

**Resumo:** O acidente por queda representa a terceira maior causa de morte no país, fomentando ações multiprofissionais de promoção, proteção e recuperação da saúde. O estudo objetivou conhecer a assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família nos acidentes por quedas. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo-analítico, transversal ao processo de trabalho de 72 profissionais vinculados a oito equipes de Saúde da Família de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram gravadas, digitalizadas e organizadas em um banco de dados no formato de texto. Os dados foram processados no software IRAMUTEC e analisados pela classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras. Os resultados mostram que os profissionais realizam atendimento das vítimas de acidentes por quedas, de forma diferenciada na assistência e gerência, com ênfase na resolutividade, na pessoa idosa e na continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Descritores: Acidentes por Quedas, Estratégia Saúde da Família, Equipe de Assistência ao Paciente.

Fall accidents: professional assistance in the family health strategy

**Abstract:** Fall accidents represent the third leading cause of death in the country, promoting multiprofessional actions to promote, protect and recover health. The study aimed to know the assistance of professionals of the Family Health Strategy in falls accidental. This is an exploratory, descriptive-analytical study, transversal to the work process of 72 professionals linked to eight Family Health Teams in a municipality on the western border of Rio Grande do Sul. The interviews were recorded, digitized and organized in a data base in the IRAMUTEC software and analyzed by descending hierarchical classification, similarity analysis and word cloud. The results show that professionals perform care for victims of falls accidental, in a different way in care and management, with an emphasis on resolvability, the elderly and continuity of care in the Health Care Network.

Descriptors: Accidental Falls, Family Health Strategy, Patient Care Team.

Accidentes por caídas: asistencia profesional en la estrategia de salud familiar

**Resumen:** Los accidentes por caídas representan la tercera causa de muerte en el país, fomentando acciones multiprofesionales para promover, proteger y recuperar la salud. El estudio tuvo como objetivo conocer la asistencia de profesionales de la Estrategia de Salud Familiar en accidentes por caídas. Este es un estudio exploratorio, descriptivo-analítico, transversal al proceso de trabajo de 72 profesionales vinculados a ocho equipos de salud familiar de un municipio en la frontera oeste del Rio Grande do Sul. Las entrevistas fueron grabadas, digitalizadas y organizadas en un base de datos en formato de texto. Los datos se procesaron en el software IRAMUTEC y se analizaron mediante clasificación jerárquica descendente, análisis de similitude y nube de palabras. Los resultados muestran que los profesionales brindan atención a las víctimas de accidentes debido a caídas, de una manera diferente en la atención y el manejo, con énfasis en la resolubilidad, los ancianos y la continuidad de la atención en la Red de Atención Médica.

Descriptores: Accidentes por Caídas, Estrategia de Salud Familiar, Grupo de Atención al Paciente.

**Leticia Silveira Cardoso**

Dra. Profa. do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. UNIPAMPA/Uruguaiana. E-mail: [lsc\\_enf@yahoo.com.br](mailto:lsc_enf@yahoo.com.br)

**Leticia Dalla Lana**

Dra. Profa. do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. UNIPAMPA/Uruguaiana. E-mail: [leticedl@hotmail.com](mailto:leticedl@hotmail.com)

**Cynthia Fontella Sant'Anna**

Dra. Profa. do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. UNIPAMPA/Uruguaiana. E-mail: [cynthiafs\\_enf@yahoo.com.br](mailto:cynthiafs_enf@yahoo.com.br)

**Josefine Busanello**

Dra. Profa. do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. UNIPAMPA/Uruguaiana. E-mail: [josefinebusanello@gmail.com](mailto:josefinebusanello@gmail.com)

**Valdecir Zavarese da Costa**

Dr. Prof. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: [valdecircosta2005@yahoo.com.br](mailto:valdecircosta2005@yahoo.com.br)

**Marta Regina Cezar-Vaz**

Dra. Profa. da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. E-mail: [mrcezarvaz@gmail.com](mailto:mrcezarvaz@gmail.com)

