

Modelo em uso na gestão da queda nas pessoas idosas institucionalizadas: um estudo de investigação-ação

A model used in the management of falls in institutionalized older people: an action-research study

Modelo utilizado en el manejo de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de investigación-acción

Ana Rita Pedrosa^I ; Inês Agostinho^I ; Larissa Chaves Pedreira^{II} ; Marcelle Miranda da Silva^{III} ;
Luís Sousa^{IV,V,VI} ; Rogério Ferreira^{V,VII} ; Cristina Lavareda Baixinho^{I,VIII} 

^ICentro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal; ^{II}Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brazil; ^{III}Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; ^{IV}Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica. Barcarena, Oeiras, Portugal; ^VComprehensive Health Research Centre. Évora, Portugal; ^{VI}RISE – Health Research Network, Porto, Portugal; ^{VII}Instituto Politécnico de Beja. Beja. Portugal; ^{VIII}Center for Innovative Care and Health Technology. Leiria, Portugal

RESUMO

Objetivo: analisar o modelo em uso na gestão do risco de queda nos idosos institucionalizados. **Método:** estudo de investigação-ação. Os participantes foram idosos, familiares, cuidadores formais e equipe de saúde. Os dados foram coletados por observação, entrevistas, consulta a documentação e analisados com recurso de software de análise qualitativa. Protocolo aprovado por um Comitê de Ética. **Resultados:** o modelo em uso centra-se no biomédico, valorizando o risco físico e intervenção direcionada para a restrição da atividade. Os cuidadores formais decidem as medidas de prevenção após a identificação dos riscos, conhecem e utilizam os recursos da instituição para a prevenção, mas as práticas nem sempre são mantidas. O medo de queda influencia a decisão, as práticas e os comportamentos dos idosos e profissionais. **Considerações finais:** é necessário preparar a institucionalização; avaliar o risco e implementar estratégias para prevenir o declínio de funcionalidade. **Descritores:** Acidentes por Quedas; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Prevenção de Acidentes.

ABSTRACT

Objective: to analyze the model used in managing fall risk among institutionalized older individuals. **Method:** action research study. The participants were older individuals, family members, formal caregivers, and healthcare staff. Data were collected through observation, interviews, and consultation of documentation, and analyzed using qualitative analysis software. Protocol approved by an Ethics Committee. **Results:** the model in use focuses on the biomedical approach, emphasizing physical risk and targeted intervention aimed at restricting activity. Formal caregivers decide on preventive measures after identifying risks, and they are aware of and utilize the institution's resources for prevention, but these practices are not always maintained. Fear of falling influences the decisions, practices, and behaviors of both older adults and professionals. **Final considerations:** it is necessary to prepare for institutionalization, assess the risk, and implement strategies to prevent functional decline. **Descriptors:** Accidental Falls; Homes for the Aged; Accident Prevention.

RESUMEN

Objetivo: analizar el modelo utilizado para gestionar el riesgo de caídas en ancianos institucionalizados. **Método:** estudio de investigación-acción. Los participantes fueron ancianos, familiares, cuidadores profesionales y personal de salud. Los datos se recopilieron mediante observación, entrevistas y consulta de documentación, y se analizaron utilizando software de análisis cualitativo. Protocolo aprobado por un Comité de Ética. **Resultados:** el modelo utilizado se centra en el enfoque biomédico, valorando el riesgo físico y la intervención específica destinada a restringir la actividad. Los cuidadores formales deciden sobre las medidas preventivas tras identificar los riesgos, y conocen y utilizan los recursos de la institución para la prevención, pero estas prácticas no siempre se mantienen. El miedo a las caídas influye en las decisiones, las prácticas y los comportamientos tanto de los ancianos como de los profesionales. **Consideraciones finales:** es necesario prepararse para la institucionalización; evaluar el riesgo e implementar estrategias para prevenir el deterioro funcional. **Descriptor:** Accidentes por Caídas; Hogares para Ancianos; Prevención de Accidentes.

INTRODUÇÃO

A queda é considerada um problema de saúde pública¹. As suas consequências e lesões secundárias, associadas ao medo de cair e à sobreproteção dos cuidadores, aumentam a complexidade desta síndrome nas pessoas idosas institucionalizadas. Estas por serem mais vulneráveis e apresentarem maior grau de dependência, tornam-se mais suscetíveis ao declínio da funcionalidade, ao aumento da morbilidade, à ocorrência de fraturas de fragilidade e à diminuição da esperança média de vida².

O presente estudo foi realizado com apoio do CIDNUR, Lisboa, Portugal - less#falls_2021.
Autora correspondente: Cristina Lavareda Baixinho. E-mail: crbaixinho@esel.pt
Editora Científica: Thelma Spindola; Editora Associada: Cintia Silva Fassarella

É consensual que a prevenção de quedas constitui um desafio complexo para idosos, cuidadores, profissionais e sistemas de saúde, não só porque a sua prevalência tende a aumentar face ao envelhecimento populacional, mas também porque a sua ocorrência raramente é causada por um único fator de risco¹⁻⁴. A multidimensionalidade do risco envolve fatores de domínios biofisiológicos, comportamentais e ambientais, cuja interação contribui para a queda. A revisão da literatura aponta como principais fatores de risco: a idade, estimando-se que 30% a 40% das pessoas com mais de 65 anos sofram, pelo menos, uma queda por ano⁵, valor que aumenta até 50% entre as pessoas com mais de 80 anos^{2,5,6}, a ocorrência de quedas prévias, a ptofobia; as alterações sensoriais de visão e de audição, o gênero feminino, além das doenças crônicas e a polifarmácia^{1,5,7,8}. Adicionalmente, identificam-se fatores cognitivos, como a demência e a depressão⁷; comportamentais, como a adoção de comportamentos de risco (por exemplo, o calçado inadequado) e a não antecipação de perigos^{3,6}; ambientais, como a presença de obstáculos e barreiras arquitetônicas^{2,8} e a própria institucionalização⁸.

A prevalência de quedas nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é superior à da comunidade. Alguns estudos apontam a prevalência de 43%⁸, justificada pela maior fragilidade e vulnerabilidade desta população⁴. Geralmente, os residentes em ILPI apresentam média de idades superior à dos idosos na comunidade, sendo mais dependentes, polimedicados e possuindo maiores alterações cognitivas^{2,6,8}.

Uma meta-análise que avaliou a incidência e os fatores de risco de quedas em idosos residentes em ILPI, associa com correlação forte os seguintes fatores a todos os episódios de quedas: histórico de quedas, desempenho prejudicado nas Atividades de Vida Diária (AVD), insônia e depressão. Os fatores com correlação baixa a moderada são: vertigem, necessidade de ajuda para caminhar, equilíbrio inadequado, uso de antidepressivos, benzodiazepínicos, antipsicóticos e ansiolíticos, polifarmácia, demência, marcha instável, problemas auditivos e gênero masculino⁸.

Após a ocorrência da queda, as pessoas idosas apresentam risco acrescido de comprometimento na realização das AVD. Este comprometimento pode persistir ao longo do tempo, com impacto na qualidade de vida³, e contribuir progressivamente para uma maior dependência de terceiros^{2,3}. É crucial que todos os idosos, particularmente os que apresentam maior risco de declínio funcional após a queda, tenham acesso a avaliação abrangente e a intervenções preventivas baseadas em evidência, para mitigar os impactos negativos na sua funcionalidade³.

A articulação entre a avaliação do risco e a implementação de medidas preventivas é uma recomendação universal para o controle deste fenômeno, através da eliminação ou mitigação dos fatores de risco individuais^{1,2,4,6,8}. Especificamente no contexto das ILPI, a literatura recomenda a avaliação do equilíbrio, da mobilidade, das condições médicas e da medicação prescrita⁸.

As intervenções preventivas englobam a educação para a saúde, com vista ao aumento do letramento em saúde¹, a prática de exercício físico^{1,9}, a monitorização dos residentes e a utilização de sistemas de alarme/chamada, a conciliação terapêutica e a suplementação com vitamina D¹⁰. Incluem, ainda, a adaptação do ambiente, com a eliminação de obstáculos e a supressão de barreiras arquitetônicas^{1,2,9} e a promoção de comportamentos seguros^{1,2,6}. Para a prevenção de lesões, as estratégias sugeridas contemplam o uso de equipamento de proteção, como os protetores de quadril, e sistemas de alarme/chamada¹⁰. Adicionalmente, a formação da equipe, bem como as iniciativas e suporte organizacional, são cruciais para a implementação de medidas preventivas⁹⁻¹¹.

A revisão da literatura permite-nos afirmar que a investigação tem sido profícua nesta área, com vários estudos recentes sobre o fenômeno. A iniciativa global *World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults*¹ sistematiza a evidência disponível, com claras recomendações para a avaliação do risco, intervenção e implementação de medidas preventivas. Todavia, constata-se que as práticas de idosos e cuidadores para a gestão do risco de queda^{2,6,10,11} nas ILPI, nem sempre são permeadas pela evidência, existindo vários obstáculos à sua introdução nos contextos clínicos.

Face ao exposto, o presente estudo, suportado por uma metodologia participativa e de co-construção, tem como objetivo analisar o modelo em uso na gestão do risco de queda em idosos institucionalizados, numa ILPI em Portugal.

MÉTODO

A natureza do fenômeno em estudo e a preocupação em analisar os modelos em uso nas ILPI levaram a equipe de investigação a optar por um método de investigação-ação longitudinal, assente na interação entre investigação, ação-reflexão e avaliação. A flexibilidade do método permite a interação entre investigadores e participantes, ou seja, entre conhecimento formal e informal, teoria e prática, o que conduz a mudanças reais na forma como as pessoas interagem entre si¹².

Este método permite ainda que investigadores e atores do contexto se conscientizem do problema e trabalhem em conjunto na procura de soluções, possibilitando um diálogo claro entre os 'modos de fazer', as 'rotinas' e a prática baseada na evidência, com a aplicação de um conjunto de intervenções que identificam e resolvem problemas da prática

clínica¹². Adicionalmente, incentiva os participantes a cooperarem na resolução de problemas e facilita a transferência de conhecimento para a prática clínica^{12,13}. Estando o problema identificado (a elevada prevalência de quedas nas ILPI, as suas consequências na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa idosa e o impacto nas equipes)^{1,2,9} e as medidas preventivas estudadas, o foco reside em compreender qual o modelo em uso nas ILPI para gerir o risco de queda, as barreiras e os facilitadores à introdução da evidência e à sustentabilidade da mudança ao longo do tempo.

