



Artigo Original

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA*

RISK FACTORS FOR FALLS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ISCHEMIC CARDIOPATHY

FACTORES DE RIESGO PARA CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Nila Larisse Silva de Albuquerque¹, Milena Jamile de Assis Sisnando², Silvestre Péricles Cavalcante Sampaio Filho³, Huana Carolina Cândido Morais⁴, Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁵, Thelma Leite de Araújo⁶

A proposta do estudo foi identificar a presença do diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em portadores de cardiopatia isquêmica hospitalizados em Fortaleza, Ceará. Estudo descritivo e quantitativo. Dados coletados de julho/2010 a fevereiro/2011, mediante entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Utilizou-se instrumento para investigar perfil sociodemográfico e clínico do paciente e check-list composto pelos fatores de risco do Diagnóstico de enfermagem. Dos 86 investigados, 56,5% eram do sexo masculino, com média de 63,95 ($\pm 12,6$) anos de idade. Todos os participantes possuíam mais de dois fatores de risco para quedas, sendo que 46,5% apresentavam de seis a nove fatores simultâneos. Dentre os fatores de risco investigados destacaram-se: uso de medicamentos anti-hipertensivos (98,8%), dificuldade visual (66,3%) e falta de sono (54,3%). Nesse contexto, cabe aos enfermeiros planejarem cuidados visando à prevenção de quedas, especialmente para portadores de cardiopatia isquêmica, em ambiente hospitalar.

Descritores: Acidentes por quedas; Fatores de Risco; Doenças Cardiovasculares; Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

This study aimed to identify the presence of the Nursing Diagnosis Risk for Falls in hospitalized patients with ischemic heart disease in Fortaleza, Ceará, Brazil. This was a descriptive and quantitative study. Data collection happened from July 2010 to February 2011, through interviews, physical examination and by consulting medical records. We used an instrument to investigate the clinical and socio-demographic profile of the patients and also a check-list consisting of the Nursing Diagnosis risk factors. Of the 86 participants, 56.5% were male, mean age of 63.95 (± 12.6) years. All the participants had more than two risk factors for falls, 46.5% presented six to nine concurrent risk factors. Among the investigated risk factors we identified: use of antihypertensive drugs (98.8%), visual impairment (66.3%), and sleeplessness (54.3%). Therefore, it is important for nurses to plan the care in order to prevent falls, especially for hospitalized patients with ischemic heart disease.

Descriptors: Accidental falls; Risk Factors; Cardiovascular Diseases; Nursing; Nursing Diagnosis.

El propósito del estudio fue identificar la presencia de diagnósticos de enfermería Riesgo de Caídas en personas con cardiopatía isquémica en hospital de Fortaleza, Ceará, Brasil. Estudio descriptivo y cuantitativo, cuyos datos fueron recogidos de julio/2010 a febrero/2011, a través de entrevistas, examen físico y consulta con registros médicos. Fueron investigados el perfil sociodemográfico y clínico del paciente y *check-list* con factores de riesgo del diagnóstico de enfermería. De los 86 investigados, 56,5% eran del sexo masculino, con media de 63,95($\pm 12,6$) años de edad. Los participantes poseían más de dos factores de riesgo para caídas, 46,5% presentaban entre seis y nueve factores concurrentes. Entre los factores de riesgo, se destacaron: uso de antihipertensivos (98,8%), dificultad visual (66,3%) e insomnio (54,3%). En este contexto, enfermeros deben planear la atención para prevención de caídas, especialmente en pacientes con cardiopatía isquémica en entorno hospitalario.

Descriptores: Las caídas accidentales; Factores de riesgo; Las enfermedades cardiovasculares; Enfermería; Diagnóstico de Enfermería.

* Trabalho desenvolvido com base no projeto de PIBIC-CNPq 2010-2011, em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Premiado no 63º Congresso Brasileiro de Enfermagem em 1º lugar no prêmio Marina de Andrade Rezende.

¹ Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP de Apoio Técnico. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: larisseeufc@hotmail.com.

² Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista PIBIC-CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: milenasisnando@hotmail.com.

³ Acadêmico do 7º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: silvestre.pericles@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: huanacarolina@yahoo.com.br.

⁵ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador do CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: marcos@ufc.br.

