

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Perfil da mortalidade por quedas em idosos

Mortality profile from falls in the elderly

Perfil de la mortalidad por caídas en los ancianos

Aíla Marôpo Araújo ¹, Rejane Maria Paiva de Menezes ², Ana Elza Oliveira de Mendonça ³, Monique da Silva Lopes ⁴, Alexandre de Medeiros Tavares ⁵, Heloísa Cristina Ferreira de Lima ⁶

ABSTRACT

Objective: to characterize the mortality profile due to falls in the elderly, in the period of 2000 and 2010. **Method:** it is a descriptive, retrospective, epidemiological study, with quantitative approach, elaborated according to information system data about the elderly mortality. For data collection secondary information was used available by the health ministry, regarding to 70 records of deaths due to falls in the elderly. The tabulation of the data was performed by the tabwin system 3.2, and presented in tables. **Results:** 30.02% of deaths were motivated by falls of the same level - by slip, stumble or missteps and 24.30% by other falls on the same level. The most important was the group aged of 80 years old or more, homogeneity to male and female, brown skin, illiterate and married individuals. **Conclusion:** it is essential to strengthen measures to prevent falls in the elderly, as well as disseminate in public policy discussions in the elderly. **Descriptors:** mortality, elderly, external causes.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil de mortalidade por quedas em idosos no período de 2000 e 2010. **Método:** trata-se de estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, elaborado de acordo com dados do sistema de informação sobre mortalidade de idosos. Para coleta de dados utilizou-se de informações secundárias disponibilizadas pelo ministério da saúde, referentes a 70 registros de óbitos motivados por quedas em idosos. A tabulação dos dados foi efetuada pelo sistema tabwin 3.2 e apresentados em tabelas. **Resultados:** 30,02% dos óbitos foram motivados por queda de mesmo nível - por escorregão, tropeção ou passos em falso e 24,30% por outras quedas no mesmo nível. Prevaleram a faixa etária de 80 anos ou mais, homogeneidade aos sexos masculino e feminino, cor parda, indivíduos não alfabetizados e casados. **Conclusão:** é fundamental que sejam fortalecidas medidas de prevenção de quedas em idosos, assim como difundidas nas discussões de políticas públicas em relação à pessoa idosa. **Descritores:** mortalidade, idosos, causas externas.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil de la mortalidad causados por caídas en los ancianos entre 2000 y 2010. **Método:** se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo, elaborado según datos del sistema de información sobre la mortalidad en los ancianos. Para la recolección de datos se utilizaron informaciones secundarias, disponibles por el ministerio de salud, sobre 70 registros de muertes debido a caídas en los ancianos. La tabulación de los datos se realizó a través del sistema tabwin 3.2 y presentados en tablas. **Resultados:** 30,02% de las muertes fueron motivadas por caídas del mismo nivel - por resbalones, tropezones o pasos en falso y 24,30% por otras caídas en el mismo nivel. Prevalcieron los de la edad de 80 años o más, homogeneidad de los sexos masculino y femenino, pardos, analfabetos y casados. **Conclusión:** es esencial que se refuercen medidas para prevenir las caídas en los ancianos, así como difundidas en los debates de política pública en relación el anciano. **Descriptor:** mortalidad, anciano, causas externas.

¹Autor correspondente. Pós - Graduanda em Enfermagem do Trabalho. Enfermeira. Gestora da Vigilância Epidemiológica de Natal - RN. Professora Substituta da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem do DENE-UFRN. Endereço: Rua Alziro Zaruh, 22 A, Planalto, CEP: 59073-072. Natal (RN), Brasil. E-mail: ailamaropo@yahoo.com.br. ²Doutora em Enfermagem, Professora de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem/UFRN. Vice - Coordenadora da Base de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem/UFRN. E-mail: rejemene@terra.com.br. ³Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde/UFRN. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFRN. Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela UNIFESP/SP. Membro dos Grupos de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem e Enfermagem Clínica da UFRN. Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade de Ciências Cultura e Extensão do RN/UNIFACEX. Enfermeira Intensivista do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). E-mail: a.elza@uol.com.br. ⁴Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem do Trabalho. E-mail: niklopes@yahoo.com.br. ⁵Graduado em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Técnico do Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, com atuação na Direção do Centro de Zoonoses. E-mail: alessandre_tavares@hotmail.com ⁶Enfermeira. Mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem do departamento de enfermagem/UFRN. E-mail: loisa2006@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as causas externas de morbimortalidade converteram-se em expressiva parcela dos problemas de saúde, e ocupam lugar de destaque nas estatísticas de saúde na maioria dos países. No século XX e neste início do século XXI, o perfil epidemiológico brasileiro tem perpassado por mudanças, com a redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônico-degenerativas e outras causas. Sob esse enfoque, informações referentes ao nível de mortalidade por causas externas de uma população são bastante significativas quando a finalidade é fazer inferências acerca das condições de saúde da população e dos grupos que a constituem. Tais informações possibilitam identificar grupos da comunidade mais afetados por determinados agravos à saúde, definir prioridades, planejar ações e alocar recursos para sua solução.¹

No cenário atual, as causas externas são responsáveis por mais de cinco milhões de mortes e representam aproximadamente 9% da mortalidade mundial. No Brasil, são a terceira causa de morte mais frequente. Na Região Nordeste, elas ocupam a segunda posição, e, no Estado do Rio Grande do Norte, a terceira posição, configurando-se como inquestionável o enfrentamento dessa problemática junto aos gestores públicos para que seja considerada como prioridade em saúde.²⁻³

As causas externas compreendem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos), as quais consistem na atualidade um grande desafio para a saúde pública.²

Na perspectiva de grupo etário, no Brasil, os idosos ocupam a sexta posição em óbitos por causas externas, e no componente “acidente por queda” encontram-se na primeira posição. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idosos são os indivíduos a partir dos 60 anos de idade, para países em desenvolvimento, e de 65 e mais anos de idade para os países desenvolvidos.⁴⁻⁵

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que as pessoas com idade de 60 anos ou mais possuem tendência a duplicar no período de 2000 a 2020, passando de 13,9 para 28,3 milhões. Projeções apontam que, em 2030, o número de idosos possa superar o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade) em cerca de 4 milhões.⁶

Com esse entendimento, as quedas têm se tornado um problema crescente com o processo de envelhecimento, pois quanto mais frágil é o idoso maior a propensão ao evento, caracterizando-se como fator de extrema relevância em situações de morbidade, institucionalização e mortalidade.⁷⁻⁸

As quedas são consideradas eventos não intencionais e configuram-se na mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial. Para isso, são excluídas mudanças de posição intencionais que possibilitem o apoio em móveis, paredes ou outros objetos.⁷⁻⁸

Em âmbito nacional, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano. Nos idosos acima de 80 anos, essa proporção se eleva para aproximadamente 50%. Após a

primeira queda, aumenta o risco de cair novamente e, por medo de cair, os idosos diminuem sua mobilidade e sociabilidade.⁹

Com relação à mortalidade, em 1990, a taxa encontrada por 100 mil idosos foi de 3.874,5 no Brasil e de 3.080,8 no Nordeste. Em 2000, observou-se uma redução mais acentuada nas taxas do país como um todo (3.591,0), tendência não observada no Nordeste (3.031,6).¹⁰

Discussões acerca da mortalidade por quedas em idosos são de extrema relevância, pois elas constituem um problema social e de saúde pública que deve ser enfrentado por gestores, profissionais de saúde, indivíduo, e comunidade.

Com isso, se requerem medidas de prevenção frente a essa problemática, pois as quedas envolvem uma conjuntura de componentes intrínsecos e extrínsecos que repercutem também como impacto financeiro no Sistema Único de Saúde (SUS), na família e na comunidade. Estudos com essa importância permitem contribuir para o planejamento e delimitação de políticas públicas de saúde na área de saúde da pessoa idosa.

Portanto, este estudo tem a seguinte questão norteadora: Quais as variáveis determinantes para as causas de mortalidade por quedas em idosos no município de Natal/RN?

Para responder a essa questão, o objetivo desse estudo é caracterizar o perfil de mortalidade por quedas em idosos.

