

O medo de queda nos profissionais que cuidam de idosos institucionalizados



The fear of falls in the caregivers of institutionalized elders

El miedo a caer entre los profesionales que atienden a ancianos institucionalizados

Cristina Lavareda Baixinho^{a,b}

Maria dos Anjos Dixe^{b,c}

Maria Adriana Henriques^{a,b}

Cristina Marques-Vieira^d

Luis Sousa^e

Como citar este artigo:

Baixinho CL, Dixe MA, Henriques MA, Marques-Vieira C, Sousa L. O medo de queda nos profissionais que cuidam de idosos institucionalizados. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200258. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200258>

RESUMO

Objetivo: Este estudo teve por objetivo compreender como surge e se manifesta o medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados.

Método: Estudo Qualitativo suportado pela Grounded Theory realizado com 24 cuidadores informais, 5 enfermeiros, 2 médicos e 2 diretores de duas Instituições de Longa Permanência para Idosos Portuguesas. A colheita dos achados foi feita com entrevistas, observação participante e análise da documentação, entre outubro de 2016 e janeiro de 2018. Os dados foram coletados e analisados simultaneamente, seguindo as etapas da codificação aberta, axial e seletiva.

Resultados: A análise comparativa dos achados identificou a categoria conceitual: Medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados, com as categorias associadas: manter a segurança, medo oculto de queda, autoeficácia percebida na prevenção e quedas, a queda e as relações interpessoais, experiências anteriores e suporte da equipa.

Conclusões: O medo afeta a autoeficácia percebida na prevenção de quedas; a qualidade de trabalho em equipa e é influenciado pelas experiências anteriores negativas e pelo suporte da equipa.

Palavras-chave: Acidentes por quedas. Idoso. Instituições de longa permanência para idosos. Medo. Cuidadores. Institucionalização.

ABSTRACT

Aims: To understand how the fear of falls emerges and manifests itself in caregivers of institutionalized elders.

Method: It is a qualitative study, based on the Grounded Theory and carried out with 24 informal caregivers, 5 nurses, 2 physicians and 2 directors of two Portuguese nursing homes. Data collection took place through interviews, participant observation, and documentation analysis, between October 2016 and January 2018. Data was collected and analyzed simultaneously, following the stages of open, axial, and selective coding.

Results: The comparative analysis of the findings identified the conceptual category "Fear of falls in the caregivers of institutionalized elders". The main category is associated with the categories: maintaining safety, hidden fear of falls, the perceived self-efficacy in the prevention of falls, falls and interpersonal relations, previous experiences, and team support.

Conclusions: The fear has an influence on the self-efficacy perceived in the prevention of falls; the quality of the teamwork, in turn, is affected by previous negative experiences and by the support of the team.

Keywords: Accidental falls. Aged. Homes for the aged. Fear. Caregivers. Institutionalization.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo comprender cómo surge y se manifiesta el miedo a caerse en los cuidadores de ancianos institucionalizados.

Método: Estudio cualitativo apoyado por *Grounded Theory* realizado con 24 cuidadores informales, 5 enfermeras, 2 médicos y 2 directores de dos hogares de ancianos portugueses. Los hallazgos fueron recopilados con entrevistas, observación participante y análisis de la documentación, entre octubre de 2016 y enero de 2018. Los datos se recopilaron y analizaron simultáneamente, siguiendo las etapas de codificación abierta, axial y selectiva.

Resultados: El análisis comparativo de los hallazgos identificó la categoría conceptual: el miedo a caer en los cuidadores de ancianos institucionalizados, con categorías asociadas: mantenimiento de la seguridad, miedo oculto a las caídas, autoeficacia percibida en prevención y caídas, caídas y relaciones interpersonales, experiencias previas y apoyo al equipo.

Conclusiones: El miedo afecta la autoeficacia percibida en la prevención de caídas; La calidad del trabajo en equipo está influenciada por experiencias negativas previas y el apoyo del equipo.

Palabras clave: Accidentes por caídas. Anciano. Hogares para ancianos. Miedo. Cuidadores. Institucionalización.

^a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa, Portugal.

^b Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, Center for Innovative Care and Health Technology. Leiria, Portugal.

^c Politécnico de Leiria. Leiria, Portugal.

^d Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Lisboa, Portugal.

^e Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre. Évora, Portugal.

■ INTRODUÇÃO

A queda é um grave problema de saúde pública, é a terceira causa de incapacidade crônica, e está associada a um declínio na funcionalidade, elevada morbidade, mortalidade, aumento da dependência e do custo com o tratamento das lesões secundárias⁽¹⁻⁵⁾. O aumento da esperança média de vida leva a que tanto a queda como as lesões resultantes sejam observadas como uma "growth area", porque a sua prevalência vai aumentar, com as estimativas a apontar para a sua duplicação até 2040^(2-3,6).