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora A1 do CNPq. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2012@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As quedas são um grande problema de saúde pública por causarem elevada morbidade e mortalidade⁽¹⁾. Acarretam, ainda, prejuízo à qualidade de vida, pois demandam cuidados especiais após sua ocorrência, com graves consequências físicas, econômicas e sociais para os indivíduos e seus familiares⁽²⁾.

Estatísticas indicam que 30% a 60% da população com mais de 65 anos de idade cai anualmente e metade dessa parcela apresenta mais de uma queda por ano, provocando algum tipo de lesão de menor ou maior gravidade⁽³⁾. Apesar de muitos estudos investigarem o risco de quedas em idosos, poucos são aqueles que se destinam a estudar esse risco em populações específicas caracterizadas por possuírem condições clínicas que aumentem as chances para ocorrência das quedas. Esse fato justifica a realização do presente estudo.

As quedas ocorrem devido à perda do equilíbrio postural, podendo ser decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e/ou neurológico ou de uma condição clínica que afete, secundariamente, os mecanismos que promovem a estabilidade. Assim, é um evento sinalizador do comprometimento da capacidade funcional e pode representar sintoma de alguma doença⁽³⁾.

Podem influenciar sua ocorrência fatores intrínsecos, relacionados ao indivíduo e ligados, especialmente, às alterações fisiológicas; e fatores extrínsecos, referentes aos riscos ambientais e comportamentais, como a quantidade excessiva e mau posicionamento de móveis, terrenos irregulares e subir escadas desprovidas de dispositivos de segurança⁽²⁾.

Existe relação, ainda que de forma indireta, entre alguns distúrbios cardiovasculares e uma probabilidade maior de quedas. São exemplos as doenças cardíacas estruturais, como estenose aórtica, e as doenças isquêmicas do coração, como o infarto agudo do

miocárdio⁽⁴⁾. Estas podem levar ao hipofluxo cerebral, que acarreta o desequilíbrio na oferta de oxigênio. Os principais sintomas relacionados são tonturas, vertigens

e fraqueza muscular, considerados fatores que predis põem às quedas⁽⁵⁾.

Ao analisar um grupo de pacientes que caíram nos últimos três anos, pesquisa identificou que 64% possuíam alguma doença antes da queda, sendo as cardiopatias as de maior incidência⁽⁶⁾. Outro estudo⁽⁷⁾ indicou que dentre as doenças apresentadas pelos indivíduos que caíram as cardiopatias eram as mais prevalentes, totalizando 34,9%. Apesar desses resultados, em outra investigação⁽⁸⁾ não foi encontrada uma relação significativa entre quedas e enfermidades cardiovasculares.

Mesmo não tendo respaldo da literatura, a presença de distúrbios cardiovasculares é frequente em idosos e ocasiona maiores índices de internação. Esses dois fatores isolados são causadores de quedas. Em pessoas com mais de 65 anos de idade observa-se uma variedade de indicadores característicos do envelhecimento que aumentam as chances de quedas; dentre esses podemos citar: alterações da marcha, declínio cognitivo e dificuldades visuais⁽⁹⁾.

Já os pacientes quando internados encontram-se mais suscetíveis a cair, devido à própria condição de saúde que se apresenta debilitada pela doença, prejudicando a capacidade funcional, e a não familiaridade com o ambiente hospitalar. As enfermarias podem oferecer riscos aos pacientes devido à falta de condições favoráveis, pois muitas não apresentam dispositivos que forneçam um apoio adequado durante a locomoção, iluminação eficiente ou superfícies do solo regulares⁽¹⁰⁾.

Assim, as quedas representam um problema significativo para os indivíduos internados e para a enfermagem, pois sua ocorrência pode agravar o quadro

clínico do paciente, causando insegurança em relação à capacidade de realizar atividades de maneira autônoma⁽¹¹⁾. Para a enfermagem, a prevenção de quedas representa um indicador de qualidade do atendimento hospitalar e deve ser incluída no planejamento e implementação da assistência.

Nesse contexto, a identificação do diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de quedas, componente da taxonomia da NANDA – Internacional (NANDA-I)⁽¹²⁾, é uma estratégia eficaz para direcionar as ações de prevenção e promoção da saúde do paciente, além de permitir a sistematização da assistência de enfermagem.

