

O medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados: uma teoria fundamentada

Cristina Lavareda Baixinho^{1,2}, Maria dos Anjos Dixe^{2,3}, Maria Adriana Henriques^{2,4}, Cristina Marques-Vieira⁵, Luís Sousa⁶

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, UIDE, Portugal. crbaixinho@esel.pt;

² Center for Innovative Care and Health Technology – CiTheCare, Portugal;

³ Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. manjos.dixe@gmail.com;

⁴ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, UIDE, Portugal. ahenriques@esel.pt;

⁵ Escola de Enfermagem (Lisboa), Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Portugal. cristina_marques@ucp.pt;

⁶ Escola Superior de Saúde Atlântica, Portugal. luismm Sousa@gmail.com

Resumo. As práticas e comportamentos dos idosos e dos seus cuidadores têm sido associadas ao risco e à ocorrência de queda. A investigação tem estudado o impacto do medo de queda no idoso e revela que este está presente nos profissionais implicando alterações nas relações e aumentando a pressão sobre este para que se mantenha em segurança. O objetivo deste estudo é compreender as causas e as influências do medo de queda nos cuidadores. Optou-se pela Teoria Fundamentada por possibilitar explicar a partir da compreensão das ações no contexto. Efetuou-se observação participante, entrevistas a cuidadores informais, enfermeiros, médicos e diretoras de duas instituições. Os cuidadores sabem que a queda é acompanhada do estigma da culpa e do risco de ação penal. A principal medida que introduzem nas suas práticas para a prevenir é sobre proteção do idoso, limitando-lhe a atividade física e a restrição da participação.

Palavras-chave: Acidentes por quedas; Idosos; Instituições de Longa Permanência para Idosos; Medo de cair; Teoria Fundamentada.

Fear of falling in caregivers of institutionalized elderly: a grounded theory

Abstract. The practices and behaviors of the elderly and their caregivers have been associated with the risk and occurrence of falls. Research has explored the impact of fear of falling in the elderly and reveals that it is present in the professionals implying changes in relationships and increasing the pressure on the latter to remain in safety. This study aims to understand the causes and influences of fear of falling in caregivers. We opted for the Grounded Theory by allowing to generate explanations from the understanding of the actions in the context. Participant observation was carried out, informal caregivers, nurses, doctors and directors of two institutions were interviewed. Caregivers know that a fall is accompanied by the stigma of guilt and the risk of criminal prosecution, the main measure they introduce in their practices to prevent falls is over-protection of the elderly, conditioning their physical activity and independence in self-care.

Keywords: Accidental Falls; Elderly; Nursing Homes; Fear; Grounded Theory.

1 Introdução

A prevalência de quedas na população idosa institucionalizada é elevada (Deandrea *et al.*, 2013), contribui para este fenómeno o elevado grau de dependência, o declínio cognitivo, a pluripatologia, a polimedicação, as diferenças no ambiente das estruturas residenciais para idosos (ERPI), as práticas e comportamentos inseguros de idosos e dos profissionais (Baixinho, & Dixe, 2015; Baixinho, Dixe, & Henriques, 2018), entre outros.

A consequência mais visível, deste problema de saúde pública, é a fratura, estima-se que ocorra uma por cada dez idosos institucionalizados que caem (Walker et al., 2016). Em termos de taxa de mortalidade, este acidente é causa primordial de morte em 40% das situações de lesões graves nas ERPI (Walker et al., 2016).

Acresce o facto da maioria das quedas acontecerem nos primeiros dias após institucionalização (Deandrea et al., 2013; Baixinho, & Dixe, 2015), o que se constitui como um risco, já que um episódio prévio de queda, ou de quase-queda, aumenta a taxa de recorrência, durante o ano seguinte, para 30 a 40 % (Deandrea et al., 2013). Os resultados da investigação alertam ainda que, após um primeiro episódio, os idosos por medo de nova queda diminuem a atividade ou vêm ser-lhes impostas restrições à atividade o que promove a dependência (Baixinho, & Dixe, 2015; Marques-Vieira, Sousa, Severino, Sousa, & Caldeira, 2016; Vitorino, et al., 2017; Baixinho, Dixe, & Henriques, 2018).