Cerca de 30% dos idosos caem, pelo menos, uma vez por ano, e a probabilidade de voltarem a cair varia entre 60 e 70%⁽¹⁻²⁾. Uma em cada cinco quedas exige cuidados de saúde^(1,3). Nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), a prevalência é superior, contribui para este fenómeno o elevado grau de dependência, o declínio cognitivo, a pluripatologia, a polimedicação, as diferenças no ambiente destas instituições, as práticas inseguras de idosos e dos profissionais⁽⁴⁾, entre outros.

Esta situação é agravada pelo fato de a maioria das quedas acontecerem nos primeiros dias após institucionalização⁽⁴⁾, o que por si só se traduz num risco aumentado de quedas nos seis meses seguintes. A queda e o efeito cumulativo do medo da queda, da síndrome pós-queda e das lesões secundárias, numa sociedade com um aumento exponencial de idosos, traduz-se num potencial risco de epidemia e de consumo dos recursos de saúde⁽⁷⁾.

O medo de queda, para além de uma consequência desta, constitui-se também como um risco para o acidente, porque a perda da confiança na realização das atividades de vida diária e a inatividade física, com consequências na perda de força muscular e qualidade de marcha, predis põem o idoso para novas quedas^(2,7-8). Nas Instituições de Longa Permanência para Idosos acresce que, após um primeiro episódio, os idosos, por medo de nova queda, diminuem a atividade ou vêm a ser-lhes impostas restrições à atividade, o que promove a dependência^(2,8-9).

Um estudo realizado na comunidade demonstra que a recorrência de quedas é o principal fator para o medo de cair entre os idosos que residem na própria casa⁽⁹⁾. Os que caíram duas vezes apresentam mais medo, comparativamente aos que nunca caíram ou sofreram uma única queda⁽⁹⁾. Refere-se ainda que, os que sofreram queda com complicações (fraturas, feridas ou lesões graves), as mulheres, os idosos com pior autoavaliação do estado de saúde e os com idade superior a 70 anos são mais suscetíveis ao medo⁽⁹⁾.

Uma pesquisa efetuada numa ILPI conclui que o aumento da pontuação na Escala de Eficácia das Quedas (FES-I) traduz a falta de autoconfiança na realização em segurança das

atividades da vida diária (AVD) e está associado ao número de quedas no ano anterior e a uma diminuição do equilíbrio⁽¹⁰⁾.

Importa salientar que o medo fóbico de (nova) queda, é um fator modificável através de intervenções preventivas para controlar a queda e o medo. Porém, nas ILPI, os cuidadores assumem que o medo de que o idoso caia condiciona a sua decisão nos cuidados, levando-o a optar por medidas de superproteção que levam à restrição da atividade e limitam a participação do idoso nas atividades sociais^(4,7).

A revisão da literatura permitiu observar que a investigação sobre o medo de queda em idosos tem sido mais frutífera na comunidade do que nas ILPI, onde a presença de outros residentes e profissionais pode influenciar o medo de cair⁽⁸⁾. Fica ainda claro que não tem sido explorada a influência do medo de que o idoso caia nas práticas dos cuidadores e nas intervenções de segurança implementadas. Corroboramos a afirmação que as implicações da ptofobia ultrapassam a barreira dos cuidados de saúde, da prática clínica e da epidemiologia, pelo que devem receber uma atenção diferenciada da sociedade⁽⁹⁾.

Face ao exposto, esta pesquisa foi guiada pela questão "Como o medo de queda influencia os profissionais que cuidam de idosos institucionalizados?", e teve por objetivo compreender como surge e se manifesta o medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados.

■ MÉTODO

Estudo qualitativo apoiado na *Grounded Theory*, que é indicada quando o fenómeno de interesse não foi previamente estudado ou é escassa a produção científica sobre ele, permitindo simultaneamente a explicação a partir da compreensão da ação e do contexto⁽¹¹⁾.

O estudo foi realizado em duas ILPI da região de Lisboa e Vale do Tejo, entre outubro de 2016 e janeiro de 2018, que autorizaram o estudo. As ILPI possuem modelos organizacionais similares. Uma tem 88 idosos institucionalizados e uma equipe de 49 profissionais, e a outra, 120 idosos e 63 profissionais. Ambas têm valência de residência permanente, apoio domiciliar e centro de dia. Em cada instituição o diretor técnico facilitou a identificação dos funcionários e profissionais de saúde que prestam cuidados, exclusivamente, aos idosos residentes na ILPI. Todos os profissionais foram informados da presença do investigador e da finalidade da mesma.

Os participantes foram 24 cuidadoras formais, 5 enfermeiros, 2 médicos e as 2 diretoras das instituições envolvidas, divididos em dois grupos amostrais. No primeiro grupo foram incluídos 8 cuidadoras e 2 enfermeiros. Estes informantes reuniam os critérios de inclusão: cuidadores com

prestação direta de cuidados a idosos institucionalizados e que acederam participar livre e esclarecidamente no estudo. O acesso a estes informantes foi feito através da diretora técnica de cada instituição que apresentou o investigador ao participante e autorizou a sua permanência na mesma.

A partir dos achados colhidos no primeiro grupo amostral, foi elaborada a seguinte hipótese: o medo de queda influencia as práticas das equipes na prestação de cuidados ao idoso institucionalizado. A composição do segundo grupo permitiu-nos explorar a relação entre o medo de queda e a tomada de decisão dos diferentes profissionais, este grupo foi constituído por 16 cuidadores, 3 enfermeiros, 2 médicos e 2 diretores técnicos.

Esta foi a amostragem teórica que permitiu a saturação dos resultados⁽¹¹⁾ para a compreensão de como o medo de que o idoso caia está presente nos cuidadores, o que influencia este sentimento e condiciona a prestação de cuidados aos idosos institucionalizados com risco de queda e/ou queda anterior.

As técnicas utilizadas para obtenção dos dados foram a observação participante nos contextos onde decorreu o estudo, as entrevistas semiestruturadas aos diferentes profissionais, e a consulta aos processos clínicos e à documentação produzida pelos profissionais sobre a queda. As entrevistas iniciavam-se com a questão estímulo “Acredita que a equipe tem medo que o idoso caia na instituição?” e guiada para a resposta às questões a) “Como é que acha que esse medo influencia o cuidado ao idoso?; b) “ Após a queda de um idoso quais as medidas que a equipe toma para prevenir outra queda?; c) “Como é que a equipe reage quando um idoso cai?”. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

A multiplicidade de fontes permitiu uma melhor compreensão do processo e potenciou a identificação e relação entre conceitos, enriquecendo a interpretação e guiando o surgir de novas questões para revelar a complexidade das relações estabelecidas entre as fontes e os conceitos, bem como o emergir das categorias, das suas propriedades e dimensões, conforme necessidades de informação identificadas no desenvolvimento da pesquisa⁽¹¹⁾.

A observação, no “contexto natural” dos profissionais, de sua interação com os idosos, foi importante para acompanhar a execução de atividades diferentes, ao longo dos turnos da manhã e da tarde, entender a organização dos cuidados e as opções feitas, em função do fenómeno em estudo. Os achados obtidos pelas entrevistas orientaram a observação⁽¹¹⁾.

Após a colheita e análise dos dados do primeiro grupo amostral, pela entrevista e observação, foi necessário consultar o processo clínico para análise da documentação feita sobre os episódios de queda e comunicação escrita entre a equipe.

Os achados foram colhidos e analisados em simultâneo⁽¹¹⁾, seguindo as etapas de codificação do corpus (codificação aberta, axial e seletiva), até à formulação de proposições teóricas, resultantes da análise das relações entre as categorias. A análise dos dados pautou-se por um processo de comparação constante⁽¹¹⁾. Das diferentes etapas da análise surgiram conceitos, e hipóteses ou proposições para aprofundamento e/ou validação nas etapas seguintes. Durante este processo o investigador, presente no campo, retirou notas sobre a observação, com referência à prestação de cuidados, organização do espaço físico do idoso, decisões sobre os cuidados relacionadas com a ocorrência de queda anterior, entre outros. Foram elaboradas notas reflexivas/interrogativas e interpretativas do que foi observado e percebido pelo pesquisador. Estas notas foram importantes para o desenvolvimento do estudo e compreensão do fenómeno.

Durante o processo de análise, os achados e as categorias emergentes, foram questionados. A análise foi devolvida aos participantes, para focar o processo no contexto.

Para garantir o anonimato, foi atribuído um código a cada participante, com referência à categoria profissional — cuidadores formais (CF), enfermeiros (E), médicos (M) e diretoras (D) — e um número à entrevista — (E) ou à Observação (O).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética (Ref. ICS/268/2012). As instituições envolvidas autorizaram-no. Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido aos participantes. Assegurou-se anonimato e a confidencialidade dos dados.

■ RESULTADOS

A análise comparativa dos achados levou à identificação da categoria Conceitual: Medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados, a qual permitiu compreender que o medo está presente nos profissionais das instituições e influencia a cultura organizacional e a organização dos cuidados aos idosos residentes.

A preocupação dos profissionais é manter em segurança o idoso, mas a escolha das medidas preventivas de queda é influenciada pelo medo oculto de queda. O medo é “alimentado”, nestes profissionais, pela percepção que o risco de queda é real, pela noção das consequências que este acidente tem na vida do idoso (a curto, médio e longo prazo), pelo medo do impacto da queda do idoso nas relações dentro das equipes e nas relações com a família. O medo afeta a autoeficácia percebida na prevenção de quedas, a qualidade de trabalho em equipe, e é influenciado pelas experiências negativas anteriores e pelo suporte da equipe.

Manter a segurança

A segurança dos idosos institucionalizados vai além da prevenção de quedas. Porém, este é sem dúvida um evento adverso com resolução prioritária, e os cuidadores, pelas habilidades e características de sua atuação, efetuam intervenções clínicas decisivas. Frequentemente, eles enfrentam a tomada de decisões e a execução; além disso, o que pensam, dizem e fazem tem uma influência definitiva na segurança dos idosos institucionalizados.

Os cuidadores assumem que a responsabilidade social das ILPI e a sua responsabilidade individual é para a prestação de cuidados a um grupo populacional vulnerável, com riscos acrescidos não só pelas transições de saúde-doença, mas também pela transição para a situação de institucionalização.