O referido DE é definido como suscetibilidade aumentada para a ocorrência de quedas que possam causar algum dano físico. Os fatores de risco descritos, neste contexto, são divididos em categorias que compreendem condições intrínsecas e extrínsecas, como alterações fisiológicas, presença de doenças, fatores ambientais e uso de medicamentos⁽¹²⁾.

Diante do exposto, constata-se que pacientes internados portadores de alguma cardiopatia isquêmica devem ser avaliados sobre a presença concomitante de outros riscos para quedas, além da doença cardiovascular. Um subsequente episódio do evento durante a internação pode agravar sua condição de saúde, dificultando a recuperação total do indivíduo.

Dessa forma, estabeleceu-se o objetivo de avaliar o DE Risco de quedas em pacientes internados por cardiopatias isquêmicas em hospital de referência na cidade de Fortaleza/CE.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e transversal, realizado em hospital de atendimento especializado em doenças cardíacas, vinculado à rede pública de saúde em Fortaleza/CE, Brasil. Participaram do estudo os pacientes com diagnóstico médico de algum tipo de doença isquêmica do coração que estavam recebendo tratamento clínico ou cirúrgico no referido hospital.

Quanto à inclusão dos participantes na pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios: idade acima de 18 anos; possuir diagnóstico médico de alguma doença isquêmica do coração; estar sendo tratado em uma das unidades de internação clínica designadas para o estudo. Excluíram-se os pacientes que possuíam problema concomitante de doença cardíaca estrutural, e aqueles que não possuíam estado mental preservado para responder a um formulário. O estado mental era considerado alterado quando o participante apresentava discurso desconexo com perdas importantes da memória que impedissem a resposta dos itens, porém, nenhum participante foi excluído por esse critério. A amostra totalizou 86 pacientes.

Os dados foram coletados de julho de 2010 a fevereiro de 2011, por fonte primária mediante entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Para a entrevista utilizou-se instrumento destinado a coletar os dados sociodemográficos e clínicos, além de outras informações, como histórico de quedas antecedentes e uso de medicamentos. Consultaram-se os dados do prontuário para confirmação de algumas informações, como diagnóstico médico, outras condições clínicas e tipo de medicações utilizadas; além de obtenção das medidas antropométricas, valores de peso e altura.

Os fatores de risco do DE Risco de quedas compuseram um *check-list* aplicado pelos pesquisadores. Dos 55 fatores de risco descritos na taxonomia da NANDA-I⁽¹²⁾ relativos ao DE Risco de quedas, foram investigados aqueles classificados como: exclusivos para adultos (6 fatores de risco); fisiológicos (23 fatores de risco), e medicamentosos (9 fatores de risco), totalizando 38 fatores de risco.

Não foram investigados no presente estudo os fatores de risco ambientais, cognitivos e os exclusivos para crianças. Após a coleta de dados, percebemos que os participantes forneceram respostas diversas quanto aos itens da categoria de riscos ambientais presentes na NANDA-I, a saber: ambiente com móveis e objetos em

excesso, ausência de material antiderrapante no piso do banheiro, ausência de material antiderrapante no chão do box do banheiro, pouca iluminação, quarto não familiar. Alguns se referiram ao ambiente domiciliar, enquanto outros responderam de acordo com as condições hospitalares vivenciadas no momento da coleta. Uma vez que não padronizamos essa pergunta no questionário e essa limitação só foi percebida na fase de análise dos dados decidimos excluir essa categoria do resultado final.

O fator de risco cognitivo não foi investigado, pois foi estabelecido para inclusão no estudo que o indivíduo apresentasse estado mental preservado. Assim como o fator fisiológico mudança nas taxas de açúcar, pois exigiria mais de uma avaliação. Os fatores de risco exclusivos para crianças, não se aplicavam a população de interesse.

A presença dos fatores de risco era determinada de acordo com a percepção dos participantes após questionamento dos pesquisadores que explicavam em linguagem acessível cada item. O exame físico constava de teste de força em membros inferiores. Para a avaliação da força em membros inferiores os participantes ficavam sentados ou deitados, o examinador aplicava na região plantar uma força que levasse à dorsiflexão dos artelhos, solicitando que o participante resistisse à força. A percepção da resistência era classificada como ausente ou presente.

