	59	100,0%	100,0%	14,6%
13. Presença de doença aguda	59	100%	100%	100%
14. Problema de doença nos pés	59	100%	100%	100%
15. Vertigem ao estender o pescoço	59	100%	100%	100%
16. Anemias	10	16,9%	8,5%	27,1%
17. Mobilidade física prejudicada	7	11,9%	5,1%	20,3%
18. Dificuldade na marcha	6	10,2%	3,4%	18,6%
19. Doença vascular	5	8,6%	1,7%	15,5%
20. Força diminuída nas extremidades inferiores	5	8,6%	1,7%	17,2%
21. Vertigem ao virar o pescoço	4	6,8%	1,7%	13,6%
22. Artrite	3	5,1%	0,0%	11,9%
23. Déficits proprioceptivos	3	5,1%	2,7%	11,8%
24. Equilíbrio prejudicado	3	5,2%	0,0%	12,1%
25. Hipotensão Ortostática	3	5,2%	0,0%	12,1%
26. Mudanças na taxa de açúcar após as refeições	3	5,1%	0,0%	11,9%
27. Neoplasias	3	5,1%	0,0%	10,2%
28. Neuropatia	3	5,1%	0,0%	10,2%
29. Dificuldade auditiva	2	3,4%	0,0%	8,5%
30. Dificuldade visuais	2	3,4%	0,0%	8,5%
31. Falta de sono	2	3,4%	0,0%	8,6%
32. Incontinência	2	3,4%	0,0%	8,5%
33. Urgência urinária	1	1,7%	0,0%	5,1
Medicamentos:				
34. Agentes anti-hipertensivos	21	35,6%	23,7%	47,5%
35. Inibidores da ECA	12	20,3%	10,2%	30,5%
36. Narcóticos/ Opiáceos	12	20,3%	10,2%	30,5%
37. Hipnóticos	11	18,6%	10,2%	28,8%
38. Diuréticos	7	11,9%	3,4%	20,3%
39. Agentes ansiolíticos	5	8,5%	1,7%	16,9%
40. Tranquilizantes	5	8,5%	1,7%	15,3%
41. Antidepressivos tricíclicos	3	5,1%	0,0%	10,2%

IC- Intervalo de Confiança.

Na tabela 3, têm-se os indicadores analisados que compõem o resultado da NOC Comportamento de Prevenção de Quedas, que pretende verificar a frequência da utilização ou não das condições ambientais presentes no ambiente hospitalar oferecidas para evitar quedas e suas consequências durante o processo de internação hospitalar, quanto mais próximo de 5 os escores, melhores estão sendo adotados os critérios.⁷

Ao visualizar a tabela, pode-se caracterizar que parte significativa dos indicadores demonstra a efetividade das respostas expressadas pelo Comportamento de Prevenção de Quedas dos pacientes. Itens

como: faz uso de roupas de tamanho adequado, mantém o ambiente livre de acúmulo de objetos e obstáculos, utiliza adequadamente o banquinho e escada e solicita auxílio físico estão frequentemente presentes na prevenção das quedas.

Em contrapartida, itens como: utiliza adequadamente tapetes de borracha no banheiro e utiliza corretamente sistema de alarme não são identificados significativamente, e por este motivo merecem destaque para que haja um direcionamento do cuidado para os pontos de fragilidade em relação ao Comportamento de Prevenção de Quedas.

Tabela 3. Indicadores do resultado NOC Comportamento de Prevenção de Quedas. Natal, 2014.

Variáveis	Média	Mediana	KS	DP
Faz uso de roupas de tamanho adequado	4,88	5,00	0,000	0,375
Mantém o ambiente livre de acúmulo de objetos e obstáculos	4,33	4,00	0,019	0,991
Utiliza adequadamente banquinho e escada	4,33	4,50	*	0,816
Solicita auxílio físico	4,27	4,00	0,000	0,925
Uso de barreiras para prevenir quedas	3,92	4,00	0,002	1,022
Uso de corrimão conforme necessidade	3,86	4,00	0,000	1,436
Utiliza calçado adequado para prevenir quedas	3,76	4,00	0,000	0,795
Uso de mecanismo auxiliar	3,75	3,50	0,905	0,957
Utiliza corretamente recursos de correção auditiva quando necessário	3,75	3,50	0,905	0,957
Utiliza adequadamente cadeiras	3,68	4,00	0,003	1,008
Controla a inquietação	3,53	4,00	0,000	1,513
Utiliza adequadamente recursos de correção da visão	3,32	4,00	0,003	1,070
Utiliza ações seguras durante transferência	3,25	4,00	0,000	1,226
Administra urgência urinária/intestinal	3,19	3,00	0,021	1,514
Utiliza adequadamente a cama	3,16	3,00	0,008	1,240
Utiliza no banheiro barras de segurança	3,10	4,00	0,006	1,583
Adota precauções ao tomar medicamentos que aumentem o risco de queda	3,08	3,00	0,008	1,208
Adapta altura do vaso sanitário conforme necessidade	2,78	3,00	0,045	1,219
Utiliza corretamente sistema de alarme	1,96	1,00	0,000	1,239
Utiliza adequadamente tapetes de borracha no banheiro	1,00	1,00	*	0,000

KS-Kolmogorov Smirnov; DP- Desvio Padrão; *Dados não informados, pois no ambiente não dispunha deste tipo de material. Fonte: Pesquisa direta.

O Teste de Tinetti adotado pelo estudo foi aplicado com o objetivo de ser uma ferramenta adicional para identificar fatores primordiais no desenvolvimento de quedas. Como o teste contempla análise minuciosa da marcha e equilíbrio de cada participante, foi possível avaliar a situação clínica de cada paciente nestes aspectos e reconhecer quais

tinham maiores chance de desenvolvimento de eventos como as quedas ou ainda quais estariam mais susceptíveis. A tabela retrata as estatísticas encontradas mediante a aplicação do teste, que foi equivalente a uma média de 17,32, as quais serão posteriormente discutidas.¹⁰

Tabela 4. Resultados do Teste de Tinetti. Natal, 2014.

Variáveis	n	IC
N	59	59-59
Média	17,32	16,64-18,07
Desvio padrão	2,776	2,334-3,137

IC- Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

No contexto em que a epidemia por quedas se destaca e a mudança no perfil epidemiológico é caracterizada e evidenciada pelo predomínio de causas externas, é fundamental conhecer os pacientes a quem estamos prestando assistência.⁴

Sabe-se que os participantes da pesquisa são em sua totalidade do sexo masculino e idosos, são, em sua maioria, aposentados e apresentam média de idade de 69,0 (±5,36) anos, portanto, pode-se inferir que estas características sociodemográficas influenciam nas características clínicas apresentadas.

Sobre este assunto foi estimado uma média de dor em 0,14 (±0,81) através da aplicação da escala analógica visual de dor, que é um instrumento simples, sensível e que permite a análise contínua da dor. Este resultado implica que a dor não foi fator determinante para o risco de queda nesta população, mas entende-se que a sua presença pode contribuir para ocorrência deste evento.

Estudo em idosos com dor nos membros inferiores ou portadores de osteoartrite demonstrou que 45% dos participantes já foram vítimas de um episódio de queda no ano e necessitaram de internação hospitalar, e 77% relataram casos de “quase queda” durante a permanência neste ambiente.¹²⁻³

Com referência aos fatores de risco do diagnóstico Risco de quedas, destaca-se o ambiente com móveis em excesso e ausência de material antiderrapante no chuveiro. Estes fatores são condicionantes para a ocorrência de queda, pois aparecem devido à própria conformação do ambiente hospitalar, especificamente as enfermarias onde os pacientes passam maior parte do tempo durante o internamento.

Os quartos são compostos de três leitos, cada um com uma mesa acessória para realização das refeições, suportes de soro e para bombas de infusão, poltrona para cada acompanhante, um armário para guardar os objetos pessoais e um banheiro, o que não possibilita manter o ambiente com disposição

adequada. Tem-se ainda no banheiro a ausência de material antiderrapante, isto se torna relevante, uma vez que o paciente utiliza este ambiente para realizar sua higiene e as necessidades fisiológicas e, além disso, muitos estão com dificuldade ou grau de dependência elevado, que em conjunto com a umidade do chão, pode predispor a condições favoráveis para episódios de queda.

