www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v.30, n.164, 2026 | DOI: 10.69849/jmj5p903

Prevenção de quedas e fraturas por fragilidade em pessoas idosas na atenção primária à saúde: avaliação de riscos e estratégias de cuidado

Prevention of falls and fragility fractures in older adults in primary health care: risk assessment and care strategies

Christiane Maria da Silva Langame[1]
Gabriel Medeiros Catarino Maia[2]
Gabriel Silva Castilho[3]
Maria Helena Durães Alves Monteiro[4]

RESUMO

O envelhecimento populacional amplia a necessidade de estratégias de prevenção de quedas e fraturas por fragilidade, eventos associados a incapacidade, perda de autonomia e maior demanda por cuidados. Este estudo objetiva analisar e sistematizar estratégias de prevenção de quedas e fraturas por fragilidade em pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando a avaliação individual de riscos, a saúde óssea e a elaboração de material educativo. Trata-se de revisão narrativa, descritiva e qualitativa, fundamentada em diretrizes clínicas, publicações científicas e documentos institucionais sobre quedas, osteoporose e cuidado à pessoa idosa. A síntese foi organizada em eixos referentes aos fatores de risco, à avaliação clínica, à saúde óssea, às medidas preventivas e à atuação multiprofissional. As recomendações examinadas apontam para a necessidade de associar avaliação de marcha e equilíbrio, revisão da farmacoterapia, adaptações ambientais e investigação de risco de fratura, com seguimento longitudinal. Como produto, foi elaborado um guia rápido educativo para profissionais da APS, derivado da síntese temática das recomendações consultadas. Por não ter sido submetido à validação formal ou à avaliação de efetividade, seu uso deve ser complementar aos protocolos e ao julgamento clínico. Conclui-se que a prevenção requer cuidado integrado e individualizado, e que a identificação de riscos deve ser acompanhada de intervenções viáveis e monitoramento.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Quedas; Fraturas por Fragilidade; Osteoporose; Atenção Primária à Saúde.

---

[1] [1–3] Discentes; [4] Orientadora.

Abstract

Population ageing increases the need for strategies to prevent falls and fragility fractures, events associated with disability, loss of autonomy and a greater demand for care. This study aims to analyse and systematise strategies for preventing falls and fragility fractures in older adults in primary health care (PHC), considering individual risk assessment, bone health and the development of educational material. This is a narrative, descriptive and qualitative review based on clinical guidelines, scientific publications and institutional documents on falls, osteoporosis and care for older adults. The synthesis was organised around risk factors, clinical assessment, bone health, preventive measures and multidisciplinary practice. The recommendations examined point to the need to combine gait and balance assessment, medication review, environmental adaptations and fracture risk investigation, with longitudinal follow-up. As an output, a quick educational guide for PHC professionals was developed from the thematic synthesis of the recommendations reviewed. Because the guide has not undergone formal validation or effectiveness evaluation, its use should complement protocols and clinical judgement. The conclusion is that prevention requires integrated, individualised care and that risk identification should be accompanied by feasible interventions and monitoring.

Keywords: Older adults; Falls; Fragility fractures; Osteoporosis; Primary health care.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira impõe desafios à organização dos serviços de saúde, especialmente no acompanhamento de condições crônicas, da capacidade funcional e dos eventos que comprometem a independência. Entre esses eventos, as quedas merecem destaque por sua associação com lesões, medo de cair novamente, restrição das atividades, hospitalizações e perda de autonomia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A dimensão epidemiológica do problema no Brasil exige análise de estudos com população, período e desfecho definidos; por isso, não se reproduzem aqui estimativas numéricas cuja fonte primária não foi confirmada.

Quedas e osteoporose são condições distintas, embora relacionadas. A queda corresponde a um evento que pode resultar de fatores clínicos, funcionais, farmacológicos e ambientais. A osteoporose, por sua vez, compromete a resistência óssea e pode aumentar a gravidade das consequências de um trauma de baixa energia. Portanto, reduzir apenas a ocorrência de

quedas ou investigar isoladamente a densidade mineral óssea não contempla toda a complexidade da prevenção de fraturas por fragilidade (MONTERO-ODASSO et al., 2022).

A Atenção Primária à Saúde (APS) dispõe de oportunidades para reconhecer riscos nas consultas, visitas domiciliares e ações coletivas, além de articular avaliação, intervenções e acompanhamento. Sua atuação deve contemplar tanto a segurança ambiental quanto a manutenção da mobilidade, evitando que o receio de novas quedas resulte em restrição excessiva das atividades.

2 JUSTIFICATIVA

Fraturas por fragilidade, sobretudo as que acometem o quadril e as vértebras, podem comprometer a capacidade de caminhar, realizar atividades diárias e permanecer independente, aumentando a necessidade de reabilitação, apoio familiar e acompanhamento na rede de saúde. Uma fratura anterior por trauma de baixa energia também é um importante marcador clínico para novas fraturas, o que reforça a necessidade de prevenção secundária.

Na realidade da APS, riscos de queda podem ser reconhecidos por meio de perguntas simples, avaliação funcional e observação do ambiente, mas sua identificação não garante, por si só, a implementação de medidas preventivas. Barreiras econômicas, acesso limitado a exames, dificuldade de adesão a exercícios e fragmentação do cuidado podem reduzir o alcance das recomendações. Um guia rápido é pertinente como apoio à comunicação e à organização de condutas, desde que não seja confundido com instrumento diagnóstico validado nem substitua protocolos assistenciais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar e sistematizar estratégias de prevenção de quedas e fraturas por fragilidade em pessoas idosas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando a avaliação individual de riscos, a saúde óssea e a elaboração de material educativo.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os fatores clínicos, funcionais, farmacológicos e ambientais relacionados às quedas e suas repercussões.
- Diferenciar a avaliação do risco de osteoporose, o diagnóstico de osteoporose e a estimativa do risco de fratura.

- Sistematizar medidas individuais, ambientais e relacionadas à saúde óssea aplicáveis ao cuidado longitudinal na APS.
- Elaborar um guia rápido educativo de apoio aos profissionais da APS, baseado na síntese das recomendações examinadas.

4 PRESSUPOSTO ORIENTADOR

A articulação entre avaliação do risco de quedas, cuidado da saúde óssea e acompanhamento multiprofissional pode favorecer uma abordagem preventiva mais abrangente na APS. Trata-se de pressuposto que orienta a análise narrativa, e não de hipótese submetida a teste de efetividade.

5 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, acompanhada da elaboração de um produto educativo. Foram utilizados como base do texto disponibilizado documentos institucionais e referências científicas relativos à prevenção de quedas, à osteoporose, às fraturas por fragilidade e à atenção à pessoa idosa. A análise organiza as recomendações por pertinência temática, sem protocolo de revisão sistemática, metanálise ou avaliação formal do risco de viés.

O texto-base menciona SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE/PubMed, portais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, além de termos como “pessoa idosa”, “quedas”, “fraturas por fragilidade”, “osteoporose” e “Atenção Primária à Saúde”, com equivalentes em inglês. Entretanto, essa descrição estava redigida como procedimento futuro. Antes da submissão, os autores devem confirmar quais dessas bases e expressões foram efetivamente utilizadas e registrar o período real da busca; não é metodologicamente adequado apresentar essas etapas como executadas sem comprovação.

A seleção narrativa privilegiou a relação das publicações com os objetivos do estudo e a possibilidade de verificar sua identificação bibliográfica. As informações foram sintetizadas nos eixos: fatores de risco para quedas; osteoporose e fraturas por fragilidade; avaliação clínica e do risco de fratura; intervenções preventivas; e organização do cuidado na APS. Não foi realizada extração de dados do DATASUS nem análise quantitativa própria; portanto, não se apresentam resultados epidemiológicos originais.

O guia rápido educativo foi estruturado a partir dessa síntese temática, com perguntas para avaliação inicial, medidas preventivas, sinais de alerta e orientações para seguimento. Não houve aplicação em serviços, validação por especialistas ou teste com o público-alvo, de modo que não se atribui ao material efetividade demonstrada.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 Quedas e fatores de risco

As quedas são eventos multifatoriais, cuja avaliação deve considerar o histórico de episódios anteriores, as circunstâncias em que ocorreram, a marcha, o equilíbrio, a força muscular e as limitações funcionais. Entre os fatores intrínsecos estão alterações visuais, hipotensão ortostática, comprometimento cognitivo, doenças neurológicas e condições que interferem na mobilidade. Entre os extrínsecos destacam-se pisos escorregadios, tapetes soltos, iluminação insuficiente, obstáculos e falta de corrimãos ou barras de apoio (MONTERO-ODASSO et al., 2022).

A farmacoterapia exige atenção individualizada. Sedativos, hipnóticos, psicotrópicos e determinados medicamentos que favorecem tontura, sonolência ou hipotensão podem contribuir para o risco, mas esse efeito não deve ser atribuído automaticamente a toda uma classe. A avaliação depende de dose, combinações, comorbidades e resposta clínica. A revisão deve abranger medicamentos prescritos e não prescritos; qualquer suspensão ou ajuste deve ser realizado por profissional habilitado.

Em pessoas com tontura ao levantar, quedas sem causa evidente ou suspeita de hipotensão postural, a aferição da pressão arterial em posições apropriadas, conforme protocolo clínico, pode integrar a investigação. Episódios com perda de consciência exigem avaliação para causas potencialmente graves, não devendo ser classificados de imediato como simples quedas mecânicas.

6.2 Osteoporose e fraturas por fragilidade

A osteoporose é uma condição caracterizada por redução da resistência óssea, associada à diminuição da densidade mineral e a alterações da qualidade óssea. Fraturas por fragilidade decorrem de traumas de baixa energia, usualmente equivalentes a uma queda da própria altura ou de altura menor. Uma fratura prévia nessas condições deve motivar investigação de saúde óssea e medidas de prevenção secundária.

A densitometria por dupla emissão de raios X (DXA) auxilia a avaliação da densidade mineral óssea. Em mulheres na pós-menopausa e homens com 50 anos ou mais, o T-score é utilizado na classificação densitométrica: valores iguais ou inferiores a −2,5 são compatíveis com osteoporose no contexto apropriado. Em mulheres antes da menopausa e homens com menos de 50 anos, a interpretação privilegia o Z-score e não deve aplicar automaticamente os mesmos critérios diagnósticos. A decisão clínica depende também de antecedentes de fratura e outros fatores de risco.

A ferramenta FRAX estima a probabilidade de fratura osteoporótica maior e de fratura de quadril em dez anos a partir de fatores clínicos, com ou sem densidade mineral óssea do colo femoral. É um instrumento complementar, não substituindo a avaliação clínica, a investigação de quedas nem os critérios dos protocolos assistenciais aplicáveis (KANIS et al., 2008).

O cuidado após uma fratura por fragilidade deve incluir avaliação da necessidade de tratamento farmacológico, investigação de causas secundárias quando indicada, orientação nutricional e acompanhamento da adesão e da segurança terapêutica. Indicações de densitometria, suplementação e medicamentos devem seguir o protocolo nacional vigente e as condições individuais, evitando recomendações indiscriminadas.

6.3 Estratégias de prevenção

As intervenções podem ser organizadas em três dimensões complementares. No plano individual, incluem avaliação de marcha e equilíbrio, exercícios de força, equilíbrio e mobilidade, cuidado visual, avaliação dos pés e revisão da farmacoterapia. Programas de exercícios devem respeitar a capacidade funcional e, em pessoas com risco elevado, podem requerer supervisão profissional (BRASIL, 2021; MONTERO-ODASSO et al., 2022).

No plano ambiental, destacam-se adequação da iluminação, retirada ou fixação de tapetes, manutenção de passagens desobstruídas, prevenção de escorregamentos e instalação de apoios quando necessária. As orientações devem ser negociadas com a pessoa idosa e seus cuidadores, considerando custos, características do domicílio e preferências individuais.

Na dimensão da saúde óssea, incluem-se avaliação de risco de fratura, investigação diagnóstica quando indicada, orientação sobre alimentação e atividade física e tratamento de condições osteometabólicas segundo protocolos vigentes. A prescrição de cálcio, vitamina D ou fármacos específicos não deve ser universalizada sem avaliação clínica.

6.4 Atuação multiprofissional da APS

A equipe de APS pode integrar a prevenção ao acompanhamento longitudinal. Profissionais de medicina realizam avaliação clínica, investigação de causas de quedas, avaliação da saúde óssea e definição de condutas. A enfermagem contribui para identificar fatores de risco, registrar ocorrências, orientar e acompanhar o plano de cuidado. Fisioterapia e Educação Física, conforme disponibilidade da rede, podem avaliar capacidade funcional e planejar exercícios de força, equilíbrio e mobilidade.

Profissionais de farmácia podem apoiar a revisão da farmacoterapia, e agentes comunitários de saúde podem reconhecer riscos domiciliares, orientar famílias e acompanhar barreiras no território. A coordenação entre esses profissionais, a pessoa idosa e os cuidadores é indispensável para que o risco identificado se traduza em ações concretas.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Integração entre risco de queda e fragilidade óssea

A síntese narrativa evidencia que a ocorrência de fratura não depende exclusivamente da presença de osteoporose ou da frequência de quedas. O evento resulta da interação entre exposição a traumas, resistência óssea, condições funcionais e fatores contextuais. Por isso, ações centradas somente na densitometria podem deixar de abordar riscos ambientais e funcionais; da mesma forma, intervenções domiciliares isoladas podem não reconhecer pessoas com alto risco de fratura.

A história de fratura por fragilidade possui especial relevância: além de indicar dano já ocorrido, representa oportunidade para investigar fatores persistentes e estruturar prevenção secundária. A integração entre cuidado da saúde óssea e prevenção de quedas permite reconhecer necessidades que não seriam percebidas por avaliações fragmentadas.

7.2 Aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde

A consulta de rotina pode incorporar perguntas sobre quedas nos últimos 12 meses, lesões, perda de consciência, dificuldade para caminhar e medicamentos em uso. A visita domiciliar oferece oportunidade para avaliar riscos ambientais que nem sempre são relatados espontaneamente. O seguimento longitudinal permite verificar se as recomendações foram compreendidas, se as mudanças foram realizadas e se novos episódios ocorreram.

Entretanto, reconhecer o risco não equivale a preveni-lo. A identificação precisa resultar em plano de cuidado pactuado, acesso a intervenções, reavaliação e encaminhamento quando necessário. O guia rápido elaborado neste estudo pode apoiar a organização das orientações, mas não garante adesão nem redução de fraturas, resultados que demandariam avaliação específica.

7.3 Barreiras e desafios de implementação

A efetividade potencial das estratégias pode ser limitada pela dificuldade de acesso à densitometria e à avaliação especializada, pelas condições socioeconômicas que impedem reformas domiciliares, pela baixa adesão a exercícios e pela fragmentação entre serviços. A recomendação de instalar barras de apoio, por exemplo, pode ser pouco viável sem recursos materiais; nesses casos, a equipe deve negociar alternativas seguras e possíveis.

Também é necessário evitar orientações que incentivem imobilidade ou dependência desnecessária. A prevenção deve equilibrar segurança e preservação da autonomia, com exercícios adaptados e participação ativa da pessoa idosa na definição das prioridades.

7.4 Limitações do estudo

Esta revisão narrativa não utilizou estratégia de busca sistemática reproduzível, contagem de registros, avaliação formal do risco de viés ou apreciação crítica padronizada da qualidade dos estudos primários. A seleção não sistemática pode introduzir viés de seleção e limitar a abrangência das recomendações. Não foram produzidos dados epidemiológicos originais, nem avaliada a efetividade das estratégias ou do guia rápido. Assim, os resultados constituem síntese interpretativa, e não demonstração causal de redução de quedas ou fraturas.

8 PRODUTO EDUCATIVO: GUIA RÁPIDO PARA A APS

Prevenção de quedas e fraturas por fragilidade em pessoas idosas — material educativo elaborado pelos autores, sem validação formal. Destina-se a apoiar orientações e registros, sem substituir protocolos assistenciais ou avaliação individual.

8.1 Roteiro de avaliação inicial

- Houve queda nos últimos 12 meses? Quantas, em quais circunstâncias e com quais consequências?
- Houve fratura após queda da própria altura ou trauma de baixa energia?
- Há dificuldade para caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio ou enxergar?

- Há tontura ao levantar, desmaio, perda de consciência ou alteração recente do estado mental?
- Quais medicamentos prescritos e não prescritos são utilizados? Há sonolência, tontura ou hipotensão?
- Existem tapetes soltos, pisos escorregadios, iluminação inadequada, obstáculos ou ausência de apoios no domicílio?

8.2 Medidas preventivas de rotina

- Orientar exercícios de força, equilíbrio e mobilidade, adaptados à capacidade funcional e supervisionados quando necessário.
- Avaliar visão, calçados, saúde dos pés e condições que alterem marcha e equilíbrio.
- Revisar a farmacoterapia com profissional habilitado; não suspender medicamentos por conta própria.
- Melhorar iluminação, desobstruir passagens, fixar ou retirar tapetes e instalar apoios quando indicados e viáveis.
- Investigar saúde óssea após fratura por trauma de baixa energia e avaliar necessidade de exames e tratamento segundo protocolos vigentes.
- Registrar riscos identificados, medidas pactuadas e data de reavaliação.

8.3 Sinais de alerta e avaliação após quedas

Encaminhar para avaliação de urgência diante de suspeita de fratura com deformidade, dor intensa ou incapacidade de apoiar o membro; alteração aguda do estado mental; déficit neurológico; perda de consciência; ou outros sinais de trauma importante. Traumatismo craniano em pessoa idosa, especialmente em uso de anticoagulantes, exige avaliação conforme protocolos de urgência mesmo que não haja sintomas imediatos; a ausência de sinais de alerta não exclui lesão.

Quedas recorrentes, quedas com lesão, episódios associados a síncope, tonturas persistentes ou declínio funcional exigem avaliação clínica oportuna e investigação direcionada. A urgência e o local de atendimento dependem da gravidade e da rede assistencial.

8.4 Registro e acompanhamento

- Data e local da queda: _____
- Circunstâncias (atividade, obstáculos, tontura, perda de consciência): _____
- Lesões e consequências funcionais: _____
- Medicamentos e condições clínicas relevantes: _____
- Condutas, orientações, encaminhamentos e profissional responsável: _____
- Reavaliação programada: _____

9 CONCLUSÃO

A prevenção de quedas e fraturas por fragilidade em pessoas idosas exige abordagem integrada, capaz de reconhecer tanto fatores relacionados à ocorrência de quedas quanto condições que comprometem a resistência óssea. A síntese narrativa desenvolvida reforça a importância da avaliação clínica individual, do cuidado funcional, da revisão da farmacoterapia, da segurança domiciliar e da investigação da saúde óssea conforme indicação.

A APS ocupa posição estratégica para articular essas medidas em consultas, visitas domiciliares e acompanhamento longitudinal, com participação multiprofissional e envolvimento da pessoa idosa e de seus cuidadores. Contudo, a identificação de riscos não produz benefício automaticamente: é necessário transformá-la em intervenções factíveis, monitoradas e adaptadas às condições de vida.

O guia rápido elaborado constitui produto educativo de apoio à organização de orientações, mas não foi validado nem testado quanto à efetividade. A natureza narrativa da revisão, a ausência de avaliação formal da qualidade das fontes e a inexistência de dados quantitativos próprios limitam inferências sobre resultados. Estudos posteriores poderão avaliar a aplicabilidade do material e os efeitos das estratégias preventivas em serviços de APS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf. Acesso em: 19 out. 2026.

KANIS, J. A. et al. FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. Osteoporosis International, v. 19, p. 385–397, 2008. DOI: 10.1007/s00198-007-0543-5.

MONTERO-ODASSO, M. et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age and Ageing, v. 51, n. 9, afac205, 2022. DOI: 10.1093/ageing/afac205.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Falls. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls. Acesso em: 19 out. 2026.