Os dados foram compilados em tabelas do programa Excel 2007 e a análise estatística se realizou de acordo com os princípios da estatística descritiva, com obtenção de frequências, médias, desvio-padrão e intervalos de confiança, além de aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade dos achados. Considerou-se um nível de significância de 95%. A análise estatística foi efetuada pelo pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 for Windows®.

O estudo teve consonância com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da instituição em que foi desenvolvido, sob Protocolo nº 635/09. Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Entre os pacientes estudados, 53,5% eram do sexo masculino, com média de 63,9 (\pm 12,5) anos de idade e 4,8 (\pm 4,2) anos de estudo, e esses dados seguem uma distribuição simétrica ($p > 0,05$). A maioria dos participantes (75,6%) vivia em união estável. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Variáveis	N	%	IC ¹ (95%)			
Sexo						
Masculino	46	53,5	42,4 - 64,3			
Feminino	40	46,5	35,7 - 57,6			
Estado civil						
União estável	65	75,6	65,1 - 84,2			
Viúvo	9	10,5	4,9 - 18,9			
Solteiro	7	8,1	3,3 - 16,1			
Divorciado	5	5,8	1,9 - 13,0			
Procedência						
Fortaleza	46	53,5	42,4 - 64,3			
Interior do Ceará	36	41,9	31,3 - 53,0			
Outro estado	4	4,7	1,3 - 11,5			
Principal sintoma (na internação)						
Dor no Peito	56	65,9	54,8 - 75,8			
Falta de ar	15	17,6	10,2 - 27,4			
Arritmia	2	2,4	0,3 - 8,2			
Dor no estômago	2	2,4	0,3 - 8,2			
Outros	11	13,2	4,2 - 17,7			
Presença de comorbidades						
Hipertensão Arterial	76	88,4	79,7 - 94,3			
Diabetes Mellitus	40	46,5	35,7 - 57,6			
Dislipidemia	38	44,2	33,5 - 55,3			
	Média	DP²	Mediana	P25³	P75⁴	Valorp⁵
Idade (anos)	63,95	12,66	66,00	57,00	73,00	0,527
Escaridade (anos)	4,86	4,2	4,00	0,00	8,00	0,017

¹ IC – Intervalo de Confiança ²DP – Desvio-Padrão. ³P25 - Percentil 25. ⁴P75- Percentil 75. ⁵ Teste de Kolmogorov-Smirnov.

A internação da maioria (65,9%) foi motivada por dor no peito ou falta de ar (17,6%), considerados sintomas mais importantes e relatados. O diagnóstico médico mais identificado, no momento da hospitalização, foi o de infarto agudo do miocárdio (52,3%), e o de distúrbios coronarianos (37,2%), a saber, insuficiência coronariana, doença arterial coronariana e síndrome coronariana.

Quanto à presença de comorbidades, 88,4% apresentavam hipertensão arterial (HA), 46,5%

possuíam diabetes mellitus (DM), sendo que 40,7% tinham simultaneamente as duas doenças. Todos os participantes apresentaram o DE Risco de queda, já que foram identificados pelo menos dois fatores de risco em cada um deles. Os pacientes apresentaram, em média, 8,38 fatores de risco concomitante (DP = 3,34). A seguir são descritos os fatores de risco mais prevalentes de acordo com as categorias investigadas (exclusivos em adultos, fisiológicos e medicamentosos). Na Tabela 2 são relacionados os fatores de risco exclusivos de adultos.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo a presença de fatores de risco exclusivos de adultos. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Fatores de Risco	N	%	IC ¹ (95%)
Idade >65 anos	39	45,3	32,4 - 54,2
História de quedas	34	39,5	29,5 - 50,7
Morar sozinho	9	10,5	4,9 - 18,9
Dispositivo auxiliar	6	7,0	2,6 - 14,6
Outros	2	2,4	0,0 - 6,3

¹ IC – Intervalo de Confiança

De acordo com os dados expressos na Tabela 2, idade superior a 65 anos (45,3%) e história de quedas (39,5%) foram os fatores de risco exclusivos de adultos mais prevalentes dentre os participantes do estudo.

