

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7507-7520>

Risco de queda em usuários de unidades de pronto atendimento

Risk of fall in users of emergency care units

Riesgo de caídas en usuarios de unidades de atención de emergencia

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação do risco de queda com o setor de atendimento e faixa etária de usuários de Unidades de Pronto Atendimento. **Método:** Estudo transversal e analítico realizado de setembro a abril/2016 em oito unidades do sul do Brasil. Foram amostrados 377 usuários, aos quais foi aplicada, prospectivamente, a Escala de Morse. A análise dos dados se deu por estatística descritiva e teste qui-quadrado para as variáveis categóricas. **Resultados:** Houve maior prevalência de usuários com alto risco de queda no setor emergência (67,3%), e de baixo risco no setor observação (56,8%). Distribuição homogênea de risco médio foi observada nos setores emergência, observação e internamento. Entre os idosos, 68,4% apresentaram alto risco. Diferença (valor- $p < 0,0001$) foi observada nas variáveis setor de atendimento e faixa etária. **Conclusão:** Há associação do risco de quedas, setor de atendimento e idade do usuário do serviço de saúde.

DESCRIPTORIOS: Segurança do paciente; Acidentes por quedas; Enfermagem de emergência; Serviços médicos de emergência; Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: Investigating the association of the risk of fall with the care sector and age group of users of Emergency Care Units. **Method:** A cross-sectional and analytical study conducted from September to April/2016 in eight units in southern Brazil. A total of 377 users were sampled, to whom the Morse Scale was prospectively applied. Data analysis was based on descriptive statistics and Chi-square test for categorical variables. **Results:** There was a higher prevalence of users at high risk of fall in the emergency sector (67.3%), and low risk in the observation sector (56.8%). Homogeneous distribution of medium risk was observed in the emergency, observation and hospitalization sectors. Among the elderly, 68.4% were at high risk. Difference (value- $p < 0.0001$) was observed in the variables care sector and age group. **Conclusion:** There is an association of the risk of falls, care sector and age of the health service user.

DESCRIPTORS: Patient safety; Accidental falls; Emergency nursing; Emergency medical services; Quality of health care.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la asociación del riesgo de caídas con el sector asistencial y el grupo de edad de los usuarios de las Unidades de Atención de Emergencias. **Método:** Estudio transversal y analítico realizado de septiembre a abril/2016 en ocho unidades en el sur de Brasil. Se muestrearon un total de 377 usuarios, a los que se aplicó prospectivamente la Escala Morse. El análisis de datos se basó en estadísticas descriptivas y pruebas Chi-cuadradas para variables categóricas. **Resultados:** Hubo una mayor prevalencia de usuarios con alto riesgo de caída en el sector de emergencias (67,3%) y bajo riesgo en el sector de observación (56,8%). Se observó una distribución homogénea del riesgo medio en los sectores de urgencias, observación y hospitalización. Entre los ancianos, el 68,4% estaban en alto riesgo. La diferencia (valor- $p < 0.0001$) se observó en el sector de la atención de variables y el grupo de edad. **Conclusión:** Existe una asociación del riesgo de caídas, sector asistencial y edad del usuario de los servicios de salud.

DESCRIPTORIOS: Seguridad del paciente; Accidentes por caídas; Enfermería de urgencia; Servicios médicos de urgencia; Calidad de la atención de salud.

RECEBIDO EM: 09/05/2021 APROVADO EM: 13/05/2021

Danieli Parreira da Silva

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
ORCID: 0000-0002-5885-4071

Josemar Batista

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
ORCID: 0000-0001-9838-1232

Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
ORCID: 0000-0002-7686-6340

Eliane Cristina Sanches Maziero

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
ORCID: 0000-0003-1264-0833

Francine Taporoski Alpendre

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.
ORCID: 0000-0003-1506-160X

Guilherme Parreira da Silva

Estatístico. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Métodos Numéricos em Engenharia da Universidade Federal do Paraná.
ORCID: 0000-0001-6040-6465

INTRODUÇÃO

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são serviços de saúde não hospitalares, caracterizadas por prestar atendimento ininterrupto à população acometida por alterações clínicas, trauma e violência; e cujo objetivo é referenciar a assistência para as demais unidades das redes de atenção às urgências.¹ Devido à complexidade das condições de saúde dos pacientes, do aparato tecnológico e do processo de trabalho nos serviços correspondentes, a investigação e o monitoramento dos riscos e da ocorrência de eventos adversos evitáveis alicerçam a tomada de decisões atinentes para promover a segurança do paciente.²

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua evento adverso (EA) como aquele incidente que tenha ocasionado dano ao paciente.³ Frente aos problemas sistêmicos envolvendo a causalidade e ocorrência elevada desses eventos nos serviços de saúde foi criada, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de adotar ações que visem melhorias para o cuidado em saúde. Entre os Estados-Membros que fazem parte da aliança destaca-se o Brasil, o qual está politicamente comprometido com as diretrizes para promover a qualidade assistencial, em especial, a partir da promulgação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).⁴

O referido programa tem protocolos específicos direcionados a reduzir EA evitáveis. Entre eles destaca-se o protocolo direcionado de prevenção de danos decorrentes de quedas,⁵ as quais representam o terceiro EA mais notificado pelos serviços de saúde brasileiros² e correspondem à evento em que a pessoa, inadvertidamente, cai em direção ao solo, culminando no chão ou em outro nível inferior à posição inicial.⁶

Os eventos queda podem ocasionar ferimentos, sequelas, prolongamento do tempo de internação e aumento de custos, com consequente responsabilização legal da equipe de saúde e da instituição.⁷ Ao considerá-los como um problema prevalente e persistente no contexto da segurança dos pacientes, e que medidas preventivas estão contempladas no protocolo básico do Ministério da Saúde,⁸ bem como incluída nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente propostas pela OMS e Joint Commission,⁹ estratificar o risco do usuário a esse evento constitui demanda crescente para as organizações, uma vez que, torna-se uma das primeiras ações da equipe de saúde e de enfermagem para identificar o problema e planejar, estrategicamente, medidas com vistas a solucioná-los.⁵⁻⁶

Nos serviços de emergência hospitalar, reconhece-se que os usuários estão especialmente sob risco,¹⁰ já no contexto das UPA existe uma lacuna na implantação dos

protocolos de segurança recomendados pelo PNSP, incluindo o de quedas, o qual mostra-se de forma pontual,¹¹ fragmentado e até mesmo inexistente nesse cenário de assistência à saúde.¹²

Nas UPA, devido às especificidades do serviço relacionadas à estrutura e processos, constata-se a necessidade de efetivo gerenciamento de riscos,¹³ principalmente por se considerar que o ambiente físico no qual o usuário recebe assistência pode ser um fator associado ao aumento do risco de queda.⁹ Circunstância que fomenta a necessidade de investigação do risco deste evento em ambientes de emergências não-hospitalares, em decorrência das particularidades do setor, no qual os usuários podem ser atendidos nas áreas: vermelha, amarela e verde.¹⁴

Na presente pesquisa, na prática assistencial das UPA investigadas, o setor emergência foi compreendido pelas salas de atendimento vermelha e amarela, com usuários acomodados em macas ou camas; a área verde foi distribuída entre o setor observação (sala de administração de medicamentos) e o setor internamento, nas quais os usuários são acomodados em poltronas/ cadeiras e camas, respectivamente.

O fato dos usuários serem acomodados em macas, cadeiras ou poltronas, sem suportes de proteção,¹² potencializa o risco da ocorrência da queda. Desta forma, sua identificação por setor contribui para que

os diversos atores envolvidos no cuidado (usuários, equipe de saúde, gestores e familiares) possam conhecer o problema e auxiliar a equipe de saúde a elaborar o plano de cuidados centrado no usuário. Essa estratificação também proporciona subsídios para elencar estratégias nas diversas esferas de governo, com realocação de recursos humanos, financeiros e de mudanças necessárias no sistema de saúde, com adequação da estrutura física, de acordo com a demanda e as necessidades da população assistida.

Essas ações visam a implantar, de forma plena, as políticas públicas de segurança do paciente, com potencial reflexo na qualidade da assistência em saúde e de enfermagem. Destaca-se que a ocorrência do evento queda na rede de atenção às urgências, traz impactos ao indivíduo e família, e ao Sistema Único de Saúde, frente às necessárias intervenções clínicas e cirúrgicas decorrentes desse agravo prevenível. Neste contexto, a investigação rotineira do risco é prática recomendável e atribuível à equipe de enfermagem, prioritariamente, e contribui para a qualidade assistencial. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi investigar a associação do risco de queda com o setor de atendimento e faixa etária de usuários de Unidades de Pronto Atendimento.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa transversal e avaliativa, realizada de abril a setembro de 2016, em oito UPA do sul do Brasil. Essas unidades

compõem a rede de atenção às urgências, são administradas pelo município, sendo uma delas de porte II e sete de porte III, atendendo, em média, população de cerca de 200 a 300 mil habitantes, 1 cada.

A população desta pesquisa correspondeu a média de atendimentos nos setores emergência ($n=8.441$), internamento ($n=3.476$) e observação ($n=9.645$) das oito UPA entre abril de 2015 e março de 2016, totalizando 21.562 usuários. Para o cálculo amostral, não havendo resultados anteriores relativos à aplicação de roteiros de inspeção, foi estabelecido $p=0,5$, nível de confiança de 95%, e margem de erro de 0,05, cujo cálculo resultou em amostra de 377 usuários estratificados por UPA e setor de atendimento.

Desta forma, o cálculo resultou em amostra de 147 usuários assistidos no setor emergência, 169 no setor observação e 61 do setor internamento. Foram incluídos na pesquisa usuários com idade ≥ 18 anos, em atendimento nos setores de emergência, observação e internamento, nos turnos manhã, tarde e noite. Não foram adotados critérios de exclusão.

A coleta de dados ocorreu por conveniência, por um único enfermeiro, mediante a observação e arguição, aos usuários, de itens relativos à Escala de Morse traduzida e adaptada para o Brasil¹⁵ e assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em casos em que o usuário foi incapaz de responder às perguntas, decorrentes do quadro clínico, que impossibilitou a compreensão e assinatura desse termo, foi solicitada autoriza-

ção e arguição ao acompanhante.

A Escala de Morse contém seis itens de avaliação (histórico de queda, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa, marcha, estado mental), aos quais são atribuídos pontos (0 a 30). Após a soma dos pontos e nominados os escores de cada item da escala foi estratificado o risco; escores ≤ 24 representaram baixo risco, entre 25 e 44 indicam médio risco e ≥ 45 indicaram alto risco de queda.¹⁵

Os dados foram transcritos em planilha do software Microsoft Office Excel®, por dupla digitação, e correção de inconsistências, e analisados com auxílio do software R e assessoria estatística. A estatística descritiva foi utilizada para análise das variáveis qualitativas e quantitativas; por meio do teste de qui quadrado foi avaliado se existia, ou não, associação entre setor de atendimento e o risco de queda, bem como entre faixa etária e o risco de queda; valores com $p < 0,05$ indicaram significância.

Esta pesquisa seguiu os preceitos da ética em pesquisa com seres humanos, segundo as Resoluções nº466/12 e nº510/16, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Curitiba, sob pareceres CEP/SD número 1.376.139 de 18 de dezembro de 2015 e CEP/SES número 1.478.366 de 05 de abril de 2016, respectivamente.

RESULTADOS

Dos 377 participantes da pesquisa, 206 (54,6%) estavam na faixa etária igual ou superior a 60 anos. A Tabela 1 apresenta o perfil demográfico dos usuários segundo o setor de atendimento.

A tabela 2 apresenta o risco de queda de acordo com a faixa etária e o setor de assistência do usuário na UPA. Houve prevalência de usuários que apresentaram médio e alto risco de queda (70,6%; $n=266$). Destes, 44,8% ($n=169$) foram classificados como de alto risco.

O alto risco de queda ocorreu entre usuários internados no setor emergência.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários atendidos em Unidades de Pronto Atendimento estratificados por setor, segundo o sexo e idade ($n=377$). Curitiba, PR, Brasil, 2016.

SEXO	FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)	SETOR						TOTAL	
		EMERGÊNCIA		INTERNAMENTO		OBSERVAÇÃO		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Feminino	18-59	19	21,4	4	12,5	70	68,6	93	24,7
	≥ 60	70	78,6	28	87,5	32	31,4	130	34,5
Total		89	60,5	32	52,5	102	60,4	223	59,2
Masculino	18-59	23	39,7	9	31,0	46	68,7	78	20,7
	≥ 60	35	60,3	20	69,0	21	31,3	76	20,1
Total		58	39,5	29	47,5	67	39,6	154	40,8
Total		147	39,0	61	16,2	169	44,8	377	100

Fonte: o Autor (2016)

Entre os usuários classificados como baixo risco, 56,8% (n=96) encontravam-se em atendimento no setor observação. O valor-p foi <0,0001 demonstrando que houve diferença significativa.

A tabela 3 mostra a distribuição dos

usuários segundo os itens da Escala de Morse, por setor de atendimento.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que, aproxima-

damente, 71% dos usuários apresentaram médio ou alto risco de queda, com destaque para aqueles classificados de alto risco (44,8%; n=169). Esse dado é inferior se comparado com estudo realizado em um serviço de emergência do sul do Brasil o

Tabela 2 – Risco de queda de usuários atendidos em Unidades de Pronto Atendimento de acordo com a faixa etária e setor (n=377). Curitiba, PR, Brasil, 2016.

		BAIXO RISCO		MÉDIO RISCO		ALTO RISCO		TOTAL		VALOR-P*
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Faixa Etária (em anos)	18-59	102	59,6	41	24	28	16,4	171	100	<0,0001
	≥ 60	9	4,4	56	27,2	141	68,4	206	100	
Setor	Emergência	12	8,2	36	24,5	99	67,3	147	39	<0,0001
	Internamento	3	4,9	19	31,2	39	63,9	61	16,2	
	Observação	96	56,8	42	24,9	31	18,3	169	44,8	
Total		111	29,5	97	25,7	169	44,8	377	100	

Nota: Valor-p foi obtido através do teste qui-quadrado. Fonte: o Autor (2016)

Tabela 3 - Distribuição dos usuários atendidos em Unidades de Pronto Atendimento segundo os itens da Escala de Morse e setor de atendimento (n=377). Curitiba, PR, Brasil, 2016.

ITENS DA ESCALA DE MORSE	EMERGÊNCIA		INTERNAMENTO		OBSERVAÇÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histórico de queda								
Sim	24	51,1	13	27,6	10	21,3	47	12,5
Não	123	37,3	48	14,5	159	48,2	330	87,5
Diagnóstico secundário								
Sim	117	51,5	48	21,2	62	27,3	227	60,2
Não	30	20,0	13	8,7	107	71,3	150	39,8
Auxílio na deambulação								
Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional de saúde	141	39,3	54	15,0	164	45,7	359	95,2
Muletas/Bengala/Andador	1	12,5	5	62,5	2	25,0	8	2,1
Mobiliário/Parede	5	50,0	2	20,0	3	30,0	10	2,7
Terapia endovenosa								
Sim	142	38,4	61	16,5	167	45,1	370	98,1
Não	5	71,4	0	0	2	28,6	7	1,9
Marcha								
Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	123	41,4	37	12,5	137	46,1	297	78,8
Fraca	22	31,0	20	28,2	29	40,8	71	18,8
Comprometida/Cambaleante	2	22,2	4	44,5	3	33,3	9	2,4
Estado mental								
Orientado/Capaz quanto à capacidade/limitação	58	23,3	31	12,4	160	64,3	249	66,0
Superestima capacidade/Esquece limitação	89	69,5	30	23,5	9	7,0	128	34,0
Total	147	100	61	100	169	100	377	100

Fonte: o Autor (2016)

qual mostrou que 53,33% dos pacientes avaliados pela escala de Morse apresentaram alto risco de queda.¹⁰

Ao considerar a criticidade e especificidade do atendimento realizado aos usuários em UPA, estratificar o risco de queda no momento da triagem clínica, ou em outro momento oportuno, torna-se importante para direcionar e sistematizar ações multifatoriais que impactem na prevenção de quedas e lesões decorrentes destas aos usuários do serviço, reduzindo custos desnecessários¹⁶ e contribuindo com a segurança e a qualidade do cuidado prestado nesta importante modalidade de assistência não hospitalar.

Em relação à faixa etária, foi possível identificar que cerca de 55% dos usuários atendidos nas UPA investigadas eram de idosos e com elevado risco para ocorrência de quedas, apontando para o potencial de agravos à saúde nesse ambiente assistencial. Esses resultados são semelhantes ao estudo conduzido com pacientes adultos hospitalizados em hospital privado da região sul do Brasil que verificou associação entre idade (idoso e não idoso) e risco de queda ($p < 0,001$),¹⁷ bem como investigação realizada no Canadá a qual apontou risco de queda em 5.371 (56,5%) pacientes geriátricos.¹⁶

Entretanto, o inverso foi encontrado em um estudo observacional, o qual identificou que os pacientes sob o risco de queda no departamento de emergência eram adultos jovens, em uso de álcool ou de outras substâncias ilícitas.¹⁸ Essas divergências estão relacionadas aos múltiplos fatores de riscos intrínsecos (relacionados ao paciente) e extrínsecos (condições ambientais e organizacionais) de queda,¹⁹ somados ao perfil demográfico, tecnológico e epidemiológico distintos entre as mais variadas regiões geográficas, bem como dos determinantes sociais de saúde de cada população em âmbito mundial e nacional.

O acentuado risco de queda em usuários com faixa etária mais avançada é explicado em decorrência das alterações anatômicas e fisiológicas associadas ao envelhecimento, bem como do seu acometimento por doenças crônicas e uso contínuo de medicamentos, podendo incorrer em maior suscetibilidade ao trauma e consequentes

complicações, maior tempo de permanência em serviços de saúde⁵ e possível impacto nos custos financeiros e sociais.¹⁸ Há de se destacar que a queda, especialmente em idosos, é um evento potencialmente grave, ao se considerar que, entre esses, a resposta é menor frente às injúrias. Quando comparados a adultos jovens, os desfechos, em sua maioria, são fatais, mesmo quando a severidade da lesão é baixa. Fato esse que incita a necessidade de mensurar o risco na população assistida, com vistas à tomada de decisões assertivas para prevenir esse EA e promover melhorias no cuidado ofertado, principalmente, frente à transição demográfica e o crescimento expressivo da população idosa.¹⁶

Os idosos, em geral, são acometidos por menor força muscular, alterações na marcha e comprometimento na manutenção da postura.²⁰ No setor internamento, em específico, os usuários com idade igual ou superior a sessenta anos apresentaram o maior escore médio para o risco de queda, podendo ser justificado em decorrência da prevalência de usuários com marcha comprometida, demandando o uso de dispositivo ou apoio para auxiliar na marcha, quando comparado aos setores emergência e observação. O uso de dispositivos auxiliares à marcha é relevante ao se considerar que os fatores de riscos extrínsecos (ambiente e infraestrutura) existentes na maioria das unidades nem sempre são adequados, predispondo à ocorrência de EA graves durante a realização de atividades cotidianas e/ou da locomoção.

