REVISTA LATINO-AMERICANA DE ESTUDOS CIENTÍFICOS

V. 07, N. 29, Pag. 620 a 635 Jan./Dez. 2026.

# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

# NURSING INTERVENTIONS TO PREVENT FALLS AMONG OLDER ADULTS IN RESIDENTIAL CARE: A CRITICAL LITERATURE REVIEW AND IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

# INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES INTERNADAS EN CENTROS ASISTENCIALES: REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA



**Vera C. Afonso**
Universidade Politécnica de Bragança
ORCID: 0009-0009-4166-7737
Emai: verafonso1998@gmail.com

**Resumo:** As quedas em estruturas residenciais para pessoas idosas afetam a segurança, a funcionalidade e a autonomia. Este artigo analisa criticamente a evidência sobre prevenção de quedas em instituições de longa permanência, com enfoque na avaliação, coordenação e monitorização dos cuidados de enfermagem. Foi realizada uma revisão narrativa crítica estruturada, baseada numa pesquisa exploratória de revisões sistemáticas, revisões de âmbito e orientações clínicas, publicadas sobretudo entre 2020 e 2025. As sínteses consultadas sugerem benefícios de intervenções multifatoriais individualizadas com envolvimento das equipas e de programas de exercício enquanto mantidos. Os efeitos de intervenções isoladas, incluindo a revisão medicamentosa, permanecem menos consistentes. A enfermagem contribui para a avaliação dinâmica do risco, o planeamento centrado na pessoa, a comunicação interdisciplinar e a continuidade das medidas preventivas. As estimativas apresentadas provêm de publicações existentes; não resultam de uma seleção sistemática original de estudos primários. A implementação exige acompanhamento de resultados e respeito pela autonomia dos residentes.
**Palavras-chave:** Quedas acidentais. Cuidados de enfermagem. Pessoa idosa. Lares. Prevenção.

**Abstract:** Falls in residential facilities for older adults affect safety, functionality, and independence. This article critically analyzes the evidence on fall prevention in long-term care facilities, with a focus on the assessment, coordination, and monitoring of nursing care. A structured critical narrative review was conducted, based on an exploratory search of systematic reviews, scoping reviews, and clinical guidelines published primarily between 2020 and 2025. The reviews consulted suggest benefits from individualized, multifactorial interventions involving multidisciplinary teams and exercise programs, provided they are sustained. The effects of isolated interventions, including medication reviews, remain less consistent. Nursing contributes to dynamic risk assessment, person-centered planning, interdisciplinary communication, and the continuity of preventive measures. The estimates presented are derived from existing publications; they do not result from an original systematic review of primary studies. Implementation requires monitoring of outcomes and respect for residents' autonomy.
**Keywords:** Accidental falls. Nursing care. Older people. Nursing homes. Prevention.

**Resumen:** Las caídas en centros residenciales para personas mayores afectan a la seguridad, la funcionalidad y la autonomía. Este artículo analiza de forma crítica la evidencia sobre la prevención de caídas en centros de larga estancia, centrándose en la evaluación, la coordinación y el seguimiento de los cuidados de enfermería. Se llevó a cabo una revisión narrativa crítica estructurada, basada en una búsqueda exploratoria de revisiones sistemáticas, revisiones de alcance y guías clínicas, publicadas principalmente entre 2020 y 2025. Las síntesis consultadas sugieren que las intervenciones multifactoriales individualizadas, con la participación de los equipos, y los programas de ejercicio físico,

siempre que se mantengan, aportan beneficios. Los efectos de las intervenciones aisladas, incluida la revisión de la medicación, siguen siendo menos consistentes. La enfermería contribuye a la evaluación dinámica del riesgo, a la planificación centrada en la persona, a la comunicación interdisciplinar y a la continuidad de las medidas preventivas. Las estimaciones presentadas proceden de publicaciones existentes; no son el resultado de una selección sistemática original de estudios primarios. Su implementación requiere un seguimiento de los resultados y el respeto a la autonomía de los residentes.
**Palabras-clave:** Caídas accidentales. Cuidados de enfermería. Personas mayores. Residencias. Prevención.

## Revisão da Literatura



As quedas são eventos frequentes e potencialmente graves entre pessoas idosas que vivem em estruturas residenciais. A sua importância clínica não se resume à ocorrência de uma lesão imediata: mesmo na ausência de fratura, uma queda pode precipitar medo de cair novamente, diminuição da mobilidade, restrição da participação e dependência acrescida. A prevenção constitui, por isso, uma dimensão da segurança do doente e da promoção da autonomia, e não apenas um indicador administrativo de qualidade (Gaspar *et al.*, 2025; Schoberer *et al.*, 2022).

O contexto institucional apresenta características próprias. Os residentes podem viver com multimorbilidade, alterações sensoriais, défices cognitivos, polimedicação e limitações funcionais; ao mesmo tempo, a exposição ao risco é influenciada pela arquitetura dos espaços, iluminação, acessibilidade das casas de banho, organização dos turnos e rotinas de mobilização. Uma medida preventiva que funciona numa pessoa ambulatória e cognitivamente preservada pode não ser adequada para um residente com fragilidade acentuada. Esta heterogeneidade ajuda a explicar a variabilidade observada entre programas (Miura; Kanoya, 2025; Dyer *et al.*, 2025).

As intervenções para prevenir quedas são frequentemente classificadas como únicas, múltiplas ou multifatoriais. Nas intervenções multifatoriais, uma avaliação individual dos riscos orienta a seleção de componentes distintas para cada residente. A distinção é decisiva: disponibilizar as mesmas medidas a todos os residentes não equivale a adaptar o plano ao perfil de risco e às preferências de cada pessoa. A revisão de Suen *et al.* (2023) associou os melhores resultados ao envolvimento dos profissionais e gestores das instituições e à adaptação efetiva das intervenções.

A enfermagem acompanha de forma continuada a evolução do estado de saúde e a resposta às intervenções. Os enfermeiros podem identificar alterações agudas, avaliar fatores de risco modificáveis, orientar equipas, assegurar o registo de incidentes, promover educação e articular avaliações médicas, farmacêuticas e de reabilitação.

Contudo, os programas bem-sucedidos são habitualmente interdisciplinares: não é cientificamente correto atribuir exclusivamente à enfermagem o efeito agregado de uma intervenção com múltiplos profissionais (Albasha *et al.*, 2023; Gaspar *et al.*, 2025).

A produção científica recente inclui uma revisão Cochrane atualizada em 2025, uma revisão de âmbito especificamente dedicada à gestão do risco em lares e revisões centradas em componentes de intervenção. Assim, uma nova síntese geral dificilmente seria inovadora. O contributo deste artigo reside na leitura crítica das implicações operacionais para o processo de enfermagem, identificando o que está relativamente bem sustentado, o que permanece incerto e o que deve ser monitorizado no quotidiano institucional (Dyer *et al.*, 2025; Gaspar *et al.*, 2025).



A avaliação do risco deve considerar quedas anteriores, mobilidade, equilíbrio, cognição, estado sensorial, hipotensão postural, necessidades de eliminação, medicação, calçado, auxiliares de marcha e perigos ambientais. A revisão de âmbito de Gaspar *et al.* (2025) identifica domínios de avaliação e intervenção, salientando a integração de fatores pessoais e ambientais. Todavia, a existência de múltiplas escalas não implica que uma pontuação isolada seja suficiente para orientar decisões.

Schoberer *et al.* (2022), numa orientação baseada em evidência para hospitais e lares, não recomendaram uma ferramenta específica de avaliação do risco para utilização universal. Este resultado reforça a necessidade de distinguir avaliação clínica multidimensional de simples classificação numérica. Em instituições nas quais a prevalência basal de fatores de risco é elevada, uma escala pode ter utilidade documental ou comunicacional, mas o valor clínico depende das ações subsequentes.

Uma avaliação efetiva deve traduzir-se num plano com intervenções concretas, responsável designado, periodicidade e critérios de reavaliação. Após uma queda, alterações terapêuticas, episódio infeccioso, mudança de mobilidade ou transição de unidade, a equipa deve rever as hipóteses de risco e a adequação do plano. Esta sequência é uma implicação clínica coerente com a literatura, embora a eficácia de cada passo isolado não possa ser inferida diretamente das meta-análises (Gaspar *et al.*, 2025; Suen *et al.*, 2023).

A revisão Cochrane de Dyer *et al.* (2025) constitui a principal síntese quantitativa recente especificamente orientada para instituições de cuidados. Os seus resultados não sustentam uma eficácia uniforme de qualquer programa multifatorial: quando

considerados globalmente, os programas multifatoriais apresentaram RaR de 0,87 (IC 95% 0,68–1,12; 12 ensaios, 4843 participantes) para taxa de quedas, e RR de 0,91 (IC 95% 0,83–1,00; 11 ensaios, 4557 participantes) para risco de cair, ambos com certeza moderada. A amplitude dos intervalos e a heterogeneidade recomendam cautela.

A análise de subgrupos da mesma revisão revelou resultados mais favoráveis quando as intervenções eram adaptadas às circunstâncias individuais e contavam com envolvimento efetivo dos profissionais das instituições: RaR de 0,61 (IC 95% 0,54–0,69; sete ensaios, 3553 participantes) e RR de 0,81 (IC 95% 0,71–0,92; cinco ensaios, 2993 participantes), com certeza moderada. Estes valores correspondem, respetivamente, a reduções relativas aproximadas de 39% na taxa de quedas e 19% no risco de cair. Trata-se, porém, de uma análise de subgrupos, cuja interpretação depende da comparabilidade entre estudos (Dyer *et al.*, 2025; Suen *et al.*, 2023).



Os programas de exercício são uma das intervenções com resultados mais consistentes enquanto se mantêm ativos. Dyer *et al.* (2025) encontraram uma redução provável na taxa de quedas no final dos programas (RaR 0,68; IC 95% 0,51–0,91; 14 ensaios, 2215 participantes; certeza moderada). Contudo, após a interrupção, a taxa de quedas não apresentou redução sustentada (RaR 1,02; IC 95% 0,78–1,32; sete ensaios, 1354 participantes). A continuidade e a viabilidade institucional são, por isso, componentes essenciais.

Uma revisão de componentes identificou como características plausivelmente importantes a orientação para equilíbrio e força, a adaptação às capacidades individuais, a intensidade apropriada e a supervisão com recursos suficientes (Dawson *et al.*, 2024). A tradução para a prática exige avaliar a tolerância ao esforço, evitar prescrições uniformes e articular a intervenção com fisioterapia ou outros profissionais de reabilitação. A participação do enfermeiro inclui vigilância clínica, identificação de contraindicações ou sinais de alerta e promoção da adesão.

Importa também evitar uma interpretação simplista de que mais exercício é sempre melhor. Residentes com fragilidade acentuada ou limitações cognitivas podem exigir adaptação específica, e a segurança deve ser monitorizada. A revisão Cochrane identifica incerteza para alguns subgrupos e para desfechos como fraturas, apesar de benefícios na taxa de quedas. A escolha de intervenções deve equilibrar prevenção, autonomia, conforto e preferências pessoais (Dyer *et al.*, 2025; Schoberer *et al.*, 2022).

A formação das equipas é um mecanismo plausível de melhoria da identificação de riscos, comunicação e adesão aos planos preventivos. Uma revisão sobre intervenções lideradas por enfermeiros assinalou resultados positivos em programas com componentes educativas dirigidas a profissionais e pessoas idosas (Ojo; Thiamwong, 2022). Contudo, a heterogeneidade dos contextos e dos programas impede que se atribua à educação, isoladamente, um efeito universal e quantificável nos lares.



A revisão de Orts-Cortés *et al.* (2024), que integrou ensaios em contextos comunitários e de cuidados de saúde, encontrou reduções no risco de quedas associadas a intervenções educativas e multifatoriais de enfermagem. Esses resultados são relevantes para a discussão profissional, mas não devem ser transferidos automaticamente para residentes institucionalizados, cujos perfis de fragilidade, autonomia e exposição são diferentes.

Uma estratégia formativa institucional pode combinar identificação de perigos, comunicação após incidentes, utilização correta de auxiliares, transferência e mobilização seguras, calçado, gestão de urgências e revisão de planos. O indicador mais útil não é apenas o número de horas de formação, mas a mudança de comportamento observável, a adesão às medidas e a eventual evolução das taxas de quedas. A avaliação destes resultados exige recolha de dados local, que não foi realizada neste trabalho (Albasha *et al.*, 2023; Wi *et al.*, 2025).

Os riscos ambientais incluem iluminação insuficiente, obstáculos nos percursos, superfícies escorregadias, mobiliário inadequado e acesso difícil a campainhas ou dispositivos de apoio. Wi *et al.* (2025) agruparam as intervenções sistémicas em programas multidisciplinares, adaptações ambientais, soluções tecnológicas e formação de profissionais. A existência destas categorias demonstra diversidade de abordagens, mas não comprova eficácia homogénea de todos os dispositivos ou alterações.

A adaptação do ambiente deve ser individualizada: o que melhora a segurança de um residente pode limitar a autonomia de outro. A reorganização de espaços, a revisão de percursos e a acessibilidade dos apoios podem integrar um plano preventivo, mas devem ser acompanhadas de observação da utilização real. As medidas organizacionais dependem também de recursos humanos, continuidade entre turnos e comunicação de alterações clínicas (Gaspar *et al.*, 2025; Wi *et al.*, 2025).

A tecnologia pode apoiar a vigilância, mas não substitui a avaliação clínica. Alarmes e sensores devem ser ponderados quanto à precisão, fadiga de alertas, privacidade, aceitação e capacidade de resposta da equipa. A mera instalação de dispositivos não garante diminuição de quedas; a eficácia deve ser avaliada com indicadores apropriados e atenção aos efeitos indesejados (Miura; Kanoya, 2025; Wi *et al.*, 2025).



A polimedicação e determinados grupos farmacológicos podem contribuir para sonolência, alterações de equilíbrio ou hipotensão. A revisão terapêutica é, por isso, um componente frequentemente incluído em programas multifatoriais. Contudo, a revisão Cochrane encontrou evidência de certeza muito baixa quanto ao efeito da revisão/desprescrição como intervenção isolada sobre a taxa de quedas (RaR 0,94; IC 95% 0,76–1,18; 12 ensaios, 4125 participantes) (Dyer *et al.*, 2025).

Suen *et al.* (2025) identificaram características potencialmente associadas ao sucesso de programas de revisão medicamentosa, incluindo instrumentos estruturados de apoio à decisão e envolvimento de prescritores da equipa habitual. Estas associações não demonstram, por si só, causalidade nem autorizam uma recomendação universal de periodicidade para todos os residentes. O enfermeiro pode sinalizar alterações do estado de alerta, episódios de tontura ou hipotensão e comunicar a sua observação aos profissionais com competência para rever e alterar a terapêutica.

A abordagem interprofissional é particularmente importante quando coexistem fragilidade, sintomas agudos, dor, perturbações do sono e alterações cognitivas. Intervir sobre um fator sem avaliar os restantes pode produzir resultados limitados. O papel da enfermagem é integrar a informação longitudinal e assegurar que as decisões terapêuticas são acompanhadas de observação dos seus efeitos clínicos (Gaspar *et al.*, 2025; Suen *et al.*, 2025).

A revisão Cochrane refere que aumentar a oferta de produtos lácteos, com apoio de nutricionistas no desenho de ementas, pode reduzir o risco de cair (RR 0,89; IC 95% 0,79–1,00) e o risco de fratura (RR 0,67; IC 95% 0,48–0,93), com evidência de baixa certeza proveniente de um ensaio com 7195 participantes (Dyer *et al.*, 2025). Estes resultados não justificam suplementação indiscriminada, mas salientam a importância da avaliação nutricional e do encaminhamento adequado.

A prevenção de quedas e de lesões requer atenção à funcionalidade, nutrição e saúde óssea, sem confundir redução da taxa de quedas com redução de fraturas. As intervenções devem respeitar necessidades clínicas e contraindicações. A enfermagem pode contribuir para a deteção de risco nutricional, observação da ingestão e articulação com nutrição e medicina, mantendo os limites das competências profissionais.

Uma intervenção eficaz em condições experimentais pode perder efeito quando não é incorporada nas rotinas. Albasha *et al.* (2023) identificaram deficiências no relato das estratégias de implementação e na avaliação dos seus resultados. Esta lacuna é relevante porque a simples descrição de componentes não explica quem as executou, com que frequência, com que recursos ou com que adesão.



A revisão de Suen *et al.* (2023) destacou o envolvimento dos profissionais e gestores e a adaptação às características dos residentes como elementos associados a maior eficácia. A melhoria organizacional pode exigir reuniões curtas de revisão de incidentes, responsabilidades explícitas, formação de novos colaboradores e acompanhamento de indicadores ao longo do tempo. O sucesso não deve ser medido apenas pelo lançamento de um protocolo, mas pela sua aplicação efetiva e pela sua manutenção.

Para a enfermagem, isto implica desenvolver uma cultura de aprendizagem em vez de uma cultura de culpabilização. O registo de quedas e quase-incidentes deve apoiar a análise de causas e a melhoria do plano, e não apenas a produção de estatísticas. A interpretação das tendências deve considerar alterações na população residente, tempo de exposição, práticas de notificação e gravidade dos eventos (Albasha *et al.*, 2023; Wi *et al.*, 2025).

## Metodologia

O objetivo geral consiste em analisar a evidência publicada sobre a prevenção de quedas em pessoas idosas institucionalizadas e discutir as suas implicações para a prática clínica de enfermagem. Como objetivos específicos pretende-se: (i) identificar os fatores clínicos, funcionais e organizacionais considerados nas intervenções; (ii) caracterizar as abordagens multifatoriais, exercício, educação, adaptação ambiental e revisão medicamentosa; (iii) interpretar criticamente os resultados quantitativos e a sua

certeza; (iv) identificar desafios de implementação; e (v) propor orientações prudentes para avaliação e melhoria dos cuidados.

Questão orientadora: que intervenções para prevenção de quedas em pessoas idosas residentes em estruturas de cuidados de longa permanência apresentam suporte científico e de que modo podem ser operacionalizadas, acompanhadas e avaliadas pelos enfermeiros?



Foi elaborada uma revisão narrativa crítica estruturada. A opção metodológica permite integrar revisões sistemáticas, revisões de âmbito e orientações de prática clínica, distinguindo os diferentes níveis de evidência e evitando atribuir a este trabalho procedimentos que não foram executados. A síntese não corresponde a uma revisão sistemática nem a uma revisão integrativa concluída: não foram realizadas buscas completas documentadas em todas as bases, triagem independente de registos, extração dupla ou avaliação formal JBI de estudos primários. Por esse motivo, não se apresenta fluxograma PRISMA nem se indica um número artificial de estudos incluídos.

A pesquisa exploratória incidiu sobre PubMed/MEDLINE e referências científicas recuperadas por pesquisa académica assistida pelo Consensus, com verificação de títulos, identificadores DOI e dados quantitativos essenciais nas fontes acessíveis. Foram privilegiadas publicações em revistas científicas, com foco em pessoas idosas residentes em lares ou instituições de longa permanência, e revisões que explicitassem desfechos relacionados com quedas. A análise deu especial relevo à revisão Cochrane de Dyer *et al.* (2025), à revisão de componentes de Suen *et al.* (2023), à revisão de âmbito de Gaspar *et al.* (2025) e à orientação clínica de Schoberer *et al.* (2022).

A pesquisa exploratória não garante cobertura completa da literatura e não permite alegar ausência de estudos não identificados. Fontes relativas a hospitais ou comunidade foram utilizadas apenas para contextualização, sempre com ressalva quanto à transferibilidade dos resultados para instituições residenciais (Orts-Cortés *et al.*, 2024).

Para eventual transformação deste artigo numa revisão integrativa formal, propõe-se o seguinte esquema PCC: população (pessoas com 65 ou mais anos; conceito) prevenção de quedas, incluindo intervenções com participação explícita da enfermagem; contexto — instituições residenciais de longa permanência. Poderão ser elegíveis estudos primários experimentais, quase experimentais, observacionais e qualitativos,

desde que o desenho seja apropriado à questão de investigação. Estudos exclusivamente hospitalares ou comunitários devem ser excluídos da síntese principal.

Expressão PubMed inicial a testar: ("Accidental Falls"[MeSH] OR fall*[tiab]) AND ("Homes for the Aged"[MeSH] OR "Nursing Homes"[MeSH] OR "long-term care"[tiab] OR "residential aged care"[tiab]) AND (nurs*[tiab] OR "Nursing Care"[MeSH] OR "patient safety"[tiab]). Deve ser executada também uma pesquisa sem o terceiro bloco, para reduzir o risco de excluir intervenções interdisciplinares nas quais o papel dos enfermeiros não surge no resumo. Cada base exige adaptação de sintaxe e vocabulário controlado.



Numa revisão formal, os registos deverão ser exportados para um gestor bibliográfico, duplicados, triados por dois revisores quando possível e documentados com razões de exclusão na fase de texto integral. A extração deve incluir características dos residentes, desenho, contexto, componentes, duração, participação de enfermagem, comparador, taxa de quedas, proporção de pessoas que caem, lesões, adesão e limitações. A avaliação crítica deverá utilizar instrumentos adequados ao desenho, por exemplo os do Joanna Briggs Institute. A apresentação da seleção deverá seguir o PRISMA 2020, com números efetivamente observados, e não estimados.

A taxa de quedas contabiliza eventos ao longo do tempo de exposição, ao passo que o risco de cair corresponde à proporção de pessoas que sofreram pelo menos uma queda. Estes desfechos não são intercambiáveis: uma intervenção pode reduzir episódios repetidos sem alterar de forma expressiva o número de pessoas que caem. As razões de taxas (RaR) e os riscos relativos (RR) inferiores a 1 favorecem a intervenção; os intervalos de confiança e a certeza da evidência condicionam a força da interpretação (Dyer *et al.*, 2025).

A identificação das publicações e a análise das suas conclusões foram apoiadas por pesquisa científica no Consensus, complementada pela verificação de registos bibliográficos e resumos nas páginas das revistas e na PubMed. O conjunto de referências corresponde a uma amostra intencional de literatura pertinente, não ao resultado de uma seleção sistemática de todos os registos disponíveis. Não foi executada uma triagem PRISMA nem avaliação independente da qualidade dos estudos primários; por isso, o desenho é explicitamente uma revisão narrativa crítica estruturada.

A unidade de análise é a publicação de síntese ou orientação clínica, e não o participante individual dos ensaios nela incluídos. As estimativas quantitativas apresentadas são transcritas e interpretadas a partir das revisões originais; os ensaios que integram revisões diferentes podem sobrepor-se, não sendo legítimo somar os seus participantes. Foram valorizadas fontes com população institucionalizada e resultados definidos para taxa de quedas, risco de pelo menos uma queda e consequências clínicas.



**Resultados**

A revisão Cochrane de Dyer *et al.* (2025) incluiu 104 ensaios, com 68 964 participantes, e avaliou diversas modalidades de prevenção em instituições de cuidados. As intervenções multifatoriais, quando analisadas em conjunto, apresentaram razão de taxas de 0,87 (IC 95%: 0,68–1,12), sem demonstração inequívoca de redução da taxa global; o risco de pelo menos uma queda foi RR 0,91 (IC 95%: 0,83–1,00). Em contraste, no subgrupo com personalização da intervenção e envolvimento das equipas institucionais, a razão de taxas foi 0,61 (IC 95%: 0,54–0,69; sete ensaios; 3553 participantes), com RR 0,81 (IC 95%: 0,71–0,92) para risco de queda. Trata-se de análise de subgrupos, não de prova de causalidade isolada de cada componente.

No exercício ativo, a estimativa ao fim da intervenção foi RaR 0,68 (IC 95%: 0,51–0,91; 14 ensaios; 2215 participantes). Depois da interrupção, a taxa de quedas não apresentou benefício sustentado: RaR 1,02 (IC 95%: 0,78–1,32). A revisão medicamentosa/desprescrição isolada teve estimativa RaR 0,94 (IC 95%: 0,76–1,18), com certeza muito baixa. Estes indicadores são diferentes: RaR descreve frequência de eventos por tempo de exposição, enquanto RR expressa probabilidade de pelo menos uma queda (Dyer *et al.*, 2025).

| **Intervenção / desfecho** | **Estimativa publicada** | **Interpretação** |
|---|---|---|
| **Multifatorial — taxa de quedas (global)** | RaR 0,87 (IC 95% 0,68–1,12) | Efeito global incerto; heterogeneidade elevada |
| **Multifatorial adaptada + equipa — taxa** | RaR 0,61 (0,54–0,69) | Redução provável em subgrupo |
| **Multifatorial adaptada +** | RR 0,81 (0,71–0,92) | Redução provável em |

| | | |
|---|---|---|
| **equipa — risco** | | subgrupo |
| **Exercício ativo — taxa, durante programa** | RaR 0,68 (0,51–0,91) | Redução provável durante execução |
| **Exercício após cessação — taxa** | RaR 1,02 (0,78–1,32) | Benefício não sustentado |
| **Revisão/desprescrição — taxa** | RaR 0,94 (0,76–1,18) | Certeza muito baixa; efeito incerto |



Fonte: estimativas da revisão Cochrane de Dyer *et al.* (2025). As linhas representam sínteses publicadas, não cálculos originais deste artigo.

Gaspar *et al.* (2025) incluíram 18 estudos na sua revisão de âmbito, a partir de 1146 registos inicialmente identificados, e organizaram as intervenções em quatro eixos: avaliação do risco, exercício, alterações ambientais e educação. Estes números pertencem à revisão publicada por Gaspar e colaboradores e não à presente análise narrativa. A orientação de Schoberer *et al.* (2022) não recomenda a utilização de um instrumento específico de avaliação como solução isolada; reforça antes a necessidade de uma abordagem clínica contextualizada.

A revisão de Wi *et al.* (2025) sistematizou programas multidisciplinares, adaptações do ambiente, soluções tecnológicas e formação das equipas. Albasha *et al.* (2023) salientaram insuficiências na descrição das estratégias de implementação e na avaliação da sua fidelidade. Estes achados impedem atribuir automaticamente os resultados dos ensaios a uma única profissão ou a um componente isolado. A eficácia depende de recursos, continuidade, comunicação e adequação ao contexto institucional.

Os resultados examinados sustentam uma conclusão central: prevenir quedas em instituições residenciais não equivale a aplicar uma intervenção isolada a todos os residentes. A eficácia parece depender da combinação entre avaliação individual, adequação das medidas, participação da equipa e continuidade. O contraste entre o efeito global incerto das intervenções multifatoriais e o efeito mais favorável dos programas adaptados ilustra que a qualidade da implementação pode ser tão importante como a escolha dos componentes (Dyer *et al.*, 2025; Suen *et al.*, 2023).

A prática de enfermagem oferece condições favoráveis para integrar estes elementos, sobretudo pela observação continuada e pela proximidade aos residentes. O

enfermeiro pode transformar a informação dispersa, designadamente, antecedentes de quedas, alterações da marcha, efeitos adversos, ambiente, preferências, num plano individualizado e verificável. Esta função de coordenação não deve ser confundida com exclusividade profissional: fisioterapeutas, médicos, farmacêuticos, nutricionistas, auxiliares e gestores contribuem para os resultados de programas integrados (Gaspar *et al.*, 2025; Wi *et al.*, 2025).



Os achados sobre exercício exigem uma leitura temporal. O benefício durante a execução e a sua perda após a cessação mostram que programas episódicos, sem continuidade, podem não produzir ganhos duradouros. A decisão institucional deve contemplar recursos, adesão, supervisão e adaptação da intensidade, particularmente em residentes frágeis. Do ponto de vista de enfermagem, o plano de cuidados deve integrar a mobilidade segura sem promover imobilização excessiva ou restrições desproporcionadas (Dawson *et al.*, 2024; Dyer *et al.*, 2025).

A avaliação do risco é necessária, mas a literatura não apoia a ideia de que uma escala específica resolva, isoladamente, o problema. A relevância clínica de qualquer instrumento depende da qualidade da informação recolhida e da capacidade de a transformar em decisões. Uma abordagem centrada na pessoa deve incorporar o que o residente valoriza: a redução do risco não pode ser obtida à custa de uma perda evitável de independência, dignidade ou participação (Miura; Kanoya, 2025; Schoberer *et al.*, 2022).

A revisão medicamentosa ilustra outro limite frequente da interpretação de evidência. Embora a medicação seja um fator de risco plausível e modificável, os resultados de intervenções isoladas são incertos. Consequentemente, não é rigoroso prometer reduções de quedas apenas com a revisão da prescrição. O seu valor clínico deve ser integrado numa abordagem interdisciplinar, individualizada e acompanhada de vigilância após alterações terapêuticas (Dyer *et al.*, 2025; Suen *et al.*, 2025).

As limitações metodológicas das fontes também condicionam a confiança nas recomendações. Há heterogeneidade de populações, componentes, intensidade, duração e indicadores; os resultados podem depender de análises de subgrupos e de estudos com risco de viés. Além disso, revisões diferentes podem incluir os mesmos ensaios, pelo que os seus efeitos não devem ser somados ou apresentados como evidência

independente. A aplicação local deve reconhecer estas incertezas e acompanhar indicadores próprios (Albasha *et al.*, 2023; Dyer *et al.*, 2025).

Em termos de investigação, permanece relevante compreender a fidelidade da implementação, a aceitabilidade pelos residentes e profissionais, a sustentabilidade dos programas e os efeitos sobre lesões graves e qualidade de vida. Estudos futuros poderão comparar estratégias adaptadas a diferentes graus de dependência e explorar a participação concreta dos enfermeiros nas decisões, sem reduzir a prevenção a uma lista de procedimentos técnicos (Gaspar *et al.*, 2025; Wi *et al.*, 2025).



Uma proposta operacional, a adaptar às normas da instituição e à avaliação profissional, pode organizar-se em cinco momentos: (1) avaliação inicial de fatores intrínsecos e extrínsecos; (2) identificação de prioridades modificáveis e definição de objetivos realistas com o residente; (3) implementação de intervenções individualizadas, articuladas com a equipa; (4) registo de quedas, quase-incidentes e adesão às medidas; e (5) reavaliação periódica ou após alterações clínicas. Trata-se de uma proposta de aplicação da evidência, não de um protocolo testado neste estudo.

Os indicadores institucionais podem incluir quedas por 1000 residentes-dia, proporção de residentes com pelo menos uma queda, quedas com lesão, quedas recorrentes, percentagem de planos reavaliados após incidente e adesão a intervenções programadas. É essencial definir operacionalmente cada indicador e assegurar consistência da notificação. A interpretação das taxas deve considerar o tempo de exposição e alterações no perfil dos residentes (Albasha *et al.*, 2023; Dyer *et al.*, 2025).

A educação permanente das equipas deve ser articulada com auditorias de processo e devolução construtiva de resultados. A comunicação entre turnos pode incluir alterações de mobilidade, medicação, comportamento, eliminação e incidentes recentes. Em paralelo, a gestão deve garantir condições para que os planos sejam exequíveis; a responsabilidade pela prevenção não pode ser transferida integralmente para o profissional que identifica o risco (Suen *et al.*, 2023; Wi *et al.*, 2025).

A principal implicação clínica é a necessidade de vincular cada fator de risco identificado a uma decisão verificável no plano de cuidados. A identificação de défice de equilíbrio, por exemplo, não determina por si só um programa de exercício: exige avaliação de capacidade funcional, contraindicações, preferências e recursos de supervisão. Do mesmo modo, o reconhecimento de fármacos potencialmente associados

a quedas deve desencadear articulação com o prescritor, não alterações autónomas da prescrição pela equipa de enfermagem.

A prevenção deve ser avaliada por resultados clínicos e indicadores de processo. A diminuição de quedas é um desfecho central, mas deve ser interpretada em conjunto com mobilidade, autonomia, lesões, adesão às intervenções e possíveis efeitos indesejáveis. Restrições de mobilidade adotadas exclusivamente para reduzir a contagem de quedas podem comprometer a qualidade de vida e não devem ser tratadas como sucesso clínico sem avaliação proporcional de benefícios e danos.



Importa ainda reconhecer a diferença entre evidência de eficácia e viabilidade de implementação. Ensaios controlados frequentemente dispõem de profissionais dedicados, supervisão estruturada e monitorização intensiva; os lares podem enfrentar rotatividade de trabalhadores, dependência funcional elevada e constrangimentos de recursos. O papel dos enfermeiros é, assim, tanto clínico como organizacional, mas os resultados dos programas multifatoriais permanecem atribuíveis ao trabalho interdisciplinar.

A análise apresentada não permite estabelecer uma hierarquia definitiva de todas as intervenções. A heterogeneidade dos ensaios, a incerteza de algumas estimativas e a sobreposição entre revisões obrigam a prudência. A existência de uma revisão de âmbito muito recente centrada em intervenções de enfermagem em lares (Gaspar *et al.*, 2025) reforça a necessidade de que uma futura revisão integrativa acrescente estudos primários recentes, avaliação metodológica formal e uma questão de investigação mais delimitada.

## Conclusões

A prevenção de quedas em pessoas idosas institucionalizadas constitui um processo contínuo, multifatorial e centrado na pessoa. A evidência mais robusta examinada sugere benefícios de programas individualizados com envolvimento das equipas e de exercício ativo enquanto este é mantido; já os efeitos de determinadas intervenções isoladas, como a revisão medicamentosa, permanecem incertos. A eficácia não depende apenas de identificar riscos, mas de os traduzir em medidas viáveis, monitorizadas e ajustadas às circunstâncias dos residentes (Dyer *et al.*, 2025; Suen *et al.*, 2023).

A enfermagem desempenha um papel central na avaliação dinâmica do risco, coordenação interdisciplinar, educação e reavaliação dos cuidados. A implementação deve equilibrar segurança, autonomia e dignidade, apoiar-se em indicadores consistentes e reconhecer os limites da evidência. Estudos futuros deverão aprofundar a sustentabilidade dos programas e a contribuição específica das práticas de enfermagem para os resultados clínicos.



Este artigo apresenta limitações inerentes ao seu desenho narrativo. A pesquisa foi exploratória e não exaustiva, não existindo uma estratégia integral executada e arquivada para todas as bases bibliográficas, triagem formal independente ou avaliação JBI dos estudos primários. Existe risco de seleção das fontes e de sobreposição de ensaios entre revisões. Os efeitos quantitativos citados são reproduzidos de revisões publicadas e não constituem estimativas originais. Parte da evidência sobre intervenções de enfermagem abrange outros contextos, pelo que a sua transferibilidade para lares exige cautela. Estas limitações impedem classificar o manuscrito como revisão integrativa concluída.

A redação científica deverá ser validada pela autora, incluindo leitura integral das fontes centrais, confirmação das referências, verificação de eventuais atualizações posteriores e adequação às normas da revista de destino. A eventual conversão para revisão integrativa requer execução efetiva dos procedimentos indicados na secção metodológica, com apresentação transparente de resultados próprios da pesquisa.

Em síntese, a literatura favorece estratégias de prevenção centradas na pessoa e implementadas com envolvimento efetivo das equipas. A melhor evidência quantitativa apresentada aponta para benefícios de programas multifatoriais personalizados e de exercício mantido, mas não permite afirmar que todas as intervenções ou combinações sejam eficazes em qualquer instituição. A contribuição da enfermagem concretiza-se na avaliação dinâmica, no planeamento, na educação, na vigilância e na coordenação de cuidados. Estas conclusões referem-se à evidência publicada examinada, não a resultados originais de uma revisão integrativa concluída.

## Referências

ALBASHA, N. *et al.* Implementation strategies to support fall prevention interventions in long-term care facilities for older persons: A systematic review. BMC Geriatrics, v. 23, 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-023-03738-z.

DAWSON, R. *et al.* Effective fall prevention exercise in residential aged care: An intervention component analysis from an updated systematic review. British Journal of Sports Medicine, v. 58, p. 641–648, 2024. DOI: https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-107505.

DYER, S. M. *et al.* Interventions for preventing falls in older people in care facilities. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2025. DOI: https://doi.org/10.1002/14651858.CD016064.

GASPAR, C. *et al.* Fall risk management in nursing homes: A scoping review. Healthcare, v. 13, n. 24, art. 3233, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13243233.

MIURA, T.; KANOYA, Y. Fall risk assessment and prevention strategies in nursing homes: A narrative review. Healthcare, v. 13, n. 4, art. 357, 2025. DOI: https://doi.org/10.3390/healthcare13040357.

OJO, E.; THIAMWONG, L. Effects of nurse-led fall prevention programs for older adults: A systematic review. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, v. 26, p. 417–431, 2022.

ORTS-CORTÉS, M. I. *et al.* Effectiveness of nursing interventions in the prevention of falls in older adults in the community and in health care settings: A systematic review and meta-analysis of RCT. Enfermería Clínica, v. 34, p. 4–13, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2024.01.001.

SCHOBERER, D. *et al.* Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. Worldviews on Evidence-Based Nursing, v. 19, p. 86–93, 2022. DOI: https://doi.org/10.1111/wvn.12571.

SUEN, J. *et al.* Critical features of multifactorial interventions for effective falls reduction in residential aged care: A systematic review, intervention component analysis and qualitative comparative analysis. Age and Ageing, v. 52, art. afad185, 2023. DOI: https://doi.org/10.1093/ageing/afad185.

SUEN, J. *et al.* Features of successful medication review and deprescribing interventions for fall prevention in residential aged care facilities: An intervention component analysis of an updated systematic review. Age and Ageing, v. 54, 2025. DOI: https://doi.org/10.1093/ageing/afaf230.

WI, D. *et al.* Systems-level interventions for fall risk assessment, fall prevention, and fall injury prevention in long-term care facilities: A scoping review. Injury Prevention, v. 31, p. 448–456, 2025. DOI: https://doi.org/10.1136/ip-2024-045386.