Entre os fatores de risco incluídos no item "Outros" estão: prótese de membro inferior e uso de cadeira de rodas, encontrados em 1,2% dos investigados.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo a presença de fatores de risco fisiológicos. Fortaleza, CE, Brasil, 2011

Fatores de Risco	N	%	IC ¹ (95%)
Dificuldade visual	57	67,1	56,0 - 76,9
Falta de sono	45	52,3	41,3 - 63,2
Dificuldade na marcha	36	42,4	31,7 - 53,6
Doença vascular	33	38,8	28,4 - 50,0
Dificuldade auditiva	25	29,1	19,8 - 39,9
Problemas nos pés	22	25,6	16,8 - 36,1
Mobilidade física prejudicada	20	23,5	15,0 - 34,0
Força diminuída nos membros inferiores	18	20,9	12,9 - 31,0
Equilíbrio prejudicado	18	20,9	12,9 - 31,0
Artrite	17	19,8	12,0 - 29,8
Déficit proprioceptivo	14	16,3	9,2 - 25,8
Neuropatia	14	16,3	9,2 - 25,8
Diarreia	12	13,9	7,4 - 23,1
Vertigem ao virar o pescoço	11	12,8	6,6 - 21,7
Vertigem ao estender o pescoço	10	11,6	5,7 - 20,3
Hipotensão ortostática	10	11,6	5,7 - 20,3
Outros	11	12,8	6,6 - 21,7

¹ IC – Intervalo de Confiança

Na Tabela 3 encontra-se a relação dos fatores de risco fisiológicos que agrupa 23 itens, sendo a categoria mais detalhada do DE investigado. Nela foram identificados 19 fatores de risco, entre os quais se destacaram: dificuldade visual (66,3%), falta de sono (52,3%), dificuldade na marcha (41,9%), doença vascular (38,4%), dificuldade auditiva (25,6%) e problemas nos pés (25,6%).

Entre os classificados como "Outros" estão os fatores anemia, incontinência e neoplasia, apresentados com menor prevalência, 7%, 3,5% e 2,3%, respectivamente. Não foram encontrados os fatores de risco doença aguda e urgência. Já o fator "estado mental rebaixado" não foi considerado por tratar-se de um critério de exclusão para participação na pesquisa.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo a presença de fatores de risco medicamentosos. Fortaleza, , CE, Brasil, 2011

Fatores de Risco	N	%	IC ¹ (95%)
Anti-hipertensivos	85	98,8	93,7 - 100,0
Inibidores da ECA	62	72,1	61,4 - 81,2
Diuréticos	33	38,4	28,1 - 49,5
Uso de álcool	21	24,7	16,0 - 35,3
Agentes Ansiolíticos	15	17,4	10,1 - 27,1
Narcóticos	13	15,1	8,3 - 24,5
Outros	8	9,3	3,6 - 16,8

¹ IC – Intervalo de Confiança

Com relação aos fatores de risco medicamentosos, encontrou-se que quase todos os indivíduos usavam medicamentos da classe dos anti-hipertensivos (98,8%), o que aponta para a estreita

relação entre valores elevados da pressão arterial e doenças cardiovasculares de natureza isquêmica.

Mais de 50% dos participantes consumiam fármacos da classe dos inibidores da Enzima Conversora

de Angiotensina (ECA), fato que pode ser justificado pela concomitância de doenças crônicas, como HA e DM, e, nesses casos, os medicamentos pertencentes a essa classe são os mais indicados. Em relação aos diuréticos, eram utilizados por 41,9% dos pacientes. Dentre essa classe identificou-se os diuréticos de alça e os

poupadores de potássio como os mais utilizados pelos participantes. Porcentagens menores foram observadas quanto ao uso de tranquilizantes e hipnóticos classificados como "Outros", com 3,5% e 5,8%, respectivamente. Nenhum participante fazia uso de antidepressivos tricíclicos.