Estudos desenvolvidos em hospitais dos Estados Unidos apontaram a transferência e a movimentação até o banheiro como fatores relacionados a quedas em pacientes idosos.^{18,21} Essa circunstância pode ser agravada pela ausência de acompanhante/cuidador, haja vista, ser considerado fator de risco significativo para a ocorrência em pacientes adultos hospitalizados.¹⁹ Isso ocorre, possivelmente, pois na ausência destes, ou de profissional de saúde, o usuário se torna mais suscetível a movimentar-se sem auxílio, contribuindo para o evento queda. Aconselhar os usuários a perceberem suas próprias limitações em termos de mobilidade prejudicada, torna-se estratégia preventiva a ser utilizada pelo profissional enfermeiro, a qual contribui para ofertar assistência segura

frente sua participação ativa no cuidado.²²

Ademais, no setor internamento, os usuários, em sua maioria, apresentam outros fatores de risco tais como comorbidades, idade avançada, alterações cognitivas e de funcionalidade, comprometimento sensorial, doenças crônicas, uso de medicamentos, história de queda e obesidade.⁵ Resultado que incita adaptar o ambiente à população atendida, e mensurar, sistematicamente, o risco para direcionar ações corretivas imediatas no processo de trabalho, no ambiente e na infraestrutura para o cuidado.

Em relação à área de atendimento da UPA, a prevalência de alto risco para queda foi entre os usuários assistidos no setor emergência. Isso se deve, primeiramente, ao fato de que os atendidos neste setor estão, em maioria, gravemente enfermos e dependentes dos cuidados da equipe de saúde, bem como do possível uso de medicamentos de alta vigilância, os quais acarretam limitações cognitivas. É reconhecido na literatura que a administração de medicamentos que possuem potencial de depressão do sistema nervoso central estão relacionados a quedas.¹⁸⁻¹⁹

A alocação do usuário no setor emergência aponta indicação de maior gravidade e urgência/emergência no atendimento. Com relação aos itens constantes na escala de Morse, segundo os setores de atendimento, observou-se que 51,1% dos usuários que apresentaram história anterior de queda, encontravam-se entre os atendidos no setor emergência, índice acima do que foi apontado por um estudo realizado em um serviço de emergência também na região sul do Brasil o qual mostrou 33,33%¹⁰ neste mesmo item. Salienta-se que o fato de a pessoa já ter caído uma vez predispõe ao risco de queda.^{23,24}

Estudo de coorte realizado em três hospitais brasileiros, conveniados ao Sistema Único de Saúde, em Cuiabá/MT e atendimento a idosos, identificou como fatores preditores para queda o fato de o paciente possuir duas ou mais comorbidades, incontinência urinária, alterações na marcha, declínio do estado cognitivo, déficit visual e uso de próteses ou órteses.²⁵ As alterações no estado mental identificadas nesta pesquisa (34%) são, por si só, fatores que predispõem ao risco, decorrente do déficit de consciência sobre a realidade. Re-

conhecidamente, o fato do usuário apresentar múltiplos diagnósticos (60,2% nesta pesquisa possuíam diagnóstico secundário) leva ao uso de múltiplos fármacos, podendo contribuir para interações medicamentosas e predispondo a quedas. No entanto, essas variáveis não foram exploradas nesta pesquisa e poderão subsidiar estudos futuros na temática.

Apesar dos dados mostrarem que no setor observação houve predominância de usuários adultos jovens e menor risco para quedas, 74,1% destes apresentavam dificuldade de deambulação e encontravam-se acomodados em poltronas, o que pode estar relacionado com agravos à saúde pelos quais os mesmos buscaram o atendimento na unidade. Investigação realizada na região sul do Brasil, em ambiente hospitalar, registrou 20% (n=14) de quedas de cadeiras/poltronas,²⁶ demonstrando também a importância de instrumentalizar as equipes locais para a orientação de usuários, supostamente com menor risco de quedas, quanto às medidas preventivas ao agravo. Destaca-se que estudo realizado nas UPA de Curitiba mostrou que 76,3% dos usuários ou familiares não receberam orientação dos profissionais de saúde com relação à prevenção deste risco neste setor.¹²

Considerando a Política Nacional de Atenção às Urgências, a qual instituiu as UPA como acesso de entrada para referenciar os usuários ao atendimento à rede hospitalar,²⁷ e a crescente demanda de atendimento de ido-

sos nos serviços de emergência,²⁸ incluindo os não hospitalares, cabe à equipe de saúde gerenciar o cuidado por meio de ferramentas que promovam a segurança do paciente. Dessa maneira, os achados desta pesquisa reforçam a necessidade de expandir as diretrizes de segurança para além da área hospitalar, bem como de capacitar a equipe de saúde, em especial os enfermeiros, na estratificação do risco de queda, haja vista que essa possibilita a identificação precoce de situações de risco e favorece o planejamento de ações preventivas.²²

Para tanto, é importante destacar a relevância do papel dos gestores para implantação do protocolo de prevenção de quedas, proposto pelo Ministério da Saúde brasileiro⁵ e ainda incipiente nas unidades estudadas. O fato do serviço não adotar esse protocolo, além de dificultar o planejamento do cuidado de enfermagem, produz multiplicidade de informações, e que não necessariamente relacionadas à identificação dos riscos existentes,¹⁰ o que, por sua vez, impacta na execução de ações concretas e contínuas em prol do cuidado seguro.

São limitações desta pesquisa o contexto investigado, o qual se limita às UPA de única capital brasileira, e cujos resultados podem não expressar a realidade de outras regiões do país. Associa-se a incipiência de estudos nos referidos serviços para comparação dos resultados bem como a não investigação de outras variáveis que podem predispor o usuário à quedas, como por exemplo, número de co-

morbidades e de medicamentos em uso. Contudo, este estudo aponta para a importância da sistematização da avaliação do risco de queda em UPA, bem como do planejamento de ações preventivas, por parte da equipe gerencial e assistencial, baseadas no perfil da clientela, contribuindo para o atendimento seguro e com qualidade.

CONCLUSÃO

A maioria dos usuários das UPA investigadas apresentaram médio e alto risco de queda, com destaque para a população idosa e usuários atendidos no setor emergência. Os usuários que apresentaram baixo risco concentraram-se no setor observação e faixa etária de adultos jovens. Houve associação entre o risco de queda, setor de atendimento e faixa etária dos usuários em atendimento.

Aponta-se para a relevância da enfermagem na avaliação rotineira do risco de queda entre usuários de serviços de emergência não hospitalar, com vistas ao reconhecimento e mensuração do problema, planejamento e execução de ações preventivas.

Essa pesquisa contribui para evidenciar que a identificação de usuários com risco de queda, estratificados por setor, direciona o planejamento de ações assertivas com vistas a minimizar a ocorrência deste evento adverso, agregando evidências ao tema segurança do paciente. ■

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Portaria n. 10, de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília; 2017 [cited 2018 Apr 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 18: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2017 [Internet]. Brasília (BR): Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2019 jul. [cited 2020 June 15]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/boletim-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-n-18-avaliacao-dos-indicadores-nacionais-das-infecoos-relacionadas-a-assistencia-a-saude-iras-e-resistencia-microbiana-do-ano-de-20173>.
3. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2016 Sept 20]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
4. Ministério da Saúde (BR), Ações e Programas, Programa Nacional de Segurança do Paciente, Sobre o Programa [Internet]. 2017 [cited 2020 May 15]. Available from: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/sobre-o-programa>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de Prevenção de Quedas [Internet]. Brasília; 2013 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>

REFERÊNCIAS

6. World Health Organization. Falls [Internet]. Genebra: WHO; 2018 [cited 2018 June 29]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls>
7. Brandão MGSA, Brito OD, Barros LM. Risk management and patient safety: mapping the risk of adverse events in the emergency of a teaching hospital. *Rev adm saúde*. 2018 Jan/Mar;18(70). DOI: 10.23973/ras.70.84
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; 2013 [cited 2016 Sep 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
9. Joint Commission International. 6th Edition in Depth: Preventing Patient Falls in Inpatient and Outpatient Settings [Internet]. JCI Insight. Mar 2017 [cited 2020 May 15]. Available from: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/March_JCI Insight_2017.pdf
10. Rosa PH da, Rangel RF, Machado K de FC, Cesar MP, Ilha S. Evaluation of the risk of falls of patients in emergency service. *Rev enferm Cent-Oeste Min*. 2019; 9:e3246. DOI: 10.19175/recom.v9i0.3246
11. Santos JS, Lima PS de, Couto HCT, Silva L de LT, Otoni A. Patient safety in Brazilian medium and high risk units: systematic literature review. *Rev enferm Cent-Oeste Min*. [Internet] 2019 [cited 2019 Oct 15]; 9:e3493. DOI: 10.19175/recom.v9i0.3493
12. Paixão DP da SS da, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz ED de A. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 02]; 71(Suppl 1):577-84. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0504
13. Santos ANS. Segurança do paciente em unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências: análise de riscos [dissertação]. Goiânia (MG): Universidade Federal de Goiás; 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência [Internet]. Brasília; 2009 [cited 2020 Jan 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf
15. Urbanetto J de S, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: translation and transcultural adaptation for the Portuguese language. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Jun; 47(3):569-75. DOI: 10.1590/S0080-62342013000300007
16. Muray M, Bélanger CH, Razmak J. Fall Prevention Strategy in an Emergency Department. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018 Feb; 31(1):2-9. DOI: 10.1108/IJHCQA-09-2016-0122
17. Bittencourt VLL, Graube SL, Stumm EMF, Battisti IDE, Loro MM, Winkelmann ER. Factors associated with the risk of falls in hospitalized adult patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2017 Jul;51:e03237. DOI: 10.1590/S1980-220X2016037403237
18. McErlean DR, Hughes JA. Who falls in an adult emergency department and why - A retrospective review. *Australas Emerg Nurs J*. 2017 Feb; 20(1):12-16. DOI: 10.1016/j.aenj.2016.11.001
19. Severo IM, Almeida M de A, Kuchenbecker R, Vieira DFVB, Weschenfelder ME, Pinto LRC, et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 June; 48(3):537-551. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300021
20. Andrade LAS de, Santos S de P, Corpolato RC, Willig MH, Mantovani M de F, Aguilera AL. Elderly care in the emergency department: an integrative review. *Rev bras geriatr gerontol*. 2018 Apr/Mar; 21(2): 243-253. DOI: 10.1590/1981-22562018021.170144
21. Anderson DC, Postler TS, Dam T. Epidemiology of Hospital System Patient Falls A Retrospective Analysis. *Am J Med Qual* [Internet]. 2016 Sep [cited 2018 May 10];31(5):423-428. DOI:10.1177/1062860615581199
22. Pasa TS, Magnago TSB de S, Urbanetto J de S, Baratto MAM, Morais BX, Carollo JB. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017 Apr; 25(e2862). DOI: 10.1590/1518-8345.1551.2862
23. Jansen S, Schoe J, Rijn M, Abu-Hanna A, Charante EPM, Velde N, et al. Factors associated with recognition and prioritization for falling, and the effect on fall incidence in community dwelling older adults. *BMC Geriatrics*. 2015; 15:169. DOI: 10.1186/s12877-015-0165-224.
24. Santos ACFT, Camacho ACLF, Silva AP, Andrade GN, Menezes HF, Nunes VS. Quedas intra-hospitalares entre idosos: uma revisão integrativa. *Revista Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 11]; 8(46):975-983. Available from: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/issue/view/2/24>
25. Abreu HC de A, Reiners AAO, Azevedo RC de S, Silva AMC da, Abreu DR de OM, Oliveira AD de. Incidence and predicting factors of falls of older inpatients. *Rev. Saúde Pública*. 2015; 49(37): 1-9. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005549
26. Victor MA de G, Luzia M de F, Severo IM, Almeida M de A, Goes MGO de, Lucena A de F. Falls in surgical patients: subsidies for safe nursing care. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 Oct [cited 2020 May 20]; 11(Supl. 10):4027-4035. DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201704
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Brasília; 2003 [cited 2016 Sep 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
28. Hsieh VCR, Hsieh ML, Chiang JH, Chien A, Hsieh MS. Emergency Department Visits and Disease Burden Attributable to Ambulatory Care Sensitive Conditions in Elderly Adults. *Sci. Rep* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 15]; 9:3811. DOI: 10.1038/s41598-019-40206-4