

Uso de Antidepressivos e Risco de Quedas em Mulheres Ativas com 50 Anos ou Mais

Use of Antidepressants and Risk of Falls in Active Women Aged 50 and Over

Uso de Antidepressivos y Riesgo de Caídas en Mujeres Activas de 50 Años o Más

RESUMO

Objetivo: avaliar a influência de capacidades físicas e cognitivas no risco de quedas em mulheres fisicamente independentes com 50 anos ou mais. **Métodos:** a amostra incluiu 255 participantes (63,5 ± 6,3 anos) do Programa de Exercício Físico para Idosos da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (USP). Foram analisadas variáveis como idade, escolaridade, uso de medicamentos (incluindo antidepressivos), presença de doenças crônicas, nível de atividade física, força muscular, flexibilidade, agilidade, capacidade aeróbia, desempenho cognitivo e sintomas depressivos e ansiosos. Realizou-se uma regressão logística (stepwise). **Resultados:** o único fator significativamente associado ao risco de quedas foi o uso de medicamentos para depressão (OR = 4,32; IC95% 1,65 – 11,30; p = 0,042), o que pode ser explicado pelos seus efeitos colaterais. **Conclusão:** é importante ter monitoramento rigoroso da saúde mental, por meio de um trabalho multi e interdisciplinar, prevenindo quedas e promovendo fortalecimento físico, estabilidade emocional e bem-estar psicossocial.

DESCRIPTORIOS: Envelhecimento; Antidepressivos; Saúde mental; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the influence of physical and cognitive abilities on the risk of falls in physically independent women aged 50 years or older. **Methods:** the sample included 255 participants (63.5 ± 6.3 years) of the Physical Exercise Program for the Elderly of the Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (USP). Variables such as age, education, medications (including antidepressants), presence of chronic diseases, level of physical activity, muscle strength, flexibility, agility, aerobic capacity, cognitive performance, and symptoms of depression and anxiety were analyzed. A logistic regression (stepwise) was performed. **Results:** the only factor significantly associated with the risk of falls was the use of medications for depression (OR = 4.32; 95%CI 1.65 – 11.30; p = 0.042), which can be explained by their side effects. **Conclusion:** it is important to have strict monitoring of mental health, through multi and interdisciplinary work, preventing falls and promoting physical strengthening, emotional stability and psychosocial well-being.

DESCRIPTORS: Aging; Antidepressants; Mental health; Quality of life.

RESUMÉN

Objetivo: evaluar la influencia de las capacidades físicas y cognitivas en el riesgo de caídas en mujeres físicamente independientes de 50 años o más. **Métodos:** la muestra incluyó 255 participantes (63,5 ± 6,3 años) del Programa de Ejercicio Físico para Ancianos de la Escuela de Educación Física y Deportes de Ribeirão Preto (USP). Se analizaron variables como edad, escolaridad, uso de medicación (incluidos antidepressivos), presencia de enfermedades crónicas, nivel de actividad física, fuerza muscular, flexibilidad, agilidad, capacidad aeróbica, rendimiento cognitivo y síntomas depresivos y ansiosos. Se realizó una regresión logística (paso a paso). **Resultados:** el único factor asociado significativamente al riesgo de caídas fue el uso de medicamentos para la depresión (OR = 4,32; IC95% 1,65 – 11,30; p = 0,042), lo que puede explicarse por sus efectos secundarios. **Conclusión:** es importante tener un seguimiento estricto de la salud mental, mediante el trabajo multi e interdisciplinario, previniendo caídas y promoviendo el fortalecimiento físico, la estabilidad emocional y el bienestar psicossocial.

DESCRIPTORIOS: Envejecimiento; Antidepressivos; Salud mental; Calidad de vida.

RECEBIDO EM: 10/02/2025 APROVADO EM: 25/02/2025

Como citar este artigo: Crepaldi RA, Fernandes PT, Almeida ML Bueno Júnior VR. Uso de Antidepressivos e Risco de Quedas Em Mulheres Ativas Com 50 Anos ou Mais. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(94):14955-14968. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i94p14955-14968

ID **Rafaela Afonso Crepaldi**
Mestranda na Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Profissional de Educação Física pela Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto da USP
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0230-7107>

ID **Prof^a. Dra. Paula Teixeira Fernandes**
Professora em Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Mestre e Doutora com Pós-Doutorado em Neurociências pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em parceria com a University of South Carolina.. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0492-1670>

ID **Dra. Mariana Luciano de Almeida**
Doutora e Phd em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, com período sanduíche em University of California San Francisco. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade Federal de São Carlos. Gerontóloga pela Faculdade Federal de São Carlos.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9690-0163>

ID **Prof. Dr. Carlos Roberto Bueno Júnior**
Professor associado na Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto da USP. Doutor em Ciência Biológicas pela Universidade de São Paulo, com Pós-Doutorado na Norwegian University of Science and Technology. Mestre em Biomecânica do Movimento Humano pela Universidade de São Paulo. Profissional de Educação Física pela Universidade de São Paulo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2228-0758>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade global. Segundo a Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾ estima-se que, até 2060, a população mundial com 60 anos ou mais alcance 2 bilhões de pessoas, um crescimento expressivo em relação aos 900 milhões registrados em 2015. No Brasil, essa faixa etária já ultrapassa 28 milhões de pessoas, correspondendo a 13% da população total, com tendência de dobrar nas próximas décadas⁽²⁾. Esse cenário impacta diretamente as condições socioeconômicas e de saúde da população, além de impor desafios ao sistema de saúde⁽³⁾.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, caracterizado por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que reduzem a capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, tornando-o mais vulnerável a doenças e eventos adversos⁽⁴⁾. Entre as alterações mais marcantes desse processo, destacamos a degradação funcional dos sistemas musculoesquelético e nervoso central, comprometendo o desempenho motor e aumentando o risco de quedas^(5,6). A sarcopenia, condição caracterizada pela perda de massa e força muscular associada ao envelhecimen-

to, é um dos principais fatores envolvidos na instabilidade postural e na incapacidade de responder adequadamente a perturbações no equilíbrio⁽⁶⁾.

As quedas são eventos comuns na população idosa e representam grave problema de saúde pública devido às suas consequências, que incluem fraturas, hospitalizações, institucionalização, aumento da mortalidade e prejuízos psicossociais significativos^(7,8,9,10). Entre 2002 e 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) destinou mais de um bilhão de reais ao tratamento de fraturas de fêmur em idosos, evidenciando o impacto econômico desse agravo⁽¹⁰⁾.

Diversos fatores contribuem para a ocorrência de quedas, podendo ser classificados como intrínsecos (relacionados ao estado de saúde do indivíduo, como sarcopenia e déficits cognitivos) ou extrínsecos (relacionados ao ambiente, como pisos irregulares)⁽¹¹⁾. Além disso, estudos indicam que as quedas estão associadas a variáveis como idade avançada, sexo feminino, polifarmácia, depressão, comprometimento cognitivo e condições musculoesqueléticas^(10,12).

Notadamente, o sexo feminino é um fator de risco relevante, uma vez que as mulheres idosas apresentam maior fragilidade, menor massa mus-

cular e maior prevalência de doenças crônicas, como osteoporose e obesidade^(11,13). Apesar da maior incidência de quedas entre mulheres idosas, a literatura carece de investigações aprofundadas sobre os mecanismos subjacentes a essa vulnerabilidade, especialmente em idosas ativas e independentes.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a influência das capacidades físicas e cognitivas no risco de quedas em mulheres com 50 anos ou mais, independentes, considerando variáveis como idade, nível educacional, uso de medicamentos, presença de doenças crônicas, nível de atividade física, força muscular, flexibilidade, agilidade, capacidade aeróbia, desempenho cognitivo e sintomas depressivos e ansiosos.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EEFERP-USP; CAAE: 63681517.3.0000.5659). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo a adesão volun-

tária ao estudo e a observância dos princípios éticos.

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, cujo objetivo foi avaliar a influência de variáveis físicas e cognitivas sobre o risco de quedas em mulheres fisicamente independentes, com 50 anos ou mais, participantes do Programa de Exercício Físico para Idosos (PEFI). Esse programa oferece treinamento físico multicomponente para idosos residentes na cidade de Ribeirão Preto (SP) e conta com o apoio de instituições de fomento à pesquisa.

Participantes

A seleção das participantes ocorreu por meio de ampla divulgação do PEFI, utilizando veículos de comunicação locais (TV, rádio, redes sociais e e-mails direcionados à comunidade da Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto). Os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos para garantir a homogeneidade da amostra e minimizar fatores de confusão:

- Critérios de inclusão: idade entre 50 e 79 anos, independência funcional e participação no PEFI.
- Critérios de exclusão: diagnóstico de doença mental ou transtorno neurológico não controlado, presença de doenças sistêmicas não tratadas, déficits motores impeditivos para avaliações físicas e déficits auditivos ou visuais não corrigidos que comprometessem a aplicação dos testes cognitivos.

Instrumentos e testes aplicados

- Perfil clínico e sociodemográfico: questionário estruturado, abordando idade, estado civil, ocupação, histórico de doenças e uso de medicações.
- Histórico de quedas: questionário específico, incluindo número de quedas, consequências e circunstâncias envolvidas.
- Depressão: uso de medica-

mentos antidepressivos (identificação via anamnese) e Escala de Depressão Geriátrica, versão curta (GDS-15)^(14,15).

- Ansiedade: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)^(16,17).
- Desempenho cognitivo: Montreal Cognitive Assessment (MoCA)^(18,19).
- Nível de atividade física: Questionário de Baecke modificado para idosos (QBMI)^(20,21).
- Força muscular: Membros inferiores: teste “Sentar e Levantar” – número de repetições em 30 segundos⁽²²⁾. Membros superiores: Teste “Flexão e Extensão de Cotovelos” - número de repetições em 30 segundos, utilizando halter de 2,27 kg para mulheres⁽²²⁾.
- Capacidade aeróbia: Teste de Caminhada de Seis Minutos - distância percorrida em um percurso de 4,57m x 18,28m⁽²²⁾.
- Flexibilidade: “alcançar atrás das costas” - medida da distância entre os dedos das mãos ao tentar tocar-se atrás das costas. “Sentar e Alcançar” - medida da distância entre as mãos e os pés ao tentar alcançá-los sentado⁽²³⁾.
- Agilidade: Teste de Osness et al.⁽²⁴⁾ - tempo necessário para levantar-se da cadeira, contornar um cone a 1,5m para trás e 1,8m ao lado da cadeira, e retornar à posição inicial.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada nas dependências da EEFERP-USP, conduzida por profissionais previamente treinados, garantindo a padronização e a confiabilidade das avaliações. Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

- Perfil sociodemográfico e clínico: idade, anos de estudo, uso de medicamentos de uso contínuo (incluindo antidepressivos), presença de doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial).

- Fatores físicos: nível de atividade física, força muscular, flexibilidade, agilidade, capacidade aeróbia.
- Fatores psicológicos e cognitivos: desempenho cognitivo, sintomas depressivos e ansiosos.

A variável dependente foi a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses (resposta binária: “sim” ou “não”).

Análise dos dados

Os dados foram digitados em um banco de dados de dupla entrada no software Excel e analisados no software R (versão 3.5.3). A normalidade das variáveis foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para avaliar a associação entre quedas e os possíveis fatores de risco, utilizou-se um modelo de regressão logística pelo método stepwise, considerando como variável dependente a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses (“sim” ou “não”). A associação entre quedas e variáveis categóricas foi analisada por meio do teste do Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 255 mulheres fisicamente independentes ($n = 255$), com idade média de 63,5 anos ($DP = \pm 6,3$ anos) e média de 10,5 anos de escolaridade ($DP = \pm 4,3$ anos). Entre as participantes, 32% ($n = 82$) relataram ter sofrido uma ou mais quedas no último ano. Além disso, 83,1% ($n = 212$) possuíam alguma doença diagnosticada, e 83,5% ($n = 213$) faziam uso contínuo de um ou mais medicamentos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características gerais da amostra (n=255)

	Medidas de posição e dispersão	
	Média (anos)	Desvio Padrão
Idade	63.5	±6.3
Anos de estudo	10.5	±4.3
	Nº participantes	Porcentagem (%)
Quedas no último ano	82	32.1
Doenças	212	83.1
Medicamentos	213	83.5

Análise da associação entre quedas e variáveis predictoras

Após a análise por regressão logística, nenhuma das variáveis de capacidade física, idade, anos de estudo, uso de medicamento contínuo, diagnóstico de doença, diabetes, hipertensão arterial, nível de atividade

física, desempenho cognitivo, sintomas depressivos (GDS) e sintomas ansiosos (BAI) apresentou associação significativa com o risco de quedas. Entretanto, o uso de medicamentos para depressão foi identificado como fator preditor significativo, estando associado ao maior risco de quedas no

último ano (OR = 4,32; IC95%: 1,65 – 11,30; p = 0,042). As Tabelas 2 e 3 mostram a comparação das variáveis contínuas e categóricas entre mulheres que sofreram quedas e aquelas que não sofreram no último ano.

Tabela 2 - Variáveis contínuas em relação às quedas no último ano (n=255).

	Quedas	
	Sim	Não
Idade (anos)	63.5±6.4	63.5±6.4
Anos de estudo (anos)	10.6±4.2	10.6±4.3
QBMI Total (pontos)	6.5±4.8	6.4±4.8
MoCA (pontos)	20.7±3.7	20.8±3.7
Flexão e Extensão de cotovelo (rept)	15.5±4.5	15.6±4.5
Sentar e Levantar (rept)	12.9±3.8	13.1±3.9
Sentar e Alcançar (cm)	0.6±9.1	0.6±9.2
Alcançar atrás das costas (cm)	-6.3±10.0	-6.1±10.0
Agilidade (seg)	25.4±4.0	25.3±4.0
Caminhada de 6 minutos (m)	530.8±70.6	531.6±70.2

Rept: repetições.

Tabela 3 - Variáveis categóricas em relação às quedas no último ano (n=255).

	Quedas		p-valor
	Sim	Não	
Doenças			0.998
Sim	68	143	
Não	14	30	
Diabetes			0.800
Sim	17	32	
Não	65	141	
Hipertensão			0.829
Sim	36	80	
Não	46	93	

Medicamento de uso contínuo			
Sim	70	142	0.634
Não	12	31	
Medicamento Depressão			
Sim	11	9	0.042*
Não	71	164	
Escala de Depressão Geriátrica (GDS)			
Sim	16	35	0.988
Não	66	138	
Ansiedade (BAI)			
Sim	18	40	0.961
Não	64	133	

Análises realizadas por Qui-quadrado. *valor estatisticamente significativo.

Perfil das participantes que usavam medicamentos para depressão

Entre as participantes que faziam uso de medicamentos antidepressivos, a maioria utilizava inibidores seletivos da recaptação de serotonina (54,2%), seguidos por benzodiazepínicos (16,9%) e antidepressivos tricíclicos (15,2%).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência de variáveis físicas, psicológicas e demográficas no risco de quedas em mulheres fisicamente independentes com 50 anos ou mais. Dentre as variáveis analisadas - idade, anos de estudo, uso de medicamentos contínuos, uso de medicamentos para depressão, diagnóstico de doenças, diabetes, hipertensão arterial, nível de atividade física, força muscular, flexibilidade, agilidade, capacidade aeróbia, desempenho cognitivo, sintomas depressivos e ansiosos - apenas o uso de medicamentos para depressão foi identificado como fator de risco significativo para quedas.

Os achados deste estudo corroboram pesquisas anteriores que indicam associação entre o uso de medicamentos psicoativos e o risco de quedas em idosos. Chaimowicz, Ferreira e Miguel⁽²⁵⁾ (2000) observaram que o uso de benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos e α -metildopa está associado ao aumento

da ocorrência de quedas nessa população. De forma semelhante, Coutinho e Silva⁽²⁶⁾ (2002) identificaram maior incidência de quedas com risco de fraturas graves em pessoas idosas que utilizavam bloqueadores dos canais de cálcio e benzodiazepínicos. Esses achados sustentam a relação entre o uso de psicofármacos e quedas, o que pode ser explicado pelos efeitos adversos desses medicamentos, como sedação, tontura, ataxia e hipotensão postural, os quais comprometem a estabilidade postural e a coordenação motora^(26,27).

O estudo de Santos, Moriguchi e Blank⁽²⁸⁾ (2018) também destacou os benzodiazepínicos, especialmente o clonazepam e o diazepam, como fatores predisponentes às quedas, devido à sua associação com lentidão psicomotora, sonolência diurna e alterações na marcha e equilíbrio. No presente estudo, a maioria das participantes que faziam uso de medicamentos para depressão utilizavam inibidores seletivos da recaptação de serotonina (54,2%), seguidos por benzodiazepínicos (16,9%) e antidepressivos tricíclicos (15,2%), o que reforça a influência dessas substâncias no aumento do risco de quedas.

Curiosamente, as demais variáveis analisadas não apresentaram associação significativa com o risco de quedas, o que diverge, em parte, da literatura existente. A Organização Mundial da Saúde⁽²⁹⁾ lista múltiplos fatores de risco para quedas, incluindo idade avançada, sexo, condições de saúde, mobilidade reduzida, uso de medicamentos e fatores ambientais. Além disso, Pimentel

et al.⁽¹⁰⁾ (2018) apontam que quedas estão associadas a idade avançada, sexo feminino, estado conjugal, autoavaliação de saúde negativa, uso contínuo de medicamentos, depressão, diminuição da audição e visão, doenças crônicas e barreiras ambientais.

A ausência de associação significativa entre quedas e fatores como idade, nível de atividade física, força muscular, flexibilidade, agilidade e desempenho cognitivo pode ser explicada, em parte, pelo tamanho da amostra e sua relativa homogeneidade. O teste Qui-quadrado de Pearson, utilizado no estudo, é mais sensível em amostras maiores, o que pode ter reduzido a capacidade de detectar associações estatisticamente significativas.

Importante ressaltar que uma limitação do presente estudo foi a utilização de uma amostra não balanceada, o que pode ter impactado os resultados. No entanto, um ponto forte do estudo foi o foco em uma população pouco explorada na literatura, composta por mulheres fisicamente independentes em processo de envelhecimento.

Dado que quedas são um problema de relevância clínica e epidemiológica, recomendamos que estudos futuros utilizem amostras maiores e delineamentos longitudinais, permitindo uma avaliação mais abrangente dos fatores de risco. Além disso, investigações mais detalhadas sobre a influência de diferentes classes de medicamentos e suas interações com variáveis físicas e cognitivas podem contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos envolvidos no risco de quedas.

No contexto da prevenção de quedas, é fundamental adotar uma abordagem interdisciplinar, integrando profissionais da Educação Física, Psicologia, Fisioterapia, Geriatria e outras áreas da saúde. Estratégias como a prática regular de exercício físico, avaliações periódicas da capacidade funcional e cognitiva, e o monitoramento contínuo do histórico de quedas e do uso de medicamentos são essenciais para minimizar riscos e promover um envelhecimento mais seguro e independente. Além disso, a integração entre pesquisa e desenvolvimento deve ser contínua, garantindo que as intervenções em saúde mental evoluam para oferecer tratamentos eficazes e seguros, considerando tanto os benefícios quanto os possíveis efeitos adversos das medicações⁽³⁰⁾. Dessa forma, avanços no cuidado às pessoas com mais de 50 anos podem ser aprimorados, permitindo uma abordagem mais personalizada e preventiva, que impacte positivamente a qualidade de vida e o ajustamento psicossocial dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu concluir que, entre mulheres fisicamente inde-

pendentes com 50 anos ou mais, o uso de medicamentos prescritos para depressão representa um fator de risco significativo para quedas. Essa associação pode ser explicada pelos efeitos colaterais desses medicamentos, que impactam diretamente o equilíbrio, a coordenação motora e o estado psicomotor.

Além disso, os resultados reforçam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, considerando não apenas os aspectos físicos e fisiológicos, mas também os impactos da saúde mental e do ajustamento psicossocial no risco de quedas. Mulheres idosas que fazem uso de antidepressivos podem apresentar maior vulnerabilidade emocional, medo de cair e restrição das atividades físicas, o que pode comprometer sua qualidade de vida e independência funcional. Dessa forma, estratégias preventivas integradas devem ser incentivadas, unindo esforços de profissionais da Educação Física, Psicologia, Fisioterapia e Medicina para promover o envelhecimento ativo e saudável.

Dentre as implicações práticas deste estudo, destacamos:

- Monitoramento regular da saúde mental e do uso de medica-

mentos, especialmente psicofármacos, em mulheres idosas.

- Intervenções que associem exercício físico e estratégias de suporte psicológico, visando não apenas o fortalecimento muscular, mas também o equilíbrio emocional e a autoconfiança.

- Criação de programas específicos para a prevenção de quedas, incluindo treinamento de estabilidade postural, técnicas de relaxamento e incentivo ao autocuidado emocional.

- Promoção da inclusão social e suporte psicossocial, prevenindo o isolamento e seus impactos negativos na funcionalidade e autoestima das idosas.

Por fim, reforçamos a importância de pesquisas futuras que aprofundem a relação entre saúde mental, uso de antidepressivos e quedas, explorando estratégias biopsicossociais que possam minimizar esses riscos. A Educação Física, em conjunto com a Psicologia do Esporte e outras áreas da saúde, pode desempenhar um papel fundamental na criação de intervenções que promovam o envelhecimento mais seguro, ativo, feliz e

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. Folha informativa – envelhecimento e saúde. Brasil; 2018 [cited 2020 Nov 9]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. IBGE – Censo 2021 – Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Brasil; 2019 [cited 2020 Nov 9]. Available from: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>.
3. Pereira, S. G., dos Santos, C. B., Doring, M., Portella, M. R. (2017). Prevalence of household falls in long-lived adults and association with extrinsic factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2900), 2-7.
4. Figliolino, J. A. M., Moraes, T. B., Berbel, A. M., Dal Corso, S. (2009). Análise da influência do exercício físico em idosos com relação a equilíbrio, marcha e atividade de vida diária. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(2), 227-238.
5. American College of Sports Medicine (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(7), 1510-1530.
6. Hamed A, Bohm S, Mersmann F, Arampatzis A. (2018). Follow-up efficacy of physical exercise interventions on fall incidence and fall risk in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine – Open*, 4(1), 2-19.
7. Durães, R. R., Dos Santos, J. L. P., de Araujo Martins, K. S., Pestana, P. R. M., Lopes, J. V. N., Fagundes, P. T. M., & de Souza Fonseca, B. H. (2023). Fatores associados aos riscos de quedas em idosos. *Revista*

Multidisciplinar em Saúde, 4(2), 29-36.

8. Fabrício, S. C. C., Rodrigues, R. A. P., Junior, M. L. C. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, 38(1), 93-99.

9. Magalhães, M. I. S., dos Santos, A. M., Souza, L. B. P., de Andrade Brandão, M., da Silva Bomfim, V. V. B., & Soares, A. P. (2023). Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(5), 2033-2045.

10. Pimentel, W. R. T., Pagotto, V., Stopa, S. R., Hoffmann, M. C. C. L., de Andrade, F. B., de Souza Junior, P. R. B., et al. (2018). Quedas entre idosos brasileiros residentes em áreas urbanas: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52(2), 1-9.

11. Antes, D. L., D'Orsi, E., Benedetti, T. R. B. (2009). Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. *EpiFloripa Idoso 2009**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), 469-481.

12. Cuevas-Trisan, R. (2017). Balance Problems and Fall Risk in the Elderly. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(4), 727-737.

13. Carrasco, C., Tomas-Carus, P., Bravo, J., Pereira, C., Mendes, F. (2020). Understanding fall risk factors in community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *International Journal of Older People Nursing*, 15(1), 1-10.

14. Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5, 165-173.

15. Almeida, O. P., Almeida, S. A. (1999). Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2), 421-426.

16. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.

17. Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, 1.

18. Naresddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

19. Memória, C. M., Yassuda, M. S., Nakano, E. Y., Forlenza, O. V. (2013). Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of the

Montreal cognitive assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 34-40.

20. Voorrips, L. E., Ravelli, A. C., Dongelmans, P. C., Deurenberg, P., Staveren, W. A. V. (1991). A physical activity questionnaire for the elderly. *Medicine and Science and Sports Exercise*, 23(8), 974-979.

21. Ueno, D. T. Validação do questionário Baecke modificado para idosos e proposta de valores normativos [dissertation]. Rio Claro: Instituto de Biociências de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2013. 65 p.

22. Rikli, R. E., Jones, C. J. Teste de Aptidão Física para Idosos. 1. ed. Bidutte SRC, translator. São Paulo: Manole; 2008.

23. Rikli, R. E., Jones, C. J. (1999). Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community-Residing Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(2), 129-161.

24. Osness, W. H., Adrian, M., Clark, B., Hoeger, W., Raab, D., Wiswell, R. (1990). Functional Fitness Assessment for Adults Over 60 Years. The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD), 3, 1-36.

25. Chaimowicz, F., Ferreira, T. J. X. M., Miguel, D. F. A. (2000). Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 631-635.

26. Coutinho, E. S. F., Da Silva, S. D. (2002). Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de quedas em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1359-1366.

27. Ray, W. A., Griffin, M. R., Schaffner, W., Baugh, D. K., Melton, J. (1987). Psychotropic drugs use and the risk of hip fracture. *The New England Journal of Medicine*, 316(7), 363-369.

28. Santos, M. H. S. D., Moriguchi, E. H., Blank, D. (2018). Quedas em idosos e sua relação com o uso de medicamentos e sedentarismo: visão de uma população na atenção primária. *Saberes plurais: educação na saúde*, 2(2), 82-109.

29. World Health Organization [Internet]. Falls fact sheet. Geneva; 2016 [cited 2020 Aug 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en>.

30. Domingues, L. J., de Castro Paganucci, V. V., Corrêa, L. V., Migliorini, N., & Ribeiro, S. S. (2024). Desafios da saúde mental na idade avançada: depressão e ansiedade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(7), 2090-2103.