



# ANÁLISE DE QUEDAS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO: MAPEAMENTO EM BASE DE DADOS DO DATASUS

ANALYSIS OF FALLS IN THE POPULATION OF THE STATE OF PERNAMBUCO:  
DATASUS DATA-BASED MAPPING

**Cristine Martins Gomes de Gusmão**

Professora Associada da Universidade Federal de Pernambuco do Curso de Graduação em Engenharia Biomédica. Coordenadora do SABER Tecnologias Educacionais e Sociais e da UNA-SUS UFPE cristine.

gusmao@pq.cnpq.br.

**Sérgio de Vasconcelos Filho**

Aluno do curso de Graduação em Engenharia Biomédica – Universidade Federal de Pernambuco.

sergiovf\_@hotmail.com.



## RESUMO

Este trabalho objetiva analisar e relacionar as causas de óbito por quedas entre idosos e não idosos no estado de Pernambuco, de acordo com informações capturadas no DATASUS no ano de 2016. O estudo foi pautado no uso de tabelas geradas pelo DATASUS, catalogadas e filtradas pelas categorias de quedas indicadas no CID-10. Para fins da análise, dois grupos foram criados com base na faixa etária: o grupo A abrangeu a faixa de 5 a 59 anos e o grupo B a faixa de 60 a 74 anos. Como resultados, verificou-se que a categoria com o maior número de óbitos em ambos os grupos na lista de óbitos por residência foi a categoria W19, considerada genérica. Outro resultado demonstra declínio das atividades motoras do indivíduo ao envelhecer, baseado em uma menor taxa de óbito nas categorias relacionadas a lugares altos e uma maior taxa naquelas que são correlacionadas ao interior da habitação. Espera-se que os resultados descritos nesta pesquisa alertem os gestores do poder público para a

real gravidade da queda na terceira idade, além de conscientizar tanto a população em geral como os profissionais de saúde para as causas e consequências da queda e, conseqüentemente, para a importância de sua prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Queda. Idoso. Pernambuco. DATASUS. CID-10.

## ABSTRACT

To analyze and relate the causes of death due to falls between elderly and non-elderly in the state of Pernambuco, according to information captured in DATASUS in 2016. Study based on the use of tables generated by DATASUS, cataloged and filtered by the categories of falls indicated in ICD-10. For the purposes of the analysis, two groups were created based on the age bracket: group A - 5 to 59 years and group B - 60 to 74 years. It was verified that the category with the highest number of deaths in both groups in the list of deaths per residence

was category W19, considered generic. Another result shows a decline in the motor activities of the individual when aging, based on a lower death rate in the categories related to high places and a higher rate in those that are correlated to the interior of house. It is expected that the results described in the research alert the managers of the public power to the real severity of the fall in the third age, besides raising awareness both the population in general and health professionals for the causes and consequences of the fall and, consequently, your prevention.

**KEYWORDS:** *Fall. Elderly. Pernambuco. DATASUS. ICD-10.*

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população é resultado da modernização da medicina e da agricultura, do acesso a saneamento básico e dos avanços tecnológicos. Isso reverbera diretamente na saúde da população idosa, pois, ao prolongar a vida, aumenta-se a quantidade de indivíduos na terceira idade, de modo que todos os cuidados para a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida são potencializados. De fato, houve um aumento de 30,3 anos na expectativa de vida média do brasileiro, comparando-se os anos de 1940 e 2016, proporcionando ao indivíduo o alcance mais fácil da faixa de idade acima dos sessenta anos (IBGE, 2017b). Por meio do Estatuto do Idoso, sabe-se que aqueles que são considerados idosos são as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (JUSBRASIL, 2003), classificação esta que será utilizada neste estudo.

Com isso, emergem também os problemas relacionados à idade avançada, como perda da plena capacidade dos sistemas do organismo e o surgimento de doenças degenerativas, frequentes na terceira idade. Tudo isso contribui para a probabilidade de queda do idoso, a qual pode promover

danos físicos, com risco de morte, e também psicológicos, ao provocar, no ferido, medo e receio da ocorrência de novos acidentes.

A finalidade de inúmeras pesquisas que buscam medidas que melhorem a qualidade de vida, especialmente da população idosa, está aliada a um consenso na literatura de que há uma relação muito forte entre envelhecimento, estilo de vida e saúde, e que práticas preventivas e orientadoras assumem papel de destaque nesta relação (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014; PEREIRA et al., 2004; FULLER, 2000; SIQUEIRA et al., 2007; PERRACINI, 2009; GRANACHER et al., 2013).

Alcançar idades avançadas sustentando um estado combinado de saúde e bem-estar geral é, indubitavelmente, uma vitória cada vez mais festejada. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos, onde envelhecer está associado a condições de vida progressivamente melhoradas e assistidas, e os países em desenvolvimento, que encontram diversas dificuldades em adequar e estruturar este processo devido à velocidade e ao aumento das novas demandas sociais.

Políticas públicas de saúde têm a função de contribuir para que cada vez mais pessoas vivenciem idades avançadas com o melhor e mais equilibrado estado de saúde possível. O envelhecimento ativo, saudável e com maior nível de autonomia é o grande objetivo nesse processo. Considerando saúde de forma mais ampla, enxerga-se a necessidade de mudanças no contexto atual, produzindo um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho consistiu em analisar dados oriundos da base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) coletados em 2016 sobre óbitos provenientes de quedas na população, especificamente na população idosa. Para melhor direcionamento das atividades realizadas, questões norteadoras foram definidas: qual é a porcentagem de óbitos por queda em relação ao total de óbitos

no estado de Pernambuco? A razão entre o número de óbitos referentes aos idosos em relação aos não idosos é próxima à proporção dos mesmos na população vivente? Por que isso ocorre? Há alguma classificação que distinga os diferentes tipos de queda? Dessa classificação, há alguma que se destaque sobre as outras?

Após esta Seção introdutória, o artigo traz uma visão dos conceitos necessários ao desenvolvimento do estudo por meio dos fundamentos utilizados na Seção 2. Em seguida, as seções 3 e 4 tratam, respectivamente, dos materiais e métodos definidos e dos resultados obtidos. Da mesma forma, a Seção 5 apresenta uma discussão dos resultados e a Seção 6, por fim, conclui acerca dos achados desta pesquisa.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### *Queda*

A queda é definida como uma mudança não intencional da posição do corpo, em contato com o solo ou outro nível inferior, sem ser resultado de um evento intrínseco importante, como um acidente vascular cerebral, ou um grande perigo, tendo como exemplo um acidente de carro (FALSARELLA; GASPAROTTO; COIMBRA, 2014). É unânime que a queda é um evento de causa multifatorial de alta complexidade terapêutica e de difícil prevenção, exigindo, dessa forma, uma abordagem multidisciplinar (PEREIRA et al., 2004).

A queda pode ser classificada em:

- Acidental – evento único que dificilmente voltará a se repetir, decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo. Em geral, ocorre pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como um piso escorregadio, um degrau sem sinalização, entre outros de natureza externa;
- Recorrente – sucedida por fatores intrínsecos ao paciente, como doenças crônicas, distúrbios do equilíbrio

corporal, déficits sensoriais, e assim por diante.

Essas classificações ainda podem ser divididas segundo a presença ou não de lesões: (i) as quedas com lesões graves são aquelas cuja consequência é uma fratura, trauma cranioencefálico ou luxação; (ii) as quedas com lesões leves envolvem abrasões, cortes, escoriações e hematomas. Somado a isso, um outro critério levado em consideração, nestas classificações, é o tempo de permanência no chão. A queda prolongada é aquela em que o idoso permanece caído no chão entre 15 a 20 minutos por incapacidade de levantar-se sem ajuda (PUC-RIO, [2018]).

A queda é considerada o mais sério e frequente evento de acidente doméstico que ocorre com os idosos e a principal etiologia de morte acidental em pessoas acima de 65 anos nos Estados Unidos (SIQUEIRA et al., 2007). No Brasil, o quadro é semelhante, sabendo que, a cada ano, confirma-se a ocorrência de quedas em 32% dos pacientes de 65 a 74 anos; 35% dos de 75 a 84 anos; e 51% dos acima de 85 anos (BARAFF et al., 1997). Concomitantemente a isso, consta-se que a incidência bruta de fraturas do fêmur proximal em pessoas brasileiras com 70 anos ou mais ocorre, aproximadamente, em 90 a cada 10.000 mulheres e em 25 a cada 10.000 homens (KOMATSU, 1998). Portanto, faz-se necessário o entendimento das causas e consequências para uma mitigação mais eficaz dos danos e uma aplicabilidade mais efetiva de sua prevenção.

A propensão à queda pode ser o resultado de diversos fatores, tendo como agravante não só um debilitante, mas a união e interação de debilitantes entre si. Ao investigar minuciosamente o envelhecimento, percebe-se que ele está intimamente associado à redução da massa muscular e óssea e à perda de equilíbrio, o que pode aumentar o risco de quedas entre os indivíduos idosos (PUC-RIO, [2018]). Além disso, infere-se também que o efeito de cair ocorre da perda total do equilíbrio postural e se correlaciona

com a incapacidade súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção postural do corpo (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004).

Sob uma outra perspectiva, há a interferência de fatores intrínsecos e extrínsecos. Aqueles referem-se à modificação do organismo, a partir das alterações fisiológicas do envelhecimento, de doenças e de efeitos de medicamentos; enquanto esses descrevem os perigos ambientais e sociais que desafiam o idoso (MENEZES; BACHION, 2008).

Cabe observar que se percebe uma tendência de certos fatores serem mais predominantes do que outros no que tange à probabilidade de queda do idoso. Decerto, os principais agentes de risco para quedas nesse grupo são: pertencimento ao sexo feminino, função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas, histórico prévio de quedas, prejuízos psicocognitivos, polifarmácia, uso de benzodiazepínicos, presença de ambiente físico inadequado, incapacidade funcional e hipotensão postural (TROMP et al., 2001).

Concomitantemente, o risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade. Isso faz com que a queda enquanto síndrome geriátrica seja considerada como um dos grandes problemas de saúde pública. O aumento expressivo do número de idosos na população e sua supracitada maior longevidade competem por recursos públicos já escassos e aumentam a demanda por cuidados de longa duração (FERRARI; LUCHINA; LUCHINA, 1980).

Para um indivíduo idoso, a queda pode significar sinais de decadência e fracasso gerados pela percepção da perda de capacidade do corpo, potencializando sentimentos de vulnerabilidade, ameaça, humilhação e culpa. Uma posterior resposta depressiva é um resultado esperado (OMS, 1994). Ser acometido desse tipo de acidente pode fragmentar a autoestima do idoso, minar a própria credulidade quanto à capacidade de recuperação e afetar suas perspectivas de independência e autonomia.

Aqueles que sofrem quedas apresentam

um grande declínio funcional nas atividades de vida diária e nas atividades sociais, com aumento do risco de institucionalização, como ser internado em hospital ou ser institucionalizado em casas de repouso (SIQUEIRA et al., 2007). Além disso, é observado também que esses indivíduos desenvolvem um quadro de insegurança, tendendo a uma autoexclusão do convívio social, seja pela dificuldade de mobilidade, pelas dores, pelo aspecto de sua aparência ou até pelo medo de uma nova queda. Essas fragilidades fazem com que os idosos produzam uma forma de autoproteção através da não realização de atividades diárias que propiciaram ou poderiam propiciar esse tipo de acidente (PEREIRA et al., 2004).

### CID-10

Uma classificação de doenças pode ser definida com um sistema de categorias atribuídas a entidades mórbidas segundo algum critério estabelecido. Existem vários eixos possíveis de classificação e aquele que vier a ser selecionado dependerá do uso das estatísticas elaboradas. Uma classificação estatística de doenças precisa incluir todas as entidades mórbidas dentro de um número manuseável de categorias. Para este estudo foi utilizada a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde. Essa é a última de uma série que se iniciou em 1893 como a Classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte (OMS, 1994).

Até concretizar essa classificação internacional, percorreu-se um caminho que se iniciou em 1983 quando foi realizada uma reunião preparatória sobre a CID-10, em Genebra. O programa de trabalho foi conduzido por meio de reuniões periódicas dos diretores de centros colaboradores da OMS para a classificação de doenças. O plano de ação foi estabelecido em reuniões especiais, incluídas as do Comitê de Peritos em Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão, realizadas em 1984 e 1987. Sua principal mudança em relação à nona

revisão é seu novo esquema de código alfanumérico, levando a um sistema com um maior número de códigos e deixando lacunas para que, em futuras revisões, não haja rompimento da ordenação, como ocorria nas revisões anteriores (OMS, 1994).

### *Base de dados DATASUS e a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis*

Para a análise qualitativa, utilizou-se a base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O DATASUS é um órgão pertencente à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde cujo funcionamento se relaciona diretamente à ação produtora, receptora, ordenadora e disseminadora de informações (FERRAZ, 2009). O DATASUS disponibiliza dados que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde (DATASUS, [2018a]).

Essa base contém a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis, resultado de uma revisão da literatura referente à base conceitual e empírica das listas de causas de morte evitáveis, realizada por um grupo de trabalho composto por especialistas de diversas áreas e coordenado pelo Ministério da Saúde.

A Lista Brasileira de Mortes Evitáveis é subdividida em duas áreas: óbitos evitáveis para pessoas menores de cinco anos e óbitos evitáveis para integrantes da faixa entre cinco e setenta e quatro anos de idade.

Outra variável utilizada nesse estudo foi a classificação do óbito por:

- (i) residência, ao significar o número de óbitos ocorridos contados segundo o local de residência do falecido;
- (ii) ocorrência, semelhante à variável anterior excetuando-se por ser contado segundo o local de ocorrência do óbito (DATASUS, [2018a]).

Local, nesse contexto, refere-se a grandes regiões e unidades da federação (ANS, [2018]). Para uma análise mais abrangente e que também envolva os considerados idosos

no Brasil, será utilizada no estudo a faixa etária dos cinco aos setenta e quatro anos.

Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sistema gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A inclusão de novos dados é feita quando as Secretarias de Saúde coletam as Declarações de Óbitos dos cartórios e inserem, no SIM, as informações nelas contidas. Uma das informações primordiais é a causa básica de óbito, a qual é codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. A partir de 1996, as declarações de óbito passaram a ser codificadas utilizando-se a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (DATASUS, [2018a]).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para realização do estudo foram obtidas duas tabelas, óbitos por residência ou por ocorrência, contendo informações dos óbitos por causas evitáveis de cinco a setenta e quatro anos no estado de Pernambuco no ano de 2016, de acordo com a faixa etária detalhada e categorizadas pelo CID-10, conforme Tabela 1.

Uma segunda classificação foi aplicada, dividindo os dados de acordo com faixas etárias específicas: de cinco a cinquenta e nove anos e de sessenta a setenta e quatro anos. Para fins de simplificação, neste estudo denominou-se "grupo A" a primeira faixa etária e a segunda, "grupo B", respectivamente. Essa segunda distribuição foi necessária para permitir uma comparação entre os indivíduos não idosos e idosos, ao destacar as semelhanças e as diferenças entre os dados.

Após isso, selecionou-se os dados das categorias interessadas para o presente estudo. Com base nos dados da Tabela 1, mediu-se a porcentagem de cada faixa de idade definida para a análise das

informações em relação ao total dos indivíduos e a porcentagem que cada grupo representa em relação às categorias escolhidas para a pesquisa. Tudo isso foi feito nas duas listas obtidas para comparar a diferença e a semelhança da investigação das

mesmas. Os critérios para destacar as distinções e equivalências entre as análises foram: o quantitativo de falecidos por cada categoria com a sua porcentagem e a relação entre a categoria com o número de óbitos.

CATEGORIA CID-10	DESCRIÇÃO
W00	Queda no mesmo nível envolvendo gelo e neve
W01	Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passo em falso
W02	Queda envolvendo patins de rodas ou patins para gelo, esqui ou pranchas de rodas
W03	Outras quedas no mesmo nível por colisão com ou empurrão por outra pessoa
W04	Queda, enquanto estava sendo carregado ou apoiado por outra(s) pessoa(s)
W05	Queda envolvendo uma cadeira de rodas
W06	Queda de um leito
W07	Queda de uma cadeira
W08	Queda de outro tipo de mobília
W09	Queda envolvendo equipamento de "playground"
W10	Queda em ou de escadas ou degraus
W11	Queda em ou de escadas de mão
W12	Queda em ou de um andaime
W13	Queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas
W14	Queda de árvore
W15	Queda de penhasco
W16	Mergulho ou pulo na água causando outro traumatismo que não afogamento ou submersão
W17	Outras quedas de um nível a outro
W18	Outras quedas no mesmo nível
W19	Queda sem especificação

Tabela 1 – Descrição das categorias de queda do CID-10 (CID-10 2018)

## RESULTADOS

Ao começar pelos dados de óbitos por residência, verificou-se que houve um total de 37.974 falecidos registrados no banco de dados. Ao selecionar os dados para o referido estudo dentre esses óbitos, restringiu-se aos 291 que foram causados por quedas, representando cerca de 0,77% do total. Importante ressaltar que nem todas as categorias de queda possuíam valores associados, sendo elas: W00, W02, W04, W05, W09, W11, W12 e W15 para essa primeira lista.

A partir da classificação das idades em grupos, obteve-se que, do total, 157 falecidos pertenciam ao grupo A, representando aproximadamente 53,95% de óbitos por quedas, sendo os outros 134 pertencentes ao grupo B, cerca de 46,05% dos óbitos mencionados. Dessa forma, o grupo B se apresentou 14,65% menor em relação ao grupo A. A síntese das informações obtidas, ou seja, o quantitativo de óbitos em relação às categorias baseadas no CID-10, exibindo também o número real dos casos, é apresentada na Figura 1.

Dividindo os dados recebidos nos grupos já citados, atingiu-se 164 óbitos para o grupo A, o que representa cerca de 54,67% dos dados da tabela após a aplicação de tais critérios, e 136 para o grupo B, significando por volta de 45,33%. Percebe-se que o grupo B, nessas circunstâncias, é aproximadamente 17,07% menor do que o grupo A. A reunião das informações dessa tabela pode ser visualizada na Figura 2.

Ao comparar as duas listas obtidas, foi verificado que houve repetição dos dados, com diferença apenas de 9 casos, representando que os óbitos se relacionavam com Pernambuco tanto por serem indivíduos nativos como também por falecerem neste local. Analisando esses casos diferenciais, depreende-se que houve aumento de um caso de óbito do grupo A nas categorias W12 e W13 e incremento de cinco casos do grupo A e dois casos do grupo B na categoria W18.

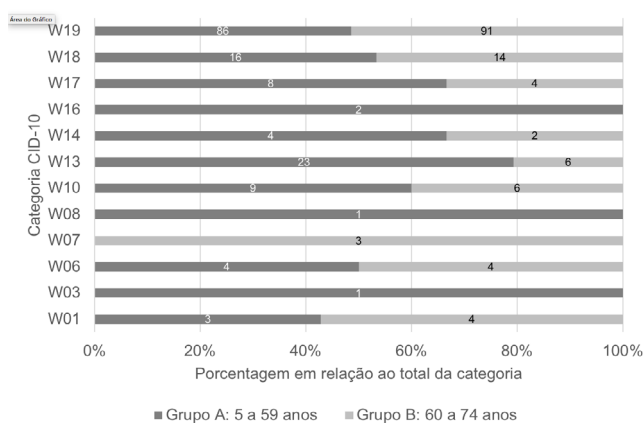


Figura 1 – Óbitos por residência por categoria CID-10 (DATASUS 2018)

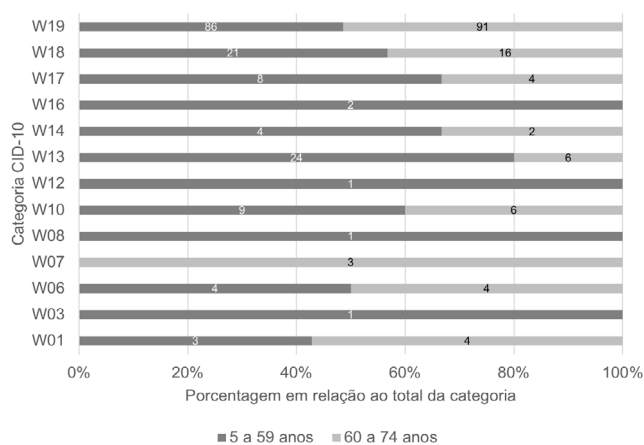


Figura 2 – Óbitos por ocorrência por categoria CID-10 (DATASUS 2018)

## DISCUSSÃO

Inicia-se o debate com os resultados dos dados de óbitos por residência, ao destacar que a categoria com o maior número absoluto de falecidos é a W19 – queda sem especificação. Infelizmente, essa categoria é bastante genérica, indicando, inclusive, necessidade de um aprofundamento em estudo posterior. A insuficiência de informações detalhadas sobre a possibilidade de quedas na categoria W19 cobre possíveis cenários não contemplados pelo CID-10, tendo em vista a singularidade das outras dezenove categorias.

Ainda sobre a W19, percebe-se que o grupo B possui a maioria dos óbitos. Tendo em vista a informação de que aproximadamente 14,4% da população brasileira era

idosa em 2016 (IBGE, 2017a), ao representar cerca de 51,41% da categoria nota-se a grande desproporcionalidade entre o número de indivíduos não idosos e idosos em relação ao percentual de óbitos por quedas. Isso pode ser ampliado para todas as outras categorias que possuem falecidos no grupo B, ao analisar que as porcentagens que representam o referido grupo na categoria ultrapassam a marca dos 14,4%. Isso só ratifica a falta de preparo da população em geral no cuidado ao idoso, visto que, por ser a queda considerada uma causa de óbito evitável, poder-se-ia mitigar, ou até mesmo anular, o quantitativo de óbitos por essa causa.

Observando a segunda categoria com a maior quantidade de falecidos por queda, a W18 – outras quedas no mesmo nível –, capta-se a generalidade da categoria, reforçando a necessidade de detalhar o tipo de óbito classificado. Isso pode prejudicar pesquisas que têm como objetivo a análise desses dados, pois é capaz de haver incompatibilidade entre a causa real do óbito e o que foi enviado à base de dados, diminuindo a legitimidade do estudo que, por ventura, possa utilizá-los.

Assim como as outras categorias já analisadas, a W01 – queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passo em falso –, também demonstra a vulnerabilidade do idoso quanto a acidentes do cotidiano, pois o grupo B é, novamente, maioria nesta categoria. Além das evidentes causas de óbitos de fatores extrínsecos apontados pelo CID-10, adiciona-se do mesmo modo o peso da autoria dos fatores intrínsecos, supracitados, na realização do acidente, enfatizando um cuidado mais diversificado e interdisciplinar com as mais variadas áreas da saúde.

Percebendo o número de falecidos das categorias W06 e W07, infere-se, mais uma vez, que o grupo B é a maior parte constituinte. Isso demonstra o cuidado real que se deve ter com os idosos, pois isso significa que objetos, tanto domiciliares como hospitalares, mesmo transmitindo uma aparente

estabilidade, podem apresentar riscos à integridade física do indivíduo da 3ª idade, ao somar com os problemas de saúde e agravantes da idade avançada.

Um fato notório pode ser retirado da análise da categoria W13 – queda de ou para fora de edifícios ou outras estruturas –, ao constar em torno de 79,31% dos óbitos da categoria para o grupo A, enquanto a porcentagem para o grupo B é cerca de 20,69%. Isso mostra que, ao envelhecer, os indivíduos diminuem suas atividades, principalmente a movimentação em lugares que oferecem riscos reais de acidentes. Aliado a isso, pode-se perceber também, pelos dados da categoria W10 – queda em ou de escadas ou degraus –, que a maioria dos óbitos desta categoria também é do grupo A, sugerindo um declínio das atividades motoras do indivíduo ao envelhecer. Isso é baseado na visualização de uma menor taxa de óbito nas categorias relacionadas a lugares altos, como a W13 e W17, e uma maior taxa naquelas que são correlacionadas ao interior da habitação, como a W06 e W07. Com base nessas considerações, infere-se que, tanto pelo senso comum de que o idoso é uma pessoa mais sedentária do que ativa, como também pelas próprias limitações que a idade impõe, o indivíduo, ao envelhecer, tem sua liberdade e independência de movimentação diminuídas. Desse modo, apresenta dependência na realização de atividades cotidianas e rotineiras, sendo primordial o apoio de outrem para completar suas necessidades.

De acordo com os resultados obtidos – óbitos por residência e óbitos por ocorrência –, percebe-se que houve um aumento significativo da incidência de óbitos na categoria W18, o que representa uma necessidade maior de atenção a esta categoria, pois a queda do mesmo nível afeta tanto os indivíduos já idosos, como a população em geral.



## CONCLUSÃO

Capta-se, portanto, uma estimativa do quadro real de óbitos por quedas no estado de Pernambuco. Tendo isso em vista, faz-se necessário, como mencionado anteriormente, um estudo detalhado sobre os tipos de quedas que são enquadradas na categoria W19, com a finalidade de explicitar as reais causas envolvidas e, com isso, possibilitar o planejamento de ações orientadoras dos profissionais envolvidos com as notificações.

Dessa forma, o poder público do Estado poderá dispensar uma atenção maior para esse tipo de acidente, elaborando plano de atividades para educação contínua dos profissionais de saúde, por exemplo, bem como orientações assistenciais em unidades de saúde da família. O intuito é a realização de ações preventivas e de orientação tanto para os profissionais de saúde quanto para a população assistida. Essa atitude garantiria o reforço dos conhecimentos importantes sobre as causas e consequências de quedas, viabilizando sua prevenção. Efetivamente, as modificações na execução de cuidados básicos podem ter grandes impactos na melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Além disso, é fundamental informar o próprio idoso sobre suas reais capacidades, pois, assim, minimizará o conhecimento errôneo obtido sobre suas limitações, de modo a aumentar sua segurança no que se refere à liberdade e à independência. Realiza-se isso ao incentivar o idoso a procurar os serviços de saúde adequados, como a educação física, a fisioterapia e a terapia ocupacional. Esse incentivo pode ser feito pelo poder público, aliado às empresas de transmissão de mídia, demonstrando os benefícios dessa atuação multifacetada por meio de propagandas em horários comerciais. De fato, estudos mostram que as intervenções multifacetadas apresentam maiores chances de promover a conscientização na população de idosos (GRANACHER et al., 2013). Além disso, também é essencial avisar

sobre o legítimo perigo de certos objetos e móveis para os idosos, tendo em vista os diversos fatores extrínsecos apontados por este estudo. Isso tudo deverá ser feito para que haja uma diminuição dos números de óbitos por esse tipo de morte evitável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.

Mortalidade. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas\\_mortalidade.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_mortalidade.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BARAFF, L. J. et al. Practice guideline for the ED Management of falls in community – dwelling elderly persons. *Annals of Emergency Medicine*, v. 30, n. 4, p. 480-492, 1997.

BUSCA de CID10. Disponível em: <<http://www.cid10.com.br/buscacode?query=w>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

DATASUS. Óbitos por causas evitáveis 5 a 74 anos - Notas Técnicas. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos\\_Evitaveis\\_5\\_a\\_74\\_anos.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos_Evitaveis_5_a_74_anos.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2018a.

\_\_\_\_\_. Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos - Pernambuco. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10pe.def>>. Acesso em: 15 jul. 2018b.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JÚNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FALSARELLA, G. R.; GASPAROTTO, L. P. R.; COIMBRA, A. M. V. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 897-910, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-982320140004000897&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-982320140004000897&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FERRARI, H.; LUCHINA, I. L.; LUCHINA, N. La interconsulta medico-psicologica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Nueva Vision, 1980. p. 35-51.

FERRAZ, L. H. V. C. O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa. 2009. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25885\\_ferrazlhvcm.pdf](https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25885_ferrazlhvcm.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

FULLER, G. F. Problem-oriented diagnosis: falls in the elderly. *American Family Physician*, Washington, D.C., v. 61, n. 7, p. 2159-2168, 2000. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2000/0401/p2159.html>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

GRANACHER, U. et al. The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review. *Sports Med*, v. 43, n. 7, p. 627-641, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões. 2017a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2017b. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2016/tabua\\_de\\_mortalidade\\_2016\\_analise.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

JUSBRASIL. Estatuto do Idoso - Lei 10741/03, Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. 2003. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

KOMATSU, R. S. Incidência de fraturas do fêmur proximal em Marília, São Paulo, Brasil, 1994 e 1995. 1998. 99 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. CID-10: classificação estatística internacional de doenças com disquete. 1. ed. São Paulo: EdUSP, 1994.

PERRACINI, M. R. Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, São Paulo, n. 47, abr. 2009. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122009000200012&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

PEREIRA, S. R. M. et al. Quedas em idosos. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, v. 48, n. 1, p. 43-65, 2004. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/diretrizes/quedas\\_idosos.pdf](http://www.portalmedico.org.br/diretrizes/quedas_idosos.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO – PUC-RIO. Estatísticas de queda de idosos no Brasil. Disponível em: <[https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/10697/10697\\_7.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/10697/10697_7.PDF)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-756, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

TROMP, A. M. et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 54, n. 8, p. 837-844, 2001.