

Dinâmica regional do Centro-Oeste brasileiro e a saúde do idoso: análise dos indicadores de mortalidade por quedas

Regional dynamics of the Brazilian Center-West and elderly health: analysis of mortality indicators of falls

Denise Coughi de Carvalho Veríssimo Freitas

Centro Universitário Salesiano de São Paulo – UNISAL – São Paulo – São Paulo – Brasil

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas – São Paulo – Brasil

Vera Regina Lorenz

Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR – São Carlos – São Paulo – Brasil

Jane Kelly Oliveira Friestino

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS – Chapecó – Santa Catarina – Brasil

Fabília Ramos Rezende

Universidade Federal de Goiás – UFG – Goiânia – Goiás – Brasil

Roseli Rezende

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas – São Paulo – Brasil



Resumo: Analisar as características sociodemográficas dos idosos que foram a óbito por queda, na Região Centro-Oeste do Brasil, no período de 2006 a 2012. Trata-se de um estudo ecológico, realizado com dados de óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde junto aos dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As análises foram realizadas por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas, segundo variáveis sociodemográficas. No período de 2006 a 2012, dos 268.525 óbitos em idosos residentes na região Centro-Oeste, 3.643 (1,36%) óbitos apresentaram a queda como causa básica. Houve acréscimo de 28,85 para 38,03% nos coeficientes de mortalidade por queda para homens e mulheres, respectivamente, durante o período do estudo. Para o conjunto dos idosos, o maior coeficiente foi observado em 2012 (53,53 óbitos a cada 100 mil idosos). De modo geral os coeficientes foram similares entre os gêneros e maiores para os idosos com 80 anos ou mais (57,4%). Os óbitos por quedas ocorreram mais entre os viúvos e separados e naqueles que possuíam menor escolaridade. Os achados evidenciam um aumento na mortalidade por queda no período e local estudados, sendo mais elevado entre longevos. Foram encontradas políticas públicas voltadas aos idosos nessa região, bem como características distintas de outros estudos encontrados na literatura, podendo ser utilizado para a formulação de políticas públicas voltadas para a prevenção de quedas e promoção da saúde do idoso.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Dinâmicas Regionais. Mortalidade.

Abstract: To analyze the sociodemographic characteristics of the elderly who died due to falls in the Center-West Region of Brazil, between 2006 and 2012. This is an ecological study, carried out with death data from the Mortality Information System of the Ministry of Health together with the population data of the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The analyzes were performed by means of absolute and relative frequency distribution according to sociodemographic variables. In the period from 2006 to 2012, of the 268,525 deaths in elderly people living in the Central-West region, 3,643 (1.36%) died due to falls. There was increase from 28.85 to 38.03% in the mortality coefficients by fall for men and women, respectively, during the study period. For all the elderly, the highest coefficient was observed in 2012 (53.53 deaths per 100,000 elderly). In general, the coefficients were similar between genders and greater for the elderly with 80 years or more (57.4%). Deaths from falls occurred more among the widowed and separated and those who had lower schooling. The findings show an increase in mortality due to fall in the period and site studied, being higher among longevity. We found the public policies for elderly in this region were found, as well as different characteristics of other studies found in the literature, and could be used for the formulation of public policies aimed at the prevention of falls and health promotion of the elderly.

Keywords: Health of the Elderly. Regional Dynamics. Mortality.

1 Introdução

A população do país vem envelhecendo de forma progressiva e acelerada, o que comprova o aumento da população idosa e coloca as quedas e suas consequências em evidência (CAMARANO; KANSO, 2013; ANTES; SCHNEIDER; D'ORSI, 2015). Com o envelhecimento, o corpo humano entra em processo de declínio fisiológico determinado por um processo natural, com características heterogêneas, no qual ocorrem transformações morfológicas, funcionais e bioquímicas, alterando as estruturas do organismo e tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas, influenciando diretamente na autonomia e funcionalidade (DANUZA; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

Os eventos de quedas em idosos representam uma situação de risco não apenas pela capacidade de provocar trauma e fraturas, mas pelas consequências em sua capacidade funcional, com relação às incapacidades, internações e mortalidade, as quais são determinadas por circunstâncias multifatoriais e multicausais (ANTES; SCHNEIDER; D'ORSI, 2015). Dentre os principais fatores multifatoriais, destacam-se os relacionados às dimensões biológica, comportamental, ambiental e socioeconômica (GASPAROTTO, FALSARELLA, COIMBRA, 2014).