Submissão: 11/06/2020  
Aprovação: 08/10/2020

**Como citar este artigo:**

Cardoso LS, Lana LD, Sant'Anna CF, Busanello J, Costa VZ, Cezar-Vaz MR. Acidentes por quedas: assistência profissional na estratégia saúde da família. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(32):194-204.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.32.194-204>

## Introdução

Os acidentes por queda podem ser considerados como uma das causas externas que produzem lesões físicas ou psíquicas e, ainda podem ou não ter o óbito como desfecho final<sup>1</sup>. Sua ocorrência pode se dar em âmbito doméstico ou social, como no trabalho, na escola, no esporte e no lazer. E, geram a hospitalização de milhões de pessoas a cada ano<sup>2</sup>.

Em 2011 no Brasil, as causas externas vitimaram aproximadamente 145 mil pessoas, destes 36.3% são acidentes por queda. No conjunto, as causas externas representam a terceira maior causa de morte no país e por cerca de 1 milhão de internações hospitalares, sem contar as que não precisaram de internação ou aquelas que não buscaram atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). A população que tem maior expressividade nos acidentes ocorridos por quedas são os idosos<sup>3</sup>.

As quedas em idosos constituem-se em um dos grandes problemas mundiais de saúde pública, pois apresentam alta incidência, prevalência e mortalidade<sup>4</sup>. Acrescidas por longos períodos de internação hospitalar, presença de complicações clínico-cirúrgicas e acidentais que corroboram para manutenção dos elevados custos socioeconômicos na assistência em saúde para vítimas de acidentes por queda<sup>5</sup>. No Brasil, a prevalência de quedas de idosos também é considerada elevada porque varia de 28,3% a 37,1% conforme registros de internações hospitalares<sup>6-8</sup>. Na região Sul do Brasil, local deste estudo, a prevalência é de 28,1% para quedas, ocorridas predominantemente no próprio domicílio do idoso<sup>9</sup>.

As quedas apresentam características multifatoriais e seus fatores de riscos são

influenciados pelo sexo; idade avançada; renda; escolaridade<sup>9</sup>, comorbidades<sup>8</sup>; superfícies irregulares, piso escorregadio; iluminação inadequada; escada sem corrimão<sup>10</sup>. As evidências publicadas recentemente na literatura enfatizam programas de tratamento e reabilitação que contemplem a multifatorialidade das quedas, incluindo diferentes tipos de intervenção<sup>11-12</sup>. Intervenção multifatorial e o exercício físico são os mais efetivos na redução das quedas entre idosos<sup>12-13</sup>. Contudo, uma revisão sistemática evidencia o treinamento físico com enfoque em exercícios de equilíbrio e de resistência muscular na prevenção das quedas para a população em geral ou para aqueles com risco de quedas<sup>13</sup>.

O Ministério da Saúde atentando-se aos problemas decorrentes da queda instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842/94<sup>14</sup>, o Estatuto do Idoso, Lei 10741/03<sup>15</sup>, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Lei 2.528/06<sup>16</sup> tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos<sup>17</sup>. Dentro dessas políticas está a Estratégia da Saúde da Família (ESF) que visa a reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS). A APS é a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS),

bem como a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede sendo constituída de equipe multidisciplinar, atendendo as necessidades de saúde da população.

Deste modo, as equipes da ESF na APS devem rastrear e monitorar os idosos que apresentam risco ou recorrência das quedas nos domicílios. Além disso, os profissionais devem estar capacitados para oferecer um atendimento resolutivo perante a urgência e emergência das quedas nos domicílios, dispondo de fluxos de referência na RAS. Neste ínterim, é notório a relevância de uma rede de cuidados prestados pela equipe da ESF na APS os quais devem ser transferidos para serviços especializados.

