



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE ENFERMAGEM

ELLEN MARTINS GONÇALVES RIOS

MORTALIDADE DE IDOSOS POR QUEDAS NO BRASIL ENTRE 1996 A 2015.

Trabalho de conclusão de curso apresentado em forma de artigo como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem sob orientação do Professor Lincoln Agudo Oliveira Benito.

Brasília - DF

2018

MORTALIDADE DE IDOSOS POR QUEDAS NO BRASIL ENTRE 1996 A 2015.

Ellen Martins Gonçalves Rios¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

RESUMO

Somente no ano de 2000 ocorreram 81.177 internações, de idosos devido a causas externas, sendo 48.940 causadas por quedas. Além do grande número de internações, de 15% a 50% dos casos evoluem para morte. O objetivo desse trabalho foi analisar os fatores e o quantitativo de mortes em idosos brasileiros ocasionadas por quedas entre os anos de 1996 a 2015. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados do Ministério da Saúde através do DATASUS e Serviço de Informação Sobre Mortalidade (SIM). Observou-se maior frequência de mortes na região sudeste n=50.313, gênero feminino n=48.081, octagenários ou mais velhos n=51.151, viúvos n=38.247, brancos n=61.117 e baixa escolaridade n=20.208. A elevada parcela de idosos traz consigo o aumento dos riscos físicos pela queda das habilidades, capacidades físicas e cognitivas acarretando em possíveis óbitos.

Palavras chave: Quedas em idosos. Óbitos em idoso. Mortalidade por quedas.

MORTALITY OF ELDERLY BY FALLS IN BRAZIL BETWEEN 1996 TO 2015.

ABSTRACT

In 2000 alone, there were 81,177 hospitalizations, of elderly women due to external causes, of whom 48,940 were caused by falls. In addition to the large number of hospitalizations, 15% to 50% of cases progress to death. The objective of this study was to analyze the factors and the number of deaths in Brazilian individuals caused by the surveys between 1996 and 2015. This is an epidemiological research of the descriptive exploratory type with the quantitative approach. Data were obtained from the Ministry of Health through DATASUS and the Mortality Information Service (SIM). There was a higher frequency of deaths in the southeastern region n = 50,313, female gender n = 48,081, octagenic or older n = 51,151, widowed n = 38,247, male n = 61,117 and low schooling n = 20,208. A high portion of the high storages to fall of the skills, have the physical actions and cognitive entailing in wahtas.

Keywords: Falls in the elderly. Deaths in the elderly. Mortality by falls.

¹ Graduanda de Enfermagem pelo centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

² Docente do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

1. INTRODUÇÃO

Percebe-se atualmente uma nova composição de sociedade, formada por crescente parcela de pessoas sexagenários, septuagenários, octogenários, nonagenários e centenários. Esse fenômeno de envelhecimento populacional deve-se a contínua transformação dos indicadores demográficos, tendo como principais fatores, a diminuição da fecundidade e da mortalidade, junto com o aumento da expectativa de vida (COSTA *et al.*, 2016).

O Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou no ano de 2000 a existência de 14,5 milhões de brasileiros idosos, com projeções para mais de 30 milhões de pessoas acima dos 60 anos no Brasil em 2025, colocando o país na 6ª posição do mundo em número de idosos. Durante o período de 2001 a 2011 o número de sexagenários ou mais velho, passou de 15,5 milhões ou 9,0% da população, para 23,5 milhões ou 12,1% da população, caracterizando notável crescimento (SCHIMIDT; SILVA, 2012; IBGE, 2016).

Esse acontecimento é considerado um grande desafio para a saúde pública brasileira, pois, juntamente com o aumento da expectativa de vida há também crescimento dos fatores de risco associados as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) resultando em significativo comprometimento funcional dos idosos, que por idade avançada já possuem fragilidades físicas, levando ao desenvolvimento da incapacidade funcional (MATTOS *et al.*, 2014).