A necessidade de responder a esta demanda social e individual implica o não provocar dano ao outro:

“o nosso objetivo é sermos carinhosos e mantê-los em segurança, esta é a nova casa (...) nada pode acontecer aqui porque a responsabilidade é da instituição, ou seja, nossa (...) o grande problema é quando eles caem” (E-CF23), “não é habitual falarmos disso com as funcionárias, mas quando comunicam um episódio de queda, fazem-no com receio de serem repreendidas” (E-M2).

Essa preocupação com a segurança manifesta-se nos diferentes momentos de interação da equipe. Na passagem de turno, costumam falar em intervenções para manter a segurança do idoso, principalmente quando ocorreu, previamente uma queda, com lesão moderada ou grave. Nessas interações durante a passagem de turno, uma das cuidadoras refere:

“Eu falhei! Achei que ela estava segura na cadeira da sala porque sempre tem alguém por perto, mas mesmo assim a dona M. levantou-se e caiu” (O74).

No que diz respeito à manutenção da segurança dos idosos, tanto os cuidadores, quanto os profissionais de saúde, expressam maior preocupação com a segurança daqueles que têm medo de cair, que apresentam maior fragilidade, dependência ou declínio cognitivo.

“é sempre ruim quando ocorre uma queda, mas preocupa mais quem tem alterações cognitivas, porque a família espera que a gente cuide deles, já que eles não têm mais condições de fazer (...) o diretor também ‘puxa mais a orelha’ quando a queda ocorre com um idoso com demência, ela imediatamente fala que não podemos

justificar a queda com o comportamento do idoso, porque eles não sabem o que estão fazendo” (I - CF 3).

O medo de cair surge da percepção do perigo existente, que ameaça a segurança dos idosos, a unanimidade dos atores considera que a sua ocorrência acarreta graves consequências para a sua autonomia e independência. O medo dos cuidadores é causado pela percepção das consequências desse acidente.

Medo oculto de queda

O medo de queda está presente nos idosos e nos profissionais, mas nos momentos de interação e na análise dos registros é omissa se o idoso tem ou não medo de queda. Mesmo na discriminação dos fatores de risco individual não aparecem referências a este fator de risco. Nas entrevistas, este é relatado, os profissionais sabem que o idoso tem medo de cair, que mesmo os que não caíram, após um episódio de queda de um residente, ficam com medo, e que os próprios profissionais vivem com o receio que um idoso caia durante o seu turno.

O medo não é discutido nas equipes, mas está presente, associado à percepção de perigo e de ameaça à segurança e integridade do idoso, com a unanimidade dos atores a considerar que a sua ocorrência tem consequências graves para a autonomia e independência destes:

“todos temos a noção que uma queda e uma fratura levam a outras complicações, por isso ninguém gosta que aconteça no seu turno, mas por vezes a queda não dá chatices no imediato, vemo-las com o aumento da dependência”(E-D1).

A ocorrência de queda é acompanhada pelo sentimento de culpa, por receio que se tenha falhado na prevenção, mas essencialmente por se pensar que uma falha sua, em relação à segurança, provoque lesões:

“os idosos caem, já tem muitas mazelas, todas sabemos disso, mas parece que a culpa é nossa, mesmo sem culpa”(E - CF1).

Após um episódio de queda, durante o seu turno, os cuidadores experienciam sentimentos contraditórios. A ocorrência de quedas anteriores com lesão parece ser o principal fator para a discussão e manifestação do medo de outra queda, mas não há uma causa única determinante para o medo do cuidador. Por outro lado: há causas individuais múltiplas que envolvem o idoso, o trabalhador, a organização,

além das consequências jurídicas que contribuem para esse processo.

Autoeficácia percebida na prevenção e quedas

Os achados permitem compreender que o medo do cuidador tem uma componente cognitiva, relacionada à percepção do medo do próprio idoso, a crenças relacionadas com os acidentes, a experiências anteriores, à noção de autoeficácia e controle, e a uma componente comportamental que impele para a substituição do idoso na realização das AVD, baseada na ideia de proteção e em um discurso paternalista:

"(...) quando alguém cai é porque tem problemas associados à idade e às doenças, é sempre assim, mas se não os tivéssemos deixado fazer aquilo sozinhos poderiam não ter caído (...)" (E-CF17).

A autoeficácia percebida é influenciada pela noção de competência baseada na relação terapêutica e na manutenção segura do idoso. Algumas fazem questão de referir que no seu turno há menos quedas do que em outros, e percebem a menor prevalência como consequência da sua competência na vigilância do idoso e de substituí-los na realização das AVD, para evitar que o idoso caia. Isso inclui, por exemplo, evitar que eles andem pela instituição, para evitar que escorreguem:

"esta equipa tem sorte, não é habitual caírem muitos idosos no nosso turno" (E-CF21).

Nos momentos de interação entre os profissionais de saúde e os cuidadores, essa percepção de autoeficácia muitas vezes se manifesta na forma como as perguntas são feitas, não no conjunto de esclarecimentos da ação, mas sim na confirmação de que esta foi bem realizada. As perguntas surgem como: "Fiz isso porque achei a melhor opção, achei bem?" (O - IC-128).