Em todos os níveis de atenção à saúde é elevada a demanda de atendimento aos idosos, sendo determinada por diferenças regionais. Além disso, a distribuição da população idosa brasileira é diversificada, o que torna a geografia da saúde como um importante elemento para somar ao desenvolvimento de políticas voltadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Nesse sentido são incluídos os fatores presentes na dinâmica regional, que embora de caráter descritivo, afeta do ponto de vista sistêmico a combinação de elementos atópicos e naturais em conformidade com o ambiente em se vive, conforme explica o complexo patogênico de Sorre (1951).

As quedas representam 12% das mortes no mundo entre os idosos, caracterizam 40% dos óbitos

por lesões nesta faixa etária, sendo a quinta causa de morte na velhice (CZERWINSK et al, 2008) e a primeira por causa externa (KWAN; CLOSE; WONG; LORD, 2011). Após as quedas, 20% dos idosos morrem dentro de um ano, como consequência da fratura de quadril (OMS, 2010).

Neste sentido, denota-se a importância de um olhar atento à saúde do idoso, no que tange a elaboração e adoção de estratégias para prevenção de quedas de idosos em domicílios e seu entorno, vias públicas, estabelecimentos públicos e privados e nos transportes coletivos. Para isso, o conhecimento acerca da magnitude de mortalidade por queda em idosos, segundo características sociodemográficas, pode ser utilizado para orientar e concretizar o desenvolvimento de políticas voltadas para prevenção e promoção da saúde do idoso relacionada às quedas. Diante disso, esse estudo tem por objetivo analisar as características sociodemográficas dos idosos que foram a óbito por queda, na Região Centro-Oeste do Brasil, no período de 2006 a 2012.

2 Método

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, de dados secundários, referentes aos registros de mortalidade em maiores de 60 anos de idade, residentes na região Centro-Oeste do Brasil no período de 2006 a 2012.

Os dados foram obtidos da base nacional do SIM/SUS – Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde, que é alimentada pelos municípios e seguem um fluxo ascendente, com a unificação dos dados municipais pelo nível estadual e que, posteriormente, são consolidados em um banco nacional pertencente ao DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Este Sistema é disponibilizado à população e a consulta pode ser feita pela internet: <http://datasus.saude.gov.br/>.

Foram investigados os óbitos relacionados a queda de acordo com os códigos da CID 10- Classificação Internacional de Doenças, correspondentes a: (W01) Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos em falso (traspés),

(W02) Queda envolvendo patins de rodas ou para gelo, esqui ou pranchas de rodas, (W03) Outras quedas do mesmo nível por colisão com ou empurrão por outra pessoa. (W04) Queda enquanto estava sendo carregada ou apoiada 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 escada de degraus, (W11) queda em ou de escada de mão, (W12) queda em ou de um andaime, (W13) queda de ou para fora do edifício ou outras estruturas, (W14) queda de árvore, (W15) queda de penhasco, (W17) outras quedas de um nível a outro, (W18) outras quedas do mesmo nível e (W19) queda sem especificação. A informação a respeito da população residente foi obtida pelo Censo demográfico e projeções intercensitárias, disponibilizados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. As variáveis estudadas foram: sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil, escolaridade, local de ocorrência do óbito.

Além disso, foram consultados sites oficiais dos governos estaduais para identificar características relacionadas à distribuição e oferta de serviços voltados à população idosa.

As análises foram realizadas por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas, segundo variáveis sociodemográficas. Também foram calculados os coeficientes de mortalidade por quedas em idosos segundo sexo e faixas etárias, ano a ano. Foram realizadas estatísticas descritivas das variáveis estudadas, utilizando-se para isso o software SPSS versão 17.0.

3 Resultados

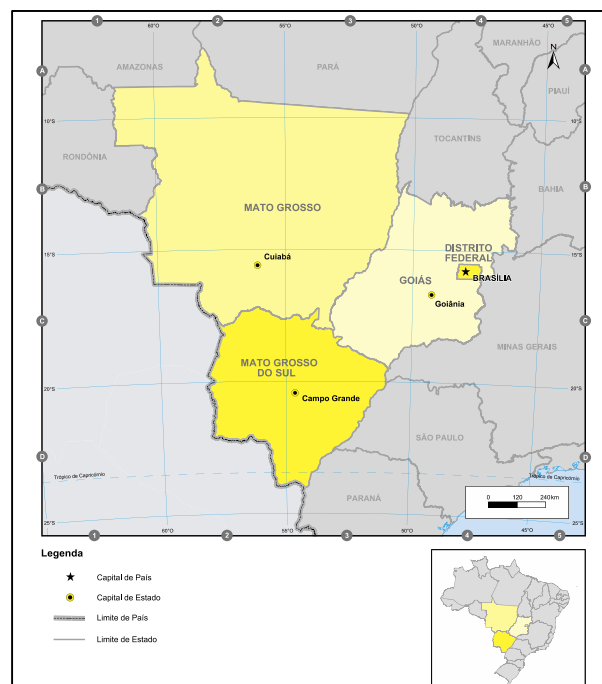
3.1 A região Centro-oeste

Esta é a segunda maior região do país em extensão territorial, e a menos populosa. A organização da região Centro-Oeste do Brasil é composta por três estados, sendo eles: Goiás, Mato

Grosso, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal (capital do país). O relevo é dividido em três áreas principais, planalto central, planalto meridional e planície do pantanal, com um clima predominantemente tropical semiúmido.