Quanto a isto, outros estudos abordam que as quedas apresentam também como causa os ambientes inadequados, nestes locais, as quedas em sua maioria ocorrem relacionadas a problemas com o ambiente, tais como: o piso escorregadio, variedade de móveis e objetos que dificultam o movimento do idoso, subir em objetos para alcançar algo, quedas da cama, iluminação inadequada e ausência de corrimão nos corredores.¹⁴⁻⁵

Ressalta-se que por se tratar de um estudo realizado com os idosos, as condições fisiológicas que a própria idade impõe podem se tornar fatores de risco para a queda, como é o caso dos identificados neste estudo, como: diarreia, presença de doença aguda, doenças nos pés e vertigem ao estender o pescoço. Diante disto, compreende-se que a diarreia influencia pela debilidade causada e por aumentar a frequência de utilização do banheiro, o que pode predispor a queda e, além do mais, como o ambiente não oferece todas as condições ideais como já foi citado, este risco aumenta.

Estudo de revisão integrativa sobre os fatores de risco de quedas em idosos demonstrou que a existência de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, artrite e osteoporose aumentam as chances de quedas.¹⁶ No caso de problemas nos pés, outro estudo transversal, que teve como objetivo prevenir a queda em idosos, cita que deformidades dos dedos, presença de úlceras e unhas deformadas são fatores intrínsecos que favorecem a ocorrência das quedas em decorrência da diminuição da mobilidade funcional.²

Verificou-se que, como fatores de riscos medicamentosos, as classes de medicamentos mais utilizadas por esses indivíduos eram os agentes anti-hipertensivos e os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), presente em 35,6% e 20,3%, respectivamente, visto que estes medicamentos fazem parte do plano terapêutico de cada paciente e podem provocar hipotensão ortostática, vertigem, síncope e dor no peito, originadas por seu efeito hipotensor, por este motivo, são consideradas importantes fatores para o desenvolvimento das quedas.¹⁷⁻⁹

O estudo usou a aplicação da escala do resultado de enfermagem Comportamento de Prevenção de Quedas da NOC, que aborda elementos fundamentais do ambiente hospitalar e as posturas do paciente em face aos recursos disponibilizados para prevenir o risco de queda. Destacam-se como indicadores o uso de roupas de tamanho adequado e mantém o ambiente livre de acúmulo de objetos e obstáculos.⁷

As roupas utilizadas pelos pacientes são oferecidas pela instituição hospitalar e a conformação das enfermarias é a mesma para todos os quartos. Cabe então organizar de modo operacional este ambiente para evitar a queda dos pacientes e não colocar em risco os companheiros de enfermaria.

A própria legislação garante que o idoso, abordado no estudo em questão, tem direito e é assegurado de dispor de acompanhante quando submetido à internação hospitalar. No hospital onde o estudo se realizou, os quartos contam com dispositivos de alarme para acionar e solicitar ajuda em caso de necessidade, mas diante dos resultados obtidos, pôde-se perceber que este recurso não é utilizado e em caso de precisar sair do leito para solicitar auxílio, a depender da situação clínica do paciente, este pode vir a sofrer um episódio de queda.²⁰

Dois fatores são essenciais para avaliação clínica do paciente, seu equilíbrio e a marcha, deste modo, utilizou-se neste estudo o Teste de Tinetti, que contempla esses fatores por meio de questões que permitem avaliar cada paciente frente a sua necessidade, além de traduzir o estado de saúde de cada um. A escala de equilíbrio possui escore máximo de 17 pontos, enquanto que na escala de marcha pode-se atingir até 11 pontos. O escore total é de 28 pontos e, se for obtido escore inferior a 19 pontos, indica risco cinco vezes maior de ocorrer quedas. Neste estudo, obteve-se média de 17,32 ($\pm 2,776$), o que se traduz em um risco aumentado para as quedas e requer, assim, medidas preventivas e cuidados específicos para este gênero e a faixa etária da população correspondente.¹⁰

Diante do que foi discutido, percebe-se que os instrumentos utilizados no estudo têm grande valia para inferir a situação e o risco de queda que cada paciente está exposto, e assim caracterizar os fatores que implicam neste risco em ambiente hospitalar.

A partir das identificações, pode-se refletir acerca da necessidade de ter um cuidado sistematizado, baseado cientificamente em estudos e a disposição de um ambiente adequado e seguro para o homem idoso que será internado neste ambiente.

No entanto, este estudo apresenta limitações ao considerar seu delineamento transversal, por não estabelecer relações de causa e efeito. Por isto, recomenda-se a realização de estudos longitudinais para que possam ser analisados estes tipos de relações no tema deste estudo, ao evidenciar a saúde do homem e o risco de quedas em ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

A queda é um evento real na vida dos homens idosos e lhes ocasiona consequências. Deste modo, a abordagem a estes pacientes deve conter uma avaliação integral e ampla com o objetivo de identificar os fatores de riscos intrínsecos e extrínsecos que predisõem a este evento e a atuação da enfermagem para combater esses fatores e oferecer maior qualidade durante os cuidados prestados no processo de internação hospitalar.

Para esta avaliação, profissionais da área da saúde e em destaque os de enfermagem poderão utilizar instrumentos e taxonomias para identificação do paciente que apresenta um risco aumentado para queda. O enfoque deve estar nas medidas de prevenção para que as quedas não aconteçam e não venham a gerar um aumento no tempo de internação hospitalar ou ainda resulte em consequências maiores para os homens idosos internados, principalmente pelo fato de saber que estes fazem parte de um grupo de pessoas que não costumam buscar os serviços de saúde.

Pode-se afirmar ainda que os déficits de equilíbrio e marcha são comuns entre idosos e contribuem para a ocorrência de quedas nessa população, assim, reconhecer os idosos com maiores dificuldades em relação ao equilíbrio e a marcha é uma medida efetiva na prevenção de quedas, desta forma, afirma-se que a escala de Tinetti demonstrou ser um instrumento eficiente.

REFERÊNCIAS

1. Perez M, Lourenço RA. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 23];29 (7):1381-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/12.pdf>
2. Cabrita MFG, José HMG. O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 06];7(1):96-103. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage>

m/index.php/revista/article/view/3524/pdf_1827

3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília; 2008.
4. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBBG. Quedas em idosos; 2008.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS) [Internet]. Quedas. Nota descritiva N. 344 de outubro de 2012 [cited 2014 Mar 06]. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/
6. Sales MVC, Silva TJA, Gil Jr LA, Jacob Filho W. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 10];4(4): 238-46. Available from: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume4-numero4/artigo11.pdf>
7. Moorhea S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. NANDA. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2012-2014/NANDA International. Porto Alegre: Artmed; 2012.
9. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. Texto & contexto enferm [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 4];19(2):283-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>
10. Tinetti ME, Mcavay GJ, Fried TR, Allore HG, Salmon JC, Foody JM, et al. Health Outcome Priorities Among Competing Cardiovascular, Fall Injury, and Medication-Related Symptom Outcomes. J am geriatr soc. 2008; 56:1409-16.
11. Vitor AF, Araújo TL. Definições para o resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: uma revisão integrativa. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 12];13(2):313-22. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a18.htm>
12. Cruz HMF, Pimenta CAM, Dellarozza MSG, Braga PE, Lebrão ML, Duarte YAO. Quedas em idosos com dor crônica: prevalência e fatores associados. Rev dor [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 20];12(2):108-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a06>
13. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: Uma revisão. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited

2014 Mar 12];14(2):271-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Queda de idosos. Brasília; 2009.

15. Dykes PC, Carroll D, McColgam K, Hurley AC, Lipsitz SR, Colombo L, et al. Scales for assessing self-efficacy of nurses and assistants for preventing falls. J Adv Nurs. 2011; 67: 438-49.

16. Gomes ECC, Marques APO, Leal MCC, Barros BP. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. Ciênc saúde coletiva. 2014; 19(8): 3543-51.

17. Editora PUB. AME-Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem. 9a ed. São Paulo: EPUB; 2013.

18. Konfino J, Ferrante D, Mejia R, Coxson P, Moran A, Goldman L, et al. Impact on cardiovascular disease events of the implementation of Argentina's national tobacco control law. Tob control. 2014; 23.

19. Milos V, Bondesson A, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlöv P. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. BMC geriatr (Online) [Internet]. 2014 [cited 2014 Mar 12]; 14:40. Available From: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-14-40.pdf>

20. Lei N. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF).

Submissão: 11/03/2015

Aceito: 06/09/2015

Publicado: 01/10/2015

Correspondência

Jéssica Naiara de Medeiros Araújo
Rua Dom Joaquim de Almeida, 2076
Bairro Lagoa Nova
CEP 59056-140 - Natal (RN), Brasil