Contudo, as evidências científicas sobre as ações dos profissionais da ESF no atendimento de quedas em idosos e principalmente do conhecimento das ações de trabalho desenvolvidas pela equipe multiprofissional inserida numa RAS a pessoas que vivenciam acidentes por quedas são escassas. Para tal, questiona-se: como os profissionais da ESF assistem às pessoas vítimas de acidentes por quedas?

## Objetivo

Conhecer a assistência dos profissionais da Estratégia Saúde da Família às pessoas vítimas de acidentes por quedas.

## Material e Método

Este trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, descritivo-analítico, transversal ao processo de trabalho de 72 profissionais vinculados as oito equipes de Saúde da Família de um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul. Deste total, nove são enfermeiros; 13 técnicos de enfermagem; quatro médicos e; 46 agentes comunitários de saúde. Como critério de inclusão foi utilizado o tempo de exercício

na instituição, maior ou igual a dois anos; os de exclusão foram profissionais em licença, afastamento ou em férias. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada gravada durante o período de trabalho dos participantes, adequando-se a disponibilidade deles.

As entrevistas foram digitalizadas e organizadas em um banco de dados no formato de texto. As respostas obtidas para o seguinte questionamento: Como você atende uma pessoa que sofreu uma queda? Dê exemplo, foram transformadas em um único corpus textual, conforme orientações prévias do software de análise Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). E codificadas da seguinte forma: \*\*\*\* \*n\_09\*posic\_1, em que \*\*\*\* \*n\_09 representa a entrevista e \*posic\_1, a categoria profissional de enfermeiro, \*posic\_2, técnico de enfermagem, \*posic\_3, médico e \*posic\_4, agente comunitário de saúde.

Para a análise do corpus textual aplicou-se a Classificação Hierárquica Descendente, a análise de similitude e o de nuvem de palavras. A primeira permite a identificação da quantidade de palavras, da frequência média e do número de hapax (palavras com frequência um) resultando em um dendograma. A segunda baseia-se na teoria dos grafos<sup>18</sup> que demonstra a conexidade entre as palavras por sua coocorrência. A última utiliza-se da frequência de ocorrência das palavras para agrupá-las e organizá-las graficamente<sup>19</sup>.

Os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/2012. Obteve-se aprovação prévia da

coordenação municipal da ESF e do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 22852813.2.0000.5323. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante com assinatura em duas vias, o qual garantiu o acesso a informações como objeto, objetivos e fins da utilização das informações coletadas. Assegurou o direito dos participantes de obterem informações a respeito do estudo a qualquer momento, bem como da possibilidade de deixar de participar. Salientou-se ainda a responsabilidade dos pesquisadores com a manutenção do anonimato dos participantes e das instituições envolvidas e a ausência de implicações nas relações de trabalho dos participantes.

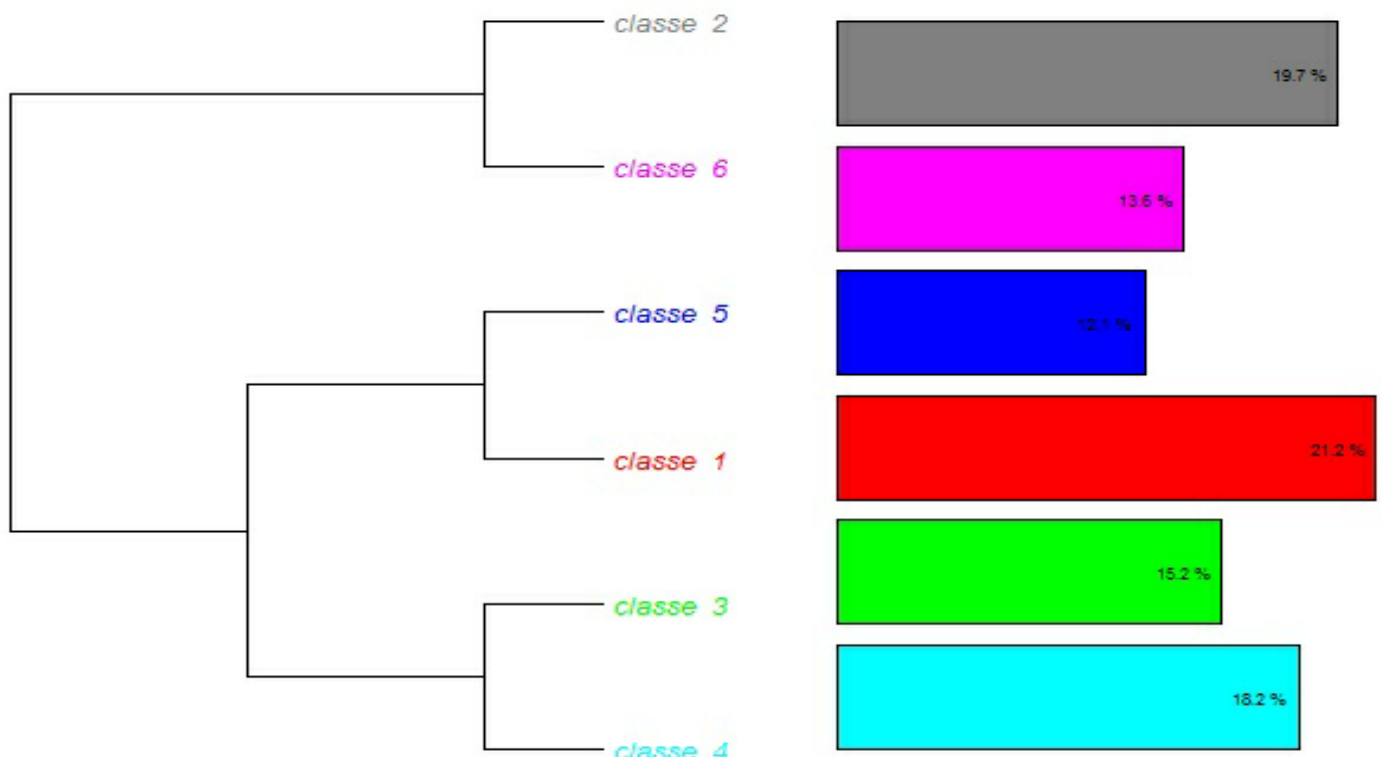
## Resultados

As principais características das análises realizadas a serem consideradas são as seguintes:

- Número de textos (nombre de textes) = 72 (o programa reconhece a separação do corpus em 72 unidades de texto iniciais).
- Número de segmentos de textos (nombre de segments de textes) = 82 (o programa reparte em 82 segmentos de texto).
- Número de formas distintas (nombre de formes) = 485.
- Número de ocorrências (nombre d'occurrences) = 1888.
- Frequência média das formas (moyenne d'occurrences par forme) = 23.024390.
- Número de classes (nombre de classes) = 6.
- Retenção de segmentos de texto: 66 segments de 82 (80.49%).

O corpus analisado no estudo é composto de 72 unidades de contexto inicial (UCI) ou as entrevistas foram divididas em 66 unidades de contexto elementar (UCE), representando uma retenção análise de 80.49% do corpus. Esta resultou na seguinte distribuição de classes ou contextos temáticos (**Figura 1**).

**Figura 1.** Classificação Hierárquica Descendente - Dendograma.



Fonte: IRAMUTEQ.