A noção de competência na prevenção de quedas está baseada não no conhecimento efetivo sobre as intervenções que previnem episódios, mas num conjunto de crenças sobre os fatores de risco, sua interação, como preveni-los, e pela relação entre a não ocorrência de quedas e ser competente.

A queda e as relações interpessoais

Do ponto de vista organizacional a noção do eu na equipe conjuga-se com as relações de poder. Ainda que estas não sejam identificadas explicitamente no discurso dos profissionais, são determinantes, de modo informal e oculto, para a perpetuação do medo e da culpa.

Uma funcionária recém-chegada a uma das instituições refere-o deste modo:

"estou cá há pouco tempo, ainda estão a ver como trabalho, as colegas estão sempre de olho em mim, ainda não caiu nenhum idoso comigo, mas se cair fico logo mal vista (...)" (E-CF17).

Um dos enfermeiros observa que:

"todas as funcionárias já passaram por uma situação de ter um idoso que caiu durante o seu horário de trabalho, se é numa equipa em que se dão bem ninguém recrimina, mas se é uma funcionária que não é aceite pela equipa ou uma equipa com más relações, há falatório e questionamento durante vários dias" (E-E5).

Por outro lado, a possibilidade de que a família tome ações judiciais por negligência, com consequências legais, e mesmo da perda de emprego, é preponderante para aumentar o medo:

"cada vez é mais difícil dar a notícia de uma queda às famílias, elas questionam logo de quem foi a culpa" (E-E4).

Fica evidente, nos momentos de interação, nas reuniões da equipe e nas entrevistas, que a ocorrência de quedas, principalmente com lesões, influencia a relação entre os diferentes cuidadores, sua aceitação na equipe e as relações interpessoais, com risco de alguém ser responsabilizado pelo acidente.

Experiências anteriores

A autoeficácia percebida na prevenção de quedas e o controle percebido sobre a realização de AVD, são influenciados pelas experiências anteriores das funcionárias.

As experiências anteriores, sobretudo as negativas, influenciam o sentir medo e as decisões sobre os cuidados a prestar:

"desde que o Sr. J. faleceu depois de uma queda numa noite minha, sou mais cuidadosa, não tive culpa, mas fiquei muito traumatizada com a situação, desde esse dia estou sempre com medo que alguém caia nas escadas, nem os deixo ir para lá" (E-CF21) [o Sr. J. fez traumatismo craneoencefálico, após uma queda nas escadas e faleceu 12 horas após no hospital].

A experiência anterior de uma queda influencia igualmente a questão da comunicação com o idoso sobre os fatores de risco e as medidas preventivas emergem no discurso das cuidadoras em função da queda anterior com lesão e da sua

experiência profissional com eventos dos quais resultaram lesões graves:

"quando algum caiu estou-lhes sempre a dizer para ter cuidado"(E-CF02); " se caiu na casa de banho, comigo, nunca mais lá volta sozinho" (E-CF11).

Após a ocorrência de queda com lesão, os cuidadores reforçam a vigilância do idoso que caiu. A observação das práticas confirma o que foi dito nas entrevistas, vários avisos são feitos aos idosos que caíram para que permaneçam sentados na cadeira e evitem caminhar ou ir ao banheiro sozinhos (O2, O17, O 29, O51, O92).

Suporte da Equipe

O suporte das equipes é importante na gestão do medo de queda e no apoio aos profissionais quando esta acontece.

"Falamos muitas vezes com as funcionárias sobre a queda, exigimos medidas de prevenção, mas apoiamos quando elas estão preocupadas com o que aconteceu" (E-D2).

A orientação e o trabalho colaborativo com a equipe de saúde possibilita a formação em contexto de trabalho e a compreensão de que a queda tem uma natureza multifatorial, que dificulta a implementação de medidas preventivas:

"os nosso médicos e enfermeiros explicam como devemos fazer (...) quando o idoso caí falam e dizem o que deve ser feito a seguir para evitar outra queda" (E- CF18).

"na outra instituição onde eu trabalhava sempre que caía alguém o médico dizia que a culpa era nossa por não ter cuidado ... quando caía a gente só comunicava se tinha ferida, aqui é diferente a gente pode comunicar as quedas e médicos e enfermeiras explicam pra gente o que devemos fazer ... isso diminui o medo de falar com eles e ajuda a gente aprender o que fazer"(E - CF 27).

Uma das enfermeiras observa que:

"na instituição temos várias equipes de cuidadores, que garantem as diferentes unidades do lar de idosos, e há diferenças entre elas até na comunicação dos episódios de queda. Em equipes com maior dificuldade de relacionamento, apenas as quedas com lesões são comunicadas aos profissionais de saúde, os cuidadores tendem a omitir aquelas que não resultam em lesões. Na equipe com melhor relacionamento, eles trabalham juntos há vários anos e têm plena confiança um no outro, então

a comunicação é natural dentro da equipe e sem recriminações" (E - E1).

As relações de poder na equipe, apesar de não estarem explícitas no discurso dos profissionais, são decisivas, de forma informal e discreta, para a perpetuação do medo e da culpa.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem compreender que o medo de queda está presente nos cuidadores de idosos institucionalizados e influencia a prestação e cuidados e as relações interpessoais com todos os elementos da equipe, onde se inclui os idosos e suas famílias. O medo de cair nos idosos têm sido associado à queda e à sua recorrência⁽⁹⁻¹⁰⁾. O medo está presente, todavia não é usual os profissionais manifestarem-no. Uma pesquisa com cuidadores na comunidade também identificou a relutância dos cuidadores falarem sobre este tema e justificam-na pela baixa escolaridade⁽¹²⁾. A preocupação com o medo pode ser superior nos familiares cuidadores do que nos próprios idosos⁽¹³⁾.

O medo do cuidador influencia a prestação de cuidados. O já ter vivenciado situações de queda com lesões graves no seu horário de trabalho, o trauma psicológico, a culpa e o medo das consequências levam a comportamentos de superproteção que podem condicionar a autonomia e a independência na realização das AVD. Apesar da intenção de prestarem os melhores cuidados individualizados possíveis, prevalece o medo de que o idoso possa cair e, em razão disso, são implementadas intervenções, ditas de prevenção, que o impedem de realizar atividades simples do cotidiano⁽¹²⁾.

As dinâmicas das equipes são influenciadas pelo medo da recriminação e discriminação aos profissionais em cujo turno aconteceu uma queda, implicando alterações nas relações interpessoais e profissionais e aumentando a pressão sobre a pessoa idosa para que se mantenha em segurança⁽⁴⁾. Mesmo os idosos evitam comunicar os episódios de quedas não presenciadas e sem lesões, por medo de ver sua atividade restringida e de perder autonomia^(4,7-8).

Uma pesquisa realizada com idosos residentes na comunidade, determina que o medo, para além de um elevado impacto na vida do idoso, altera a dinâmica familiar⁽¹⁴⁾. Os participantes foram idosos com alterações do equilíbrio e os seus cuidadores familiares, que com receio da queda associada às alterações de equilíbrio, substituem o idoso, aumentando a dependência, com clara tradução na limitação da atividade dos idosos, além de restrições a sua participação social^(4,7,9,14). Essas ações ocasionam a dependência^(12,14) e impossibilitam a autonomia do idoso, tornando-o submisso e impossibilitando-o de desfrutar os prazeres da vida, como

uma simples caminhada dentro da própria residência, ou de um banho sozinho⁽¹²⁾.

Nas instituições para idosos, o medo de queda, por parte dos cuidadores, é preditivo do uso de restrição física da mobilidade e, por sua vez, o uso da restrição física é preditivo da capacidade funcional futura de residentes com demência e quedas com lesões graves⁽¹⁵⁾. Estes resultados reforçam os achados relativos à promoção da limitação da atividade e restrição da participação social, entendida como uma prática para manter a segurança e prevenir acidentes.

A limitação de determinadas atividades e a substituição no autocuidado, promovem a imobilidade, levando posteriormente a alterações musculoesqueléticas facilitadoras de queda^(12,15-17). Ambas as atitudes (limitação e restrição) são justificadas pelo medo de nova queda e por serem consideradas, pelos participantes, atitudes protetoras, e são mais gravosas na situação em que a pessoa tem declínio cognitivo^(4,18).

Apesar do impacto do medo na qualidade de vida e no risco de uma nova queda, nota-se que a avaliação do risco de queda permanece muito centrada no modelo biomédico, com maior valorização dos fatores de risco fisiológicos⁽⁴⁾. Tem havido ganhos com esta abordagem, mas não cobrem a complexidade dos eventos de queda e sua comunicação^(1,4,8,18). Nas múltiplas pesquisas sobre o tema predominam os estudos sobre os fatores de risco biofisiológico, não se explorando riscos comportamentais e ambientais, simultaneamente observa-se que as medidas preventivas nem sempre estão associadas com o risco identificado^(1,4,10).

Numa sociedade pautada pelo envelhecimento e pelo aumento do número de pessoas com limitações funcionais e cognitivas, com um crescendo de instituições para dar resposta às necessidades, se percebe como o medo da queda influencia a funcionalidade do idoso^(10,14-16). Considera-se também que não só o medo do idoso deve ser tido em conta, como ainda o do profissional, porque são as orientações verbais e os comportamentos sobre proteção que levam o idoso para a passividade física e cognitiva⁽¹⁵⁾.

A repercussão deste fenómeno na vida do idoso e da instituição é um desafio em diferentes domínios, como, por exemplo, na avaliação do risco de queda⁽¹⁹⁾, na prevenção da limitação da atividade, na autoeficácia percebida, na avaliação global de saúde, e na qualidade de vida^(4,16) e na própria formação as equipas^(18,20). O grande desafio é que a avaliação do risco de queda seja multidimensional, com ênfase nos fatores de risco psicológicos e comportamentais, ao invés de uma avaliação centrada nos fatores de risco biofisiológicos^(1,5,7-10).