A dinâmica socioeconômica e a configuração espacial da região Centro-Oeste se constituíram predominante por ocupações fundiárias com baixa ocupação demográfica em relação às regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2011).

Figura 1: Região Centro-oeste do Brasil



Fonte: IBGE, 2010.

3.2 Mato Grosso do Sul

No estado do Mato Grosso e no Mato Grosso do Sul, historicamente sua ocupação foi feita por migrantes, que buscavam o estado para uma ocupação econômica extrativista e agropecuária, representando hoje extensas áreas de latifúndios agrícolas. O Mato Grosso do Sul, no último censo de 2010, contava com 2.449.024 habitantes, em uma densidade demográfica de 6,8 hab./km², distribuídos em uma área 357.145.531 km² que faz fronteira com os estados do Paraná, Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso e fronteira internacional com a Bolívia e o Paraguai (IBGE, 2016).

Também para o ano de 2010, foram identificados 239.270 indivíduos com mais de 60 anos de idade. A distribuição populacional para esse mesmo ano ocorreu conforme demonstrado na Figura 2.

Vale ressaltar que o estado do Mato Grosso do Sul possui um Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – CEDPI/MS atuando desde dezembro de 1998, vinculado à área de Assistência Social do governo Estadual. Atualmente, tem por objetivo ser “indutor na definição de orientações para as ações na área da pessoa idosa, estimulando a organização da sociedade para que ela faça a sua parte na construção, execução e acompanhamento de Políticas de atendimento ao referido segmento” (GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 2018).

3.3 Mato Grosso

Segundo a publicação do Censo de 2010, o estado do Mato Grosso possuía uma população de 3.035.122, em uma densidade demográfica de 3,36 hab/km². Faz fronteira com os estados do Pará, Amazonas, Tocantins, Goiás, Mato Grosso do Sul, Rondônia e, fronteira internacional com a Bolívia, compreendendo uma extensão territorial de 903.202,446 km².

Mato Grosso é um estado de povos diversos, uma mistura de índios, negros, espanhóis e portugueses que se miscigenaram nos primeiros anos do período colonial. Foi essa gente miscigenada que recebeu migrantes vindo de outras partes do país. Hoje, 41% dos moradores do estado nasceram em outras partes do país ou no exterior (GOVERNO DO MATO GROSSO, 2018).

O estado possui desde de setembro de 1994 o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – CEDEDIPI, ligado à Secretaria de Estado da Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH/MT, contudo, somente no ano de 2011 foi reconhecido enquanto:

órgão permanente, paritário, de caráter deliberativo, tendo por objetivo a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso, no

âmbito do Estado de Mato Grosso, observadas as diretrizes conforme dispõe a Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso (GOVERNO DO MATO GROSSO, 2011).

O estado do Mato Grosso possuía em 2010, 239.626 idosos com mais de 60 anos, e as características populacionais podem ser observadas na Figura 2.

3.4 Goiás

De acordo como censo de 2010, o estado de Goiás apresentou uma população de 6.003.788 habitantes, sendo 525.170 idosos com mais de 60 anos de idade. A densidade demográfica para o estado é de 17,65 hab./km², o que representar ser o estado com a maior densidade demográfica da região. A dinâmica populacional pode ser observada na Figura 2.

Além disso, foram identificadas políticas públicas voltadas à saúde do idoso em âmbito estadual. O estado de Goiás possui em funcionamento um Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa desde setembro de 1995, e a partir de 1999, foi instituída a Política Estadual do Idoso, que tem por finalidade: “assegurar os direitos dos idosos, previstos nas Constituições Federal e Estadual, construir sua cidadania, promover sua autonomia e garantir sua efetiva integração e participação na sociedade” (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2012).

3.5 Distrito Federal

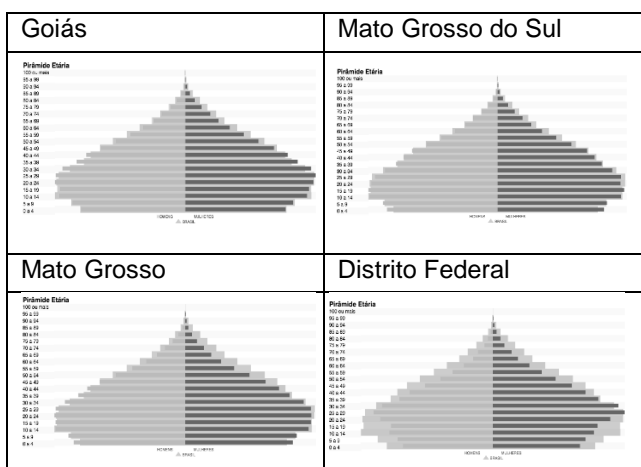
O Distrito Federal (DF), que tem por sede Brasília - capital do Brasil, está localizado na região do planalto central brasileiro, fazendo fronteira somente com o estado de Goiás. No censo de 2010 possuía uma população de 2.570.160 habitantes, destes, 197.613 eram idosos com mais de 60 anos. Um diferencial encontrado no DF reside em sua densidade demográfica: 444,66 hab/km², em uma área territorial de 5.779,997 km², passando assim a ser a maior densidade de toda a Região Centro-

Oeste. Sua estrutura etária pode ser verificada na Figura 2.

Em sua história, o DF foi fundado em 1960 e por sua recente trajetória enquanto centro administrativo do país, agrega migrantes de todas as regiões, sendo predominantemente da região Nordeste. E embora possua em torno de 200 mil idosos, o DF possui dois órgãos específicos voltados à formulação de políticas à esta população, sendo, o Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal – CDI/D e o Núcleo de Saúde do Idoso (NUSI).

Este último, foi fundado desde 1992 e, trabalha em uma “perspectiva biopsicossocial, com ênfase na promoção de saúde, reabilitação, prevenção e tratamento de agravos à saúde desta faixa populacional”, (DF, 2018). Sendo este vinculado à Secretaria Adjunta de Políticas para as Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos.

Figura 2: Pirâmide populacional dos estados e Distrito Federal pertencentes à Região Centro-Oeste do Brasil. Censo de 2010 e projeções.



Fonte: IBGE, 2017.

3.6 Mortalidade por quedas em idosos na região Centro-oeste

No período de 2006 a 2012, dos 268.525 óbitos em idosos residentes na região Centro-Oeste, 3.643 (1,36%) óbitos apresentaram a queda como causa básica. Houve acréscimo de 28,85 para 38,03% nos coeficientes de mortalidade por queda para homens e mulheres, respectivamente, durante o período do estudo.

De modo geral os coeficientes foram similares entre os gêneros e maiores para os idosos com 80 anos ou mais. Os óbitos por quedas ocorreram mais entre os viúvos e separados e naqueles que possuíam menor escolaridade.

Verificou-se maior número de óbitos por quedas entre idosos com menor nível de escolaridade, no período e espaço estudado, e maior porcentagem de ocorrência entre os viúvos e separados (44,2%) (Tabela 1).

No que se refere ao local da ocorrência do óbito, verificou-se que a maioria das mortes de idosos ocorreu em hospitais (88,5%), seguida do óbito em domicílio (9,0%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de frequências dos óbitos por queda e óbitos por todas as causas em idosos, segundo variáveis sociodemográficas. Região Centro-Oeste, 2006 a 2012.

Variável	Categoria	Óbitos por queda (%)	%	Total de óbitos
Sexo	Masculino	1.728 (1,18)	47,4	146.932
	Feminino	1.915 (1,58)	53,6	121.580
	Total	3.643	100,0	268.525
Faixa etária	60 a 69	595 (0,75)	16,3	79.007
	70 a 79	956 (1,03)	26,2	93.070
	80 e mais	2.092 (2,17)	57,4	96.448
	Total	3.643	100,0	268.525
Cor da pele	Branca	2.081 (1,55)	61,1	133.792
	Preta	151 (0,88)	4,4	17.145
	Amarela	30 (1,69)	0,9	1.772
	Parda	1.247 (1,21)	36,6	103.120
	Indígena	18 (1,22)	0,5	1.447
Estado civil	Total	3.527	100,0	257.306
	Solteiro	568 (1,40)	16,8	40.643
	Casado	1.104 (1,09)	32,6	101.660
	Viúvo Separado**	1.495 (1,75)	44,2	85.621
	Outro	188 (1,20)	5,6	15.718
	Total	27 (1,28)	0,8	2.105
Escolaridade (anos de estudo)	Total	3.382	100,0	245.747
	Nenhum	888 (1,24)	34,5	71.371
	1 a 3	838 (1,26)	32,6	66.618
	4 a 7	491 (1,25)	19,1	39.172
	8 a 11	225 (1,36)	8,7	16.533
	12 e mais	132 (1,32)	5,1	10.002
Local de ocorrência	Total	2.574	100,0	203.696
	Hospital	3.221 (1,64)	88,5	196.591
Local de ocorrência	Outro estabel. de saúde	24 (0,56)	0,7	4.274
	Domicílio	327 (0,56)	9,0	58.885
	Via pública	23 (0,56)	0,6	4.116
	Outros	44 (1,01)	1,2	4.342
	Total	3.639	100,0	268.208

Dados faltantes: cor da pele - 116; estado civil - 261; escolaridade - 1.069; local de ocorrência - 4.

** Separado judicialmente.

Fonte: DATASUS/IBGE.

Na análise comparativa entre os anos de estudo, pode-se observar um aumento no coeficiente de mortalidade específico por quedas em idosos em toda a região Centro-Oeste, pois no ano de 2006 esse indicador era de 40,05 por 100 mil idosos e em 2012 esse valor foi de 53,53 óbitos a cada 100 mil idosos (Tabela 2).

Tabela 2: Número e incremento percentual de idosos na população, mortalidade por queda e coeficiente de mortalidade específico por queda (CME), por 100 mil idosos. Região Centro-Oeste, 2006 a 2012.

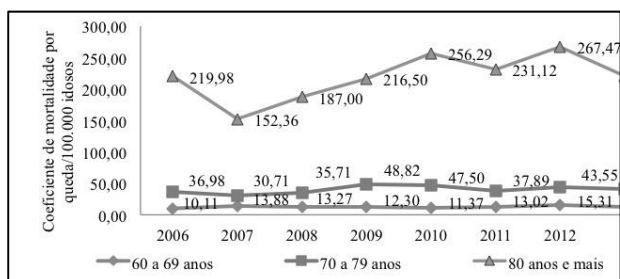
Ano	Nº de idosos	Incremento (%)	Quedas		CME* por quedas
			Não (%)	Sim (%)	
2006	858.991	Base	32.695 (98,96)	344 (1,04)	40,05
2007	1.054.972	22,82	34.183 (98,90)	379 (1,10)	35,93
2008	1.109.334	5,15	36.118 (98,74)	462 (1,26)	41,65
2009	1.159.381	4,51	36.783 (98,48)	568 (1,52)	48,99
2010	1.238.134	6,79	40.220 (98,45)	633 (1,55)	51,13
2011	1.252.637	1,17	41.602 (98,63)	579 (1,37)	46,22
2012	1.266.607	1,12	43.268 (98,46)	678 (1,54)	53,53
Total	7.940.056		264.869 (98,64)	3.643 (1,36)	45,88

*CME: Coeficiente de Mortalidade Específico

Fonte: DATASUS/IBGE.

O coeficiente de óbitos por quedas a cada 100 idosos aumenta conforme a faixa etária, sendo maior entre idosos octogenários e longevos (57,4%) (Tabela 1), e sua distribuição, apresentou variações no período estudado, sendo o seu menor coeficiente no ano de 2007 (152,36/100.000 idosos) e o maior coeficiente no ano de 2012 (267,47/100.000 idosos) (Figura 3).

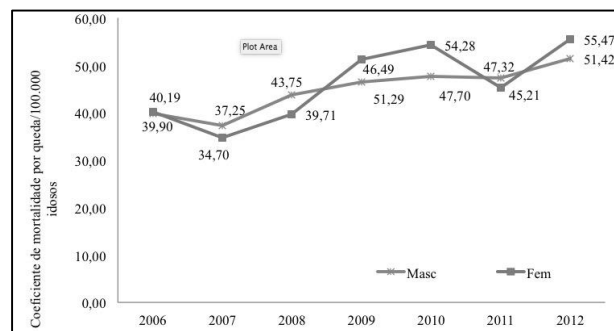
Figura 3: Coeficiente de mortalidade específico por queda em idosos, segundo faixas etárias. Região Centro-Oeste, 2006 a 2012.



Fonte: DATASUS/IBGE.

O coeficiente de óbitos por quedas a cada 100 mil idosos apresentou variações ao longo do período estudado. No ano de 2006, o referido coeficiente era maior em homens (40,19) do que em relação as mulheres (39,90). Porém, no ano de 2012 o coeficiente foi maior em mulheres (55,47), enquanto que em homens o coeficiente foi de 51,42 a cada 100.000 idosos (Figura 4). No entanto as diferenças não foram consideradas significativas neste estudo.

Figura 4: Coeficiente de mortalidade específico por queda em idosos, segundo sexo. Região Centro-Oeste, 2006 a 2012.



Fonte: DATASUS/IBGE.

4 Discussão

Na Região Centro-Oeste do Brasil apresentou um aumento na mortalidade por queda em idosos no período de 2006 e 2012, sendo mais elevado entre longevos. Justifica-se que existem alguns fatores que podem aumentar o risco de uma queda no idoso e potencializar os agravos a saúde e, devido o tipo de lesão e local da fratura, dentre os mais significativos: idade elevada, declínio cognitivo, inatividade, fraqueza muscular, desequilíbrio, histórico de quedas, dependência funcional, polifarmácia e doenças crônicas associadas (BARROS, PEREIRA, WEILLER, 2016).

As causas de mortes por quedas em idosos, muitas vezes associadas a outros problemas de saúde, como osteoporose, desequilíbrios, depressão, mal de *Alzheimer*, *Parkinson* entre outros que tendem a aumentar com o envelhecimento. Entre 2000 e 2014, no estado de São Paulo, as mortes por quedas registraram aumento superior a cinco vezes nas idades mais avançadas. Com destaque após 75 anos, sendo que para as mulheres, a partir dos 65 anos as passa a ser a primeira causa externa de morte feminina (CAMARGO; DIAS, 2016).

Estudos epidemiológicos apontam que menos de 10% da população com mais de 65 anos estão livres de doenças, e perante à esse cenário, surgem novos desafios quando se pensa na saúde da população idosa, pois este quadro resulta em uma elevada prevalência de incapacidades físicas e mentais (RAMOS, 2009).

Os fatores que compõem a fragilidade em idosos, como a debilidade muscular, déficit da função visual, alterações da marcha e cognição, uso de medicamentos, baixa capacidade funcional e instabilidade, as quais envolvem as atividades da vida diária e associam-se ao maior número de quedas da própria altura (ANTES; SCHNEIDER; D'ORSI, 2015; FHON et al, 2016). As ocorrências de quedas em idosos frágeis definem um pior prognóstico perante a condição de saúde do idoso, ocasionando prejuízo, debilidade e comprometimento da capacidade de recuperação (FHON et al, 2016; COUTINHO; BLOCH; COELI, 2012).

Atualmente a fragilidade não possui uma definição consensual, mas pode ser descrita como uma síndrome multidimensional que envolve uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais em todos os ciclos de vida, denotando uma vulnerabilidade aos agravos à saúde com maior risco de ocorrência de desfechos clínicos (RUNZER-COLMENARES et al., 2014; BRASIL, 2006).

Entre 2006 e 2012, 1,23% dos óbitos em idosos residentes na região Centro-Oeste do Brasil, foram ocasionados por quedas, sendo é uma causa considerada evitável de mortalidade na população. Outros estudos evidenciaram que grande parte das quedas em idosos acontece na própria residência do idoso, que muitas vezes não foi adaptada para atender as alterações decorrentes do processo de envelhecimento (CABERLON, BOS, 2015; CARNEIRO et al., 2016, NASCIMENTO et al, 2017).

Na Região Centro-Oeste, a maioria dos óbitos ocorreu em mulheres (53,6%), e suas chances de acontecerem aumentam com a idade. Uma vez que a maior incidência de quedas ocorre nas próprias residências dos idosos, o que pode estar relacionado maior fragilidade destas em relação aos homens, ao tempo que essa idosa permanece sozinha, atividades praticadas pelas mulheres na residência, bem como das condições de segurança do ambiente físico, incluindo piso, mobiliário e espaço físico, atuam como fatores de risco para quedas na residência

(FERRETTI; LUNARDI; BRUSCHI, 2013; BARROS; PEREIRA; WEILLER, 2016).

No período estudado, o maior coeficiente foi observado em 2012 (53,53 óbitos a cada 100 mil idosos). A presença de determinados fatores de proteção tais como o incremento da assistência à saúde, o acesso aos serviços públicos de saúde, o controle de doenças transmissíveis, entre outros, contribuam para o aumento da expectativa de vida entre os idosos, reduzindo as mortes por determinadas causas infecciosas e aumentando a possibilidade de adquirirem doenças crônicas e degenerativas com o avançar da idade.

Com isso torna-se premente que os estados fomentem e legitimem as políticas públicas já iniciadas pelos estados e pelo Distrito Federal perante à possibilidade de doenças que comprometem as funções vitais e contribuem para o processo de fragilização dos idosos. A literatura aponta que, o acesso aos serviços de saúde requer do idoso maior disponibilidade, esforços físicos e cognitivos para a que possam usufruir das ações e serviços de saúde. A busca pelo atendimento dessas novas necessidades de saúde, especialmente sem o apoio de cuidador, eventualmente, podem representar fator de risco para quedas entre os idosos no domicílio, em vias públicas, em estabelecimentos comerciais, em instituições de saúde (ROSSETTO; BUENO; LOPES, 2014; SOUZA; FILHO, 2015).

A fragilidade instalada entre octogenários e longevos, associada a um ambiente perigoso para quedas e à ausência de um profissional cuidador, favorece o aumento do número de óbitos por quedas. Além das questões ambientais, devem ser consideradas as características socioeconômicas, visto que neste estudo, o maior número de óbitos por quedas entre idosos com menor nível de escolaridade, por meio estudos anteriores identificou-se que maior nível de escolaridade pode estar associado às melhores condições de segurança no ambiente residencial do idoso e ser fator de proteção em relação aos óbitos por quedas (ROSA et al, 2015; BARROS; PEREIRA; WEILLER, 2016).

Aponta-se a necessidade de se investir na elaboração e execução de políticas públicas com foco também na formação e profissionalização de gerontólogos e de cuidadores para idosos, além de alternativas inovadoras no que se refere à institucionalização de idosos. Por outro lado, essas condições exigem políticas públicas que possibilitem a oferta de cuidados continuados e integrados às pessoas idosas, no intuito de preservar a capacidade funcional e a autonomia desses sujeitos (GONÇALVES, et al, 2013, BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014).

Destaca-se a importância da geografia da saúde, a qual utiliza o espaço geográfico como categoria analítica das condições de saúde nos diferentes ciclos de vida, denotando a necessidade em realizar investigações mesmo em regiões em que a população ainda caracteriza-se como sendo predominantemente jovem. Diversos estudos brasileiros contribuíram para o saber científico da condição de saúde da população, entretanto, a maior parte deles focaliza locais em que a expectativa de vida é mais elevada do que a média nacional, no entanto, regiões como o Centro-Oeste brasileiro pouco tem sido analisado (GONÇALVES et al., 2013; LUZ et al., 2014).

Vale ressaltar que a condição de saúde e promoção de espaços saudáveis está relacionada à realidade prática dos grupos sociais, do cotidiano e da noção de pertencimento existente dentre as características próprias que os constitui, sendo assim, o lugar assume uma relação de identidade-sociabilidade-grupo já descrita por Tuan (1983). O conhecimento acerca da magnitude de mortalidade por queda em idosos, segundo características sociodemográficas, pode ser utilizado para orientar o desenvolvimento de políticas voltadas para prevenção e promoção da saúde do idoso (LUZ et al., 2014).

A avaliação específica e sua detecção precoce podem servir como um meio para a prorrogação desta síndrome, conservando por mais tempo a independência funcional e autonomia dos idosos (COUTINHO; BLOCH; COELI, 2012).

Como uma das limitações do estudo aponta-se a possíveis falhas no preenchimento das declarações de óbito, bem como a imprecisão do local de ocorrência do óbito.

Nota-se a importância de conhecer a mortalidade por quedas em idosos a partir da realidade local, a qual poderá contribuir para o planejamento, prevenção e acompanhamento do evento que repercute tanto na saúde, nos custos com internações e com programas de prevenção da ocorrência de quedas.

Conclui-se que a dinâmica da região Centro-Oeste do Brasil apresenta características distintas de outros estudos encontrados na literatura, e a partir das análises efetuadas, encontramos na mortalidade por quedas um indicador potente para evidenciar a qualidade de vida desses idosos que residem na região no período estudado. Foram encontradas políticas públicas voltadas aos idosos nessa região, contudo denota-se a necessidade de avanços e estudos sobre a temática para localidades em que ainda não são referências de maior expectativa de vida no país.

5 Referências

- ANTES, D.L.; SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Mortalidade por queda em idosos: estudo de série temporal. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.769-778, 2015.
- BATISTA, M.P.P.; ALMEIDA, M.H.M.; LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 879-885, 2014.
- BARROS, I.F.O.; PEREIRA, M. B.; WEILLER, T. H. Óbitos e Internações por Quedas em Idosos Brasileiros: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo. v.19, n.4, p. 363-382, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira. Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E.V de. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª.ed. Rio

- de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 5, 133-152.
- CARNEIRO, J.A. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. *Rev. Bras. Enferm.*, v.69, n.3, p. 435-442, 2016.
- CABERLON, I.C.; BOS, A.J.G. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2015, v.20, n.12, p.3743-3752, 2015.
- COUTINHO, E.S.F.; BLOCH, K.V.; COELI, A.M. Mortalidade em um ano de idosos após hospitalização por fratura decorrente de queda: comparação com idosos pareados da população. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 801-805, 2012.
- CZERWINSKI, E. et al. Epidemiology, clinical significance, costs and fall prevention in elderly people. *Ortop. Traumatol. Rehabil.*, v.10, n. 5, p.419-28, 2008.
- DANUZA, E.; SILVA, S.R.B.; GUIMARÃES, M.A.M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.11-20, 2014.
- DF. Distrito Federal. Conselho dos Direitos do Idoso. Disponível em: <http://www.mulher.df.gov.br/conselho-dos-direitos-do-idoso-2/>. Acesso em: 10 jul 2018.
- FHON, J.R.S., et al. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.50, n.6, p. 1003-1010, 2010.
- GASPAROTTO, L.P.R.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 1. n. 17, p. 201-209. 2014.
- GONÇALVES, LTH.; LEITE, MT.; HILDEBRANDT, LM.; BISOGNO, SC.; BIASUZ, S., et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.315-325, 2013.
- GLOSS, V.E.; SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.443-458, 2012.
- GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Promoção dos direitos da pessoa idosa. 2012. Disponível em: <http://www.secretariadada.go.gov.br/uploads/arquivos/1071720e3235c5996f13c059cd431ba1.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2018.
- GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO. Geografia. 2018. Disponível em: <http://www.mt.gov.br/geografia>. Acesso em: 10 jul 2018.
- GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO. Lei Nº 9.593 de 20 de julho de 2011. Altera dispositivos das Leis nº 6.512, de 06 de setembro de 1994, nº 7.813, de 09 de dezembro de 2002, nº 7.815, de 09 de dezembro de 2002, nº 7.816, de 09 de dezembro de 2002, nº 7.817, de 09 de dezembro de 2002, nº 7.928, de 11 de julho de 2003, nº 8.534, de 31 de julho de 2006 e nº 9.291, de 23 de dezembro de 2009 e dá outras providências. Disponível em: http://www.sejudh.mt.gov.br/documents/412021/9971362/-LEI+n%C2%BA+9.593+de+20+de+julho+de+2011+-+Altera+dispositivos+das+Leis+n%C2%BA+6.512-94%2C+n%C2%BA+7.813-2002%2C+n%C2%BA+7.815+-2002_+7.816-2002_+7.817-2002_8.534-2006+e+9.291-2009.pdf/b4aa782d-338a-33e5-45fd-54c12d0d3e33. Acesso em: 10 jul 2018.
- GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL. CEDPI – Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. 2018. Disponível em: <http://www.sedhast.ms.gov.br/banners-dos-conselhos/cedpi-conselho-estadual-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa/>. Acesso em: 10 jul 2018.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf. Acesso em: 30 jun 2018.
- KWAN, M.M, CLOSE, J.C.T, WONG, A.K.W, LORD, S.R. Falls incidence, risk factors, and consequences in chinese older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*, v.59, p.536-43, 2011.
- LUZ, E.P., et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.303-314, jul, 2014.
- MAIA, B. C. et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.381-393, 2011.
- NASCIMENTO, M.W.A.; SOUZA, R.A.; LYRA, A.S.; SOBRAL J.P.C.P. Perfil epidemiológico de óbitos por queda em pessoas Idosas no Brasil: uma série histórica de 2011 a 2015. V Congresso internacional de envelhecimento

humano. 22 a 24 de Novembro de 2017 - Maceió - AL.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. De Campos LM, tradutora. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2010.

RAMOS, L.R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. BIS, Bol. Inst. Saúde, São Paulo, v.47, p. 40-41, 2009.

ROSA, T.S.M.; MORAES, A.B.; PERIPOLLI, A.; FILHA SANTOS, V.A.V. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Geriat. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 59-69, 2015.

ROSSETTO, M.; BUENO, A.L.M.; LOPES, M.J.M. Internações por quedas no Rio Grande do Sul: intervenções de enfermagem partindo de fatores ambientais. Rev Enferm UFS, v. 4, n.4, p.700-709, 2014.

RUNZER-COLMENARES, F.M., et al. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian olders adults. Arch Gerontol Geriatric, v.58, n. 1, p. 1-11, 2014.

SORRE, M. Les fondements de la géographie humaine. Primeiro tomo: Les fondements biologiques (Essai d'une écologie de l'homme). 3. ed., revista e ampliada. Paris, Armand Colin, 1951.

SOUZA, G.A.; FILHO, E.C.O. Causas e consequências das quedas em idosos: formas de prevenção. (Monografia) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/8682/3/21136100.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

TUAN, Y.F. Espaço e Lugar: a perspectiva da experiência. Trad. Livia de Oliveira. São Paulo: Difel, 1983.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica brasileira Epidemiol. Ser. Saúde, Brasília, v.21, n. 4, p. 539-548, out-dez, 2012.