A classe 1 apresenta 13 UCE de 66, respondendo por 21.21% do corpus está associada diretamente as classes 3, 4 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *enfermeiro, porque, fratura* ( $p < 0,0001$ ), extraídas predominantemente dos relatos dos enfermeiros (**\*posic\_1**). Os depoimentos abaixo revelam o contexto significativo das palavras:

*Primeiramente ver que tipo de fratura que o paciente fez, se é exposta, se for já vamos limpando porque tem o risco de contaminação. Não tem como atender uma pessoa que sofreu uma queda e teve fratura, só tem que encaminhar para o pronto socorro, para avaliação do traumatologista porque muitas vezes tem que imobilizar com gesso, o que impossibilita algo na unidade, nós vamos apenas imobilizar o paciente para não acentuar mais a lesão e encaminhar para o pronto socorro (n\_07).*

*Na função de enfermeira, chego no local, observo se não tem riscos para mais pessoas, avaliar o estado do paciente, não movimentar o paciente porque causaria mais fraturas. Como enfermeira chamaria também o pessoal do S\_A\_M\_U para avaliação do paciente. Só que eles querem que nós vejamos pressão e o pulso. Como enfermeira só iria avaliar o paciente, não tem como mover o paciente, não tem o material para primeiros socorros aqui no posto (n\_08).*

A classe 2 apresenta 08 UCE de 66, respondendo por 19,7% do corpus está associada a classes 6. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *agente, comunitário, saúde*

( $p < 0,0001$ ), extraídas homoganeamente do relato de todos os profissionais da saúde (**\*posic\_1; \*posic\_2; \*posic\_3; \*posic\_4**). Os depoimentos abaixo revelam o contexto significativo das palavras:

*Avaliar se o paciente bateu a cabeça, realizar toda anamnese, entrar em contato com o S\_A\_M\_U (n\_01).*

*Teria que fazer uma avaliação para saber o tipo de queda do paciente. Verificar os sinais vitais, entrar em contato com o pronto socorro e encaminhar ao serviço (n\_12).*

*Nunca atendi pacientes que tenham sofrido queda aqui no posto (n\_24).*

*Chamaria o S\_A\_M\_U como Agente Comunitário de Saúde (n\_40).*

A classe 3 apresenta 10 UCE de 66, respondendo por 15.2% do corpus está associada com as classes 1, 4 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *técnico, enfermagem, realiza* ( $p < 0,0001$ ), extraídas predominantemente dos relatos dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem (**\*posic\_2; \*posic\_4**). Os depoimentos abaixo revelam o contexto significativo das palavras:

*Como técnico de enfermagem perguntar de que altura caiu, se quebrou alguma parte do corpo, depois encaminhado ao médico (n\_19).*

*O agente comunitário de saúde não faz esse tipo de atendimento, não tenho respaldo como os técnicos de enfermagem para realização desse procedimento (n\_48).*

A classe 4 apresenta 12 UCE de 66, respondendo por 15.2% do corpus, está associada com as classes 1, 3 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *pronto, socorro, encaminhar, ao* ( $p < 0,0001$ ), extraídas

predominantemente dos relatos de agentes comunitários de saúde e médicos (**\*posic\_4**; **\*posic\_3**). Os depoimentos abaixo revelam o contexto significativo das palavras:

*Uma pessoa que sofreu uma queda, no caso como Agente Comunitário de Saúde não teria o que fazer para essa pessoa [...] entraria em contato com o S\_A\_M\_U (n\_66).*

*Mesmo que seja uma queda da própria altura, como médico faço a primeira avaliação e entro em contato com o S\_A\_M\_U e encaminho ao pronto socorro (n\_23).*

A classe 5 apresenta 8 UCE de 66, respondendo por 12.12% do corpus, está associada com as classes 1, 3 e 4. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *cabeça, bater* ( $p < 0,0001$ ), extraídas predominantemente dos relatos de agentes comunitários de saúde (**\*posic\_4**). Os depoimentos abaixo revelam o contexto significativo das palavras:

*Verificar se não quebrou nada, se bateu a cabeça, chamar o S\_A\_M\_U (n\_59).*

*Queda? Encaminharia para o hospital [...]se não tiver vomito até acho que já nem é tão complicado assim, mas se bater a cabeça, ficar tonta e vomitando já é mais sério. De qualquer forma eu como agente comunitário de saúde encaminharia para o hospital (n\_72).*