DISCUSSÃO

Entre os pacientes arrolados no estudo, destacaram-se aqueles com mais de 65 anos de idade (45,3%), confirmando uma incidência maior de doenças cardíacas isquêmicas neste grupo etário. Muitos pacientes com cardiopatia isquêmica pertencem a uma faixa etária elevada e possuem alterações no funcionamento do organismo características do envelhecimento somadas aos sintomas cardíacos⁽¹³⁾. Observa-se a necessidade de uma assistência adequada voltada para atender às especificidades dessa população, atentando para todos os fatores relacionados característicos desses pacientes, que são relativos à sua disposição e capacidade de exercer as atividades diárias de maneira satisfatória e segura.

Pesquisas mostram que, entre a população jovem, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 11,5% das internações hospitalares, enquanto que na população idosa este motivo de internação abrange de 28 a 30% do total⁽¹⁴⁾. Outro aspecto importante é o tempo médio de internamento. No setor público, a duração média da internação por doenças isquêmicas do coração é de 12,6 dias, chegando à média de 29 dias ou mais em 2% dos pacientes⁽¹⁵⁾.

A maior permanência hospitalar é um fator predisponente para aumentar o risco de quedas, pois quanto mais tempo o paciente permanece internado, maiores são as modificações em seu estilo de vida, ocasionando alterações orgânicas e físicas que interferem na sua capacidade de executar movimentos de forma segura⁽¹⁶⁾.

No presente estudo, foi mais prevalente o sexo masculino (53,5%). Apesar de discreta, essa prevalência corrobora a literatura. Maior incidência dessas doenças em homens se atribuiu à maior presença de hábitos prejudiciais à saúde, no sexo masculino quando comparado à quantidade identificada no sexo feminino. Entre esses hábitos, encontram-se: tabagismo, abuso na ingestão de bebidas alcoólicas, consumo de carnes com excesso de gorduras e sedentarismo, os quais influenciam o surgimento de doenças cardíacas agudas e crônicas⁽¹⁷⁾.

Esses hábitos também podem justificar a maior porcentagem de casos de HA e DM entre o sexo masculino, encontradas no presente estudo. A HA é a doença crônica que mais afeta os idosos e sua progressão é proporcional ao aumento da idade, causando agravos cardiovasculares que comprometem de modo significativo a capacidade funcional do indivíduo, dessa forma contribuindo para o risco de quedas⁽⁹⁾. No presente estudo 88,6% dos indivíduos informaram ter diagnóstico de hipertensão arterial.

Outra doença crônica que pode influenciar o aparecimento de doenças cardiovasculares é o diabetes mellitus, que possui uma prevalência de 17,83% entre idosos no Brasil, sendo responsável por acarretar graves consequências para os indivíduos acometidos. É também agravante a existência de dislipidemia, presente em 44,8% dos participantes.

Essas doenças isoladas não apresentaram associação significativa com o risco de quedas no presente estudo, porém as consequências observadas

em seus portadores são determinantes para o risco de quedas. Podemos citar dentre essas consequências: o acidente vascular cerebral, responsável por comprometimento motor e sensitivo e a neuropatia periférica com diminuição da percepção sensorial e do equilíbrio.

A coexistência de dois ou mais fatores de risco para doenças cardiovasculares esteve presente em 40,7% dos investigados. A associação de fatores como HA, DM, sedentarismo, obesidade com o nível elevado de colesterol sanguíneo favorece o aumento do risco de doenças isquêmicas⁽¹⁸⁾.

Doenças crônicas como as cardiovasculares e as metabólicas são consideradas preditivas para a ocorrência de quedas, pois a cronicidade desenvolve danos em vários sistemas orgânicos, principalmente no circulatório, resultando, frequentemente, em eventos isquêmicos. Estes trazem consequências futuras que interferirão na realização das atividades habituais de forma satisfatória, acarretando maior risco de quedas⁽¹¹⁾.

As quedas ocorrem devido à associação de fatores intrínsecos e extrínsecos, que podem ser comportamentais ou ambientais. Apesar de não terem sido investigados os fatores de risco ambientais, componentes do DE Risco de quedas, todos os entrevistados possuíam pelo menos o fator de risco permanecer em quarto não familiar. Assim, a associação de mais de um fator de risco já caracterizaria a presença do DE. Esse fato mostra o maior risco de queda a que estão submetidos indivíduos hospitalizados, especialmente quando por doenças do aparelho circulatório.

Como discutido anteriormente, o uso de medicamentos é mais um dos fatores de riscos para quedas. Em investigação sobre ocorrência de quedas associada à polifarmácia, verificou-se que benzodiazepínicos, neurolépticos, sedativos, hipnóticos, antidepressivos, diuréticos em geral, antiarrítmicos, anti-hipertensivos, vasodilatadores e digoxina relacionaram-

se ao maior risco de quedas, principalmente, na população acima de 60 anos. Além disso, encontrou-se que uma quantidade maior de fármacos relaciona-se com episódios mais frequentes de quedas, quando comparada com o menor consumo de medicamentos⁽¹¹⁾.

É importante que o paciente conheça o tipo de medicamento utilizado e suas consequências. No presente estudo, apesar de 98,8% dos indivíduos usarem anti-hipertensivos, somente 88,4% foram identificados como portadores de hipertensão arterial, esses dados indicando o uso dessa classe de medicamentos com outros fins terapêuticos. Entretanto, uma vez que essa condição aumenta o risco de quedas, o paciente deverá estar ciente para prevenir agravos.

A ocorrência de um ou mais episódios de quedas no ano anterior resulta em aumento no risco de acontecerem novas quedas no ano seguinte⁽³⁾. Em idosos institucionalizados com história de quedas, ou mesmo em indivíduos que caíram ou não, existe relato do medo de cair. Assim, pacientes que já passaram por eventos de queda desenvolvem esse sentimento de forma traumática, de modo que o próprio sujeito restringe-se de realizar atividades, acarretando na perda de condicionamento físico-funcional e contribuindo para quedas subsequentes⁽¹⁾.

Como resultados, encontrou-se que uma importante parcela dos participantes sofreu uma ou mais quedas nos últimos seis meses. Foi visto que muitos indivíduos com quadro de doenças cardíacas isquêmicas permanecem internados por tempo prolongado, em média de duas semanas⁽¹⁶⁾. A soma de tais fatores, história de quedas anteriores e tempo de internação, pode resultar em maiores chances de cair.

Alterações visuais como catarata, glaucoma e degeneração muscular, comuns no envelhecimento, apresentam forte relação com o maior risco de cair. Verificou-se, neste estudo, que quase metade dos indivíduos pertencia à faixa etária acima de 65 anos, e que muitos apresentavam outras alterações crônicas de

saúde concomitantes à doença cardíaca, prejudicando o funcionamento de diversos órgãos, entre estes, os olhos⁽³⁾. Isso pode justificar a quantidade de participantes com alterações na visão (66,3%), consideradas como um dos principais fatores de risco fisiológicos que aumentam o risco de quedas.

Observou-se no decorrer do estudo que os pacientes internados não descansavam satisfatoriamente durante a noite, indicando como causas: ausência de sono decorrente de vários fatores, ansiedade frente à doença, falta de familiaridade com o ambiente hospitalar, efeito colateral de alguns medicamentos, entre outros. Estudo realizado com pacientes idosos institucionalizados identificou que o diagnóstico de enfermagem Padrão de sono perturbado foi um dos mais frequentes entre os sujeitos, apresentando porcentagem de 15,5%⁽¹⁹⁾.

A hipotensão ortostática foi identificada em poucos pacientes, contrariando outro estudo desenvolvido com população similar, no qual se discute que é comum a evidência desse fator de risco na população estudada⁽⁹⁾. Essa diferença pode ser atribuída à faixa etária dos participantes ou ao tipo de medicamentos utilizados. Não foi possível encontrar associações com os dados investigados.

Deve-se ressaltar que todos os participantes faziam uso de duas ou mais classes de medicamentos, estando suscetíveis, portanto, às consequências da polifarmácia já mencionadas. A quantidade de medicamentos utilizados influencia a frequência de episódios de quedas entre os indivíduos.

Evidenciou-se em estudo semelhante que aqueles que faziam uso de cinco ou mais fármacos possuíam frequência significativamente maior de quedas, chegando a ter cinco quedas no ano anterior e cinco quedas no ano subsequente, comparando-se aos que usavam uma quantidade menor de medicamentos, que variaram entre três e quatro quedas no ano anterior e no ano seguinte⁽¹¹⁾.

O uso de medicamentos em grandes quantidades deve ser supervisionado pelos profissionais de saúde, a fim de identificar efeitos adversos que possam favorecer a ocorrência de quedas, sendo estas uma das principais causas responsáveis pelo agravamento da condição de saúde, resultando no prolongamento do tempo de internação.

Ao identificar possíveis fatores de risco e determinar a presença do DE Risco de quedas, os enfermeiros possuem subsídios norteadores para a elaboração de ações que previnam esses episódios, proporcionando maior conforto e segurança para os pacientes em internamento, contribuindo para a diminuição de agravos e manutenção da qualidade do atendimento hospitalar⁽²⁰⁾.

CONCLUSÕES

O DE foi identificado em todos os participantes do estudo, uma vez que todos possuíam pelo menos dois fatores de risco para quedas. Dentre estes, os que mais se destacaram foram: uso de anti-hipertensivos (98,8%), uso de inibidores da ECA (81,4%), dificuldade visual (66,3%), falta de sono (54,3%), idade acima de 65 anos (45,3%) e história de quedas (38,4%).

Diante da grande quantidade de fatores de risco para quedas identificada em pacientes com doença isquêmica cardíaca durante a internação hospitalar, vê-se a necessidade de um maior comprometimento por parte dos profissionais da saúde para identificar os riscos, sua origem e propor ações preventivas visando o bem-estar do paciente e uma reabilitação mais rápida. Além de minimizar potenciais agravos à saúde ocasionados por quedas.

Como profissionais da saúde, cabe aos enfermeiros a responsabilidade de promover ações preventivas quanto ao risco de quedas, em virtude de sua visão holística e de possuírem um instrumento que auxilia na prestação de uma assistência sistemática, possibilitando a abordagem de diversas dimensões no

que se refere ao indivíduo, representado pelo processo de enfermagem. Isso permite identificar o mais precocemente possível elementos que possam atuar de forma conjunta com a doença, prejudicando a capacidade funcional dos pacientes, e direcionar a escolha de intervenções adequadas para minimizar a ocorrência de agravos.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira DC, Oliveira IL, Dias RC. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioter Mov.* 2006; 19(2):101-8.
2. Messias MG, Neves RF. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009; 12(2):275-82.
3. Buksman S, Vilela ALM, Lino LS, Santos VH. Queda em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2008.
4. Van der Velde N, Stricker BHC, Roelandt JRTC, Ten Cate FJ, Van der Cammen TJM. Can Echocardiographic Findings Predict Falls in Older Persons? *PLoS ONE.* 2007; 2(7):654.
5. Melo CS, Greco, OT, Franco MC, Silva J, O. Síncope. *Rev Reblampa.* 2006; 19(1):8-13.
6. Barbosa MLC, Nascimento EFA. Incidências de internações de idosos por motivo de quedas, em um hospital geral de Taubaté. *Rev Biociênc.* 2001; 7(1):35-42.
7. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionadas aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2005; 29(1):57-68.
8. Romero C, Uribe M. Factores de riesgo para que La población mayor institucionalizada presente caídas. *Rev Cienc Salud.* 2004; 2(2):91-110.
9. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(4):1209-18.
10. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em pacientes com angina instável. *Rev Rene.* 2010; 11(1):105-13.
11. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esporte.* 2005; 11(5):299-305.
12. North American Nursng Diagnosis Association-NANDA. Diagnóstico de enfermagem na NANDA: definições e classificação, 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Lourenço AR, Martins CSF, Sanchez MAS. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(9):311-8.
14. Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev Epidemiol Serv Saúde.* 2004; 13(4):229-38.
15. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC, et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói - Projeto EPICA - Niterói. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82(2):121-4.
16. Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009; 12(3):475-87.

17. Moura EC, Silva SA, Malta DC, Morais NOL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(3):486-96.

18. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, coordenadores. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2007.

19. Oliveira DN, Gorreis TF, Creutzberg M, Santos BRL. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. *Rev Ciênc Saúde*. 2008; 1(2):57-63.

20. Costa AGS, Oliveira ARS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery*. 2010; 14 (4): 684-9.

Recebido: 02/06/2012
Aceito: 06/09/2012