Artigo de Pesquisa
Original Research
Artículo de Investigación

# Condutas para a prevenção de quedas de pacientes com acidente vascular encefálico

## Prevention strategies for falling in patients with stroke

## Conductas para la prevención de caídas de pacientes con accidente vascular encefálico

*Ana Railka de Souza Oliveira*[I]
*Alice Gabrielle de Sousa Costa*[II]
*Vanessa Emille Carvalho de Sousa*[III]
*Rafaella Pessoa Moreira*[IV]
*Thelma Leite de Araújo*[V]
*Marcos Venícios de Oliveira Lopes*[VI]
*Marli Terezinha Gimeniz Galvão*[VII]

**RESUMO:** A redução e a prevenção do risco de quedas estão associadas à promoção da saúde por meio da criação de ambientes favoráveis, como sugerido pela Carta de Ottawa. O objetivo do estudo foi analisar a prevenção de quedas em pacientes que sofreram acidente vascular encefálico, mediante utilização de indicadores da *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Estudo transversal, descritivo, realizado em unidades de reabilitação, na cidade de Fortaleza-CE, no período de 2007 a 2008. Participaram 121 pacientes, 52,9% do sexo masculino, média de idade de 61,6 anos, 66,1% aposentados ou pensionistas. Foram identificados seis comportamentos de prevenção de quedas segundo a NOC. Os comportamentos uso de fixação de tapetes e uso de tapetes de borracha não foram identificados entre os avaliados, e a presença de cuidador foi identificada em 85,1% da amostra. Tais fatos merecem destaque, pois a ausência de medidas preventivas pode aumentar o risco de quedas.
**Palavras-chave:** Acidente cerebral vascular; acidentes por quedas; promoção da saúde; enfermagem.

**ABSTRACT:** The reduction and prevention of falling risk are associated with health promotion by the creation of favorable environments, one of the five goals of the Ottawa Charter. This study used Nursing Outcomes Classification indicators to examine strategies to prevent falling in patients who had suffered strokes. A cross-sectional descriptive study was carried out from 2004 to 2007 in rehabilitation units in Fortaleza, Brazil. Participants were 121 patients, 52.9% male, mean age 61.6 years, 66.1% retired or pensioners. Using the Nursing Outcomes Classification, six falling prevention behaviors were identified. The prevention strategies "Use of fixing carpets" and "Use of rubber mats in the bathroom" were not identified, and 85.1% of the sample had caregivers. These findings deserve emphasis, because the absence of preventive measures may increase falling risk.
**Keywords:** Stroke; accidental falls; health promotion; nursing.

**RESUMEN:** La reducción y la prevención de caídas son asociados a la promoción de la salud por medio de la creación de ambientes favorables, una de las cinco áreas contenidas en la Carta de Ottawa. El objetivo fue analizar la prevención de caídas en pacientes con accidente vascular encefálico por medio de indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería. Estudio transversal, descriptivo, desarrollado de 2007 a 2008, en la ciudad de Fortaleza-CE, Brasil, en unidades de rehabilitación. Participaron 121 pacientes, 52.9% del sexo masculino, con media de 61.6 años y 66.1% jubilados o pensionistas. Fueran identificados seis comportamientos en la Clasificación de Resultados de Enfermería. El Uso de alfombras fijas y Uso de alfombras de caucho no fueron identificadas y 85.1% de la muestra tenían cuidador. Tales resultados merecen atención pues la ausencia de conductas preventivas puede aumentar el riesgo de caídas.
**Palabras clave:** Accidente cerebrovascular; accidentes por caídas; promoción de la salud; enfermería.

## Introdução

A falta de um modelo que explicasse e respondesse adequadamente às necessidades da população quanto aos processos de saúde e doença levou ao desenvolvimento de princípios e pressupostos relacionados com a promoção da saúde e, assim, evidenciou a urgência de reorganização da assistência no Brasil e no

[I]Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: railkaufc@yahoo.com.br.
[II]Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: alice_gabrielle@yahoo.com.br.
[III]Enfermeira. Mestre em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: v_emille@yahoo.com.br.
[IV]Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rafaellapessoa@hotmail.com.
[V]Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Projeto Integrado Cuidado em Saúde Cardiovascular. Pesquisadora do Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br.
[VI]Doutor em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: marcos@ufc.br.
[VII]Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com.

Recebido em: 28.04.2010 – Aprovado em: 03.12.2010

mundo. Construíram-se, então, novos significados para a atuação da enfermagem.

Com a Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, em 1997, propiciou-se ocasião para refletir o que se aprendeu sobre a promoção da saúde. Nesse momento foram reexaminados os determinantes da saúde e identificadas direções e estratégias indispensáveis para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI. Entre estas, a urbanização; o aumento do número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas; o comportamento mais sedentário; a resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis; uso mais abusivo de drogas e a violência civil e doméstica que ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas[1]. Pela primeira vez, o aumento do número de idosos foi citado como um problema a ser enfrentado.

Diante da realidade, é inegável a urgência de estratégias provenientes dos princípios da promoção da saúde, que são a prevenção, a proteção e a educação para a saúde. Logo, a questão das quedas tornou-se central, já que os dados epidemiológicos mostraram-se significativos em diversas partes do mundo, não se resumindo a uma específica classe social, etnia ou mesmo gênero. Procurou-se, então, entender a prevenção de quedas como uma forma de promover a saúde do paciente. Embora em países considerados mais desenvolvidos observem-se, mesmo timidamente, programas oficiais de saúde pública de prevenção de quedas, no Brasil ainda não foram dados grandes passos em relação ao assunto, como se pode observar.

Com base no pressuposto segundo o qual as quedas representam um problema não só para o paciente como também para a equipe de enfermagem e para a instituição hospitalar ou de reabilitação, a investigação com enfoque na ocorrência e apresentação deste evento faz-se essencial.

O objetivo do estudo foi analisar a prevenção de quedas em pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE), mediante utilização de indicadores da *Nursing Outcomes Classification* (NOC), como uma forma de promover a saúde do idoso.

## Referencial teórico

Desde a publicação da Carta de Ottawa, em novembro de 1986, várias conferências internacionais propuseram discussões com o intuito de fundamentar a criação de políticas voltadas para a promoção da saúde. Nestas, destacaram-se determinados elementos norteadores, a exemplo de políticas públicas saudáveis, meio ambiente favorável, reforço à ação comunitária e à consolidação da promoção da saúde como componente fundamental das políticas e programas públicos[1].

Implementar medidas motivadoras de comportamentos de prevenção de agravos é uma ação claramente enfocada pelos princípios da promoção da saúde. A Declaração de Alma-Ata, de 1978, considera, dentro das atividades a serem contempladas pela atenção primária, a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes e o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns[1]. A partir desse texto, percebe-se que o enfoque das atividades deixa de ser centrado nos serviços de saúde e passa a priorizar o envolvimento da própria população.

Portanto, com o acelerado processo de envelhecimento populacional e os recentes aumentos na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado a atenção para as condições de saúde durante esses anos adicionais de vida e para a incidência futura de morbidade, morbidade múltipla, disfuncionalidade e mortalidade entre os idosos[2].

Das diversas patologias dominantes na faixa etária acima dos 50 anos, encontra-se o AVE, considerado, desde 1960, como causa principal de internações, mortalidade e disfuncionalidade, superando, até mesmo, as doenças cardíacas e o câncer[3].

Entre as sequelas observadas, sobressai a alteração na mobilidade física, responsável, particularmente, pelo aumento no risco de quedas. Como consequência, os programas de atenção à saúde direcionados para o grupo etário a partir de 60 anos devem contemplar, além de outras vertentes, a atenção à ocorrência de quedas e a avaliação da capacidade funcional. Apesar de o evento queda não ser exclusivo do mencionado grupo etário, nele assume conotação mais grave, tendo em vista outros problemas de saúde presentes ao mesmo tempo e sequelas mais facilmente observadas, geralmente associadas a limitações na qualidade de vida.

A ocorrência de quedas constitui importante agravo de saúde, sobretudo por atingir prevalências de 37% a 45% nesta população, podendo ocasionar graves consequências como fraturas ou até mesmo óbito. Destaca-se, também, o ônus financeiro passível de ser gerado quando um indivíduo é acometido pelo evento queda. Neste contexto evidencia-se a importância de implementação de estratégias de prevenção[4,5].

Nesse âmbito, a redução do risco de quedas está associada à promoção da saúde mediante a criação de ambientes favoráveis como uma das cinco áreas de atuação contidas na Carta de Ottawa referente à Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Constam nesse documento as estratégias para a promoção da saúde no nível de prevenção primário, as quais não devem ser voltadas apenas para determinada condição de doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais[6].

Os indicadores e dados básicos mais recentes do Sistema Único de Saúde informam que a ocorrência de quedas representou 41,58% da proporção de internações hospitalares por causas externas no país,

atingindo aproximadamente setenta mil pessoas, a maioria do sexo masculino (53,8%) e com idade igual ou acima 70 anos (57,51%)[7].

No relacionado às ações preventivas, ressalta-se que estas não são exclusivas do nível primário, e que os cuidados e a assistência retroalimentadora devem ser estabelecidos no processo de cuidar[8].

## Metodologia

Estudo do tipo transversal, desenvolvido em unidades de reabilitação com indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico, no período de outubro de 2007 a março de 2008, na cidade de Fortaleza-CE.

Foram incluídos pacientes com diagnóstico médico confirmado de AVE, com idade acima de 18, atendidos em Associações Beneficentes Cearenses de Reabilitação (ABCR), com acompanhamento de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais predominantemente. Quanto aos indivíduos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de discernimento cognitivo e no aparato motor da fala, solicitou-se assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) pelos representantes legais, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade[9]. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos e assinaram o TCLE, concordando em participar voluntariamente do estudo.

As informações foram coletadas por meio de entrevista e exame físico. Na entrevista foram obtidos dados de identificação de perfil sociodemográfico, presença de cuidador, frequência de episódios de AVE, tempo do último AVE e tempo de frequência na unidade de reabilitação.

Para avaliar a capacidade funcional referente à realização das atividades básicas da vida diária (ABVD), utilizou-se a versão em português do Índice de Barthel que avalia o potencial funcional do indivíduo e mede o nível de independência nas atividades, como: alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle da bexiga, do intestino, deambulação, subir escadas e transferência da cadeira para cama. Todos os itens são somados, atingindo-se um máximo de 100 pontos. Os pontos de corte traduzem o nível de dependência dos indivíduos e pretendem avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. O escore de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência; 91-99 muito leve dependência e 100 independência[10,11].

Após descrever o nível de limitações dos participantes, buscou-se utilizar um referencial teórico e cientificamente fundamentado para analisar as condutas de pacientes que já sofreram AVE, assim como de cuidadores desses pacientes em relação à prevenção de quedas. A NOC contribui para esta análise, pois apresenta o resultado *condutas de prevenção de quedas* e dá subsídio à caracterização deste comportamento, pelo enfermeiro, através de seus indicadores. Para este resultado a NOC propõe um total de 19 indicadores[12].

No presente estudo, os resultados abordados foram aqueles relacionados diretamente aos fatores de risco do diagnóstico Risco de quedas apresentado pela *North American North Association*[13]. Dessa forma, optou-se por utilizar apenas seis dos indicadores da NOC para o resultado *condutas de prevenção de quedas,* escolhidos por serem mais adequados ao contexto onde vivem os indivíduos avaliados. São eles: uso de proteção de borracha na banheira ou box, uso correto de dispositivos de ajuda, uso de óculos, provisão de ajuda pessoal, iluminação adequada e fixação de tapetes[12].

Todos os dados foram compilados no *software* Excel e a análise foi realizada mediante uma abordagem estatística descritiva, para a qual se fez a distribuição das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e das médias, com desvio padrão (DP) para variáveis contínuas. Para melhor visualização, os dados foram apresentados em forma de tabelas.

Em consonância com os aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE (protocolo nº 211/7), conforme as recomendações da Resolução 196/96 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos[9].

## Resultados e discussão

Participaram do estudo 121 pacientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico e realizavam atividades em unidades de reabilitação na cidade de Fortaleza-CE.

Observou-se predominância do sexo masculino (52,9%), a maioria dos pacientes vivia sem companheiro (52,9%), era aposentado ou pensionista (66,1%), enquanto alguns (20,6%) não referiram nenhuma ocupação atual, conforme mostrado na Tabela 1.

A média de idade encontrada foi de 61,6 anos (± 12,4), a maior parte dos pacientes tinha até 70 anos e as variáveis escolaridade e renda familiar evidenciaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$). Como percebeu-se, metade dos pacientes participantes frequentou a escola por até cinco anos e possuía renda *per capita* de até R$207,00.

Existe, porém, uma relação bem visível entre as condições socioeconômicas da população brasileira e a incidência de doenças crônicas como o AVE. Por exemplo, as pessoas de classes sociais mais carentes são, normalmente, acometidas por essas enfermidades. Algumas razões, apesar de não justificarem, explicam em parte essa relação, como o menor acesso à informação, a falta de dinheiro para a adoção de uma alimentação ade-

quada e a não realização de atividade física rotineira por essas camadas menos favorecidas[14]. Tais dificuldades prejudicam a prevenção das doenças crônicas.

Ações simples em nível primário, como o controle eficaz da pressão arterial, reduziriam a prevalência de fatores de risco bastante conhecidos para a doença vascular entre a população, evitando, desse modo, complicações posteriores, como o AVE. Uma vez instalada a doença, as restrições financeiras prejudicam a organização familiar, pois dificultam, por exemplo, o deslocamento dos familiares para centros urbanos maiores e os preocupam em relação aos gastos impostos pelo tratamento da doença[14].

No referente à existência de uma pessoa responsável pelo cuidado do paciente, neste estudo, a maior parte possuía um cuidador (85,1%). Quando um indivíduo ativo sofre uma queda e torna-se limitado, além dele, individualmente, perder qualidade de vida, sua família acaba por sofrer impacto, pois as atividades anteriormente exercidas por ele terão de ser compartilhadas pelos familiares. Ademais, muitas vezes, esse indivíduo passará a necessitar de ajuda para realizar suas atividades de vida diária[15].

Nesse cenário surge a figura do cuidador como elemento fundamental para a promoção da saúde da pessoa cuidada, uma vez que pode atuar junto à equipe multiprofissional na preparação do paciente com AVE para sua independência, com vistas a torná-lo mais apto a executar suas atividades de autocuidado.

Como revelam os dados, as variáveis quantidade de AVE, tempo do último AVE e tempo de frequência à ABCR mostraram distribuição assimétrica (valor p< 0,05), indicando que metade do grupo havia sofrido apenas um episódio de AVE, ocorrido no mínimo há 12 meses, e frequentavam uma das unidades de reabilitação há, no máximo, 7 meses.

O fato de a queda favorecer a ocorrência de fraturas, atendimentos hospitalares e dependência para o paciente, consequentemente, causará custos. Isto, economicamente, não deixa de ser um problema a mais, tanto para a família como para o Estado.

Ao se empregar o Índice de Barthel para avaliar o grau de comprometimento das atividades básicas, segundo identificou-se, a grande parte dos pacientes apresentava uma dependência de moderada (39,7%) a severa (28,8%),de acordo com o exposto na Tabela 2.