Existem diferentes abordagens metodológicas para os estudos de investigação-ação. Neste estudo, seguiu-se a abordagem delineada por Kuhne e Quigley¹³, cujo protocolo se organiza em três fases e seis etapas: planeamento (definição do problema, definição do projeto, mensuração), ação (implementação e observação) e reflexão (avaliação e verificação da resolução do problema)¹³.

Este artigo apresenta os resultados da primeira etapa – a definição do problema através da identificação do modelo em uso – do projeto de gestão do risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas, que visa promover a transferência da evidência para as ILPI. Para a estruturação do artigo seguiram-se as recomendações da *Report Guideline COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)*¹⁴.

Perante à necessidade de uma maior compreensão sobre como é efetuada a gestão do risco de queda nos contextos reais, desde a sua identificação à implementação de medidas preventivas, definiu-se a seguinte questão de partida: “Como é realizada a gestão do risco de queda na pessoa idosa após a sua institucionalização?”

Os participantes do estudo são idosos, os respectivos familiares, cuidadores formais e a equipe de saúde de uma ILPI, na região de Lisboa e Vale do Tejo, em Portugal. A instituição acolhe 101 idosos, 54,4% dos quais com declínio cognitivo, contando com 38 cuidadoras formais, três enfermeiros e dois médicos.

Os dados foram colhidos pelo mesmo investigador, entre abril e dezembro de 2024, através de observação, entrevistas semiestruturadas e consulta dos processos sociais e de saúde. Foram elaboradas notas em diário de campo, que incluíram dados das reuniões de equipe, trechos de conversas com os idosos e profissionais, e elementos extraídos dos processos que permitiam compreender o fenómeno em discussão.

Adicionalmente à coleta de dados, foram dinamizadas várias reuniões com os participantes. O mesmo investigador encontra-se, neste momento, na fase de ação para implementação da intervenção co-construída com os participantes. A fase de reflexão, que se focará na avaliação da intervenção, está prevista para o primeiro semestre de 2027.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e inseridas no *software* de análise qualitativa N-Vivo[®], tal como os registos de observação e as notas de campo. A análise dos achados foi efetuada pelo investigador principal, que esteve presente semanalmente na ILPI, e posteriormente, validada pela equipe. As fontes de dados foram, primeiramente, analisadas individualmente e, de seguida, trianguladas para aprofundar os resultados e garantir a compreensão do modelo em uso. A triangulação possibilitou a comparação e a procura de similaridades, o que aumentou a validade dos achados¹⁵. O processo de codificação e validação dos resultados envolveu transcrição, leitura, codificação, definição de categorias e a devolução da interpretação aos participantes para validação da análise¹³.

Foi atribuído um código a cada participante (Pessoa Idosa- PI, Família-F, Cuidador Formal- CF, Enfermeiro-E e Médico-M) e a cada fonte (Entrevista-E, Reunião de Equipe - RE, Processo-P, Observação-O). Na definição das categorias, foram asseguradas a representatividade, a integralidade, a homogeneidade e a pertinência.

O protocolo de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e respeitou os princípios éticos inerentes a este tipo de investigação, nomeadamente o consentimento informado, a privacidade e a confidencialidade. Por se tratar de um estudo de investigação-ação, com presença regular de um investigador na ILPI, existiu preocupação adicional em garantir o rigor e a objetividade, não impor valores, respeitar os participantes e sua individualidade, assegurar relações interpessoais construtivas e não colocar a integridade dos participantes em risco sob nenhuma circunstância.

RESULTADOS

Dos 101 idosos da instituição, 61,3% são do sexo feminino e 38,7% do sexo masculino, com idade média de 81,9 anos ($\pm 6,9$), variando entre mínimo de 65 e máximo de 98 anos. Do total, 69,3% apresentam alto risco de queda, e a prevalência de quedas no período em que decorreu o estudo foi de 42,5%.

As cuidadoras formais e os profissionais de saúde exercem a sua atividade profissional, em média, há 16 anos ($\pm 9,7$), sendo que apenas 30,6% possuem formação na área da gestão do risco de queda na população idosa institucionalizada.

A análise dos dados permitiu identificar as seguintes categorias: Institucionalização; Gestão do risco; Implementação das medidas preventivas e cuidados após a queda, bem como e o tema central: O medo da queda - o elefante na ILPI.

Institucionalização

No processo de admissão, os profissionais afirmam que a sua prioridade é verificar se a pessoa idosa tem alterações na marcha, na força muscular e/ou no equilíbrio, se utiliza auxiliar de marcha e se apresenta declínio cognitivo. As dificuldades em sentar-se ou levantar-se e a necessidade de ajuda no banho são entendidas como fatores de risco secundários. A equipe de saúde, nas primeiras 48 horas, avalia o risco de queda com recurso de uma escala registrada no processo clínico; todavia, estes resultados não são comunicados a toda a equipe nem suportam a tomada de decisão sobre as medidas preventivas a adotar.

Os próprios residentes notam que a principal preocupação das cuidadoras formais, e até a sua própria, é com as pessoas confusas, com agitação psicomotora ou com dificuldades em andar. Como refere um idoso:

É normal que eles caiam mais, já não conseguem andar bem, alguns nem sabem onde estão. (PI-E7)

Cientes de que a avaliação do risco pode não explorar todos os fatores individuais, os profissionais consideram que deveria ocorrer uma reunião prévia à institucionalização. Nesse momento, seria possível, em conjunto com o idoso e família, avaliar o risco de queda e adequar o equipamento necessário à sua prevenção, até porque constata-se que:

Muitos idosos caem nos primeiros dias aqui. O lar tem menos obstáculos do que os que existem em casa e eles usam o seu calçado, mas mesmo assim somos surpreendidos com muitas quedas, que não são fáceis de prevenir nem de controlar, porque algumas acontecem nas nossas costas. O idoso passa por nós a andar bem e, 2 ou 3 minutos depois, cai no corredor, no quarto, na casa de banho, sem que nada o fizesse prever. (E-CF25)

Na opinião dos profissionais, um aspecto central desta preparação da institucionalização é a possibilidade de assessorar o idoso e a família na escolha do calçado, do vestuário e das ajudas técnicas a trazer para a instituição, as quais nem sempre são as adequadas para garantir a marcha segura. Um dos familiares nota que a falta de comunicação sobre este tema é notória desde o início, relatando que:

O meu pai caía inúmeras vezes em casa, vivia sozinho e a última vez esteve desde as 3 às 10h no chão do quarto, porque não se conseguia levantar e nenhum dos vizinhos o ouviu a pedir ajuda. Foi por isto que veio para aqui. Logo no segundo dia, caiu no lar. Nunca falaram conosco sobre isto, por isso nunca informamos as senhoras que ele caía com frequência, mas também notamos que nem sempre nos comunicam que ele cai; acabamos por saber por ele. (E-F16)

Conclui-se que, no momento da admissão à ILPI, a avaliação do risco é realizada individualmente por cada profissional, baseando-se nas suas crenças sobre o que contribui para o risco. A equipe, incluindo o idoso e a família, não valoriza a ocorrência de quedas prévias, nem identifica as práticas do idoso para a sua prevenção.

Gestão do Risco

Ao longo da institucionalização, a preocupação dos profissionais centra-se nas pessoas mais dependentes para as AVD, com dificuldades na marcha, diminuição da força muscular ou alterações de equilíbrio. Contudo, alguns idosos consideram que a dependência contribui pouco para a ocorrência de quedas, manifestando nos seus discursos que:

Os que não conseguem fazer as coisas são mais ajudados e, por isso, têm menor probabilidade de cair. (E-PI42)

Tanto profissionais como idosos têm a noção de que valorizam fatores de risco diferentes, como fica explícito nesta fala:

No outro dia cai e depois avaliaram-me a tensão. Disseram-me que tinha a tensão alta e por isso tinha caído. Mas há aqui muitos velhos, como eu, que têm a tensão alta, mas os que caem mais são as mulheres com tensão baixa. (E-PI4)

No período de coleta de dados, a observação (O) permitiu verificar que aspectos relativos à utilização de produtos de apoio, incluindo os auxiliares de marcha, não são valorizados como risco ou como medida preventiva. Existem elevadores de vaso sanitário que, por não estarem sempre colocados, dificultam o sentar e levantar a pessoas com maior dificuldade de mobilidade, e que se beneficiariam desta facilitação. Os sofás não são ajustáveis às características antropométricas dos idosos, sendo a maioria demasiado baixa, o que impede um correto alinhamento corporal (articulação coxofemoral e do joelho a 90°, pés apoiados e a articulação tibiotársica em ângulo de 90°). Muitos idosos “deslizam” nos assentos por não terem o peso do corpo bem distribuído pela região isquiática e coxas, diminuindo a superfície de apoio do corpo no assento do poltrona, e dificultando o ato de se levantar, o que aumenta a probabilidade de desequilíbrio (O).

Os auxiliares de marcha frequentemente não se encontram nas devidas condições de utilização, com as borrachas de apoio danificadas ou desajustados à altura do idoso. Verifica-se o seu uso incorreto, sobretudo no sentar e levantar, sendo o erro maior o apoio na própria bengala/muletas em vez de no apoio lateral da cadeira/poltrona. Os andadores são mantidos afastados do corpo, implicando uma inclinação anterior, que diminui a base de sustentação. As muletas

são posicionadas de forma inadequada, afastadas do corpo, lateral e anteriormente, o que obriga à abdução dos membros superiores e inclinação anterior do corpo, com alteração do centro de gravidade, descentrando-o da base de sustentação. O apoio da base da muleta não é feito na totalidade, sendo identificado um ângulo variável entre o apoio e o chão. Se a borracha de proteção estiver danificada e/ou o piso molhado, o risco de deslizamento deste auxiliar aumenta (O).

Constatou-se ainda que muitos idosos utilizam meias ou sapatos apertados, que dificultam o retorno venoso (verificando-se pelo aumento do volume do edema no terço médio e na tibiotársica) e podem interferir com a segurança da marcha (O). Adicionalmente, observam-se dificuldades no desapertar e apertar de calças e cintos, tarefas executadas com interferência na estabilidade corporal, uma vez que o idoso assume uma dorsiflexão acentuada, com uma curta base de sustentação e o centro de gravidade elevado (O).

Um dos médicos entrevistados expressa a urgência de formação para a equipe sobre a avaliação do risco e compreensão da interação dos diferentes fatores que estão na gênese da queda:

A uniformização da avaliação, e valorizarmos todos o mesmo, é essencial para prevenir acidentes e diminuir a incidência, já que o risco de queda é uma realidade associada a um número significativo de idosos. E sendo uma realidade quase diária, constante na nossa prática diária, continua a ser desvalorizada. Acho que, no fundo, achamos sempre que vai acontecer e por isso tendemos a desvalorizar. (M1)

A aparente desvalorização da informação sobre os fatores de risco de queda e a falha na sua comunicação entre equipes apontam para a sua minimização, mesmo quando identificados.

Implementação das Medidas Preventivas

Constata-se uma hipervalorização da colocação de grades na cama e de cintos de imobilização como recurso preventivo (O), com claras consequências na autonomia e independência da pessoa idosa. No discurso de profissionais e de alguns idosos, estas medidas de restrição física emergem como preventivas. Um idoso, referindo-se ao colega de quarto, descreve o seguinte:

[...]Jele já não sabe o que faz e tenta levantar-se muitas vezes. Agora tem estado preso com aquele cinto na cama e na cadeira. É a forma de não partir nada, mas é triste terminarmos assim!. (E-PI13)

Um enfermeiro justifica esta opção com o número elevado de pacientes por cuidadora e a dificuldade em manter a vigilância contínua (E-E2).

Os produtos de apoio, como as barras laterais na casa de banho, são subvalorizados e, por vezes, deixados fora da posição de utilização pelos próprios profissionais (para facilitar tarefas como limpeza), impedindo o seu uso por parte dos idosos (O).

Os próprios idosos manifestam dúvidas sobre como se manterem seguros e não adotam consistentemente práticas preventivas seguras, como na seleção do calçado, por vezes por constrangimentos económicos:

O calçado que trouxe há 4 anos para o lar. Não posso pedir à família sapatos novos porque já é difícil conseguirem pagar a mensalidade, os medicamentos e o material para os curativos da perna. (E-PI32) [a ferida na perna foi secundária a uma quase queda nas escadas].

Salienta-se que o calçado é frequentemente comprado por um familiar, sem a presença do idoso e sem atender às características morfológicas do pé e à possibilidade de alterações provocadas pelo edema dos membros inferiores e outras alterações que não permitem continuar a utilizar o calçado que o idoso trouxe para a instituição. Uma auxiliar confirma a dificuldade:

É difícil, muitos só trazem um par de sapatos quando entram no lar, as famílias não vêm e temos de colocar os que temos. (E-CF18) [referindo-se a sapatos de outros idosos].

Outra acrescenta que, nos pacientes em cadeiras de rodas, se opta por chinélos por serem mais fáceis de calçar e descalçar (E-CF1), uma prática observada com frequência na instituição. Os profissionais refletem sobre o papel mais ativo para os idosos:

Devemos pedir colaboração direta do paciente, incentivando a sua intervenção [...] talvez realizando sessões de sensibilização junto daqueles que podem colaborar, não só pelo autocuidado mas para alerta de situações em relação aos outros pacientes, responsabilizar cada idoso sobre o seu cuidar e o cuidar do outro. Ninguém melhor que o idoso que está sentado na poltrona ao lado, que sabe os hábitos melhor do que ninguém da sua parceira de conversas. [...] Podem alertar-se mutuamente. [...]E são fundamentais na vigilância dos idosos com menos conscientização do problema. (E-CF15)

No entanto, não existe consenso sobre o envolvimento da família, cujo contato é descrito como difícil e, por vezes conflituoso:

As famílias aparecem pouco no lar, é difícil termos contato com elas. Mesmo quando vêm não há grande preocupação com o que é preciso, algumas até desconfiam que estejamos a fazer o melhor que podemos; outros nem aparecem, nem se preocupam, mas quando eles caem acabam por nos responsabilizar. (E-CF29)

É consensual entre todos os participantes a necessidade de formação sobre as quedas e um protocolo orientador.

Após uma queda, há a preocupação de contatar a equipe de saúde, para avaliação da pessoa, e documentar o episódio. Aumenta-se a vigilância e o auxílio na execução das AVD. Frequentemente, os idosos são advertidos verbalmente, por algumas cuidadoras e até por outros idosos, para que permaneçam sentados e evitem mobilizar-se sem supervisão. A análise dos dados permite concluir que esta sobreproteção condiciona a mobilidade e alimenta o medo de cair, não só em quem sofreu a queda, mas também nos outros idosos que ouvem a mensagem “não se levante porque pode cair” (O).

O medo da queda – o elefante na ILPI

A exploração das palavras mais frequentes nas entrevistas e diário de campo está representada na Figura 1 e permite verificar que o medo tem uma expressão significativa.



Figura 1: Nuvem de palavras. Elaborado no Venngage®. Lisboa, Portugal, 2025.

Importa clarificar que o medo de cair não é abordado como fator de risco no discurso dos participantes. Alguns idosos perspectivam-no como um fator protetor, que os ajuda a tomar decisões mais seguras:

Já cai e parti um dedo do pé, puseram-se uma tala e tinha muitas dificuldades em andar, depois de tirar a tala tive de fazer fisioterapia, tenho tanto medo de voltar a cair que evito fazer uma série de coisas [...] quando vou ao banheiro verifico sempre se o chão está seco, nunca uso as escadas. (E-PI15)

Vejo o que leva os outros a cair e como tenho medo que me aconteça a mim, evito cair nos mesmos erros. (E-PI39)

Outros associam-no ao receio de perderem a independência e autonomia, o que os leva a ocultar incidentes:

No outro dia escorreguei na casa de banho, mas não disse nada a ninguém. Tenho muito medo de cair, mas se digo que ando aí aos tombos, elas não me deixam fazer as coisas e tenho medo de perder o pouco de autonomia que me resta. (E-PI21)

No discurso dos profissionais, este medo assume diferentes contornos. Surge associado às consequências da queda para o idoso, mas também ao receio de que o acidente ocorra durante o seu turno, acompanhado por sentimentos de culpa:

Sabemos que a queda pode ser o fim deles, porque se partem alguma coisa e tem de ir ao hospital vem mais dependentes do que eram e raramente voltam a conseguir andar em condições. (E-CF23)

Todas temos receio que ocorra uma queda no nosso turno, ficamos sempre com a responsabilidade de ter acontecido conosco, sobretudo quando se magoam é sempre chato, pensamos sempre que temos alguma culpa. (E-CF8)

Finalmente, manifesta-se a preocupação com a reação da família e as possíveis consequências legais para os profissionais e instituição:

No outro dia ouvi as funcionárias a falar entre si, caiu a D. Maria, que partiu a perna e foi para o hospital. A família ameaçou apresentar queixa contra o lar, estavam todas com medo da queixa, mas elas não tiveram culpa nenhuma, avisam-na sempre para chamar quando quer ir ao banheiro, para ajudarem-na, mas ele teima em ir sozinha e sem a bengala. (E-PI11)

Salienta-se que a utilização da restrição física e as advertências constantes para que as pessoas não se mobilizem são práticas baseadas no medo que os cuidadores têm de que a queda ocorra. Conclui-se que o medo da queda é um aspecto central nas ILPI, que determina as intervenções, medeia as relações e pode ter impacto no aumento da prevalência. A Figura 2 representa graficamente o modelo em uso na gestão do risco de queda na ILPI.

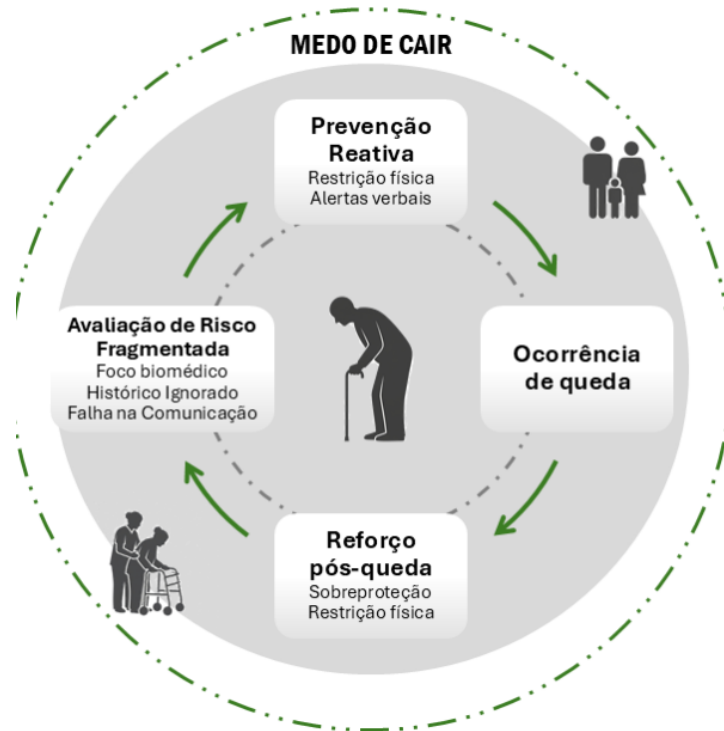


Figura 2: Modelo em uso na gestão da queda nas pessoas idosas institucionalizadas. Lisboa, Portugal, 2025.

DISCUSSÃO

A presente investigação analisou o modelo em uso na gestão do risco de queda numa ILPI, desvendando uma abordagem reativa, assente no modelo biomédico, e governada por um medo organizacional implícito –dimensão subexplorada na literatura. A discussão destes achados estrutura-se em torno das suas vertentes mais significativas: a dissonância do modelo de gestão face à evidência, as falhas sistêmicas no processo de avaliação de risco e, como contribuição mais inovadora, o papel do medo enquanto princípio organizador das práticas.

No que diz respeito à primeira categoria que emergiu da análise dos resultados, “institucionalização”, os resultados demonstram que a identificação inicial de fatores de risco, como alterações da marcha e declínio cognitivo, está em concordância com a evidência internacional que os valida⁸. Contudo, o processo de avaliação, embora protocolado, como verificado nos processos clínicos, revela-se um ato isolado cujos resultados não são disseminados pela equipe nem integrados no plano de cuidados. Esta prática diverge frontalmente das diretrizes internacionais, que preconizam uma avaliação abrangente e sistematicamente comunicada para suportar a tomada de decisão^{1,3}. O presente estudo avança ao demonstrar como esta falha na comunicação perpetua uma gestão de risco baseada em crenças individuais dos profissionais e não na evidência. Adicionalmente, a desvalorização do histórico de quedas, dado crítico evidenciado nos resultados, representa uma dissonância fundamental com a evidência científica, que o estabelece como um dos mais fortes preditores de quedas futuras^{8,9,16}.

Relativamente à gestão do risco contínua, a ênfase da equipe na dependência física como fator de risco está, de fato, alinhada com a literatura^{8,17}. No entanto, o estudo expõe uma divergência significativa entre o risco percebido pelos profissionais e os riscos concretos e multifatoriais registrados por meio da observação. O uso incorreto de auxiliares de marcha e a inadequação do mobiliário, por exemplo, constituem fatores de risco ambientais e comportamentais extensamente documentados^{2,3,6,8}, mas que no contexto estudado são negligenciados. Esta desatenção a fatores de risco modificáveis¹⁸ constitui uma lacuna na prestação de cuidados e demonstra uma oportunidade de intervenção.

Os autores observam que as estratégias eficazes de prevenção de quedas exigem a compreensão e o controle das características associadas ao aumento do risco, incluindo características que são imutáveis (dados demográficos), difíceis de modificar (geografia) e potencialmente modificáveis (condições de saúde e funcionais). A elaboração e implementação de estratégias baseadas em evidências para abordar características modificáveis pode reduzir o risco de quedas¹⁸.

A dimensão das medidas preventivas revela a mais flagrante divergência com a evidência científica atual. A observação, confirmada pelas entrevistas, demonstra a hipervalorização da contenção física como estratégia primária. Esta prática opõe-se diretamente às diretrizes e pesquisas que demonstram os efeitos iatrogênicos da restrição ao promover, em seu lugar, intervenções multi-componentes, como o exercício físico, a educação da equipe e a adaptação ambiental^{1,9-11}. Enquanto a literatura internacional avança na implementação de culturas de cuidado livre de restrições^{1,19}, os resultados deste estudo sugerem que a prática observada permanece num paradigma de segurança reativo, resultando num ciclo de imobilidade e aumento da dependência. A educação e a formação da equipes devem ser reforçadas para diminuir ou eliminar, por completo, as práticas de restrição da mobilidade, especialmente para os novos colaboradores^{1,11,19}. A *practice-based learning* (PBL) pode ser um recurso pedagógico importante porque contribui para a compreensão e a responsabilidade profissional, oferecendo oportunidades para aprender novas competências, refinar as organizações e alinhar os sistemas de saúde pública com as práticas desejadas¹⁹.

A contribuição mais inovadora deste estudo para a discussão científica reside na identificação do medo de cair como o “elefante na ILPI”, não apenas como fator de risco intrínseco do idoso (ptofobia), mas como modelo de gestão organizacional subjacente. Se, por um lado, os resultados corroboram a literatura ao identificar o medo no idoso como modulador do comportamento, que pode levar à restrição da atividade^{2,5,6}, por outro, a investigação avança ao desvendar, por meio das entrevistas, o medo sistêmico nos profissionais. O medo manifesta-se nos cuidadores através do receio da responsabilização e de consequências legais, levando-os a adotar práticas restritivas; e nos idosos, que, por vezes, ocultam incidentes para não verem a sua autonomia ainda mais cerceada. O medo — do idoso, da família e dos profissionais — tem impacto direto nas decisões clínicas e comportamentos e, contribui para a compreensão da complexa dinâmica da prevenção de quedas em contexto institucional^{19,20}. Este achado posiciona, assim, o estudo numa perspectiva original e divergente da literatura convencional, a qual tende a focar-se em protocolos e fatores de risco clínicos, subestimando o impacto da cultura organizacional e das emoções dos cuidadores como barreiras à implementação da evidência.

Em suma, os resultados confirmam que as práticas na ILPI estudada divergem das recomendações baseadas na evidência, um fenômeno documentado noutros contextos^{10,11}. Contudo, a força desta investigação reside na sua metodologia de investigação-ação, a qual permitiu desvendar não apenas *o quê* (a dissonância), mas *porquê* desta dissonância, ao apontar o medo e as falhas de comunicação sistêmicas como barreiras centrais à implementação de um modelo de cuidados preventivo e verdadeiramente centrado na pessoa.

Limitações do estudo

O estudo apresenta limitações associadas ao método de investigação-ação. Os dados obtidos em um contexto muito específico não permitem replicação. Entretanto, a triangulação de diversas fontes aumentou a validade do estudo e fornece uma visão mais holística do mesmo.

Ademais, os achados deste estudo são limitados ao contexto do estudo e, portanto, não são generalizáveis. No entanto, essas limitações quanto ao rigor com que a pesquisa foi conduzida permitem a transferibilidade dos resultados para contextos semelhantes e a discussão desse fenômeno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este objetivo de analisar o modelo em uso na gestão do risco de queda em idosos institucionalizados foi plenamente alcançado, tendo-se concluído que o modelo regente é reativo, centrado numa abordagem biomédica e assente na restrição da mobilidade. A gestão do risco revelou-se um processo fragmentado, com falhas sistêmicas na comunicação e na aplicação da avaliação, o que perpetua a dissonância significativa entre as práticas cotidianas e a evidência científica.

A contribuição mais significativa desta investigação reside na identificação do medo — não apenas o do idoso (ptofobia), mas o medo organizacional partilhado por profissionais e famílias — como o elemento central e subjacente que governa a cultura de cuidados. Este medo de queda e das suas consequências (culpabilização, litígios) funciona como a principal barreira à implementação de estratégias preventivas e capacitadoras, favorecendo, em seu lugar, uma cultura de sobreproteção e de restrição. A superação deste modo exige, portanto, mais do que a implementação de

novos protocolos; implica na mudança de paradigma focada na capacitação das equipes e na desconstrução desta cultura de medo.

Ainda que os resultados não sejam generalizáveis dada a natureza de estudo de caso único, a profundidade da análise permite a sua transferibilidade para contextos similares. A metodologia de investigação-ação foi fundamental para desvendar estas dinâmicas e estabelece as bases para a fase seguinte do projeto: a co-construção e implementação de intervenções focadas nas barreiras aqui identificadas. Em suma, este estudo demonstra que, para se gerir eficazmente o risco da queda é imperativo primeiro gerir o medo que o rodeia.

REFERÊNCIAS

1. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022 [cited 2025 Aug 21]; 51(9):afac205. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>.
2. Baixinho CRSL, Dixe MDACR, Henriques MAP. Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Rev Bras Enferm*. 2017 [cited 2025 Aug 21]; 70(4):740-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>.
3. Adam CE, Fitzpatrick AL, Leary CS, Ilango SD, Phelan EA, Semmens EO. The impact of falls on activities of daily living in older adults: a retrospective cohort analysis. *PLoS One*. 2024 [cited 2025 Aug 21]; 19(1):e0294017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294017>.
4. Yang ZC, Lin H, Jiang GH, Chu YH, Gao JH, Tong ZJ, et al. Frailty is a risk factor for falls in the older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Nutr Health Aging*. 2023 [cited 2025 Aug 21]; 27(6):487-595. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1935-8>.
5. Gürlér H, Bayraktar N. The effectiveness of a recurrent fall prevention program applied to elderly people undergoing fracture treatment. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2021 [cited 2025 Aug 21]; 40:100820. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100820>.
6. Lavareda Baixinho C, Dixe MA. ¿Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas? *Index Enferm*. 2017 [cited 2025 Aug 28]; 26(4):255-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300004&lng=es.
7. Trevisan C, Ripamonti E, Grande G, Triolo F, Ek S, Maggi Set al. The association between injurious falls and older adults' cognitive function: the role of depressive mood and physical performance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021 [cited 2025 Aug 28]; 76(9):1699-706. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/76.9.1699>.
8. Shao L, Shi Y, Xie XY, Wang Z, Wang ZA, Zhang JE. Incidence and risk factors of falls among older people in nursing homes: systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2023 [cited 2025 Aug 28]; 24(11):1708-17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.06.002>.
9. Miura T, Kanoya Y. Fall risk assessment and prevention strategies in nursing homes: a narrative review. *Healthcare*. 2025 [cited 2025 Aug 21]; 13(3):357. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13040357>.
10. Albasha N, Curtin C, McCullagh R, Cornally N, Timmons S. Staff's insights into fall prevention solutions in long-term care facilities: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2023 [cited 2025 Aug 21]; 23(1):738. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04435-7>.
11. Baixinho CL, Dixe MA. Team practices in fall prevention in institutionalized elderly people: Scale design and validation. *Texto Contexto Enferm*. 2017 [cited 2025 Aug 21]; 26:e2310016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>.
12. Silva EJC; Morais ER, Figueiredo MDLF, Tyrrell MAR. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. 2011 [cited 2025 Aug 28]; 64:592-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300026>.
13. Kuhne GW, Quigley BA. Understanding and using action research in practice settings. In: Kuhne GW, Quigley BA. *Creating practical knowledge through action research: posing problems, solving problems, and improving daily practice*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass Publishers; 1997. pp. 23-40.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 [cited 2025 Aug 28]; 19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
15. Renz SM, Carrington JM, Badger TA. Two strategies for qualitative content analysis: an intramethod approach to triangulation. *Qual Health Res*. 2018 [cited 2025 Aug 21]; 28(5):824-31. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732317753586>.
16. Zhou J, Liu B, Qin MZ, Liu JP. A prospective cohort study of the risk factors for new falls and fragility fractures in self-caring elderly patients aged 80 years and over. *BMC Geriatr*. 2021 [cited 2025 Sep 1]; 21(1):116. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02043-x>.
17. Ramírez MH, Flores CAJ, Alvarado MRB, Delgado IL, Tarabay JAB. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Horiz. Sanitário*. 2020 [cited 2025 Sep 1]; 19(1):153-65. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3546>.
18. Bergen G, Stevens MR, Kakara R, Burns ER. Understanding modifiable and unmodifiable older adult fall risk factors to create effective prevention strategies. *Am J Lifestyle Med*. 2019 [cited 2025 Sep 1]; 15(6):580-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827619880529>.
19. Izadi-Avanji FS, Safa A, Abedzadeh-Kalahroudi M, Shaterian N. Fear of falling and its related factors in older adults following a fall in Kashan, Iran (2023-2024). *BMC Geriatr*. 2024 [cited 2025 Sep 1]; 24(1):965. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05560-7>.
20. Baixinho CL, Marques-Vieira C, Sousa L, Abrantes A, Conceição N, Martins A et al. Falls efficacy scale - formal caregivers: adaptation and validation in Portuguese nursing homes. *Geriatr Nurs*. 2025 [cited 2025 Sep 1]; 61:113-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.060>.



Contribuições dos autores:

Concepção, C.L.B e I.A.; metodologia, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. e I.A.; software, C.L.B e I.A.; validação, C.L.B, L.C.P., M.M.S., L.S. e R.F.; análise formal, C.L.B e I.A.; investigação, C.L.B, A.R.P. e I.A.; recursos, C.L.B.; curadoria de dados, C.L.B e I.A.; redação, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. e I.A.; revisão e edição, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. e I.A.; visualização, C.L.B, A.R.P., L.C.P., M.M.S., L.S., R.F. e I.A.; supervisão, C.L.B., L.S e R.F.; administração do projeto, C.L.B.; aquisição de financiamento, C.L.B. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “*Modelo em uso na gestão da queda nas pessoas idosas institucionalizadas: um estudo de investigação-ação*”.