A classe 6 apresenta 10 UCE de 66, respondendo por 15.2% do corpus e está associada com as classes 1, 4 e 5. As palavras mais frequentes e significativas destes segmentos de textos são: *contato, entrar, agente, comunitário, saúde, eu, com* ( $p < 0,0001$ ), extraídas homoganeamente do relato de todos os

profissionais da saúde (**\*posic\_1**; **\*posic\_2**; **\*posic\_3**; **\*posic\_4**). Os depoimentos abaixo revelam o contexto significativo das palavras:

*Verificaria os sinais vitais, realizar a imobilização do paciente se fosse necessário e entrar em contato com o S\_A\_M\_U (n\_4).*

*Mesmo que seja uma queda da própria altura, como médico faço a primeira avaliação e depois entro em contato com o S\_A\_M\_U e encaminho ao pronto socorro (n\_23).*

*Eu sendo agente comunitário de saúde entraria em contato com o SAMU (n\_51).*

Ao observar as associações entre as classes 1, 3, 4 e 5 pode-se inferir que os enfermeiros não mexem nas pessoas vítimas de acidentes por quedas. Os agentes comunitários de saúde e médicos relatam que encaminham a vítima para o pronto socorro. Já os primeiros indicam que os técnicos em enfermagem são quem realizam tal encaminhamento.

Já nas associações entre as classes 2 e 6 compreende-se que o conjunto de profissionais orienta os agentes comunitários de saúde que ao se depararem com um acidente por queda, entrem em contato. Logo, os agentes comunitários de saúde o fazem porque acreditam que nesta situação, ao bater a cabeça, a vítima ocorre risco de vida.

Torna-se mais fácil a visualização destas conexões na apresentação da análise de similitude (**Figura 2**).



contato com o SAMU para o encaminhamento da vítima ao pronto socorro.

## Discussão

Os resultados encontrados indicam o conhecimento dos profissionais da ESF sobre a assistência à saúde de pessoas que sofreram uma queda. Todas as categorias profissionais se responsabilizam por esse atendimento as vítimas de acidentes por quedas, porém com diferentes formas de assistência e gerência.

A categoria profissional de enfermeiros traz em seus relatos que a assistência de enfermagem está relacionada com o risco de fraturas. Os enfermeiros relatam ainda que realizam somente um exame físico bem superficial e procedimentos básicos, como a verificação dos sinais vitais. Os relatos reforçam que o enfermeiro detém conhecimento sobre a imobilização e o fluxo de encaminhamento ao serviço especializado até a chegada do SAMU. Deste modo, o atendimento prestado pelo enfermeiro às quedas destina-se a continuidade da assistência em um serviço especializado que poderá garantir um cuidado integral à pessoa.

Mesmo compreendendo que o profissional enfermeiro tem toda competência e respaldo legal para realizar o atendimento a qualquer pessoa nas urgências e emergências, sabe-se que as ações desempenhadas na ESF não se destinam à emergência. E nesta perspectiva, afirma-se que a queda pode ser tratada como incidente ou acidente. Para tal, as ações da equipe da ESF podem ser articuladas com ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos.

O papel do enfermeiro em encaminhar o idoso a um serviço especializado se torna adequado quando a queda foi considerada como acidente, pois é a APS definida como a principal e mais adequada forma de acesso das pessoas ao sistema de saúde. O enfoque da APS em ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e de resultados em saúde<sup>20</sup> sustentam o aumento da cobertura de ESF, pois reduzem as internações por condições sensíveis à atenção primária<sup>21</sup> e de mortes por causas preveníveis<sup>22</sup>.

Nos resultados da categoria profissional de técnicos de enfermagem, nota-se que eles têm dificuldades de prestar assistência em saúde a vítimas de acidentes por queda. Essas dificuldades podem decorrer da ausência de capacitação para intervenção neste tipo de situação ou desconhecimento sobre o fluxo de atendimento na RAS. Em parte, pode-se justificar pela ausência de uma educação permanente aos técnicos de enfermagem. Porém, essa percepção não é entendida nas demais categorias profissionais.