**TABELA 1:** Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e presença do cuidador. Fortaleza-CE, 2008. (N=121)

| Variáveis | f | % |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Masculino | 64 | 52,9 |
| Feminino | 57 | 47,1 |
| **Estado civil** | | |
| Com companheiro | 57 | 47,1 |
| Sem companheiro | 64 | 52,9 |
| **Presença de cuidador** | 103 | 85,1 |
| **Situação ocupacional** | | |
| Aposentado/pensionista | 80 | 66,1 |
| Desempregado | 10 | 8,3 |
| Ativa | 6 | 5,0 |
| Não informado | 25 | 20,6 |
| | **Média** | **DP(*)** |
| **Idade** (anos) | 61,6 | 12,4 |
| **Escolaridade** (anos de estudo) | 5,9 | 4,7 |
| **Renda *per capita*** (R$) | 292,8 | 242,0 |
| **Quantidade de AVE** | 1,4 | 1,0 |
| **Tempo do último AVE** (meses) | 38,5 | 84,7 |
| **Tempo que frequenta a ABCR** (meses) | 25,9 | 58,6 |

(*) Desvio Padrão.

**TABELA 2:** Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo o Índice de Barthel. Fortaleza-CE, 2008. (N=121)

| Índice de Barthel | f | % |
|---|---|---|
| **Alimentação** | | |
| Dependente | 10 | 8,3 |
| Precisa de ajuda | 25 | 20,6 |
| Independente | 86 | 71,1 |
| **Vestir-se** | | |
| Dependente | 23 | 19,0 |
| Precisa de ajuda | 39 | 32,2 |
| Independente | 59 | 48,8 |
| **Banhar-se** | | |
| Dependente | 48 | 39,7 |
| Independente | 73 | 60,3 |
| **Uso do banheiro** | | |
| Dependente | 21 | 17,4 |
| Precisa de ajuda | 31 | 25,6 |
| Independente | 69 | 57,0 |
| **Cuidados pessoais** | | |
| Dependente | 51 | 42,2 |
| Independente | 70 | 57,8 |
| **Eliminação urinária** | | |
| Incontinente | 11 | 9,1 |
| Ocasional/Acidental | 20 | 16,5 |
| Continente | 90 | 74,4 |
| **Eliminação intestinal** | | |
| Incontinente | 05 | 4,1 |
| Ocasional/Acidental | 07 | 5,8 |
| Continente | 109 | 90,1 |
| **Transferir-se da cama para cadeira e inverso** | | |
| Incapaz | 37 | 30,6 |
| Grande ajuda | 19 | 15,7 |
| Pequena ajuda | 65 | 53,7 |
| **Subir escada** | | |
| Incapaz | 43 | 35,5 |
| Precisa de ajuda | 57 | 47,1 |
| Independente | 21 | 17,4 |
| **Mobilidade** | | |
| Marcha independente | 45 | 37,2 |
| Ajuda mínima | 46 | 38,0 |
| Independente em cadeira de rodas | 30 | 24,8 |
| **Classificação Barthel** | | |
| Dependência total | 10 | 8,3 |
| Dependência severa | 35 | 28,8 |
| Dependência moderada | 48 | 39,7 |
| Dependência escassa | 14 | 11,6 |
| Independência | 14 | 11,6 |

Além disso, apesar de participarem de grupo de reabilitação, o percentual de indivíduos totalmente dependentes foi expressivo (8,3%). Pela análise de cada atividade independente, percebeu-se que muitos eram incapazes ou precisavam de uma grande ajuda para realizar as ABVD.

Por ser a limitação da capacidade funcional um importante indicativo da qualidade de vida do paciente com AVE, pode-se inferir que muitos daqueles acompanhados apresentavam forte propensão para cair, principalmente durante atividades como realizar higiene pessoal, vestir-se, deambular, subir escadas e transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa, na qual foi percebida uma maior dificuldade para executá-la ou a necessidade de ajuda de outra pessoa.

Existem, no entanto, formas de minimizar essa situação. Entre outras, a compreensão da história natural destes agravos, coordenada com a prevenção primária (educação em saúde para as modificações de estilo de vida necessárias à diminuição da morbimortalidade) e medidas de prevenção secundária com rastreio, diagnóstico precoce, tratamento adequado e consequente contenção do dano, são capazes de minimizar grandes prejuízos que resultam em perda de independência e autonomia desta população. O AVE é uma condição de controle factível, passível de ações preventivas por meio de programas efetivos de políticas públicas, mediante ação focada na promoção e proteção de saúde[16].

Após uma queda, de modo geral, o paciente passa a sentir medo de novas quedas. Isto o leva à perda da confiança na capacidade de realizar as tarefas rotineiras. Esses sentimentos produzem modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda da autonomia e independência, diminuição de atividades sociais e sensação de insegurança e fragilidade[17].

**TABELA 3:** Distribuição dos comportamentos de prevenção de quedas segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) em pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza-CE, 2008. (N=121)

| Comportamento de prevenção de quedas segundo NOC | f | % |
|---|---|---|
| **Uso de tapetes de borracha no banheiro** | | |
| Ausente | 121 | 100,0 |
| **Uso correto de dispositivos auxiliares** | | |
| Presente | 26 | 21,5 |
| Ausente | 95 | 78,5 |
| **Uso de óculos/dificuldades visuais** | | |
| Presente | 45 | 37,2 |
| Ausente | 76 | 62,8 |
| **Provisão de ajuda pessoal** | | |
| Presença de cuidador | 103 | 85,1 |
| Não | 14 | 11,6 |
| Não responderam | 4 | 3,3 |
| **Proporcionar iluminação adequada** | | |
| Presente | 121 | 100,0 |
| **Uso de fixação de tapetes** | | |
| Não possui | 121 | 100,0 |

Foram comportamentos positivos apresentados pelos pacientes com AVE em reabilitação, conforme apresentado na Tabela 3, presença de iluminação adequada (100%) e presença do cuidador (85,1%).

Contudo, como mostrou a análise dos indicadores da NOC para comportamento de prevenção de quedas, a maioria dos pacientes, mesmo com dependência para desempenhar as ABVD, não possuía tapetes de borracha no banheiro (100%) nem se utilizava corretamente dos dispositivos auxiliares (78,5%), o que é um fato preocupante, pois a negligência destas medidas preventivas aumenta ainda mais o risco de ocorrência de quedas, demonstradas na Tabela 3.

Algumas dessas propostas são indicadas na literatura para a prevenção de quedas, sobretudo as seguintes: prática de exercícios físicos; inclusão da discussão do meio ambiente; rearranjo do domicilio; enfrentamento de obstáculos considerados como barreiras arquitetônicas e acessibilidade a determinados locais; uso de equipamentos auxiliares à marcha; cuidados especiais com os pés e sapatos; ensinar a sair do solo após uma possível queda; aprender como cair. Ao se considerar a importância das questões advindas do âmbito intrínseco do indivíduo, sugere-se um estudo acurado no qual se inclua uma avaliação funcional do indivíduo, que leve em conta até o conjunto de medicamentos ingeridos[15].

A identificação dos fatores de risco significativos causadores de quedas é uma importante etapa no sentido de estabelecer estratégias para prevenção da mesma. Certos estudos ainda abordam a temática sob o ponto de vista tradicional, ao traçar diretrizes relacionadas tão somente ao controle medicamentoso de pacientes, ao utilizar apenas uma abordagem médico-preventivista para gerenciar as quedas[18-20], diferentemente do sugerido pelo conceito positivo de saúde, por ignorar as dimensões social e ambiental da saúde[21,22].

Uma proposta global de prevenção de quedas também inclui a reestruturação das residências como mais uma alternativa. Entretanto, reestruturar o ambiente de modo a adequá-lo à presença de pessoas acometidas por acidente vascular encefálico com certo grau de dependência funcional não é uma tarefa das mais fáceis e deve ser levado em consideração o interesse do próprio paciente e de sua família[23].

As intervenções deverão ajudar os usuários dos serviços de saúde e seus cuidadores, principalmente, a compreender a forma de reduzir a probabilidade de queda, sendo imprescindível que a residência do paciente seja diferenciada, a fim de que ofereça segurança necessária e minimize o risco das quedas e suas possíveis consequências indesejáveis.

Assim, as estratégias de enfermagem referentes à gestão de risco e prevenção de quedas deveriam ser essencialmente provenientes do conceito de promoção da saúde sobre ambiente favorável como prote-

tor da saúde para incentivarem a busca pelo estar - melhor de cada paciente, como bem ressalta a Declaração de Adelaide, de 1988[6]. Afinal, as pessoas não podem alcançar completamente seu potencial de estar melhor se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde.

De acordo com a literatura, o enfermeiro se insere na criação de ambientes favoráveis à saúde quando ajusta seus próprios comportamentos e atitudes à saúde do ambiente, atuando como cidadão ativo e, consequentemente, como profissional responsável[21,24].

Ainda de acordo com a literatura, o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida de seus beneficiários, haja vista grande parte desses agravos que acometem a população ser passível de prevenção[25].

A Declaração de Adelaide destaca também a gestão ambiental como meio de proteger a saúde humana dos efeitos adversos diretos e indiretos de fatores biológicos, químicos e físicos, mediante a identificação e controle dos fatores de risco. No processo de criação de ambientes favoráveis à saúde, sob o conceito ampliado e positivo de saúde e de afirmação da qualidade de vida, novas práticas de saúde são incentivadas e novas definições sobre ambientes saudáveis são formuladas, como o atual enfoque de risco e de prevenção[6].

Diante disso, torna-se essencial o preparo dos profissionais que trabalham com indivíduos vulneráveis a quedas, entre os avaliados no estudo, no intuito de incentivar, ao paciente e ao cuidador, a adoção de práticas preventivas, como as citadas na literatura[23,25], na busca pela promoção da saúde e pela prevenção de agravos e recorrências.

## Conclusão

Na maioria das situações, nas quais pacientes acometidos por AVE enfrentam a problemática da queda, ocorre comprometimento de sua qualidade de vida. Diante disto, os mencionados pacientes tornam-se cada vez mais temerosos de que novos episódios venham a ocorrer. Entretanto, o problema continua, pois é bastante significativo o número desse tipo de acidente, no entorno ou na residência, com pessoas que caem mais de uma vez.

A decorrente inatividade em consequência do acidente vascular encefálico acentua a perda de certas capacidades físicas. Tal perda, somada à doença, impõe mudanças de hábitos em alguns pacientes e influencia o grau de independência na realização de suas atividades da vida cotidiana e, principalmente, na sua participação na vida em sociedade.

No presente estudo foram analisados seis comportamentos preventivos de queda, segundo a NOC, tendo sido identificados apenas dois tipos positivos: a presença de iluminação adequada e a provisão de ajuda pessoal pelo cuidador. Ou seja, a maioria dos pacientes com AVE em reabilitação não possuía tapetes de borracha no banheiro, não fazia uso adequado dos dispositivos auxiliares, não usava óculos, mesmo com problemas visuais, e não usava fixação para os tapetes.

Nesse cenário, torna-se essencial a formação do enfermeiro para atuar junto a essa população, visto ser esse um problema de saúde pública cada vez mais frequente. Portanto, devem-se despender esforços para prevenir o evento.

No Brasil, essa temática ainda é pouco estudada e recebe frágil atenção por parte do governo. Trata-se, no entanto, de um problema crescente, com repercussões tanto para o paciente como para a família e para o Estado. Ante a escassez de suporte na literatura, ampliar as publicações sobre o tema poderá contribuir para a promoção da saúde desses pacientes.

## Referências

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Cien saude coletiva. 2006; 11:967-974.
3. Bocchi SCM, Ângelo M. Interação cuidador familiar - pessoa com AVC: autonomia compartilhada. Cien saude coletiva. 2005; 10:729-38.
4. Kerse N, Parag V, Feigin VL, McNaughton H, Hackett M, Bennett DA, Anderson CS. Falls after stroke: Results from the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) Study, 2002 to 2003. Stroke. 2008; 39:1890-3.
5. Mackintosh SF, Hill KD, Dodd KJ, Goldie PA, Culham EG. Balance score and a history of falls in hospital predict recurrent falls in the 6 months following stroke rehabilitation. Arch Phys Medicine Rehabilitation. 2006; 87:1583-9.
6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Documentos que norteiam a promoção da saúde. Brasília (DF): Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 2007 [citado em 10 maio 2009]. Disponível em: http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf
7. Ministério da Saúde (Br). DATASUS. Indicadores de morbidade e fatores de risco. Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas - 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [citado em 12 nov 2008]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d14.def
8. Gomes SR, Senna M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. Cogitare Enfermagem. 2008; 13:220-6.
9. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2):15-25.
10. Azeredo Z, Matos E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. Revista Faculdade Medicina de Lis-

boa. 2003; 8(4): 199-204.
11. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965; 14:56-61
12. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
13. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
14. Chagas NR; Monteiro ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. Health Sciences Maringá. 2004; 26(1):193-204.
15. Alves Junior ED, Paula FL. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. Fit Perf J. 2008; 7(2):123-9.
16. Xavier AJ, Reis SS, Paulo EM, D'Orsi E. Tempo de adesão à estratégia de saúde da família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. Cien saude coletiva 2008; 13:1543-51.
17. Robazzi MLCC, Marziale MHP, Rodrigues RAP, Silveira CA, Alves LA. Acidentes e agravos à saúde dos idosos nos ambientes de trabalho. Rev enferm UERJ. 2009; 17:309-14.
18. Bulat T, Castle SC, Rutledge M, Quigley P. Clinical practice algorithms: medication management to reduce fall risk in the elderly-Part 2, summary algorithm. J Am Acad Nurse Pract. 2008; 20:1-4.
19. Bulat T, Castle SC, Rutledge M, Quigley P. Clinical practice algorithms: medication management to reduce fall risk in the elderly-Part 3, benzodiazepines, cardiovascular agents, and antidepressants. J Am Acad Nurse Pract. 2008; 20:55-62.
20. Bulat T, Castle SC, Rutledg M, Quigley P. Clinical practice algorithms: medication management to reduce fall risk in the elderly – Part 4, Anticoagulants, anticonvulsants, anti-cholinergics/bladder relaxants, and antipsychotics. J Am Acad Nurse Pract. 2008; 20:181-90.
21. Naidoo J, Wills J. Models and approaches to health promotion. In: Wills J, Naidoo J. Journal. Health promotion: foundations for practice. London (UK): Bailliere Tindall; 2000. p.91-112.
22. Lefèvre F, Lefèvre A.M.C. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.
23. Alves Junior ED. Construindo um programa de prevenção de quedas que seja capaz de influir na vida ativa de pessoas com necessidades especiais: preparando-se para um envelhecimento saudável [CD-ROM]. In: Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte; 2001 dez 5-7; Caxambu (MG), Brasil. CBCE; 2001. p.1-10.
24. Hancock T. Creating environments for health – 20 years on. In: The Ottawa Charter for health promotion: a critical reflection. Background to the 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, "Health Promotion Comes of Age: Research, Policy & Practice for the 21st Century" IUHPE – Promotion & Education. 2007; Supplement 2:7-8.
25. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Br). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 2ª ed. Rio de Janeiro: ANS; 2007.