MÉTODO

Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, em que foram analisados os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para o Município de Natal/RN, no período de 2000 a 2010.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975. É um sistema de vigilância epidemiológica nacional e tem como objetivo captar dados sobre os óbitos do país, a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. Ele possui como documento básico a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o território nacional.¹¹

Os dados coletados através do SIM, no âmbito da vigilância epidemiológica, são utilizados para calcular a taxa ou coeficiente de mortalidade e mortalidade proporcional por grandes grupos de causas, por causas específicas, faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação e outras características dos óbitos.¹²

A população de estudo foi composta por 70 idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, vítimas de quedas, residentes na capital de Natal/RN. Para isso, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças, na décima revisão (CID - 10), através do capítulo XX (causas externas de morbidade e mortalidade), de acordo com a codificação de quedas contemplada de W00 a W19, com abrangência entre os tipos de quedas que ocorrem no mesmo nível, de nível mais alto e outras quedas não especificadas.³

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2012, através do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Utilizou-se como variáveis:

capital de residência, ano (2000 a 2010), faixa etária, escolaridade, etnia e estado civil. Em seguida, os dados foram distribuídos em planilhas e organizados no formato tabular com o programa Tabwin 3.2. Para a análise, optou-se pela estatística descritiva.

Foi realizado o cálculo da média em relação à mortalidade geral por todas as causas, por causas externas, por acidentes/quedas para todas as idades, acidentes/quedas na faixa etária de maiores de 60 anos e por tipo de acidente/queda na série histórica em destaque.

Para o cálculo da mortalidade proporcional por idade, que indica a distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, o cálculo é realizado pelo número de óbitos de residentes, por faixa etária, sobre o número de óbitos de residentes, excluídos os de idade ignorada ($\times 100$). O denominador utilizado no coeficiente foi baseado nas estimativas populacionais do IBGE disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) no sítio www.datasus.gov.br, do DATASUS. Utilizou-se como referência a distribuição etária da população brasileira do Censo 2010.¹³

Em observância aos preceitos éticos, este estudo utilizou-se de dados secundários disponibilizados pelo MS, fornecidos *online* (www.datasus.gov.br), com a utilização de variáveis que não possibilitam a identificação dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados na relação entre variáveis de mortalidade por tipo de queda para todas as faixas etárias, mortalidade por tipo de queda em idosos e caracterização da mortalidade por quedas em idosos.

Os dados revelaram que a mortalidade geral no Município de Natal apresentou, no ano 2000, a taxa de mortalidade geral por grupo de causa de 496,27 por 100.000 habitantes. Já em 2010, apresentou uma taxa de 534,5/100.000 habitantes. Com isso, observa-se uma variação proporcional entre as taxas dos referidos anos de 7,15%. Quanto à mortalidade geral por causas externas, em 2000, a taxa foi de 60,22/100.000 habitantes, e em 2010 de 76,89/100.000 habitantes, com uma variação proporcional entre as taxas de 21,68%, o que denota para a relevância desses agravos no cenário municipal.

Quanto à taxa de mortalidade proporcional por causas externas, ficou evidenciado no estudo que para o período de 2000 a 2010 foi de 13,10%. Dentro desse componente, os acidentes e as quedas representaram 2,11%, e, de maneira mais específica os acidentes, do tipo quedas, na faixa etária de 60 anos ou mais ocuparam o percentual de 29,17%.

Foram encontrados 120 óbitos por tipo de quedas em todas as faixas etárias. E nos tipos de quedas na faixa etária de 60 anos ou mais o índice foi de 70 óbitos, o que representa o percentual de 58,33% em relação às quedas em todas as faixas etárias.

- Mortalidade por tipo queda para todas as faixas etárias

Quanto à mortalidade por tipo de quedas, observou-se que 22,50% dos indivíduos chegaram a óbito por queda sem especificação, componente W19 do CID-10, com 20,00% de

quedas de mesmo nível, como escorregão, tropeção ou passos em falso (W01/CID-10) e outras quedas de um mesmo nível (W18/CID-10) (Tabela 1). A média encontrada para o componente W19, queda sem especificação, foi de 2,45. (Tabela 1).

Tabela 1. Mortalidade por tipo de queda em todas as faixas etárias, entre 2000 e 2010. 2012. Natal/RN/Brasil

Tipo de Queda	N	Média	%
W01 Queda de mesmo nível escorregão, tropeção ou passos em falso	24	2,18	20,00
W06 Queda de um leito	5	0,45	4,17
W07 Queda de uma cadeira	1	0,09	0,83
W10 Queda em ou de escadas ou degraus	1	0,09	0,83
W12 Queda em ou de um andaime	2	0,18	1,67
W13 Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas	11	1,00	9,17
W14 Queda de árvore	2	0,18	1,67
W17 Outras quedas de um nível a outro	23	2,09	19,17
W18 Outras quedas no mesmo nível	24	2,18	20,00
W19 Queda sem especificação	27	2,45	22,50
TOTAL	120	10,91	100,00

Fonte: SIM/DATASUS, 2012.

Nota: Foram excluídos os ignorados.

- Mortalidade por tipo de queda em idosos

A Tabela 2 evidenciou que, na mortalidade por tipo queda em idosos de 60 anos ou mais, nem todos os componentes encontrados na mortalidade por quedas de todas as faixas etárias foram encontrados na busca na faixa etária em destaque. Dentre os tipos de quedas encontrados, obteve-se que o componente W01 (queda de mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos falsos) apresentou a taxa de mortalidade proporcional por idade de 30,00%, seguido de outras quedas no mesmo nível (W18) (24,29%), e 20,00% dos idosos que chegaram a óbito foram por quedas sem especificação.

Tabela 2. Mortalidade por tipo de queda na faixa etária de 60 anos ou mais, entre 2000 e 2010. 2012. Natal/RN/Brasil

Tipo de Queda	N	Média	%
W01 Queda de mesmo nível, escorregão, tropeção ou passos em falso	21	1,91	30,0
W06 Queda de um leito	2	0,18	2,86
W07 Queda de uma cadeira	1	0,09	1,43
W13 Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas	1	0,09	1,43
W14 Queda de árvore	1	0,09	1,43
W17 Outras quedas de um nível a outro	13	1,18	18,57

W18	Outras quedas no mesmo nível	17	1,55	24,29
W19	Queda sem especificação	14	1,27	20,00
TOTAL		70	6,36	100,00

Fonte: SIM/DATASUS, 2012.

Nota: Foram excluídos os ignorados.

- Caracterização da mortalidade por quedas em idosos:

Para a caracterização da mortalidade por quedas em idosos, foram adotadas as seguintes variáveis: sexo, idade (anos), raça/cor, anos de estudo e estado civil, as quais serão apresentadas a seguir:

Tabela 03. Caracterização da mortalidade por queda na faixa etária de 60 anos ou mais, entre 2000 e 2010. Natal/RN/Brasil

Sexo	N	Média	%
Masculino	35	3,18	50,00
Feminino	35	3,18	50,00
TOTAL	70	6,36	100,00
Idade (anos)			
60-69	9	0,82	12,86
70-79	17	1,55	24,29
80 ou mais	44	4,00	62,86
TOTAL	70	6,36	100,00
Raça/cor			
Branca	21	1,91	36,21
Preta	3	0,27	5,17
Parda	34	3,09	58,62
TOTAL	58	5,27	100,00
Anos de estudo			
Nenhum	12	1,09	36,36
1 a 3 anos	10	0,91	30,30
4 a 7 anos	4	0,36	12,12
8 a 11 anos	4	0,36	12,12
12 anos e mais	3	0,27	9,09
TOTAL	33	3,00	100,00
Estado civil			
Solteiro	19	1,73	29,23
Casado	27	2,45	41,54

Viúvo	19	1,73	29,23
TOTAL	65	5,91	100,00

Fonte: SIM/DATASUS, 2012.

Nota: foram excluídos os ignorados.

A Tabela 3 demonstrou que a taxa de mortalidade proporcional por quedas foi semelhante (50,00%), tanto para o sexo feminino quanto para o masculino. A faixa etária com maior mortalidade foi de 80 anos ou mais (62,86%), acompanhada de 24,29% para os idosos entre 70 e 79 anos de idade.

Quanto ao componente raça/cor, foi observado que a maioria era de cor parda (58,62%), seguida de brancos, com 36,21%. Em relação à escolaridade, o percentual de destaque foi para os que não tinham nenhuma (36,36%), e 30,30% tinham de um a três anos de estudo. Já, quanto ao estado civil, ficou evidenciado que 41,54% eram casados, e 29,23%, solteiros ou viúvos (Tabela 3).

Com relação à mortalidade proporcional por tipo de queda em todas as faixas etárias, observou-se que a maioria dos óbitos decorre de quedas sem especificação, quedas de mesmo nível e outras quedas de mesmo nível.

As quedas são eventos mórbidos multifatoriais e que podem ocasionar lesões, distúrbios emocionais, declínio funcional e morte. Os principais fatores de risco podem ser identificados de maneira precoce, com vistas à prevenção e redução dos índices de morbidade, mortalidade e custos financeiros.¹⁴

O inquérito para vigilância dos acidentes e violências (VIVA), realizado em Natal/RN, apontou que as quedas em geral ocuparam o percentual de 26,7% das ocorrências; em segundo lugar apareceram outros acidentes (28,7%) e, na sequência, os acidentes de transporte (31,0%). Quanto aos tipos de quedas, as de mesmo nível ocuparam o percentual de 50,3%. Quanto às quedas de outros níveis, destaca-se o percentual de 13,2%.²

Estudo realizado pelo MS apontou que as quedas não especificadas correspondem à segunda causa de mortalidade mais evidente, o que corrobora com a pesquisa desenvolvida, em que ocuparam a primeira posição (22,50%).² Quanto às quedas de mesmo nível, essas são também consideradas um problema de saúde pública, tanto em relação à alta frequência que possuem quanto pelos efeitos diretos e indiretos que causam à população.¹⁵

Pesquisa realizada em São Paulo avaliou que além do indivíduo estar submetido à situação de queda de mesmo nível, lesões graves podem estar atreladas. Nesse estudo ficou evidenciado que 15% das pessoas tiveram quedas da própria altura, percentual inferior ao encontrado (20,00%).¹⁵

Dentro das causas externas por tipo de acidente, as quedas entre os idosos representaram elevado percentual de mortalidade, o que denota para a importância do fortalecimento das medidas preventivas, da educação em saúde e da identificação dos fatores de risco.

As quedas compreendem uma intercorrência de suma importância para a pessoa idosa, pois podem causar desde pequenas escoriações até fraturas diversas, traumatismos cranianos e fraturas de quadril, sendo esses últimos, muitas vezes, desfechos para óbito.¹⁶

No Brasil, uma estimativa identificou que 29% dos idosos sofreram quedas em um período de um ano. Como fatores são apontados para essa incidência o sexo feminino, idade

superior a 75 anos, quedas recorrentes, comprometimento das atividades de vida diária (AVDs), inatividade, além de alterações no equilíbrio e mobilidade.¹⁷ Nessa direção, estudo sinaliza que a taxa média de mortalidade de idosos no primeiro ano pós-queda chega a 21,8%.¹⁸

As AVDs são relacionadas ao autocuidado e, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. Elas podem predizer dificuldades ao executá-las, expondo a futuras dependências, pois as incapacidades em idosos podem significar aumento de risco de mortalidade e hospitalização e, portanto, aumento de dependência, aumento de custos para o setor saúde e necessidade de cuidados de saúde.¹⁹⁻²⁰⁻²¹

Em estudo²², que tinha por finalidade avaliar as características das quedas entre idosos em São Paulo, observou-se que a mortalidade por queda com nível de escorregão, tropeção ou passo em falso apresentou o percentual de 24,8%, percentual inferior ao da pesquisa (30,00%); já para outras quedas de um mesmo nível, foi encontrado 23,1%, índice inferior (24,29%). Para quedas de um nível a outro, o percentual foi de 18,57%, contrariando os 20,00%.²

As quedas em idosos necessitam de intervenções em uma perspectiva multiprofissional, pois exigem novas estratégias para sua prevenção. Com isso, os diferentes atores e setores da sociedade devem estar implicados. Com efeito, é imperativo aos profissionais de saúde e serviços de saúde a prestação de cuidados à pessoa idosa, no que tange à avaliação do risco de queda e posterior aplicação das medidas eficazes de prevenção.²³

É válido destacar que as principais causas de quedas em idosos compreendem, além do uso de medicamentos, problemas ambientais, como piso e iluminação, alterações sensoriais, disfunções neurológicas e musculoesqueléticas. Nessa perspectiva, a utilização de dados acerca da mortalidade e a identificação dos principais tipos de quedas ocorridos entre os idosos evidenciam, para o atendimento à saúde, tanto para o conhecimento da situação de saúde da comunidade quanto para subsidiar políticas públicas.¹⁶

Portanto, é essencial a adequação e adaptação das residências para recepção da pessoa idosa, principalmente no que concerne à acessibilidade, a saber: inclusão da discussão do meio ambiente; rearranjo do domicílio; uso de equipamentos auxiliares a marcha; cuidados com os pés e sapatos e, até mesmo, “aprender como cair”.²⁴

Pesquisas apontam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como importante instrumento na prevenção das quedas e dos índices de mortalidade da população idosa, pois acredita-se que a maior proximidade da família e comunidade com o serviço de saúde deve ser facilitador no desenvolvimento de atividades de promoção à saúde para a população em geral, particularmente para a pessoa idosa.¹⁶

No cenário da ESF, é de suma valia que a equipe conheça a realidade socio sanitária da área de abrangência de atuação, com vistas ao planejamento de ações direcionadas ao “problema” encontrado, pois o ideal não é o planejamento de ações a partir dos dados de mortalidade, mas a atuação dos profissionais de saúde frente aos determinantes e condicionantes do processo saúde/doença para a prevenção de doenças e agravos, na questão, o agravo queda.¹⁶

As quedas sem especificação apontam para a má qualidade do preenchimento da DO, porém, em se tratando de idosos, é sabido que entre aqueles que vivem sozinhos e que,

porventura, cheguem a óbito sem assistência ou testemunhas, pode ser mais difícil o esclarecimento das circunstâncias da morte.¹⁴

Camarano e Pasinato²⁵ estimam que o número de idosos duplique nos próximos 20 anos, passando dos atuais 49 milhões para aproximadamente 100 milhões em 2025. O estudo avaliou a intensidade do processo de envelhecimento e a participação das pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais no total da população nos seguintes países: Argentina, Brasil, Bolívia, Costa Rica, México e Peru. O Brasil encontra-se na linha de envelhecimento moderado avançado, cujas proporções de população idosa variam entre 8% e 10%.

Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos de 65 anos ou mais de idade. Aponta-se que entre 2035 e 2040 já estaria havendo mais população idosa, em uma proporção 18% superior à de crianças e, em 2050, a relação poderá ser de 100 para 172,7.²⁶

Com isso, a análise das informações de mortalidade, inseridas no contexto arrolado, permite avaliar o perfil epidemiológico atual da população por meio de sua estrutura e causas. Os dados de mortalidade proporcionam elementos de suma importância para o conhecimento dos níveis de saúde da população, além de fornecerem subsídios para o planejamento das ações das políticas de atenção à saúde dos distintos segmentos populacionais.²⁶

O estudo de Jorge e colaboradores²⁷, que buscou observar a qualidade da informação nos bancos de dados do SIM e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) sobre causa básica de óbito devido a causas externas, em idosos de 60 anos ou mais no Estado do Rio de Janeiro, evidenciou que, entre os idosos, as causas externas não especificadas (62,3%) constituíram o tipo mais frequente de causa registrado no SIM, enquanto que, no SIH/SUS, as causas mais frequentes no registro de internação foram as quedas (47,0%). De acordo com o estudo, as quedas entre idosos na faixa etária de 60 anos ou mais correspondiam a 14,6% entre os registros.

O registro das informações nos sistemas de informação é de suma importância na configuração do perfil epidemiológico da população em estudo, pois a obtenção dos dados é subsídio para a construção de indicadores de saúde mais qualificados e sensíveis à realidade local.²⁷

As estatísticas de mortalidade alertam as autoridades públicas sobre problemas de maior magnitude, constituindo importante guia para a determinação das prioridades de investigação na área da saúde coletiva.¹

Quanto à caracterização dos óbitos por quedas, do total encontrado na população brasileira com 65 anos ou mais de idade, em 1980, 11,4% ocorreram entre os homens e 18,5% entre as mulheres com 85 anos ou mais de idade. Já, em 1995, esses percentuais subiram para 16,1 e 24,8% para homens e mulheres, respectivamente. Esses dados vão além de indicadores estatísticos, pois resultam em implicações profundas, políticas, sociais e no sistema de saúde.¹⁶

Ao contrário do que este estudo revela, foi observado que a partir dos 60 anos se percebe o maior impacto do evento queda, e foi entre os idosos nessa faixa etária que se observou a ocorrência em 61,8% de todas as mortes.²

Estudos revelam que os maiores coeficientes de mortalidade por causas externas foram encontrados, em ordem decrescente, nas faixas de 20 a 59 anos, 60 anos ou mais, e 10 a 19 anos de idade: uma tendência crescente nos adolescentes e adultos, mas

decrecente nos indivíduos de 60 anos ou mais, ainda que esses tenham apresentado valores altos nos últimos anos.¹

Em outra análise, foi observada queda da taxa de mortalidade nos maiores de 60 anos no período, que passou de 400 (óbitos idosos/10 mil idosos) em 2000 para 364 em 2010. Essa queda se verificou de forma ainda mais acentuada nos três grupos etários de idosos apresentados (60 a 69, 70 a 79 e maiores de 80 anos). Em 2000 e 2010, as taxas de mortalidade aumentaram conforme aumentou a idade dos idosos.²⁸

Em relação ao sexo, pesquisa apresenta tendência inversa para os sexos, ou seja, valores maiores para as mulheres idosas mais velhas e menores para os homens idosos mais velhos. Embora, no último triênio, o coeficiente de mortalidade por quedas tenha sido o mesmo para ambos os sexos, 58,3 óbitos para cada 100.000 habitantes, foi possível observar que, para o sexo masculino, os coeficientes tiveram valores semelhantes até 79 anos, com queda após essa idade. Para o sexo feminino, a tendência foi inversa, observando-se maiores coeficientes de mortalidade por quedas em idosas acima de 85 anos de idade.¹⁶

No Brasil, homens com 60 ou mais anos de idade, residentes nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, são os mais vulneráveis à morte por quedas. As quedas no mesmo nível correspondem a 2,5%, quedas de um nível a outro a 1,7% e quedas não especificadas a 2,4%. Estudos evidenciam que o risco de morrer em consequência de uma queda entre homens foi de 1,8 vezes o risco observado entre as mulheres.²

Do ponto de vista da saúde pública, estudiosos ressaltam que é um problema significativo com taxa de prevalência de 34,8% para ambos os sexos e de 40,1% para as mulheres.¹⁸

Além dos possíveis traumas e do risco de morte, as quedas levam à restrição das atividades, ao declínio na qualidade da saúde, à incapacidade e ao risco de internação em instituições de longa permanência. Além disso, geram aumento dos custos devido à utilização de serviços especializados e pelo aumento das internações hospitalares.¹⁴

Quanto ao tipo de cor/raça, estudo de amostra heterogênea, com média de idade de $69,9 \pm 6,906$ anos, mostrou que 139 (70,9%) eram do sexo feminino e 57 (29,1%) do sexo masculino, eram brancos 48,5%, pardos 28% e negros 23,5%, com média de escolaridade de 4,4 anos de estudo completos, contrariando o perfil encontrado nesta pesquisa.¹⁷

Silva e colaboradores destacam que a média de escolaridade encontrada na população estudada foi de 4,4 anos de estudo, em que, ao correlacionar anos de escolaridade com o resultado obtido através do miniexame do estado mental (MEEM), obteve-se significância para o grupo que apresentou média de 5 a 8 anos de estudo, que deveria ter pontuação média de 26,5, devido ao grau de escolaridade.¹⁷

A situação conjugal encontrada no estudo foi de 41,54% para casados, e em pesquisa realizada em uma localidade específica do Rio de Janeiro foi observada que certa proporção de idosos (20,8%) que sofreram quedas vivia sozinha. No estudo em análise, os percentuais para óbito de idosos solteiros e viúvos foram semelhantes (29,23%).¹⁸ Outro estudo revelou prevalência de vida conjugal em 44,4% dos idosos.¹⁷

CONCLUSÃO

A partir dos resultados, pode-se inferir que a mortalidade por quedas na cidade de Natal/RN apresentou o seguinte perfil: ocorreu de maneira homogênea para o sexo feminino e masculino, sendo mais frequente em idosos com 80 anos ou mais, cor parda, sem nenhuma escolaridade e casados. Quanto aos tipos de quedas, as mais prevalentes foram de mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso, seguido por outros tipos no mesmo nível e outras quedas de um nível a outro.

Diante desse perfil, as mudanças demográficas e epidemiológicas que envolvem a pessoa idosa devem ser percebidas através de perspectivas inovadoras, pois é necessário fomentar o cuidado integral, com ênfase na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

Tendo em vista que as quedas possuem impacto considerável na vida dos indivíduos, nos elevados custos econômicos e sociais e na sobrecarga dos serviços de saúde, torna-se fundamental o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis, como os idosos, na compreensão do evento queda e na atuação preventiva de sua ocorrência pela equipe multiprofissional.

Portanto, a prevenção de quedas deve ser cada vez mais difundida nas discussões das políticas públicas para a saúde da pessoa idosa. Espera-se também que estes resultados estimulem os profissionais de saúde na realização de atendimento aos idosos, com a incorporação de práticas voltadas à identificação dos fatores de risco, e os gestores da saúde, para que possam atentar para essa problemática que é evitável.

REFERÊNCIAS

1. Tristão KM, Leite FMC, Schmildt ER, Leite EC, Castro DS, Vilela APM. Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21(2): 305-13.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rio Grande do Norte - Caderno de informações para a gestão estadual do SUS. Brasília: CONASS; 2011.
4. Melo SCB, Leal SMC, Vargas MAO. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. *Enferm em Foco*. 2011; 2(4): 226-30.
5. Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Sá NNB, Gonzaga LAA, Neves ACM, Roza DL, et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Cap. 11. p. 225-48.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

7. Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisão integrativa da literatura. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 723-30.
8. World Health Organization. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Secretaria do Estado de São Paulo: São Paulo, WHO; 2010.
9. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Vigilância e prevenção de quedas em idosos. São Paulo: SES/SP; 2010.
10. Magalhães APR, Campelo e Paiva S, Ferreira LOC, Aquino TA. A mortalidade de idosos no Recife: quando o morrer revela desigualdades. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011 abr/jun; 20(2): 183-92.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001.
12. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2008.
13. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
14. Maciel A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. *Rev Méd Minas Gerais*. 2010; 20(4): 554-57.
15. Parreira JG, Vianna AMF, Cardoso GS, Karakhanian WZ, Calil D, Perlingeiro JAG, et al. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(6): 660-4.
16. Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. *Rev Latinoam Enferm*. 2006 jan/fev; 14(1): 17-24.
17. Silva A, Faleiros HH, Shimizu WAL, Nogueira LM, Nhãn LL, Silva BMF, et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012; 17(8): 2181-190.
18. Minayo MCS, Souza ER, Paula DR. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2719-728.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev RENE*. 2008 abr/jun; 9(2): 113-19.
21. Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Apr/June ; 20(2): 301-9.
22. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(2): 162-7.
23. Espada CVOA, Pereira MMN. Falls in elderly people living in the community: the health policies and strategies of prevention. *Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]*. 2012 mai [acesso em 2012 out 14]; 6 (5):1226-33. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2625/pdf_1073.
24. Alves Junior ED, Paula FL. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. *Fit Perform J [periódico na internet]*. 2008 [acesso em 2012 out 16]; 7 (2): 123-29. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2934958>.

25. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, Pobreza e Proteção Social na América Latina. Texto para Discussão. 2007; 1:1-32.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
27. Jorge MHPM, Cascão AM, Reis AC, Laurenti R. Em busca de melhores informações sobre a causa básica do óbito por meio de linkage: um recorte sobre as causas externas em idosos Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2006. Epidemiol Serv Saúde. 2012 jul/set; 21(3): 407-18.
28. Mendes JDV. Perfil da Mortalidade de Idosos no Estado de São Paulo em 2010. BEPA. 2012; 9(99): 33-49.

Recebido em: 31/12/2014
Revisões requeridas: 22/06/2013
Aprovado em: 03/10/2013
Publicado em: 01/07/2014

Endereço de contato dos autores:
Aíla Marôpo Araújo
Rua Alziro Zaru, 22^a, CEP: 59073072.
Email: ailamaropo@yahoo.com.br