Os participantes reconhecem o apoio das equipas e a formação como centrais para controlar o seu medo e para melhorar a prestação de cuidados ao idoso em risco ou com

queda. Anuímos que os cuidadores conseguem exercer ações preventivas, essencialmente as relacionadas com os fatores extrínsecos⁽¹⁸⁾, não alicerçadas no conhecimento, mas de acordo com as suas próprias crenças sobre o que é eficaz e as suas vivência diária⁽¹²⁾. Contudo, precisam ter conhecimento sobre os cuidados eficazes na prevenção de quedas, através de uma abordagem sistematizada de intervenção nas equipas e liderada por um profissional com formação para desempenhar este papel^(12,20).

Para alguns autores, a alta prevalência de quedas justifica a coordenação entre as equipas multiprofissionais de saúde em todos os níveis de atenção, com o objetivo de detectar idosos com risco de queda ou com história prévia de quedas^(5,20). O "líder da queda" tem um papel fundamental na promoção da comunicação eficaz, desenvolvimento de novas políticas, formação e treinamento da equipe⁽²⁰⁾.

A intervenção na equipe deve ser antecipatória e alicerçada numa cultura organizacional de segurança adequada às especificidades da população geriátrica e ao contexto das ILPI^(8,12,20). Infelizmente, a manutenção de uma cultura punitiva diante de uma queda dificulta a aceitação e a resolução do problema, mas também torna a ocorrência desses acidentes uma experiência com alto sentimento de culpa por parte dos profissionais⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

A elevada prevalência, a natureza multifatorial do risco na gênese da queda⁽²⁰⁾, as suas consequências e a complexidade das medidas preventivas justificam que outros estudos aprofundem a relação entre o medo de queda dos cuidadores, o risco, a prevalência, as lesões e as práticas de prevenção.

A relação entre autoeficácia e experiências anteriores, apesar de ser um achado importante neste estudo, não fica completamente clarificada. Estudos futuros devem explorá-la, buscando uma melhor compreensão de como as experiências anteriores, a autoeficácia nas quedas e o controle sobre as AVD explicam o papel do medo de cair dos cuidadores na sua tomada de decisão na prestação de cuidados ao idoso.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo possibilitam compreender o medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados. O medo está presente, não se fala sobre ele, mas os profissionais estão conscientes de que a queda é um perigo real, iminente e de difícil controle.

O medo tem uma componente cognitiva, relacionada com a percepção do medo do próprio idoso, crenças, experiências anteriores e noção de autoeficácia e controle e uma componente comportamental, que impele para a substituição do idoso na realização das atividades de vida diária, sobre proteção e discurso paternalista.

A preocupação dos profissionais é manter em segurança o idoso, mas a escolha das medidas preventivas de queda é influenciada pelo medo oculto de queda. O medo é “alimentado”, nestes profissionais, pela percepção de que o risco de queda é real, pela noção das consequências que este acidente tem na vida do idoso, pelo medo de que este acidente possa influenciar as relações dentro da equipe e com a família. O medo afeta a autoeficácia percebida na prevenção de quedas; a qualidade de trabalho em equipe e é influenciada pelas experiências negativas anteriores e pelo suporte da equipe.

Há uma preocupação diária com este acidente, mas nem sempre as equipes o comunicam e trabalham em conjunto para avaliar o risco e associar as medidas preventivas adequadas. A opção recai sobre a restrição da atividade e limitação da participação social, com consequências para a independência e autonomia dos idosos.

Este medo provoca desgaste no seio das equipes, com impacto nas relações interpessoais e no *marketing* pessoal e profissional, e é vivido associado ao sentimento de culpa, quando a queda acontece e tem lesões graves.

As limitações deste estudo estão associadas à natureza do método. Os resultados permitiram a compreensão do fenômeno apenas nos contextos em que foi estudado. A amostra teórica não é representativa de todo o universo de profissionais de ILPI. A escolha das instituições, o tipo de organização, a estrutura física e a formação dos profissionais podem ter influenciado na análise da realidade. Apesar destas limitações, os resultados permitem a compreensão do medo nos cuidadores e a introdução de medidas para seu controle, e podem contribuir para a prevenção de quedas ao identificar o medo nos cuidadores e a sua influência na superproteção do idoso. Também apontam para a necessidade de melhorar a comunicação entre a equipe, o idoso e a família.

Para a clínica, sobressai a necessidade de enfermeiros liderarem programas de prevenção de quedas em “lares de idosos” que incluam o controle do medo de queda em cuidadores pelo potencial impacto que pode ter na funcionalidade dos idosos e pelo impacto que pode ter na transformação da cultura de punição em uma cultura de segurança, baseada na análise de situações e no controle oportuno dos riscos. Pesquisas futuras devem determinar como o medo de queda influencia a prestação de cuidados ao idoso.