Os autores advogam que o medo de cair tem consequências, fortemente negativas, na função física pela redução da mobilidade e da capacidade de execução das atividades de vida diária (AVD) (Vitorino, et al., 2017); na função psicossocial com diminuição da percepção do estado de saúde, restrição da participação social (Baixinho, Dixe, & Henriques, 2018), diminuição da socialização (Vitorino, et al., 2017) e progressivo declínio cognitivo; bem como na qualidade de vida (Young, & Willians, 2015; Vitorino, et al., 2017), independentemente da pessoa idosa ter sofrido ou não uma queda (Kocic et al., 2017).

Fucahori, Lopes, Correia, Silva, & Trelha (2014) também observaram uma elevada prevalência de medo de cair associada à restrição de atividade, sobretudo em indivíduos com alto potencial para cair.

Um estudo realizado na comunidade demonstra que a recorrência de quedas é o principal factor para o medo de cair entre os idosos que residem na própria casa (Vitorino et al., 2017). Os que caíram duas vezes apresentam mais medo, comparativamente aos que nunca caíram ou sofreram uma única queda. Referem 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 susceptíveis ao medo (Vitorino et al., 2017).

Enquanto risco, a ptofobia (medo fóbico de nova queda e consequente medo de andar), pode ser considerada um fator modificável através de intervenções preventivas para controlar a queda e o medo. As atividades educativas, em grupo ou individualmente, são importantes para compreender como é vivenciado o medo e proporcionar a ideia que este pode ser controlável (Vitorino et al., 2017; Baixinho, Dixe, & Henriques, 2018), mas o primeiro passo é sem dúvida a identificação dos idosos que tem medo de cair. Esta avaliação pode ser efetuada pela aplicação da escala Falls Efficacy Scale International (FES-I), que mensura o medo de cair através da medição do grau de confiança que a pessoa tem na realização de um conjunto de AVD sem cair ou perder o equilíbrio (Marques-Vieira et al., 2016). Uma pesquisa efetuada numa ERPI conclui que o aumento da pontuação na Escala de Eficácia das Quedas (FES-I), traduz a falta de autoconfiança na realização em segurança das AVD e está associado ao número de quedas no ano anterior e a uma diminuição do equilíbrio (Kocic et al., 2017). A investigação sobre este fenómeno tem sido mais frutífera na comunidade do que nas instituições, onde a presença de outros residentes e profissionais pode influenciar o medo de cair e as práticas na execução das AVD. Verificamos ainda que o paradigma quantitativo tem denominado a discussão sobre o medo de cair pela aplicação de um conjunto de instrumentos que pretendem medir quantitativamente o medo, mas que não permitem a compreensão multidimensional do mesmo.

Através dos instrumentos que avaliam o medo de cair no idoso, como alertam Vitorino et al. (2017), que é uma grande inquietação também para as famílias e para os prestadores de cuidados de saúde, com traduções diretas no aumento do consumo de recursos e aumento das despesas.

As implicações da ptofobia ultrapassam a barreira dos cuidados de saúde, da prática clínica e da epidemiologia, pelo que deve receber uma atenção diferenciada (Vitorino et al., 2017) da sociedade. É objetivo deste estudo compreender as causas e as influências do medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados com risco de queda e/ou queda anterior.

2 Metodologia

O método selecionado para suportar este estudo qualitativo e interpretativo foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), porque está indicada quando o fenómeno de interesse ainda não foi previamente estudado ou é escassa a produção científica sobre ele, simultaneamente permite a explicação a partir da compreensão da ação e do contexto (Santos et al., 2018).

A investigação decorreu entre outubro de 2016 e janeiro de 2018, em duas ERPI, que autorizaram o estudo e a presença de uma das investigadoras. As questões de pesquisas foram: a) “Como é percebido o medo de queda pelos profissionais das instituições” e b) “O que influencia o medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados com risco de queda e/ou queda anterior?”.

Os achados foram obtidos pela observação participante nos contextos onde decorreu o estudo, por entrevistas semiestruturadas aos diferentes profissionais, consulta aos processos clínicos e à documentação produzida pelos profissionais sobre a queda. 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 informações identificadas no desenvolvimento da pesquisa (Santos et al., 2018).

A colheita e análise dos dados foi feita em simultâneo, o que é possível face ao carácter cíclico do método, com os achados a serem obtidos e analisados concomitantemente, até ao alcance da saturação teórica (Streubert, & Carpenter, 2013; Corbin, & Strauss, 2014; Santos et al., 2018). A amostra não foi definida *a priori*, como defendem Santos et al. (2018). A obtenção da amostragem teórica inicia-se com a colheita de dados com pessoas e/ou fontes de dados consideradas pertinentes para responder à questão de pesquisa e aos objetivos da investigação. A amostra é obtida no decorrer do estudo, a partir da construção de hipóteses que promovam o desenvolvimento e o aprofundamento de conceitos visando o preenchimento das lacunas da teoria emergente. A principal finalidade do método é desenvolver uma teoria, que deriva diretamente dos dados, fundamentada nas experiências dos participantes (Streubert, & Carpenter, 2013).

No fim do estudo efetuou-se observação participante, semanalmente, durante 16 meses, em duas ERPI, com capacidade para 204 idosos no total, entrevistaram-se 24 cuidadoras formais (CF), 5 enfermeiros (E), 2 médicos (M) e as 2 diretoras (D) das instituições envolvidas. Esta foi a amostragem teórica que permitiu a saturação dos resultados para a compreensão de como o medo que o idoso caia está presente nos cuidadores, o que influencia este sentimento e como condiciona a prestação de cuidados aos idosos institucionalizados com risco de queda e/ou queda anterior.

A observação no ‘contexto natural’ dos profissionais da 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. As entrevistas não foram gravadas. As observações e as respostas obtidas foram registadas no diário de bordo da investigadora presente no terreno, com o intuito de captar as ideias do investigador sobre os conceitos e para perguntar sobre os dados (Corbin, & Strauss, 2014; Streubert, & Carpenter, 2013).

Como forma estruturante e facilitadora da análise, o registo foi efetuado utilizando duas colunas, na da esquerda foi descrita a observação/excerto da entrevista ao participante, com referência à prestação de cuidados ao idoso; na da direita interrogou-se, refletiu-se e/ou interpretou-se o que a investigadora analisava, criticava, ponderava, percepcionava, para além da observação e da escuta. O questionamento promoveu uma explicação teórica mais densa, com os achados a serem ao mesmo tempo produto e produtores de novos achados por meio de um processo dinâmico de dedução, indução e verificação (Santos et al., 2018). A dedução possibilitou a construção de hipóteses, enquanto a indução permitiu a apreensão das implicações das mesmas para qualificá-las ou negá-las (Santos et al., 2018).

A análise qualitativa dos achados seguiram 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 (Corbin, & Strauss, 2014). Como explicam Santos et al. (2018) a análise dos dados na TFD pauta-se por um processo de comparação constante, onde inicialmente os achados são meticulosamente analisados palavra por palavra, linha por linha, com o objetivo de gerar códigos conceituais, esses códigos são agrupados em categorias, criando conceitos de nível superior. A descoberta de novos dados a partir das entrevistas e observações em contexto permitiu a introdução de novos elementos e levou à reformulação das categorias iniciais. As categorias estão fundamentadas nos achados. Este movimento de vaivém, para determinação das semelhanças e diferenças entre as categorias emergentes, permitiu aprofundar o conhecimento do fenómeno em estudo, compreender a sua complexidade e a diversidade dos significados (Corbin, & Strauss, 2014).

A codificação axial permitiu interpelar o fenómeno em estudo, respondendo ao “Porquê?” (da organização dos cuidados), ao “Como?” (quais as ações/intervenções que são decididas em função do medo de queda); a “Quem?” (a decisão é igual para todos ou depende do medo específico que aquele idoso caia); ao “Quê?” (o que foi dito sobre o medo e o impacto nos cuidados) e ao “Para Quê?” (que medidas, para que objetivos de prevenção).

Com a finalidade de aferir a análise, foram consultados dois investigadores, ao longo do processo, para debater o processo a as características das categorias emergentes, do ponto de vista da adequação, aplicabilidade, conceptualização, contextualização dos conceitos, lógica, profundidade, variação, criatividade, sensibilidade e evidência dos mesmos (Streubert, & Carpenter, 2013).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética. As ERPI envolvidas autorizaram-no. Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido aos participantes. Assegurou-se anonimato e a confidencialidade dos dados.

3 Resultados

A análise dos achados demonstra que o medo está presente nos profissionais das ERPI, independentemente da função que aí desempenham. A preocupação central dos diferentes atores em manter a segurança do idoso espelha o medo oculto da ocorrência de queda *“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”* (CF23), *“não é habitual falarmos disso com as funcionárias, mas quando comunicam um episódio de queda, fazem-no com receio de serem repreendidas”* (M2).

O medo de queda surge pela percepção do perigo existente, que ameaça a segurança do idoso, com a unanimidade dos atores a considerar que a sua ocorrência tem consequências graves para a autonomia e independência destes.

O medo dos cuidadores é causado pela percepção que o idoso vive com medo e pelo medo das consequências da queda (no idoso, nas relações da equipa, na família e legais); e é influenciado pelas

experiências anteriores negativas; pelas crenças relacionadas com as quedas; pelo marketing pessoal e profissional, pela autoeficácia na prevenção de quedas e pelo controlo percebido sobre a realização das AVD em segurança. As categorias emergentes influenciam e são influenciadas umas pelas outras, como ilustra a fig. 1.

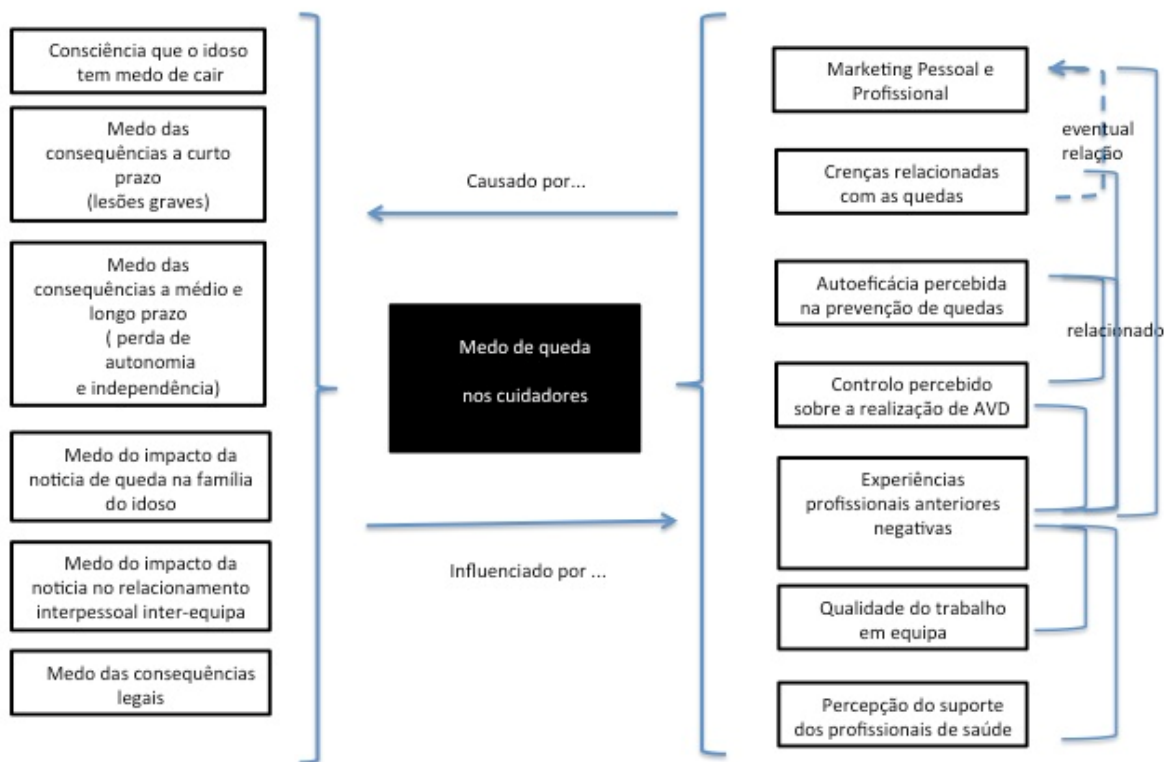


Fig. 1. Causas do medo nos cuidadores dos idosos institucionalizados. Lisboa; 2018.

A plena noção que os idosos tem medo de cair e que este acidente tem consequências graves a curto, médio e longo prazo é a justificação primordial para que os profissionais refiram que eles próprios têm consciência que são afetados pelo medo de queda. Após um episódio de queda, durante o seu turno, os profissionais experienciam sentimentos contraditórios. Não há uma causa única e determinante para o medo do cuidador, pelo contrário uma multiplicidade de causas de ordem individual do idoso, profissional, organizacional e legal contribuem para o processo.

No que concerne aos fatores intrínsecos ao idoso tanto os cuidadores como as equipas de saúde manifestam preocupação acrescida com aqueles que tem medo de queda, maior fragilidade, dependência ou declínio cognitivo, como manifesta uma funcionária *“é sempre mau quando acontece uma queda, mas nos que não estão bem da cabeça é sempre mais complicado, porque a família espera que a gente tome conta deles, uma vez que eles já não estão em condições para o fazer (...) a diretora também nos ‘puxa mais as orelhas’ quando é com um idoso demente, diz logo que não podemos justificar a queda com o comportamento do idoso, porque ele não sabe o que faz”* (CF3).

Em relação à dimensão profissional existe um sentimento de culpa e de ambivalência quando ocorre um incidente, por receio que se tenha falhado na prevenção, mas essencialmente por se pensar que uma falha de uma funcionária ou da equipa, em relação à segurança, provoque lesões graves no imediato, ou então perda da autonomia e da independência a médio e longo prazo. Este aspecto é bem ilustrado no discurso de duas participantes neste estudo *“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”(D1), “os idosos caem, já tem muitas mazelas, todas sabemos isso, mas parece que a culpa é nossa, mesmo sem culpa”(CF9).

Do ponto de vista organizacional a noção do eu na equipa, conjugado com as relações de poder apesar de não aparecerem explicitamente identificadas 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 (...)”*(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”* (E5).

O medo que a família haja judicialmente, por negligência, com consequências legais e até da perda de emprego são preponderantes para aumentar o medo.

Fica patente nos momentos de interação, nas reuniões das equipas e nas entrevistas aos profissionais que o medo de cada cuidador pode ser influenciado por um conjunto de fatores que se interrelacionam entre si. O *marketing* pessoal e profissional é pautado pela noção de competência baseada na relação terapêutica e na manutenção do idoso em segurança. Algumas funcionárias 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 na sua substituição na realização das AVD, para evitar que o idoso caia, por exemplo, evitando que eles andem pela ERPI, para evitar que escorreguem. Todavia a noção de competência na prevenção de quedas está alicerçada não no conhecimento efetivo sobre as intervenções que previnem os episódios, mas sim num conjunto de crenças sobre os fatores de risco, a sua interação e sobre a forma de prevenir.

Face ao exposto, a análise do discurso e a observação das práticas demonstram que a crença que um idoso pode cair (o que nem sempre corresponde à efetiva avaliação do risco) leva a que se condicione a atividade do idoso e se opte por substituí-lo na realização das AVD, ao invés de promover a independência. A própria política organizacional, baseada num modelo de desresponsabilização da pessoa idosa face a um conjunto de AVD, a não antecipação do risco para o controlo atempado, a inexistência ou não utilização de produtos de apoio à segurança centram a tónica no controlo do comportamento do idoso e não no que pode ser feito para auxiliar à promoção da atividade, promovendo a restrição da atividade e participação social.

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 cuidadora, 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”* (CF21) [o Sr. J. fez traumatismo craneoencefálico, após uma queda nas escadas e faleceu 12 horas após no hospital]. Mesmo a questão da comunicação com o idoso sobre os fatores de risco e as medidas preventivas emerge no discurso das cuidadoras em função da queda anterior com lesão e da sua experiência profissional com eventos dos quais resultaram lesões graves.

A autoeficácia percebida na prevenção de quedas e o controlo percebido sobre a realização de AVD, são influenciados pelas experiências anteriores das funcionárias e pelas orientações dadas pelos profissionais de saúde. Apesar de ser um achado importante esta relação recíproca precisa de ser explorada em estudos futuros para uma melhor compreensão de como as experiências anteriores, a autoeficácia nas quedas e o controlo sobre as AVD explicam o papel no medo de cair dos cuidadores e na sua tomada de decisão na prestação de cuidados ao idoso.

Os achados permitem ainda compreender que o medo do cuidador tem uma componente cognitiva, relacionada com a percepção do medo do próprio idoso, crenças, experiências anteriores e noção de autoeficácia e controlo e uma componente comportamental que impele para a substituição do idoso na realização das AVD, sobre proteção e discurso paternalista.

4 Discussão

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem compreender o fenómeno em estudo – o medo de queda nos cuidadores de idosos institucionalizados. Sobressai a complexidade das causas na origem do medo e a relação com um conjunto de fatores que influenciam o mesmo. O medo é “intrínseco” à cultura organizacional das ERPI, pauta o comportamento e a tomada de decisão sobre os cuidados a prestar aos residentes.

Estudos anteriores já demonstravam que o impacto emocional, o medo, a síndrome pós-queda e a ptofobia estão presentes não só em idosos que caíram, mas também nos que não sofreram quedas acidentais (Santos, & Santos, 2014). Menos explorado pela investigação, o medo de cair nos cuidadores identicamente têm sido identificado, uma pesquisa numa unidade de reabilitação revela que os familiares cuidadores, de pessoas com 60 ou mais anos que sofreram uma fratura da extremidade superior do fémur, estão mais preocupados com a possibilidade de queda, durante o programa de reabilitação, do que os próprios utentes (Shen, Hu, Liu, & Tong, 2015). Os resultados apresentados neste artigo deixam claro que estes são pontos relevantes no discurso dos cuidadores participantes, acrescentando a culpabilização face ao acidente.

Notam-se algumas dificuldades dos participantes na assunção de que a queda é um problema na instituição e que acontece, durante as suas horas de trabalho. Uma pesquisa anterior com cuidadores na comunidade, também identificou a relutância dos cuidadores falarem sobre este tema e justificam-no pela baixa escolaridade (Oliveira, Oliveira, Dias, & Rocha, 2016). Os nossos resultados apontam como justificação aspetos complexos como o *marketing* pessoal, o medo das consequências legais e organizacionais, o sentimento de culpa e o medo do julgamento por parte dos outros elementos da equipa.

O trauma psicológico, a culpa e o medo da recorrência leva a que os cuidadores, com a concordância de profissionais de saúde e diretores, defendam e utilizem a limitação de atividade no idoso e restrição da sua participação social. Uma pesquisa qualitativa sobre o tema já observava que o medo de nova queda não existe só nos idosos, que este pauta todas as relações com o idoso que cai, e está presente nos profissionais e na família, implicando alterações nas relações interpessoais e profissionais e aumentando a pressão sobre a pessoa idosa para que se mantenha em segurança (Baixinho, Dixe, & Henriques, 2018).

Apesar da intenção dos CF de prestarem os melhores cuidados possíveis e individualizados, prevalece o medo de que o idoso possa cair e em razão disso, são implementadas intervenções, ditas de prevenção, que o impede de realizar atividades simples do quotidiano (Oliveira, et al., 2016).

Uma pesquisa realizado por Honaker e Kretschmer (2014), com idosos residentes na comunidade, determina que o medo, para além de um elevado impacto na vida do idoso, altera a dinâmica familiar. 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 cuidadores e da sua restrição na participação social (Honaker & Kretschmer, 2014). Essas ações ocasionam a dependência 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 (Oliveira, et al., 2016).

Um estudo realizado em ERPI considera que 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 preditiva da capacidade funcional futura de residentes com demência e quedas com lesões graves (Fitzgerald, Hadjistavropoulos, & MacNab, 2009). Estes resultados reforçam os achados relativos à promoção da limitação da atividade e restrição da participação social, entendida pelos CF e aceite tanto pelos profissionais de saúde, como pela direção da ERPI 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 músculo-esqueléticas facilitadoras de queda (Oliveira, et al., 2016). Ambas as atitudes (limitação e restrição) são justificadas pelo medo de nova queda por parte desses idosos, mas também como sendo uma atitude protetora por parte de familiares/cuidadores, causando situações graves de dependência e possivelmente a institucionalização, nos idosos residentes na comunidade, o que favorece a baixa autoestima ou até mesmo a depressão (Oliveira, et al., 2016).

Concordamos com outros investigadores que advogam que a repercussão deste fenómeno na vida do idoso e da instituição é um desafio em diferentes domínios, como, por exemplo, na prevenção da limitação da atividade, na autoeficácia percebida, na avaliação global de saúde e na qualidade de vida (Santos, & Santos, 2014; Baixinho, Dixe, & Henriques, 2018).

Kocic et al. (2016) alertam que 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, é importante perceber como a ptofobia influencia a funcionalidade do idoso. 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 remetem o idoso para a passividade física e cognitiva.

Anuímos que os cuidadores, conseguem exercer ações preventivas, essencialmente as relacionadas com os fatores extrínsecos, não alicerçadas no conhecimento, mas de acordo com as suas próprias crenças sobre o que é eficaz e as suas vivência diária (Oliveira, et al., 2016). Contudo, estes cuidadores precisam ter conhecimento sobre os cuidados eficazes na prevenção de quedas (Oliveira, et al., 2016).

Subscrevemos a opinião de Oliveira et al. (2016) de que alguns profissionais da saúde só enfatizam esta problemática quando algo põe em risco a vida do idoso, ou até mesmo quando o acidente já aconteceu e que urge o desenvolvimento de habilidades e competências específicas, com um trabalho em equipa antecipatório e alicerçado numa cultura organizacional de segurança adequada às especificidades da população geriátrica e ao contexto das ERPI.

5 Conclusões

A TFD possibilitou a compreensão deste fenómeno complexo. São vários os fatores que provocam medo de queda nos cuidadores, bem como são múltiplos os elementos que o influenciam.

O facto de ter sido feito, em simultâneo, a colheita e a análise dos dados permitiu aprofundar a relação entre os conceitos. O conhecimento que emergiu do processo que progressivamente causa e influencia o medo nos cuidadores ficou explícito, no modelo apresentado.

Estudos futuros devem explorar como o medo nos profissionais das ERPI influencia a tomada de decisão sobre as ações preventivas a serem implementadas e como influencia as relações na equipa, explorando a dualidade medo e culpa.

Concluimos que o medo de queda está presente em todos os profissionais das ERPI, está alicerçado na própria percepção do profissional que o perigo existe, é iminente e de difícil controlo; tem uma

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

Há uma preocupação diária com este acidente, mas nem sempre as equipas 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 equipas, 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.

A natureza do estudo não permite extrapolar estes resultados para outras realidades, porque a amostra teórica não é representativa do universo dos profissionais das ERPI. A escolha das instituições, o tipo de organização, a estrutura física, a formação dos profissionais pode ter influenciado a análise da realidade. Apesar destas limitações, os resultados acrescentam conhecimento sobre o fenómeno em estudo.

Referências

- Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2015). Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Rev. Eletr. Enf.*, 17(4). doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.xxxx>.
- Baixinho, C.L., Dixe, M.A., Henriques, M.A. (2018). Restrição da Atividade após Queda em Idosos Institucionalizados: uma teoria fundamentada. In: Costa AP, Ribeir J, Synthia E, Faria BM. *Atas do 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa: Investigação Qualitativa em saúde* (vol 2).
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). London: Sage Publications.
- Deandrea, S., Bravi, F., Turati, F., Lucenteforte, E., Vecchia, C., & Negri, E. (2013). Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*, 56(3), 407-15. doi: 10.1016/j.archger.2012.12.006. Epub 2013 Jan 5.
- Fitzgerald, T.G., Hadjistavropoulos, T., MacNab, Y.C. (2009). Caregiver Fear of Falling and Functional Ability among Seniors Residing in Long-Term Care Facilities. *Gerontology*; 55(4):460-7. doi: 10.1159/000221007
- Fucahori, F.S., Lopes, A.R., Correia, J.J.A., Silva, C.K., & Trelha, C.S. (2014). Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioter. Movi.*, 27(3), 379-87. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.AO08>
- Honaker, J.A., & Kretschmer, L.W. (2014). Impact of Fear of Falling for Patients and Caregivers: Perceptions Before and After Participation in Vestibular and Balance Rehabilitation Therapy. *Am J Audiol*; 23(1):20-33. doi: 10.1044/1059-0889(2013/12-0074).
- Kocic, M., Stojanovic, Z., Lazovic, M., Nikolic, D., Zivkovic, V., Milenkovic, M., & Lazarevic, K. (2017). Relationship between fear of falling and functional status in nursing home residents aged older than 65 years. *Geriatr Gerontol Int.*; 17(10):1470-1476. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12897>. Epub 2016 Aug 31.
- Marques-Vieira, C.M.A., Sousa, L.M.M., Severino, S., Sousa, L., & Caldeira, S. (2016). Cross-cultural

- validation of the falls efficacy scale international in Elderly: Systematic literature review. *JCGG*, 7,72-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.icgg.2015.12.002>
- Oliveira, P.P., Oliveira, A.C., Dias, A.R., Rocha, F.C.V. (2016). Caregiver's knowledge about prevention of falls in elderly. *Rev Enferm UFPE on line*; 10(2):585-92. doi: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201627
- Santos, J.L.G., Cunha, K., Adamy, E.K., Backes, M.T.S., Leite, J.L., & Sousa, F.G.M. (2018). Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. *Rev Esc Enferm USP.*; 52:e03303. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>
- Santos, W.H., & Santos, K. (2014). Fear of falling in the elderly and psychotherapeutic intervention models. *Revista HUPE*, 13(2), 62-8. doi: 10.12957/rhupe.2014.10121.
- Shen, J., Hu, F., Liu, F., & Tong, P. (2015). Functional Restriction for the Fear of Falling In Family Caregivers. *Medicine*, 94(27):e1090. doi: 10.1097/MD.0000000000001090
- Streubet, H.J., & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Vitorino, L.M., Teixeira, C.A.B., Boas, E.L.V., Pereira, R.L., Santos, N.O., & Rozendo, C.A. (2017). Fear of falling in older adults living at home: associated factors. *Rev da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03215. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016223703215>
- Young, W.R., & Willians, A.M. (2015). How fear of falling can increase fall-risk in older adults: Applying psychological theory to practical observations. *Gait & Posture*, 41,7-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2014.09.006>
- Walker, G.M., Armstrong, S., Gosrdon, A.L., Gladman, J., Robertson, K., Ward, M., ... Logan, P.A. (2016). 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.*; 30(10):972-983. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215515604672>