

# Entre a gestão e o cuidado da saúde do idoso: enfoque no evento quedas

*Between management and the elderly health care: focus on falls*

Fernanda Bergamini Vicentine<sup>1</sup>, Janise Braga Barros Ferreira<sup>2</sup>, Danilo Sérgio Vinhoti<sup>3</sup>

## RESUMO

**Modelo do estudo:** Estudo descritivo, do tipo levantamento e com corte transversal. **Objetivos.** Estudar o evento quedas e suas consequências em idosos de Ribeirão Preto/SP e identificar os instrumentos relacionados ao registro da ocorrência e de prevenção de quedas em idosos. **Metodologia.** Foram consultados os bancos oficiais do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e site oficial da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no período de outubro/2012 a setembro/2013 e os instrumentos disponibilizados para a equipe de saúde registrar as informações sobre quedas e sua prevenção. **Resultado e Discussão** Encontrou-se, na Atenção Primária, o evento quedas presente apenas na Ficha D do Sistema de Informação da Atenção Básica expresso como uma de suas sequelas: "fratura de colo de fêmur". No ponto de atenção ambulatorial, a prescrição de medicamentos (90%) teve destaque. Já na atenção hospitalar, é a causa que leva ao maior número de dias de internação hospitalar por causas externas. **Considerações finais:** Há que se incrementar a prevenção de quedas, com medidas que visem à diminuição de fatores de risco, com ações no ambiente domiciliar e por meio do aprimoramento das ferramentas de gestão do cuidado utilizadas na Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chaves:** Envelhecimento. Prevenção de Acidentes. Saúde da Família. Sistemas de Informação em Saúde. Política de Saúde.

## ABSTRACT

**Study design:** Descriptive study, the type and cross-sectional survey. **Objectives.** Consider the fall event and its consequences in elderly of Ribeirão Preto / SP and identify the instruments related to the recording of the occurrence and prevention of falls in the elderly. **Methodology.** Official banks were consulted Department of the Unified Health System Informatics, Brazilian Institute of Geography and Statistics and the official site of the Municipal Health of Ribeirão Preto, from October / 2012 to September / 2013. The instruments available about health record information about falls and prevention were consulted. **Results and Discussion.** In primary care, the event falls were present only in sheet D of Care Information System Basic Express as one of its sequels, "femoral neck fracture." At the point of ambulatory care, prescription medications (90%) stood out. In the hospital care is the cause that leads to the greatest number of days of hospitalization due to external causes. **Conclusion.** It is necessary to enhance the prevention of falls, with measures at reducing risk factors and especially with actions in the home environment and by improving the management tools care used in primary health care.

**Keywords:** Aging. Accident Prevention. Family Health. Health Information Systems. Health Policy.

1. Mestranda pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)
2. Docente do Departamento de Medicina Social – FMRP USP
3. Professor convidado pelo Programa de Pós-Graduação em gestão da clínica – UFSCar

Financiamento: próprio.

Correspondência  
Fernanda Bergamini  
Departamento de Medicina Social – FMRP USP  
Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre,  
CEP: 14049-900 / Ribeirão Preto - SP

Recebido em 10/03/2015  
Aprovado em 25/02/2016

## Introdução

Em todo o mundo, o número de pessoas com 60 e mais anos cresce com rapidez maior do que qualquer outro grupo etário.<sup>1</sup> Estima-se que no Brasil 11,7% da população seja de pessoas com 60 e mais anos.<sup>2</sup> Dados apontam que nas próximas décadas o Brasil estará entre os países com o mais acentuado ritmo de envelhecimento<sup>3</sup>. Com o envelhecimento da população ocorrem também mudanças no perfil epidemiológico. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),<sup>3</sup> cerca de 48,9% dos idosos sofrem de mais de uma doença crônica. Porém, ter alguma doença crônica não significa, necessariamente, exclusão social.<sup>4</sup>

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (PNASI)<sup>4</sup> considera que o conceito de saúde na velhice se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência, do que pela presença ou ausência de doença orgânica.<sup>4</sup> O manejo incorreto de doenças crônicas, por outro lado, pode levar a agravos e morbidades, como diminuição de força muscular, alterações de equilíbrio, visuais e vestibulares,<sup>5</sup> que podem estar associados ao aumento do risco de quedas nesta população. Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, subindo essa proporção para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos.<sup>1</sup>

As quedas e os ferimentos subsequentes são importantes problemas de saúde pública, uma vez que correspondem a mais de 50% das hospitalizações entre as pessoas com mais de 65 anos de idade<sup>5</sup> e são responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos, sendo que quase metade dessas mortes se deve a fratura de fêmur.<sup>7</sup> Das fraturas de fêmur, 87,3% são em consequência de trauma com baixa energia, classificação na qual se enquadram as quedas da própria altura.<sup>7</sup> As quedas também podem resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia e depressão.<sup>8</sup> Além das consequências individuais das quedas, o impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) se traduz em gastos crescentes.<sup>3,4,5</sup>

A PNSI (2006) reforça a necessidade do cuidado integral e integrado da pessoa idosa, com enfoque no usuário. Enfatiza a necessidade de usar instrumentos gerenciais de levantamento de dados sobre a capacidade funcional e social desta popula-

ção, e que esses instrumentos devem ser implantados pelos gestores municipais e estaduais. Essa normativa também traz em seu escopo a atuação das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) na promoção da qualidade de vida e realização de visitas domiciliares, com incentivo à utilização de instrumentos, validados, como meios para concretizar a avaliação funcional e psicossocial.<sup>4</sup>

O reconhecimento do território e da população adstrita pelos profissionais da APS viabiliza o planejamento de ações voltadas para os problemas identificados, possibilitando que a gestão do cuidado seja feita de maneira mais coerente e próxima à realidade da população. Além disso, especialmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) conta com o preenchimento de fichas de cadastramento e de seguimento da população, viabilizando a consolidação de dados referentes ao perfil epidemiológico e demográfico.<sup>9</sup> A visita domiciliar (VD) como prática rotineira colabora para o levantamento periódico de demandas/necessidades dos usuários<sup>10</sup> e para a detecção precoce da presença de fatores de risco, inclusive para quedas.<sup>10,11</sup>

Este estudo teve como objetivos estudar o evento quedas e suas consequências na população de 60 e mais anos de Ribeirão Preto – SP. E identificar os instrumentos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), e utilizados pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) desse município, relacionados ao registro da ocorrência e prevenção de quedas em idosos, na ESF.

## Material e Método

Esse é um estudo descritivo, do tipo levantamento e com corte transversal. Tiveram como foco de seu levantamento dados secundários referentes e relacionados à população de idosos, com idade de 60 e mais anos, residentes na cidade de Ribeirão Preto/SP.

Para o cumprimento do primeiro objetivo foi realizado um levantamento de dados nos bancos oficiais do Departamento de Informática do SUS (Datapus)<sup>12</sup> e site oficial da SMS-RP<sup>13</sup>, no período de outubro/2012 a setembro/2013. No Datapus<sup>12</sup> buscou-se dados do SIAB, do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) quanto aos indicadores associados ao risco de quedas em idosos e referentes às consequências dessas quedas.

As variáveis buscadas no SIAB referiram-se à “produção e marcadores na Atenção Básica”. No SIA, referentes ao “procedimento por faixa etária e local de residência”, e no SIH, dentro de morbidade hospitalar geral, buscou-se as variáveis “Internação por capítulo CID-10, faixa etária e local de residência”; e em morbidades hospitalares por causas externas: “por grupo de causa, e faixa etária”, “dias de internação por grupo de causas e faixa etária” e “óbitos por grupo de causa e faixa etária” também por local de residência.

Buscou-se, ainda no Datasus,<sup>12</sup> o inquérito realizado em hospitais de urgência e emergência de Ribeirão Preto, em 2007, pela Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA). As variáveis utilizadas desse inquérito referiram-se ao “tipo de atendimento”, “atendimentos por registro de ocorrência”, “locais de ocorrência de quedas”, “parte do corpo atingida por ocorrência de queda” e “evolução/encaminhamento por ocorrência de queda”.

No sitio da SMS-RP<sup>13</sup> a busca de informações referentes à Saúde do Idoso foi direcionada ao Relatório Anual de Gestão (RAG)<sup>14</sup> e ao Pacto pela Saúde de 2010<sup>14</sup>. Buscou-se no RAG ainda indicadores referentes à ESF do município.

Os dados coletados foram organizados por meio de indicadores relacionados ao risco de que-

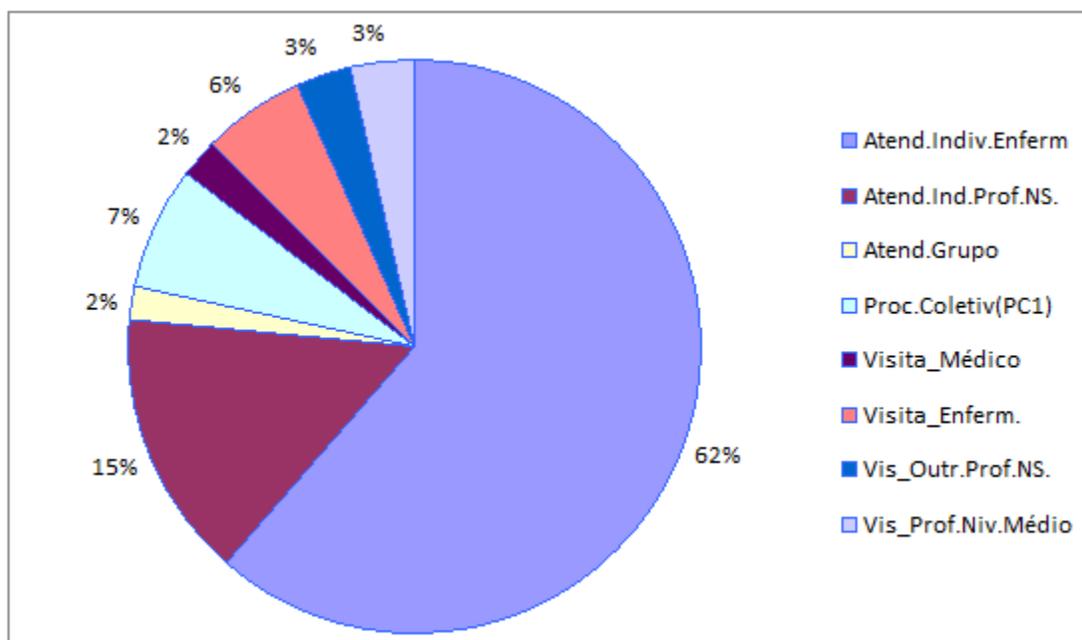
das em idosos e referentes às consequências dessas quedas. Foi realizada uma digitação em planilha Excel 2010, de dupla alimentação, e para tratamento dos dados obtidos foram realizadas operações estatísticas simples de porcentagem.

O segundo objetivo foi cumprido por meio da identificação dos instrumentos disponibilizados para a equipe de saúde registrar as informações sobre quedas e sua prevenção em idosos (60 e mais anos). Foram incluídos no estudo apenas os instrumentos recomendados para uso pela ESF, de livre acesso, quando localizado em páginas eletrônicas do sítio da SMS-RP<sup>13</sup> e do Departamento de Atenção Básica do MS (DAB - MS).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP/CSE-FMRP-USP-055/2014).

## Resultados

No SIAB<sup>12</sup>, dados de 2010, a “produção e marcadores” na APS apresentada no Gráfico 1, trazem que os “atendimentos individuais de enfermagem” representaram 61% da produção, seguido por “atendimento individual de profissional do nível superior” (15%), “atendimentos em grupos” representaram



**Gráfico 1:** Produção e Marcadores. Fonte/Source: SIAB/DATASUS/MS, 2010.

Atend. = atendimento; Indiv./Ind. = Individual; Proc. = Procedimento; Prof. = Profissionais; NS = Nível superior; Vis. = visita; Niv. = Nível

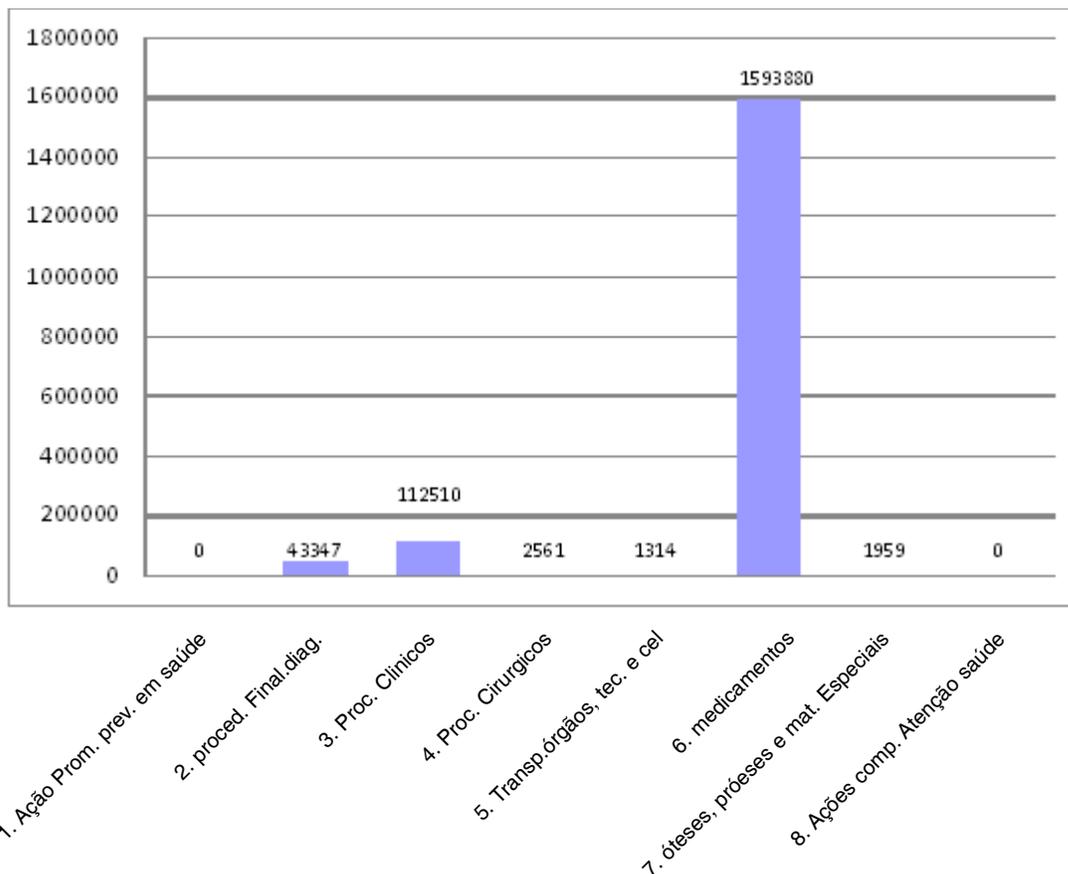
2% da produção. Ainda com relação ao tipo de atendimento, a “VD de enfermagem” representou 6% do total da produção, seguida por “VD de profissionais de nível médio”, a “VD médica” representou 2%.

No SIA,<sup>12</sup> com relação à produção ambulatorial no ano de 2010 (quantidade apresentada por Grupo de procedimentos segundo Ano de Processamento), referente à faixa etária de 60 e mais anos, destacou-se a prescrição de medicamentos como 90% dos procedimentos, como demonstrada no Gráfico 2. Os outros 10% englobaram os procedimentos clínicos, procedimentos com finalidade diagnóstica, cirúrgicos, transplante de órgãos, tecidos e células, e órteses, próteses e materiais especiais.

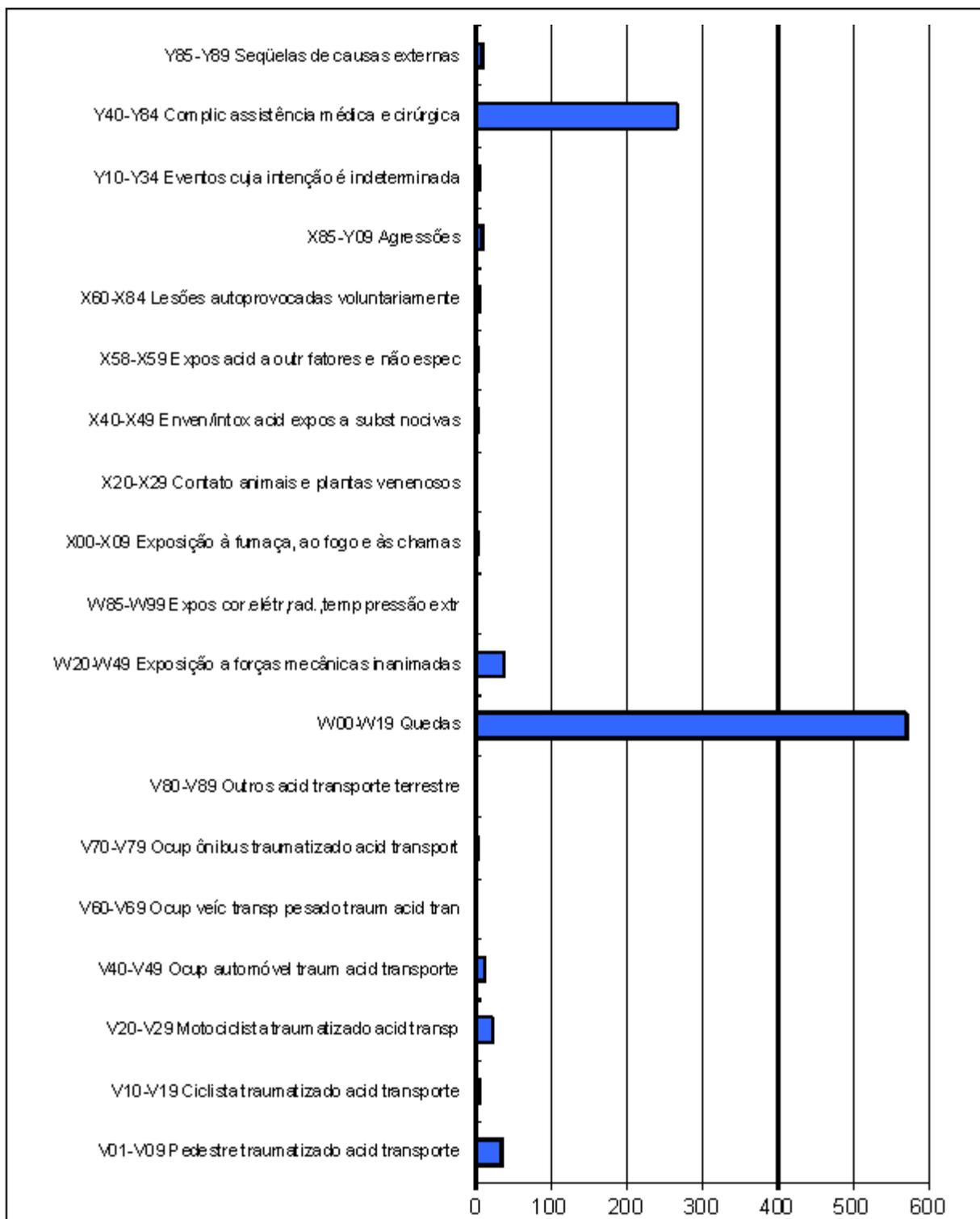
As internações por capítulo da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) na faixa etária de 60 e mais anos para os residentes de Ribeirão Preto, contidas no SIH<sup>12</sup>, referentes ao ano de 2010, demonstraram que a maior causa de internação foi

devido a “doenças do aparelho circulatório”, com 27,9% das causas, seguida por “doenças do aparelho respiratório” com 12,6%. “Lesões por envenenamento e algumas outras consequências de causas externas” (grupo de causa que engloba quedas) corresponderam a 9,8% das internações por capítulo da CID-10, destes: 18% corresponderam a fratura de fêmur, 17,2% a fratura de outros ossos dos membros, 8,9% por traumatismo intracraniano, demais fraturas, luxações e traumatismos contabilizaram 28,1% das internações por “consequências de causas externas”.

No banco de dados, também do SIH<sup>12</sup> para o mesmo período e população, as internações hospitalares por causas externas por grupo de causa (padrão CID-10) tiveram a “queda” como causa de 58% das internações hospitalares (Gráfico 3), seguido por “complicações de assistência médica e cirúrgica” (27%,) e “exposição a forças mecânicas inani-



**Gráfico 2:** Produção Ambulatorial por Local de Residência Ribeirão Preto/SP – 2010. Fonte/Source: SIA/DATASUS/MS, 2010. Prom. = Promoção; Prev. = Prevenção; Proce. = Procedimento; Final.diag. = Procedimento com finalidade diagnóstica; Transp. = Transplante; tec. e cel. = tecidos e células; mat. = materiais; comp. = complementares



**Gráfico 3:** Morbidade Hospitalar por Causas Externas Internações por Grupo de Causas. Ribeirão Preto/SP - 2010. Fonte/Source: VIVA, 2007.

Legenda: Y40 - Y64: complicações por assistência médica e cirúrgica; X58-X59: exposição a acidentes e outros fatores não específicos; X40-X49: envenenamento/intoxicação acidental por exposição a substâncias nocivas; W85-W99: exposição a corrente elétrica, a radiação e as temperaturas e pressões externas do ambiente; V70 a V79 - Ocupante de ônibus traumatizado em acidente de transporte.; V60-V69 Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte; V40-V49 Ocupante de um automóvel traumatizado em acidente de transporte; V20-V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte;

madas" (4%). Os outros 11% estão divididos entre "acidentes por transportes", "outras exposições externas", "agressões", "sequelas de causas externas", "lesões provocadas voluntariamente", e eventos cuja intenção foi indeterminada.

Ainda no SIH,<sup>12</sup> os dias de permanência hospitalar por causas externas, por grupo de causas na faixa etária de 60 e mais anos, durante o ano de 2010 (Tabela 1), as quedas foram responsáveis pela maior quantidade de dias de permanência hospita-

lar no ano, representando 58,2% (2882 dias) do total de dias de internação no ano, com uma mediana de 234,5 (variação de 166 a 325) dias de internação por mês. Complicações por assistência médica e cirúrgica representaram 1273 (25,7%) dias de internação no ano. A causa da terceira maior quantidade de dias de internação hospitalar no ano deveu-se a pedestre traumatizado por acidente de transporte, corresponde a 199 (4%) dias de internação no ano. Segundo nota técnica do sitio Datasus,<sup>12</sup> os dias de

**Tabela 1: Dias de permanência hospitalar por causas externas - grupo de causa por faixa etária.**

<b>Causa</b>	<b>Nº Dias/ano</b>	<b>% do total de dias/ano</b>	<b>Mediana mês</b>	<b>Varição dias/mês</b>
W00-W19: Quedas	2882	58,2	234,5	166 - 325
Y40-Y84: Complicações por assistência médica e cirúrgica	1273	25,7	101	49 - 170
V01-V09: Pedestre traumatizado em acidente de transporte	199	4,0	17,5	0 - 32
V20-V29: Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	136	2,7	11	0 - 29
W20-W49: Exposição a forças mecânicas inanimadas	108	2,2	5,5	2 - 29
X60-X84: Lesões autoprovocadas voluntariamente	70	1,4	0	0 - 48
V10-V19: Ciclista traumatizado em acidente de transporte	52	1,0	0	0 - 34
Y85-Y89: Seqüelas de causas externas	52	1,0	2,5	0 - 27
V40-V49: Ocupante de um automóvel traumatizado em acidente de transporte	46	0,9	1,5	0 - 15
X85-Y09: Agressões	40	0,8	2	0 - 12
X40-X49: Envenenamento/intoxicação acidental por exposição a substâncias nocivas	17	0,3	0	0 - 13
Y10-Y34: Eventos cuja intenção é indeterminada	16	0,3	0	0 - 8
V70 a V79: Ocupante de ônibus traumatizado em acidente de transporte	15	0,3	0	0 - 15
X00-X09: Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	13	0,3	0	0 - 9
X20-X29: Contato animais e plantas venenosos	12	0,2	0	0 - 12
X58-X59: Exposição a acidentes e outros fatores não específicos	10	0,2	0	0 - 6
V60-V69: Ocupante de um veículo de transporte pesado traumatizado em um acidente de transporte	7	0,1	0	0 - 7
V80-V89: Outros acidentes transporte terrestre	2	0,0	0	0 - 2
W85-W99: Exposição a corrente elétrica, a radiação e as temperaturas e pressões externas do ambiente	2	0,0	0	0 - 2
<b>Total</b>	<b>4952</b>	<b>100,0</b>	<b>423</b>	<b>248 - 522</b>

permanência podem incluir períodos fora do mês consultado e os períodos que o paciente utilizou a UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Óbitos por causas externas<sup>12</sup>, por grupo de causas na faixa etária de 60 e mais anos, no ano de 2010, corresponderam a um total de 49 óbitos. Destes, 30 (61,2%) tiveram como causa a "queda" e 14 (28,6%) por "complicações de assistência médica e cirúrgica". Os demais óbitos tiveram registro de causa como "pedestre traumatizado por acidente de transporte" (6,1%), "ciclistas traumatizados por acidente de transporte" (2%) e "exposição acidental a outros fatores" e "não específicos" (2%).

Segundo o inquérito VIVA (2007)<sup>12</sup>, para faixa etária de 60 e mais anos e tendo Ribeirão Preto como município de residência, o registro de ocorrências para "acidentes" representaram 93,3% dos atendimentos. Os outros 6,7% das ocorrências estavam divididos entre "violências" e "não determinado". Dos atendimentos por acidentes, o inquérito apontou a ocorrência "queda" como causa de 71,4% dos atendimentos. Seguido por "acidente de transporte" (21,4%) e "outros acidentes" (7,2%). Dos atendimentos por ocorrência de queda, as partes do corpo mais atingidas foram os membros inferiores (45%) e superiores (35%). Coluna e medula representaram 10% de partes atingidas por quedas, e os 10% restantes estão divididos, igualmente, entre múltiplos órgãos e regiões e "não se aplica". A principal evolução ou encaminhamento por ocorrência de quedas, segundo o inquérito VIVA (2007), foi a "internação hospitalar" (70%), seguido de "alta" (25%) e "encaminhamento ambulatorial" (5%).

Ainda segundo o inquérito<sup>12</sup> acima, os locais de maior ocorrência das quedas foram em "ambiente domiciliar" seguido por "vias públicas" (rua e rodovias), correspondendo a 65% e 15%, respectivamente. Outros locais relatados incluem "comércios e serviços" (10%), "habitação coletiva" (5%) e "indústrias e construção" (5%). Sendo que 46,4% das quedas em geral foram do mesmo nível, seguida de quedas da mobília (7,1%). Dos registros de ocorrência de quedas, 10% estão relacionados a pessoas com algum tipo de deficiência e 5% relacionados a suspeita de uso de álcool/outras drogas.

No sítio da SMS-RP, segundo o Pacto pela Saúde de 2010<sup>14</sup>, o indicador referente à atenção à saúde do idoso foi a "taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur".

No RAG<sup>14</sup> do mesmo ano, para população de 60 e mais anos, encontrou-se como o objetivo da gestão se trabalhar com a manutenção da máxima autonomia e máxima independência possível do idoso no município. Este objetivo teve como diretriz: "*diminuir a institucionalização desnecessária dos idosos, implementar a atenção ao cuidador e detectar precocemente os estados pré-fragilidade*". Das metas propostas para alcançar esse objetivo, a distribuição da Caderneta do Idoso para 100% dos idosos que frequentavam as unidades de saúde da rede pública, foi parcialmente atingida (sem dados quantitativos). Outras metas propostas e não atingidas, foram: implantação de dois Centros de Cuidados Diurnos para idosos; atenção a 100% dos casos de denúncias de maus tratos; atender 50% dos idosos acamados em seu próprio domicílio, cadastrados em cada Unidade de Saúde; e a realização de um simpósio sobre quadros demenciais. Como a avaliação da diretriz foi colocada a "*necessidade de adequação da atenção ao idoso semi-dependente, com equipamentos de cuidados diurnos*". Justificou-se essa necessidade com base na ausência desses equipamentos como causa principal de procura por internações de longa permanência. O RAG<sup>14</sup> ainda fez referências a ações realizadas pela SMS - RP com relação a treinamentos e capacitações com a temática quedas para ACS, equipes de enfermagem e médicos da rede de saúde. Também foi relatado um trabalho de identificação e seguimento multidisciplinar do idoso caidor pelo ambulatório de geriatria.

Com relação à cobertura de ESF, Ribeirão Preto contava, segundo o RAG,<sup>14</sup> com 23 ESF cadastradas. Esse número representava a cobertura de 11,07% da população do município na ESF, segundo o Pacto pela Saúde 2010/2011 disponível no sítio do Datasus. Como avaliação dessa diretriz foi colocada a dificuldade na ampliação de ESF, principalmente, pela falta de profissionais médicos; também por ser um município com população acima de 600.000 habitantes que dispõe de uma ampla rede de serviços de APS no modelo tradicional.

No sítio do DAB-MS, segundo o Manual do SIAB,<sup>10</sup> na Ficha A, utilizada para cadastramento das famílias, não há perguntas sobre quedas ou mobiliário; fichas voltadas para o seguimento contínuo, Fichas B e C, também não abrangem o tema. As. Na ficha de registro de atividade, Ficha D, há um campo de "marcadores" para contabilização de

“fraturas de colo de fêmur”. Não foram encontrados instrumentos para uso na APS disponíveis no sítio da SMS-RP.

Ainda quanto aos instrumentos preconizados, existe a Caderneta Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Nela há espaço para se registrar informações referentes à identificação do sujeito, de sua rede social, problemas atuais de saúde, medicamentos em uso e conta com um campo para informações referentes a ocorrência de quedas. Esse instrumento permanece com o usuário e deve ser levado nas consultas com profissionais de saúde, segundo instruções contidas na própria Caderneta.

## Discussão

Na produção da APS, chama atenção a baixa porcentagem de VD, sendo que, as VD realizadas pelos ACS não aparecem contabilizadas como variável no item “produção e marcadores” do Datasus, muito embora exista este campo no Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2) do SIAB. Este achado vai de encontro à criação de cargos de ACS e ao reconhecimento desses como trabalhadores da saúde.<sup>14,15</sup> Outro achado que reforça a necessidade de uma estratégia de prevenção de quedas em idosos é a maior ocorrência desse evento em ambiente domiciliar (65%), achado que corroborado com os de outros autores.<sup>6</sup> Talvez seja importante se repensar o modelo de APS predominante no município,<sup>14</sup> uma vez que a lógica da ESF e do PACS permite um acompanhamento dos sujeitos que leve em consideração seu domicílio e o território no qual está inserido, de maneira sistemática. Essa lógica de trabalho, voltada para prevenção de quedas em idosos, também se alinha com a PNASI,<sup>4</sup> a qual propõe a manutenção e promoção da autonomia e independência dos idosos.

No ponto de atenção ambulatorial, a prescrição de medicamentos ficou em destaque (90%) entre os procedimentos processados, atitude que colabora para elevar os riscos de quedas.<sup>5</sup> Apesar de não ser possível avaliar a conduta médica ao se utilizar bases de dados secundários, a medicalização da vida é um tema bastante discutido pelos clínicos-sanitaristas.<sup>16</sup> Ainda relacionado à produção ambulatorial, outro destaque deve-se a procedimentos ligados à ação de promoção e prevenção em saúde, o qual não apresentou registros. Faz-se ne-

cessário um maior aprofundamento para entender o motivo da falta de registros desses procedimentos, uma vez que ações de promoção e prevenção deveriam estar presentes em toda a rede de atenção à saúde.

No ponto de atenção hospitalar, os dados do inquérito VIVA (2007)<sup>12</sup> trazem a queda como causa do maior número de atendimentos nos pronto-socorros e emergências do município, sendo que a parte do corpo mais atingida foram membros inferiores (39%), seguido de perto dos membros superiores (35%). Apesar de o SIH-SUS<sup>12</sup> trazer como causa de internação “fratura de outros ossos dos membros”, o que inviabiliza afirmações mais específicas, outras pesquisas trazem que as partes do corpo mais atingidas variaram entre: membros inferiores (78,2%), membros superiores (16,4%).<sup>5</sup> Face e crânio são partes do corpo menos atingidas<sup>5</sup>, porém quando fraturados, também levaram a hospitalizações. Notam-se números importantes quanto às partes do corpo atingidas, que não o fêmur. Além disso, as informações retiradas do SIH-SUS referiram-se exclusivamente às internações pagas pelo SUS. Sabe-se que 44% da população de 60 e mais anos residente em Ribeirão Preto possuíam, no ano de 2010, plano privado de saúde<sup>17</sup> e, portanto, podem não estar considerados nas internações públicas.<sup>18</sup> Ambos os achados, partes do corpo acometidas por quedas e grande porcentagem de pessoas com 60 e mais anos cobertas por planos de saúde, podem contribuir para a subestimação do impacto da queda nesta faixa etária, tanto no âmbito individual quanto para o sistema de saúde. Outra justificativa, para voltar-se maior atenção ao evento quedas, se deve ao fato de ser este a causa que leva ao maior número de dias de internação hospitalar por causas externas (2882 dias no ano) do total de dias de internação, achado que corrobora com Paula.<sup>5</sup> Sendo que, dos casos de internação por causas externas que evoluíram para óbito, 61,2% tiveram como causa a queda.

No RAG de Ribeirão Preto<sup>14</sup> a ênfase é dada ao idoso em estado de pré-fragilidade e a meta estava relacionada à distribuição da Caderneta do Idoso para 100% para os idosos que frequentavam as unidades de saúde do SUS. A Caderneta é o único instrumento para contabilização de quedas, independentemente de a consequência ser fratura. Po-

rém, não foi distribuída para toda população alvo,<sup>14</sup> afastando-se do objetivo proposto de evitar, indiretamente, a institucionalização desnecessária. Saliênta-se que a queda pode levar a perda de autonomia do idoso<sup>8</sup> e, conseqüentemente, a institucionalização por um motivo passível, até certo ponto, de prevenção.

Nas fichas para preenchimento do SIAB,<sup>12</sup> o único local relacionado a queda está em marcadores, na Ficha D e conseqüentemente no Relatório PMA2, descrito como "fratura de colo de fêmur". Tendo em vista que as Fichas do SIAB são importantes fontes para levantamento epidemiológico,<sup>9</sup> é preocupante a ausência de itens relacionados à prevenção de quedas ou a sua contabilização neste instrumento. Encontra-se aqui um distanciamento da proposta de promoção e prevenção da APS, uma vez que apenas uma seqüela da queda é contabilizada, subestimando-se fatores de risco e quedas prévias que seriam importantes para identificar idosos em situação de risco.<sup>6</sup> Outra incoerência pode ser encontrada nas novas fichas para APS do e-SUS, nas quais não há qualquer menção a queda, nem para contabilizar fraturas de colo de fêmur.<sup>19</sup>

Por se tratar de um estudo que utiliza fonte de dados secundária, esse trabalho apresenta algumas limitações. Além das já expostas, não foram encontrados materiais de livre acesso referente aos cursos de "treinamento e capacitação" oferecidos pela SMS-RP. Sendo assim, não foi possível fazer qualquer alusão ao impacto destes cursos nos resultados descritos no RAG. Além disso, não há números relatados sobre a população que recebeu a Caderneta do Idoso e, se esta é usada de forma rotineira nos serviços de saúde. Merece registro o fato de o Caderno do VIVA, de outubro-novembro de 2010,<sup>20</sup> disponível para consulta, não possibilitar a separação dos dados por faixa etária, pois a apresentação se faz de forma resumida.

## Considerações Finais

No âmbito municipal, a baixa a cobertura de ESF, a não distribuição da Caderneta do Idoso para população alvo, as evidências de tendência à medicalização em atendimentos ambulatoriais, a gestão da saúde do idoso com ênfase em idosos já no estágio de pré-fragilidade, podem indicar que a atenção à saúde da população idosa ainda não está voltada para promoção de saúde e prevenção de agravos. Em relação ao âmbito federal, pode-se notar um distanciamento entre a prevenção de quedas e os marcadores estabelecidos pelo MS, utilizados na APS, para retratar quedas em idosos, uma vez que a ênfase é dada ao levantamento do dado após a fratura de colo de fêmur ou após a queda. Ao se retratar apenas quantidade de quedas e uma das diversas seqüelas que podem resultar da queda, perde-se a oportunidade de realizar um registro epidemiológico de quedas mais fidedigno, de inserir instrumentos de identificação precoce dos riscos de quedas e trabalhar ações para evitá-las. Também houve a dificuldade em se verificar o impacto da atuação da ESF na prevenção de quedas, pelo fato do SIH não se comunicar com o SIAB. Ou seja, não há meios de se identificar a relação entre os indivíduos cobertos pela ESF e aqueles internados por quedas. Por fim, evidencia-se a necessidade de melhor articulação da rede de atenção à saúde e da gestão, tanto municipal quanto de políticas públicas federais, a fim de viabilizar registro epidemiológico de quedas na faixa etária de 60 e mais anos. Há que se incrementar a prevenção de quedas, com medidas que visem à diminuição de fatores que podem aumentar os seus riscos, como a medicalização, e, principalmente, com ações no ambiente domiciliar e por meio do aprimoramento das ferramentas de registro/gestão do cuidado utilizadas na APS.

## Referências

1. São Paulo (Estado). Relatório Global da Organização Mundial de Saúde sobre prevenção de quedas na velhice. BVS [serial online] 2010 [cited 2012 Nov 15]. Available from: URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio\\_prevencao\\_quedas\\_velhice.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf)
2. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. [Consultado em: 22/09/2015].
3. BRASIL. Painel de Indicadores do SUS. 3(7). Brasília (DF): MS; 2010.
4. BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. DOU 20 de outubro de 2006.
5. Paula LF, Fonseca MJM, Oliveira RVC, Rozenfeld S. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13: 587-95.
6. BRASIL. Quedas em idosos. Portal da Saúde [serial online] 2009 [cited 2013 Jan 4]. Available from: URL: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1)
7. Hungria Neto JS, Dias CR, Almeida JDB. Características epidemiológicas e causas da fratura do terço proximal do fêmur em idosos. *Rev Bras Ortop.* 2011;46:660-7.
8. Posito G, Diogo MJDE, Cintra FA, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Relações entre o bem estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev Bras Fisioter.*, São Carlos, 2010; 14: 81-90.
9. Bôas HSV. Análise do território: um instrumento interventivo na prática do programa de saúde da família [tese]. São Paulo (SP): PUC; 2007.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. SIAB: manual do sistema de Informação da Atenção Básica. 3rd ed. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2000.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2nd ed. Brasília(DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.
12. Ministério da Saúde/Datasus. Informações de saúde – TABNET. Brasília(DF): [serial online] 2010 [cited 2012 Nov 12]. Available from: URL: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
13. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretária da Saúde. Ribeirão Preto(SP) [serial online] 2012 [cited 2012 Oct. 4]. Available from: URL: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16saude.php>
14. Ribeirão Preto. Relatório de Gestão: período de janeiro a dezembro de 2010. SMS [serial online] 2010 [cited 2012 Dec 4]. Available from: URL: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/cidania/i99indconselhos.htm>
15. BRASIL. Anexo: Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. Brasília: Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [serial online] 2004 [cited 2012 Nov 21]. Available from: URL: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexo\\_perfil\\_competencias\\_acs.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexo_perfil_competencias_acs.pdf)
16. Tesser CD, Norman AH, Justino AL. Medicalização social e prevenção quaternária: conceito e prática na atenção primária à saúde. In: Tesser CD, editores. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. 1st ed. São Paulo(SP): Hucitec; 2010. P. 151-206.
17. Ministério da Saúde/ANS TABNET. Informações de saúde suplementar. Brasília(DF): [serial online] 2012 [cited 2012 Dec 12]. Available from: URL: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET\\_TX.DEF](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.DEF)
18. Vaccari E. O evento queda em idosos hospitalizados. Dissertação de mestrados. Universidade federal do Paraná. Curitiba, 2013. P. 139
19. BRASIL. Sistema com coleta de dados simplificada – CDS: Manual para preenchimento das fichas. DAB [serial online] In forthcoming 2013 [cited 2013 Aug 17]. Available from: URL: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_cds.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf)
20. BRASIL. VIVA: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. SVS [serial online] 2010 [cited 2013 Aug 20]. Available from: URL: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva\\_2008\\_2009\\_30\\_11\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf)