



III Congresso Sudeste de Ciências do Esporte
Mega Eventos esportivos no Brasil: seus impactos e a participação popular
Niterói – RJ
23 a 25 de setembro de 2010

ISSN 2179-8141

A AUTO-EFICÁCIA E SUA RELAÇÃO COM AS QUEDAS EM IDOSOS QUE PARTICIPAM DO PROJETO VIDA SAUDÁVEL (UFF), NÚCLEO IGREJA SÃO PEDRO DO ALCÂNTARA – SÃO GONÇALO – RJ

Jéssica Novais Janete, Edmundo Alves Júnior de Drummond

RESUMO

Existem dois critérios que definem uma queda, ela deve ser inesperada e não intencional e parte do corpo da pessoa deve entrar em contato com o chão, seguindo assim esses princípios, essa pesquisa tem o objetivo de identificar se existe uma relação da autoeficácia (habilidade percebidas pelo indivíduo em lidar com uma determinada situação) e as quedas. Pois as mesmas já são consideradas como questão de Saúde Pública, por seus agravos e complicações. A pesquisa esta sendo realizada em um dos Núcleos do Projeto Vida Saudável – UFF – Núcleo São Pedro do Alcântara – São Gonçalo - RJ.

INTRODUÇÃO

É fato já bastante discutido as consequências da transição demográfica no Brasil (Alves Júnior, 2009). De forma definitiva os autores apontam para uma diversidade de consequências que se não são alarmantes ao menos merecem preocupações. Alertas são feitos pelos estudiosos no sentido de equacionar a multiplicidade de problemas advindos deste forte aumento populacional. Demandas específicas devem fazer parte das agendas dos formuladores das políticas públicas e dos agentes que as põe em prática. Neste texto temos como maior preocupação focar um assunto que já vem sendo apontado como problema de saúde pública e com outras implicações de ordem econômica e social. As quedas que acometem grande parte da população idosa, apresenta no Brasil números que acompanham o que é sugerido em pesquisas internacionais, ou seja, de cada três pessoas com mais de 60 anos, uma delas ao mínimo terá uma queda por ano (Fabrício, 2004). Junto a este problema sabemos que é comum uma queda vir acompanhada de consequências que acabam por influir bastante no que se entende como qualidade de vida. Sabendo disto e com a preocupação de minimizar este tipo de problema a UFF em 2001 propôs um programa de atividades das mais diversas no sentido de prevenir as quedas (Alves Júnior, 2001).

Através de Convênio estabelecido entre a UFF e a Secretaria Nacional de Desenvolvimento Esporte e Lazer do Ministério do Esporte (SNDEL-ME), pode-se incluir a preocupação com as quedas nos diversos núcleos que foram implantados nos Municípios de Niterói e São Gonçalo, municípios estes, onde a UFF, esta instalada. Desde 2008, o projeto Vida Saudável em Niterói e São Gonçalo, possibilita a integração dos três (3) pilares da Universidade (Ensino, Pesquisa, Extensão). Destaca-se a relação com o grupo de pesquisa Envelhecimento e Atividade Física (GPEAF) que investiga em uma de suas linhas



de pesquisa a relação quedas, envelhecimento, atividade física, entre outras. No decorrer do projeto percebeu-se quanto era significativo o número de quedas em seus participantes, além disto foi marcante o temor das quedas mesmo, por pessoas que não são frequentes caidores, isto serviu de motivação para a pesquisa. Através da aplicação de uma escala que mede o medo de quedas, (Camargos, 2007) buscou-se relacionar o conceito de autoeficácia (Almeida, Barata, Monteiro, 2002) com as causas que levaram a cair. Foram investigados os relatos dos participantes do projeto (núcleo São Pedro do Alcântara) que foram estimulados a responder sobre possíveis quedas que tenham ocorrido no período de um ano. Na sequência caracterizaremos as quedas enquanto um problema de saúde pública, abordaremos a relação da autoeficácia com as quedas servindo como referencial teórico que deu suporte a esta investigação. Como metodologia aplicou-se a Escala FES-I Brasil (Camargos, 2007), e na forma de uma entrevista, um questionário fechado. A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2008, e foi realizada pela autora da pesquisa.

Quedas de Idosos : Como investigá-las

Ao longo dos últimos anos vimos avançar as pesquisas sobre quedas, diversos autores têm sugerido definições para quedas. A definição adotada nesta pesquisa é a de Gibson, Andres, Issacs, (1987), que definem queda como

um evento que leve o indivíduo não intencionalmente a se encontrar no chão ou em qualquer outro nível mais baixo do que o anterior, não como resultado de um golpe violento, perda de consciência, acidente vascular cerebral ou ataque epilético (p. 4).

A escolha do conceito mereceu de Hauer et al (2006) uma revisão sistemática que estudou os conceitos e métodos utilizados para mensurar quedas em estudos randomizados. Verificou-se: a) dos 90 estudos observados, 44 não forneceram a definição de queda b) alguns levaram em consideração como queda o resultado do contato do corpo com o solo, c) outros incluíram contato com móvel ou parede. Apenas dois estudos (Buchner, 1997; Wolf, 1996) analisaram as consequências de utilizar diferentes conceitos de queda no resultado e relataram que a variação na definição da causa influenciou no resultado do estudo. Hauer et al (2006) comentam que as definições devem ser simples e seguramente compreendidas pelos leigos que irão documentar suas quedas.

Definir exatamente o que é queda constitui-se em tarefa difícil, por sua própria natureza multifatorial, porém nas numerosas definições existentes na literatura, observa-se pelo menos 2 critérios são mantidos. O primeiro é que a queda deve ocorrer de forma inesperada e não intencional; o outro define que parte do corpo da pessoa entre em contato com o chão ou com algum nível mais baixo que a cintura pélvica.

Os principais fatores de risco para quedas em idosos são: idade avançada, sexo feminino, função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas, história prévia de quedas, prejuízos psicocognitivos, polifarmácia, uso de benzodiazepínicos, presença de ambiente físico inadequado, incapacidade funcional e hipotensão postural (Hawkins, 1995; Tinetti, Powell, 1990; Tinetti, Speechley, Ginter, 1988; Mendes de Leon, 1996; Murphy, Williams, Gill, 2002; Perracini, Ramos 2002; Macedo, 2005).



A expectativa de uma maior longevidade vem acompanhada de comorbidades (Almeida, Barata, Monteiro, 2002, IBGE 2002, 2003). As instabilidades posturais e as quedas fazem parte das síndromes geriátricas que englobam as alterações de saúde mais comuns nos idosos. Existe assim, uma necessidade de maior demanda de profissionais na área da saúde que compreendam estas síndromes para que seja alcançado um envelhecimento bem sucedido (Walker, Howland, 1991; Bandura, 1977). As quedas constituem então um importante problema de saúde pública, seja no contexto nacional ou internacional. No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação Médica/ Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 anos e 89 anos (Fabrício, Rodrigues, Costa Júnior, 2004).

As quedas constituem-se um dos principais problemas da população idosa, pois elas frequentemente causam sérias complicações (Berg, 1997; OMS, 2001; Vellas, 1997; Rosengren; McAuley; Mihalko, 1998). Elas são indicadores do declínio funcional dos idosos e consideradas um passo para perda de independência (Berg, 1997; Friedman, 2002; Murphy, Williams, Gill, 2002). Aproximadamente 30% das pessoas com 65 anos ou mais caem a cada ano (Murphy, Williams, Gill, 2002; OMS, 2001; Bruce, Devine, Prince, 2002; Fabrício), e esta taxa aumenta com o passar dos anos (OMS, 2001; Bruce, Devine, Prince, 2002), dos idosos que caem, 13% são caidores recorrentes, ou seja, caem duas ou mais vezes dentro do período de um ano (Vellas, 1997; Tennstedt, 1998). Tornando as conseqüências das quedas devastantes. Elas englobam desde redução da função e perda da independência até a morte (OMS, 2001; Vellas, 1997).

Medo de Cair

O medo de cair é o sentimento definido em relação às quedas. Medo pode ser baseado em duas direções: ter medo ou não em relação às quedas (Bandura, 1982). A princípio algumas pessoas desenvolvem medo de cair, ligado diretamente a uma atividade específica, outras, desenvolvem fobia, ou seja, medo excessivo ou não em relação a uma situação específica. Bhala (1982) utiliza o termo *ptofobia* para caracterizar a fobia de quedas em idosos (Bhala, O'Donnell, Thoppil, 1982).

Em 1982, Murphy e Issacs, em um estudo referente a quedas em pacientes idosos institucionalizados, perceberam que o medo estava presente tanto nos pacientes que haviam caído quanto nos que nunca haviam tido algum tipo de queda, pois até então, o medo de queda era considerado um fator traumático, psicológico, recorrente de uma queda. A partir desse acontecimento então, o medo de queda ganhou reconhecimento como problema de saúde mais específica em idosos.

Tem sido encontrada ainda na literatura uma outra conseqüência das quedas, classificada como 'síndrome pós-quedas' ou Medo de voltar a cair, relatado por vários autores como Vellas, 1997; Fabrício, Rodrigues e Costa, 2004. O medo após a queda pode trazer consigo não somente o medo de novas quedas, mas também de se machucar, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para o autocuidado ou para realizar atividades da vida diária, ou seja, medo das conseqüências inerente à queda. Portanto, todos esses sentimentos podem trazer



importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda de autonomia e independência para ABVD e AIVD, diminuição de atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança.

Atualmente, o medo de cair tem sido definido como baixa auto-eficácia ou confiança em evitar quedas (Cumming, 2000) ou preocupação sobre as quedas que limitam a *performance* de atividades do dia-a-dia (Franzoni, 1994; Powell, Myers, 1995). Outros pesquisadores têm se referido ao medo de cair como perda na confiança do equilíbrio (Yardley, 2005).

O trauma psicológico é uma das consequências comuns das quedas e é comumente traduzido pelo medo de cair, independentemente do trauma físico e/ou limitação funcional (Berg, 1997; Friedman, 2002; OMS, 2001; Vellas, 1997; Bruce, Devine, Prince, 2002; Rosengren, McAuley, Mihalko, 1998; Cumming, 2000; Franzoni, 1994).

A auto-eficácia é definida como as habilidades percebidas pelo indivíduo ou auto-confiança em lidar com uma determinada situação. As pessoas irão avaliar, explorar e integrar as diferentes fontes de informação levando em consideração suas capacidades e, assim, determinam suas escolhas de comportamento (Almeida, Barata, Monteiro, 2002; Lima-Costa, Barreto, Giatti, 2007).

A adaptação da Escala para a versão brasileira da FES-I foi adaptada a Flávia Fernandes O. Camargos (2007) em sua dissertação de Mestrado em Fisioterapia na Universidade Federal de Minas Gerais, através da utilização de um protocolo padronizado, definido pelo ProFaNE (uma organização européia, que possui o objetivo é reunir pesquisadores de toda a Europa para focar tarefas necessárias para desenvolver programas de prevenção multifatoriais objetivados a reduzir a incidência de quedas entre idosos. É uma escala que apresenta questões sobre a preocupação da possibilidade de cair ao realizar 16 atividades diferentes. A FES-I BRASIL apresenta quatro possibilidades de respostas, com respectivos escores de um a quatro. O escore total pode variar de 16 a 64, no qual o valor 16 corresponde à ausência de preocupação e 64, preocupação extrema em relação às quedas, durante a realização das atividades específicas do questionário.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Núcleo investigado era composto por 70 idosos bastante assíduos nas atividades propostas que como já foi sugerido inclui a proposta de prevenção de quedas. Os resultados aqui apresentados representam os dados coletados de 40 mulheres que também foram entrevistados. Como idade mínima encontramos pessoas que tinham no momento a idade de sessenta anos como mínima e no outro extremo 87 anos. Verificou-se que a média de idade dos frequentadores está em 72,2 anos, que é atualmente a idade que representa a expectativa de vida das brasileiras. Temos ainda a seguinte observação no que toca o extremo inferior, que corresponde no Brasil ao que é considerado como início da velhice já que tanto na lei 8842 (Brasil, 1994) como no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), sessenta anos corresponde ao que se denomina idoso.

Verificamos que na aplicação da escala, no que se refere à preocupação com as atividades diárias e instrumentais encontramos 55% das participantes que pouco se



preocupam com as quedas. Por outro lado, 42, 5% das participantes consideram ter uma preocupação moderada com as quedas. Quando observamos a revisão da literatura constatamos como ainda são reduzidos os estudos que tem como objetivo questionar a autoeficácia (medo de queda) dos idosos. Os estudos encontrados separam as duas questões, queda e o medo, não associando os dois fatores. Quem então cai mais? Seria aquela pessoa que diz ter medo em realizar uma determinada atividade ou aquela que diz não ter medo? A intenção de nossas pesquisas na temática é a de aprofundar esta questão.

Quanto ao número de quedas destes participantes considerando as que ocorreram no ano anterior ao nosso contato, 47, 5% relataram não terem caído no último ano, já 30% relataram pelo menos uma (1) queda no último ano. Os últimos dados confirmam com o que a literatura já vem descrevendo, de cada três pessoas com mais de sessenta anos ou mais, uma delas terá ao mínimo Isto confirmar, a necessidade de um “olhar” mais cauteloso com os idosos, já que as conseqüências destas quedas tendem a apresentar mais gravidade na medida que aumenta o número de anos do caidor (Murphy, Williams, Gill, 2002; OMS, 2001; Bruce, Devine, Prince, 2002; Fabrício, 2004). O medo após a queda pode trazer consigo não somente o medo de novas quedas, mas, também sofrer escoriações leves, ser hospitalizado, necessitar de imobilizações, ter declinada a saúde global, vir a se tornar dependente de outras pessoas para realizar atividades da vida diária (Kong, 2002). Portanto, aliado ao medo, as quedas e suas conseqüências podem trazer importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, como a perda de autonomia e a independência para ABVD e AIVD, diminuindo as atividades sociais e tendo o sentimento de fragilidade e insegurança.

A utilização de dispositivo da marcha (bengalas e semelhantes) e uma prótese no membro inferior são características que encontramos em grande parte dos caidores já que isto representa uma preocupação com uma marcha que tenha menos risco de quedas limitação. No grupo entrevistado, nenhuma participante utilizava prótese de membro inferior ou qualquer tipo de dispositivo para auxílio à marcha. Na revisão feita, a utilização de auxiliares da marcha só aparecem como recomendação sugerida pelos profissionais de saúde. Entretanto no estudo de Ana Cláudia Zancan (2004) verificamos como uma bengala pode contribuir a prevenção das quedas. Na Europa os idosos utilizam com maior desenvoltura e reagem com menos preconceito ao uso de uma bengala, prevenir, portanto, está também associado a uma questão cultural. O velho brasileiro associa a uma forma de declínio o fato de usar uma bengala. No projeto de prevenção de quedas que é desenvolvido em Niterói e São Gonçalo procura-se mostrar que é melhor usar uma bengala como prevenção do que vir a ser obrigado a usar este equipamento pós uma queda.

O equilíbrio é apontado como um fator de extrema preocupação para os estudiosos, é claro que a perda do equilíbrio, independentemente da causa, leva o indivíduo a cair e no caso dos mais velhos sérias conseqüência podem advir (Berg,1997; OMS, 2001; Vellas,1997; Rosengren; MCAuley; Mihalko, 1998). Foi encontrado um número significativo de participantes da pesquisa que se desequilibram com regularidade, 75%. O ato de permanecer na posição ortostática (de pé) requer um sistema neuromuscular íntegro. A propriocepção (a percepção do corpo no próprio espaço), recebe influência do centro visual e o vestibular e tátil contribuem com informações para o sistema nervoso central. Se este sistema não estiver harmonioso, haverá o aumento da oscilação postural no idoso que provoca uma significativa relação com a incidência de quedas. Segundo Teasdale e



Simoneau (2001), as pesquisas indicam um grande número de indivíduos com mais de 50 anos com dificuldade de se equilibrarem quando parados na posição ortostática. Conforme a idade vai avançando a acuidade visual vai comprometendo a manutenção do equilíbrio. Em indivíduos com mais de 60 anos, 50% da estabilidade é perdida com o fechamento dos olhos (Smith, Weiss e Lehmkuhl, 1997). A audição ruim é um dos fatores que também contribuem para a perda de equilíbrio e entre os participantes, 62,5%, consideraram ter uma audição comprometida, já 65% consideram sua visão como boa. Verificamos que é grande o número dos que participam da pesquisa que necessitam de corretivo visual e que nem sempre o usam nas suas atividades diárias.

Obeve-se como resposta que o ambiente onde mais ocorreram quedas foi nas proximidades da casa (35%), seguida de quedas na própria casa (15%), espaços que pela intimidade com que imaginamos ter relaxamos na atenção as barreiras arquiteturais e acabam levando as pessoas às quedas. Como causa dessas quedas, a maioria das participantes relataram ocorrido por tropeços (25%), seguido de escorregões (22,5%). Como consequência a maioria dos acometimentos ocorreram em membros superiores (37,5%), sendo necessário cuidados caseiros em 35% das participantes. Problemas ambientais também foram as mais frequentes causas encontradas no estudo de Berg et al (1997), nesta pesquisa tropeços e escorregões somaram 59% das causas de quedas.

No caso de necessidade de internação, apenas uma participante relatou esta ocorrência, e acompanhando o que informa a literatura, os fatores extrínsecos, de uma forma geral, são causadores das quedas. Tinetti et al (1988) encontraram 44% de quedas causadas por fatores ambientais, sendo os mais citados objetos no chão (brinquedos, tapetes), escadas, neve e gelo. No Brasil não existe o problema do gelo e da neve, mas se observa uma quantidade enorme de buracos, raízes de árvores e obstáculos nas ruas, que são importantes fatores de risco para as quedas. Stel et al (2004) trazem como dados que 68, 1% dos idosos sofrem lesões físicas. As quedas provocam uma série de outras consequências e o medo de voltar a cair passa a fazer parte da vida dessas idosas e foi referido por 15% das participantes, destaca-se que estas pessoas declararam ter modificado seus hábitos cotidianos. Poucos então são os idosos que mesmo acometidos por uma queda tem a percepção da necessidade de mudanças na estrutura da casa, muitas vezes a questão do rearranjo, parte da iniciativa dos familiares. A família passa ser elegida como a primeira fonte de cuidados para os idosos e a figura feminina é geralmente encontrada para exercer essa função (Rodrigues, Watanabe, Derntl, 2006).

Considerando que a pesquisa se efetivou entre pessoas que participavam de uma oficina regular de um projeto voltados para idoso que tinha como característica a prevenção de quedas, a maioria (87,5%) das participantes relataram estar no mesmo pela prática da ginástica em si e não do foco central da atividade, como segundo objetivo veio a sociabilidade, ou seja, a necessidade de se estabelecer novos laços afetivos. A oficina de prevenção de quedas inserida no projeto Vida Saudável visa influir tanto no indivíduo como no meio ambiente freqüentado pelo participante. No primeiro caso é realizado através da estimulação feita por exercícios que visam melhora do equilíbrio, mobilidade articular, força do membro inferior e a propriocepção. Como a proposta se fundamenta em práticas corporais em que cada um respeita seus limites e as atividades sugeridas estão de acordo do que consideramos como lazer e as relações com a animação cultural, inferimos



que a questão da prevenção das quedas fica mais claro quando se aplica o segundo objetivo que visa conscientizar os participantes da necessidade de alteração na arrumação da casa e na equação dos problemas advindos do que se considera como barreira arquitetural, tão comuns nas residências como em seu entorno.

CONCLUSÕES

Compreender o mecanismo que vai influir no medo de quedas merece ser estudado uma vez que esta síndrome acaba por diminuir as possibilidades de sociabilidade, isolando os idosos em suas moradias e causando inatividade. A queda já é considerada questão de saúde pública, devido seus agravos, portanto, programas de intervenções devem possuir estratégias específicas para alteração do comportamento com o objetivo de melhorar a auto-eficácia e, em troca, melhorar os desfechos de saúde (TENNSTEDT, 1998). Fica ainda como questão a ser respondida se o fato de se ter mais ou menos medo de cair tem alguma influência com a frequência de quedas que acontecem com idosos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.F.; BARATA, R. B.; MONTEIRO, C.V. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n.4, p.743-756, 2002.
- ALVES JÚNIOR, ED A Pastoral do Envelhecimento Ativo. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2004.
- ALVES JÚNIOR, ED. *Envelhecimento e Vida Saudável*. Rio de Janeiro: Apicuri, 2009.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, Washington, v.84, n.2, p. 191-215, 1977.
- BHALA RP, O'DONNELL L J, THOPPIL E. Ptophobia: phobic fear of falling and its clinical management. *Phys Ther* 1982;62:187-190.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
_____. Lei n° 8.842/1994 – Política Nacional do Idoso.
- BERG, W. P. et al. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age and Ageing*, London, v.26, p.261-268, 1997.
- BRUCE, D. G.; DEVINE, A.; PRINCE, R.L. Recreational physical activity levels in health older women: the importance of fear of falling. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v.50, n.1, p. 84-89, 2002.
- BUCHNER D.M et al. The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. *J Gerontol*, v. 52, n. 4, p. M218-24, 1997.



CAMARGOS, FFO. Títulos, Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Escola de Educação Física, de Mestrado. UFMG. Belo Horizonte. 2007.

CUMMING, R. G. et al. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Washington, v. 55A, n.5, p. M299-M305, 2000.

FABRÍCIO SCC; RODRIGUES RAP, COSTA JÚNIOR ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, v. 38, n. 1, p. 93-9, 2004.

FRANZONI, S et al. Fear of Falling in nursing home patients. *Gerontology Basel*, v.40, n.1, p. 38-44, 1994.

FRIEDMAN, S. M. et al. Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggest strategies for primary and secondary prevention. *Journal of American Geriatrics Society*, New York, v. 50, n. 8, p.1329-1335, 2002.

GIBSON M.J, ANDRES R.O, ISSACS B. Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. The prevention of falls in later life. *Danish Medical Bulletin*, v. 34, Suppl. 4, p. 1–24, 1987.

HAWKINS, R. M. F. Self-efficacy: a cause of debate. *J Behav Ther & Exp Psychiatr*, v. 26, n.3, p. 235-240, 1995.

HAUER K, et al. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomized controlled fall prevention trials. *Age Ageing*, v. 35, n. 1, p. 5-10, 2006.

KALACHE A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 3, p. 217-20, 1987.

KONG KS, et al. Psychosocial consequences of falling: the perspective of older Hong Kong chinese who had experienced recent falls. *J Advanced Nursing* 2002; 37:234-242.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.. *Síntese de indicadores sociais* 2001. Rio de Janeiro: IBGE; 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de Saúde, Capacidade Funcional, Uso dos Serviços de Saúde e Gastos com Medicamentos da População Idosa Brasileira: um Estudo Descritivo Baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p.735-743, 2007.

MACEDO, B. G. et al. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v.18, n.3, p. 65-70, jul/set, 2005.

MENDES DE LEON, C.F et al. Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: a prospective study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, Washington, v.51B, n.4, p.S183-S190, 1996.



MURPHY, S.L; WILLIAMS, C.S; GILL, T.M. Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 50, n.3, p.516-520, 2002.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, disponível em www.opas.org.br Acesso em 15/08/2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The world health report, 2001, Geneva.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

POWELL, LE, MYERS, AM. The activities-specific balance and confidence (ABC) scale. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, Washington, v. 50, n.1, p. 28-34, 1995.

PREVENTION OF FALLS NETWORK EUROPE. YARDLEY, L. et al. Falls Efficacy Scale – Internacional. Disponível em: <http://profane.eu.org>. Acesso em: 11 /out 2008.

RODRIGUES SLA, WATANABE HAW, DERNTL AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2006;40(4):493-500.

ROSENGREN, K. S; MCAULEY, E; MIHALKO, S.L. Gait adjustments in older adults: activity and efficacy influences. *Psychology and Aging*, Washington, v.13, n.3, p. 375-386, 1998.

SMITH LK, WEISS EL; LEHMKUHL LD. *Cinesiologia Clínica de Brunnstom*. 5 ed. São Paulo: Manole, 1997.

STEL VS et al. Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age and Ageing* v. 33, n. 1, p. 58-65, 2004.

TEASDALE N, SIMONEAU M. Attentional demands for postural control: the effects of aging and sensory reintegration. *Gait and Posture* v. 14, p.203 -10, 2001

TENNSTEDT, S. et al. A randomized controlled Trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, Washington, v.53 B, n.6, p. P384-P392, 1998.

TINETTI, M.E.; SPEECHLEY, M.; GINTER, S.F. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v.319, p. 1701-1707, 1988.

TINETTI, ME, POWEL, L. Fear of falling and low self-efficacy: a cause of dependence in elderly persons. *The Journal of Gerontology*, Washington, v.48, p. 35-38, 1993.

YARDLEY. L. et al. Development and initial validation of the falls efficacy scale-international (FES-I). *Age and Ageing*, London, v. 34, p. 614-619, 2005

VELLAS, B. et al Prospective study of restriction of activity in old people after falls. *Age and Ageing*, London, v.16, p. 189-193, 1987.



III Congresso Sudeste de Ciências do Esporte
Mega Eventos esportivos no Brasil: seus impactos e a participação popular
Niterói – RJ
23 a 25 de setembro de 2010

ISSN 2179-8141

WALKER, J.E.; HOWLAND, J. Falls and fear of falling among elderly persons living in the community: the occupational therapy interventions. *The American Journal of Occupational Therapy*, New York, v.2, p. 119-122, 1991.

WOLFF I, et al. The Effect of Exercise Training Programs on Bone Mass: A Meta-analysis of Published Controlled Trials in Pre- and Postmenopausal Women. *Osteoporosis International*, v. 9, p. 1-12, 1999.

ZANCAN, AC. O Uso de Dispositivos Auxiliares à Marcha como Recurso capaz de Influir na Prevenção de Quedas. Monografia - Niterói, 2004.

Autora: Jéssica Janete Novais Santos. Fisioterapeuta com Especialização em Geriatria e Gerontologia pela UFF - Mestranda no Programa de Pós-Graduação Cuidados em Saúde – UFF, Bolsista Capes. E-mail: jj15172024@yahoo.com.br

Co-autor: Edmundo de Drummond Alves Júnior – Prof^o. Dr^o. da Universidade Federal Fluminense – UFF

Apresentação do Trabalho será: Data Show