■ REFERÊNCIAS

1. Oliveira T, Baixinho CL, Henriques MA. Prevention of falls - interventions in the home visits to the elderly: scoping review. *IJOCS*. 2018;12(1):e1000134. doi: <https://doi.org/10.4172/Clinical-Skills.1000134>

2. Dyer SM, Crotty M, Fairhall N, Magaziner J, Beaupre LA, Cameron, ID. A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr*. 2016;16:158. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0332-0>

3. Wendt K, Heim D, Josten C, Kdolsky R, Oestern HJ, Palm H, et al. Recommendations on hip fractures. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2016;42(4):425-31. doi: <https://doi.org/10.1007/s00068-016-0684-3>

4. Baixinho CL, Dixe MA, Henriques MAP. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):740-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>

5. Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalence and factors associated with falls in the elderly. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):e0360015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000360015>

6. Odén A, McCloskey EV, Kanis JA, Harvey NC, Johansson H. Burden of high fracture probability worldwide: secular increases 2010-2040. *Osteoporos Int*. 2015;26:2243-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3154-6>

7. Baixinho CL, Dixe MA. Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: scale design and validation. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3): e2310016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>

8. Marques-Vieira CMA, Sousa LMM, Severino S, Sousa L, Caldeira S. Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international in elderly: systematic literature review. *J Clin Gerontol Geriatr*. 2016;7(3):72-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.12.002>

9. Vitorino LM, Teixeira CAB, Boas ELV, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03215. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016223703215>

10. Kocic M, Stojanovic Z, Lazovic M, Nikolic D, Zivkovic V, Milenkovic M, et al. Relationship between fear of falling and functional status in nursing home residents aged older than 65 years. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(10):1470-6. doi: <https://doi.org/10.1111/ggi.12897>

11. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 4th ed. London: Sage Publications; 2014.

12. Oliveira PP, Oliveira AC, Dias AR, Rocha FCV. Caregiver's knowledge about prevention of falls in elderly. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016 [cited 2020 May 12];10(2):585-92. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10993>

13. Shen J, Hu F, Liu F, Tong P. Functional restriction for the fear of falling in family caregivers. *Medicine*. 2015; 94(27):e1090. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001090>

14. Oh E, Hong GS, Lee S, Han S. Fear of falling and its predictors among community-living older adults in Korea. *Aging Ment Health*. 2015;21(4):369-78. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1099034>

15. Fitzgerald TG, Hadjistavropoulos T, MacNab YC. Caregiver fear of falling and functional ability among seniors residing in long-term care facilities. *Gerontology*. 2019;55(4):460-7. doi: <https://doi.org/10.1159/000221007>

16. Fucahori FS, Lopes AR, Correia JJA, Silva CK, Trelha CS. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioter Mov*. 2014;27(3):379-87. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.A008>

17. Cameron EJ, Bowles SK, Marshall EG, Andrew MK. Falls and long-term care: a report from the care by design observational cohort study. *BMC Fam Pract*. 2018;19:73. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0741-6>

18. Baixinho CL, Dixe MA. Practices and behaviors of professionals after falls in institutionalized elderly with and without cognitive decline. *Dement Neuropsychol*. 2020;14(1):62-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010010>

19. Walker GM, Armstrong S, Gosrdon AL, Gladman J, Robertson K, Ward M, et al. The Falls In Care Home study: a feasibility randomized controlled trial of the use of a risk assessment and decision support tool to prevent falls in care homes. *Clin Rehabil.* 2016;30(10):972-83. doi: <https://doi.org/10.1177/0269215515604672>
20. Cunha LFC, Baixinho CL, Henriques MA. Preventing falls in hospitalized elderly: design and validation of a team intervention. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e3479. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031803479>

■ **Contribuição de autoria:**

Conceitualização – Cristina Lavareda Baixinho, Maria dos Anjos Dixe, Maria Adriana Henriques, Cristina Marques-Vieira, Luis Sousa.

Curadoria de dados – Cristina Lavareda Baixinho, Maria dos Anjos Dixe, Maria Adriana Henriques, Cristina Marques-Vieira, Luis Sousa.

Análise formal – Cristina Lavareda Baixinho, Maria dos Anjos Dixe, Maria Adriana Henriques, Cristina Marques-Vieira, Luis Sousa.

Investigação – Cristina Lavareda Baixinho, Maria dos Anjos Dixe, Maria Adriana Henriques, Cristina Marques-Vieira, Luis Sousa.

Metodologia – Cristina Lavareda Baixinho, Maria dos Anjos Dixe, Maria Adriana Henriques, Cristina Marques-Vieira, Luis Sousa.

Validação – Cristina Lavareda Baixinho, Maria dos Anjos Dixe, Maria Adriana Henriques, Cristina Marques-Vieira, Luis Sousa.

Escrita – rascunho original – Cristina Lavareda Baixinho, Maria dos Anjos Dixe, Maria Adriana Henriques, Cristina Marques-Vieira, Luis Sousa.

Escrita – revisão e edição – Cristina Lavareda Baixinho.

■ **Autor correspondente:**

Cristina Lavareda Baixinho
E-mail: crbaixinho@esel.pt;

Recebido: 07.07.2020
Aprovado: 12.11.2020

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti