ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

FALL PREVENTION IN HOSPITALIZED OLDER ADULTS

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-318

Submetido em: 01/11/2026 e Publicado em: 17/11/2026

SAS: e26548

Victor Lucas Dutra de Morais
Graduando em Enfermagem
Faculdade Católica Imaculada Conceição do Recife (FICR)
E-mail: victorlucasmorais30@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0007-9086-1400

Eliane Maria Medeiros Leal
Doutora em Saúde Pública
Ministério da Saúde
E-mail: eliane.leal@saude.gov.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6052-6501

Vivian Conceição Alves Leite Pereira do Lago
Mestre em Modelos de Decisão e Saúde.
Instituição de vínculo: Faculdade Católica Imaculada Conceição do Recife (FICR).
Instituição de formação: Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
E-mail: vivianlago.lago@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3047-3605

Lucas dos Santos Feitosa
Doutor em Enfermagem.
Instituição de vínculo: União Brasileira de Educação Católica (UBEC) – Faculdade Católica Imaculada Conceição do Recife (FICR).
Instituição de formação: Universidade de Pernambuco (UPE).
E-mail: enf.lucass@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7324706723321045
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-2535-3462

Shirliane Romana da Silva Barros
Graduanda em Enfermagem.
Faculdade Católica Imaculada Conceição do Recife (FICR).
E-mail: Anne70584@gmail.com

Maria Eduarda da Silva Lima
Graduanda em Enfermagem.
Faculdade Católica Imaculada Conceição do Recife (FICR).
Recife/PE, Brasil.
E-mail: m.eduardaslima7@gmail.com

Ana Cecília Luna Brochardt
Graduanda em Enfermagem.
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU Recife).
E-mail: lunaceciliabro@gmail.com

Allyson Silva de Oliveira
Graduando em Enfermagem.
Faculdade Católica Imaculada Conceição do Recife (FICR).
Recife/PE, Brasil.
E-mail: Allysonsilva16oliveira@gmail.com

Resumo

A queda de pessoas idosas durante a internação é um evento adverso frequente, com risco de lesão, prolongamento da permanência e perda de autonomia, e representa um desafio central para a segurança do paciente e para o cuidado de enfermagem. Esta revisão narrativa analisa as evidências sobre intervenções de prevenção de quedas em idosos hospitalizados e discute sua aplicação à prática da enfermagem no contexto brasileiro. Buscas dirigidas, realizadas em outubro de 2026, consultaram o PubMed, a Cochrane Library, páginas de periódicos científicos, a SciELO e documentos oficiais do Ministério da Saúde e do National Institute for Health and Care Excellence, com prioridade para revisões sistemáticas, ensaios clínicos e estudos de validação de instrumentos. Os achados indicam efeitos heterogêneos e, em grande parte, de baixa certeza: a educação de pacientes e profissionais e as ações multifatoriais apresentaram os resultados mais favoráveis, e os alarmes de leito e de cadeira não reduziram significativamente as quedas. Programas que adaptam as medidas ao paciente, integram-se ao contexto local e envolvem familiares tendem a obter melhores resultados. A Morse Fall Scale dispõe de adaptação para o Brasil, e estudos nacionais apontam confusão mental, limitação da marcha e micção frequente como fatores de risco. Conclui-se que a atuação do enfermeiro se concentra na avaliação abrangente, na individualização do plano de cuidados e na educação e no envolvimento do paciente e da família, sendo necessários estudos nacionais sobre efetividade e implementação.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas; Enfermagem; Hospitalização; Idoso; Segurança do Paciente.

Abstract

Falls among older people during hospital stay are a frequent adverse event, with risk of injury, longer hospitalization, and loss of autonomy, and they represent a central challenge for patient safety and nursing care. This narrative review analyzes the evidence on fall prevention interventions for hospitalized older adults and discusses their application to nursing practice in the Brazilian context. Targeted searches conducted in October 2026 consulted PubMed, the Cochrane Library, scientific journal pages, SciELO, and

official documents from the Brazilian Ministry of Health and the National Institute for Health and Care Excellence, prioritizing systematic reviews, clinical trials, and instrument validation studies. The findings indicate heterogeneous and, for the most part, low-certainty effects: education of patients and professionals and multifactorial actions showed the most favorable results, whereas bed and chair alarms did not significantly reduce falls. Programs that tailor measures to the patient, integrate with the local setting, and involve family members tend to achieve better results. The Morse Fall Scale has a Brazilian adaptation, and national studies point to confusion, impaired gait, and frequent urination as risk factors. It is concluded that the nurse's role centers on comprehensive assessment, individualization of the care plan, and education and involvement of the patient and family, and that national studies on effectiveness and implementation are needed.

Keywords: Accidental Falls; Aged; Hospitalization; Nursing; Patient Safety.

1 INTRODUÇÃO

A queda é definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior ao da posição inicial, geralmente decorrente da combinação de vários fatores, podendo ou não resultar em lesão (Brasil, 2013c). Nos hospitais, trata-se de causa comum de dano ao paciente e de um dos eventos adversos mais estudados no campo da segurança do paciente (Barker et al., 2016). As taxas costumam variar de 2 a 8 quedas por 1.000 leitos-dia em hospitais de cuidados agudos, unidades geriátricas e serviços de emergência, e de 3 a 16 por 1.000 leitos-dia em hospitais de reabilitação; cerca de 30% das quedas hospitalares resultam em algum tipo de lesão (Morris et al., 2022).

As consequências ultrapassam o dano físico imediato. As quedas contribuem para o aumento do tempo de permanência e dos custos assistenciais, geram ansiedade na equipe de saúde e repercutem na credibilidade da instituição (Brasil, 2013c; Fundação Oswaldo Cruz, 2014). Entre as pessoas internadas, os idosos, definidos na legislação brasileira como as pessoas com 60 anos ou mais (Brasil, 2003), formam um grupo de maior risco, e há indícios de que os pacientes nem sempre reconhecem o próprio risco de cair durante a internação (Morris et al., 2022), o que torna a comunicação do risco uma tarefa do cuidado.

No Brasil, a prevenção de quedas integra o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529/2013 (Brasil, 2013b), e é objeto de um dos protocolos básicos aprovados pela Portaria nº 2.095/2013 (Brasil, 2013a). O protocolo nacional indica que intervenções com múltiplos componentes tendem a ser mais efetivas e não adota nenhuma escala de risco específica, orientando-se por intervenções norteadas pelo risco de queda do paciente (Brasil, 2013c). Em contrapartida, a literatura internacional tem questionado a efetividade de medidas consideradas rotineiras. Uma revisão Cochrane publicada em 2018 concluiu que as intervenções multifatoriais podem reduzir a taxa de quedas em hospitais, mas com incerteza

quanto ao efeito de outras estratégias, como os alarmes de leito e de cadeira (Cameron et al., 2018). Um ensaio clínico de grande porte não identificou redução de quedas com um pacote de seis intervenções individualizadas (Barker et al., 2016), e a atualização Cochrane de 2026 estimou efeito incerto, com evidência de certeza muito baixa, para a taxa de quedas com qualquer intervenção (McLennan et al., 2026).

Nesse cenário, a pergunta que orienta esta revisão é: o que as evidências disponíveis indicam sobre intervenções para prevenir quedas em idosos hospitalizados e como elas podem orientar a prática do enfermeiro no contexto brasileiro? O objetivo geral foi analisar criticamente as evidências sobre intervenções de prevenção de quedas em idosos hospitalizados e suas implicações para a atuação da enfermagem. Os objetivos específicos foram descrever o panorama das evidências por tipo de intervenção, discutir a avaliação do risco de queda com ênfase na Morse Fall Scale adaptada ao Brasil e identificar implicações para o cuidado de enfermagem em hospitais brasileiros.

A justificativa assenta-se na posição central da enfermagem nessas ações de prevenção. Os programas mais estudados dependem de avaliação de risco e de medidas aplicadas à beira do leito, como o Fall TIPS, no qual a avaliação de risco realizada pelo enfermeiro alimenta um plano de prevenção individualizado (Dykes et al., 2010), e o 6-PACK, que combina uma ferramenta de risco com seis intervenções individualizadas (Barker et al., 2016). Compreender o que funciona, o que não funciona e em que condições ajuda, portanto, a evitar o investimento em medidas de baixo rendimento e a priorizar as de maior plausibilidade de efeito.

As intervenções costumam ser agrupadas em educação de pacientes e profissionais, modificações ambientais, dispositivos de assistência, exercícios e reabilitação, revisão de medicamentos, manejo do comprometimento cognitivo, mudanças no modelo de serviço e abordagens multifatoriais, que combinam duas ou mais categorias a partir da avaliação de risco (McLennan et al., 2026; Morris et al., 2022). Os desfechos mais usados são a taxa de quedas, isto é, o número de quedas por unidade de tempo, e o risco de queda, isto é, a proporção de pacientes que caem ao menos uma vez (Cameron et al., 2018). A distinção importa porque uma intervenção pode alterar um desfecho e não o outro.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão narrativa crítica da literatura, de abordagem qualitativa, sem pretensão de exaustividade, voltada às decisões de enfermagem sobre a prevenção de quedas em idosos hospitalizados. A revisão foi organizada em três eixos: eficácia das intervenções em hospitais, avaliação do risco de queda e implementação no contexto brasileiro.

2.2 FONTES E ESTRATÉGIA DE BUSCA

As buscas foram dirigidas e realizadas em outubro de 2026, em registros do PubMed/MEDLINE, na Cochrane Library, em páginas de periódicos científicos (BMJ, JAMA, Age and Ageing), na SciELO e em documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Anvisa e da Fiocruz, além do National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Foram usados termos livres, combinados em inglês e em português, entre eles “falls”, “hospital”, “older people”, “nursing”, “fall prevention”, “Morse Fall Scale”, “prevenção de quedas”, “segurança do paciente” e “escala de Morse”. Buscas específicas localizaram os ensaios de programas de prevenção à beira do leito (Fall TIPS e 6-PACK) e os estudos de adaptação e validação da Morse Fall Scale no Brasil.

2.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram priorizados revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos metodológicos de validação e documentos normativos que tratassem de quedas em adultos e idosos hospitalizados. Foram deixados de lado os estudos voltados exclusivamente à comunidade, a instituições de longa permanência ou à população pediátrica. Adotou-se como referência a definição legal brasileira de idoso, de 60 anos ou mais (Brasil, 2003), reconhecendo que as revisões internacionais analisadas usam critérios próprios, como 65 anos ou mais (McLennan et al., 2026). Estudos brasileiros com adultos hospitalizados foram incluídos como evidência de contexto, por não terem sido identificados, nas buscas, estudos nacionais restritos a idosos. Não se adotou limite cronológico rígido, de modo que ensaios de referência foram mantidos ao lado de sínteses e diretrizes recentes.

2.4 ANÁLISE E SÍNTESE

As publicações foram examinadas a partir de resumos estruturados e, quando disponíveis, de textos integrais e documentos institucionais. Foram extraídos o tipo de estudo, a população, a intervenção, os desfechos (taxa de quedas, risco de queda e lesões) e, quando informada pelos autores, a certeza da evidência. A síntese foi narrativa e organizada por tipo de intervenção. Não foram realizadas metanálise própria nem avaliação formal do risco de viés, e foram consideradas as avaliações apresentadas pelas revisões analisadas. A seleção dirigida, o acesso desigual a textos completos e o predomínio de estudos de países de alta renda limitam a abrangência dos achados.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de revisão de literatura, sem participação de seres humanos, o estudo não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa e não envolveu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as obras utilizadas constam nas referências.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas três revisões sistemáticas, três estudos de intervenção (dois ensaios randomizados por conglomerados e um ensaio não randomizado), quatro estudos brasileiros com adultos hospitalizados (dois sobre a Morse Fall Scale, uma coorte e um caso-controle), uma diretriz internacional e documentos normativos brasileiros. O Quadro 1 resume as principais fontes e sua contribuição para esta revisão.

Quadro 1 – Principais estudos e documentos analisados

Fonte	Tipo de documento	Contribuição principal
Cameron et al. (2018)	Revisão sistemática (Cochrane)	Intervenções multifatoriais podem reduzir a taxa de quedas em hospitais (RaR 0,80; IC 95%: 0,64–1,01); efeito de alarmes de leito e de cadeira incerto.
Morris et al. (2022)	Revisão sistemática com metanálise	Educação de pacientes e profissionais reduziu a taxa de quedas (RaR 0,70; IC 95%: 0,51–0,96); alarmes, sensores e escalas pontuadas sem redução significativa.
McLennan et al. (2026)	Revisão sistemática (Cochrane), ensaios em idosos	Efeito global incerto (RaR 0,85; IC 95%: 0,71–1,02); educação adaptada provavelmente reduz a taxa de quedas (RaR 0,73; IC 95%: 0,56–0,94); abordagens adaptadas ao paciente, integradas ao local e com envolvimento de familiares podem reduzir a taxa de quedas (RaR 0,68; IC 95%: 0,55–0,84).
Dykes et al. (2010)	Ensaio randomizado por conglomerados	Kit de prevenção personalizado a partir da avaliação de risco reduziu a taxa de quedas (3,15 vs. 4,18 por 1.000 pacientes-dia), sem efeito significativo nas lesões.
Dykes et al. (2020)	Ensaio não randomizado, em cunha escalonada	Versão do Fall TIPS centrada no paciente, associada à redução de quedas (15%) e de quedas com lesão (34%) em 37.231 pacientes.
Barker et al. (2016)	Ensaio randomizado por conglomerados	Programa 6-PACK sem diferença na taxa de quedas (razão de taxas de incidência 1,04) nem de lesões por queda (0,96).
Urbanetto et al. (2013, 2016)	Estudos metodológicos	Adaptação transcultural da Morse Fall Scale; ponto de corte de 44,78 com sensibilidade de 95,2% e especificidade de 64% em 1.487 adultos.
Pasa et al. (2017)	Estudo de coorte	Taxa de incidência de quedas de 1,68% em adultos de hospital universitário; forte correlação entre a primeira e a última avaliação de risco.
Severo et al. (2018)	Estudo caso-controle	Confusão, micção frequente, limitação para caminhar e maior número de medicamentos associados à queda em 358 adultos.
Brasil (2013a, 2013b, 2013c); NICE (2025)	Documentos normativos e diretriz	Protocolo nacional de prevenção de quedas e diretriz internacional que recomenda avaliação abrangente de quedas em pacientes internados.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base nos estudos e documentos listados.

3.1 O QUE AS REVISÕES SISTEMÁTICAS INDICAM

As três revisões convergem em um ponto: a evidência sobre prevenção de quedas em hospitais é heterogênea e, em boa parte, de baixa certeza. Na revisão Cochrane de 2018, as intervenções multifatoriais

em hospitais podem reduzir a taxa de quedas (razão de taxas, RaR, 0,80; IC 95%: 0,64–1,01; cinco estudos; 44.664 participantes), com incerteza quanto ao efeito de alarmes de leito e de cadeira, testados em dois ensaios com 28.649 participantes (Cameron et al., 2018). O intervalo de confiança inclui o valor 1,00, o que significa que um efeito nulo não pode ser descartado.

A metanálise de Morris et al. (2022) reuniu 43 estudos na revisão sistemática, dos quais 23 entraram nas metanálises. A educação de pacientes e de profissionais foi a categoria com resultados mais consistentes, com redução da taxa de quedas (RaR 0,70; IC 95%: 0,51–0,96) e das chances de cair (razão de chances 0,62; IC 95%: 0,47–0,83), e a certeza da evidência para a taxa de quedas foi classificada como alta pelo sistema GRADE. As intervenções multifatoriais mostraram tendência favorável, sem significância estatística (RaR 0,80; IC 95%: 0,63–1,01; certeza muito baixa), enquanto alarmes de cadeira e de leito, sensores vestíveis e escalas de risco com pontuação não se associaram a reduções significativas (Morris et al., 2022).

A atualização Cochrane de 2026, restrita a ensaios randomizados com pessoas de 65 anos ou mais, incluiu 55 ensaios e 104.474 participantes e, na análise da taxa de quedas para qualquer intervenção (27 ensaios; 72.016 participantes), estimou efeito incerto (RaR 0,85; IC 95%: 0,71–1,02; evidência de certeza muito baixa), com possível redução do risco de cair (risco relativo 0,83; IC 95%: 0,73–0,94; certeza baixa). A educação adaptada, de pacientes, de profissionais ou multicomponente, provavelmente reduz a taxa de quedas (RaR 0,73; IC 95%: 0,56–0,94; três ensaios; 4.868 participantes; certeza moderada) e o risco de cair (risco relativo 0,61; IC 95%: 0,40–0,92; cinco ensaios; 5.035 participantes; certeza moderada), em linha com o achado de Morris et al. (2022). As intervenções multifatoriais provavelmente reduzem a taxa de quedas (RaR 0,87; IC 95%: 0,69–1,08; certeza moderada), embora o intervalo inclua a possibilidade de ausência de efeito, e a mudança do modelo de serviço em hospitais de cuidados agudos provavelmente também a reduz (RaR 0,45; IC 95%: 0,27–0,74; seis ensaios; certeza moderada). O achado mais útil para a prática está na análise de subgrupos: intervenções que se integram ao contexto local, ajustam as medidas às necessidades e capacidades do paciente e envolvem pacientes e familiares ou cuidadores podem reduzir a taxa de quedas de forma mais clara (RaR 0,68; IC 95%: 0,55–0,84; 12 ensaios; 18.183 participantes; certeza baixa), ao passo que os ensaios sem essas características não mostraram efeito (RaR 1,04; IC 95%: 0,84–1,30; 15 ensaios), com diferença significativa entre os subgrupos (P = 0,006). A maioria dos ensaios apresentava alto risco de viés em algum domínio, em especial pela impossibilidade de cegamento, e o efeito do exercício sobre a taxa de quedas permaneceu incerto (McLennan et al., 2026).

As diferenças de magnitude entre as revisões podem refletir, ao menos em parte, critérios de elegibilidade distintos, já que Morris et al. (2022) incluíram adultos hospitalizados de qualquer idade e McLennan et al. (2026) limitaram-se a ensaios com idosos, mas essa explicação é uma hipótese, não um

achado dos estudos. O Quadro 2 sintetiza a evidência por tipo de intervenção e aponta o que cada uma pode significar para o enfermeiro.

Quadro 2 – Síntese da evidência por tipo de intervenção em hospitais e implicações para a enfermagem

Intervenção	Síntese da evidência	Implicação para a enfermagem
Educação de pacientes e profissionais	Redução da taxa de quedas e das chances de cair em metanálise, com evidência de alta certeza para a taxa de quedas (Morris et al., 2022); a educação adaptada também provavelmente reduz a taxa de quedas e o risco de cair (McLennan et al., 2026).	Orientar paciente e família sobre o risco individual e manter a equipe capacitada e atualizada.
Intervenções multifatoriais	Possível ou provável redução da taxa de quedas, com intervalos de confiança que incluem ausência de efeito (Cameron et al., 2018; McLennan et al., 2026).	Montar planos individualizados a partir da avaliação de risco, em vez de aplicar pacotes padronizados a todos.
Alarmes de leito e de cadeira e sensores	Sem redução significativa de quedas (Cameron et al., 2018; Morris et al., 2022).	Não adotar como estratégia principal nem como substituto da avaliação individualizada.
Exercício e fisioterapia	Efeito incerto sobre a taxa de quedas em hospitais (Cameron et al., 2018; McLennan et al., 2026).	Articular a mobilização segura com a equipe de reabilitação, sem tratá-la como medida isolada de prevenção.
Mudança do modelo de serviço	Provável redução da taxa de quedas em hospitais de cuidados agudos (RaR 0,45; IC 95%: 0,27–0,74; certeza moderada) (McLennan et al., 2026).	Discutir com a gestão e o Núcleo de Segurança do Paciente a organização do cuidado e dos fluxos.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em Cameron et al. (2018), Morris et al. (2022) e McLennan et al. (2026).

3.2 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO À BEIRA DO LEITO: FALL TIPS E 6-PACK

O Fall TIPS (Tailoring Interventions for Patient Safety) foi testado em um ensaio randomizado por conglomerados em quatro hospitais urbanos dos Estados Unidos, com unidades de intervenção (5.160 pacientes) e de cuidado habitual (5.104 pacientes) em cada hospital. A partir de uma escala de risco aplicada pelo enfermeiro, um programa de computador gerava cartazes à beira do leito, materiais educativos para o paciente e planos de cuidado, todos comunicando alertas específicos do paciente à equipe. O kit reduziu significativamente a taxa de quedas (3,15 contra 4,18 por 1.000 pacientes-dia), com efeito maior entre os pacientes de 65 anos ou mais, mas sem efeito significativo sobre as lesões por queda (Dykes et al., 2010). Uma versão reformulada para dar mais protagonismo a pacientes e familiares foi avaliada em ensaio não randomizado de delineamento em cunha escalonada, em 14 unidades clínicas de três centros acadêmicos, com 37.231 pacientes, e associou-se a uma redução ajustada de 15% nas quedas (de 2,92 para 2,49 por 1.000 pacientes-dia) e de 34% nas quedas com lesão (Dykes et al., 2020). Segundo Dykes et al. (2020), o ensaio original não reduziu as lesões, e um estudo posterior associou a maioria das quedas nas unidades de intervenção ao não seguimento dos planos de prevenção pelos pacientes, o que motivou a reformulação da ferramenta para engajá-los.

O programa 6-PACK, por sua vez, combinou uma ferramenta de risco de nove itens com seis intervenções aplicadas de forma individualizada: sinal de alerta de queda, supervisão do paciente no banheiro, dispositivos de auxílio à marcha ao alcance, rotina de uso do sanitário, cama baixa e alarme de cama ou de cadeira. Em 24 enfermarias agudas (16 clínicas e 8 cirúrgicas) de seis hospitais australianos (46.245 internações), o uso dos componentes foi cerca de três vezes maior nas enfermarias de intervenção (razão de taxas de incidência 3,05), mas as taxas de quedas (1,04; IC 95%: 0,78–1,37) e de lesões por queda (0,96; IC 95%: 0,72–1,27) foram semelhantes às do grupo controle (Barker et al., 2016). A revisão Cochrane de 2018 encontrou efeito mais favorável das intervenções multifatoriais em hospitais subagudos (RaR 0,67; IC 95%: 0,54–0,83; dois estudos; 3.747 participantes; certeza baixa) do que no conjunto dos hospitais (Cameron et al., 2018), o que sugere cautela ao transpor resultados entre tipos de unidade.

A comparação entre os dois programas deve ser feita com cautela, pois diferem em desenho, país, população e desfechos. Ainda assim, o contraste é compatível com o achado da revisão Cochrane de 2026: o Fall TIPS enfatiza a adaptação do plano ao risco de cada paciente e a comunicação à beira do leito, ao passo que o 6-PACK reúne um conjunto padronizado de itens, entre os quais o alarme, cuja efetividade não se confirmou nas revisões (McLennan et al., 2026; Morris et al., 2022). A lição mais segura para a prática é que implementar bem um pacote não basta: o que parece importar é a qualidade da individualização e o envolvimento do paciente.

3.3 FATORES DE RISCO, INCIDÊNCIA E A MORSE FALL SCALE NO BRASIL

Estudos brasileiros com adultos hospitalizados oferecem um retrato do problema e de um instrumento com adaptação cultural para o país. Em uma coorte de 831 adultos internados em hospital universitário, a incidência de quedas foi de 1,68%, e a pontuação da Morse Fall Scale na primeira avaliação apresentou forte correlação com a da avaliação final ($r = 0,810$), o que indica que o risco medido na admissão tende a se manter ao longo da internação (Pasa et al., 2017). Em um estudo caso-controle pareado com 358 pacientes de unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital de ensino do Sul do país, foram associados à queda a desorientação ou confusão (razão de chances 4,25; IC 95%: 1,99–9,08), a micção frequente (4,50; IC 95%: 1,86–10,87), a limitação para caminhar (4,34; IC 95%: 2,05–9,14) e o maior número de medicamentos administrados nas 72 horas anteriores (1,20; IC 95%: 1,04–1,39), ao passo que o período pós-operatório se associou a menor chance de queda (0,50; IC 95%: 0,26–0,94). Os autores concluíram que o risco de queda é multifatorial (Severo et al., 2018).

Esses fatores correspondem a campos de atuação concretos do enfermeiro: a orientação e a cognição, as eliminações, a mobilidade e a administração de medicamentos. A leitura é do autor desta revisão, pois os estudos descrevem associações e não testam intervenções, mas ela é coerente com a ênfase

da diretriz do NICE em tratar os fatores de risco identificados na avaliação abrangente, com consideração de revisão de medicamentos (NICE, 2025).

A Morse Fall Scale foi traduzida e adaptada culturalmente para o português do Brasil em um estudo realizado em sete etapas, que incluiu a avaliação da clareza dos itens por 45 profissionais e a aplicação da escala a 90 pacientes por quatro avaliadores, concluindo-se que seu uso é apropriado para pacientes brasileiros hospitalizados (Urbanetto et al., 2013). A concordância entre avaliadores na etapa de adaptação foi elevada, com coeficientes kappa em torno de 0,80 ou mais (Urbanetto et al., 2013). Em um estudo longitudinal com 1.487 adultos internados em unidades clínicas e cirúrgicas de dois hospitais universitários do Rio Grande do Sul, entre novembro de 2013 e março de 2014, a melhor estimativa para predizer a queda foi obtida no ponto de corte de 44,78 na pontuação média, com sensibilidade de 95,2% e especificidade de 64%, e o risco elevado foi definido a partir de 45 pontos (Urbanetto et al., 2016).

Esses números têm duas leituras. A alta sensibilidade indica que a escala dificilmente deixa de sinalizar quem vai cair. A especificidade de 64%, por sua vez, significa que cerca de 36% dos pacientes que não caíram foram classificados como de risco elevado, o que, se cada sinalização desencadear medidas custosas, pode gerar uso excessivo de recursos e de restrições. Além disso, a metanálise de Morris et al. (2022) não encontrou associação significativa entre o uso de escalas de risco com pontuação e a redução de quedas. O protocolo brasileiro segue lógica próxima, ao não adotar escala específica e ao orientar as intervenções pelo risco de queda do paciente (Brasil, 2013c). Disso decorre, como interpretação do autor, que o valor da escala está em disparar ações individualizadas, e não na pontuação isolada, e que pontos de corte construídos em uma população devem ser interpretados com cautela em outros serviços. Vale registrar que os estudos nacionais aqui analisados incluem adultos de qualquer idade, e não apenas idosos.

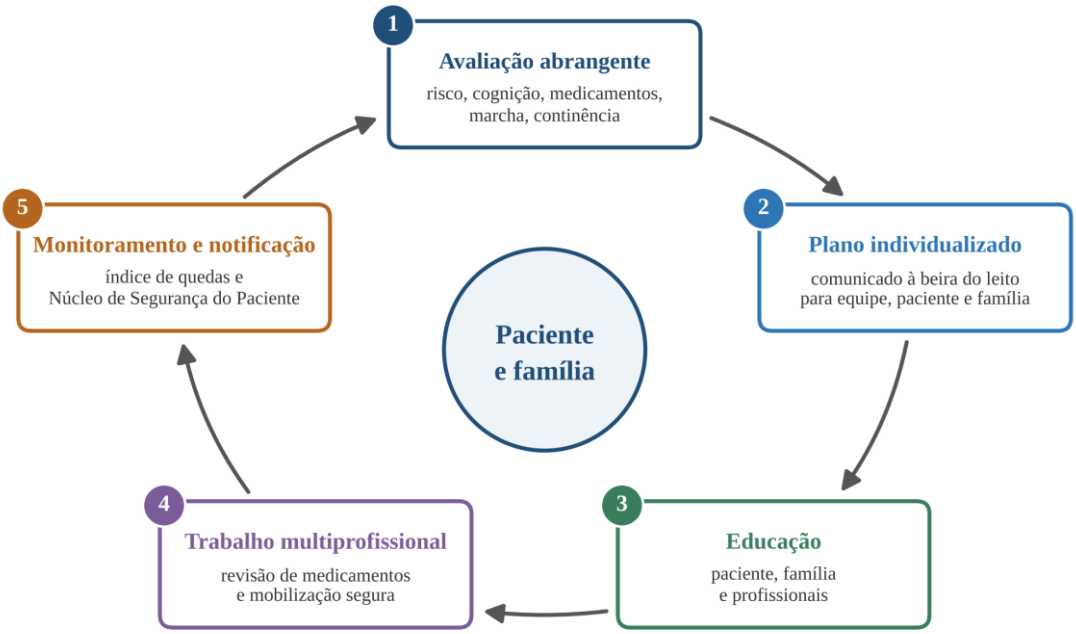
3.4 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DO ENFERMEIRO

Reunidas, as evidências sugerem cinco frentes de atuação para o enfermeiro, resumidas na Figura 1 como um ciclo contínuo centrado no paciente e na família.

A primeira frente é a avaliação abrangente de quedas dos pacientes internados (NICE, 2025), que contempla, entre outros componentes, visão, pressão arterial deitado e em pé, delirium, revisão de medicamentos, marcha e equilíbrio e continência urinária. Como interpretação do autor, convém repeti-la periodicamente e diante de queda ou de mudanças no quadro clínico, na medicação ou na mobilidade, usando a escala adaptada ao Brasil como apoio e não como substituto do raciocínio clínico (Urbanetto et al., 2013). A segunda é o plano de cuidados individualizado e comunicado de forma visível à equipe, ao paciente e à família à beira do leito, como no Fall TIPS (Dykes et al., 2010). A terceira é a educação de pacientes, familiares e profissionais, categoria com a evidência mais consistente (McLennan et al., 2026; Morris et al., 2022).

A quarta é o trabalho articulado com a equipe multiprofissional, em especial para a revisão de medicamentos e a mobilização segura (NICE, 2025). A quinta é o monitoramento e a notificação, por meio do índice de quedas, calculado pelo número de quedas dividido pelo número de pacientes-dia e multiplicado por 1.000 (Fundação Oswaldo Cruz, 2014), que alimenta o Núcleo de Segurança do Paciente e permite avaliar se as mudanças surtem efeito.

Figura 1 – Ciclo de atuação do enfermeiro na prevenção de quedas em idosos hospitalizados



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com base em Dykes et al. (2010), Fundação Oswaldo Cruz (2014), McLennan et al. (2026), Morris et al. (2022) e NICE (2025).

3.5 LACUNAS E LIMITAÇÕES DA EVIDÊNCIA

A maior parte dos ensaios tem alto risco de viés em algum domínio, e as próprias revisões apontam a necessidade de estudos com pessoas com comprometimento cognitivo e em países de baixa e média renda (McLennan et al., 2026). Nas buscas realizadas, não foram identificados ensaios clínicos randomizados brasileiros sobre a efetividade de programas de prevenção de quedas em hospitais, e os estudos nacionais recuperados são observacionais ou metodológicos e envolvem adultos de qualquer idade, de modo que a transposição dos achados internacionais para idosos em hospitais brasileiros exige cautela. Esta revisão tem limitações próprias: a seleção dirigida das fontes, o acesso desigual a textos completos e a ausência de avaliação formal do risco de viés podem ter deixado de fora estudos relevantes.

4 CONCLUSÃO

Esta revisão analisou as evidências sobre a prevenção de quedas em idosos hospitalizados e suas implicações para a enfermagem. Os resultados mostram que nenhuma estratégia isolada resolve o problema: a educação de pacientes e profissionais e as ações multifatoriais mostram os resultados mais favoráveis, os alarmes de leito e de cadeira não reduziram significativamente as quedas, e as abordagens que se adaptam ao paciente, se integram ao contexto local e envolvem familiares parecem mais promissoras.

Para a prática, isso significa que o enfermeiro contribui mais quando transforma a avaliação de risco, incluindo a Morse Fall Scale adaptada ao Brasil e os fatores de risco apontados por estudos nacionais, como confusão, limitação da marcha e micção frequente, em um plano individualizado, comunicado à beira do leito e construído com o paciente, a família e a equipe, acompanhado por indicadores no Núcleo de Segurança do Paciente. Recomenda-se que futuros estudos avaliem a efetividade e a implementação de programas desse tipo em hospitais brasileiros, inclusive com pacientes com comprometimento cognitivo, e que testem se a qualidade da individualização e o envolvimento da família explicam as diferenças de resultado entre os programas.

REFERÊNCIAS

BARKER, A. L. et al. 6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomised controlled trial. **BMJ**, London, v. 352, art. h6781, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.h6781. Acesso em: 31 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 31 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 31 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 31 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz. **Protocolo prevenção de quedas**. Anexo 01 do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf. Acesso em: 31 out. 2026.

CAMERON, I. D. et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 9, art. CD005465, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4. Acesso em: 31 out. 2026.

DYKES, P. C. et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. **JAMA**, Chicago, v. 304, n. 17, p. 1912–1918, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2010.1567. Acesso em: 31 out. 2026.

DYKES, P. C. et al. Evaluation of a patient-centered fall prevention tool kit to reduce falls and injuries: a nonrandomized controlled trial. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 3, n. 11, art. e2025889, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25889. Acesso em: 31 out. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Proqualis. Indicadores de segurança do paciente – clínico: índice de quedas. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2014. Disponível em: https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/8%20Indice%20de%20quedas.pdf. Acesso em: 31 out. 2026.

MCLENNAN, C. et al. Interventions for preventing falls in older people in hospitals. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 5, art. CD016065, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD016065. Acesso em: 31 out. 2026.

MORRIS, M. E. et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. **Age and Ageing**, Oxford, v. 51, n. 5, art. afac077, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ageing/afac077. Acesso em: 31 out. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Falls: assessment and prevention in older people and in people 50 and over at higher risk. **NICE guideline NG249**. London: NICE, 2025. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/NG249. Acesso em: 31 out. 2026.

PASA, T. S. et al. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, art. e2862, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862. Acesso em: 31 out. 2026.

SEVERO, I. M. et al. Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, art. e3016, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2460.3016. Acesso em: 31 out. 2026.

URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569–575, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007. Acesso em: 31 out. 2026.

URBANETTO, J. S. et al. Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, art. e62200, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.62200. Acesso em: 31 out. 2026.