A incapacidade funcional é quando a pessoa apresenta dificuldades no desempenho de atividades cotidianas, ou até mesmo a incapacidade de realiza-las devido a modificações que ocorrem no corpo, em suas dimensões físicas, biológicas, sociais, espirituais entre outras. Estas alterações não são resultado de um rompimento entre a juventude e a velhice, e sim uma continuidade da maturidade, onde apareceram os reflexos do estilo de vida dos anos antecedentes (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016).

Em relação aos declínios físicos motores, os mesmos compõem as capacidades mais associadas à independência ou dependência funcional. Nos idosos comumente observasse a diminuição da força muscular, da massa óssea, do tempo de reação, da flexibilidade, dificuldades na marcha, declínio do equilíbrio, reflexos e controle postural, alterações estas que favorecem e aumentam o risco de quedas (JUNIOR, 2006).

O risco de quedas pode ser classificado em fatores intrínsecos, que são as alterações próprias do processo de senescência, como a diminuição da visão, audição e sensibilidade,

alteração da marcha, lentificação dos reflexos e fraqueza muscular. Já os fatores extrínsecos estão relacionados a composição do ambiente, como tapetes, rampas, escadas, pisos molhados, móveis, cadeiras, camas entre outros, ou seja, multifatorial (BRASIL, 2006).

A definição de queda está diretamente ligada a redução da capacidade para corrigir o deslocamento corporal resultando na mudança de posição da pessoa para nível inferior à sua posição inicial. Atualmente, esse evento em pessoas idosas constitui um problema de saúde pública devido a sua alta incidência, morbidade, mortalidade e complicações clínicas advindas desse evento, exigindo tempo maior de recuperação, requerendo gastos maiores para o Estado (GUIMARÃES *et al.*, 2004)

O Sistema Único de Saúde (SUS) contabilizou no ano de 2005 o custo de 65 milhões por internações de idosos proveniente de quedas, aumentando para mais de 102 milhões de reais no ano de 2010 (BARROS *et al.*, 2015).

Somente no ano de 2000 ocorreram 81.177 internações de idosos devido a causas externas, sendo 48.940 causadas por quedas. Além do grande número de internações cerca de 15% a 50% dos casos evoluem para morte em até os 12 meses subsequentes fazendo das quedas a sexta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos e 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais (GAWRYZEWSKI *et al.*, 2004; FREITAS; SCHEICHER, 2008).

Em 2006 o Ministério da Saúde (MS) quantificou que anualmente 30% dos idosos sofrem quedas. Entre 65 e 74 anos a taxa é de 32%; entre 75 e 84 anos 35%, pulando para 51% quando for octogenário ou mais velho e cerca de 50% quando referimos a idosos institucionalizados (BRASIL, 2010).

As principais complicações causadas pelas quedas são, fraturas 64%; trauma de fêmur 62% seguido por trauma de rádio 12,5% e clavicular 6,25%, além da restrição prolongada ao leito, englobando suas várias complicações, hospitalização, risco de doenças iatrogênicas, lesões de partes moles, hematoma subdural, incapacidade e morte (LIMA; CEZARIO, 2014).

Entre os anos de 1979 a 1995 cerca de 54.730 pessoas morreram devido às quedas, sendo 28.444 idoso, totalizando 52% da população que sofreu queda durante o período (JAHANA; DIOGO, 2007).

As quedas são responsáveis por mais de 50% das hospitalizações em idosos e 40% das mortes, sendo as faturas de quadril as responsáveis por 20% dos óbitos, aumentando para

70% quando falamos de pessoas com 75 anos ou mais sendo considerada uma “síndrome geriátrica” (LANA; KUHN, 2017).

Diante do exposto o trabalho tem como objetivo analisar os fatores e o quantitativo de mortes em idosos brasileiros ocasionadas por quedas entre os anos de 1996 a 2015.

2.METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa. Foi utilizado recorte geográfico do Brasil e recorte histórico compreendendo os anos de 1996 a 2015, totalizando 20 anos.

Os dados utilizados foram do Serviço de Informação Sobre Mortalidade (SIM) que é o mais antigo dos sistemas de informação em saúde de abrangência nacional, estando em funcionamento no Brasil desde sua instituição em 1975 pelo Ministério da Saúde. A base de informações do SIM é a Declaração de Óbito (DO), que possui um modelo único padronizado para todo o país. Foram também utilizados dados do DATASUS e solicitação de informações ao Ministério da Saúde (MS) (SENNÁ, 2009)

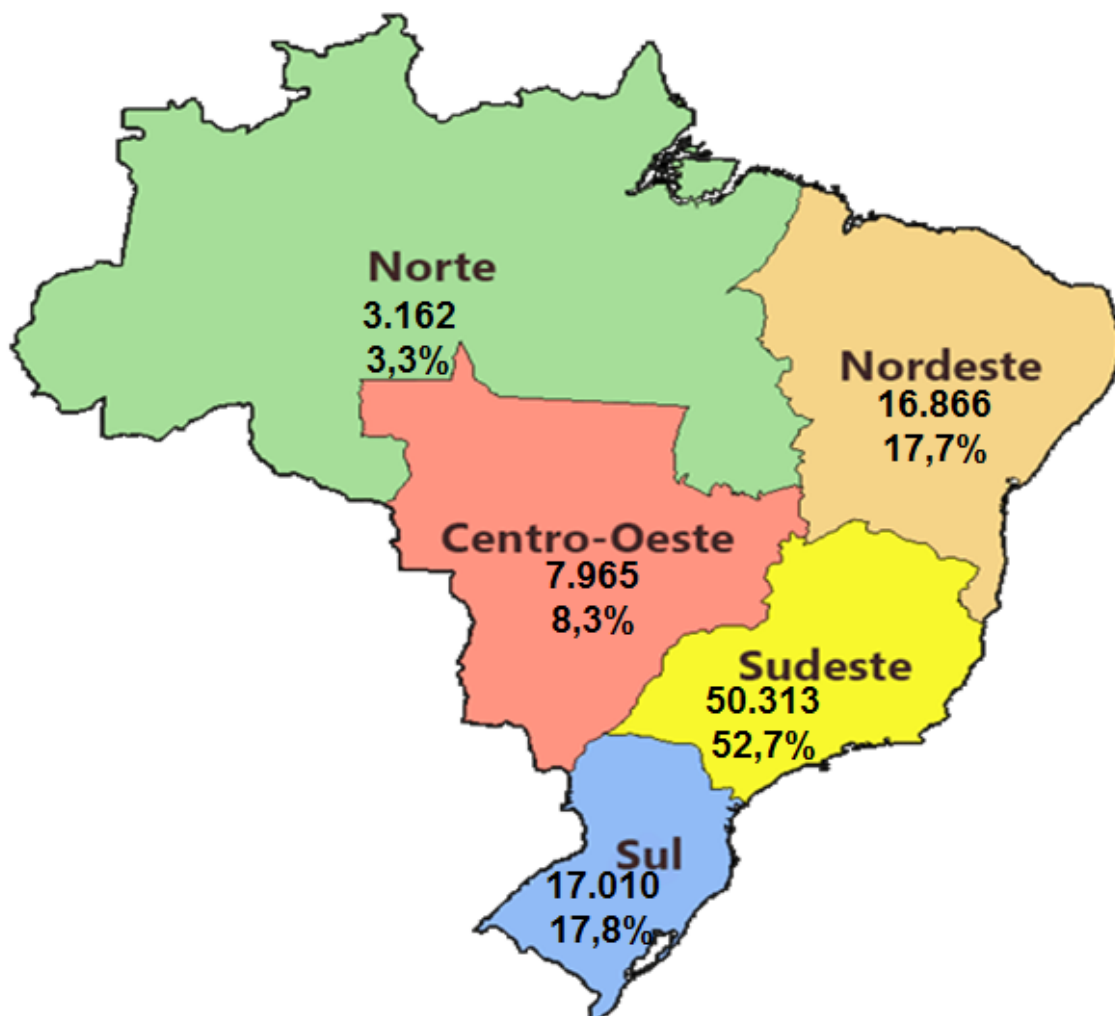
Foram utilizadas ferramentas do EXCEL 2016® componente do pacote Microsoft office 2016 ® for Windows ® para cálculos e desenvolvimento de quadro.

As análises estatísticas foram realizadas de forma descritiva com auxílio de mapa e tabelas e apresentadas na forma de frequência e percentuais. O presente estudo não possui conflitos de interesse.

3.RESULTADO E DISCUSSÃO

Na figura 1 é possível evidenciar a mortalidade de n=95.316 pessoas idosas por quedas em 20 anos, dividido por regiões Brasileiras, destacando a região Sudeste (SE) que apresentou uma frequência de 50.313 casos ou 52,7% e região Norte (N) com 3.162 casos ou 3,3%.

Figura 1- Mortalidade de pessoas idosas por quedas em relação as regiões brasileiras registradas entre os anos de 1996 a 2015. (n=95.316).



Fonte: Adaptado de Brasil (2018).

O processo de envelhecimento populacional atinge o mundo e o Brasil, principalmente observado em grandes metrópoles, por concentrar maior número de pessoas. Estudos realizados entre os anos de 2006 a 2008, revelaram que a região (SE) apresentou maior percentual de internações 1,2% e óbitos 5,3% por fratura de fêmur em idosos, já na região (N) foram observadas as menores taxas de internações 0,5% e óbitos 2,4% (BORTOLON; ANDRADE; ANDRADE, 2011).

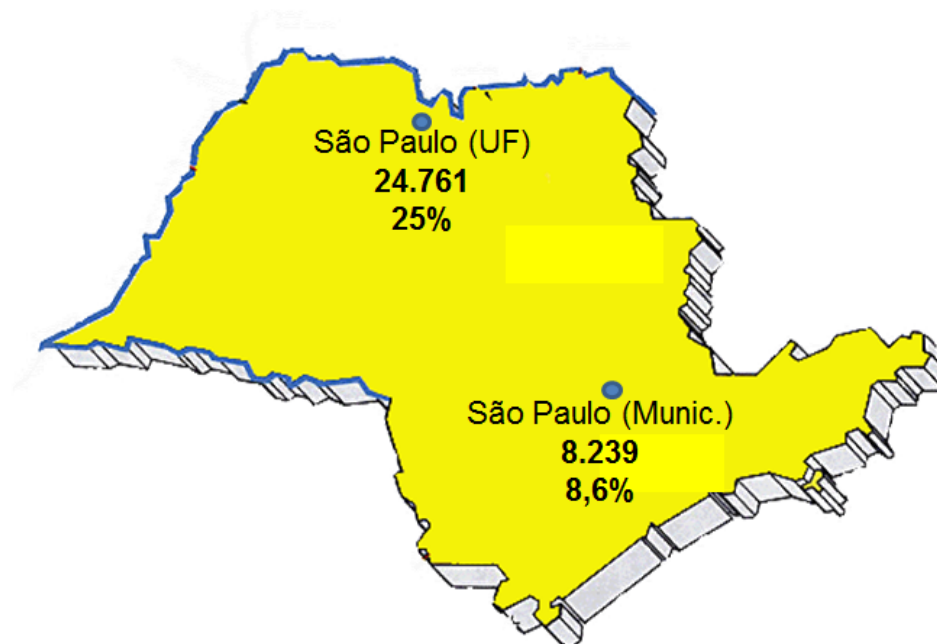
Nos anos de 2008 a 2012, as regiões (SE) e (N) mantiveram suas colocações, onde (SE) apresentou 54,7% das ocorrências de fraturas de fêmur em idosos e (N) seguiu com a menor incidência, apresentando 3,5% dos casos no Brasil (SOARES *et al.*, 2014a).

Em outras pesquisas, estudos transversais já realizados no Brasil evidenciam que idosos habitantes de centros urbanos apresentam predominância a desenvolverem

incapacidades físicas. As diminuições das capacidades funcionais agravam as fragilidades da idade e aumentam os riscos de quedas e consequentes óbitos (RAMOS, 2003; DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Na figura 2 é possível observar o estado de São Paulo (SP) responsável por maior frequência de mortes em idosos por quedas tanto como Unidade Federativa (UF) quanto como município (Munic.).

Figura 2- Maior preponderância de mortalidade em pessoas idosas por quedas em relação as unidades federativas e municípios entre os anos de 1996 a 2015. (n=95.316).



Fonte: Adaptado de Brasil (2018).

No Brasil o estado de São Paulo (SP) é um dos mais habitados do país. Entre os anos de 1980 a 2006 o arranjo desenvolvido nessa localidade registrou aumento de 56,3% de idosos residentes. Juntamente com esse crescimento foram observadas em 2007 o quantitativo de 4.169 casos de mortes por causas externas nestas pessoas, onde 1.328 ou 31% foram geradas por quedas (GAWRYSZEWSKI, 2010).

Estudo realizado em 2006 com pessoas maiores de 75 anos residentes do município de (SP) detectaram prevalência de fragilidade em 15,4% dos idosos (DUARTE *et al.*, 2015).

Em relação as características dos idosos que vieram a óbito por quedas, na tabela 1 é possível observar a frequência (f) e o percentual (%) de morte de acordo com categorias de gênero, idade, cor/raça, estado civil, escolaridade e local de óbito.

Tabela 1- Mortalidade de pessoas idosas por quedas em relação ao gênero, idade, cor/raça, estado civil, escolaridade e local do óbito, no Brasil entre 1996 a 2015. (n= 95.316)

Categorias	(f)	(%)
Gênero		
Feminino	48.081	50,4
Masculino	47.219	49,5
Idade		
60 a 69 anos	18.125	19
70 a 79 anos	26.040	27,3
80 anos e mais	51.151	53,7
Cor/ Raça		
Branca	61.117	64,1
Parda	20.997	22
Preta	3.595	3,8
Amarela	1.193	1,3
Indígena	105	0,1
Ignorado	8.309	8,7
Estado Civil		
Viúvo	38.247	41,1
Casado	32.878	34,5
Solteiro	14.276	15
Separado judicialmente	3.788	4
Outro	594	0,6
Ignorado	5.533	5,8
Escolaridade		
Nenhuma	17.310	18,2
1 a 3 anos	20.208	21,2
4 a 7 anos	16.242	17
8 a 11 anos	7.120	7,5
12 anos e mais	3.160	3,3
1 a 8 anos	210	0,2
9 a 11 anos	248	0,3
Ignorado	30.818	32,3
Local de ocorrência do óbito		
Hospital	81.000	85
Domicílio	10.243	10,7
Outro estabelecimento de saúde	1.293	1,4
Via pública	834	0,9
Outros	1.637	1,7
Ignorado	309	0,3

Fonte: Brasil (2018).

Fator encontrado em diversos estudos indica maior incidência de queda entre idosos do sexo feminino. Em 2007 estudo realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) localizada no bairro Maracanã do Rio de Janeiro (RJ) apontou que 60,7% das senhoras declararam já ter sofrido pelo menos uma queda (AGUIAR; ASSIS, 2009).

Analisando o fenômeno de quedas entre idosas e por meio da endocrinologia em 2009 foram encontradas evidências que às colocam como sendo as mais acometidas pelas quedas com 39,3% a mais, quando comparado ao sexo masculino, supondo que isso ocorra devido a menor estado funcional e diminuição da massa óssea, causada pela redução do estrogênio durante a menopausa (VIDMAR *et al.*, 2011).

Os altos números de quedas nas idosas está diretamente ligado a feminilização do envelhecimento, comprovando essa teoria no ano de 2010 censo demográfico, determinou uma relação de 96x100 mulheres, fazendo do Brasil país com maior número de pessoas do sexo feminino. No Brasil em 2013, os idosos somavam 14,5 milhões, tendo expectativa de vida de 71,24 anos para homens e 78,57 anos para mulheres (SILVA *et al.*, 2016; MORAES *et al.*, 2017).

Estudos realizados nos anos de 2009 a 2010 na cidade de Barueri-SP e Cuiabá-MT, quantificaram que 65,9% das mulheres idosas já caíram pelo menos uma vez, aumentando para 79,7% se tratando de duas ou mais quedas. Já para idosos do sexo masculino, as porcentagens são de 34,1% para queda uma única vez e 20,3% para duas ou mais. A longevidade das mulheres ocorre em todas as sociedades, podendo ser explicadas pelo fato do homem ter o óbito registrado mais precocemente por apresentar estilo de vida associado a mais fatores de risco (SANTOS *et al.*, 2017).

Além do fator sexo, a idade também é forte indicador para risco de quedas e consequente morte. Dados demonstram que de 28% a 35% dos sexagenários caem anualmente, aumentando para 42% em relação aos septuagenários ou mais velhos, confirmando que a progressão da idade está relacionada ao aumento da fragilidade e quedas (GASPARATTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

Estudos realizados no Brasil demonstram 32% de quedas em idosos de 65 a 74 anos, 35% nas pessoas com 75 a 84 anos e 51% nos octogenários e mais velhos (CELICH *et al.*, 2010).

Referindo-se a raça/ cor, Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) desenvolvida nos anos 2008 a 2009, pelo IBGE, quantificou 20,314 milhões de pessoas maiores de 60 anos, destas, 11,2 milhões ou 55,36% eram brancos e apenas 0,48% eram indígenas, evidenciando a existência de maior número de brancos e menor quantidade de indígenas idosos no Brasil (MELO; TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017).

Pesquisa realizada no município de Guanambi-BA demonstrou que 50% dos idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) possuem a cor da pele branca mesmo

sabendo historicamente de forte influência de ascendência negra e indígena nessa região (SOUZA *et al.*, 2017).

Outra característica é a maior prevalência de viúvos na população idosa, quando a viuvez está presente é possível observar o aumento de situações para o risco de quedas, uma vez que inexistente o cuidado entre parceiros, explicando a crescente preponderância. Pesquisa realizada em 2016 em uma UBS no município de São Mamede-PB mensurou que 55% dos idosos que já sofreram quedas são viúvos (KREUZ; FRANCO, 2017; CAMBOIM *et al.*, 2017).

Além do fator de risco ambiental de morar sozinho, a falta de companhia comumente tem como consequência a depressão, sendo este fator de risco comportamental e social para as quedas já que a mesma pode alterar nível de atenção, redução do comprimento da passada, diminuição da energia e autoconfiança, reclusão, inatividade e consequente perdas cognitivas, torna-se importante a avaliação através de diferentes escalas geriátricas (TAVARES; PEREIRA; BRAZ, 2017).

A baixa escolaridade também parece ser fator associado ao crescente número de quedas em pessoas idosas, estudo realizado em Cuiabá-MT nos anos de 2009 a 2010 com amostra de 391 participantes, destes 146 sofreram quedas, 95 deles ou 65% possuíam menos de quatro anos de estudo e apenas 51 ou 35% dos caídores tinham escolaridade superior a quatro anos de estudo (SOARES *et al.*, 2014b).

Em 2014, estudo realizado em Uberaba-MG também demonstrou relação na escolaridade com as quedas, entre os idosos com mais de quatro anos de escolaridade o número de eventos registrados foram de 54, já para os que possuíam menos de quatro anos de escolaridade esse dado passou para 152, ou seja, quase triplicou (NASCIMENTO; TAVARES, 2016).

Dados coletados no município de Santa Maria-RS nos anos de 2011 e 2012 identificaram que 74,2% da população idosa possuía ensino fundamental incompleto chamando atenção para baixa escolaridade no público idoso (STAMM *et al.*, 2016).

O risco de queda com consequente morte está presente também no hospital, sabe-se que o idoso sofre redução gradual e progressiva da capacidade funcional, no ambiente hospitalar essa diminuição associada ao maior tempo de permanência, ambiente não habitual e uso de medicamento tornam a ameaça crescente e evidente (CUNHA *et al.*, 2009).

A polifarmácia nos idosos hospitalizados parece estar associada à quedas, o uso de ansiolíticos, antipsicóticos e antidepressivos são considerados fatores de risco já que os

mesmo causam efeitos secundários na mobilidade e cognição elevando os riscos. As alterações ambientais são desencadeantes de quedas principalmente no público com idade avançada, o reajuste do movimento em relação ao espaço e organização se torna muito dificultosa entre esses pacientes gerando insegurança e alta dependência (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010; ABREU *et al.*, 2012).

Estudo realizado em um hospital de ensino na cidade de Curitiba-PR nos meses de abril a julho de 2013 afirmou que 7% dos idosos da amostra sofreram quedas dentro do hospital enquanto internados, foi também realizado um questionário quantificando que 55,2% dos internados associam a hospitalização com a inexistência do risco de quedas, 45,8% consideram que existe o risco, mas somente 31,3% soube repetir pelo menos uma das orientações dadas pela equipe de enfermagem, inferindo então maior atenção dos profissionais de saúde para esse público (VACCARI *et al.*, 2016).

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade Brasileira, evidenciada por diversos estudos, dados e progressões do Ministério da Saúde que apontam o aumento significativo da proporção deste público, principalmente nas últimas décadas. A principal causa desse crescimento está na modificação dos arranjos familiares juntamente com o aumento da expectativa de vida, causando o efeito de envelhecimento populacional.

A elevação do quantitativo de idosos trás consigo o aumento dos riscos físicos. O processo de senescência impõe queda das habilidades/capacidades físicas e cognitivas apresentando maior disposição para o risco de quedas e possíveis óbitos. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) constatou que entre 1996 a 2015, dos 95.316 casos de óbitos por quedas em idosos, as quedas sem especificação (W19) somadas com as quedas do mesmo nível (W18) são responsáveis por 71.946 ou 75,46% das mortes.

Fatores como sexo feminino, idade avançada, raça branca, viuvez e baixa escolaridade estão relacionados a mortes por quedas em idosos, sendo demonstrado pela pesquisa temporal de 20 anos, bem como, análise de diversos artigos e estudos científicos.

Nesse contexto, acreditasse que os idosos estão cada vez mais sendo acometido por quedas, levando a óbitos ou incapacidades, devendo existir atenção maior voltada para esse grupo de pessoas, com o intuito de prevenção e maiores cuidados, devendo realizar mais pesquisas e estudos nessa área.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, p.1-7, maio/jun. 2012.

AGUIAR, C.F; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/ UERJ. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p.391-404, s.m. 2009.

ALMEIDA, R.A.R; ABREU, C.C.F; MENDES, A.M.O.C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista Enfermagem Referência** Coimbra, v.3, n.2, p.163-172, dez. 2010.

BARROS, I.F.O. et al. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.18, n.4, p. 63-80, s.m. 2015.

BORTOLON, P.C; ANDRADE, C.L.T; ANDRADE, C.A.F. O perfil das internações do SUS para fratura osteoporótica de fêmur em idosos no Brasil: uma descrição do triênio 2006-2008. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p. 733- 742, abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. 1.ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Informação Sobre Mortalidade**. Datasus: Brasília, 2018.

BRITO, K.Q.D; MENEZES, T.N; OLINDA, R.A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.69, n.5, p.825-832, set/out. 2016.

CAMBOIM, F.E.F. et al. Perfil de idosos e o grau de confiança em relação a episódios de quedas. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v.24, n.2, p.48-54, abr/jun. 2017.

CELICH, K.L.S. et al. Fatores que predisõem às quedas em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.17, n.3, p.419-426, set/dez. 2010.

COSTA, N.P. et al. Contaçon de história: tecnologia cuidativa na educação permanente para o envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.6, p.1132-1139, nov/dez. 2016.

CUNHA, F.C.M. et al. Fatores que predisões ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.475-487, s.m. 2009.

DUARTE, Y. et al. Frailty impact on older Brazilian survival: 3 years follow-up survey. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v.44, n.1, p.i26-i27, out. 2015.

DUCA, G.F.D; SILVA, M.C; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.5, p.796-805, s.m. 2009.

FREITAS, M.A.V; SCHEICHER, M.E. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.57-64, s.m. 2008.

GASPARATTO, L.P.R; FALSARELLA, G.R ; COIMBRA, A.M.V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 201- 209, jan/ mar, 2014.

GAWRYSZEWSKI, V.P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n.2, p.162-167, s.m. 2010.

GAWRYZEWSKI. V.P; JORGE. M.H.P; KOIZUME.M.S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: O desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.50, n.1, p.97-103, s.m. 2004.

GUIMARÃES, L.H.C.T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**, Unifesp São Paulo, v.12, n.2, p.68-72, abr/jun. 2004.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Econômica, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> Acesso em: 15 mar de 2018.

JAHANA.K.O; DIOGO.M.J.D. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p.148-153, s.m. 2007.

JUNIOR, O.S.F. **Queda de idosos que motiva atendimento hospitalar de emergência pelo SUS em Uberlândia – MG: epidemiologia e consequências para a saúde**. 2006. Dissertação (Pós Graduação) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, 2006.

KREUZ, G; FRANCO, M.H.P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do Envelhecimento – Revisão Sistemática de Literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.69, n.2, p.168-186, s.m. 2017.

LANA, L.D; KUHN, B.J.B. Fatores de risco e consequências da queda em idosos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem – URI**, Rio Grande do Sul, v.13, n.13, p.95-105, s.m. 2017.

LIMA, D.A; CEZARIO, V.O.B. Quedas em idosos e comorbidades clínicas. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.30-37, s.m. 2014.

MATTOS, I.E. et al. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, London, v.14, n.47, p.1-9, abr. 2014.

MELO, N.C.V; TEIXEIRA, K.M.D; SILVEIRA, M.B. Consumo e perfil social e demográfico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil: análises a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares. **Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 607-617, set/out. 2017.

MORAES, S.A. et al. Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.693-704, s.m. 2017.

NASCIMENTO, J.S; TAVARES, D.M.S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.25, n.2, p. 1-9, s.m. 2016.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, mai/jun. 2003.

SANTOS, R.N; PORTES, L.A.; ALFIERE, F.M. Perfil de saúde de idosos adventistas que ultrapassaram a expectativa de vida. **Kairós**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 175-194, s.m. 2017.

SENNA, M.C.N. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SCHIMIDT, T.C.G; SILVA, M.J.P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n. 3, p. 612-617, s.m. 2012.

SILVA, M.F.F.S. et al. Quedas em idosos atendidos em um serviço de referência à saúde do idoso. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v.5, n.2, p.63-73, s.m. 2016.

SOARES, D.S. et al. Fraturas de fêmur em idosos no Brasil: análise espaço-temporal de 2008 a 2012. 2014. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, p.2669 – 2678, dez. 2014a.

SOARES, W.J.S. et al. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 49-60, mar. 2014b.

SOUZA, L.H.R. et al. Queda em idosos e fatores de risco associados. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.54, p.55-60, out/dez. 2017.

STAMM, B. et al. Cair faz parte da vida: Fatores de risco para quedas em idosos. **Fundamental Care Online**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.5080-5086, out/dez. 2016.

TAVARES, D.I; PEREIRA, M.B; BRAZ, M.M. Perfil dos estudos de quedas com idosos: revisão integrativa. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.20, n.2, p.207-222, jul/set. 2017.

VACCARI, E. et al. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.21, n. esp, p.1-9, s.m. 2016.

VIDMAR, M.F; SACHETTI, A; SILVEIRA, M.M; SCHNEIDER, R.H; WIBELINGER, L.M. Quedas em mulheres idosas com dor articular. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo- MG, v.8, n.3, p.333-342, set/dez. 2011.