As dificuldades ainda podem ser justificadas pela combinação de fatores organizacionais, estruturais e financeiros, tais como dificuldades gerenciais, burocracia excessiva, sobrecarga de trabalho, precariedade das condições de trabalho, deficiências estruturais, falta de equipamentos adequados, baixos salários e ausência de uma política de educação permanente e continuada<sup>23</sup>. Tais fatores podem se refletirem na qualificação dos profissionais, na resolubilidade dos serviços e na necessidade de monitorar e avaliar a APS<sup>24</sup>.

Os agentes comunitários de saúde têm possibilitado aos enfermeiros realizarem a prática do cuidado de enfermagem voltada para as necessidades de saúde da população, como fica evidente nos



resultados desta categoria profissional neste estudo. A expressividade numérica dos ACS decorre da própria proposição ministerial para o trabalho em equipe na ESF, cabendo a estes profissionais realizarem a busca ativa dos eventos na comunidade, além de fortalecer o vínculo da equipe com a população<sup>25</sup>.

Nos resultados da categoria dos profissionais de médicos não se têm uma citação das ações de assistência às vítimas de acidentes por quedas. Pois eles são mencionados pelos agentes comunitários de saúde, de modo que os médicos apenas orientam os ACS a fazerem o encaminhamento das vítimas de acidentes por quedas para o pronto socorro com a ajuda do SAMU.

A ausência do termo longitudinalidade do cuidado nas UCE pode, em parte, descaracterizar a proposta da Política Nacional da Atenção Primária<sup>26</sup> que preconiza o acompanhamento das intervenções em saúde para construir e manter a continuidade da relação de cuidado entre profissionais e usuários. No entanto, pode-se compreender que as palavras “*encaminhar*”, “*pronto socorro*” e “*contato*” são capazes de sinalizar a responsabilidade dos profissionais pela continuidade do cuidado na RAS. O cuidado continuado entre APS para outros serviços, pode assegurar um adequado processo de transição entre diferentes locais ou entre diferentes níveis de cuidado<sup>27</sup>.

A ação emergencial de entrar em contato com o serviço especializado da própria RAS, infere que os profissionais buscam resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS. Assim, pressupõe-se que os profissionais estão articulados com a resolutividade da Atenção Básica que visa

articular as diferentes tecnologias de cuidado individual na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia das pessoas. Todavia, saber que acidentes decorrentes das quedas demandam ações emergenciais, diferindo-se das ações a serem realizadas no incidente da queda.

A análise de similitude entre as palavras e a nuvem de palavras demonstram um cuidado centrado na pessoa indo ao encontro da Política Nacional da Atenção Primária<sup>26</sup> e da Política Nacional da Pessoa Idosa<sup>16</sup>. O cuidado centrado na pessoa idosa, mesmo diante de uma situação emergencial aponta o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as ações dos profissionais a atender as necessidades reais.

## Conclusão

O presente estudo permitiu conhecer a assistência dos profissionais da ESF às pessoas vítimas de acidentes por quedas. No que se refere às ações dos enfermeiros constatou-se que estes se preocupam com a gravidade da lesão. Preocupação está restrita a contemplação da vítima e a orientação aos demais profissionais da equipe para chamar o socorro de urgência. Já os técnicos de enfermagem encaminham a vítima para o serviço de referência, ou seja, pronto socorro. Em relação à categoria dos médicos, não há menção a ações de assistência ou socorro às vítimas de acidentes por queda. Por fim, os agentes comunitários de saúde são responsáveis por realizar o chamamento do SAMU, que realiza o deslocamento do local do acidente até o serviço de saúde referência.

Desta forma as categorias profissionais não consideraram a possibilidade da ocorrência de um acidente por queda sem lesões. Este fato pode ter relação com correta interpretação do conceito de

acidente, ou seja, não o assimilando a incidente. Mesmo assim, acredita-se que os enfermeiros da ESF possam realizar a primeira avaliação clínica no local do acidente por queda. Fato que facilitará a referência a outro serviço ou o próprio acompanhamento clínico da pessoa na RAS. Já que, a referida estratégia tem por proposição a promoção da saúde comunitária, não devendo restringir suas ações a estrutura da unidade de saúde.

O potencial deste estudo refere-se ao método de estudo e ao quantitativo de entrevistados na ESF. A limitação tem relação com o quantitativo de representantes por categoria profissional, cujo predomínio foi de agentes comunitários de saúde. No entanto, as classes 4 e, especialmente a 3, fortalecem os resultados por evidenciarem o conhecimento a respeito das ações doutros membros da equipe de Saúde da Família no atendimento a vítimas de acidentes por quedas. Além do que, tal relação é característica da estruturação da equipe multiprofissional deste programa.

## Referências

1. Mascarenhas MDM, Barros MBA. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(4):771-784.
2. Melo-Silva AM, Mambirini JVM, Junior PRBS, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52(suppl.2):1-11.
3. Pimentel WRT, Pagotto V, Stopa SR, Hoffmann MCCL, Andrade FB, Souza Junior PRB, et al. Falls among Brazilian older adults living in urban areas: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52(Suppl 2):1-9.
4. Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns E, Stevens J, Drake C. Medical costs of fatal and nonfatal falls in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2018; 66(4):693-8.
5. Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciência Saúde Coletiva.* 2018; 23(4):1131-1141.
6. Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(2):e0360015.
7. Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EN, Machado CJ. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. *Ciência Saúde Coletiva.* 2015; 20(3):701-712.
8. Souza AQ, Pegorari MS, Nascimento JS, Oliveira PB, Tavares DMS. Incidência e fatores preditivos de quedas em idosos na comunidade: um estudo longitudinal. *Ciência Saúde Coletiva.* 2019; 24(9):3507-3516.
9. Vieira L, Gomes AP, Bierhals I, Farías-Antúnez S, Ribeiro C, Miranda V, et al. Falls among older adults in the South of Brazil: prevalence and determinants. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52(22).
10. Morsch P, Myskiw M, Myskiw JC. A problematização da queda e a identificação dos fatores de risco na narrativa de idosos. *Ciência Saúde Coletiva.* 2016; 21(11):3565-3574.
11. Guirguis-Blake JM, Michael YL, Perdue LA, Coppola EL, Beil TL. Interventions to prevent falls in older adults. *JAMA.* 2018; 319(16):1705-12.
12. Silva VM, Arruda ASF, Silva LSV, Pontes JFL, Cachioni M, Melo RC. Efetividade de uma intervenção múltipla para a prevenção de quedas em idosos participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Re. Bras Geriatr Gerontol.* 2019; 22(4):e190032.
13. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Iedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2017; 51(24):1750-8.
14. Brasil. Política Nacional do Idoso: Lei 8.842 de 04/01/1994. Brasília: MPAS, SAS. 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Ministério da saúde - 1ª Ed. 2ª Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 20 out. 2006. Mendes, Eugênio Vilaça.

As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

17. Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

18. Ratinaud P, Marchand P. Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "Cable-Gate" avec IraMuTeQ. In: Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles (pp. 835-844). Liège, Belgique. 2013.

19. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina. 2013.

20. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. Saúde Debate. 2018; 42(1):18-37.

21. Castro AL, Andrade CL, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. Cad Saúde Pública. 2015; 31(11):2353-2366.

22. Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care

expansion and strong health governance. Health Aff (Millwood) 2017; 36(1):149-158.

23. Oliveira MM, Pedraza DF. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Saúde Debate. 2019; 43(122):765-779.

24. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. Cogitare Enferm. 2017; 22(2):1-10.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017.

27. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2017; 22(3):e47615.