

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Eliane Raquel Rieth Benetti

**ESTRESSORES E VARIANCES DE BEM-ESTAR
EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS:
TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM**

Santa Maria, RS, Brasil

2019

Eliane Raquel Rieth Benetti

**ESTRESSORES E VARIANÇAS DE BEM-ESTAR
EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS:
TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Margrid Beuter

Santa Maria, RS, Brasil

2019

Estressores e variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas: Teoria de Médio Alcance de Enfermagem, Eliane Raquel Rieth
Benetti / Eliane Raquel Rieth Estressores e variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas: Teoria de Médio Alcance de Enfermagem.- 2019.
246 p.; 30 cm

Orientadora: Margrid Beuter
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Pessoa Idosa. 2. Hospitalização. 3. Estresse psicológico. 4. Teoria de Enfermagem. 5. Enfermagem Geriátrica. I. Beuter, Margrid II. Título.

Eliane Raquel Rieth Benetti

**ESTRESSORES E VARIANÇES DE BEM-ESTAR
EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS:
TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Aprovada em 13 de dezembro de 2019:

Margrid Beuter, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)

Eniva Miladi Fernandes Stumm, Dra. (UNIJUÍ)

Rosimere Ferreira Santana, Dra. (UFF)

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)

Nara Marilene Girardon-Perlini (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

*Àqueles que eu amo e que tiveram comigo muito mais do que amor,
carinho e paciência durante esta caminhada...*

*Àqueles que compreenderam minha ausência e me acolheram
sempre com um sorriso no rosto e com um abraço afetuoso...*

*Àqueles que sonharam comigo, incentivaram o voo e me ensinaram
uma importante lição: há um tempo para tudo!*

*Ao meu amado pai **José Francisco** (in memorian),
à minha querida mãe **Teresinha**,
ao meu irmão e amigo **Giovani Henrique**,
ao meu parceiro de vida, meu amor **André**...*

Essa conquista é por vocês e para vocês!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela inspiração, discernimento, força nos momentos de dificuldade e por me conceder a serenidade necessária para a plena concretização desse estudo, deste sonho!

Ao meu esposo **André**, por ser meu conforto e minha paz, pois sei que a qualquer momento terei o calor do seu amor e isso, me fortalece para as batalhas da vida. Pela parceria fiel nos momentos de dificuldade, pelos incontáveis momentos de felicidade já compartilhados e pelos que hão de vir. Por dividir comigo projetos, sonhos e a tua vida... Te amo, muito mais do que consigo expressar!

Ao meu pai, **José Francisco** (in memoriam), que me ensinou que a arte de viver com dignidade só é possível, quando observados os princípios da humildade, honestidade, lealdade, sinceridade e dedicação. Contigo aprendi o verdadeiro sentido do cuidado e o valor do tempo! Apesar da distância física que nos separa, os laços de amor, suas palavras ternas e seus ensinamentos não se desfazem. Sinto tua presença constante e sei que estás vibrando com essa conquista, do outro lado do caminho! Meu amor e gratidão eternos, pai!

À minha mãe, **Teresinha**, a mulher mais forte, batalhadora e corajosa que eu conheço. Contigo aprendi sobre a imensidão do amor, sobre a importância da fé e a capacidade de resiliência. Por ser meu porto seguro, meu incentivo e minha motivação diária, minha eterna gratidão e admiração!

Ao meu irmão, **Giovani Henrique**, pela ternura, carinho, cumplicidade e apoio incondicional. Obrigada por existir, por ser meu exemplo de hombridade, meu parceiro e enfermeiro, para toda a vida. Te amo desde o primeiro dia em que te vi!

À minha orientadora, **Profa. Dra. Margrid Beuter**, por ter me acolhido gentilmente e ter se tornado muito mais que uma orientadora. Obrigada pelas orientações, conversas, conselhos, amizade e lapidação desta obra. Tens meu respeito e minha admiração!

Aos **Professores e colegas da 2ª Turma de Doutorado** do Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela convivência, amizade, troca de saberes, pelos momentos de alegria e aprendizado.

À **Universidade Federal de Santa Maria**, pela formação pública, gratuita e de qualidade, durante Mestrado e Doutorado em Enfermagem e ao **Hospital Universitário de Santa Maria**, pelas possibilidades e incentivos aos servidores.

Ao **Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento (NIEPE)** pelas discussões e participação no desenvolvimento deste estudo. Em especial, aos amigos **Jamile, Caren e Matheus** pelo convite para integrar o grupo e acolhida; às amigas **Larissa, Sandra, Carolina, Paloma e Francine** que sem data, hora ou qualquer restrição disponibilizaram seu apoio, afeto, atenção e ajuda incondicional. Amo vocês!

Aos professores que integraram a comissão examinadora: **Dra. Eliane Tatsch Neves, Dra. Rosimere Santana, Dra. Eniva Miladi Fernandes Stumm, Dra. Marinês Leite e Dra. Nara Girardon-Perlini**, agradeço imensamente pela disponibilidade e por aceitarem compartilhar esse momento especial comigo. Obrigada pela apreciação e todas as contribuições para lapidação deste trabalho e pelo aprendizado proporcionado!

Aos **meus amigos**, de longe e de perto, pelo carinho, apoio, compreensão e amizade ao longo desses anos de doutoramento!

Aos colegas **Enfermeiros da Clínica Médica II**, do Hospital Universitário de Santa Maria, agradeço por toda a compreensão, paciência e, principalmente, todas as trocas de plantão para me auxiliar, seja na participação das aulas do doutorado e da docência orientada, como também na produção de dados. Em especial, às amigas que eu encontrei nesse espaço, **Letícia, Natiellen e Isabela**.

Às **pessoa idosas** que participaram do estudo, pela acolhida e por me ensinarem tanto durante a produção de dados.

Aos **Enfermeiros**, que gentilmente aceitaram participar do estudo e que contribuíram com a construção do conhecimento em Enfermagem.

A **CAPES** - o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil – Código de Financiamento 001.

Enfim, a todos os que fizeram parte dessa etapa de minha vida pessoal e profissional e que, de alguma forma, contribuíram para sua concretização. **Com carinho, agradeço!**

Desistir?

*Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério.
É que tem mais chã nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas,
mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros,
mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.*
(Cora Coralina)

RESUMO

ESTRESSORES E VARIANCES DE BEM-ESTAR EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM

AUTORA: Eliane Raquel Rieth Benetti

ORIENTADORA: Margrid Beuter

Este estudo tem por objeto os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e suas relações teóricas com o Modelo de Sistemas de Neuman. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na proposta metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial, seguidas as etapas de concepção, instrumentação, perscrutação e análise, que subsidiaram o desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance de Enfermagem. Projeto de pesquisa com apreciação ética, Parecer nº 1.771.984. O objetivo geral foi desenvolver uma Teoria de Médio Alcance de enfermagem sobre estressores e variances de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, a partir da síntese teórica dos dados empíricos e da derivação de conceitos do Modelo de Sistemas de Neuman. O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria, com a participação de 30 pessoas idosas hospitalizadas nas clínicas médicas e cirúrgica e 16 enfermeiros. A observação participante e entrevista conversação, realizadas com as pessoas idosas hospitalizadas, possibilitaram sua caracterização quanto às dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual e delineamento de estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por elas durante a hospitalização. A partir dos estressores foram identificados sete diagnósticos de enfermagem, para os quais foram propostos resultados, intervenções e atividades de enfermagem, validados com 16 enfermeiros, por meio de encontros de grupo de convergência. Esses encontros oportunizaram a validação das intervenções e atividades de enfermagem, possibilitaram a instrumentalização, reflexões de apropriação e a construção de novos saberes que convergem para mudanças na prática assistencial. As etapas da produção dos dados caracterizaram-se por movimentos de aproximação, distanciamento e convergência da pesquisa com a prática assistencial. Por meio da análise dos dados (apreensão, síntese, teorização e transferência) foram estabelecidas relações teóricas entre os estressores e variances de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas e conceitos do Modelo de Sistemas de Neuman, sendo proposto um Processo de Enfermagem. Defende-se a Tese construída de que hospitalização é permeada por estressores, que provocam instabilidade nas dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual e, conseqüentemente variances no bem-estar da pessoa idosa. Nessas situações, a Teoria de Médio Alcance de Rieth-Benetti sobre estressores e variances de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas direciona o processo de enfermagem a fim de reduzir ou evitar os estressores e contribuir no enfrentamento e/ou adaptação a eles, e assim manter ou promover o bem-estar da pessoa idosa hospitalizada. Trata-se de uma teoria abstrata o suficiente para ser aplicável a todas as pessoas idosas hospitalizadas nos diferentes contextos clínicos, sociais, culturais, políticos e econômicos. Ademais, ela pode orientar enfermeiros e pesquisadores a aplicar seus conceitos na prática, por serem claramente definidos e as relações estão explícitas na estrutura teórica. A teoria pode ser uma ferramenta útil na prática assistencial porque visa contribuir com o conhecimento, pensamento crítico e tomada de decisão no cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada. Por seu ineditismo, esse estudo retrata construções importantes para o conhecimento científico em enfermagem, dado seu potencial de inovação e seu impacto na prática, mostrando a potencialidade das pesquisas qualitativas que convergem com o desenvolvimento de teorias de enfermagem.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Hospitalização. Estresse psicológico. Teoria de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

STRESSORS AND WELL-BEING VARIANCES IN HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE: MIDDLE-RANGE NURSING THEORY

AUTHOR: Eliane Raquel Rieth Benetti

ADVISOR: Margrid Beuter

This study deals with the stressors experienced by hospitalized elderly people and their theoretical relationships with the Neuman's Systems Model. It is a qualitative research, anchored in the methodological proposal of Convergent Care Research, followed by the steps related to conception, instrumentation, scrutiny and analysis, which supported the development of a Medium-Range Nursing Theory. Research project with ethical appraisal, Opinion nº 1.771.984. The overall goal was to develop a Medium-Range Nursing Theory on stressors and well-being variances in hospitalized elderly people, based on the theoretical synthesis of empirical data and the derivation of concepts from the Neuman's Systems Model. The study was held at the University Hospital of Santa Maria, with the participation of 30 elderly people hospitalized in medical and surgical clinics and 16 nurses. Participant observation and conversation interview, carried out with hospitalized elderly people, enabled their characterization regarding the physiological, psychological, sociocultural, developmental and spiritual dimensions and the design of intrapersonal, interpersonal and extrapersonal stressors experienced by them during the period of hospitalization. From the stressors, we identified seven nursing diagnoses, for which nursing results, interventions and activities were proposed, validated with 16 nurses, through convergence group meetings. These meetings allowed us to have the opportunity to validate nursing interventions and activities, thereby enabling instrumentalization, reflections on appropriation and the construction of new skills that converges towards changes in care practice. The steps related to data production were characterized by movements of approximation, distancing and convergence between research and care practice. Through data analysis (apprehension, synthesis, theorization and transfer), we established theoretical relationships between stressors and well-being variances in hospitalized elderly people and concepts of the Neuman's Systems Model, where a Nursing Process was proposed. We have defended the constructed thesis that hospitalization is permeated by stressors, which cause instability in the physiological, psychological, sociocultural, developmental and spiritual dimensions and, consequently, well-being variances in the elderly patients. In these situations, the Rieth-Benetti's Medium-Range Theory on stressors and well-being variances in hospitalized elderly people directs the nursing process in order to reduce or avoid stressors and contribute to coping and/or adapting to them, thereby maintaining or promoting the well-being of the hospitalized elderly person. It is an abstract enough theory to be applicable to all hospitalized elderly people in different clinical, social, cultural, political and economic contexts. Moreover, it can guide nurses and researchers to apply their concepts in practice, as they are clearly defined and the relationships are explicit in the theoretical structure. Theory can be a useful tool in healthcare practice because it aims to contribute to knowledge, critical thinking and decision making in nursing care for hospitalized elderly people. Due to its originality, this study portrays important constructions for scientific knowledge in the nursing area, given its potential for innovation and its impact on practice, thereby highlighting the potential of qualitative research that converge with the development of nursing theories.

Key-words: Aged. Hospitalization. Stress, Psychological. Nursing Theory. Nursing Care. Geriatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura holárquica do conhecimento da enfermagem contemporânea: componentes e níveis de abstração. Brasil, 2019	44
Figura 2 - Relacionamento entre os níveis de teorias. Brasil, 2019	47
Figura 3 - Elementos do Modelo de Sistemas de Neuman. Brasil, 2017	53
Figura 4 - Diagrama representativo do Modelo de Sistemas de Neuman. Brasil, 2017	54
Figura 5 - Fluxograma da produção de dados. Brasil, 2019	72
Figura 6 - Mapa Conceitual da síntese dos estressores. Brasil, 2017	78
Figura 7 - Esquema pictórico para representar o processo de desenvolvimento da Teoria de Médio Alcance de Enfermagem sobre os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2019	89
Figura 8 - Mapa conceitual ilustrativo da síntese dos estressores intrapessoais. Brasil, 2017	109
Figura 9 - Mapa conceitual ilustrativo da síntese dos estressores interpessoais. Brasil, 2017	125
Figura 10 - Mapa conceitual ilustrativo da síntese dos estressores interpessoais. Brasil, 2017	140
Figura 11 - Ilustração alusiva à triangulação metodológica para a produção dos dados. Brasil, 2019	169
Figura 12 - Movimentos de dança da PCA, que representam a aproximação, o distanciamento e os pontos de convergência da prática assistencial e da pesquisa. Brasil, 2019	174
Figura 13 - Operacionalização da PCA para o desenvolvimento de TMA sobre estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2019	186
Figura 14 - Diagrama da teoria de médio alcance sobre estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2019	182

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comorbidades das pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2017	100
Gráfico 2 - Distribuição de pessoas idosas hospitalizadas de acordo com as atividades da vida diária que apresentam independência e dependência. Brasil, 2017.	103
Gráfico 3 - Distribuição das pessoas idosas quanto ao número de dispositivos médicos utilizadas durante hospitalização. Brasil, 2017	105
Gráfico 4 - Distribuição das pessoas idosas quanto ao tipo de dispositivo médico utilizado durante hospitalização. Brasil, 2017	105
Gráfico 5 - Distribuição das pessoas idosas quanto a percepção de alterações de humor durante hospitalização. Brasil, 2017	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escores mínimo e máximo do Mini Exame do Estado Mental. Brasil, 2017.	94
Tabela 2 - Caracterização das pessoas idosas hospitalizadas quanto ao sexo, idade, anos de estudo, estado civil e arranjo domiciliar. Brasil, 2017	94
Tabela 3 - Tempo de hospitalização das pessoas idosas. Brasil, 2017	98
Tabela 4 - Avaliação da visão, audição, mastigação e locomoção das pessoas idosas. Brasil, 2017	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Compilado dos domínios e classificação dos diagnósticos de enfermagem. Brasil – RS, 2017	80
Quadro 2 -	Diagnóstico no momento da hospitalização. Brasil, 2017	98
Quadro 3 -	Processo de Enfermagem orientado pela Teoria de Médio Alcance de Enfermagem sobre estressores e variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2019	185

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANA	<i>American Nurses Association</i>
AVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CD	Característica definidoras
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPEn	Catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FR	Fatores relacionados
GAP	Gabinete de Projetos
GC	Grupo de Convergência
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HRSQ-EP	<i>Hospitalization-Related Stressors Questionnaire for Elderly Patients</i>
HSI	<i>Hospital Stress Index</i>
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Intervenções de Enfermagem
ISO	<i>International Standards Organization</i>
LFD	Linha Flexível de Defesa
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LND	Linha Normal de Defesa
LR	Linha de Resistência
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
MSN	Modelo de Sistemas de Neuman
NA	Notas de Assistência
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i>
NE	Notas de Entrevista
NG	Notas de Grupo
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NIEPE	Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento
NO	Notas de Observação
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NT	Notas Teóricas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	Processo de Enfermagem
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSP	Programa Nacional para Segurança do Paciente
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem
PUBMED	<i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i>
RE	Resultado de Enfermagem
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIE	Sistema de Informações Educacionais
SLP	Sistema de Linguagem Padronizada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMA	Teoria de Médio Alcance
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFN	Universidade Franciscana
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNIJUÍ	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTI-C	Unidade de Terapia Intensiva Coronariana
UTI-PO	Unidade de Terapia Intensiva Pós-Operatória

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	21
1.1	OBJETIVOS	27
1.1.1	Objetivo Geral	27
1.1.2	Objetivos Específicos	27
1.2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	28
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
2.1	ENVELHECIMENTO	31
2.2	O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	33
2.3	INTERFACES ENTRE PROCESSO DE ENFERMAGEM, TEORIAS DE ENFERMAGEM E SISTEMA DE LINGUAGEM PADRONIZADA	36
3	REFERENCIAL TEÓRICO	43
3.1	O MARCO CLASSIFICATÓRIO DA TEORIA	43
3.1.1	O conhecimento da Enfermagem	43
3.1.2	Classificação das Teorias de Enfermagem	45
3.1.3	Teorias de Enfermagem de Médio Alcance	50
3.2	O MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO	51
3.2.1	O Modelo de Sistemas de Neuman	51
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	63
4.1	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	63
5	MÉTODO	67
5.1	PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	67
5.1.1	Fase de Concepção	67
5.1.2	Fase de Instrumentação	68
5.1.2.1	<i>Cenário do Estudo</i>	68
5.1.2.2	<i>Participantes do Estudo</i>	69
5.1.2.3	<i>Técnicas para a Produção dos Dados</i>	71
5.1.3	Fase de Perscrutação e análise	73
5.2	DESENVOLVIMENTO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE	86
5.3	ASPECTOS ÉTICOS	91
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	93
6.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS	93
6.2	ESTRESSORES VIVENCIADOS POR PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS	108
6.2.1	Estressores intrapessoais	108
6.2.2	Estressores interpessoais	125
6.2.3	Estressores extrapessoais	140
6.3	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS	152
6.3.1	Consenso do Grupo de Convergência acerca da validação das intervenções e atividades de enfermagem	161
6.4	A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL E O MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN COMO ARCABOUÇOS METODOLÓGICO E TEÓRICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM	168

6.5	TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM SOBRE ESTRESSORES E VARIANCES DE BEM-ESTAR EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS	177
6.5.1	Conceitos da teoria e afirmações não relacionais	178
6.5.2	Afirmações relacionais da teoria	181
6.5.3	Pressupostos da teoria	182
6.5.4	Proposições da teoria	183
6.5.5	Processo de Enfermagem orientado pela Teoria de Médio Alcance de Enfermagem sobre estressores e variances de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas	184
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
	REFERÊNCIAS	199
	APÊNDICES	219
	APÊNDICE A - QUADRO DE DISSERTAÇÕES E TESES INCLUÍDAS NO ESTUDO DAS TENDÊNCIAS	220
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIOCULTURAL, DE DESENVOLVIMENTO E ESPIRITUAL DAS PESSOAS IDOSAS	226
	APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA CONVERSAÇÃO	227
	APÊNDICE D - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	228
	APÊNDICE E - QUADRO ORGANIZATIVO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NAS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS	229
	APÊNDICE F - IMPRESSO GUIA DAS DISCUSSÕES NOS ENCONTROS DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA	231
	APÊNDICE G - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	233
	APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IDOSOS	234
	APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENFERMEIROS	236
	APÊNDICE J - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	238
	ANEXOS	239
	ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	240
	ANEXO B - INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA DE KATZ	241
	ANEXO C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	242
	ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	243

APRESENTAÇÃO

O cuidado sempre esteve presente em minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional. Desde criança, sentia-me incitada a “Ser Enfermeira” e esse desejo aumentou perante a convivência com uma tia materna, portadora de Doença Renal Crônica. Na minha infância e adolescência, escutei vários relatos contados por ela sobre o início da doença; o transplante renal com doador vivo, meu avô, e a rejeição subsequente; as dificuldades e as vantagens da diálise peritoneal no domicílio; a rotina e as complicações do tratamento hemodialítico. Mesmo sem ela compreender bem seu processo saúde-doença, o enfermeiro sempre era referenciado como aquele profissional continuamente presente, que escutava, ensinava e cuidava, aumentando meu encantamento com a profissão.

A decisão em cursar Enfermagem foi fortalecida durante o Ensino Médio, com o ingresso no curso de Auxiliar de Patologia Clínica. À época, as disciplinas específicas cursadas subsidiaram o entendimento do processo saúde-doença e, embasaram as discussões com minha tia, que ao longo do seu tratamento de saúde adquiriu muitos saberes.

Em 1998 ingressei na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e iniciei minha trajetória acadêmica na Enfermagem. Desde o princípio, fui motivada a participar de atividades extracurriculares como monitorias e bolsas de Iniciação Científica, as quais me permitiram desenvolver habilidades instrumentais sobre pesquisas na enfermagem, aliadas ao conhecimento compartilhado com orientadoras e grupos de pesquisa. Diante das vivências oportunizadas durante a graduação, concluí o curso em 2003 com a convicção que desejava “Ser Mestre em Enfermagem”. No entanto, as dificuldades financeiras e a necessidade da inserção no mercado de trabalho me fizeram trilhar pelos caminhos assistenciais, o que me possibilitou abarcar maiores conhecimentos, aprimorar e desenvolver novas habilidades e atitudes.

Iniciei minha trajetória profissional, imediatamente após a formatura, como enfermeira do Programa de Saúde da Família em Catuípe, Rio Grande do Sul (RS), onde atuei por 18 meses. Em seguida, iniciei minhas atividades no Hospital Unimed Noroeste/RS, onde atuei por oito anos e meio, nas distintas unidades assistenciais e diferentes turnos de trabalho. No período de atuação nessa instituição, diante da necessidade de aprimorar conhecimentos e habilidades acerca das áreas hospitalares, cursei a Pós-Graduação lato sensu em Urgência, Emergência e Trauma na Unijuí (2006-2007), a qual teve como produto meu primeiro artigo publicado em periódicos da Enfermagem (BENETTI et al., 2009). Sequencialmente, na busca de enriquecer minha atuação profissional, cursei a Pós-Graduação lato sensu em Nefrologia

Interdisciplinar (2008-2009), pelo Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre/RS. Dentre as atividades desenvolvidas no Hospital Unimed Noroeste, destaco minha participação no Grupo de Trabalho responsável pela reestruturação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e implantação do Processo de Enfermagem, momento em que retomei os estudos sobre teorias e taxonomias de enfermagem.

Embora imersa no mundo do trabalho e ciente dos desafios que enfrentaria, o desejo de cursar mestrado era latente. Participei do processo seletivo para o Mestrado em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em 2009, porém não fui aprovada. No ano seguinte, qualifiquei meu currículo e preparei-me para a seleção. Influenciada pela publicação anterior (BENETTI et al., 2009), direcionei-me para a Linha de Pesquisa "Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde" e fui aprovada, iniciando o Mestrado em Enfermagem em 2011.

Mantive tripla jornada durante o primeiro ano do mestrado. Deslocava-me semanalmente a Santa Maria para as atividades da pós-graduação e, retornava a Ijuí para os compromissos profissionais e familiares. Desenvolvi minha dissertação na instituição em que trabalhava, a qual se intitulou "Estresse e *Coping* em Trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Privado" (BENETTI, 2013), sob orientação da Profa. Dra. Laura de Azevedo Guido.

No decorrer do segundo ano do mestrado, fui selecionada para ser docente hora/aula do curso de enfermagem da UNIJUÍ e, também passei a integrar o quadro de docentes do curso de Pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem em Terapia Intensiva. Atuei em diferentes disciplinas, tanto em aulas teóricas quanto práticas. Essa experiência como docente oportunizou desenvolver habilidades como pesquisadora, em atividades de orientação de Trabalhos de Conclusão de Curso e coparticipação em orientações de Iniciação Científica, as quais foram determinantes para planejar novos vãos: "Ser Doutora em Enfermagem".

No mesmo ano da defesa da dissertação (2013), fui aprovada no concurso para enfermeira no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Comecei a atuar em setembro de 2013 na Clínica Médica II, onde estou alocada até os dias atuais. No ano seguinte, 2014, iniciava as aulas da Primeira Turma do Curso de Doutorado do PPGENf. As mudanças transcorridas no âmbito profissional foram determinantes para a tomada de decisão de ingressar em um novo grupo de pesquisa, haja visto que minha orientadora de mestrado havia se aposentado e que minhas experiências convergiam com a Linha de Pesquisa "Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde".

Por meio da aproximação com acadêmicos de enfermagem que realizavam aulas práticas e estágios na Clínica Médica II, passei a integrar o Núcleo Interdisciplinar de Estudo

e Pesquisa sobre Envelhecimento (NIEPE), inserido no Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, coordenado pela Profa. Dra. Margrid Beuter. A partir da minha inserção e participação nesse núcleo, aproximei-me da Enfermagem Gerontogeriatrica e percebi o quanto ela converge com minhas vivências profissionais, tanto como enfermeira assistencial no âmbito hospitalar quanto como docente em uma universidade privada. Nessas atividades, ratifiquei meu interesse e apreço pela área de saúde do idoso, especialmente, pelos estudos com pessoas idosas hospitalizadas, o que me impulsionou a ingressar no Doutorado em 2015.

A maturidade pessoal, profissional e intelectual permitiu traçar novos objetivos e enfrentar outros desafios. O interesse em estudar os estressores de pessoas idosas hospitalizadas emergiu das inquietações e demandas vivenciadas no contexto hospitalar como enfermeira assistencial; do embasamento teórico sobre o estresse construído durante o Mestrado em Enfermagem; e, da aproximação com a Enfermagem Gerontogeriatrica. Assim, mediante a interface entre o cuidado prestado a pessoas idosas hospitalizadas em um hospital escola e a imersão nas leituras de estudos relacionados à temática, vislumbrou-se um caminho para o desenvolvimento deste estudo.

A proposta de conduzir uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) para investigar esse fenômeno¹ mostrou-se pertinente, pois permite ao enfermeiro, como pesquisador, a participação nas atividades de cuidado durante a prática assistencial, possibilitando maior imersão do pesquisador no contexto em que o fenômeno ocorre. No entanto, a inclusão de atividades de cuidado na pesquisa não significa que o estudo se constitui no relato de uma prática assistencial, mas de uma investigação em que o ato de cuidar é parte desse processo.

Definido o referencial metodológico, representado pela PCA, buscou-se o aprofundamento teórico do estudo com a utilização de um Modelo Teórico de Enfermagem, o Modelo de Sistemas de Neuman (MSN). Esse referencial possibilitou um desdobramento que coaduna com o corpo de conhecimentos próprios da enfermagem e reitera a importância do Processo de Enfermagem na prática assistencial.

Ainda, frente à potência dos dados parciais apresentados no Exame de Qualificação, em outubro de 2017, considerou-se que seria oportuno o desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance (TMA) relacionada ao fenômeno em estudo, a partir da teorização dos dados produzidos na pesquisa de campo e da derivação do MSN.

Ante o exposto, segue-se, portanto, a contextualização deste estudo.

¹ Designação de um aspecto da realidade; os fenômenos de interesse tornam-se o assunto específico aos interesses primários de uma disciplina (MCEWEN, 2016).

1 INTRODUÇÃO

O estudo em tela tem como objeto os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e suas relações teóricas com o Modelo de Sistemas de Neuman (MSN).

Na área da saúde, com o aumento no número de pessoas idosas, os cuidados que envolvem as demandas multidimensionais tornam-se complexos, pois as necessidades de saúde tendem a aumentar com o envelhecimento e, muitas vezes, requerem hospitalização (WHO, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Mundialmente, espera-se que o número de pessoas idosas dobre até 2050, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 bilhões em 2050 e 3,1 bilhões em 2100. Já, em relação às pessoas idosas com mais de 80 anos, projeta-se um aumento de 137 milhões em 2017 para 425 milhões em 2050, e para 909 milhões em 2100 (UN, 2017). Na América Latina e Caribe a proporção de pessoas idosas aumentará de 12% em 2017 para 25% em 2050 (UN, 2017). No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que em 2010 havia mais de 190 milhões de habitantes no país, dos quais mais de 20 milhões eram pessoas idosas (IBGE, 2011). Estimativas apontaram que, em 2025, o Brasil deverá chegar a 32 milhões de pessoas idosas e será o sexto país em número de pessoas com mais de 60 anos de idade (IBGE, 2011).

Paralelamente a transição demográfica ocorre a transição epidemiológica, caracterizada pela redução da morbimortalidade por doenças infectoparasitárias e pelo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). As DCNTs incluem doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, as quais geralmente são incuráveis, exigem tratamento clínico e podem culminar em complicações e incapacidades funcionais (DUNCAN et al., 2012). Dessa forma, aumentam as demandas dos serviços de saúde relacionadas ao atendimento das necessidades das pessoas idosas, o que conseqüentemente requer políticas públicas direcionadas a esse grupo etário e profissionais preparados para cuidar, sustentados em conhecimentos técnico-científicos e éticos.

O envelhecimento humano é um processo natural, irreversível, complexo e multifacetado, influenciado por uma miríade de fatores, que vão muito além da esfera biológica, relacionado à redução da fecundidade, queda da mortalidade infantil e aumento da longevidade (BRASIL, 2010; MARTÍNEZ-MALDONADO; VIVALDO-MARTÍNEZ; MENDOZA-NÚÑEZ, 2016).

Sabe-se que o envelhecimento não é sinônimo de adoecimento e que muitas pessoas idosas seguem suas vidas com saúde, independência e autonomia. Entretanto, nessa faixa

etária aumenta a prevalência de DCNTs, que somadas às doenças incapacitantes e com risco de eventos agudos, tornam-se onerosas para as pessoas idosas, famílias e sistemas de saúde (BRASIL, 2011). As alterações fisiológicas naturais que ocorrem no organismo, aliadas as condições crônicas, podem levar à perda da autonomia, dependência física, uso de múltiplas medicações, além de alterações emocionais e sociais (FLORIANO; AZEVEDO; REINERS, 2012). Sobremaneira, o cuidado clínico às pessoas idosas pode ser complexo por uma elevada frequência de síndromes geriátricas concomitantes (CLERENCIA-SIERRA et al., 2015).

Ao mesmo tempo que simboliza uma conquista, o envelhecimento representa um desafio para a sociedade atual, gestores e profissionais da saúde, que convivem, assistem e compartilham experiências com pessoas idosas (CARRETTA et al., 2013; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Concomitante ao avanço da expectativa de vida e aumento do número de pessoas idosas observa-se que elas apresentam maior suscetibilidade de adoecer do que adultos, fazendo com que necessitem de acompanhamento e tratamento em serviços de saúde, inclusive hospitalizações frequentes (PROCHET; SILVA, 2011; CARRETTA et al., 2013; BOTH et al., 2014; SILVEIRA et al., 2018).

Além de apresentarem taxas de hospitalizações mais elevadas que outros grupos etários, o tempo de permanência hospitalar é prolongado, a recuperação pode ser mais lenta o que repercute na capacidade funcional, autonomia e independência das pessoas idosas. A hospitalização pode tornar-se desgastante, pois a pessoa idosa ao ser retirada de seu contexto social perde parte de sua autonomia, principalmente, em relação aos seus hábitos diários que são alterados com a rotina hospitalar (CHERNICHARO; FERREIRA, 2015; EVANGELISTA et al., 2015; MENEGUIN; BANJA; FERREIRA, 2017; SILVEIRA et al., 2018).

A hospitalização ocasiona sofrimento, tanto para a pessoa idosa como para a sua família, diante das mudanças impostas e pelo distanciamento de familiares e de amigos. Da mesma forma, normas e rotinas que regem o cuidado prestado por uma equipe multiprofissional, e as conjunturas inerentes ao ambiente hospitalar são situações que podem ser percebidas como estressores. Assim, a hospitalização pode representar para pessoas idosas um momento permeado de sensações distintas que ocasionam alterações nos aspectos físicos, emocionais e sociais (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

Ademais, os efeitos incapacitantes de certas doenças, características relacionadas ao paciente (idade, fragilidade, comprometimento cognitivo, baixa atividade social) e a própria hospitalização contribuem para o declínio funcional (BOTH et al., 2014; ADMI et al., 2015; BASIC et al., 2017; MENEGUIN; BANJA; FERREIRA, 2017; BITENCOURT; ALVES; SANTANA, 2018). Essa situação associada ao ambiente hospitalar e a insegurança diante da

doença, restringem a pessoa idosa em suas atividades de vida diária e relações sociais e pode ser avaliada como uma situação estressora.

O ambiente hospitalar constitui-se em um espaço permeado de estressores, os quais podem interferir no processo terapêutico. Dessa forma, a hospitalização requer estratégias de enfrentamento e adaptação por parte dos pacientes (PUPULIM; SAWADA; 2012). Em relação ao cuidado, geralmente nas organizações hospitalares, os profissionais de enfermagem desenvolvem suas ações fundamentadas em normas e rotinas, o que pode dificultar a possibilidade de espaço para uma relação dialógica com a pessoa idosa e os familiares.

Frente a essas questões e na busca de elementos que favoreçam a atuação do enfermeiro e da equipe de enfermagem diante dos estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas, reporta-se ao MSN.

Para Neuman (2011), os estressores são forças ou estímulos, presentes no meio intrínseco ou extrínseco, que produzem tensões e que tem potencial para causar instabilidade do sistema. Quanto a classificação dos estressores, o ambiente interno ou fatores intrapessoais são todas as forças de dentro da pessoa, como as respostas condicionadas (conhecimentos, emoções, medo, frustração, ansiedade, angústia, impaciência) e respostas orgânicas. O ambiente externo são todas as interações que ocorrem fora do organismo, com o meio físico e pessoas desconhecidas. Nesse espaço se incluem os fatores interpessoais, que são decorrentes da interação entre indivíduos, regras e expectativas e os extrapessoais, decorrentes de fatores sociopolíticos, culturais, de trabalho e pressões financeiras (NEUMAN, 2011).

O MSN apresenta um marco conceitual designativo de um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados, capaz de dar sustentação aos estressores observados e a atuação do enfermeiro diante deles. Nesse modelo, cada pessoa é considerada um sistema aberto, composto por um centro, rodeado por círculos concêntricos, nos quais estão inseridas as condições básicas de sobrevivência; os estressores intrapessoais, extrapessoais e interpessoais; a reação aos estressores e a reação à unidade total, em interação contínua com ambiente (NEUMAN, 2011). A capacidade de resistência é o resultado, por um lado, da interdependência das cinco variáveis do sistema cliente² (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) e, por outro lado, da interação com o contexto do cliente, que inclui os recursos próprios e a autopercepção dos estressores. Sustentados pelo MSN, considera-se que a pessoa idosa hospitalizada está continuamente em

² Neuman apresenta o conceito de pessoa como um sistema cliente aberto em interação recíproca com o ambiente. O sistema cliente é um conjunto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento, e espirituais (NEUMAN, 2011).

interação com estímulos internos e externos, e em permanente transformação no ambiente, na busca de um estado dinâmico de harmonia e equilíbrio. A enfermagem tem a função principal de ajudar a pessoa idosa a atingir e manter a estabilidade do sistema, pois ao apoiá-la o enfermeiro proporciona o vínculo entre o indivíduo/ambiente/saúde e a própria enfermagem, legitimando o metaparadigma identificado pelo modelo (NEUMAN, 2011). O processo de cuidar tem como principal intervenção a prevenção, a qual contempla ações propositas e dirigidas para ajudar o indivíduo a reter, atingir ou manter a estabilidade do sistema.

Aponta-se que a equipe de saúde, especialmente a de enfermagem, tem de considerar as alterações físicas, psicológicas e sociais das pessoas idosas, que normalmente ocorrem e requerem um cuidado diferenciado. Para efetivar sua concretização é necessário a avaliação, o planejamento e implementação de ações individualizadas, a fim de atender as questões inerentes ao envelhecimento, estimular a autonomia e garantir a qualidade e a segurança do cuidado (DIAS et al., 2014; WANG; BOEHM; MION, 2017).

Os profissionais de enfermagem têm importante papel com a pessoa idosa hospitalizada, tanto para garantir o equilíbrio das suas funções orgânicas e emocionais, quanto para auxiliar no enfrentamento dos estressores e adaptação à situação. Devido a predominância do paradigma biomédico na assistência hospitalar, por vezes, verifica-se o tratamento centrado nas doenças e o cuidado generalizado, homogêneo e padronizado, o que dificulta atender as especificidades e particularidades da pessoa envelhecida (ESTRELLA et al., 2009; SOUSA et al., 2010). Nesse contexto, ocorre um processo de despersonalização, o qual pode ser considerado um estressor pela pessoa idosa. Diante disso, é necessário qualificar o cuidado, contribuindo positivamente para a minimização dos estressores, para a adaptação e/ou enfrentamento da pessoa idosa, favorecendo seu bem-estar.

Ante o exposto, despontam reflexões sobre a necessidade de uma proposta de cuidado que compreenda sua multidimensionalidade, a fim de sistematizar uma assistência abrangente e qualificada. Entende-se que a utilização de Modelos Teóricos e/ou Teorias de Enfermagem contribui para a construção do conhecimento técnico-científico e para a tomada de decisão embasada no pensamento crítico. Os modelos consoantes com a realidade fornecem estruturas coerentes e sistemáticas que orientam e direcionam a avaliação, planejamento e intervenção de enfermagem, além de suscitar novos conhecimentos (BOURDEANU; DEE, 2013).

A aplicabilidade de um modelo teórico exige o aprofundamento sobre as proposições, pressupostos e conceitos da teorista e, a afinidade com a visão de mundo do pesquisador. Percebe-se essa afinidade quando o enfermeiro se identifica com o referencial, se coloca presente, vive e sente as determinações que regem as ideias da teoria (ROSA et al., 2010).

Dessa forma, infere-se que o MSN pode contribuir no processo de cuidar da pessoa idosa hospitalizada, quando utilizado como referencial para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e para o Processo de Enfermagem (PE). A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos e, torna possível a operacionalização das etapas do PE, de forma a se constituir em uma ferramenta para gestão do cuidado (BRASIL, 2009). O cuidado é objeto de trabalho da enfermagem e, conseqüentemente, o PE é a forma de conferir-lhe racionalidade científica capaz de evidenciar a especificidade do saber/fazer do profissional (GARCIA, 2016; GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Em seu modelo, Neuman (2011) definiu um PE próprio, constituído pelo Diagnóstico, Metas e Resultados de Enfermagem. Por meio do Diagnóstico de Enfermagem (DE) são coletados dados que permitam identificar, avaliar e classificar as interações dinâmicas entre as variáveis que compõem o cliente sistema, e a presença real ou potencial, de estressores. As metas contemplam a negociação entre cliente e profissional das estratégias de intervenção, que pode ser primária, secundária ou terciária; e, os Resultados de Enfermagem (RE) constituem o patamar de avaliação e confirmação acerca da mudança pensada e construída, ou a própria reformulação de novas estratégias de intervenção.

O PE, por ser realizado de modo deliberado e sistemático, possibilita a organização das condições necessárias ao cuidado e a documentação da prática profissional. A Resolução 358/2009 aponta que o PE, baseado num suporte teórico, dirige a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos e o planejamento das intervenções de enfermagem; e fornece a base para avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (BRASIL, 2009). Ademais, o PE é um sistema de atividades cognitivas, afetivas e comportamentais do enfermeiro, subsidiado no conhecimento organizado em Taxonomias de Enfermagem. Dentre essas, foram aplicadas no presente estudo a Taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem - *North American Nursing Diagnosis Association*, NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018); a Classificação de Intervenções de Enfermagem - *Nursing Interventions Classification*, NIC (BULECHEK et al., 2016) e, a Classificação de Resultados de Enfermagem - *Nursing Outcomes Classification*, NOC (MOORHEAD et al., 2016).

As proposições do MSN podem conduzir transformações e configuram-se como base teórica para o aprimoramento do cuidado a pessoas idosas hospitalizadas. No estágio atual de desenvolvimento de teorias em enfermagem, antecipa-se a existência de manutenção do interesse na Prática Baseada em Evidências (PBE) e no crescimento da pesquisa translacional. Para esse fim, o desenvolvimento e a aplicação de Teorias de Médio Alcance (TMA) merecem destaque, com atenção cada vez maior à aplicação prática/clínica.

A aplicação de Teorias de Enfermagem na prática clínica visa nortear a efetivação de ações de cuidar que privilegiem o ser humano, no sentido de restabelecer a saúde por meio do cuidado de enfermagem, na medida em que contribuem para a sua organização (MCEWEN, 2016). Diante da necessidade de avançar no estudo de teorias e de todos os seus componentes, adotou-se o MSN como proposta para subsidiar o desenvolvimento de TMA de Enfermagem sobre estressores e variâncias³ de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas.

Uma TMA é substancialmente específica e aborda fenômenos concretos, engloba um número limitado de conceitos, declarando o que eles são, porque ocorrem e como ocorrem (MCEVEN, 2016). Em razão disso, e de suas características, a TMA pode dar uma estrutura à interpretação de comportamento, situações e eventos, além de subsidiar o entendimento das conexões entre um diagnóstico, intervenções e resultados.

A elaboração de uma TMA converge com a necessidade do cuidado planejado, fundamentado teórica e cientificamente, com o levantamento de dados e identificação do DE, segundo uma taxonomia, de forma individualizada, considerando o contexto em que a pessoa idosa está inserida. Assim, a enfermagem pode contribuir positivamente quando implementa intervenções focadas nas respostas humanas alteradas e nas reais necessidades da pessoa idosa, e conseqüentemente qualifica o cuidado dispensado, por meio do PE.

Diante do exposto, investigar os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e propor relações teóricas entre os elementos e conceitos que congregam o fenômeno, pode representar uma contribuição para a área da enfermagem. Isto porque, as intervenções, o contexto do cuidado, a condição de vulnerabilidade e a dependência das pessoas idosas necessitam ser discutidas continuamente, com vistas a diminuir os estressores, proporcionar bem-estar e potencializar a autonomia e independência durante a hospitalização.

Assim, defende-se a **Tese** de que a hospitalização é permeada por estressores, que provocam instabilidade nas dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual e, conseqüentemente variâncias no bem-estar da pessoa idosa. Nessas situações, a TMA sobre estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas direciona o PE a fim de reduzir ou evitar os estressores e contribuir no enfrentamento e/ou adaptação a eles, e assim manter ou promover o bem-estar da pessoa idosa hospitalizada.

³ Optou-se pela utilização do termo variâncias de bem-estar para representar a instabilidade no bem-estar da pessoa idosa frente aos estressores vivenciados durante a hospitalização. Assim, o vocábulo variâncias será utilizado sem aspas e sem itálico por representar um conceito desenvolvido por esse estudo.

A partir da definição do objeto de estudo, “estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e suas relações teóricas com o MSN”, emergiram os questionamentos:

- Quais os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas em clínicas médica e cirúrgica?
- Que relações teóricas, indutivas e dedutivas, podem ser estabelecidas entre os estressores e as variáveis de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas e os conceitos do MSN para o desenvolvimento de uma TMA e proposição do Processo de Enfermagem?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Desenvolver uma Teoria de Médio Alcance de enfermagem sobre estressores e variáveis de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, a partir da síntese teórica dos dados da pesquisa (indução) e da derivação de conceitos do Modelo de Sistemas de Neuman (dedução).

1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as pessoas idosas hospitalizadas quanto às dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual;
- Descrever os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas em clínica médica e cirúrgica.
- Identificar os Diagnósticos de Enfermagem por meio da taxonomia da NANDA-I a partir dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas.
- Propor resultados⁴ conforme taxonomia da NOC e intervenções⁵ de enfermagem de acordo com a taxonomia NIC para cada diagnóstico de enfermagem definido como prioritário.
- Validar com os enfermeiros os resultados, intervenções e atividades de enfermagem propostos para cada diagnóstico de enfermagem prioritário.

⁴ Um resultado de enfermagem refere-se a um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, família, grupo ou comunidade, que mede a resposta à(s) intervenção(ões) de enfermagem (CNC, s/d a).

⁵ Qualquer tratamento com base no conhecimento e julgamento clínico que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente (CNC, s/d b).

- Estabelecer relações teóricas entre os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas e os conceitos do Modelo de Sistemas de Neuman (MSN).
- Propor um Processo de Enfermagem orientado pela Teoria de Médio Alcance de Enfermagem dirigida aos estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Fatores como o aumento do número e da proporção de pessoas idosas e a necessidade do cuidado individualizado e qualificado a essa população, no âmbito hospitalar, justificam a realização deste estudo. A reduzida produção de conhecimento sobre estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e de investigações que objetivam mudanças nesse contexto assistencial, pela convergência da prática com a pesquisa, sustentadas por um modelo teórico de enfermagem ou TMA, ressaltam sua importância.

A fim de aclarar a relevância do estudo, destaca-se que investigações que abordem aspectos relacionados ao envelhecimento e interfaces com estressores vivenciados no cenário hospitalar são necessárias e atuais. Salienta-se também, que a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde contempla a saúde da pessoa idosa como tema emergente (BRASIL, 2008a). Especificamente, no que se refere a hospitalização a agenda prevê estudos articulados com a avaliação periódica da qualidade da atenção à pessoa idosa no sistema hospitalar, tanto do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto da saúde suplementar.

Outro aspecto a destacar entre os argumentos que sustentam esse estudo diz respeito as lacunas na produção científica em relação à temática. Em nível nacional, realizou-se uma revisão narrativa, com objetivo de identificar e analisar as tendências na construção do conhecimento em enfermagem acerca da hospitalização da pessoa idosa. Foram analisados estudos realizados no período de 2001 a 2013, sendo incluídos 52 dissertações e 11 teses, totalizando 63 produções (APÊNDICE A) que abordaram a hospitalização de pessoas idosas, disponíveis nos Catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn).

Dentre essas produções, aponta-se que os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas não foram investigados em nenhum estudo. Quanto ao método, uma tese e seis dissertações utilizaram a PCA, sendo os participantes pessoas idosas, familiares e/ou acompanhantes. Esses resultados remetem a importância e relevância de se realizar estudos que objetivem mudança da prática assistencial, com vistas a qualificá-la e reduzir os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas.

Em revisão integrativa, sem recorte temporal, que buscou evidências científicas sobre o estresse entre pessoas idosas hospitalizadas foram identificados sete estudos que abordaram a temática, nenhum deles realizado no Brasil. Os estudos abordaram a percepção de pessoas idosas e de enfermeiros sobre estresse durante a hospitalização (DAVIES; PETERS, 1983); o estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) no hospital geriátrico e a relação com a qualidade de vida antes da admissão, a gravidade e grau de dispneia (MEDINAS-AMORÓS; TOUS; SOTORRA, 2009); os níveis de estresse durante a hospitalização em pacientes com DPOC e relacionou o estresse com o nível anterior de Qualidade de Vida e Suporte Social dos pacientes (MEDINAS-AMORÓS et al., 2012) e os níveis de estresse emocional em relação à avaliação cognitiva diante da hospitalização (KIMRON; COHEN, 2012). Ainda, dois estudos metodológicos elaboraram e validaram instrumentos para avaliação de estresse entre pessoas idosas hospitalizadas (KOENIG; GEORGE; STANGL, 1995; MUSAVI et al., 2016). No cenário nacional foi encontrado o estudo de Rosa et al (2018), realizado pela pesquisadora e demais investigadores do NIEPE, que trouxe subsídios para o estudo em tela.

Investigações que aproximaram-se da temática em estudo contemplam o estresse de pacientes, de 20 a 80 anos, hospitalizados (MACENA; LANGE, 2008); sintomas de estresse e estratégias de *coping* em pessoas idosas saudáveis (SOUZA-TALARICO et al., 2009); estressores percebidos em terapia intensiva (SILVA et al., 2013); relação entre estresse e qualidade de vida em pessoas idosas no domicílio (MELO et al., 2013); estresse em pessoas idosas residentes em domicílio (GABARCCIO; SILVA; BARBOSA, 2014); estresse em pessoas idosas submetidas à cirurgia eletiva geral ou digestiva, no perioperatório (CAVALCANTI; JUCÁ, 2016) e estressores envolvidos na internação de pacientes em Unidade Coronariana (MEMBRIVE et al., 2017).

Assim, pode-se notar que estudos relacionados aos estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas são incipientes. Diante dessa constatação vale destacar que o desenvolvimento de uma TMA sobre estressores e variáveis de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas que oriente os DE, RE e IE, utilizando os sistemas de classificação, pode contribuir para identificar as necessidades dessa população, além de indicar conteúdos essenciais e subsidiar processos educativos e pesquisas na área de intervenções de enfermagem.

No que tange à produção do conhecimento, esta pesquisa poderá contribuir para ampliar possibilidades de aplicação de metodologias participativas, como a PCA, como referencial metodológico, bem como da utilização dos Modelos Teóricos de Enfermagem na

prática assistencial. A utilização de metodologias participativas promove o envolvimento ativo dos sujeitos, contribui para a valorização da prática profissional e possibilita a produção do conhecimento comprometido com a melhoria do contexto social pesquisado (BRONDANI et al., 2013). Quanto a aplicabilidade de um modelo teórico, ele possibilita que o enfermeiro atribua significado à multiplicidade de fenômenos que envolvem a sua prática, além de facilitar a compreensão sobre os conceitos que dão significados aos fenômenos e direcionem o seu fazer (MORALES-AGUILAR; LASTRE-AMELL; PARDO-VÁSQUEZ, 2016).

Em relação à pesquisa em enfermagem, o presente estudo pode estimular novas investigações, que objetivem a proposição de teorias de enfermagem direcionadas para os diferentes fenômenos de interesse da Enfermagem Gerontogeriatrica. Outrossim, esse estudo poderá dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro no cuidado a pessoas idosas hospitalizadas e contribuir para o avanço e consolidação das bases do conhecimento da profissão.

Pelo exposto, considera-se que a relevância assistencial dessa pesquisa se encontra ancorada na necessidade de refletir sobre a prática assistencial, com vistas a suscitar e subsidiar mudanças no processo de cuidado às pessoas idosas hospitalizadas e assim, minimizar os estressores e potencializar o bem-estar. Ainda, julga-se que este estudo poderá guiar a organização do cuidado a partir do PE fundamentado em uma TMA, método que individualiza e qualifica as intervenções de enfermagem. Para tanto, aprofundar conhecimentos acerca desta temática se faz necessário para estimular novas estratégias de cuidado, a fim de permitir que a hospitalização seja menos desgastante para as pessoas idosas.

No que se refere ao processo de formação, os resultados desse estudo podem facilitar a compreensão quanto a aplicabilidade das bases teóricas da enfermagem e sua relação com as necessidades de pessoas idosas hospitalizadas e, respectivos DE, RE e IE. Também, espera-se contribuir no processo de ensino-aprendizagem das taxonomias de enfermagem, bem como estimular o seu uso adequado nas instituições e escolas de saúde.

Desse modo, busca-se adensar o conhecimento da Enfermagem Gerontogeriatrica e cooperar com os estudos desenvolvidos pelo Departamento de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Ademais, essa pesquisa alinha-se com os objetos de estudo do NIEPE, inserido na Linha de Pesquisa “Políticas públicas e práticas de cuidado a adultos, pessoas idosas e famílias nos diversos cenários de atenção à saúde” do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, do Departamento de Enfermagem da UFSM.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresenta-se a fundamentação teórica do estudo. Inicialmente serão contextualizados os temas que envolvem o objeto e objetivos, fundamentando discussões acerca da temática do envelhecimento, do cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada e estresse vivenciado por ela durante a hospitalização. Sequencialmente discorre-se sobre as interfaces entre PE, teorias de enfermagem e sistema de linguagem padronizada.

2.1 ENVELHECIMENTO

Com o aumento significativo da expectativa de vida, a população de pessoas idosas tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas (BEARD; BLOOM, 2015). Entretanto, o aumento da expectativa de vida apresenta duas facetas: por um lado, reflete mudanças culturais e avanços em relação à saúde e às condições de vida, como a redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares saudáveis e maior cuidado com o corpo; por outro, aponta para a possibilidade da pessoa idosa ser acometida por DCNTs e degenerativas, que a torna dependente de cuidados (KUCHEMANN, 2012).

A população mundial envelhece a passos acelerados e, nessa conjuntura, a OMS alerta que essa mudança será mais rápida e intensa nos países em desenvolvimento (WHO, 2018). Dados das Nações Unidas apontam que em 2050 o número de pessoas com 60 anos ou mais será aproximadamente igual ao número de crianças com menos de 15 anos, com cerca de 2,1 bilhões em cada grupo. Na Europa, 25% da população já tem 60 anos ou mais e essa proporção projeta-se para atingir 35% em 2050 e 36% em 2100; na América Latina e Caribe, a população de pessoas idosas passará de 12% do total em 2017 para 25% em 2050. Mundialmente, em comparação com 2017, espera-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais dobre até 2050 e triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 bilhões em 2050 e 3,1 bilhões em 2100. Ainda, globalmente, projeta-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais aumente de 137 milhões em 2017 para 425 milhões em 2050, e para 909 milhões em 2100 (UN, 2017).

No Brasil, dados do IBGE (2011) demonstraram que, em 2010, aproximadamente 10,8% da população total eram pessoas idosas e a expectativa, para o ano de 2050, é que existirão mais pessoas idosas que crianças abaixo de 15 anos de idade. Números da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua revelam que a população brasileira

manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de pessoas idosas desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2018).

Desconsiderada a segregação por sexo, em 2012 existiam 25,4 milhões de pessoas idosas, ou seja, 12,8% da população. Esse contingente aumentou para 30,2 milhões (14,6%) em 2017, representando um aumento de 18,8% (4,8 milhões) de novas pessoas idosas em cinco anos. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% das pessoas idosas), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Nesse período, a quantidade de pessoas idosas cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de pessoas idosas o Rio de Janeiro e o RS, ambas com 18,6% de suas populações com 60 anos ou mais (IBGE, 2018).

O envelhecimento é um processo orgânico inerente à existência humana, multidimensional e traz consigo modificações biológicas, psicossociais e culturais (SANTOS, 2010), além de contemplar as dimensões econômica, política e social. Contudo, apesar da senescência ser considerada um processo biológico, cada indivíduo envelhece de maneira individual, o que implica atenção personalizada por parte dos profissionais de saúde às pessoas idosas (CUNHA et al., 2015).

A manifestação do envelhecimento ocorre pelo declínio das funções de diversos órgãos que tende a ser linear em função do tempo, caracterizado por dois aspectos, a senescência e a senilidade. A senescência é a consequência das diversas alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento; por outro lado, a senilidade é caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa (PAPALÉO NETTO, 2016).

O processo de envelhecer é vivenciado de forma única por cada pessoa, resultante da interação de fatores hereditários, ambientais, tipo de ocupação, situação financeira e estilo de vida, dentre outros. Com isso, é importante que o enfermeiro compreenda o processo de envelhecer em todas as suas dimensões, conheça as características daqueles que necessitam de cuidados e respeite a sua autonomia. Dessa forma, é possível planejar resultados e ações que abranjam tanto a promoção, quanto a recuperação da saúde, por meio de intervenções sistematizadas (ANDRADA et al., 2015).

Embora o arcabouço legal objetive assegurar os direitos e cumprir medidas protetivas, salienta-se que o sistema de saúde não se encontra organizado de forma adequada para atender as necessidades das pessoas idosas em todos os níveis de atenção. Talvez, porque o tema envelhecimento permanece coberto de preconceitos e estereótipos, os quais influenciam o cuidado em saúde direcionado às pessoas idosas (CUNHA et al., 2012) e, no campo da

saúde, faltam ainda estratégias para conhecer as reais necessidades dessa população, com vistas ao planejamento de ações adequadas (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

Na conjuntura mundial, a OMS propôs dez prioridades com objetivo de promover a Década do Envelhecimento Saudável de 2020 a 2030 (WHO, 2018). Sobressaem dentre as estratégias definidas para catalisar mudanças as consoantes com o presente estudo, a saber: promover pesquisas que abordem as necessidades atuais e futuras de pessoas mais velhas; alinhar o sistema de saúde para as necessidades das pessoas idosas; definir os conceitos teóricos para um cuidado de longo prazo e, garantir os recursos humanos necessários para os cuidados integrais às pessoas idosas.

Diante do exposto, pontua-se que o cuidado da vida e saúde no processo de envelhecimento se impõe sobretudo para a enfermagem (CAMPOS et al., 2016). Além de privilegiar o cuidado continuado ao longo do envelhecimento, o enfermeiro deve atentar para o cuidado das pessoas idosas que apresentam morbidades e que necessitam de hospitalizações.

2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Em decorrência do envelhecimento e maior prevalência de DCNTs, a utilização dos serviços de saúde pelas pessoas idosas é elevada, com aumento do número e tempo de hospitalizações. No cuidado à pessoa idosa é fundamental que as ações de enfermagem sejam articuladas de acordo com o entendimento da própria ciência da enfermagem, com base em suas teorias, para elucidação de propostas de planejamento assistencial e, o conhecimento específico orientado pela gerontologia, em relação ao processo de envelhecimento para melhor atender a pessoa idosa e sua família (MEDEIROS; NÓBREGA; MEDEIROS, 2019).

A Associação Pan-americana de Saúde destaca como particularidades do cuidado a pessoas idosas: a heterogeneidade dos processos de envelhecimento; a qualidade de vida relacionada a capacidade funcional; as ações de manutenção da autonomia e da independência; os novos arranjos familiares e famílias menores; a maior vulnerabilidade; as DCNTs como principais causas de morbimortalidade e incapacidades; o aumento pela demanda do usos de serviços e as necessidades de intervenções multidimensionais e intersetoriais (BRASIL, 2014). Essas particularidades nem sempre são consideradas. Quando hospitalizadas, as limitações e a dependência tendem a aumentar, o que exige maior dedicação profissional e disponibilidade de tempo. Porém, a preocupação com a demanda de trabalho faz com que os profissionais de enfermagem utilizem estratégias para agilizá-lo, adotando atitudes impróprias que induzem à dependência (MENEGUIN; BANJA; FERREIRA, 2017).

Estudo descreve que durante a hospitalização a pessoa idosa pode apresentar-se emocionalmente instável, preocupada com a doença, exposta às fragilidades de sua condição e com necessidades de adaptar-se às rotinas existentes, o que pode ser percebido como estressor e causar sofrimento (DIAS et al., 2014). Assim, para que os profissionais de enfermagem, especialmente os enfermeiros, planejem e programem ações que atendam às necessidades e as respostas humanas alteradas de pessoas idosas hospitalizadas, eles têm de estar preparados para lidar com questões inerentes ao processo de envelhecimento e estimular a autonomia e independência das mesmas. Portanto, conhecer a pessoa idosa em sua integralidade é fundamental para o cuidado individualizado.

Sabe-se que o processo de hospitalização impacta consideravelmente na vida de qualquer indivíduo, pois ocasiona a separação do contexto familiar e exige a permanência em um ambiente, muitas vezes, desconhecido. Nesse ínterim, as pessoas idosas representam um grupo socialmente mais vulnerável e frágil, que muitas vezes necessita de hospitalizações (SILVEIRA et al., 2018). Ademais, diante da hospitalização, sua vulnerabilidade aumenta à medida que sua autonomia diminui em decorrência da permanência no cenário hospitalar, com suas normas, rotinas e aparato tecnológico (MENEQUIN; BANJA; FERREIRA, 2017). Por esta razão, o cuidado tem de permitir um equilíbrio entre as necessidades, expectativas e desejos, e um cuidado ajustado para a individualidade da pessoa idosa hospitalizada.

Estudo analisou o cuidado de enfermagem à pessoa idosa em diversos cenários de um hospital geral, com ênfase no preparo profissional e identificou limites e particularidades das práticas assistenciais (SANGUINO et al., 2018). Dentre os limites os autores citaram a ausência de acompanhante no período de internação ou ausência de colaboração dele, principalmente em pessoas idosas dependentes de cuidados; a ambiência hospitalar, que prejudica o cuidado pela deficiência de planejamento ambiental e estrutura física; a fragilidade da formação curricular para o cuidado às pessoas idosas; o aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas, somada à ocorrência de duas ou mais doenças concomitantes, o que leva a progressiva perda da autonomia e dependência. Sanguino et al (2018) apontaram, também, que o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada requer atenção peculiar imposta pelas características do envelhecimento e, que esse cuidado é facilitado pela prática colaborativa interprofissional.

Ademais, a hospitalização pode ser considerada pela pessoa idosa um fator de desestruturação, haja vista que as ações e interações ocorrem num contexto determinado por influência situacional e estrutural (ADMI et al.; 2015). Os aspectos que perpassam essas relações estão cercados, por um lado, das necessidades imprescindíveis de atendimento e, por

outro, de uma atividade profissional hierarquicamente determinada e dimensionada (BOTH et al., 2014).

A hospitalização de pessoas idosas é permeada por estímulos e situações que podem ser percebidos como estressores, que a qualquer momento podem ser identificados quanto ao tipo, natureza e intensidade, bem como as reações que podem ocorrer e resultados que pode provocar, dentro ou fora do limite do sistema. Desta forma, acredita-se que o modo que a pessoa idosa reage à hospitalização depende de sua história de vida, de sua preparação para o processo de envelhecimento, de suas experiências prévias com doenças, de suas condições emocionais, do apoio da família e das relações instituídas com os profissionais de saúde.

As pessoas idosas permanentemente enfrentam estressores na tentativa de recuperar o seu estado de bem-estar, confirmando a integridade do sistema. Nesse aspecto, cabe ao enfermeiro intervir no sistema para reduzir a possibilidade de encontro do indivíduo com o estressor e, no caso desse persistir, utilizar técnicas, a fim de reforçar a linha flexível de defesa do indivíduo para minimizar a possibilidade de um estado de enfermidade (GOMES; RENNÓ; BUSTAMANTE, 2011).

Isso exige esforços no planejamento de resultados e intervenções de enfermagem que contemplem a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas idosas, numa perspectiva de valorização do ser humano. Nesse contexto, a Enfermagem Gerontológica, especialidade emergente no país, vem sendo impulsionada a buscar resultados concretos para as necessidades das pessoas idosas e seus familiares, sem descuidar da qualidade do cuidado prestado em instituições assistenciais (ALVAREZ et al., 2013). Esse cuidado qualificado é resultado da autonomia profissional do enfermeiro e está intrinsecamente relacionada com conhecimento científico, postura pessoal, sistematização da assistência e delimitação das atividades exclusivas da enfermagem na equipe multidisciplinar (KLETEMBERG; PADILHA, 2011).

No que tange ao enfermeiro, destaca-se que a enfermagem gerontológica, como especialidade, fundamenta-se no conhecimento do processo de envelhecimento para a valorização das necessidades biopsicossociais, culturais e espirituais da pessoa idosa e requisita competências específicas dos profissionais de saúde (SAKANO; YOSHITOME, 2007; PEREZ; TOURINHO; CARVALHO JUNIOR, 2016). Nesse âmbito, que contempla a organização de serviços e conceitos teóricos que fundamentam o cuidado, salienta-se que a implementação da SAE com a utilização do PE embasado em um Modelo Teórico ou em uma TMA é primordial para a qualidade e segurança da prática assistencial.

2.3 INTERFACES ENTRE PROCESSO DE ENFERMAGEM, TEORIAS DE ENFERMAGEM E SISTEMA DE LINGUAGEM PADRONIZADA

O PE é um instrumento tecnológico que proporciona uma forma organizada e sistemática para a realização do cuidado e documentação da prática profissional. Ademais, é considerado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático das ações de enfermagem (GARCIA; NOBREGA, 2009).

Ele perpassa, praticamente, por todos os modelos de cuidado e proporciona uma ferramenta para o pensamento crítico e tomada de decisão (ALFARO-LEFEVRE, 2014). Conforme *American Nurses Association* (ANA), o PE é um modelo de pensamento crítico essencial para promover um cuidado seguro e competente, englobar todas as ações dos enfermeiros e compor a base da tomada de decisões (ALFARO-LEFEVRE, 2014). Assim, o PE guia e orienta o raciocínio clínico direcionando o modo de pensar de forma dinâmica, para tomada de decisões apropriadas sobre quais são as necessidades de cuidados dos pacientes (diagnósticos), quais os resultados que se quer alcançar (resultados) e acerca dos melhores cuidados para atender àquelas necessidades relacionadas a esses resultados desejáveis (intervenções) (KLETEMBERG et al., 2010).

A aplicação dos princípios do PE possibilita ao enfermeiro organizar e priorizar o cuidado; manter o foco na segurança, estado de saúde, qualidade de vida e na forma como paciente reage ao cuidado; e, formar hábitos de pensamento que favorecem a confiança e habilidades necessárias nas situações clínicas (ALFARO-LEFEVRE, 2014). Dessa maneira, o PE pode trazer à equipe crescimento profissional e consolidação da profissão como ciência, se encarado com cientificidade, realizado de forma humanizada e voltado para a educação em serviço (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Compete ao enfermeiro a interpretação dos dados referentes ao PE, no que se refere a avaliação do paciente para obter informações a partir das quais identificam os DE, estabelecem resultados esperados e selecionam intervenções planejadas, implementam o plano e avaliam os resultados. Nesse aspecto, o enfermeiro tem de estabelecer uma relação com a pessoa idosa que é atendida e vivencia estressores durante a hospitalização e, assim, pode utilizar opções tecnológicas, para melhorar a qualidade e segurança das ações de enfermagem, ajustando-as às situações de cada uma, a fim de que o cuidado seja adequado e individual. O PE e a elaboração dos DE relacionados à pessoa idosa hospitalizada, e em especial voltados para os estressores vivenciados durante a hospitalização, proporcionam o

embasamento de intervenções apropriadas e o alcance dos resultados positivos no cuidado de enfermagem.

Além disso, conforme preconizado pelo COFEN, o PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento dos DE, o planejamento das intervenções; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (BRASIL, 2009). Esse arcabouço teórico, fornecido pelas teorias de enfermagem, respalda cientificamente a prática assistencial, proporciona segurança e qualidade para as ações de enfermagem e possibilita a visibilidade da profissão. Dessa forma, as teorias em suas diferentes categorias, consistem num referencial de trabalho que favorece o desenvolvimento do conhecimento científico.

Para que as teorias de enfermagem sejam aplicáveis no contexto assistencial a teoria e a prática tem de ser indissociáveis, sustentadas pelas evidências de pesquisas científicas. Dessa forma, as teorias são capazes de trazer benefícios diante de sua capacidade de produzir consistentes explicações, descrições, predições e prescrições, que amparam a profissão na atuação em contextos complexos, como no âmbito do SUS (BRANDÃO, 2019). Entretanto, é reconhecido que as grandes teorias são de difícil uso no campo empírico do cuidado e atuam principalmente como filosofias ou visões de mundo. Já a TMA pode atender as demandas do cuidado profissional da saúde e da enfermagem, considerada sua capacidade de operar exatamente entre o nível abstrato das grandes teorias e o nível empírico da testagem e construção de hipóteses na realidade (BRANDÃO, 2019).

Resultantes do esforço profissional para alcançar o estatuto de ciência, as teorias de enfermagem organizam os fenômenos que estão no domínio de conhecimento da área em torno de quatro conceitos centrais – enfermagem, pessoa (ou ser humano), ambiente e saúde, considerados como metaparadigma da enfermagem (KIM, 1997). As inter-relações desses conceitos em proposições teóricas refletem múltiplas perspectivas, a partir das quais é possível expressar as crenças e valores da área em relação a esses fenômenos, e têm determinado inovações, evoluções e/ou revoluções no saber e no fazer da enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2014).

Inter-relacionando o metaparadigma como organizador de outros conceitos, destacam-se como relevantes para a profissão aqueles que dizem respeito às respostas das pessoas às circunstâncias de vida e saúde (diagnósticos); e às ações que a Enfermagem executa para influenciar positivamente essas respostas (intervenções), de modo a alcançar ou manter as melhores condições possíveis de saúde e bem-estar (resultados) da pessoa (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013). Esse conjunto de termos empregados pela enfermagem delimita,

circunscreve, indica quais são os fenômenos que estão no domínio de conhecimento dessa área específica, pois revelam a linguagem de especialidade (GARCIA, 2019).

A utilização do Sistema de Linguagem Padronizada (SLP) se torna essencial para unificar os termos utilizados para descrever os julgamentos clínicos envolvidos nas avaliações, juntamente com as intervenções e resultados esperados, a partir de uma abordagem de enfermagem baseada em evidência, relacionados com a documentação dos cuidados de enfermagem. Desde meados de 1970, o SLP agrega na construção do conhecimento da disciplina, no raciocínio clínico e na prática assistencial de enfermagem, porque proporciona um método claro para a documentação, fornece orientação e apoio para o enfermeiro em seu raciocínio clínico e nomeia os fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

A utilização das taxonomias relacionadas ao PE permite uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, pois agrega segurança no planejamento, implementação e avaliação das ações de Enfermagem, aprimoramento da comunicação, visibilidade à profissão e desenvolvimento de registros eletrônicos e organização dos serviços (FURUYA et al., 2011; PRIMO et al., 2013).

No presente estudo, a utilização das taxonomias NANDA-I, NOC e NIC subsidiaram as ligações entre diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. A NANDA-I oferece uma nomenclatura padronizada dos DE e apresenta-os em um esquema classificatório, sendo reconhecida como uma terminologia já consolidada. Essa taxonomia se caracteriza por um corpo de conhecimento da Enfermagem e os DE novos se baseiam em evidências descritas em estudos realizados nas diferentes partes do mundo, os quais foram submetidos, analisados, revisados e aprovados por enfermeiros, pesquisadores e educadores (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A taxonomia II da NANDA-I está estruturada de acordo com o modelo de terminologia da *International Standards Organization* (ISO), que é multiaxial, organizada em sete eixos, 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos. Cada DE pertence a um domínio (esfera de atividade, estudo ou interesse) e classe (divisão de pessoas ou coisas por qualidade, classificação ou grau) apresentado, e são organizados por ordem alfabética e por um código numérico composto por título, definição, características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, população em risco e condições associadas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Os enfermeiros diagnosticam uma resposta humana para condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta, e esse diagnóstico constitui a base para a

escolha de IE que alcancem os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. Como o foco é a resposta humana salienta-se que nenhuma pessoa responde à mesma situação da mesma maneira, pois as respostas baseiam-se em fatores genéticos, fisiológicos, condições de saúde e experiências anteriores com doença. Essas respostas também são influenciadas por cultura, etnia, crenças religiosas/espirituais, gênero e criação familiar. Isso reitera que as respostas humanas não são de fácil identificação. Dessa forma, a avaliação e o DE devem ser entendidos do ponto de vista da disciplina de enfermagem, e devem sempre ser baseados em uma avaliação tendo como foco o paciente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A NOC compreende os resultados esperados, que descrevem um estado, comportamento ou uma percepção de um indivíduo, da família ou da comunidade, mensurado ao longo de um continuum, em resposta a uma ou mais IE. A quarta edição da classificação, utilizada nesse estudo, contém 385 resultados, padronizando o nome e as definições de resultados para uso na prática, na educação e na pesquisa (MOORHEAD et al., 2016).

Os resultados possibilitam monitorar a melhora, piora ou a estagnação do estado da pessoa durante um período de cuidados, além de quantificar essas alterações (MOORHEAD et al., 2016). Para tanto, a NOC recomenda que o enfermeiro estabeleça uma avaliação basal do paciente para que o resultado seja medido antes da implementação das IE. O intervalo para medir os resultados é determinado pelo enfermeiro, entretanto, propõe-se que sejam avaliados na alta do paciente, na transferência para outra unidade de cuidados ou quando há uma mudança significativa no estado clínico do paciente (BARRETO; SWANSON; ALMEIDA, 2016).

A NIC é uma classificação abrangente, padronizada e consagrada das intervenções e, é útil para o planejamento do cuidado, documentação clínica, comunicação entre áreas, integração de dados em sistemas, avaliação de competência, pesquisa e eficácia, mensuração de produtividade e planejamento curricular. É organizada em intervenções e atividades de Enfermagem organizadas para tratar os fatores relacionados ou fatores de risco e as características definidoras (sinais e sintomas) de um DE estabelecido. As intervenções de enfermagem são definidas como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente (BUTCHER et al., 2018). A NIC, em sua sexta edição integra 554 IE, 30 classes e sete domínios: fisiológico básico, fisiológico complexo, comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade (BULECHEK et al., 2016).

As intervenções são direcionadas para alterar os fatores etiológicos ou causas do DE; se a IE é bem sucedida na alteração da etiologia, pode-se esperar que o estado do paciente

melhore. Entretanto, algumas vezes não é possível modificar os fatores etiológicos, sendo necessário tratar as características definidoras (BULECHEK et al., 2016).

Ante a necessidade e relevância de desenvolver o PE em sua completude na prática assistencial, discorre-se sobre os DE, os quais favorecem ações sistematizadas com respaldo técnico-científico. O DE é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade para essa resposta, por indivíduo, família, grupo ou comunidade (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). A designação dos DE requer coleta de dados, a fim de identificar as características definidoras e estabelecer a existência de fatores relacionados. Além desses dados, as respostas humanas alteradas orientam o enfermeiro ao priorizar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Dessa forma, reitera-se que os DE constituem a base para a escolha das Intervenções de Enfermagem (IE) para o alcance dos Resultados de Enfermagem (RE), com objetivo de determinar um plano de cuidados apropriados para cada paciente (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Ademais, os DE propiciam uma linguagem padrão para os registros pertinentes e assim, possibilitam a comunicação clara entre os profissionais da equipe de saúde e a coleta de dados para o aperfeiçoamento contínuo dos cuidados.

Concernente às produções científicas que identificaram DE em pessoas idosas hospitalizadas, destaca-se estudo que identificou e comparou DE apresentados pelas pessoas idosas na admissão e na alta hospitalar, demonstrou que elas apresentaram uma alta frequência e variabilidade de diagnósticos, tanto na admissão quanto na alta hospitalar (GUEDES et al., 2011). Os autores ainda mencionaram que as pessoas idosas, ao serem admitidas no hospital, apresentam uma maior diversidade de diagnósticos com foco no problema e que, durante a internação, o número desses tende a diminuir e a aumentar os diagnósticos de bem-estar e de risco. Pode-se inferir que essa transição nos DE demonstra o quanto os cuidados de enfermagem foram efetivos durante a hospitalização.

Guedes et al (2011) revelaram que o domínio atividade/repouso apresentou a maior variedade de diagnósticos, enquanto o domínio segurança/proteção foi o que revelou o maior quantitativo. Estudo que identificou os DE do domínio atividade/repouso, em pessoas idosas, destacou que as respostas humanas mais prevalentes foram insônia, fadiga, intolerância à atividade e mobilidade física prejudicada (GUEDES et al., 2010). Os diagnósticos identificados nesse domínio subsidiaram ações que visavam o restabelecimento da saúde, por meio da produção, conservação e equilíbrio de recursos energéticos.

Para contemplar essas ações, é esperado que o enfermeiro esteja capacitado quanto aspectos humanos, científicos e técnicos para lidar com o envelhecimento, e preparado para

trabalhar com a prevenção de incapacidades e doenças (GUEDES et al., 2010). Além disso, é indispensável que sejam consideradas, além das variáveis fisiológicas, as dimensões psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Essa integralidade representa um desafio para o cuidado à pessoa idosa hospitalizada, a fim de individualizá-lo.

Outro estudo identificou e analisou DE associados à presença das síndromes geriátricas em pessoas idosas hospitalizadas (SOUSA et al., 2010). Os pesquisadores encontraram 394 DE em 66 pessoas idosas investigadas e calcularam que, em média, duas síndromes ocorrem por pessoa que sofre o risco de fragilização durante a hospitalização. Isso confirma que as pessoas idosas internam com os DE que caracterizam a presença de síndromes geriátricas, as quais favorecem o aparecimento da fragilidade e desencadeiam uma série de debilidades que acarretam a dependência (SOUSA et al., 2010).

Pesquisa conduzida com objetivo de identificar os principais diagnósticos de enfermagem em pessoas idosas no pós-operatório de cirurgias urológicas apontou que dentre os DE identificados, Integridade da pele prejudicada, Risco de infecção, Risco de volume de líquidos deficiente, Dor aguda e Conhecimento deficiente apresentaram maior número de ocorrências (LIMA et al., 2015). Esses resultados revelam que os DE estavam diretamente relacionados às condições decorrentes da cirurgia, o que pode diferir se investigados os DE em pessoas idosas hospitalizadas por condições clínicas e não cirúrgicas.

Nesse ínterim, resultados de estudo realizado por Lira et al (2015), com 50 pessoas idosas internadas em um hospital público do Sul do Brasil, demonstraram que os DE mais frequentes foram Risco para infecções; Risco para integridade de pele prejudicada; Risco para nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; Risco de quedas; Padrão respiratório ineficaz; Troca de gases prejudicada; Mobilidade física prejudicada; Excesso de volume de líquidos; Alterações no padrão de eliminação intestinal; Alterações no padrão de eliminação urinária; e Percepção sensorial perturbada, visão. Esses DE direcionaram as prescrições de enfermagem, por meio da implementação de ações eficazes e imediatas para a resolução dos problemas.

O DE eliminação urinária prejudicada foi analisado em 103 pessoas idosas no pós-operatório, hospitalizadas, por Bitencourt, Felipe e Santana (2016), que identificaram a disúria, noctúria e urgência urinária como as principais características definidoras; dentre os fatores relacionados a esse DE emergiram as múltiplas causas e a infecção no trato urinário.

Conhecer os principais DE em pessoas idosas e propor as intervenções de enfermagem foi objetivo de estudo retrospectivo, realizado na enfermaria de geriatria de um hospital universitário da cidade de São Paulo (SAKANO; YOSHITOME, 2007). Os principais DE,

identificados pelos pesquisadores foram Risco para infecção; Mobilidade física prejudicada; Nutrição alterada: menos que as necessidades corpóreas; Déficit no autocuidado e Integridade da pele prejudicada. Ainda, estudo que avaliou os registros de 1665 pessoas idosas hospitalizadas, encontrou 62 DE, dentre os quais os prevalentes foram Déficit no autocuidado: banho e higiene; Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Risco de infecção e Padrão respiratório ineficaz (ALMEIDA et al., 2008).

Estudo descreveu DE em 50 mulheres idosas hospitalizadas, com necessidade de continuidade dos cuidados no domicílio, concluiu que elas apresentavam diagnósticos em todos os padrões de resposta humana, com destaque para o déficit de conhecimento (MARIN; BARBOSA; TAKITANE, 2000). No mesmo sentido, pesquisa identificou e analisou DE do domínio Promoção de Saúde em pessoas idosas atendidas na clínica médica, com condições de alta hospitalar, os DE prevalentes foram: Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico; Controle ineficaz do regime terapêutico e Disposição para nutrição melhorada (SANTOS et al., 2009).

Esses resultados reforçam que ao identificar os DE e propor o cuidado individualizado por meio do PE, o enfermeiro se defronta com a necessidade do julgamento clínico e do raciocínio diagnóstico, os quais permeiam a tomada de decisão sobre as ações de cuidar. Essa prática é complexa, pois o enfermeiro é responsável por assumir julgamentos, identificar diagnósticos de enfermagem, tomar decisões e ser responsável pelos resultados de suas ações (BITTENCOURT et al., 2011). Isso exige do enfermeiro habilidades de raciocínio clínico, que envolvem sua capacidade cognitiva, seus conhecimentos técnico-científicos e clínico, aliados à sua experiência e integrados pela sua percepção intuitiva da situação. Dessa forma, no presente estudo, identificaram-se os DE associados aos estressores vivenciados por pessoas idosas durante hospitalização, fundamentados no MSN.

Ante o exposto, discorre-se que é por meio da avaliação crítica, embasada em uma teoria ou modelo teórico de enfermagem, que o enfermeiro identifica os DE, que irão subsidiar o planejamento de resultados e intervenções, de acordo com as necessidades das pessoas idosas. Gonçalves, Alvarez e Santos (2016) citam como metas principais, no cuidado à saúde de pessoas idosas a promoção de um viver ativo e saudável, a compensação de limitações e incapacidades, a provisão de apoio e controle no curso do envelhecimento, o tratamento e cuidados específicos e, facilitação do processo de cuidar, as quais devem direcionar os cuidados de enfermagem e objetivamente, o PE.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo versa sobre o marco classificatório da teoria, incluindo o conhecimento da Enfermagem e a classificação das Teorias de Enfermagem, e descreve-se o marco teórico-filosófico que fundamentou a pesquisa de campo, PCA, bem como o desenvolvimento da TMA sobre estressores e variáveis de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, o MSN.

3.1 O MARCO CLASSIFICATÓRIO DA TEORIA

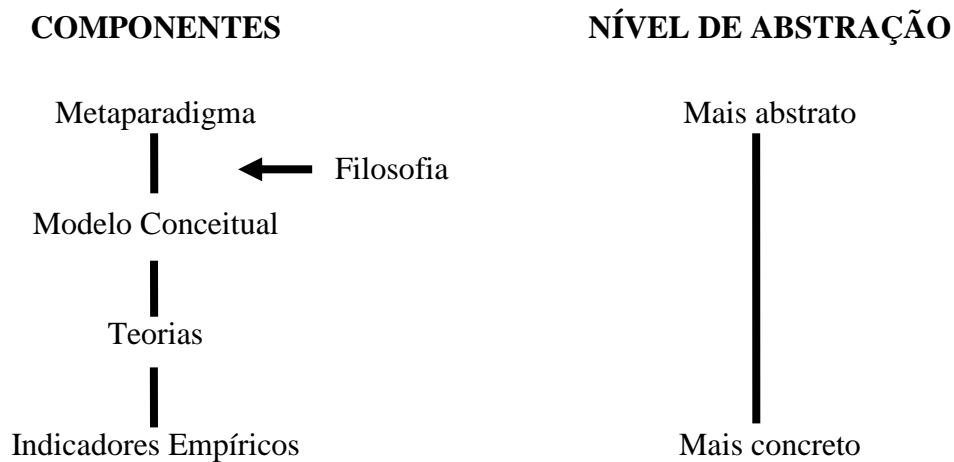
3.1.1 O conhecimento da Enfermagem

A Enfermagem é uma profissão em evolução, uma disciplina acadêmica e uma ciência (MCEWEN, 2016). Alguns autores a consideram como uma ciência prática (OREM; TAYLOR, 2011; ALLIGOOD, 2014), outros como uma disciplina (ROSA et al. 2010; FAWCETT, 2013), ou ainda uma disciplina orientada para a prática (MELEIS, 2018; WALKER; AVANT, 2019).

Para Fawcett (2013), a disciplina possui duas dimensões, a ciência e a profissão. A ciência é obtida por meio da pesquisa em enfermagem, e a profissão se concretiza, ao mesmo tempo em que é atualizada, pela prática de enfermagem. Assim, a disciplina de enfermagem é compreendida como uma ciência básica e seu objetivo é expandir o conhecimento sobre as experiências humanas por meio da investigação e conceituação criativa.

Nessa conjuntura, Fawcett (2013) descreveu o conhecimento da enfermagem contemporânea por meio de uma hierarquia estrutural e o classifica em ordem decrescente: metaparadigmas > filosofia > modelos conceituais > teorias > indicadores empíricos. Estes componentes, exceto os indicadores empíricos, são constituídos por conceitos e proposições. Entende-se por conceito uma palavra ou frase que sintetiza coisas, acontecimentos, ideias ou experiências, e por proposição uma afirmação sobre um conceito ou uma declaração da relação entre dois ou mais conceitos. A proposição não relacional é uma descrição ou a definição de um conceito, e a proposição relacional afirma a relação, ou ligação, entre dois ou mais conceitos (FAWCETT, 2013).

Figura 1 - Estrutura holárquica do conhecimento da enfermagem contemporânea: componentes e níveis de abstração. Brasil, 2019.



Fonte: Adaptado de Fawcett, 2013.

Dentre os componentes, o metaparadigma é o componente mais abstrato e geral da hierarquia estrutural do conhecimento de enfermagem, conceituado por Kuhn em 1977 (MCEWEN, 2016). Ele integra conceitos globais que identificam o fenômeno central de interesse de uma disciplina, bem como as proposições que os descrevem e as que estabelecem relação entre eles (FAWCETT, 2013). De acordo com McEwen (2016, p. 28) o metaparadigma representa “a ideologia dentro da qual as teorias, o conhecimento e os processos para o conhecimento encontram significado e coerência”.

Na década de 1970 e início de 1980, inúmeros estudiosos de enfermagem constataram que os fenômenos dominantes nessa ciência giravam em torno dos conceitos de ser humano (pessoa), saúde, ambiente e enfermagem (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013). Fawcett os descreveu em 1978, formalizando-os como o metaparadigma de enfermagem em 1984: composto por quatro conceitos, quatro proposições não relacionais e quatro proposições relacionais. Os conceitos referem-se ao entendimento do Ser humano (pessoa), Ambiente, Saúde e Enfermagem. Cada um destes conceitos tem associada uma proposição não relacional, ou seja, uma definição constitutiva dos conceitos. A ligação entre esses, é feita por meio da explicitação de proposições relacionais (FAWCETT, 2013).

O segundo componente é a filosofia, definida como uma declaração que inclui afirmações ontológicas sobre os fenômenos de interesse central para uma disciplina; afirmações epistêmicas sobre como esses fenômenos passaram a ser conhecidos; e as reivindicações éticas sobre os valores aceitos pelos membros da disciplina (FAWCETT, 2013). McEwen (2016) pontua que filosofia “é uma declaração de crenças e valores sobre os

seres humanos e seu mundo”. Dessa forma, a filosofia estabelece o significado da enfermagem e de seus fenômenos, mediante o raciocínio lógico e a apresentação de ideias, e oferecem, ainda, ampla visão geral da disciplina (ALLIGOOD, 2014).

O modelo conceitual é definido como um conjunto relativamente abstrato e geral de conceitos que identificam os fenômenos centrais de interesse de uma disciplina e as proposições que reconhecem relativamente as relações abstratas e gerais entre dois ou mais conceitos. De acordo com McEwen (2016, p. 28), um modelo conceitual é “um conjunto de conceitos inter-relacionados que, simbolicamente, representam e transmitem a imagem mental de um fenômeno”. As obras de várias teóricas de Enfermagem são reconhecidas como modelos conceituais, dentre os quais o MSN.

O quarto componente dessa estrutura são as teorias. Uma teoria é definida com uma ou mais conceituações relativamente concretas e específicas que são derivadas de um modelo conceitual e de suas proposições, as quais descrevem relações concretas e específicas entre dois ou mais conceitos (FAWCETT, 2013).

O último componente dessa estrutura holárquica, citado por Fawcett (2013), são os indicadores empíricos, definidos como um instrumento real, uma condição experimental ou procedimentos que são usados para observar ou medir conceitos das TMA ou de situações específicas. Os dados, que são as informações obtidas pelos indicadores empíricos, constituem um dos aspectos dos métodos de investigação usados para determinar a evidência empírica de TMA.

Assim, um indicador empírico fornece o meio pelo qual essas teorias são produzidas e testadas, constituindo instrumentos que proporcionam dados que podem ser ordenados em categorias qualitativas ou calculados em resultados quantitativos (FAWCETT, 2013). Segundo McEwen (2016, p. 28) os indicadores empíricos são “instruções reais, condições experimentais e procedimentos usados para observar e medir os conceitos de uma teoria”.

3.1.2 Classificação das Teorias de Enfermagem

Para Walker e Avant (2019), uma teoria de enfermagem é definida como uma conceitualização articulada da realidade, com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever os cuidados de enfermagem. Ela explica determinado fenômeno para a disciplina a partir de conceitos relacionados, declarações e proposições que podem ser testadas, tendo uma importância significativa na construção das suas bases conceituais. Uma teoria propõe-se a caracterizar ou explicar alguns fenômenos (MCEWEN, 2016).

Para Meleis (2018), uma teoria é uma representação simbólica de aspectos da realidade que são descobertos ou inventados, geralmente construída para expressar uma nova ideia ou uma nova visão na natureza de um fenômeno de interesse, sendo o principal meio para construção de um corpo de conhecimento específico. No entanto, na construção de uma teoria é preciso que o teórico tenha capacidade criativa para juntar e dar sentido aos fatos e dados observáveis, além de uma base consistente de evidências e habilidade para interligá-las, formando uma estrutura inteligível sobre o fenômeno (POLIT; BECK, 2019).

Quanto à classificação das teorias, durante os últimos 40 anos, inúmeros métodos de classificação foram descritos. Entre eles, destacam-se a classificação com base no alcance/âmbito ou abstração e no tipo ou finalidade da teoria.

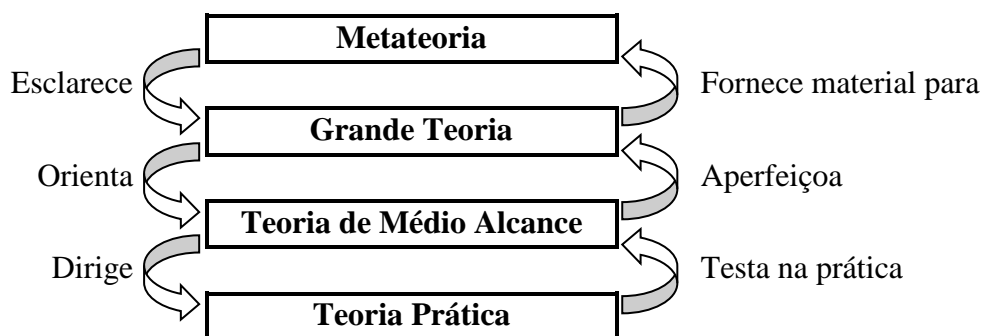
A primeira faz a diferenciação quanto ao âmbito da teoria e, inclui seu nível de especificidade e a concretude de seus conceitos e proposições (MCEWEN, 2016). Esse esquema de classificação utiliza os termos metateoria, filosofia ou visão de mundo para descrever a base filosófica da disciplina; grande teoria ou macroteoria para descrever a estrutura conceitual abrangente; TMA para descrever estruturas que são relativamente mais focalizadas que as grandes teorias, e microteoria, teoria específica à situação ou à prática para descrever as de menor âmbito (MCEWEN, 2016).

Meleis (2018) classifica as teorias em grandes teorias, TMA e teorias específicas de uma situação. Para a teórica, as grandes teorias são construções sistemáticas da natureza da enfermagem, da sua missão e dos objetivos dos cuidados, construídas a partir de experiências, observações e mediante os resultados das pesquisas; refletem um escopo mais amplo, fornecem relações entre um grande número de conceitos abstratos e não se propõem a testes empíricos. As TMA têm uma esfera de ação mais limitada e menor nível de abstração, contemplando fenômenos específicos ou conceitos que refletem a prática; podem ser submetidas a testes empíricos devido à especificidade de seus conceitos e são facilmente operacionalizadas. Já, as teorias específicas de uma situação focam-se num fenômeno concreto, limitado a uma população específica em um campo particular da prática.

As teorias variam em seu nível de abstração e escopo. Dessa forma, as grandes teorias possuem uma abrangência ampla, são compostas por conceitos e proposições que são menos abstratos e gerais que os conceitos e proposições de um modelo conceitual, mas não tão concretos e específicos como os das TMA. Estas, por sua vez, têm um escopo mais limitado, da mesma forma que também são limitados o número de conceitos e proposições, as quais estão em um nível relativamente mais concreto e específico (FAWCETT, 2013).

Walker e Avant (2019) classificam as teorias conforme a complexidade e o grau de abstração, sendo a metateoria a de maior abstração, seguida pelas grandes teorias, TMA e, finalmente, as teorias práticas, consideradas as menos abstratas. O relacionamento entre os diferentes níveis é exemplificado na Figura 2.

Figura 2 - Relacionamento entre os níveis de teorias. Brasil, 2019.



Fonte: Adaptado de Walker; Avant, 2019.

A metateoria se concentra em questões gerais relacionadas com a teoria em enfermagem e geralmente não produz teorias de grande ou médio alcance ou prática. Tem como foco as questões filosóficas e metodológicas relacionadas ao desenvolvimento das bases teóricas (WALKER; AVANT, 2019).

As grandes teorias são compostas de conceitos abstratos e muitas vezes são propostas para fornecer uma perspectiva ampla para as metas e estrutura da prática de enfermagem. Embora as grandes teorias forneçam perspectivas globais para a prática, educação e pesquisa, elas possuem limitações. Devido ao seu alto nível de abstração e às frágeis ligações entre suas terminologias e os indicadores empíricos, são difíceis de serem aplicadas à prática clínica dos enfermeiros e de serem testadas (WALKER; AVANT, 2019). Elas fornecem o assentamento filosófico que permite aos enfermeiros pesquisadores desenvolver uma teoria mais concreta e organizada para a pesquisa ou a prática, denominada TMA (MCEWEN; WILLS, 2016).

A TMA possui um número limitado de conceitos e variáveis, sendo de âmbito restrito. Por conta dessas características são testáveis e ainda apresentam um grau de generalização para serem cientificamente interessantes. Observa-se um crescimento dessas teorias a fim de preencher as lacunas entre as grandes teorias e a prática (WALKER; AVANT, 2019).

Já, as teorias práticas possuem poucos conceitos, explicam elementos da assistência de enfermagem, sendo que sua essência está em uma meta definida e nas prescrições das intervenções ou atividades que visam alcançar essa meta (WALKER; AVANT, 2019).

Quanto a sua finalidade as teorias podem descrever, explicar, prever ou prescrever fenômenos. As teorias descritivas descrevem, observam e nomeiam conceitos, propriedades e dimensões dos fenômenos, mas não explica como ou por que os conceitos estão relacionados. Tem por finalidade proporcionar observação e significado referentes aos fenômenos. São geradas e testadas por técnicas da pesquisa descritiva, incluindo análise de conceito, estudos de caso, fenomenologia, etnografia e teoria fundamentada (MCEWEN, 2016).

As teorias explicativas (de relacionamento de fatores) são as que relacionam conceitos entre si, descrevem inter-relações entre conceitos ou proposições e especificam associações ou relações entre alguns conceitos. Tentam demonstrar como e por que os conceitos estão relacionados e podem lidar com a causa e o efeito e as correlações ou regras que regulam as interações. São desenvolvidas pela pesquisa correlacional e por meio de revisão abrangente e síntese da bibliografia (MCEWEN, 2016).

As teorias preditivas (relacionadas com a situação) são obtidas, quando condições sob as quais os conceitos se relacionam são enunciadas, e os enunciados das relações conseguem descrever de forma consistente futuros resultados. Elas voltam-se à previsão de relações exatas entre conceitos, gerada e testada, na maioria das vezes por pesquisa experimental e, por isso difíceis de encontrar na literatura de enfermagem (MCEWEN, 2016).

As teorias prescritivas (produtoras de situação) são aquelas que prescrevem as atividades necessárias para alcançar as metas definidas. Abordam a terapêutica da enfermagem e as consequências das intervenções, incluem proposições que exigem mudança e preveem as consequências das intervenções de enfermagem (MCEWEN, 2016). Elas descrevem a prescrição, as consequências, o tipo de cliente e as condições (Meleis, 2018) e, estão entre as mais difíceis de identificar na literatura de enfermagem.

Quanto aos seus componentes, uma teoria integra a finalidade, os conceitos e as definições, os enunciados teóricos, a estrutura/vínculos e o ordenamento e os pressupostos (CHINN; KRAMER, 2014). Sua finalidade explica por que a teoria foi formulada e especifica o contexto e as situações em que deve ser aplicada. Ela também pode informar o contexto sociopolítico no qual a teoria foi desenvolvida, as circunstâncias que influenciaram sua criação, as experiências anteriores do teórico, os cenários em que ela foi formulada e as tendências da sociedade (CHINN; KRAMER, 2014; MCEWEN, 2016).

Os conceitos e definições conceituais são rótulos linguísticos atribuídos aos objetos ou eventos e são considerados os blocos construtivos das teorias. A definição teórica situa o conceito em relação a outros conceitos e permite a descrição e a classificação dos fenômenos. Conceitos definidos operacionalmente ligam-se ao mundo real e identificam referentes

empíricos (indicadores) do conceito que permitirão a observação e a mensuração (CHINN; KRAMER, 2014; WALKER; AVANT, 2019). As teorias devem incluir definições conceituais explícitas para descrever e esclarecer o fenômeno e explicar como o conceito é expresso numa realidade empírica.

Com o desenvolvimento e apresentação do conceito, é possível combiná-lo com outros conceitos para criar enunciados que descrevem o mundo real. Enunciados teóricos ou proposições abrangem a relação entre dois ou mais conceitos e são usadas para conectar conceitos para a criação de teorias. Os enunciados devem ser formulados antes que possam ser feitas as explicações ou previsões, e o desenvolvimento de enunciados que afirmam uma conexão entre dois ou mais conceitos introduz a possibilidade de análise (MCEWEN, 2016).

Quanto a estrutura e vínculos da teoria, sua estruturação por arranjo lógico e vinculações específicas de conceitos teóricos e enunciados é fundamental para seu desenvolvimento. A estrutura de uma teoria confere uma forma geral e inclui a determinação da ordem de aparecimento das relações, a identificação das relações centrais e o delineamento da direção, força e qualidade das relações (CHINN; KRAMER, 2014). Os vínculos teóricos justificam as conexões, de alguma maneira, entre as variáveis tornando a teoria plausível. Quando desenvolvidos operacionalmente, os vínculos contribuem para a possibilidade de teste da teoria, especificando como as variáveis estão conectadas. Assim, o arranjo conceitual de enunciados e vínculos pode levar às hipóteses.

Os pressupostos são notas tomadas como verdadeiras, sem provas (MCEWEN, 2016). São crenças sobre um fenômeno que devem ser aceitas como verdadeiras para a aceitação da teoria e, embora não possam ser empiricamente testáveis, podem ser questionadas filosoficamente. Os pressupostos de uma teoria fundamentam-se naquilo que os teóricos consideram evidência empírica adequada para apoiar as proposições, no conhecimento aceito ou nas crenças ou valores pessoais.

Os modelos são representações esquemáticas de algum aspecto da realidade, que podem ser objetos tridimensionais, diagramas, fórmulas geométricas ou palavras. Os modelos teóricos representam o mundo real com o uso da linguagem ou dos símbolos e setas direcionais. A criação do modelo dos conceitos e relações revela o efeito de determinadas variáveis sobre a variável do resultado, em vez de serem feitas asserções de que toda a variável sob estudo está relacionada com todas as outras. Além disso, o modelo descreve um processo que inicia em algum lugar e termina em um ponto lógico. Usando o modelo, o indivíduo deve ser capaz de explicar o que ocorreu, prever o que acontecerá e interpretar o que está acontecendo (MCEWEN, 2016).

3.1.3 Teorias de Enfermagem de Médio Alcance

As primeiras TMA foram propostas pela primeira vez no campo da sociologia, na década de 1960. Na enfermagem, o desenvolvimento dessas teorias iniciou em 1974 e está crescendo para preencher as lacunas entre as grandes teorias e a prática. Por serem reconhecidas recentemente como relevantes para a prática da enfermagem e suscetíveis a teste por meio de pesquisas (MCEWEN, 2016), representam uma tendência contemporânea no desenvolvimento do conhecimento.

Comparadas às grandes teorias, as TMA abarcam um número limitado de conceitos e são, também, de âmbito restrito; todavia, neste âmbito algum grau de generalização é possível em áreas e locais especializados. Suas proposições são claras e podem ser derivadas hipóteses testáveis e seu desenvolvimento é coerente com o terceiro estágio da legitimação da disciplina de enfermagem (MCEWEN, 2016).

A TMA tem a função de descrever, explicar ou prever os fenômenos, de forma explícita e testável. Essa teoria é de fácil aplicação em situações práticas e como estrutura para pesquisas, além de ter o potencial de orientar as intervenções e mudar as condições de uma situação para favorecer o cuidado de enfermagem. Uma TMA aborda fenômenos relativamente concretos e específicos, declarando o que eles são, por que ocorrem e como ocorrem, além de estruturar a interpretação de comportamento, situações e eventos (MCEWEN, 2016). Fawcett e DeSanto-Madeya (2013) consideram que a TMA oferece suporte ao entendimento das conexões entre um DE e RE e entre uma IE e um RE.

Vários fatores apoiam o desenvolvimento e utilização de TMA na enfermagem, a saber: são mais úteis na pesquisa do que as grandes teorias, devido seu nível de abstração e facilidade de operacionalização; apoiam a previsão mais do que as grandes teorias, por seu âmbito circunscrito e à especificidade dos conceitos; têm mais probabilidade de serem adotadas na prática, pois sua relativa simplicidade facilita o processo de desenvolvimento das intervenções para os problemas de saúde identificados (PETERSON, 2013).

Como as teorias em geral, as TMA têm três funções no desenvolvimento de conhecimentos de enfermagem. Primeira, são usadas como estruturas teóricas para pesquisa; segunda, estão abertas para uso na prática e devem ser testadas pela pesquisa e, terceira, podem ser o produto científico final que expressa o conhecimento de enfermagem (SUPPE, 1996 apud MCEWEN, 2016).

Dentre as características que identificam uma TMA de enfermagem, ressalta-se que suas principais ideias são relativamente simples, diretas e gerais, levando em conta um

número limitado de variáveis ou conceitos. Ela tem um foco substantivo particular e considera um aspecto limitado da realidade, além de ser receptiva a testes empíricos, podendo ser consolidada em teoria de maior amplitude. Ainda, ela concentra-se de modo predominante, nos problemas dos pacientes e nos prováveis resultados, assim como nos efeitos das IE sobre os RE, sendo, portanto específica à enfermagem e pode explicitar uma área da prática, uma faixa etária do paciente, IE e RE (MELEIS, 2018; PETERSON, 2013).

Assim, uma TMA consiste em dois ou mais conceitos e uma relação específica entre eles. Elas abordam conceitos na direção do ponto intermediário de um *continuum* de alcance de conceitos do metaparadigma em uma extremidade, e ações concretas específicas ou eventos em outra. Os conceitos são distintos, observáveis e suficientemente abstratos para serem aplicados em múltiplos ambientes e usados com pacientes com problemas distintos.

A TMA liga fenômenos ou conceitos discretos e observáveis em enunciados de relação explícitos, preferencialmente unidirecionais. As relações mais comuns são as casuais, que enunciam que uma mudança no valor de uma variável ou conceito está associada a uma alteração no valor de outra variável ou conceito (PETERSON, 2013). Assim, combina relações postuladas entre conceitos específicos, e bem definidos com a capacidade de medir ou codificar, de forma objetiva, os conceitos. Uma TMA contém conceitos e enunciados a partir dos quais hipóteses podem ser derivadas logicamente, testadas de forma empírica e adotadas com facilidade para orientar a prática de enfermagem (MCEWEN, 2016).

Atualmente, a TMA é parte da estrutura da base de conhecimento de enfermagem, juntamente com as grandes teorias, com expressões de raízes disciplinares para orientar a prática e pesquisa (LIEHR; SMITH, 2017). Seu desenvolvimento por meio da pesquisa, da prática ou da síntese bibliográfica, com origem em grandes teorias de enfermagem ou não, ou derivando de diretrizes e padrões de prática, está em ascensão nas últimas décadas, com objetivo de contribuir para o avanço do conhecimento de enfermagem. Nesse contexto, emerge o desafio de construir teorias de enfermagem de médio alcance que sejam empiricamente sólidas, coerentes, significativas, úteis e esclarecedoras.

3.2 O MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO

3.2.1 O Modelo de Sistemas de Neuman

Betty Neuman nasceu em 1924, em Lowell, Ohio. Centrou seus estudos de graduação na Universidade da Califórnia, Los Angeles, bacharelando-se em enfermagem em 1957

(GEORGE, 2000). Recebeu grau de Mestre em Saúde Mental em 1966, pela Universidade Católica de Los Angeles, e cursou doutorado em Psicologia Clínica na Universidade de Ohio, em 1985 (GEORGE, 2000).

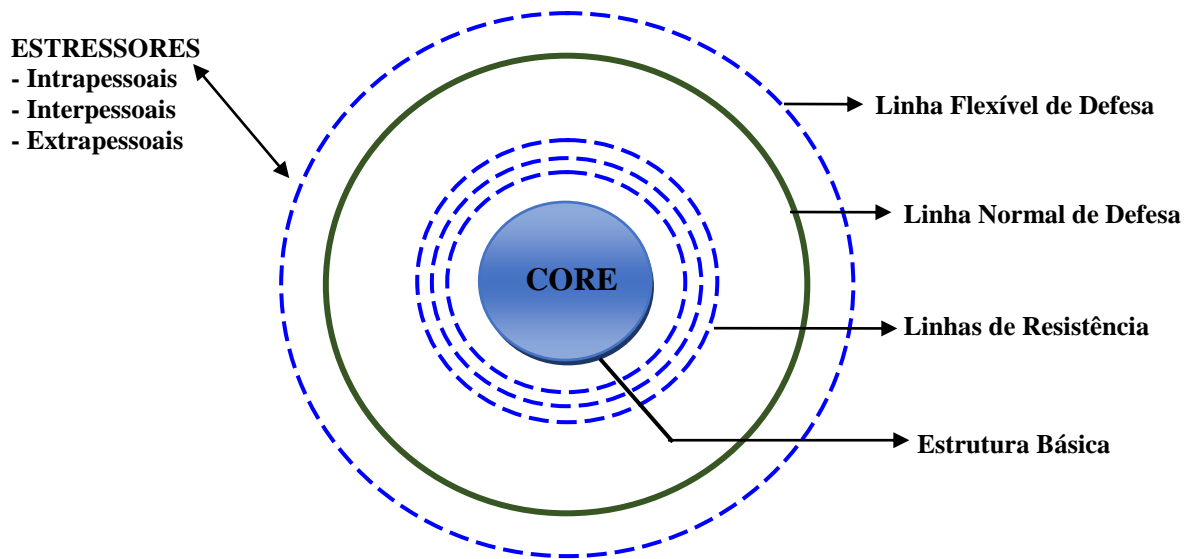
Ela foi pioneira na introdução da enfermagem no campo da saúde mental e sua vida profissional integra experiências assistenciais, administrativas e acadêmicas. Neuman publicou o “*Neuman System Model*” (1982; 1989; 1995; 2001; 2011), o qual sintetiza conhecimentos a partir de diversas disciplinas e incorpora suas crenças filosóficas e experiência clínica em enfermagem.

Assim, o MSN fundamenta-se no caráter dinâmico da Teoria Sistêmica Geral de Von Bertalanffy (1968), na qual todo e partes se integram dinamicamente, ajustando-se mutuamente na procura do equilíbrio (NEUMAN, 2011). Ademais, esse modelo teórico foi baseado na conceituação do estresse, que consiste em uma reação inespecífica do organismo a qualquer estímulo, proposta por Selye (1959); nos elementos da teoria de Gestalt, que descreve a homeostasia como um processo por meio do qual o organismo mantém o equilíbrio e a saúde, sob condições variadas; nas opiniões filosóficas sobre totalidade da vida, de Chardin; na filosofia de Marx, que aponta que as propriedades das partes dependem dos sistemas dinamicamente organizados (NEUMAN, 2011). Ainda, Neuman adaptou para a enfermagem os níveis de prevenção do modelo conceitual de Caplan (1964).

O MSN enfatiza a pessoa como um todo em seus aspectos fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual e sua relação com fatores ambientais (NEUMAN, 2011). Neuman parte de uma visão multidimensional de indivíduos, famílias e comunidade, que se encontram em constante interação com estressores ambientais e, assim seu modelo focaliza a reação aos estressores e os fatores de reconstituição e adaptação. O ser humano (pessoa), o meio ambiente, o processo saúde/doença e a sociedade se inter-relacionam dinâmica e mutuamente, sem perderem as características de um sistema (NEUMAN, 2011).

O Modelo é uma abordagem dinâmica e aberta para o cuidado, sendo desenvolvido para fornecer um foco unificado para a definição dos problemas da enfermagem e para o entendimento do paciente em interação com o ambiente (NEUMAN, 2011). A estrutura proposta por Neuman (Figura 3), aponta que cada indivíduo é visto como um sistema aberto constituído por um centro. O “Core” é cercado por uma série de círculos concêntricos, onde estão incluídos os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos, rodeado por contornos hipotéticos: Linha Normal de Defesa (LND), Linha Flexível de Defesa (LFD) e Linhas de Resistência (LR).

Figura 3 - Elementos do Modelo de Sistemas de Neuman. Brasil, 2019.



Fonte: Adaptado de Neuman, 2011.

O MSN é abrangente e dinâmico, e enfatiza a reação da pessoa aos estressores e os fatores de reconstituição ou adaptação. Para Neuman (2011), o sistema que mantém o organismo em equilíbrio interagindo em constante processo homeostático é formado pelos componentes do diagrama (Figura 4), descritos a seguir:

A **Estrutura Básica**, o “core”, é o núcleo central do diagrama, no qual se encontram os recursos de energia da estrutura básica, que são os mecanismos de sobrevivência, tais como as funções orgânicas, estrutura genética, padrões de respostas, habilidades cognitivas, sistema de valores, entre outros. Esses fatores são inerentes a todo ser humano e representam as características únicas de cada indivíduo.

As **Linhas de Resistência** (LR) são representadas pelos anéis concêntricos que cercam a estrutura central. Representam os recursos de energia da estrutura básica e variam em tamanho e distância do reator, portanto representam os fatores internos do indivíduo que são a defesa contra os estressores. Essas linhas servem como fatores protetores, que se tornam ativas quando a LND é invadida pelos estressores ambientais.

A **Linha Normal de Defesa** (LND) é construída durante toda a vida e representa a estabilidade do sistema (estado de bem-estar), que se modifica em resposta aos estressores. É o estado dinâmico de adaptação que um sistema alcança com o passar do tempo e indica a maneira como o indivíduo enfrenta os estressores. Depende da experiência de vida e da fase de desenvolvimento de cada indivíduo, composto por habilidades fisiológicas, psicológicas,

socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, que são utilizadas pelo sistema para lidar com os estressores. A expansão da LND reflete em um estado melhorado de bem-estar e sua contração indica uma diminuição do mesmo.

A **Linha Flexível de Defesa (LFD)** é representada no diagrama por um círculo pontilhado externo, que muda constantemente em resposta às influências das mudanças fisiológicas, socioculturais, espirituais, psicológicas e de desenvolvimento. Essa linha reage de maneira similar a um amortecedor para proteger a LND contra agressores. É dinâmica e instável, podendo modificar-se em curto período de tempo, sendo considerada o primeiro mecanismo de defesa do sistema cliente: quando a LFD expande, ela fornece uma proteção de curto prazo maior contra os estressores, quando ela contrai, ela fornece menor proteção.

Neuman (2011) acrescenta ainda que as trocas do sistema com ambiente são recíprocas, de forma que podem ser afetados positivamente ou negativamente um pelo outro. Fazem parte desse sistema os estressores, a reação, a prevenção primária, secundária e terciária, os fatores estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. O ambiente, a saúde e a Enfermagem são partes inerentes ao modelo apesar de não estarem representados no diagrama. Dessa forma, é importante conceituar alguns termos usados no MSN.

O **bem-estar** existe quando todas as subpartes do sistema interagem em harmonia com todo o sistema e todas as necessidades do sistema estão sendo atendidas. Em contrapartida, a **doença** existe exatamente no oposto do processo contínuo de bem-estar e representa um estado de instabilidade e depleção de energia (NEUMAN, 2011).

O **nível de reação** depende da natureza e da intensidade com que o estressor tenha invadido a LND. Pode ser positivo, quando se supera os estressores e se mantém um nível adequado de equilíbrio funcional ou de saúde, ou negativa quando leva ao esgotamento.

A **prevenção** como intervenção contempla ações propositais para ajudar o indivíduo a reter, atingir, ou manter a estabilidade do sistema. Eles podem ocorrer antes ou depois que as linhas protetoras de defesa e de resistência são penetradas. Neuman apoia a intervenção inicial quando um estressor é suspeito ou identificado. Intervenções são baseadas no provável ou atual nível de reação, recursos, objetivos, e em resultados esperados. Neuman identifica três níveis de intervenção, quais sejam:

A **prevenção primária** ocorre antes de o sistema reagir a um estressor e seu propósito é reduzir a possibilidade de encontro ou diminuir a possibilidade de uma reação. Por um lado, essas intervenções fortalecem a pessoa, especialmente a LFD, e a capacitam para melhor lidar com os estressores; por outro, manipulam o ambiente para reduzi-los. Nesse nível se incluem ações de promoção de saúde e manutenção do bem-estar.

A **prevenção secundária** envolve intervenções ou tratamentos iniciadas após o encontro com o estressor e o desencadeamento de sintomas causados. Os recursos internos e externos do indivíduo são usados para fortalecer linhas internas de resistência, reduzir a reação, aumentar fatores de resistência e prevenir danos ao núcleo central. A intervenção de enfermagem envolve interação com as pessoas idosas, a fim de estabelecer metas que aliviem os sintomas dos estressores. Para isso, o profissional deve identificar os estressores já instalados e as metas para estabilizar o sistema devem ser estabelecidas em conjunto.

Já a **prevenção terciária** é iniciada após o tratamento realizado na prevenção secundária. Sua meta fundamental é fortalecer as LR contra as forças de estresse por meio de reeducação, readaptação e manutenção da estabilidade para ajudar a prevenir a recorrência da reação. Nessa fase, o objetivo é uma readaptação da situação em que se encontra o indivíduo, para melhorar tanto quanto possível seu bem-estar.

Nessa conjuntura, o metaparadigma disposto pela teórica se refere à **pessoa** como um sistema aberto e dinâmico a procura de estabilidade, equilíbrio e harmonia, em resposta aos estressores que a permeiam. Essa pessoa está em constante movimento ou mudança em ação recíproca com o meio, ou seja, há uma constante troca de informações entre eles (NEUMAN, 2011). Esse macroconceito é representado no estudo em tela pela pessoa idosa, que se encontra hospitalizada, necessita de cuidados de enfermagem e muitas vezes está impossibilitada de desempenhar suas habilidades funcionais e necessita de auxílio para cuidados básicos.

O **ambiente** é entendido como todos os fatores internos (fisiologia, emoções, sentimentos) e externos (microorganismos, fatores de risco, relações interpessoais, família) que circundam o indivíduo ou seu sistema. Para a pessoa idosa hospitalizada, sujeito desse estudo, o ambiente refere-se a todas as inter-relações com o meio, sejam elas intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais, que perpassam os estressores. Para Neuman, os **estressores** são estímulos que produzem tensões e que tem potencial para causar instabilidade do sistema cliente (NEUMAN, 2011). A qualquer momento é importante identificá-los quanto ao tipo, natureza e intensidade, bem como as reações que podem ocorrer e resultados que podem provocar, dentro ou fora do limite do sistema.

O ambiente interno ou fatores intrapessoais são consideradas todas as forças de dentro da pessoa idosa, como as respostas condicionadas (conhecimentos, emoções, medo, frustração, ansiedade, angústia, impaciência) e respostas orgânicas. O ambiente externo é entendido como todas as interações que ocorrem fora do organismo, com o meio físico e pessoas desconhecidas. Nesse espaço se incluem os fatores interpessoais, que são decorrentes

da interação entre indivíduos, regras e expectativas e os extrapessoais, decorrentes de fatores sociopolíticos, culturais, de trabalho e pressões financeiras (NEUMAN, 2011).

Neuman (2011) cita o ambiente criado, que é inconscientemente desenvolvido e usado pela pessoa para manter um enfrentamento protetor. Ele é primeiramente intrapessoal, dinâmico em sua natureza e mobiliza todas as variáveis para criar um efeito isolante que ajuda a lidar com a ameaça de estressores ambientais ao mudar-se ou mudar a situação. O ambiente criado influencia e é influenciado pelas mudanças no estado de percepção de bem-estar.

Como o processo saúde/doença é dinâmico e depende da variação, reação e adaptação da quantidade de energia de que o sistema necessita para combater os estressores, Neuman (2011) conceitua **saúde** como a estabilidade ideal do sistema, um processo contínuo e dinâmico que vai de bem-estar à doença, de forma que um perfeito bem-estar ou estabilidade indica que todas as necessidades do sistema estão sendo atendidas e, um estado reduzido de bem-estar é o resultado de necessidades sistêmicas não atendidas.

Nesse ínterim, considera-se que a saúde é determinada por um processo de constante interação e adaptação com o ambiente, interno ou externo, buscando sua estabilidade. No que diz respeito à pessoa idosa hospitalizada, o bem-estar tem de ser oportunizado, procurando mecanismos que possam auxiliá-lo em suas necessidades emergentes e respostas humanas alteradas, para que essa estabilidade desejada seja alcançada, consideradas suas limitações.

A **enfermagem** faz parte do modelo teórico como a única profissão preocupada com todas as variáveis que afetam a pessoa em seu ambiente e com a estabilidade do sistema. A meta principal da enfermagem é investigar a situação em que se encontra o indivíduo como um todo, determinar suas necessidades e propor intervenções que possam promover o equilíbrio do processo saúde/doença, o que é possível por meio do vínculo indivíduo/enfermeiro/ambiente.

No processo de cuidar, a prevenção é a principal intervenção de enfermagem, a fim de manter a estabilidade entre as linhas de defesa e a resistência aos estressores. Com a utilização do MSN no presente estudo, entende-se que cabe aos enfermeiros a responsabilidade de estar atento às necessidades e respostas alteradas da pessoa idosa hospitalizada, além de prescrever, orientar e organizar ações que amenizem os estressores vivenciados. O MSN prevê que a enfermagem pode intervir e ajudar a pessoa a utilizar suas possibilidades de resposta aos estressores (NEUMAN, 2011), sendo coparticipante desse processo.

O MSN é um modelo de referência e fornece uma estrutura conceitual para a prática de enfermagem, pesquisa e educação, e apresenta os seguintes pressupostos:

1. Cada indivíduo é um sistema único, porém apresentam respostas e características comuns.

2. São vários os estressores que interferem no equilíbrio do indivíduo e provocam reações de acordo com as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.
3. Cada indivíduo desenvolve uma variação normal de respostas ao ambiente que é considerada como LND ou padrão para aferir os desvios de saúde.
4. Quando o efeito amortecedor da LFD não é mais capaz de proteger o sistema diante de um estressor, ela se rompe este invade a LND.
5. No processo saúde/doença cada indivíduo possui interiormente uma linha de resistência, que favorece a estabilidade e o bem-estar.
6. Em cada etapa do ciclo vital, cada indivíduo tem uma LND, que provoca uma reação em resposta ao estressor.
7. O enfrentamento aos estressores e suas possíveis reações é realizado por meio de intervenções de prevenção primária.
8. A prevenção secundária relaciona-se com os sintomas que surgem após reação aos estressores, bem como a hierarquização de prioridades de intervenção e tratamento, com vistas à estabilidade.
9. A prevenção terciária relaciona-se aos processos de adaptação e ajustamento, realizados para que o indivíduo volte à situação de atenção primária.
10. O indivíduo está em constante troca de energia com o ambiente.

Diante dos aspectos apresentados, destaca-se que o uso do MSN para a prática de enfermagem facilita uma abordagem dirigida, unificada e *wholistic* para o cuidado do paciente. O modelo também é apropriado para uso multidisciplinar ao prevenir a fragmentação do cuidado, por delinear um sistema e classificar os estressores que podem ser entendidos e usados por todos os membros da equipe de saúde (NEUMAN, 2011).

Além de ser utilizado na prática, pesquisas tem sido conduzidas, com base nos componentes do modelo como uma estrutura conceitual para fazer a enfermagem avançar enquanto uma disciplina científica. Nesse sentido, diretrizes tem sido publicadas para orientar o uso do modelo nas pesquisas de enfermagem (LOUIS et al., 2011) e na prática clínica de enfermagem (FREESE et al., 2011).

No Brasil, algumas dissertações e teses da área de enfermagem tem utilizado o MSN como referencial teórico, com diferentes objetos de estudo e temáticas abordadas. Em busca realizada no primeiro semestre de 2017 e atualizada em julho de 2019, no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

foram identificadas 20 estudos (17 dissertações e três teses) que utilizaram o Modelo de Neuman como referencial teórico.

Destacam-se como objetos de estudo das teses, Krempser (2018) as representações sociais dos profissionais de enfermagem e acompanhantes sobre a punção venosa periférica realizada em crianças internadas (KREMPSER, 2018); Cyrino (2017) a integração e articulação da Rede de Atenção à Urgência no município de Botucatu a partir do modelo assistencial embasado em Redes de Atenção e o MSN (CYRINO, 2017); o cuidado de enfermagem com visão holográfica, incluindo a aplicação dos florais de Bach em idosas com depressão (VASCONCELOS, 2003). Essa pesquisadora, já havia utilizado o referencial em sua dissertação de mestrado, com mesma temática (VASCONCELOS, 1997).

Quanto as dissertações, elas abordam as representações sociais sobre os estressores em uma clínica nefrológica (CARNEIRO, 2018); o autocuidado e o nível de ansiedade e estresse de pacientes em pré-operatório de revascularização do miocárdio (DINIZ, 2017); os estressores e a dinâmica familiar da criança com Microcefalia à luz do MSN (SOARES, 2017); a espiritualidade e a convivência de pessoas com HIV/Aids (PEREIRA, 2017); os estressores, a rede de apoio e o processo de envelhecimento em pessoas com idade ≥ 65 anos na Atenção Primária à Saúde (VILELA, 2016).

O MSN também fundamentou dissertações que abordaram as rotinas familiares de cuidadores de crianças com paralisia cerebral (BUARQUE, 2016), o estresse do familiar acompanhante de pessoas idosas dependentes no processo de hospitalização e alta (VIEIRA, 2007) e, a prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e seu familiar com vistas ao resgate da sua cidadania (SANDRI, 1997). O modelo teve boa aplicabilidade em estudo que investigou as necessidades espirituais dos clientes acometidos pelo HIV/AIDS (SOARES, 2003). Ainda, o MSN embasou a proposta de sistematização da assistência de enfermagem ao usuário de crack (WANDEKOKEN, 2011) e a pessoas idosas com incontinência urinária (MARTINS, 2014).

Ainda, estudos relacionados com a saúde do trabalhador e enfermagem também utilizaram o MSN como referencial, a exemplo das dissertações de Benito (1994), Silveira (1997), Bezerra (2012) e Martins (2012). Esses resultados reiteram que o modelo é frequentemente utilizado por enfermeiros pesquisadores como uma estrutura conceitual, uma vez que serve tanto para métodos quantitativos quanto para qualitativos, na investigação de diferentes áreas e temáticas.

Ao buscar na literatura estudos publicizados que utilizaram o MSN, encontrou-se uma revisão que demonstrou que a identificação dos estressores ambientais e a proposição de

estratégias para controlá-los, resultou em cuidados qualificados, baseados em evidências (KHATIBAN et al., 2016). Estudo realizado no Turquia que descreveu as experiências de sobreviventes de câncer de mama alicerçado no MSN, forneceu um quadro global e holístico para descrever os estressores pós-tratamento e variáveis nos participantes, bem como as intervenções de enfermagem (INAN; ÜSTÜN, 2016). Em uma revisão integrativa de literatura, realizada em 2005, constatou-se que o MSN foi utilizado para identificar estressores em cinco populações distintas, quais sejam: cuidadores, sobreviventes de câncer, pacientes em Unidades de Terapia Intensiva, receptores de cuidados e pais de crianças submetidas a cirurgia (SKALSKI; DIGEROLAMO; GIGLIOTTI, 2006).

Destaca-se ainda, estudo que discutiu sobre princípios do MSN e sua relação com o risco de Doença Arterial Coronariana, entre filipinos americanos, e enfatizou que ele pode ser usado como um guia no cuidado de clientes em risco de doença coronária (ANGOSTA; CERIA-ULEP; TSE, 2014). Ainda, em nível internacional, verificou-se o uso do MSN para avaliar e determinar os preditores de náuseas e vômitos, induzidos pela quimioterapia em pacientes com câncer de mama, bem como para determinar as intervenções de enfermagem (BOURDEANU; DEE, 2013). O modelo também forneceu uma estrutura para definir o escopo da prática e a organização de cuidados de enfermagem para o adolescente durante uma experiência cirúrgica (MONAHAN, 2014).

No Brasil, o MSN fundamentou o estudo que operacionalizou o processo de enfermagem para homens com câncer de laringe, visando a identificação de estressores e padrões de enfrentamento deflagrados na vivência da neoplasia maligna (OLIVEIRA et al., 2017). Estudo realizado com 49 pacientes internados em terapia intensiva de um Hospital Universitário, comprovou a eficácia dos cuidados de enfermagem fundamentados no MSN para identificar e controlar estressores ambientais que podem causar delírio nesses pacientes (TOVAR; SUÁREZ; MUÑOZ, 2016). Esse resultado corrobora que, minimizando os estressores presentes no contexto hospitalar é possível criar um ambiente agradável e familiar, essencial para uma assistência de enfermagem que atenda às necessidades dos pacientes.

Em relação à pessoa idosa vítima de violência, estudo de reflexão ressalta que, o MSN e sua abordagem holística foram particularmente aplicáveis e úteis na avaliação, no diagnóstico e nas intervenções de enfermagem (LIMA, 2014). Um estudo de caso que objetivou a identificação dos diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I em usuário de crack, constatou que o MSN facilitou a identificação desses diagnósticos e contribuiu para um ‘novo olhar’ do enfermeiro diante do cliente (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2013). Essas pesquisadoras propuseram uma estratégia de atenção para usuário de crack, por meio da

aplicação do Processo de Enfermagem foi objetivo de estudo de caso, fundamentado em Neuman e em NANDA-I, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC) (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

Também, o PE proposto por Neuman, foi utilizado na identificação de estressores e padrões de enfrentamento deflagrados no cotidiano de mulheres pós-mastectomia (ALVES et al., 2010). Estudo que abordou a possibilidade de cuidado à criança hospitalizada à luz do MSN, discutiu concepções que fundamentam os efeitos que situações de estresse provocam no cliente e a possibilidade de estabelecimento de intervenções para a manutenção do seu bem-estar (MARTINS; SILVINO, 2010).

Ainda, sobre a utilização do MSN, ensaio publicado por Fawcett e Foust (2017) apresentou uma visão geral do modelo e discutiu os fatores estressores e as respostas habituais encontrados com o avançar da idade, assim descrevendo aspectos do envelhecimento ideal a partir da perspectiva do modelo de Neuman. As autoras assumem que o envelhecimento ideal para um indivíduo não é necessariamente equiparado com o bem-estar de alto nível, mas sim é o melhor estado de equilíbrio para ele. Ainda destacam que enfermeiros e outros membros da equipe de saúde pode aplicar o MSN como instrumento para promover o envelhecimento ideal, independentemente do estado de saúde do sistema do cliente.

O foco centrado no sistema cliente do MSN é um fator importante no momento de decidir o modelo que irá guiar a prática de enfermagem e, em virtude dessa característica ele tem sido o modelo de escolha na Holanda e serviu de base para as mudanças no sistema de saúde holandês (MERKS et al., 2012). O MSN tem sido utilizado no país a fim de atender as particularidades da população que envelhece e tem várias comorbidades. Nesse contexto, o uso de teorias ou modelos de enfermagem em colaboração com outros (ex. segurança do paciente, avaliação de qualidade) permitiu diagnosticar como uma organização pode direcionar ações para melhorar a função e a qualidade dos cuidados no seio das instituições, resultando em maior satisfação de todos os envolvidos. O modelo não é apenas amplo e abrangente o suficiente para fornecer estrutura para as intervenções de enfermagem, mas também para outras disciplinas interessadas em se concentrar no bem-estar e cuidados holísticos para os clientes.

Diante do exposto, destaca-se que, por oferecerem cientificidade à prática assistencial as teorias de enfermagem proporcionam segurança e qualidade para as intervenções planejadas, passíveis de avaliação, para alcance de melhores resultados. Dessa maneira, a aplicação do PE sustentado por uma teoria, pode trazer à equipe crescimento profissional e consolidação da profissão como ciência (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Em relação ao objeto do presente estudo, destaca-se que o cuidado à pessoa idosa no âmbito hospitalar envolve diversos fatores e que a identificação dos estressores e variáveis de bem-estar pode favorecer o planejamento de intervenções de enfermagem, que tornem o período de hospitalização menos desgastante. Além disso, é imprescindível que a pessoa idosa seja tratada de forma que se reconheçam suas especificidades, estimule sua independência e garanta o respeito a sua autonomia.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Nesse capítulo versa-se sobre a PCA, suas características e pressupostos que conduziram a pesquisa de campo.

4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A fim de produzir os dados para contemplar o objeto da tese, adotou-se o referencial metodológico da PCA, proposta por Trentini e Paim (1999), que é utilizada em pesquisas na enfermagem com diferentes objetos de estudo. Essa modalidade de pesquisa é adequada para pesquisar a prática assistencial de enfermagem, pois ela une o pensar e o fazer, o que resulta no “saber fazer” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A experimentação dessa metodologia de pesquisa iniciou nos anos de 1990, a partir de um processo de reflexão sobre a prática assistencial e a pesquisa, no curso de mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Em 1999 foi descrita pelas idealizadoras, Mercedes Trentini e Lygia Paim, que afirmam que a PCA é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações particulares de acurado contexto de prática (TRENTINI; PAIM, 1999).

A PCA tem por premissa a articulação entre a prática assistencial ou educativa, no ambiente de trabalho, e a arte investigativa, cujos resultados devem trazer aportes que auxiliem a qualificar e melhorar esta mesma prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A articulação intencional da prática profissional com o conhecimento teórico ocorre de modo que as ações de assistência são incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, com a troca de informações entre eles. A PCA está centrada em cinco pressupostos, a saber:

1. O campo da prática assistencial de enfermagem é um espaço onde se reúne e se manifesta um leque inesgotável de fenômenos a serem desvelados.
2. O contexto da prática assistencial de enfermagem não se caracteriza somente como um ambiente do fazer, assistir, mas também como um local onde se desenvolvem e se testam teorias.
3. O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar situações adversas a fim de renovar práticas para a superação ou maximização de situações favoráveis, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, unindo o saber-pensar ao saber-fazer.

4. O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.

5. O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica. O profissional da saúde é um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esse método difere da pesquisa-ação, pois na PCA “o pesquisador é um profissional da área da saúde que atua naquele local de pesquisa e que tem a expertise naquela área de conhecimento assistencial, tendo, portanto, um papel mais propositivo” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017, p. 2). No entanto, embora assuma um papel propositivo o pesquisador, necessariamente, conta com a participação e aprovação dos demais integrantes de seu estudo.

Destaca-se que a PCA e a prática assistencial têm especificidades próprias, no entanto, tem pontos de convergência (elementos comuns). Um dos pontos comuns é a necessidade de informações/dados para o desenvolvimento de ambos os processos. Para o cuidado de enfermagem, os dados coletados servirão de base para formulação dos DE e planejamento, respectivamente, dos RE, IE e atividades. Este processo preocupa-se com o fazer, o cuidar e o problema advém das necessidades dos pacientes.

Entende-se que, o método da PCA presume ainda que na distância e também na proximidade da pesquisa com a prática assistencial, se faz importante respeitar a autonomia de cada sujeito envolvido e, as semelhanças e diferenças entre o processo de assistir tornam-se visíveis (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nesse contexto, pode-se dizer que a PCA permite ao enfermeiro, como pesquisador, a participação nas atividades de cuidado desenvolvidas durante a prática assistencial, e assim possibilita uma maior imersão do pesquisador no contexto em que o fenômeno ocorre. Porém, a inclusão de atividades de cuidado na pesquisa não significa que o estudo se constitui no relato de uma prática assistencial, mas de uma investigação em que o ato de cuidar é parte desse processo. Isso é possível pela característica da PCA, que busca na articulação intencional com a prática assistencial desenvolver intervenções de educação ou cuidado com o grupo pesquisado.

Para tanto, faz-se necessário estabelecer critérios para a aplicação do método, que segundo suas mentoras são: ter como propósito a resolução ou minimização de problemas, sejam eles tanto de natureza prática ou teórica; introduzir inovações no campo de prática, envolver de forma participativa os sujeitos da pesquisa e reconhecer dados obtidos no processo de prática assistencial como dados da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Assim, por unir o pensar e o fazer, o que resulta no “saber fazer”, a PCA proporciona abertura para a construção de concepções teóricas para a sustentação da prática assistencial.

Por sustentar estreita relação com a situação social e objetivar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na prática assistencial a PCA propõe a convergência da pesquisa e assistência, com a participação dos envolvidos no espaço da pesquisa. Os participantes se tornam corresponsáveis pela produção dos dados, validação e operacionalização dos resultados, ou seja, apreendem para transformar a realidade. Nesse sentido, destaca-se o foco multiparadigmático da PCA, ressaltada sua afinidade com o paradigma construtivista/construcionista social e destacada orientação participativa (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015). A PCA converge com o paradigma construtivista, pois o objeto de estudo é intencionalmente concebido, diante da imersão do pesquisador no fazer profissional, na busca de apreender as partes e o todo numa relação dinâmica.

O conhecimento da prática assistencial na PCA se processa de modo intersubjetivo, e os construtos de dialogicidade, imersibilidade, simultaneidade e expansibilidade são os predisponentes para a construção do conhecimento.

A **dialogicidade** é o instrumento primordial da PCA, pois o conhecimento se constrói pela interlocução. O diálogo caracteriza-se como uma estratégia refinada para obter informações afim de embasar a concretização da participação, com respeito a unidualidade, de modo a construir conhecimento que sustente as mudanças propostas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). É esse constructo que vai tornar compreensível as reações da assistência e da pesquisa em torno de um fenômeno, sem descaracterizar a unidade, em cada uma delas.

Por meio da **imersibilidade** o pesquisador vivencia a situação na qual produz seus dados, e assim pode apreender a prática assistencial e realizar inovações. Essa imersão traz consigo o compromisso do pesquisador em atuar presencialmente como um profissional na prática assistencial e, esse tempo de imersão equivale a uma coleta de dados posicionada no interior das situações produzidas. O mergulho nessas situações confere ao pesquisador a certeza de que os dados são produzidos a partir do seu encontro na situação experienciada com prática assistencial, o que é indispensável para negociar as mudanças a serem introduzidas naquele contexto, por meio do diálogo e compartilhamento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A imersibilidade representa o “mergulho” do pesquisador nas ações de pesquisa e nas ações de prática assistencial no mesmo espaço físico e temporal do contexto do estudo.

A **expansibilidade** permite a ampliação de temas emergentes e relevantes durante o processo dialógico entre assistência e investigação, por admitir uma flexibilidade para possíveis reformulações teóricas, a serem ajustadas no projeto. Esse construto se sustenta

porque o contexto assistencial é um campo permeado de questões abertas a investigações, pressuposto da PCA que prevê essa possibilidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Esse atributo confere o poder de ampliar o propósito inicial do pesquisador para além de reconstruir o contexto da prática assistencial em si, quando poderá também descobrir novos conhecimentos para construção de novas teorias (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

A **simultaneidade** implica na “dança”, ou seja, “na intencionalidade de chegar ao conhecimento e reciprocidade pela convergência das ações de pesquisa e ações de prática assistencial durante o processo da PCA” (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015, p. 192). Mesmo que essas ações ocorram ao mesmo tempo, elas mantêm suas próprias configurações e para extrair novos conhecimentos, devem ser desfeitos os nós da convergência.

Esses construtos conferem a propriedade de dança à PCA, por determinarem momentos de aproximação, distanciamento e convergência entre a pesquisa e a prática assistencial, criando superposição entre elas. Esse movimento contínuo possibilita a construção de teorias e modelos pautados nas reais necessidades dos indivíduos assistidos nesse contexto. “O construto convergência é o núcleo regente dos demais conceitos que organizam a base teórica filosófica do delineamento da PCA. Os conceitos regidos por esta convergência possuem propriedades individualizadas e compatibilizadas pela regência do construto” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p. 23).

Pontua-se que o conceito de convergência é compreendido como o entrecruzamento de ações de assistência com as de pesquisa, encontro que proporciona possibilidades de leitura e descoberta de novos fenômenos. Esses movimentos permitem que a pesquisa que nasce da prática assistencial de saúde a ela retorne, com soluções teorizadas de natureza tecnológica do cuidar. Por conseguinte, a organização de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem utilizando as taxonomias NANDA-I/NOC/NIC e o desenvolvimento de uma TMA encontram-se dentro do escopo de tecnologias leve-duras e de cuidado.

Assim, ressalta-se que a PCA é o método de pesquisa que permite perscrutar os estressores vivenciados pelas pessoas idosas hospitalizadas em clínicas médica e cirúrgica, o que subsidia o levantamento dos DE, o planejamento de resultados e intervenções, validados, que visem prevenir ou minimizar os estressores e qualificar o cuidado de enfermagem. Ao mesmo tempo, os dados produzidos irão oportunizar o estabelecimento de relações teóricas com o MSN, de forma indutiva e dedutiva, subsidiando o desenvolvimento de uma TMA sobre estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas.

5 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo participativa, ancorada na proposta metodológica da PCA, que subsidiou o desenvolvimento de uma TMA de enfermagem. Optou-se pela abordagem qualitativa porque esta responde às questões particulares do estudo e possibilita conhecer os estressores vivenciados pelas pessoas idosas durante a hospitalização e estabelecer relações com um Modelo Teórico de Enfermagem. Assim, para a produção e análise dos dados, a fim de contemplar os objetivos deste estudo, utilizou-se o referencial teórico-metodológico da PCA, proposta por Trentini e Paim (1999).

5.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Com o intuito de evitar equívocos no desenvolvimento da PCA, foram seguidas as fases recomendadas pelas idealizadoras do método, quais sejam: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. Cada uma dessas fases compõe um subprocesso, com vários passos consecutivos e inter-relacionados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), detalhados a seguir.

5.1.1 Fase de Concepção

Esta fase foi permeada por muitos questionamentos, reflexões, revisões de literatura e decisões. O tema e a temática emergiram da prática profissional da pesquisadora principal, diante de sua imersão no contexto assistencial em um hospital escola, a partir de um processo de reflexão sobre a prática cotidiana e sobre as inquietações suscitadas nesse contexto (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A partir de autoindagações e conversas informais com profissionais de enfermagem, evidenciou-se a necessidade de qualificar o cuidado prestado às pessoas idosas hospitalizadas, especialmente no que se refere aos estressores vivenciados por eles nesse período e as intervenções de enfermagem implementadas.

A partir disso, definiu-se as questões e objetivos de pesquisa e de prática, respectivamente e, na sequência, argumentou-se a justificativa e relevância da temática escolhida, bem como as contribuições do estudo para a construção do conhecimento e para a prática assistencial.

Após essas definições, foi determinado o suporte teórico e metodológico, pois o pesquisador tem de ancorar suas ações de assistência desenvolvidas durante a pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A busca de apoio teórico foi realizada por meio do

estado da arte e estudo das tendências, os quais possibilitaram que a pesquisadora encontrasse formulações conceituais e teorias que sustentam suas ideias. Em vista dessas definições, considerou-se para este estudo o referencial teórico do MSN.

5.1.2 Fase de Instrumentação

A partir da reavaliação das questões de pesquisa e dos objetivos do estudo, essa fase guiou a pesquisadora para a tomada de decisões metodológicas. O desenvolvimento desta etapa reflete constantes movimentos de aproximação, convergência e distanciamento entre a prática assistencial e a pesquisa, o que possibilitou a definição do cenário do estudo, a seleção dos participantes, bem como das técnicas de obtenção das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

5.1.2.1 Cenário do Estudo

Na PCA, o espaço físico da pesquisa é definido como aquele em que ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa, ou seja, é aquele em que foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas (TRENTINI; PAIM, 2004). O estudo foi desenvolvido em Santa Maria, município localizado na região central do estado do RS, região sul do Brasil, que apresenta uma área de 1.788,121 Km² e população no ano de 2010 de 261.031 habitantes (IBGE, 2011). O cenário do estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), hospital público, fundado no ano 1970, que faz parte da 4^a Coordenadoria Regional de Saúde (4^a CRS), o qual atende 42 municípios da região central do RS. O hospital é um órgão integrante da UFSM e tem suas ações voltadas para ensino, pesquisa e assistência em saúde.

A opção pela Clínica Médica I, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica do HUSM, ocorreu por serem unidades nas quais a maioria dos pacientes hospitalizados são pessoas idosas. Embora estas unidades não sejam especializadas para o atendimento dessa clientela, elas apresentam aspectos em comum no cuidado a pacientes, e há semelhanças em estrutura física, fluxograma de internações, organização do processo de trabalho, da SAE e do PE.

Quanto ao processo de trabalho e a Sistematização da Assistência de Enfermagem nessas unidades, o enfermeiro é o responsável pela gestão da unidade e do cuidado nas três unidades. O hospital conta com um sistema informatizado para registros dos profissionais da equipe de saúde, o qual contempla o módulo do PE, embasado na Teoria das Necessidades

Humanas Básicas de Wanda Horta. Esse módulo integra uma parte inicial, sobre exame físico e anamnese do paciente e o item Prescrição de Enfermagem, na qual são elencados os DE a partir das características definidoras, fatores relacionados e/ou fatores de risco e prescritas as intervenções de enfermagem.

A Clínica Médica I possui 28 leitos para internações de pacientes em tratamento com equipes da Hemato-oncologia, Oncologia e Cardiologia. O atendimento é prestado por equipe multiprofissional, composta por dez enfermeiros, 19 técnicos em enfermagem, sete auxiliares em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social e psicóloga.

A Clínica Médica II possui 27 leitos para internações de pacientes em tratamento com as equipes da Pneumologia, Neurologia, Gastroenterologia, Cardiologia, Medicina Interna e Infectologia. O atendimento é prestado por equipe multiprofissional, composta por 11 enfermeiros, 26 técnicos em enfermagem, quatro auxiliares em enfermagem, médicos, fisioterapeutas, fonoaudióloga, nutricionista, assistente social e psicóloga.

A Clínica Cirúrgica possui 52 leitos destinados para pacientes cirúrgicos (pré e pós-operatório). O atendimento é prestado por equipe multiprofissional, composta por médicos de diferentes especialidades cirúrgicas (geral, cabeça e pescoço, digestiva, plástica, torácica, vascular, proctologia, traumatologia e urologia), 17 enfermeiros, 38 técnicos em enfermagem, dez auxiliares em enfermagem, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e psicóloga.

5.1.2.2 Participantes do Estudo

Integraram as etapas de produção dos dados 30 pessoas idosas hospitalizadas na Clínica Médica I, Clínica Médica II ou Clínica Cirúrgica e 16 enfermeiros atuantes na Clínica Cirúrgica e Clínica Médica II. Nesse aspecto, Trentini, Paim e Silva (2014) mencionam que a amostra é caracterizada conforme a prática do contexto social a ser inovada e todos os atores que nela atuam, em concordância com as mudanças a serem introduzidas naquele contexto.

Para a **primeira etapa** de produção dos dados, as pessoas idosas foram selecionadas por conveniência (HULLEY et al., 2015), ou seja, foram incluídas no estudo aquelas que apresentavam condições clínicas e estabilidade hemodinâmica que não seriam agravadas pela entrevista e que atenderam aos critérios de inclusão preestabelecidos, quais sejam: pessoas idosas hospitalizadas há no mínimo 24 horas na Clínica Médica I, Clínica Médica II ou Clínica Cirúrgica e, que apresentavam capacidade cognitiva preservada. Foram excluídas

aquelas impossibilitadas de participar, como pessoas idosas em ventilação mecânica, traqueostomizadas, com sequelas verbais e motoras, com dificuldade respiratória ou instabilidade hemodinâmica. Destaca-se que todas as pessoas idosas que foram convidadas (38) a integrar o estudo aceitaram participar, porém oito delas não atingiram o ponto de corte no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), sendo excluídas do estudo.

Para avaliação cognitiva seletiva das pessoas idosas, após primeiro contato e avaliação inicial, foi aplicado pela pesquisadora o instrumento MEEM, elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado por Bertolucci et al (1994) (ANEXO A). O MEEM é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva, por ser rápido e de fácil aplicação. Ele possibilita avaliar sete domínios e, cada qual visa, respectivamente, avaliar a orientação temporal, orientação espacial, atenção e cálculo, memória, linguagem, registros e capacidade construtiva visual. O escore varia de 0 a 30, sendo que quanto menor a pontuação, maior o comprometimento cognitivo. Diante de diferentes pontos de corte, definiu-se para esse estudo o ponto de corte conforme escolaridade, a saber: escore 18 para não alfabetizados; 21 para aqueles com escolaridade entre um e três anos; 24 para aqueles entre quatro e sete anos de educação formal, e 26 para aqueles com mais de sete anos de escolaridade (CARAMELLI; NITRINI, 2000).

Sabe-se que nos estudos qualitativos o número de participantes é determinado pela necessidade de informação e pela qualidade dos dados produzidos (POLIT; BECK, 2019). Assim, o número de participantes foi definido com base em orientações de Minayo (2014), que afirma que o critério norteador se delimita numa proposta em que os participantes componham um conjunto diversificado, detenham os atributos que se pretende investigar e sejam em número suficiente, que permita a reincidência das informações. Nesse sentido, com a participação de 30 pessoas idosas alcançou-se a reincidência e complementaridade das informações (MINAYO, 2017) acerca dos estressores vivenciados durante a hospitalização.

Para a **segunda etapa** de produção dos dados, o grupo de convergência com enfermeiros, foram estabelecidos como critérios de inclusão, a saber: ser enfermeiro e atuar nas Clínica Médica I, II ou Cirúrgica há mais de seis meses, independente do regime de contratação. De um total de 38 enfermeiros, 34 foram convidados para participar do estudo, pois uma estava afastada no período dos grupos de convergência por atestado médico, uma por licença gestante e duas em período de férias. Ressalta-se que, a pesquisadora convidou pessoalmente 28 enfermeiros, sendo que para os demais os convites foram entregues para a enfermeira referência da unidade repassar, por impossibilidade da pesquisadora.

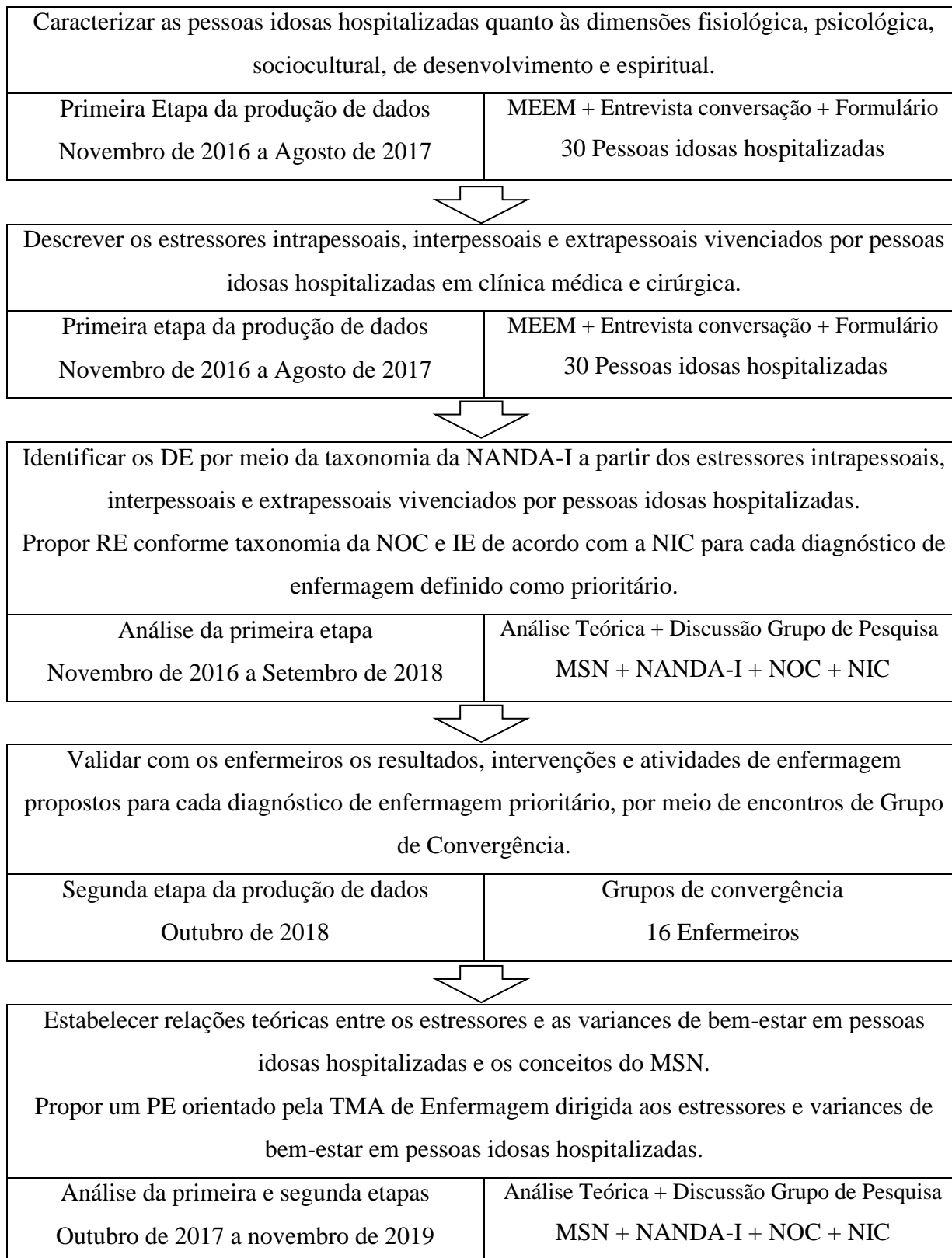
Participaram dos encontros do grupo de convergência 16 enfermeiros, dez atuantes na Clínica Médica II e seis na Clínica Cirúrgica. Pontua-se que diante da não participação dos enfermeiros da Clínica Médica I nos dois primeiros encontros do grupo de convergência, foi reiterado o convite para a enfermeira referência salientando a importância da participação dos mesmos. No entanto, não houve participação dos enfermeiros dessa unidade.

5.1.2.3 Técnicas para a Produção dos Dados

A metodologia convergente assistencial prioriza a triangulação de técnicas para a produção dos dados. Dessa forma, considerando-se os objetivos do estudo e o referencial metodológico, optou-se pela observação participante e entrevista conversação com as pessoas idosas hospitalizadas e pela realização de grupo de convergência com os enfermeiros.

Na Figura 5 apresenta-se o fluxograma da produção dos dados, a qual está descrita na sequência.

Figura 5 – Fluxograma da produção dos dados. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

5.1.3 Fase de Perscrutação e Análise

A perscrutação está imbricada nas fases de instrumentação e análise, e corresponde à aplicação das técnicas de produção de dados e efetivação na prática assistencial, por isso optou-se pela descrição dessas etapas de forma conjunta.

Na PCA, as técnicas para a produção dos dados devem ser compatíveis com os objetivos do estudo, sendo priorizadas a entrevista conversação, a observação participante e o grupo de convergência. Importante destacar que o pesquisador tem de adequar o desenho metodológico à proposta de pesquisa, observando a adequabilidade entre os próprios instrumentos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na **primeira etapa** de produção de dados, inicialmente, a pesquisadora identificava as pessoas idosas hospitalizadas por meio da verificação do mapa de internação das unidades. Em seguida, buscava informações sobre quadro clínico delas com o enfermeiro que atuava naquele turno, a fim de identificar aquelas impossibilitados de participar. Sequencialmente, a pesquisadora identificava as pessoas idosas que poderiam ser incluídas no estudo, dirigia-se até elas, apresentando-se e explicando os objetivos da pesquisa.

Na abordagem inicial à pessoa idosa, a pesquisadora aplicava o MEEM a fim de avaliar a função cognitiva. Para as selecionadas, a pesquisadora explicava que sua participação se daria por meio de entrevista conversação e observação participante e, que ela retornaria em diferentes momentos para observá-las e para conversar com elas. Para aquelas que não atingiam o ponto de corte no MEEM a pesquisadora explicava o escore alcançado.

A entrevista conversação, também denominada entrevista aberta, ocorreu em forma de conversa informal durante a prática assistencial e de acordo com as necessidades do momento (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Na sua realização, o pesquisador busca encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa, sem seguir uma ordem de assuntos (MINAYO, 2014). Como a PCA articula pesquisa e prática, a entrevista incluiu informações relativas a ambas as instâncias, no entanto buscou-se preservar a identidade de cada uma delas durante todo processo.

No primeiro encontro com a pessoa idosa nas referidas unidades, à beira do leito, considerando a multiplicidade de aspectos que contemplam sua totalidade, ela foi questionada sobre dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, por meio de formulário elaborado pela pesquisadora, fundamentado nos aspectos do MSN concernentes à pessoa (APÊNDICE B). Esses aspectos abordados devem ser sistematicamente investigados para a efetividade do cuidado de enfermagem, pois eles dinamicamente se

harmonizam e reagem com fatores ambientais e intrínsecos da própria pessoa (NEUMAN, 2011). Os itens de caracterização que as pessoas idosas não souberam responder foram pesquisados no prontuário.

Em seguida, tendo em vista que a dependência para o desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) pode ser percebida pelas pessoas idosas como um estressor, essas atividades foram avaliadas por meio da aplicação do Index de Independência nas AVDs de Katz (KATZ et al., 1963) (ANEXO B). Essa avaliação tem grande importância no contexto da hospitalização, conhecida como um fator de risco para o declínio da capacidade funcional de pessoas idosas. Esse instrumento possibilitou avaliar o desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro/sanitário, transferência, continência e alimentação) durante a hospitalização, e classificar as pessoas idosas como independentes ou dependentes para cada uma delas.

Na sequência, a entrevista conversação foi disparada pela questão desencadeadora “conte-me como tem sido o seu dia a dia aqui no hospital, desde que você internou. Quais as situações que te estressaram ou estressam?” A partir dessa questão, buscava-se identificar os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados pelas pessoas idosas durante a hospitalização, pois a entrevista ancorava-se no modelo teórico de Neuman (2011), o qual orienta o processo de assistência e de pesquisa, conforme preconizado por Trentini, Paim e Silva (2014). Os encontros subsequentes foram conduzidos pela entrevista conversação e observação participante, envolvendo conversas informais sobre a hospitalização e os estressores vivenciados.

A fim de contemplar aspectos do MSN na entrevista conversação, um roteiro foi elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE C), o qual foi utilizado para o registro das palavras-chave relacionadas aos estressores mencionados. Dessa forma, ao mesmo tempo em que essa modalidade de entrevista permite as manifestações espontâneas do entrevistado, possibilita a atuação do pesquisador, o qual tem de levar em consideração o embasamento teórico e as informações recolhidas acerca do objeto e objetivos do estudo.

A entrevista conversação ocorreu de forma concomitante à observação participante, ambas realizadas pela pesquisadora. Para cada pessoa idosa, foram realizados de três a quatro encontros de conversação/observação, num total de 70 horas, com média de 140 minutos. Salienta-se que uma pessoa idosa foi observado em apenas um encontro conversação, porém devido a qualidade dos dados registrados e riqueza das informações, optou-se por sua inclusão no estudo.

Quando foram identificadas dúvidas ou estressores emergentes, a pesquisadora procurava saná-las no decorrer do diálogo, auxiliando no enfrentamento das situações ou amenizando-as. Essas ações assistenciais, desenvolvidas no decorrer da pesquisa, foram registradas em diário de campo como “Notas de Assistência” (NA) e compõem o *corpus* de análise.

Importante ressaltar que os encontros conversação/observação foram realizados nos turnos manhã e tarde, em virtude das rotinas do início do turno da noite e para não influenciar no repouso e sono das pessoas idosas. Ainda, pontua-se que a maioria delas (21) estava acompanhada por familiares ou cuidadores e, que nessas situações foi informado que eles poderiam permanecer no quarto se a pessoa idosa não tivesse nenhuma objeção. Na maior parte das vezes, os acompanhantes aproveitavam a presença da pesquisadora para assistirem televisão, tomarem banho, fazerem lanches fora da unidade e até mesmo, para deslocarem-se até o domicílio brevemente. Entretanto, alguns permaneceram no quarto, porém sem interferir no diálogo pessoa idosa-pesquisadora.

Imediatamente após o encontro, todos os registros referentes a entrevista conversação e a observação participante eram sistematizados em diário de campo, com a finalidade de extrair o maior número possível de informações, garantindo a fidedignidade às falas das pessoas idosas. Esses registros foram compilados em um total de 118 páginas e, igualmente, integram o *corpus* de análise como “Notas de Entrevista” (NE). Quando citados para ilustrar os resultados, os trechos foram identificados pela sigla NE, precedidas pela identificação da Pessoa Idosa (PI1, PI2, PI3...).

Estas conversas ocorreram ao longo do tempo de permanência da pesquisadora em campo, na **primeira etapa**, e até que os objetivos do estudo fossem respondidos, mediante o critério de saturação teórica (FONTANELLA et al., 2011; TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Assim, o número de participantes foi determinado pela necessidade de informação e qualidade dos dados, sendo que com a participação de 30 pessoas idosas alcançou-se a reincidência e complementaridade das informações acerca do objeto de estudo (MINAYO, 2017).

A observação participante pela pesquisadora ocorreu de forma concomitante às entrevistas conversação. A observação participante permitiu aproximação, descrição e compreensão dos estressores vivenciados pelas pessoas idosas hospitalizadas e da prática assistencial. Essa técnica converge com a PCA, pelo envolvimento e imersão do pesquisador como parte da prática assistencial, a fim de produzir mudanças ou inovações compartilhadas, sustentando o critério de imersibilidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Foram observados aspectos relacionados à assistência prestada à pessoa idosa por diferentes profissionais, organização do cuidado, valorização das especificidades relacionadas ao envelhecimento, relações interpessoais entre pessoas idosas, profissionais e familiares, condições ambientais, espaço físico, normas e rotinas estabelecidas pela instituição, bem como expressões não verbais, atitudes e sentimentos expressos diante da situação vivenciada. Esses aspectos estavam contemplados em um roteiro para observação (APÊNDICE D), o qual guiava a pesquisadora para o conjunto que deveria ser observado.

As anotações diárias de todas as impressões e acontecimentos foram registradas em diário de campo, que integrou o *corpus* da análise e trechos foram destacados para ilustração dos resultados, identificados por “Notas de Observação” (NO), precedidas pela identificação do participante (PI1, PI2, PI3...).

Ao término das entrevistas conversação e das observações participantes, que permitiram um diagnóstico sobre os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e relação desses com a prática assistencial, bem como identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados, realizaram-se cinco encontros de grupo de convergência com enfermeiros.

Na PCA os processos de assistência, produção e análise dos dados ocorrem simultaneamente, com vistas à reflexão acerca dos mesmos e imersão gradativa do pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Para o registro organizativo das informações apreendidas, os dados foram codificados com a utilização de notas e organizados em diário de campo, dividido em duas partes: a primeira, que inclui as NE, NA, NO e “Notas Teóricas” (NT), que são as interpretações da pesquisadora durante a organização dos dados ou ocasiões na produção; e, a segunda que contém as NG e NT, resultantes do grupo de convergência com os enfermeiros. Esses dados brutos foram tratados mediante os procedimentos previstos na análise da PCA: apreensão, síntese, teorização e transferência.

A **apreensão** iniciou com a coleta das informações e organização dos relatos das entrevistas, observações ou ações desencadeadas durante o período de apreensão. Os dados foram organizados imediatamente após as coletas, com registros em ordem cronológica, em um diário de campo. Quanto à análise dos dados dos formulários, foi realizada análise univariada e estatística descritiva das variáveis pesquisadas. As variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta (n) e relativa (%) e as variáveis numéricas, de acordo com a simetria, foram descritas pela média e mediana.

Após a organização dos elementos da primeira etapa de produção de dados, foram realizadas leituras cuidadosas de toda a escrita, a fim de extrair e juntar parágrafos com

declarações semelhantes e, da mesma forma com as diversificadas, até que a pesquisadora constituísse conhecimento detalhado de seu conteúdo. Esse processo permitiu, a partir da classificação dos estressores proposta por Neuman, codificar os registros das entrevistas e observações. Para tanto, foi eleita a técnica cromática, a qual atribui uma cor para cada tipo de estressor. Os trechos relacionados aos estressores intrapessoais foram realçados na cor rosa; aos estressores interpessoais na cor verde e, aos extrapessoais na cor azul.

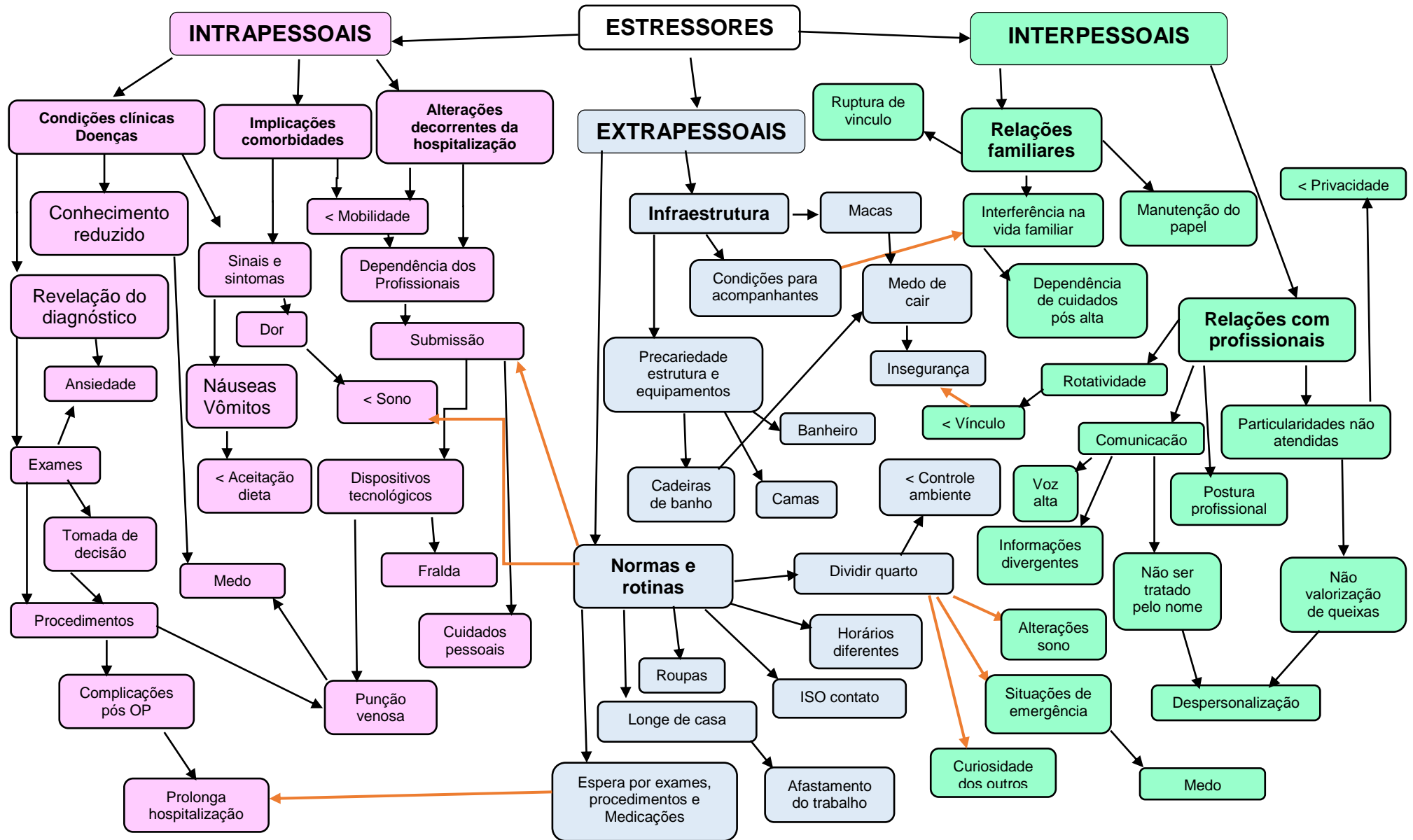
Esse modo de agrupamento, além de permitir a categorização por similaridade, proporcionou segurança à pesquisadora para definição do término da produção de dados da primeira etapa, quando identificada a saturação dos dados. Ainda, a apreensão representou o processo de assimilação dos dados pela pesquisadora, por meio do qual foi capaz de sistematizá-los para a segunda etapa de produção de dados, representada pela análise teórica e discussão em grupo, com as auxiliares de pesquisa, dos DE identificados, bem como dos RE, IE e atividades propostos para validação nos encontros do grupo de convergência.

No processo de **síntese** são reunidos elementos diferentes, concretos ou abstratos a fim de fundi-los em um todo coerente (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Nessa fase, os registros foram agrupados por convergência de ideias, resultando nas categorias de análise dos dados produzidos, que mostraram dados essenciais para o desvelamento do fenômeno.

Para a síntese do conhecimento oriundo da primeira etapa de produção de dados, após a organização de cada categoria de estressores, com respectivas NE e NO, em documento do Microsoft Word, a pesquisadora lançou mão do mapa conceitual para organização do conhecimento produzido, o qual está apresentado na Figura 6. O mapa conceitual consiste em um diagrama de significados que estabelece relações e hierarquias entre conceitos, que permite sistematizar ideias e explorar significados e relações entre diferentes conceitos (NOVAK; CAÑAS, 2010).

Nessa fase, a pesquisadora analisou subjetivamente as informações sistematizadas no processo da apreensão e isso foi alcançado por meio da imersão no material, até o momento em que conseguiu familiaridade com ele (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A pesquisadora, então, realizou um processo de reflexão sobre as categorias, reorganizando-as conforme classificação proposta pelo MSN. Os estressores que se mostraram densos e significativos direcionaram a apreensão e síntese da primeira etapa de produção de dados do estudo.

Figura 6 – Mapa conceitual da síntese dos estressores. Brasil, 2017.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Deflagrada essa etapa, os estressores intra, inter e extrapessoais identificados foram cruzados com as Características Definidoras (CD), Fatores Relacionados (FR) ou de Risco dos DE da taxonomia NANDA-I (2015-2017). Os resultados brutos desse cruzamento foram organizados em um quadro, com título diagnóstico do DE e respectivas CD, FR e de Risco, apresentados conforme o domínio e classe que integram (exemplo no APÊNDICE E). A identificação dos DE exigiu pensamento crítico e raciocínio clínico da pesquisadora, pois a matéria prima para identificá-los são as respostas humanas das pessoas idosas às condições de saúde.

Dessa forma, a apreensão e a síntese conjunta dos dados foram guiadas pelo raciocínio clínico, elemento primordial para interpretar os estressores vivenciados pelas pessoas idosas hospitalizadas, agrupar tais achados e rotulá-los, direcionando a identificação dos DE. Salienta-se que as habilidades e conhecimentos da enfermeira pesquisadora pertinentes aos sistemas de classificação, especialmente os DE da NANDA-I, favoreceram a inferência diagnóstica.

O raciocínio clínico foi guiado pelo modelo de Risner (RISNER, 1990), o qual se constitui em uma ferramenta útil para o raciocínio diagnóstico e prevê duas etapas: uma cognitiva (análise e síntese) e outra redacional (rotulação) sobre a inferência obtida. A primeira é o momento em que a pesquisadora processou mentalmente os dados obtidos para propor as possíveis inferências/hipóteses; a segunda ocorreu quando foram nomeados os DE definidos como prioritários.

Na análise os dados categorizados, resultantes da primeira etapa de produção de dados, foram organizados de maneira lógica, sistematizada, embasados no MSN e examinados criticamente. Sequencialmente, foram identificados dados congruentes, divergentes ou lacunares, sendo por vezes necessários retomar o diário de campo e as NE e NO.

Na síntese, fase na qual o processo de raciocínio diagnóstico de enfermagem é realizado, foram seguidos os seguintes passos: agrupamento de dados relevantes; comparação dos dados agrupados com o modelo teórico e, com expectativas e condições clínicas das pessoas idosas; identificação de inferências ou hipóteses sobre as situações, consideradas estressores e as conclusões esboçadas, comparadas o MSN e seus conceitos; proposição de relações etiológicas que contribuem para as alterações relacionadas à inferência e que as justificam.

Para o rotulação dos DE, de acordo com NANDA-I, inicialmente foi identificado o domínio em que a resposta humana estava inserida. Após a leitura de sua definição, verificou-se se o domínio contemplava a área do conhecimento que contém o fenômeno observado e, a

partir daí seguiu-se para a identificação da classe e concluiu-se pela escolha do título do DE provável. Após a leitura da classe e do enunciado diagnóstico escolhido, e reconhecimento de sua pertinência, os DE foram confirmados, observando as correspondências entre os dados categorizados e CD, FR e de Risco presentes na taxonomia.

Emergiram da síntese referente a **primeira etapa** de produção de dados do estudo, 74 títulos diagnósticos, inseridos em 11 domínios da NANDA-I. Destaca-se que a versão 2015-2017 dessa taxonomia, classificava e categorizava 234 DE, agrupados em 13 domínios e 47 classes (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

O Quadro 1, a seguir, compila os domínios e o número de DE, conforme a classificação do diagnóstico.

Quadro 1 – Compilado dos domínios e classificação dos diagnósticos de enfermagem. Brasil, 2017.

Domínio	Foco no problema	Risco	Promoção da saúde	Síndrome
Promoção da Saúde	2	1		1
Nutrição	1	2		
Eliminação e Troca	1	2		
Atividade e repouso	12	1		
Percepção e Cognição	2	1		
Autopercepção	2	2	1	
Papéis e Relacionamentos	1			
Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	11	3	1	
Princípios da Vida	4	2		
Segurança/Proteção	6	10		
Conforto	4	1		

Fonte: Dados da pesquisa.

Esses 74 DE foram analisados pela pesquisadora, tendo como lente o MSN, a fim de identificar os DE prevalentes entre as pessoas idosas hospitalizadas, consoantes com o enfrentamento de estressores. Nesse momento, foi imperativo “um mergulho” nos dados produzidos até o momento, bem como no referencial teórico e metodológico, a fim de apoderar-se do agrupamento dos dados e decidir quais os DE seriam prioritários para serem trabalhados no Grupo de Convergência (GC) com os enfermeiros. Essa imersão traduz as reflexões da pesquisadora acerca da relação entre os dados produzidos até esse momento e os pressupostos e conceitos do MSN, o que já sinaliza para a etapa de análise nominada de **teorização**.

Dessa forma, como resultado desse “mergulho” foram definidos sete DE que contemplavam entre suas CD e FR os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas. Para cada um desses diagnósticos foram considerados os RE (NOC) mais apropriados e, então escolhidas as prováveis IE (NIC), com vistas ao alcance de resultados positivos em saúde, com suas respectivas atividades.

Em um primeiro momento, esse levantamento de RE, IE e atividades foi realizado pela pesquisadora, considerado o referencial teórico desse estudo e sua prática clínica. Em um segundo momento, esses dados foram apresentados e discutidos com as assistentes de pesquisa, enfermeiras com conhecimentos e habilidades na Enfermagem Gerontogerátrica, integrantes do NIEPE, momento que possibilitou o refinamento e alinhamento das intervenções e atividades desenhadas. Como produto da primeira etapa foram elaborados os impressos (modelo ilustrativo no APÊNDICE F), constituídos pelos sete DE e suas respectivas proposições de RE, IE e atividades. Esses impressos conduziram os encontros do grupo de convergência com enfermeiros, **segunda etapa** de produção de dados desse estudo.

O Grupo de Convergência tem sido utilizado amplamente, pois permite desenvolver pesquisa em simultaneidade com a prática assistencial. No presente estudo, essa técnica foi utilizada como principal ferramenta para validação de RE e IE planejados a partir dos DE relacionados aos estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas.

Os encontros do grupo de convergência com enfermeiros atuantes na Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica ocorreram a fim de expor os estressores vivenciados pelas pessoas idosas hospitalizadas, apresentar os DE associados e prioritários e, a partir de então, validar os resultados, intervenções e atividades de enfermagem propostos, fundamentados no MSN.

Convém destacar, que os encontros foram mediados pela pesquisadora principal deste estudo. Para este momento contou-se com a participação de três assistentes de pesquisa (três enfermeiras, duas mestrandas e uma doutoranda em enfermagem pelo PPGEnf e integrantes do NIEPE), os quais dividiam-se para participar do grupo de convergência. As assistentes foram responsáveis por realizar anotações ao longo do encontro, identificar depoimentos com o nome dos respectivos depoentes, a fim de facilitar a identificação dos integrantes na transcrição dos dados, bem como fazer registros fotográficos dos encontros. Coube a pesquisadora principal a tarefa de sintetizar as considerações dos integrantes, a fim de retomar os dados, formar consenso e validar ou não cada IE e atividade proposta. Salienta-se que as assistentes de pesquisa foram previamente capacitadas para a sua participação neste estudo, por meio de um grupo de convergência piloto para ajustes necessários antes da etapa de campo, propriamente dita.

O planejamento e a condução dos encontros com os enfermeiros seguiram os passos característicos do grupo de convergência, que englobam as fases de reconhecimento, revelação, repartir e repensar, propostas por Trentini, Paim e Silva (2014).

A fase do **reconhecimento** corresponde ao momento em que os participantes conhecem o objetivo da ação e constroem a sua coesão como grupo, por meio do diálogo participativo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Primeiramente, realizava-se a apresentação dos auxiliares de pesquisa e dos enfermeiros. Na sequência, a pesquisadora principal apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); os objetivos do estudo, resultados das etapas anteriores com auxílio de slides do *Power Point*; e, a proposta de trabalho do encontro. Em seguida, pactuava-se com os integrantes que a partir da leitura individual do impresso entregue, eles analisariam cada IE e atividades recomendadas para alcance do RE proposto para aquele DE, destacando em “cor verde” aquelas importantes e exequíveis na sua prática assistencial; na “cor amarela” as importantes, porém não executáveis; e, na “cor rosa” aquelas dispensáveis ou não aplicáveis.

A fase da **revelação** corresponde ao movimento protagonizado pelos participantes de compartilhamento de experiências em relação ao assunto em discussão (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Como facilitador desse movimento, foi utilizado um impresso construído pela pesquisadora, no qual constava o DE que seria abordado no encontro, sua definição, fatores relacionados e características definidoras, bem como o RE planejado e as IE propostas para validação, com suas respectivas atividades (exemplo no APÊNDICE F). Em todos os encontros os integrantes compartilharam suas experiências em comum e pontos de vista relacionados ao que foi apresentado, o que possibilitou a consolidação dessa fase.

A fase do **repartir** consiste no intercâmbio de experiências, que conduziram para a tomada de decisões compartilhadas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Essa fase contou com uma participação mais ativa da pesquisadora, como mediadora da discussão e da tomada de decisão compartilhada. A pesquisadora propôs-se a ler as IE e as respectivas atividades, uma a uma. Nesse momento, os integrantes deveriam expressar seu julgamento e diante das diferentes opiniões, discutir e formular um consenso do grupo. Assim, o repartir, estabelecido pelo intercâmbio de experiências, concretizou-se no encontro entre o saber dos enfermeiros, dados prévios e referencial teórico do estudo.

A fase do **repensar** consiste na reflexão sobre as implicações do problema em questão e a possibilidade de aplicação do que foi discutido na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Destaca-se que essa etapa caracterizou-se pela discussão e pelo processo de reflexão estabelecido entre os integrantes, a partir das IE e atividades validadas. Por fim, os

integrantes foram encorajados a manifestar a sua avaliação do encontro e da pesquisa como um todo. A atividade foi encerrada com a distribuição de um mimo para cada enfermeiro, composto por canetas (esferográfica azul e marca texto verde, amarela e rosa) utilizadas no encontro e uma garrafa de plástico colorida para água, como manifestação de gentileza e gratidão da pesquisadora para com eles.

Para validar os RE, IE e atividades para cada DE definido como prioritário foram realizados cinco encontros do grupo de convergência, no mês de outubro de 2018. Participaram dos encontros 16 enfermeiros, assim distribuídos: GC-1 cinco enfermeiros; GC-2 seis enfermeiros; GC-3 quatro enfermeiros; GC-4 quatro enfermeiros; e GC-5 quatro enfermeiros. Salienta-se que dois enfermeiros participaram de três encontros e três enfermeiros de dois, totalizando 23 integrantes. Os enfermeiros que participaram dessa etapa foram caracterizados por meio de variáveis sociodemográficas e laborais (APÊNDICE G).

Dos enfermeiros que participaram do estudo, dez atuavam na Clínica Médica II e seis na Clínica Cirúrgica, sendo 15 do sexo feminino e um do masculino. Quanto a faixa etária, oito enfermeiros tinham entre 26-30 anos; quatro entre 31-35 anos e; quatro entre 36-40 anos. Quanto à situação conjugal, oito eram casados, sete solteiros, e um divorciado; dez não possuíam filhos, três possuíam dois filhos e dois, um filho. No que concerne ao tempo de graduação, 11 foram classificados na faixa de cinco a dez anos e cinco de 11 a 14 anos, sendo que seis eram especialistas, cinco mestres e uma doutora em enfermagem. No que se refere ao tempo de atuação no HUSM, dez enfermeiros atuavam de dois a quatro anos; três de quatro a seis anos; um de seis meses a um a ano; e, dois há mais de seis anos. Quanto ao turno de trabalho, seis trabalhavam de manhã, seis de tarde e quatro de noite.

Dois encontros foram realizados no turno da manhã (10h) na Sala de Educação em Saúde do terceiro andar do HUSM e, três no turno da tarde (14h) na sala 5051 do quinto andar. As salas possuíam mesas, cadeiras e ar condicionado, assegurando conforto aos integrantes. Imediatamente antes do encontro, o local era preparado pela pesquisadora e assistentes, e disponibilizava-se água fresca, sucos, café preto, salgados, chocolates e barras de cereais. Esse zelo tinha por intuito acolher os enfermeiros e também estimulá-los a participar, já que os encontros foram oportunizados antes ou depois do turno de trabalho.

Cada encontro grupal teve uma duração média de 90 minutos. Os diálogos e discussões foram audiogravados com auxílio de um gravador digital, com anuência de todos os integrantes, posteriormente transcritos e compilados em “Notas de Grupo” (NG). Constatou-se que além de oportunizar o alcance do objetivo proposto, os encontros do grupo de convergência possibilitaram a instrumentalização, reflexões de apropriação dos

enfermeiros acerca da temática do estudo e, dessa forma, supõe-se que propiciaram a construção de novos saberes que convergem para mudanças na prática assistencial.

A pesquisadora atuou como mediadora do diálogo no grupo de convergência, instigando o movimento dinâmico e dialético entre o fazer/assistência e o pensar/reflexão sobre o planejamento do cuidado e atuação da equipe de enfermagem. A partir da troca de ideias, os enfermeiros analisavam as intervenções e atividades factíveis em seus espaços de atuação e tomavam consciência delas, reconhecendo particularidades, limitações e possibilidades de qualificar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada.

No transcorrer do grupo de convergência as intervenções e atividades de enfermagem propostas pela pesquisadora foram validadas ou refutadas pelos enfermeiros e dessa forma, constituíram-se em subsídios para a teorização sobre respostas humanas alteradas diante dos estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e para a proposição de uma PE direcionado a esse fenômeno. Dessa maneira, o rigor síncrono do referencial metodológico com o teórico possibilitou que a pesquisadora alcançasse esse objetivo de maneira participativa e amalgamada no saber teórico e científico, específico da enfermagem.

Trentini, Paim e Silva (2017) destacam que essa participação dos envolvidos facilita agregação de sujeitos e propicia espaços de discussão, contempla a convergência entre pesquisa e assistência, e acrescenta mudanças à assistência. Desse modo, infere-se que algumas transformações ocorreram no decorrer dessa etapa da pesquisa, principalmente no que se refere a percepção da pessoa idosa pelos enfermeiros e dos estressores vivenciados por ela durante a hospitalização. Essa possibilidade de concretização de mudanças na prática assistencial em saúde é a efetivação do compromisso que a PCA constrói entre o trabalho do pesquisador e o trabalho dos profissionais da assistência (PAIM, TRENTINI, 2014).

A participação das pessoas idosas e dos enfermeiros nesse estudo coaduna com a dialogicidade da PCA, que por estar adstrita ao escopo das pesquisas participativas em saúde, considera que todo o processo deve ser compartilhado com aqueles que estão inseridos no campo, sendo que a própria proposta de ação deve ser compreendida por elas como uma necessidade da prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Diante disso, entende-se que o planejamento das intervenções e atividades de enfermagem e a proposição do PE não foram unicamente construídos para os participantes, mas com eles.

A **teorização** envolveu construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para descrever e explicar os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas. Teorizar consiste em descobrir valores contidos nas informações e formular

pressupostos e questionamentos, por meio de um trabalho intelectual rigoroso, que consiste em levar as informações a um alto nível de abstração (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Pontua-se que nesse estudo, o processo de teorização não pode ser realizado de forma separada das demais fases de análise. Desde o processo de apreensão dos dados emergentes das três etapas de produção, foram realizados movimentos de aproximação e de afastamento entre pesquisa e assistência, fundamentados no MSN, seus conceitos e pressupostos. Da mesma forma, o processo de síntese das três etapas do estudo se deu a partir do estabelecimento de relações entre os dados, à luz das taxonomias de enfermagem e do modelo teórico. Portanto, ao término de cada etapa, o movimento de teorização já estava deflagrado.

No processo de teorização, além da abstração ocorre a construção de relações entre um grupo de construtos, que constituem as estruturas teóricas (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). No presente estudo a teorização se iniciou e foi fortalecida por meio dos confrontos provocado pelos pontos de convergência entre pesquisa e assistência, que tem como referência as mudanças pretendidas pela PCA.

Destaca-se que o MSN tem sido útil na prática clínica, no ensino e na gestão em enfermagem em diferentes cenários e fornece um contexto e estrutura para a pesquisa. No entanto, há parcimônia na discussão desse modelo teórico, por ser um arcabouço intelectual denso e complexo. Assim, discute-se a importância da construção de teorias de diferentes níveis ou natureza, com conceitos e pressupostos redimensionados frente às mudanças estruturais, econômicas, sociais e culturais ocorridas ao longo do tempo, o que, necessariamente, exige adaptação das teorias que embasam a prática de enfermagem.

A teoria procedente dos pontos de convergência, levada à abstração, permitiu o desenvolvimento de uma TMA, pelo método indutivo, sendo considerada uma inovação tecnológica no campo de conhecimentos da enfermagem. Para o estabelecimento de interpretações definitivas e conclusões, a pesquisadora sentiu necessidade de nova imersão no MSN, a fim de reforçar a sua compreensão do denso arcabouço teórico e, assim, diminuir as possibilidades de viés na interpretação dos resultados. Ao teorizar sobre os conceitos relacionados ao fenômeno, afirmações relacionais e não relacionais a pesquisadora dissecou o todo em diferentes partes, de modo a favorecer o entendimento, gerando contributos para o desenvolvimento indutivo da TMA a partir do modelo teórico, tido como referencial do estudo.

A etapa de teorização foi finalizada em conjunto com a quarta e última etapa, a transferência. Convém destacar que o processo de teorização estendeu-se ao longo da discussão dos resultados, mediante aproximação com estudos similares e interface com o

MSN. A **transferência** acontecerá no momento em que os resultados serão contextualizados e socializados, sendo possível analisar a aplicabilidade dos resultados e conclusões do estudo para a prática profissional do enfermeiro, destacando as possibilidades de cuidado diante dos estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas.

5.2 DESENVOLVIMENTO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

As teorias de enfermagem representam o saber da disciplina Enfermagem e orientam a prática, porém esse conhecimento ainda é pouco difundido e utilizado pelos enfermeiros na prática clínica. Destarte, é um desafio desenvolver teorias de enfermagem relevantes e úteis, com a finalidade de atender as necessidades de conhecimento do enfermeiro no século XXI (WALKER; AVANT, 2019). Nesse contexto, destaca-se que a translação de conhecimentos entre teoria, pesquisa e prática clínica é uma condição necessária para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência, à medida que a teoria deverá embasar a prática clínica e a pesquisa deverá validar as teorias (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

A natureza da ciência de enfermagem e o potencial de seu crescimento requerem uma estreita relação entre teoria, prática e pesquisa. Teóricos, clínicos e pesquisadores em enfermagem compartilham um objetivo final - entender as necessidades de cuidados de saúde de clientes, com a finalidade de melhorar sua sensação de bem-estar, promover seu estado de saúde, facilitar suas transições e aumentar seu acesso e opções para cuidados de saúde mais adequados à sua situação (MELEIS, 2018).

A compreensão dessa relação entre teoria, pesquisa e prática é essencial para o desenvolvimento de uma teoria. Primeiramente, deve ser reconhecida uma compreensão dessa relação; em segundo lugar, o enfermeiro deve estar consciente da existência de várias abordagens ao desenvolvimento da teoria, com base na fonte de início (prática, teoria ou pesquisa); finalmente, o processo de desenvolvimento da teoria deve ser compreendido (MCEWEN, 2016). Ao mesmo tempo em que a pesquisa valida e modifica a teoria, a teoria orienta a prática, tornando-a mais eficiente e eficaz, e o benefício final da aplicação da teoria à enfermagem é a melhoria no atendimento ao cliente (MELEIS, 2018). E, a pesquisa é a chave para o desenvolvimento de uma disciplina.

Desenvolver uma teoria, em qualquer nível de abstração, é um processo dinâmico e não segue etapas ou estratégias estáticas. Meleis (2018) propõe o emprego de uma abordagem integrativa e cita quatro principais estratégias diferenciadas para o desenvolvimento de teorias, por sua origem (teoria, prática ou pesquisa) e por usarem ou não

fontes externas à enfermagem. Essas abordagens são a teoria-prática-teoria, a prática-teoria, a pesquisa-teoria e a teoria-pesquisa-teoria.

No estudo em tela, utilizou-se a abordagem teoria-pesquisa-teoria, na qual o MSN estimulou as perguntas da pesquisa, e os resultados foram utilizados para desenvolver uma TMA. Nessa abordagem, a pesquisadora começou pela definição da teoria e determinação das questões de pesquisa. Os conceitos foram redefinidos e operacionalizados e os achados empíricos foram sintetizados e usados para desenvolver uma nova teoria.

Considerado o desenho metodológico e o arcabouço teórico da PCA realizada, pontua-se que a abordagem teoria-pesquisa-teoria foi a utilizada para o desenvolvimento da TMA proposta, seguindo-se os processos indicados por Meleis (2018). Inicialmente, o MSN foi selecionado com referencial teórico para investigar e explicar o fenômeno de interesse - estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas; os conceitos da teoria, o metaparadigma e os pressupostos foram analisados e operacionalizados para a pesquisa de campo; os dados resultantes foram sintetizados e refinados, os conceitos foram transpostos para esse contexto e população específicos, permitindo o desenvolvimento de uma TMA a partir dos dados de campo (forma indutiva) e derivada do MSN (forma dedutiva).

Considera-se que etapas do processo da estratégia integrativa de desenvolvimento de TMA, recomendadas por Meleis (2018), foram seguidas pela pesquisadora, a saber:

- O projeto de pesquisa da PCA emergiu da prática da pesquisadora em seu contexto de atuação, cenário de observações clínicas de diferentes grupos de pessoas idosas que vivenciavam estressores relacionados à hospitalização, para as quais os enfermeiros planejavam e prestavam cuidados de enfermagem.
- Por meio da observação participante e da entrevista conversação foram identificados os estressores vivenciados pelas pessoas idosas hospitalizadas que interferiam no bem-estar delas, elencando DE prioritários.
- Com base nos DE prioritários foram propostas intervenções e atividades de enfermagem a fim de mitigar os estressores e potencializar o bem-estar, fundamentadas no MSN e validadas pelos enfermeiros em GC.
- Os resultados da PCA foram integrados e assim, foram encontrados pontos em comum e temas, amplamente discutidos com literatura pertinente. Essa análise de semelhanças e diferenças na literatura e a identificação de conceitos que descrevem o fenômeno foram contextualizados e indagações sobre a aplicabilidade do MSN no cenário de pesquisa levaram a pesquisadora a delimitar os conceitos relacionados ao fenômeno. Sequencialmente, operacionalizou-se a TMA.

A abordagem integrativa de desenvolvimento de uma teoria descreve um processo evolutivo, que exige coleta de dados do cenário clínico, identificação de modelos/exemplos, descoberta de soluções e reconhecimento de informações de apoio obtidas em outras fontes (MELEIS, 2018). Essa estratégia pode utilizar-se de habilidades e ferramentas da prática clínica, vários métodos de pesquisa, diários clínicos, periódicos descritivos e diálogos entre colegas no desenvolvimento de uma estrutura ou conceituação.

Ao usar uma estratégia integrativa, os teóricos acrescentam qualquer experiência baseada na prática clínica, evidências de pesquisas e conhecimentos baseados em formulações teóricas. Esse conhecimento depende do tipo de evidência e suporte necessários, com base no fenômeno para o qual eles estão desenvolvendo uma teoria. Os teóricos que usam a estratégia integrativa, no entanto, reconhecem o significado da relação entre prática, teoria e pesquisa e entendem que cada um deles desempenha um papel no desenvolvimento da teoria de enfermagem. Além disso, ao usar uma estratégia integrativa, a pessoa, teórico, clínico ou pesquisador também se torna parte integrante da formulação teórica.

Considerada a proposta integrativa, três passos propostos por Walker e Avant (2019) foram seguidos para o desenvolvimento da TMA, quais sejam: desenvolvimento do conceito, desenvolvimento do enunciado/proposição e construção da teoria. O conceito é uma imagem mental de um fenômeno ou uma ideia ou a construção mental de uma coisa ou ação. As afirmações, proposições ou declarações são resultados da expressão da relação entre conceitos (WALKER; AVANT, 2019). No contexto da construção de teoria, pode ocorrer de duas formas: proposições relacionais e proposições não relacionais.

O desenvolvimento de teoria normalmente inicia com os conceitos e proposições e, na sequência a construção da teoria seria buscada e testada. Walker e Avant (2019) propõem três estratégias para a construção da teoria: síntese, derivação e análise, sendo que cada estratégia pode ser usada para elaboração de conceito, afirmações e teoria. Na síntese as informações baseadas na observação são usadas para construir um novo conceito, uma nova afirmação e uma nova teoria. A derivação consiste na transposição ou redefinição de um conceito, afirmação e teoria de um contexto ou campo para outro. Já na análise, o teórico deve dissecar o todo em partes para que possa ser melhor compreendido.

Importa frisar que, por ser a enfermagem uma disciplina com conhecimento e desenvolvimento teórico que visa compreender e valorizar as múltiplas dimensões do processo de cuidar, os conceitos relacionados ao fenômeno em estudo também devem ser considerados nessa visão ampliada. Da mesma forma, os conceitos que delineiam os fenômenos do cuidado e da prática de enfermagem são essenciais para fornecer, documentar,

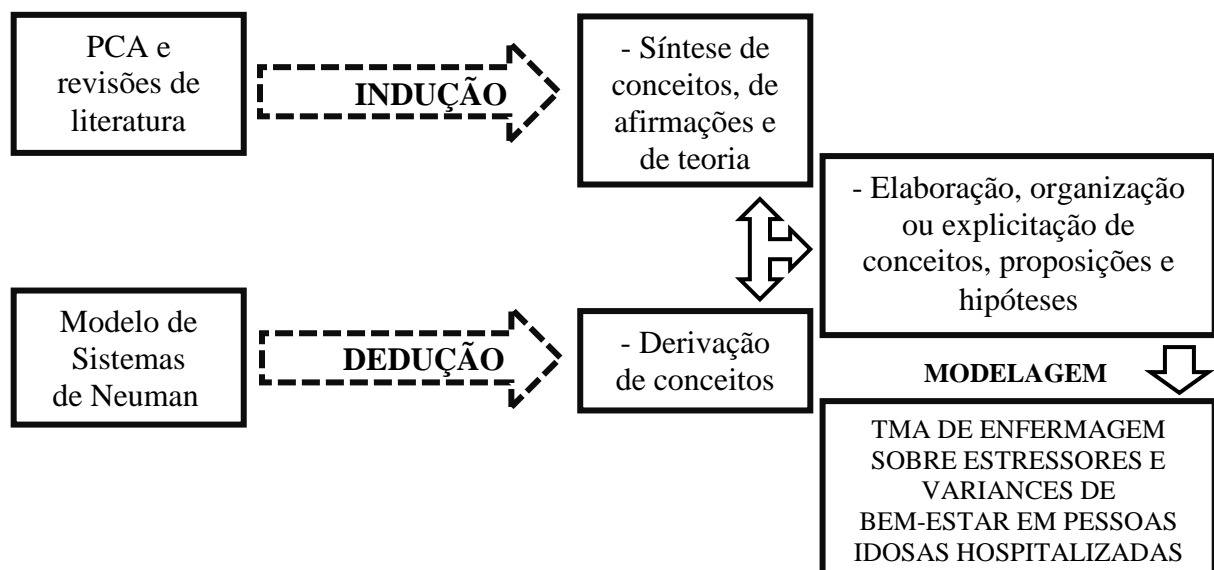
comunicar e estudar os processos de cuidado. Assim, para o desenvolvimento de uma teoria, uma afirmação é um ingrediente extremamente importante (WALKER; AVANT, 2019).

Uma declaração, no contexto do desenvolvimento de teorias, pode ocorrer em duas formas: declarações relacionais e não-relacionais. Uma declaração relacional revela uma relação de algum tipo entre dois ou mais conceitos; já a não relacional estabelece a existência do conceito ou uma definição, seja teórica ou operacional (WALKER; AVANT, 2019). As declarações relacionais de associação podem indicar a direção da associação entre conceitos: uma associação positiva implica que, à medida que um conceito ocorre ou muda, o outro conceito ocorre ou muda na mesma direção; uma associação negativa implica que, à medida que um conceito ocorre ou muda, o outro conceito ocorre ou muda na direção oposta.

As teorias bem formuladas fornecem compreensão integrativa dos fenômenos, organizando sistematicamente conceitos e enunciados relevantes. Assim, a definição geralmente aceita de uma teoria é um grupo internamente consistente de enunciados relacionais que apresenta uma visão sistemática sobre um fenômeno e que é útil para descrição, explicação, predição e prescrição ou controle. Associada à teoria pode haver um conjunto de definições específicas dos conceitos da teoria (WALKER; AVANT, 2019).

A fim de expressar uma nova ideia sobre os estressores e as variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, utilizou-se da abordagem integrativa, com estratégias indutiva e dedutiva, para o desenvolvimento da TMA, explicitas na Figura 7 e descritas na sequência.

Figura 7 - Esquema pictórico para representar o processo de desenvolvimento da Teoria de Médio Alcance de Enfermagem sobre os estressores e as variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2019.



- Derivação e Síntese de Conceitos: a derivação dos conceitos do MSN permitiu à pesquisadora não começar do zero no desenvolvimento da PCA. A estratégia de derivação do conceito emprega uma analogia ou metáfora para transpor conceitos de um contexto ou de um campo para outro e, é adequada para tópicos de interesse nos quais não há desenvolvimento de conceito existente ou em que conceitos existentes tenham se tornado estagnados (WALKER; AVANT, 2019).

Já, a síntese de conceitos possibilita criar algo novo a partir de dados já disponíveis, fornecendo novos insights ao adicionar textura e riqueza ao tecido da teoria em desenvolvimento (WALKER; AVANT, 2019). A pesquisadora começou com os dados brutos da PCA e procurou conceber novas ideias a partir deles. Como o conceito é verdadeiramente baseado em dados, ele deve vir por meio da verificação com apenas pequenas revisões. Quando os conceitos estão conectados entre si por meio de enunciados relacionais é que temos a possibilidade de uma hipótese ou teoria de sua utilização.

- Síntese das declarações: o propósito dessa ação foi desenvolver a partir de observações de fenômenos uma ou mais afirmações sobre relações que existem entre esses fenômenos. Como indicado anteriormente, as observações podem ser feitas diretamente pelo teórico ou podem ser extraídas da literatura. A síntese de declaração é adequada quando não há trabalho conceitual ou empírico feito para descrever um tópico de interesse, mas uma série de observações pode ser feita prontamente para estabelecer algumas qualidades empíricas do fenômeno (WALKER; AVANT, 2019). Além disso, a síntese da declaração como método pressupõe que o confronto com a realidade, proporcionado pela PCA, é um meio útil e produtivo de construir a teoria.

Essa estratégia possibilitou a formulação de afirmações sobre os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas a partir dos registros qualitativos das observações participantes e das entrevista conversação, somadas com outras evidências, como os resultados de pesquisas. A síntese de declarações é uma estratégia baseada empiricamente para construir instruções que especificam a maneira pela qual dois ou mais conceitos estão inter-relacionados. A estratégia engloba várias abordagens diversas para o desenvolvimento de declarações. Os métodos específicos vão desde a observação direta e análise (qualitativa ou quantitativa) dos dados até o uso da literatura baseada em pesquisa acumulada para construir generalizações de ordem superior (WALKER; AVANT, 2019). Os métodos qualitativos baseiam-se nos teóricos para serem perceptivos em processos subjacentes aos eventos confrontados na coleta e análise de dados. Finalmente, quando um teórico coletou uma lista bastante representativa de afirmações relacionais pertinentes a um ou mais conceitos focais,

estes podem então ser organizados em termos do padrão geral de relações entre variáveis, na forma expositiva ou de diagramas, para descrever de forma holística inter-relações entre conceitos.

- Síntese da teoria: Teorias sintetizadas podem ajudar os enfermeiros, na prática, a examinar os antecedentes e as consequências de um fenômeno clínico, ou a planejar os serviços com base em uma teoria do programa coerente. Projetar intervenções preventivas pode ser facilitado observando os antecedentes de um problema clínico. Traçar o caminho que cada potencial antecedente poderia ser modificado na tentativa de prevenir problemas clínicos indesejados, pode sugerir como a prática atual pode ser melhorada. Por sua vez, a elaboração das consequências de uma intervenção é útil na identificação de resultados para avaliar a eficácia de uma intervenção.

A síntese teórica permite a organização e integração de uma ampla variedade de informações de pesquisa sobre o fenômeno de interesse e os conjuntos de conceitos e enunciados são organizados em um sistema inter-relacionado de enunciados com representações gráficas associadas (WALKER; AVANT, 2019). Essa estratégia pode incorporar informações emergentes de pesquisas qualitativas e da literatura de pesquisa publicada e depende dos interesses do pesquisador e do tipo de informação disponível em um tópico, permitindo que uma grande quantidade de informações seja eficientemente organizada. Foram seguidas três fases para a síntese teórica: os conceitos foram especificados para a teoria sintetizada; foram identificados na literatura e na pesquisa de campo os fatores relacionados aos conceitos focais e as relações entre eles, e os conceitos e enunciados foram organizados de forma integrada, representando o fenômeno de interesse.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, no que se refere aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, conforme explicitado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi registrado e tramitado no Sistema de Informações Educacionais (SIE) e encaminhado para o Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. Posteriormente, o projeto foi apresentado às chefias da Clínica Médica I, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica e, em seguida encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM para o registro, avaliação e liberação para

execução da pesquisa. Após autorização institucional (ANEXO C), o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, para análise pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM.

Após obtenção da carta de aprovação do CEP/UFSM, em 12 de outubro de 2016, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 60668116.2.0000.5346, Parecer nº 1.771.984 (ANEXO D) foram iniciados novos contatos com as chefias das unidades para a inserção da pesquisadora e produção dos dados junto às pessoas idosas hospitalizadas e aos enfermeiros.

A produção dos dados com as pessoas idosas hospitalizadas foi realizada após a assinatura do TCLE (APÊNDICE H), o qual foi assinado em duas vias, uma ficando em posse do participante e outra, da pesquisadora. O TCLE foi lido em voz alta para cada participante, de maneira que o mesmo compreendesse seu conteúdo e fosse capaz de decidir pela participação ou não. Ressalta-se que todos os participantes souberam assinar seus nomes. Ainda, com vistas a respeitar o princípio de autonomia, foi garantido aos participantes do estudo o livre direito de escolha, podendo inclusive retirar-se da pesquisa, mesmo depois de aceitar participar. Dessa mesma forma, foi realizado com os enfermeiros que participaram do grupo de convergência (APÊNDICE I).

Esse estudo comprometeu-se com o sigilo e prudência em relação aos dados dos participantes mediante assinatura do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE J). Assim, para a preservação do anonimato as pessoas idosas foram identificadas pelas letras “PI” seguida de um número cardinal e os enfermeiros pela letra “E”, também seguida de numeração consecutiva.

Os documentos e materiais utilizados e produzidos (TCLE, gravações de voz, registros fotográficos e diários de campo) foram usados somente para fins científicos. Ainda, esses documentos e materiais serão armazenados, sob a posse da professora orientadora da pesquisa Prof^a Dr^a Margrid Beuter, em armário com chave, na sala 1339, do CCS, prédio 26, da UFSM. Decorridos cinco anos da realização do estudo, eles serão destruídos e/ou apagados.

Quanto a divulgação dos resultados finais desse estudo pretende-se apresentá-los aos profissionais e gestores da instituição hospitalar por meio de um encontro promovido pela pesquisadora. Além disso, os resultados serão socializados e compartilhados com a comunidade acadêmica por meio da publicação em periódicos e eventos científicos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresenta-se e discute-se a caracterização das pessoas idosas hospitalizadas; os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados durante a hospitalização; diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções de enfermagem em pessoas idosas hospitalizadas, validadas em grupo de convergência com enfermeiros assistenciais; a análise da PCA como arcabouço metodológico para o desenvolvimento de TMA na enfermagem; a TMA de enfermagem sobre estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas e, a proposição de um PE orientado pela TMA sobre estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS

Participaram do estudo 30 pessoas idosas hospitalizadas em clínicas médica e clínica cirúrgica (dez de cada unidade). A partir da produção dos dados, os participantes foram caracterizados por meio de dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. A dimensão fisiológica se refere à estrutura e funcionamento do corpo; a psicológica aos processos mentais em interação com o ambiente; a sociocultural alude aos efeitos e influências dos aspectos culturais e sociais; a do desenvolvimento se refere a processos relacionados à idade e suas atividades e a espiritual às crenças e influências espirituais (NEUMAN, 2011).

A multiplicidade desses aspectos, que dinamicamente se harmonizam e reagem com fatores ambientais e intrínsecos da própria pessoa idosa, a contemplam em sua totalidade. Portanto, todas essas dimensões devem ser investigadas sistematicamente para a efetividade do cuidado, pois é essa totalidade que determina o enfrentamento dos estressores e a manutenção do equilíbrio e do bem-estar (NEUMAN, 2011). Dessa forma, supõe-se que o conhecimento dessa multidimensionalidade pode elucidar singularidades e perspectivas que subsidiem o cuidado de enfermagem direcionado a essa população.

Em consonância com os critérios estabelecidos, foram incluídos no estudo pessoas idosas que atingiram o ponto de corte no MEEM, em função da escolaridade. Diante dessa avaliação das funções cognitivas (**desenvolvimento**), identificaram-se os escores mínimo e máximo de cada ponto conforme anos de estudo, os quais estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Escores mínimo e máximo do Mini Exame do Estado Mental. Brasil, 2017.

Anos de estudo	Nº de pessoas idosas	Ponto de corte	Escore mínimo	Escore máximo
Não alfabetizado	2	18	21	23
De um a três anos	8	21	23	29
De quatro a sete anos	15	24	25	29
Mais que sete anos	5	26	28	29

Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir, na Tabela 2, estão descritas as variáveis relacionadas ao sexo, idade, anos de estudo, estado civil e arranjo domiciliar dos participantes.

Tabela 2 – Caracterização das pessoas idosas hospitalizadas quanto ao sexo, idade, anos de estudo, estado civil e arranjo domiciliar. Brasil, 2017.

Dimensão	N	%
Sexo (Fisiológica)		
Masculino	16	53,33
Feminino	14	46,67
Faixa Etária (Desenvolvimento)		
60 a 69 anos	18	60,00
70 a 79 anos	10	33,33
80 a 84 anos	2	6,67
Anos de estudo (Desenvolvimento)		
Não Alfabetizado	2	6,67
1 a 3 anos de estudo	8	26,67
4 a 7 anos de estudo	15	50,00
Mais que 7 anos de estudo	5	16,67
Estado Civil (Sociocultural)		
Solteiro(a)	1	3,33
Casado(a)	17	56,67
Viúvo(a)	11	36,67
Divorciado	1	3,33
Arranjo domiciliar (Sociocultural)		
Sozinho(a)	4	13,33
Esposo(a)/Companheiro(a)	9	30,00
Esposo(a)+filho(a)	6	20,00
Esposo(a)+filho(a)+neto(a)	2	6,67
Esposa+neto	1	3,33
Esposo+cunhada	1	3,33
Filho(a)	4	13,33
Filho(a)+neto(a)	2	6,67
Irmão	1	3,33

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao sexo, verificou-se uma similaridade entre o número de pessoas idosas do sexo masculino e feminino, a qual não foi planejada intencionalmente, tendo em vista que a seleção e inclusão dos participantes aconteceu por conveniência.

No que se refere à idade, esta variou de 60 a 84 anos, em que 60% das pessoas idosas apresentavam de 60 a 69 anos. Resultado convergente foi encontrado em estudo realizado com pessoas idosas internadas nos setores de Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital de Uberaba, Minas Gérias, no qual a média de idade foi de 68,68 anos, em que a maioria na faixa etária de 60 a 70 anos (TAVARES et al., 2015).

Quanto a escolaridade, as pessoas idosas foram agrupadas por anos de estudo, a fim de atender aos pontos de corte do MEEM. Diante dessa classificação, verificou-se que a metade dos participantes (50%) estudaram de quatro a sete anos e não concluíram o ensino fundamental, resultado semelhante ao perfil de idosos do RS (BÓS et al., 2015). Considera-se importante conhecer a escolaridade das pessoas idosas para planejar os cuidados, tendo em vista que a educação pode interferir na percepção de doença, saúde, cuidado e autocuidado. Em relação a essa variável Sarges, Santos e Chaves (2017) ponderam que pessoas idosas com baixos níveis de instrução preocupam-se menos com cuidados de saúde, além de terem menor capacidade de envolvimento na recuperação da mesma.

Quando analisados os escores obtidos no MEEM, verificou-se que pessoas idosas com maior escolaridade apresentaram melhor desempenho no teste, porém aqueles com menos anos de escolaridade também alcançaram 29 pontos, escore máximo nesse estudo. Infere-se que esse resultado aponta que além da escolarização, outras características podem influenciar o desempenho no teste, como as variáveis relacionadas às demandas ambientais e socioculturais (MELO; BARBOSA, 2015). A exemplo, estudo que avaliou a função cognitiva de pessoas idosas com perda auditiva por meio do MEEM, mostrou correlação estatisticamente significativa entre perda auditiva e a categoria linguagem e atestou que quanto maior a idade, pior o desempenho geral no mini-exame (MATTIAZZI et al., 2016).

No que concerne ao estado civil, 56,67% eram casados, resultado consistente ao perfil dos idosos do RS, no qual a maior frequência foi observada entre os casados ou com companheiros que somaram 48% da amostra (BÓS et al., 2015). Nesse aspecto, resultados de um estudo epidemiológico com octogenários sugerem que a relação marido/esposa deve ser avaliada e acompanhada pelos profissionais de saúde como forma de prevenir a dependência funcional desse estrato populacional e que essa relação explica o envelhecimento saudável (CAMPOS et al., 2016).

Quanto ao arranjo domiciliar das pessoas idosas participantes desse estudo, 30% residiam com o cônjuge e 33,33% com o cônjuge e outro integrante da família. Sabe-se que, os arranjos familiares refletem uma série de fatores histórico, sociocultural, político, econômico e demográfico e que podem interferir positiva ou negativamente na vida da pessoa idosa (MELO et al., 2016) e, por isso, merecem ser avaliados pelos profissionais de saúde. Grden et al. (2018) mencionam que é importante que a família seja compreendida como uma organização de suporte à pessoa idosa, principalmente no momento que ela necessita de cuidados, pois quando ela não está presente pode haver uma desarmonia no sistema.

Quanto ao município de residência (**sociocultural**), 50% dos participantes residiam em Santa Maria; 6,67%, respectivamente, em Jaguari (110 Km), Santiago (165 Km) e São Sepé (60 Km); e 3,33%, respectivamente, em Cacequi (117 Km), Itaqui (350 Km), Júlio de Castilhos (67 Km), Nova Palma (80 Km), Paraíso do Sul (65 Km), Pinhal Grande (105 Km), São Francisco de Assis (139 Km), São Pedro do Sul (39 Km) e São Vicente do Sul (90 Km). Esses dados traduzem que o hospital, cenário do estudo, é referência para alta complexidade de 42 municípios da região central do RS, com uma população de 1.000.000 habitantes.

Salienta-se que o município de residência foi considerado na dimensão sociocultural nesse estudo, apesar de representar uma dimensão geográfica, porque a cultura predominante em cada cidade pode interferir no modo de ser e de viver das pessoas idosas. Ainda, salienta-se que a distância entre o domicílio e o hospital pode ser um fator que interfere na manutenção e troca de acompanhantes e nas visitas de familiares à pessoa idosa, durante a hospitalização, fatores que podem ser percebidos como estressores.

Quando questionados sobre sua religião (**espiritual**), 63,3% dos participantes eram católicos, 16,67% evangélicos, 6,67% pentecostais, 6,67% sem religião, 3,33% espírita e 3,33% do islamismo. Dentre as pessoas idosas, 53,33% referiram que eram praticantes e frequentavam a igreja antes da hospitalização, diariamente (25%), semanalmente (43,75%) e mensalmente (31,25%); 26,67% das pessoas idosas afirmaram que receberam suporte religioso durante o período de hospitalização, em que a visita de padre ou pastor a estratégia mais utilizada; 80% das pessoas idosas informaram que não perceberam alterações na prática de seus rituais religiosos, pois mantiveram suas orações e crenças fortalecidas e, 20% relataram que a hospitalização interferiu nos seus hábitos relacionados a espiritualidade.

Observa-se que a hospitalização pode influenciar na religião e na espiritualidade das pessoas idosas, da mesma forma que essas se constituem em estratégias de enfrentamento diante dos estressores vivenciados no hospital. Assim, é importante que os profissionais de enfermagem valorizem a dimensão espiritual, para promover o equilíbrio e o bem-estar das

peessoas idosas hospitalizadas. Corroboram com essa afirmação os resultados de estudo, que comparou a espiritualidade na pessoa idosa no momento de admissão e alta hospitalar e apontou que a internação hospitalar, mesmo com duração reduzida (cerca de dez dias), influencia as vivências espirituais (SANTOS; SOUSA, 2012).

Ademais, estudos apontam que a religiosidade e a espiritualidade tem facilitado a aceitação de resultados negativos decorrentes da cronicidade de doenças e contribuído para o enfrentamento de patologias, da solidão, entre outras demandas, que colaboram para a diminuição do bem-estar (PALENCIA et al., 2016; REIS; MENEZES, 2017). Esses resultados reiteram a importância de que a dimensão espiritual seja respeitada e valorizada, pois além de colaborar para um envelhecimento ativo, ela pode contribuir para o suporte social, emocional, bem-estar e melhoria da saúde (RODRIGUES et al., 2017). Essas assertivas confluem com o referencial teórico de Neuman (2011), ao mencionar que as variáveis espirituais são necessárias para sustentar uma perspectiva holística e um verdadeiro compromisso de preocupação com o sistema cliente. Por fim, conhecer a pessoa idosa, inclusive sua dimensão espiritual, possibilita aos profissionais da saúde propor estratégias de cuidado, pautadas no compromisso profissional e ético.

Em relação as atividades que desempenhavam (**sociocultural e de desenvolvimento**), 43,33% eram agricultores, 13,33% donas de casa, 6,67% serviços gerais e 3,33%, respectivamente, auxiliar de pedreiro, comerciante, cuidador de pessoas idosas, doméstica, farmacêutico, instalador hidráulico, jornalista, metalúrgico, motorista, padeiro. Dentre as pessoas idosas, somente uma não era aposentada, a qual foram prestadas orientações e solicitado avaliação com assistente social (NA). No momento em que foram abordados sobre renda familiar, muitos participantes preferiram não revelar valores à pesquisadora. Essa opção foi respeitada e não foi insistido sobre essa informação.

Quando questionados sobre hospitalizações prévias (**fisiológico e de desenvolvimento**), para 20% das pessoas idosas essa foi a primeira hospitalização. Para os 80% que já estiveram hospitalizados previamente, o número de internações variou de uma a dez, por períodos que variaram de um a 30 dias. Nesse aspecto, infere-se que experiências prévias com hospitalizações podem favorecer a utilização de estratégias de enfrentamento efetivas, minimizar os estressores e potencializar o bem-estar. Ao encontro, Oliveira et al. (2016) assinalam que a hospitalização leva a pessoa idosa a apreender experiências quanto à capacidade de lidar com o próprio adoecimento e de se relacionar com novas pessoas fora de seu convívio, o que favorece sua adaptação e uma visão mais positiva da situação.

O período de hospitalização das pessoas idosas, no momento da produção dos dados, variou de um a cinquenta dias, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Tempo de hospitalização das pessoas idosas. Brasil, 2017.

Dias de hospitalização	N	%
1 a 5	10	33,33
6 a 10	7	23,33
11 a 15	5	16,67
16 a 20	3	10,00
21 a 25	2	6,67
26 a 40	0	0
41 a 45	1	3,33
46 a 50	2	6,67

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados apresentados na Tabela 3 corroboram com o descrito na literatura, de que a pessoa idosa demanda maior tempo de internação para obter desfecho, seja ele a alta ou o óbito (PIUVEZAM et al., 2015; DANTAS et al., 2017). Além disso, há que se considerar as hospitalizações, principalmente se repetidas e prolongadas, as quais podem levar à diminuição da capacidade funcional, da qualidade de vida e ao aumento da fragilidade (NUNES et al., 2017). Por isso, as hospitalizações deveriam ser eficientemente utilizadas, reforçando o manejo adequado da multimorbidade na atenção primária à saúde e incluindo o domicílio como ambiente terapêutico (THUMÉ et al., 2011; MORAES, 2012).

Quanto ao diagnóstico no momento da internação (**fisiológico**), no Quadro 2 estão apresentadas as patologias que determinaram a hospitalização das pessoas idosas.

Quadro 2 – Diagnóstico no momento da hospitalização. Brasil, 2017.

Doenças cardiovasculares (10)	Infarto Agudo do Miocárdio (4) Miocardiopatia (1) Doença Arterial Coronariana (1) Aneurisma Aorta Abdominal (1) Oclusão Arterial Femoro-femural (1) Síndrome Coronariana Aguda (1) Oclusão parcial de carótida (1)
Neoplasias (10)	Neoplasia de Cólon em quimioterapia (2) Neoplasias metastáticas (6) Ressecção de Neoplasia de Cólon (1) Ressecção de Neoplasia Renal (1)

(continua)

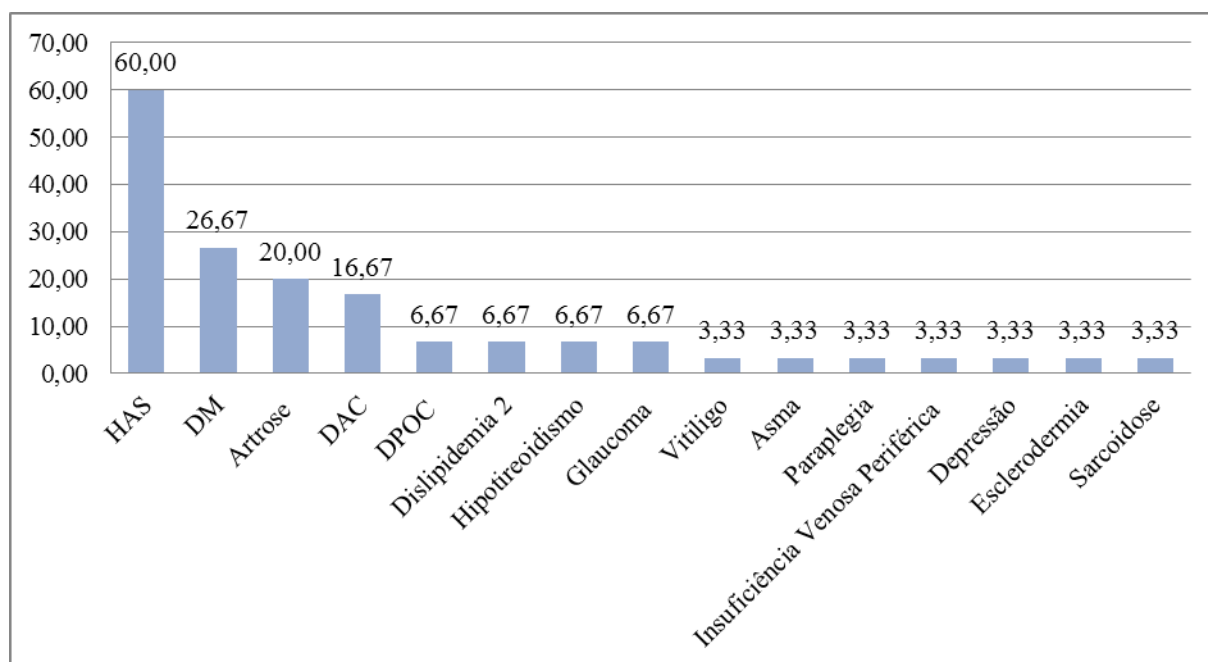
	(continuação)
Doenças Infecciosas (7)	Osteomielite com amputação de MIE (1) Espondilodiscite + fístula aorto-entérica (1) Osteomielite (2) Infecção de Ferida Operatória Safenectomia (1) Infecção após Prótese Quadril (1) Infecção de vias biliares (sepse) (1)
Doenças neurológicas (2)	Hemorragia Subaracnóidea (1) Paralisia nervo oculomotor (1)
Doenças renais (1)	Calculose ureteral (PO com complicações cardiológicas) (1)

Fonte: Dados da pesquisa.

Como verificado no Quadro 2, as doenças cardiovasculares e as neoplasias representaram as maiores causas de internação. Em pesquisa que avaliou a associação entre comorbidades e risco de morte e reinternação em pessoas idosas após alta de enfermarias de clínica médica de um hospital universitário, os diagnósticos mais frequentes na internação foram insuficiência cardíaca congestiva e neoplasias (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013), com os quais demonstra convergência o presente estudo. Ainda, observou-se semelhança ao estudo que caracterizou o perfil das internações hospitalares de pessoas idosas em um estado do sul do Brasil, cujos resultados apontam como principais causas de internação as doenças circulatórias, respiratórias, neoplasias, digestivas, infecciosas e parasitárias, lesões por envenenamento e causas externas (CASTRO et al., 2013).

Sabe-se que as comorbidades são importantes preditores de complicações e de resultados desfavoráveis em pessoas idosas hospitalizadas. Quando investigado esse dado, identificou-se que 83,33% dos participantes do estudo possuíam alguma comorbidade, condição que pode interferir na sua independência, autonomia e, conseqüentemente, no bem-estar.

Gráfico 1 – Comorbidades das pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as comorbidades, destacam-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), com incidência de 60% e 26,67%, respectivamente, resultados coerentes com a literatura (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013; SARGES; SANTOS; CHAVES, 2017). Além disso, discorre-se que a relação entre mortalidade e comorbidade provavelmente seja mais grave entre as pessoas idosas hospitalizadas que seus pares que vivem na comunidade e atendidos ambulatoriamente, o que salienta a importância de conhecer as comorbidades para implementar ações educativas e cuidados de saúde individualizados (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013).

Ainda, destaca-se que durante a hospitalização os pacientes são expostos aos riscos do ambiente hospitalar, os quais se acentuam para as pessoas idosas, devido ao processo de imunossenescência, doenças crônico-degenerativas e fisiologia do envelhecimento (IZAIAS et al., 2014). Quanto a esse aspecto, aponta-se que sete pessoas idosas estavam em Precauções de Contato, sendo que destas cinco apresentavam culturas positivas para microrganismos resistentes e dois, estavam em coorte por terem tido contato com pacientes infectados.

Os participantes do estudo foram questionados sobre sua capacidade visual, auditiva, de mastigação e locomoção (**fisiológico**) e os resultados, referidos por eles, estão expressos na Tabela 4.

Tabela 4 – Avaliação da visão, audição, mastigação e locomoção das pessoas idosas. Brasil, 2017.

Função	N	%
Visão		
Preservada	2	6,67
Prejudicada sem correção	6	20,00
Uso de óculos/lente	22	73,33
Audição		
Preservada	21	70,00
Prejudicada sem correção	9	30,00
Uso de aparelho auditivo	0	
Mastigação		
Preservada	1	3,33
Prejudicada sem correção	5	16,67
Uso de prótese dentária	24	80,00
Locomoção		
Preservada	19	63,33
Prejudicada sem correção	4	13,33
Uso de acessórios de apoio	7	23,33

Fonte: Dados da pesquisa.

Sabe-se que essas funções influenciam na capacidade de comunicação e mobilidade das pessoas idosas e, conseqüentemente, na sua independência. Dessa forma, déficits na visão, audição e locomoção podem ser percebidos como estressores à medida que interferem na sua funcionalidade global e níveis de dependência.

Quanto as alterações sensoriais, a maioria das pessoas idosas (73,33%) apresentavam déficits visuais e utilizavam óculos ou lentes para correção. Ao serem questionados sobre a audição, forma de avaliação subjetiva da perda auditiva, 30% dos participantes referiram que percebem uma diminuição da capacidade auditiva, porém nenhum utilizava dispositivos de correção. Corroborando com esse resultado, estudo realizado com 108 pessoas idosas internadas num hospital do Sul do Rio Grande do Sul com diagnóstico de fratura de fêmur, identificou que 78,7% dos participantes apresentavam problema de visão e 14,8% problema de audição (CASAGRANDA et al., 2016). Ainda, a literatura aponta que aos 60 anos, 44% das pessoas têm perda auditiva significativa, porcentagem que pode chegar a 66% entre 70 e 79 anos e a 90% após os 80 anos (PEDRÃO, 2016).

Esses dados, nos remetem a pensar que a capacidade auditiva ainda não está contemplada na avaliação global das pessoas idosas, e a identificação de alterações do envelhecimento que levam ao declínio cognitivo e demência é uma prioridade de saúde pública. Destaca-se a relevância dessa avaliação, diante dos resultados de estudo realizado

com 1984 pessoas idosas, com média de idade de 77,4 anos, que comprovaram que a perda auditiva relaciona-se independentemente a declínio cognitivo acelerado e a comprometimento cognitivo persistente (LIN et al., 2013). Nesse aspecto, pontua-se que as modificações estruturais e funcionais que ocorrem no sistema sensorial com o envelhecimento, podem limitar a independência e o desempenho na realização das AVDs e participação social (LAMAS; PAÚL, 2013).

Pondera-se que, apesar da existência de políticas públicas direcionadas à população idosa, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006) e a Política Nacional da Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008b), que abordam e atribuem ao Ministério da Saúde (MS) a incumbência de fornecer órteses e próteses necessárias à reabilitação da pessoa idosa, é preciso uma mudança no cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, para que englobe as singularidades e atenda às suas necessidades.

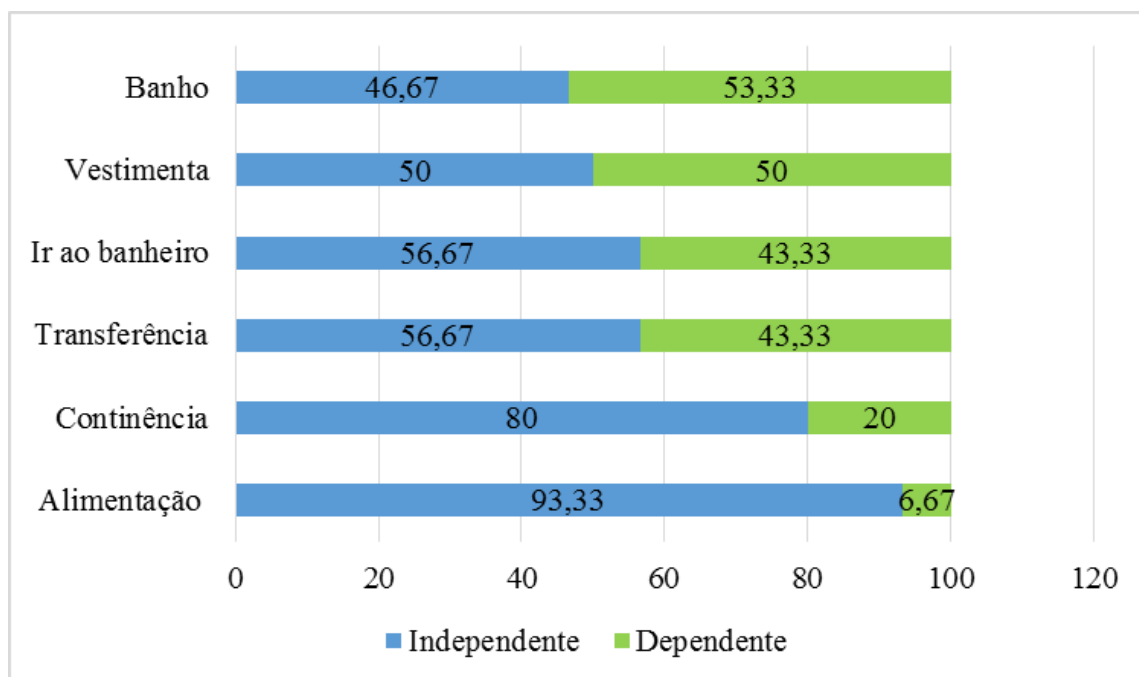
No que se refere a mastigação, verificou-se que a maioria (80%) das pessoas idosas utilizavam prótese dentária. Nesse ínterim, ressalta-se a importância da manutenção das próteses dentárias naqueles que mantêm a alimentação por via oral na internação, pois sua retirada compromete a mastigação e aceitação do alimento, com maior tendência à desnutrição (PEDRÃO, 2016). Todavia, além do uso contínuo é importante a avaliação, pelos profissionais de saúde, do ajuste adequado das próteses, porque com o adoecimento e hospitalização a pessoa idosa pode perder peso e, por conseguinte, as próteses podem ficar frouxas e ocasionar lesões em cavidade oral e gengivas.

No que concerne à mobilidade dos participantes do estudo, 36,67% apresentavam dificuldades para locomoção e, desses, 23,33% utilizavam algum dispositivo de apoio. Com a mobilidade prejudicada, essas pessoas idosas podem ser expostas a possíveis complicações durante a hospitalização, como imobilidade no leito, transtornos cognitivos e riscos de queda (PEREIRA et al., 2014). Além disso, a mobilidade prejudicada induz ao declínio das AVDs, o que comprova a moderada associação entre mobilidade reduzida e atividades de vida diária (PEREIRA et al., 2014).

Quando avaliada a independência funcional (**fisiológico e de desenvolvimento**) no desempenho das AVDs, por meio do Índice de Katz (KATZ et al., 1963), classificou-se as pessoas idosas conforme prevê instrumento: A - 43,33% eram independentes para as seis funções (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se); B - 10% eram independentes para todas as atividades, exceto uma; C - 10% eram independentes para todas as atividades, exceto banhar-se e uma função mais; D - 16,67% eram

independentes para realizar todas as funções, exceto para banhar-se, vestir-se e outra função mais; F - 13,33% eram independentes para todas as atividades exceto banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, mobilizar-se e mais uma adicional e; G - 6,67% eram dependentes para todas as funções.

Gráfico 2 - Distribuição de pessoas idosas hospitalizadas de acordo com as atividades da vida diária que apresentam independência e dependência. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Infere-se que a dependência para as AVDs pode ser interpretada pelas pessoas como estressores que variam tanto no impacto quanto na reação, à medida que as perdas funcionais progridem das mais complexas para as mais básicas. Dessa forma, a avaliação das AVDs se mostra importante no contexto clínico hospitalar, pois a utilização de instrumentos avaliativos pode contribuir para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, que estimule a pessoa idosa a manter-se independente para realizar o maior número de tarefas, quanto possível. Nesse contexto, pontua-se que é importante que o enfermeiro, enquanto gestor do cuidado, conheça, saiba aplicar e interpretar instrumentos que avaliem a funcionalidade, a fim de iniciar as intervenções preventivas ou de reabilitação, pois ele é o profissional que acompanha todo o percurso assistencial da pessoa idosa, além de esclarecer dúvidas e prestar orientações sobre o plano terapêutico.

Sabe-se que entre os fatores que podem interferir nas AVDs, encontra-se a polifarmácia. Nesse sentido, dentre as pessoas idosas, 90% deles utilizavam medicações contínuas no domicílio antes da hospitalização. Quando analisadas e divididas as medicações por classes farmacológicas, 26,67% utilizavam um tipo de medicamento; 30% utilizavam dois, 10% utilizavam três e quatro tipos, respectivamente; e, 13,33% cinco ou mais tipos de medicamentos. Relacionando esse dado com as comorbidades prévias, 56,67% dos 60% das pessoas idosas que apresentavam HAS utilizavam anti-hipertensivos.

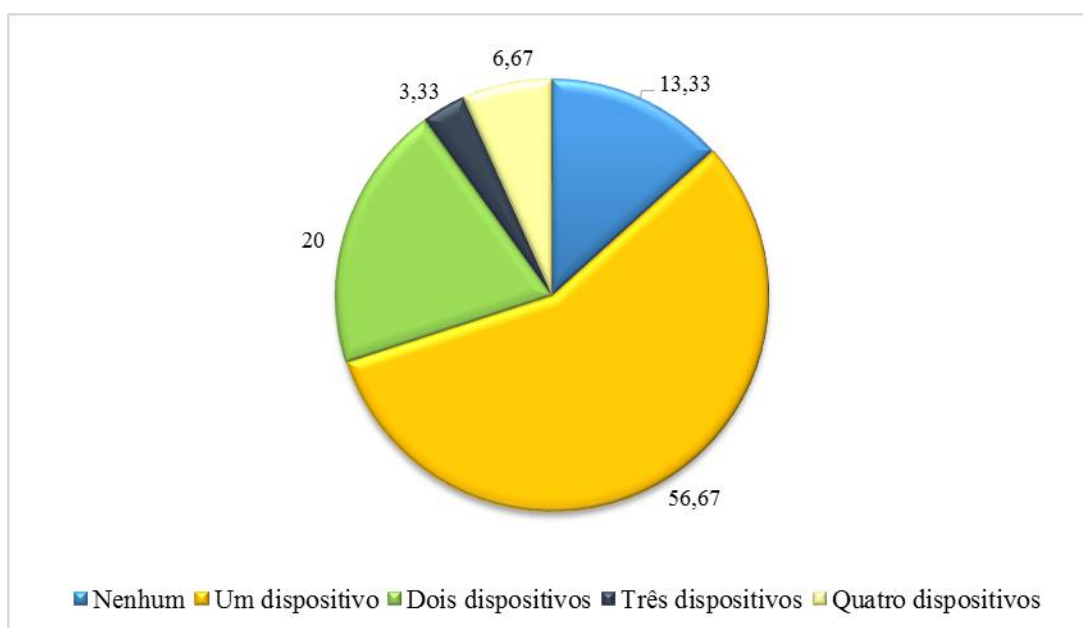
Esses números apontam para a necessidade de conhecimentos farmacológicos, dos profissionais que atendem as pessoas idosas, pois as alterações orgânicas relacionadas a senescência influenciam o metabolismo das drogas. Duarte et al. (2012) ratificam que além de utilizar múltiplos medicamentos, as pessoas idosas são mais expostas às consequências desse uso, uma vez que apresentam alterações fisiológicas que modificam a farmacodinâmica e a farmacocinética, contribuindo para sua toxicidade.

Quanto a presença ou não de acompanhante (**sociocultural**), no momento da coleta de dados, 26,67% das pessoas idosas estavam sem acompanhante e 73,33% acompanhados. Destes, 33,33% estavam acompanhados pelo(a) filho(a), 13,33% pelo(a) esposo(a), 6,67% pelo(a) irmão(ã), 6,67% pelo sobrinho, 6,67% pelo(a) neto(a), 3,33% pela cunhada e 3,33% pela amiga. Destaca-se que a presença do acompanhante durante a hospitalização da pessoa idosas é importante e necessária, por isso é assegurada pelo MS, órgão que torna obrigatórios os meios que possibilitam a permanência do acompanhante, garantindo os recursos para sua acomodação (BRASIL, 1999). Nesse contexto, o acompanhante familiar é um importante ator social, pois sua participação nos cuidados durante a hospitalização pode minimizar os estressores vivenciados. Silva et al (2018) corroboram que a participação efetiva dos acompanhantes no cuidado minimiza os transtornos decorrentes da hospitalização e amplia os benefícios dessa participação para o bem-estar e recuperação da saúde.

Quanto a utilização de dispositivos médicos⁶, necessários para o tratamento das pessoas idosas, no Gráfico 3 estão expostos os dispositivos e suas frequências de utilização.

⁶ Qualquer instrumento, aparelho, implemento, máquina, aparelho, implante, reagente para uso in vitro, software, material ou outro artigo semelhante ou relacionado, destinado pelo fabricante a ser utilizado, isoladamente ou em combinação, para seres humanos. Utilizado para diagnóstico, prevenção, monitorização, tratamento ou alívio de doenças; diagnóstico, monitorização, tratamento, alívio ou compensação de uma lesão; investigação, substituição, modificação ou suporte da anatomia ou de um processo fisiológico; apoio ou sustentação da vida (WHO, 2018).

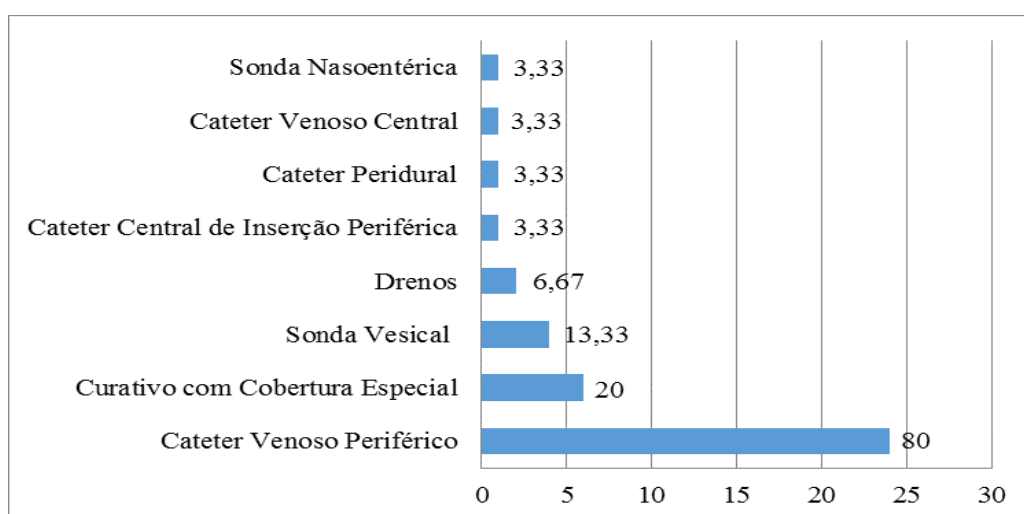
Gráfico 3 – Distribuição das pessoas idosas quanto ao número de dispositivos médicos utilizadas durante hospitalização. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que a maioria dos pacientes utilizaram um dispositivo médico durante a hospitalização, o qual pode ser relacionado com o tipo de tratamento instituído e ao nível de dependência das pessoas idosas. Além do mais, a utilização desses dispositivos pode representar para um estressor, pois se tratam de procedimentos invasivos, que demandam técnica específica para a instalação e, na maioria das vezes causam dor.

Gráfico 4 – Distribuição das pessoas idosas quanto ao tipo de dispositivo médico utilizado durante hospitalização. Brasil, 2017.

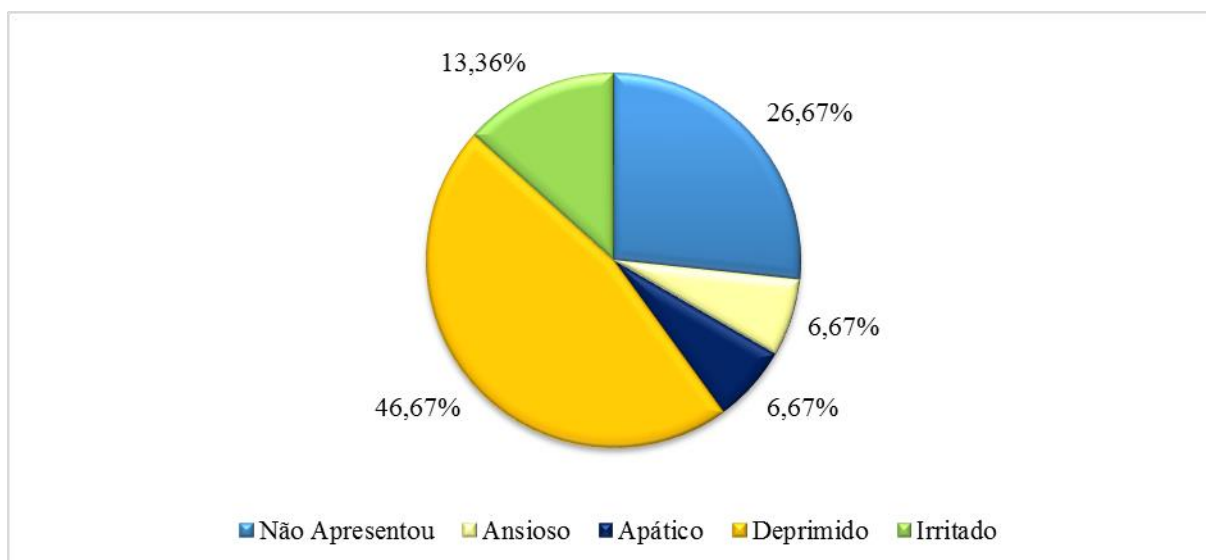


Fonte: Dados da pesquisa.

Constatou-se que 80% das pessoas idosas utilizavam cateter venoso periférico para administração de medicações ou soluções endovenosas (Gráfico 4). Por ser a punção venosa um procedimento invasivo, a qual requer cuidados para a manutenção e perviidade do cateter, essas condições podem ser avaliadas como estressores pelas pessoas idosas, embora sejam procedimentos frequentes no âmbito hospitalar.

A fim de contemplar a integralidade da pessoa, proposta por Neuman, também foram incluídas no formulário de caracterização das pessoas idosas, perguntas relacionadas ao aspecto **psicológico**. Quando questionadas se apresentaram alterações de humor, elas referiram que se sentiram entristecidos, ansiosos, irritados e apáticos diante da hospitalização, conforme representado no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Distribuição das pessoas idosas quanto a percepção de alterações de humor durante hospitalização. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Essas alterações de humor, referidas pelas pessoas idosas, podem ser desencadeadas pela exposição a determinadas contingências de tratamento, as quais evocam respostas de enfrentamento. Sobre o comportamento durante a hospitalização, avaliado por meio da entrevista conversação e observação participante, 36,67% das pessoas idosas manifestaram aceitação do processo de adoecimento e tratamento, e 63,33% referiram enfrentamento positivo. Nenhum participante verbalizou comportamento de negação ou apresentou indícios desse tipo de comportamento, evidenciados na observação ou encontros conversação.

Quando questionados sobre os sentimentos que permearam os dias de hospitalização até o momento da coleta de dados, 76,67% das pessoas idosas manifestaram tristeza

relacionada, respectivamente a: necessidade de envolver familiares no cuidado (13,33%); saudade da família (10%); dificuldade de ficar no hospital (10%); saudade de casa (6,67%); incerteza do tratamento (6,67%); internação prolongada (6,67%); necessidade de internar (3,33%); tempo de permanência no Pronto Socorro (3,33%); dor intensa (3,33%); suspensão da cirurgia agendada (3,33%); ter que se submeter a uma cirurgia nessa idade (3,33%); demora para realização de procedimento (3,33%) e sensação de descontrole de sua vida (3,33%).

Ainda, em relação aos sentimentos experienciados, 73,33% das pessoas idosas revelaram que sentiram-se angustiadas em algum momento da hospitalização, por diferentes motivos, quais sejam: indefinição e incerteza do tratamento (13,33%); antes de realizar procedimentos invasivos e cirurgias (10%); medo de fazer cirurgia e não cicatrizar ferida operatória (10%); gravidade da doença e internação prolongada (10%); limitações do tratamento – não poder trabalhar (10%); saudades de casa e da neta (6,67%); durante a noite quando não conseguiam dormir (3,33%); esposa sozinha em casa (3,33%); preocupado com animais que cuida (3,33%); demora para iniciar tratamento (3,33%); medo da infecção evoluir para osso (3,33%); como cuidar-se quando tiver alta (3,33%); ambiente diferente de casa (3,33%); possibilidade de usar colostomia (3,33%); aguardando resultado da biópsia (3,33%) e por atrapalhar rotina dos filhos e netos (3,33%).

Essas situações e/ou condições que desencadearam sentimento de tristeza e de angústia nas pessoas idosas, podem ser considerados estressores, pois provocam alterações no bem-estar. Dessa forma, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros devem conhecer essas situações/condições para reduzi-las ou minimizar o impacto desses estressores, a fim de manter a estabilidade biopsicossocial da pessoa idosa durante a hospitalização.

Os participantes desse estudo, considerados sistemas cliente, foram caracterizados por meio das dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento, e espiritual em interação com o ambiente. Identificar e atender esses aspectos converge com os objetivos da enfermagem gerontológica, de atender as necessidades e particularidades da pessoa idosa, na busca de manter sua autonomia, independência e bem-estar.

Assim, considera-se que a caracterização dos participantes quanto aos aspectos citados possibilita apreciar, mesmo que parcialmente, o perfil da clientela idosa hospitalizada e permite reflexões sobre a necessidade de cuidados de enfermagem que promovam interação, de forma holística e integral, entre equipe de enfermagem e pessoa idosa. Além disso, ela deveria ser compreendida a partir das cinco dimensões propostas por Neuman, pois essa

compreensão proporciona ao enfermeiro justificativas para o julgamento clínico, tomada de decisão, relacionamentos interpessoais e ações para a aplicação do processo de enfermagem.

6.2 ESTRESSORES VIVENCIADOS POR PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS

A partir da observação participante e dos encontros conversação, que oportunizaram conhecer os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas, emergiram os registros sistemáticos desses momentos, que foram analisados à luz do MSN. Por meio dessa análise, os estressores mencionados foram agrupados em três núcleos temáticos, que compuseram a descrição e encaminharam à discussão dos resultados.

Como facilitadora do processo de síntese e apresentação dos resultados, foi utilizada a ferramenta do mapa conceitual, uma vez que possibilitou a ilustração das relações entre os estressores. Cabe ressaltar que os mapas conceituais foram construídos com auxílio do programa gratuito *CmapTools* versão 6.02, específico para esse fim.

Retoma-se aqui, que para Neuman (2011) os estressores são forças que podem alterar a estabilidade biopsicossocial do indivíduo e levar um resultado que pode ser tanto positivo quanto negativo. Muitos estressores conhecidos, desconhecidos e universais existem. Cada um difere em seu potencial de perturbar o nível de estabilidade do sistema cliente ou a LND. Esses estímulos, que tem o potencial de produzir desarmonias, podem ocorrer simultaneamente e variam tanto no impacto quanto na reação, pois a LND varia com a idade e o desenvolvimento do indivíduo.

6.2.1 Estressores Intrapessoais

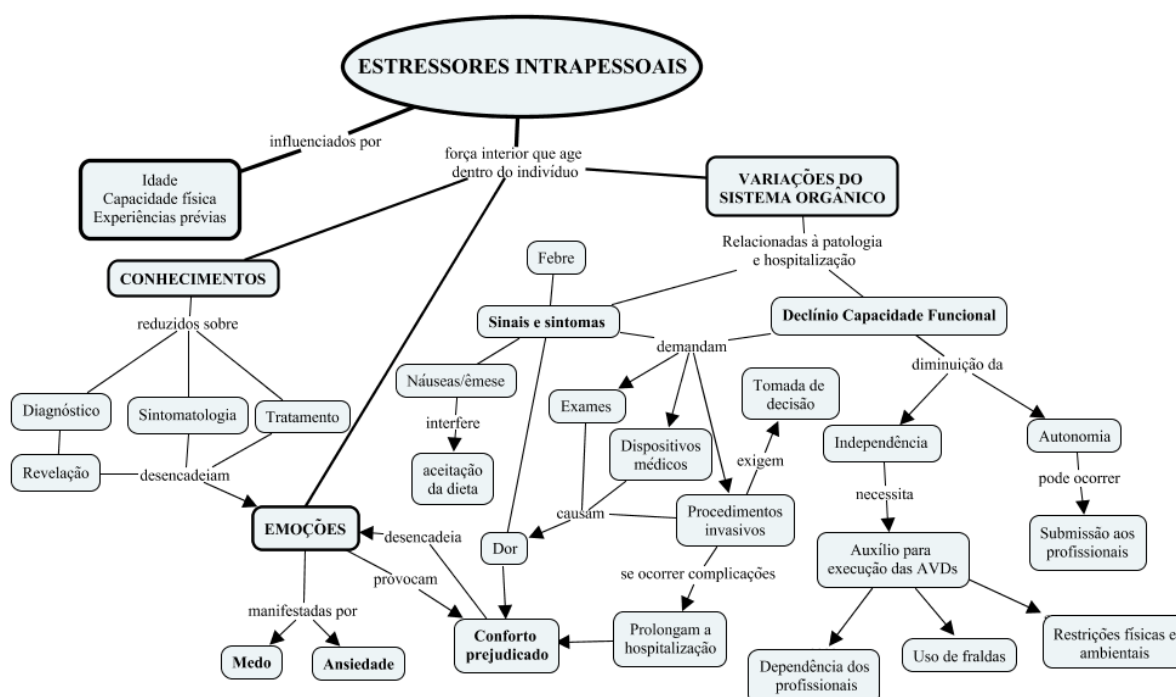
A hospitalização objetiva a recuperação da saúde e a prevenção de agravos. Contudo, algumas evidências sugerem que há muitos fatores que ameaçam o processo de recuperação, dentre os quais incluem-se os estressores vivenciados nos espaços de prestação de cuidados de saúde, dentre os quais os intrapessoais (MUSAVI et al., 2016). Como a LND de cada pessoa, varia de acordo com a idade e o desenvolvimento, infere-se que a diminuição de reservas fisiológicas e as doenças crônicas, advindas com o envelhecimento, podem tornar as pessoas idosas mais suscetíveis aos estressores, o que torna, portanto, sua identificação e ações de prevenção, prioritárias.

Dentre os estressores, os intrapessoais são aqueles que agem dentro do indivíduo e incluem-se nessa categoria todas as interações que ocorrem com a pessoa, como seus

conhecimentos, emoções (medo, frustração, ansiedade) e variações do sistema orgânico (NEUMAN, 2011). O fator intrapessoal é uma força interior, influenciada pela idade (desenvolvimento), capacidade física (fisiológica) e experiências passadas (psicológica, sociocultural e desenvolvimento).

Nessa categoria incluíram-se os estressores relacionados às doenças e condições clínicas das pessoas idosas, alterações hemodinâmicas e psicossocioculturais decorrentes do adoecimento e da hospitalização e, implicações das comorbidades, apresentados na Figura 8.

Figura 8 - Mapa conceitual ilustrativo da síntese dos estressores intrapessoais. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Por meio da análise dos dados coletados, observou-se que nem todas as pessoas idosas estavam esclarecidas sobre seu quadro clínico e que alguns desconheciam o seu diagnóstico, por decisão compartilhada da equipe médica com familiares. O **conhecimento reduzido sobre o diagnóstico, sintomatologia associada e tratamento**, foi citada como uma situação que preocupa e por isso, considerada estressora.

[...] só que eu não sei ainda, o que ocasionou essa queda do olho (ptose palpebral), essa dor no olho? Isso me deixa ansioso! Amanhã, eu acho que a gente vai saber o que é isso [...] (PI2, NE).

Quando me dá essas coisas (dor e sudorese) eu fico nervosa [...] Me dá esse suador, eu fico toda molhada e gelada. E, eu fico mais ansiosa porque eu não sei porque isso

acontece, nem o médico soube me dizer certo o que é. Acho que depois da cirurgia isso melhora (PI7, NE).

Idosa demonstra preocupação com seu quadro clínico e refere que não sabe se terá que fazer nefrectomia radical ou não. Apresenta episódios de dor óssea intensa, além de episódios de sudorese e palidez cutânea, que a deixam ansiosa. Desconhece a complexidade de sua patologia (neoplasia renal com metástases ósseas) e que filha deseja que assim seja. (PI7, NO)

Esse estressor identificado converge com os resultados de um estudo metodológico, executado em duas etapas, no qual foram identificados os estressores e a partir deles, construído o *Hospitalization-Related Stressors Questionnaire for Elderly Patients* (HRSQ-EP), no Irã, em 2015 (MUSAVI et al., 2016). O conhecimento reduzido, identificado no presente estudo, equipara-se ao item “baixa consciência sobre doença e tratamento” e integra a categoria “estressores relacionados com doenças” do HRSQ-EP.

Ademais, estudo descritivo que avaliou a percepção do estresse entre os pacientes hospitalizados, de 18 a 70 anos, em dois hospitais gerais de Yazd, Irã, identificou que a falta de informação sobre o diagnóstico foi um dos estressores de maior média (KALANI, 2017). Esses resultados comprovam que, mesmo em países com estrutura sociocultural divergente, os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas são semelhantes.

Para além, reconhece-se que as pessoas idosas que apresentavam maior conhecimento de sua patologia, sintomas e tratamento definido, também relataram preocupação com suas condições de saúde e doença. No entanto, esses mostravam-se mais confiantes diante do diagnóstico e possibilidades de tratamento, como postura de enfrentando das situações. Isso permite inferir, que quanto maior o conhecimento das pessoas idosas sobre diagnóstico e tratamento, mais efetivas serão as estratégias utilizadas para enfrentar os estressores.

Em relação a esse estressor, verificou-se que a maioria das pessoas idosas questionavam a pesquisadora sobre os sinais e sintomas que poderiam apresentar e sobre possibilidades de tratamento. Para esses, que manifestaram interesse em obter esclarecimentos, a pesquisadora aclarava dúvidas e prestava orientações pertinentes a hospitalização e quadro clínico, de acordo com seus conhecimentos e possibilidades (NA).

Outro momento vivenciado pelas pessoas idosas, que foi percebido como estressor, refere-se à **revelação do diagnóstico** e os sentimentos de medo, ansiedade e angústia que o permeiam.

Eu cheguei aqui muito ruim, por causa desse infarto e logo já fui para a UTI cardiológica [...] Cheguei a pensar que não sobreviveria [...] Ninguém espera receber uma notícia dessas, que as veias do coração estão todas trancadas [...] Isso me deixou impressionado, porque eu tinha conhecidos que morreram por causa do infarto. Eu senti muito medo, mas muito medo [...] (PI6, NE).

Levei um “baque” hoje (lágrimas). Não esperava por essa, tinha fé que o exame do coração estava normal. Mas não, vou precisar fazer a cirurgia! Como são três artérias o médico acha que o professor não vai querer colocar molinha, que o mais adequado é a ponte de safena. Estou aqui, vou fazer o quê? (PI25, NE).

Verificou-se que diferentes aspectos relacionados ao diagnóstico foram considerados estressores. Nesse contexto, ressalta-se a importância da equipe multiprofissional identificar esses fatores como estressores e manter uma comunicação efetiva com as pessoas idosas, a fim de esclarecer dúvidas, conforme suas expectativas e necessidades, extensivo de seus familiares.

Enfatiza-se que a participação e a presença do enfermeiro no processo de revelação do diagnóstico à pessoa idosa é fundamental, uma vez que esse momento é permeado por medo e ansiedade e, sinaliza possíveis mudanças no cotidiano. A atuação desse profissional caracteriza uma atitude de zelo e cuidado, além de possibilitar um olhar mais direcionado às necessidades da pessoa idosa, considerando sua condição bio-psico-social-espiritual e configurando uma assistência integral e mais humanizada (JONAS et al., 2015).

Ainda, em relação às variações do sistema orgânico a maioria das pessoas idosas manifestou **sinais e sintomas decorrentes da própria doença ou do tratamento instituído**, avaliados como estressores por interferirem no bem-estar durante a hospitalização. Verificou-se que os episódios de dor, náuseas, êmese e febre foram os que mais comprometeram o equilíbrio dos participantes.

Teve as primeiras noites que eu não dormia. Sempre com dor de cabeça, eu tinha muita dor [...] Depois foi me aliviando, daí comecei a ver melhora (PI1, NE).

O que me incomoda é essa dor nas pernas e nos braços. Mais forte é nessa perna (direita), incomoda para caminhar, tem que levar meio de arrasto [...] Quando eu não tenho dor eu durmo bem. Quando tenho dor, fico acordada até passar. Quando o remédio faz efeito eu durmo de novo. Quando a dor volta eu acordo [...] E assim vou a noite toda (PI7, NE).

Eu nunca estive no hospital antes. Nenhuma vez [...] só que eu me sinto preso aqui! Com essa dor no quadril eu não posso sair da cama sozinho, dói muito (PI9, NE). [...] uma dor que incomodava muito. Daí eu recebia medicação na veia e ia aliviando. Mas era uma dor insuportável e olha que para me derrubar não é qualquer dorzinha que me aflige. Chegava a suar de tanta dor (PI20, NE).

Cada vez de tossir dói a cirurgia. Comecei fazer nebulização, mas ainda não melhorou. Não sei o que aconteceu, ontem eu estava muito bem, nem parecia que tinha sido operado; hoje amanheci ruim, com dor, com tosse (PI28, NE).

[...] como você pode ver, estou restrita no leito [...] Não posso nem virar de lado sozinha, porque minha perna esquerda está infeccionada (osteomielite), o osso está igual a um papel. Tenho uma fratura exposta, então você não imagina a dor que sinto. Já diminuiu a dor, agora tem dias que com Dipirona alivia, mas teve dias que nem com Morfina. Coisa mais triste, nunca pensei em sentir tanta dor (PI30, NE).

Situações observadas, durante a produção de dados, retratam a experiência dolorosa vivenciada pelas pessoas idosas e as limitações impostas pela dor e pela hospitalização.

Familiar chama TE, pois idosa sente muita dor, o qual providencia medicação e administra por via endovenosa. Na vigência da dor, idosa estava inquieta e refere que não tem posição que melhore a dor. Deita, senta na cama, levanta e não parece aliviar a dor (PI7, NO).

Idosa saiu do leito com dificuldade: dor em FO abdominal e dificuldade para carregar saco coletor de diurese conectado a sonda vesical de demora (PI24, NO).

A partir da análise dessas notas de entrevista e de observação, percebe-se o quanto doenças crônicas causam dor e, o quanto essa experiência multidimensional é prevalente em pessoas idosas e avaliada como estressora. Ainda, conforme a localização e intensidade da dor ela interfere na independência, além de determinar uma limitação funcional temporária. Nesse ínterim, infere-se que a dor, por si só já representa um estressor para pessoas idosas hospitalizadas, que pode ser potencializado pelas limitações que essa experiência, sensorial e afetiva, causa. Esses resultados sinalizam a relevância da mensuração da dor no processo de avaliação global da pessoa idosa, bem como da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu controle e alívio.

Cita-se, dentre os instrumentos de avaliação unidimensional, que avaliam a intensidade da dor, os mais indicados para a pessoa idosa são a Escala Numérica Visual e a Escala de Faces do Adulto. Em relação a avaliação multidimensional, que além da intensidade avalia a qualidade, destaca-se o Questionário de Dor no Idoso (GPM), que foi adaptado para o Brasil e, é um instrumento de fácil e rápida aplicação, além de ter apresentado boa compreensão pelas pessoas idosas (MOTTA; GAMBARO; SANTOS, 2015).

Como a dor foi um estressor citado pela maioria das pessoas idosas, aponta-se que sua avaliação deve ser realizada como o quinto sinal vital, nos espaços de atenção à saúde, pois sua abordagem exige correta identificação e compreensão. Para isso, recomenda-se a utilização de instrumentos específicos para mensuração de intensidade, qualidade e classificação da dor, o que poderá auxiliar na definição do tratamento adequado, para minimizar esse estressor.

Nas situações em que as pessoas idosas referiram dor no decorrer da observação participante ou da entrevista conversação, a pesquisadora fez uma pausa no encontro, analisou prescrição médica e comunicou equipe de enfermagem da referida unidade para definição de conduta a ser tomada (NA). Da mesma forma, quando apresentavam náuseas ou êmese (NA).

Além da dor, a presença de náuseas e vômitos interfere na autopercepção de bem-estar, e foram referidos pelas pessoas idosas como estressores.

E, logo depois do contraste (durante arteriografia no setor de hemodinâmica), quando comecei vomitar, foi dado medicamento [...] Hoje já amanheci melhor, mas ontem de noite não consegui comer nada. Veio a náusea e depois fiquei com aquele enjojo no estômago (PI1, NE).

Tem dias que eu fico bem, outros dias eu tenho náuseas da medicação (quimioterapia), que não consigo comer metade da comida. Depois que inicio as medicações, logo começo sentir náuseas e um mal-estar [...] Isso me incomoda em cada ciclo [...] Quando eu fico desse jeito, não consigo nem me alimentar. Chega a comida aqui no quarto, eu não posso nem sentir o cheiro. Enjoa mesmo (PI4, NE).

Verificou-se que os episódios de náuseas e êmese repercutem em alterações do paladar, diminuição da aceitação da dieta oferecida e conseqüentemente, refletem na nutrição da pessoa idosa. Além disso, a apresentação da dieta no ambiente hospitalar e os sabores diferenciados interferem na aceitação da comida, situações que podem ser justificadas pelas alterações fisiológicas que ocorrem no paladar e olfato da pessoa idosa.

[...] começo ficar enjoada, porque tenho muita náusea. Aí vem a comida, que é diferente daquela que a gente faz em casa, e não consigo comer tudo (PI11, NE).

Não como toda comida, às vezes é difícil! Carne eu tenho dificuldade para comer e não gosto muito! Eu como as verduras, as frutas que são mais macias (PI7, NE).

Desde que fiz o exame eu sinto o cheiro da comida e tenho vontade de vomitar. Melhorou um pouco com os remédios que estou tomando, mas chega a comida no quarto meu estômago já começa revirar. Eu até tento comer, mas não é tudo que me apetece. Não é a mesma coisa que a comida de casa (PI14, NE).

Minha gengiva é muito sensível e a dentadura machuca. Hoje, o almoço veio tarde. O bife estava frio e eu nem pude comer porque estava duro. Se eu fosse mastigar ele ia machucar minha gengiva. Não consigo comer comidas mais duras (PI23, NE).

Aceitou pouco o almoço, refere sentir náuseas. Solicita que filha coloque longe de sua cama a bandeja de comida (PI7, NO).

Verificou-se que a textura e temperatura podem delimitar os alimentos consumidos, sendo muitas vezes necessário apresentações com consistência diferente (semipastoso, pastoso), a fim de favorecer a ingestão e deglutição. Diante das reclamações das pessoas idosas e inconformidades na apresentação da dieta, a pesquisadora procurava discutir com o nutricionista ou com a funcionária (copeira) do serviço de nutrição na tentativa de ajustar a dieta oferecida a eles (NA). É importante que a equipe multiprofissional que atende a pessoa idosa, identifique as necessidades e, quando possível, suas preferências, a fim de manter uma

nutrição adequada e consecutivamente, promover e recuperar a saúde, melhorar o prognóstico e diminuir tempo de hospitalização (ZANCHIM; LIBERALI; COUTINHO, 2013).

Constatou-se que as variações do sistema orgânico e as **limitações decorrentes da patologia de base e comorbidades**, a **dependência diante dos profissionais e dos serviços de saúde** e a **submissão em decorrência do tratamento** foram citados como estressores. Infere-se que isso ocorre, visto que a pessoa idosa percebe a queda em sua funcionalidade e a dependência de outras pessoas para atividades que antes desenvolvia, sem acompanhamento ou supervisão.

Desde que eu tive essa infecção e fiz a cirurgia (amputação MIE) eu me sinto enfraquecido. Não consegui sair da cama sozinho, nem ir ao banheiro. Agora que eu tentei sair sozinho, eu quase caí do andador [...] Eu acho que eu consigo, mas na hora não vai [...] Não tenho força (se cala) (PI3, NE).

Aqui, eu sinto saudade da rotina de casa, eu caminhava bastante pelo campo, aqui só posso caminhar acompanhado, e só no corredor, aí eu vou e volto, porque não posso sair daqui por causa da minha situação (PI5, NE).

No exame eu me senti que eu tive que me sujeitar, de toda maneira, para poder completar aquele exame. Foi muito horrível! Foi uma hora e dez minutos [...] O cara tem que entrar para dentro daquele tubo, ficar fechado ali, fechar os olhos e esquecer. Foi o que eu fiz [...] (PI2, NE).

Pessoa idosa com amputação de MIE [...] Ao ser questionado pelo enfermeiro sobre transferência e mobilidade, refere que já estava saindo do leito sozinho com andador [...] Solicita auxílio para sair do leito, porém não consegue deslocar-se com andador. Mostra-se deprimido ao perceber que não pode fazer isso sozinho (PI3, NO).

Idosa mantém repouso relativo no leito, devido a ICC grau IV, saindo do leito somente com auxílio e acompanhamento, o que a deixa deprimida, pois sempre foi independente (PI19, NO).

Verificou-se que as limitações motoras impõem às pessoas idosas condições de dependência, inclusive para execução das AVDs e, a **necessidade de usar fraldas e depender da equipe de enfermagem para a higiene perineal** configuram-se estressores. Outrossim, o uso dessa tecnologia de cuidado prejudica questões relacionadas à autoimagem, percepção de si, julgamento alheio e enfrentamento perante uma situação indesejada.

Eu não consigo ir no banheiro e, alguns funcionários não gostam de me levar no banheiro de cadeira para eu evacuar, até mandam fazer na fralda, mas eu não acostumo com isso. Nunca usei fralda, nunca estive no hospital antes (PI3, NE).

Me colocaram fralda, porque não posso ir no banheiro. Eu nunca usei antes e não pensei que teria que usar (risos). Parece que a gente volta a ser criança. É muito estranho a gente nessa idade, com isso [...] (PI9, NE).

Tira fralda, coloca fralda porque eu não podia ir no banheiro. Ainda bem que me colocaram essa sonda (sonda vesical sistema fechado), facilitou minha vida (risos). Agora meu intestino está preso, porque é tão difícil fazer na fralda (PI19, NE).

Os dias que eu não podia sair do leito foram os mais estressantes. Eu sentia vontade de ir no banheiro, mas elas não deixavam porque eu não devia sair da cama. Teve uns dias que até usei fralda, acho que por isso que deu essa ferida nas costas (sacra). Incomoda muito ter que usar fralda, jamais pensei que estaria nessa situação, que nem uma criança (PI6, NE).

Ao serem incorporadas à prática clínica do cuidado à pessoa idosa, as fraldas descartáveis têm sido utilizadas de forma indiscriminada, sem evidências científicas que justifiquem o uso, tanto em pacientes conscientes, inconscientes, orientados e não orientados. Muitas vezes, o uso de fraldas deixa de assumir a sua eficácia no conforto e limita a mobilidade, diminui a autoestima e pode ainda desencadear dermatites, lesões por pressão e outros agravos à saúde (SILVA et al., 2015). A saber, estudo que abordou o uso de fraldas em pessoas idosas hospitalizadas ratificou que a perda da dependência se relaciona com a inserção de fraldas durante a hospitalização, à medida que a autonomia ainda existente se torna progressivamente restringida nesse período (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

Destaca-se também, estudo que mostrou que o uso de fraldas em adultos e pessoas idosas no cenário hospitalar é uma prática assistemática e, sem consideração dos critérios de presença de incontinência urinária, transtorno cognitivo ou comprometimento de mobilidade, de modo que os pacientes podem ser expostos a complicações como a própria incontinência urinária, lesões de pele e infecções (BITENCOURT; ALVES; SANTANA, 2018). As autoras ainda mencionam que o uso prolongado pode aumentar a dependência e perda de autonomia do poder decisório sobre seu próprio corpo e cuidado. Esses resultados fomentam a importância de refletir sobre essa prática, tão arraigada no cenário hospitalar, especialmente com pessoas idosas, a fim de sistematizar e qualificar o cuidado e, também minimizar os estressores.

Conforme o MSN, as eliminações fisiológicas, urinária e intestinal, integram a variável fisiológica, e suas alterações são resultantes de desequilíbrio hemodinâmico dos fenômenos vitais, avaliadas como estressores. As narrativas expressam o quanto as eliminações alteradas, como a evacuação, comprometem o bem-estar das pessoas idosas.

Outra coisa que tem me incomodado é meu intestino. Não consigo evacuar. Já nem sei o que fazer. Me deram aquele óleo, o outro xarope e nada! Agora até tenho uma vontade, mas vem e passa. Já fui no banheiro, ela (neta) me levou, mas não resolveu. Foi só xixi (risos). Até o hábito do meu intestino alterou aqui no hospital (PI20, NE).

Quando retiraram a minha sonda vesical, eu não conseguia urinar [...] Como demorou! O enfermeiro achou que iria ter que colocar novamente. Mas sabe o que aconteceu: eu não podia sair da cama e não conseguia urinar deitada, na comadre, foi muito difícil. Parece fácil, mas não é. Outra coisa que está me incomodando é meu intestino preso. Faz dias que não consigo evacuar e acho que vou conseguir só quando for liberada para ir ao banheiro. Não consigo evacuar aqui na cama, nem sentada, nem deitada, nem na fralda e nem na comadre (PI22 NE).

A pessoa idosa apresenta particularidades, inclusive relacionadas às eliminações, diferentes das demais faixas etárias. Diante disso, acrescenta-se que sua avaliação de saúde deve ser feita de forma multidimensional, com objetivo de identificar problemas subjacentes à queixa principal, incluindo funcionalidade, cognição, questões emocionais, nutrição, aspectos sociais e ambientais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência (LIRA et al, 2015). Por conseguinte, a atuação dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro, é essencial para o processo de recuperação da pessoa idosa, pois permite a identificação das necessidades e dos estressores e, possibilita que o cuidado seja sistematizado e qualificado.

Paralelamente, muitas pessoas idosas afirmaram que **as limitações na mobilidade e deambulação** se tornaram mais evidentes durante a hospitalização, se comparadas com as atividades que realizavam no domicílio, evidenciando a diminuição na independência. Algumas delas alegaram que se sentem presos no hospital, o que é muito estressante para elas.

Eu jogo até baralho com o vizinho (paciente do leito da frente), para passar o tempo [...] Ficar o dia inteiro na cama cansa muito. Eu não posso caminhar demais, preciso repousar. Dou uns passos no corredor e já volto sentar [...] Em casa eu não parava [...] Ficar, assim preso, me incomoda bastante (PI8, NE).

Eu não estou fazendo nada aqui. Eu só fico na cama, não posso caminhar, não posso ir no banheiro [...] Em casa eu não parava, eu trabalhava, caminhava pelo pátio até o dia que vim para cá. Por isso me sinto preso, não consigo fazer nada sozinho, nem me virar na cama por causa dessa dor, nem tomar banho sozinho (PI9, NE).
Em casa eu faço de tudo, bem dizer eu não paro. Aqui não tem o que fazer! Fico presa no quarto [...] Não vou nem na sala de televisão. E às vezes, tu sai da cama meio tonta. Eu tenho sentido umas tonturas ao caminhar. Não sei, se é da medicação ou da doença mesmo [...] (PI11, NE).

Preciso ficar em repouso, isso que eu tenho estranhado. Eu caminhava bastante, cuidava das minhas flores em casa, cozinhava [...] E aqui, estou presa, porque nem sair da cama sozinha me deixam. Espero que depois dos *stents* eu possa voltar a fazer tudo que eu fazia. Não sou acostumada a ficar parada (PI20, NE).

Eu já queria estar em casa, tenho minhas coisas para fazer, o gado para cuidar. Mas estou aqui, quase preso no quarto porque só posso andar com andador e sem firmar essa perna (direita) no chão. Não posso sair correndo, se não já teria ido embora (risos) (PI26, NE).

Idosa deitada no leito, só sai para ir no banheiro. Apresenta limitações impostas pela doença, como falta de ar aos pequenos movimentos, que justificaram sua hospitalização. Essa restrição ao leito a incomoda (PI27, NO).

Corroborando com esses resultados, estudo realizado em Maiorca, Espanha, acerca do estresse e estratégias de enfrentamento em pessoa idosas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) hospitalizados, concluiu que aqueles que apresentavam limitação de mobilidade física e dor experimentaram maiores níveis de estresse (MEDINAS-AMORÓS; TOUS; SOTORRA, 2009). Ainda, estudo conduzido na Índia, para identificar os fatores estressores entre 700 pacientes adultos hospitalizados, identificou que o medo de se tornar dependente ou portador de alguma deficiência foi citado como estressor por 97,8% dos participantes (CHHARI; MEHTA, 2016).

Estudo que analisou o estresse psicológico entre pessoas idosas sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral revelou que a dependência funcional foi um preditor de estresse psicológico (SANTOS et al., 2017). Esse resultado é consoante com Santos et al (2015) e demonstra a relação entre estresse psicológico e independência funcional. Esses resultados, reforçam que a dependência de profissionais da saúde ou de familiares é uma situação estressora, que precisa ser considerada pela equipe de enfermagem. É essencial que se estimule a pessoa idosa a realizar suas atividades ao invés de desempenhá-las ou limitá-las com medidas restritivas. Nesse sentido, Palese et al (2016) designam que o cuidado de enfermagem de qualidade deve reconhecer as habilidades das pessoas idosas e promover as atividades que eles possam realizar.

Além disso, para algumas pessoas idosas a infusão intermitente ou contínua de medicações implica na restrição no leito e nas limitações das AVDs. Em suma, salienta-se que as pessoas idosas precisam ser encorajadas a manter sua independência e exercer sua autonomia durante a hospitalização, a fim de prevenir o declínio da funcionalidade.

Quando começa a medicação mesmo, eu só saio da cama para ir no banheiro. Eu não posso nem sair do quarto quando estou recebendo aquela demorada, fico presa aqui dentro. Olha só, minhas veias já estão judiadas, então eu cuido mesmo, tem que cuidar para não sair fora (PI11, NE).

Me sinto deprimida e ansiosa. As rotinas são diferentes e por causa da cirurgia eu suspendi o uso de medicação que eu usava. Tem dias que me sinto mais deprimida, não sei [...] Triste eu acho! Até para sair da cama é difícil com essa sonda, com o soro, com esse cateter (peridural) [...] Tenho medo de sair caminhar (PI24, NE).

A **necessidade de dispositivos médicos** para efetivar o tratamento prescrito, como por exemplo, a punção venosa periférica foi percebida pelas pessoas idosas como estressor, bem como os cuidados indicados para que não ocorram extravasamentos, infiltrações ou saídas acidentais de cateteres. A punção foi associada ao medo, dor e rede venosa periférica

prejudicada devido tratamento com drogas endovenosas por vários dias e também com complicações, como a flebite.

Minhas veias estão podres [...] Outro dia me picaram, não sei quantas vezes até conseguir [...] Eu já fico com medo e elas somem (PI1, NE).

Só de pensar que vocês não vão precisar ficar me picando toda hora para achar uma veia, eu já acho bom esse cateter. Eu cuido, eu nem mexo o braço para não perder. A veia logo fica avermelhada e começa doer, tem que trocar a cada dia (PI7, NE).

Olha meus braços, estou toda roxa. Minhas veias são ruins, duravam um dia e estouravam [...] Acho que é por causa de tantos medicamentos. Cada vez de pegar uma veia era uma briga. Vinha um, vinha outro e nada. Até que quando cheguei aqui, as enfermeiras já me falaram desse cateter (PICC), que era bom (PI12, NE).

Até minhas veias dos braços são ruins! Olha só, cada picada fica tudo roxo e não duram esses cateteres. Esse aqui, que foi retirado ontem, tu tem que ver como dói [...] Ainda está vermelho e inchado. Coloquei compressa morna, agora estou colocando compressa fria [...] Me disseram que deu uma flebite! Para você ver como minhas veias são ruins e isso me incomoda muito (PI20, NE).

As minhas veias já não aguentam tantas picadas, e cada acesso não está durando mais do que 24 horas. Parece que as veias vão ficando secas, impressionante. Tenho medo só de ouvir que vão pegar uma veia nova (PI26, NE).

Idosa segura equipo de frasco de antibiótico, que está infundindo, por medo de perder acesso venoso puncionado e controla gotejamento (PI22, NO).

Pessoa idosa ansiosa diante de necessidade de puncionar novo acesso venoso. Antecipadamente, já comunica ao TE que suas veias são difíceis e questiona se é preciso nova punção. Refere que as punção é o que mais estressa (PI26, NO).

A indicação de punção venosa ou cateterismo intravenoso representou para as pessoas idosas um fator estressor. Constatou-se que o tempo de hospitalização, tipo de medicações administradas, condições da rede venosa periférica e da pele, podem interferir na intensidade desse estressor. Em diferentes situações, a pesquisadora entrevistou junto à equipe de enfermagem para sugerir o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) e definir o tipo de cateter para algumas pessoas idosas que estavam hospitalizados há mais tempo e com terapia intravenosa prolongada (NA). Diante dessas constatações, reitera-se a importância da avaliação precoce da pele e da rede venosa das pessoas idosas, bem como das medicações que serão utilizadas e tempo aproximado de hospitalização, pois esses aspectos direcionam a decisão do enfermeiro pelo melhor dispositivo a ser utilizado.

Nesse contexto, é fundamental conhecer as recomendações existentes relativas à terapia intravenosa na pessoa idosa, as quais possibilitam identificar as potenciais complicações decorrentes do envelhecimento, elaborar protocolos especializados, subsidiar

melhorias na formação profissional e contribuir com a prática segura de enfermagem (OLIVEIRA; AZEVEDO; GAIVA, 2014).

A manutenção de cateter intravenoso, periférico ou central, e a infusão de medicações preocupa as pessoas idosas e, também interferem nas AVDS e no sono das mesmas.

De noite, na hora das medicações eu fico acordada esperando terminar para dormir. Aqui nesse braço saiu fora a medicação, ficou esse hematoma e doía muito. Eu já estou fugindo de dor [...] (PI22, NE).

Essas minhas veias estão me estressando. Aquela daqui (braço E) durou dois dias, essa aqui (Braço D) quatro dias, mas olha como ficou [...] Queria saber se não posso ficar sem essa agulha, estou fazendo poucas medicações e as punções incomodam. Para eu tomar banho atrapalha, quando durmo tenho que cuidar para não deitar em cima, até para comer atrapalha a depender do lugar que colocam (PI8, NE).

Para preservar a independência e AVDs das pessoas idosas, não é recomendado a inserção de cateteres nas mãos e áreas de flexão, a fim de permitir o uso das mãos, sem restringir seus movimentos, mesmo com infusão contínua de soluções e medicações. Para isso, é importante conhecer se ele é canhoto ou destro, se utiliza suporte de apoio para locomoção, bem como questionar a preferência quanto ao posicionamento do cateter, já que muitas vezes ele possui experiências de hospitalizações prévias (OLIVEIRA; AZEVEDO; GAIVA, 2014).

Estudo que avaliou e comparou os fatores estressores identificados pelos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UTI-C) com aqueles percebidos pelos pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva Pós-Operatória (UTI-PO), revelou que “não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia”, foi um dos principais estressores pontuados pelos pacientes da UTI-PO (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015). Por mais que, tenham sido realizados em contextos diferentes e com outra população, verificou-se que os estressores assemelham-se aos do presente estudo. Destarte, salienta-se a importância de avaliar as particularidades de cada paciente, identificar suas necessidades e estressores, para então planejar intervenções nos diferentes níveis de prevenção.

Esses aspectos apresentados confirmam que a hospitalização, muitas vezes, requer procedimentos invasivos ou anestésico-cirúrgicos, os quais desencadeiam medo, ansiedade e estresse nas pessoas idosas.

Hoje já preciso ficar sem comer e beber, para amanhã fazer a cirurgia. Estou ansiosa com isso. Com medo! É uma cirurgia delicada, a médica me disse, então não tem como ficar tranquila [...] Com essa minha idade já é mais complicado [...] (PI7, NE).

Eu me preocupo com isso, porque se eu fizer a cirurgia como vai ser minha recuperação? Já fico pensando como vou fazer minhas coisas em casa? Eu não paro em casa, sempre estou fazendo umas lidas [...] Eu tenho medo até, porque é uma cirurgia grande. Pelo jeito até sonda vou ter que usar para alimentação por uns dias. Eu não gosto nem de pensar (PI11, NE).

Quando eu vim para o hospital, eu nem pensava que ia ter que ficar tantos dias. Vim de minha cidade porque não estava me sentindo bem. Depois que cheguei aqui, me disseram que tenho que fazer uma cirurgia na aorta abdominal. Estou esperando realizar mais alguns exames, para saber se preciso ou não fazer essa cirurgia. Isso me deixa abalado. Eu me preocupo com minha situação, tenho 71 anos [...] Me preocupo de fazer um cirurgia grande com essa idade (PI14, NE).

Os momentos antes da cirurgia são muito estressantes, desgastantes! O médico me explicou tudo que poderia acontecer. Como o tumor era no intestino e pelos exames ela não sabia dizer exatamente a extensão, ele me falou que talvez eu precisasse usar uma colostomia. Isso me preocupava dia e noite! Tudo isso me deixou desesperada! A gente sabe de tudo que pode acontecer. Eu sempre fui vaidosa, de aparecer em palcos (artista de teatro) e agora ficaria com uma colostomia. Isso me doía pensar. Meu maior estresse pré-operatório era esse. Uma angústia, sabe [...] (PI24, NE).

Me preocupo muito com minha cirurgia. O médico me explicou como seria, mas a gente não entende direito com essa idade. Ele me disse que abrem o peito e que vou ter que me cuidar muito depois, mas não me disse por quanto tempo (PI27, NE).

Verificou-se nas falas das pessoas idosas que elas estavam apreensivas com a realização da cirurgia e perceberam essa situação como ameaçadora de sua estabilidade. Essas situações merecem atenção dos enfermeiros, pois nos últimos anos, o número de pessoas idosas que necessitaram de intervenções cirúrgicas aumentou substancialmente e, continuará crescente à medida que a população envelhece. Diante desse resultado, compete ao enfermeiro incentivar e mobilizar os recursos da pessoa idosa, internos e externos, a fim de estabilizar e fortalecer as linhas de resistência, considerando todas as variáveis do sistema. (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

Outrossim, o perioperatório nessas pessoas é permeado de desafios, como por exemplo a presença de múltiplas comorbidades físicas, deficiências cognitivas, redução da capacidade cardiopulmonar e função renal (BAQUERO; RICH, 2015). Esses fatores predisõem às complicações perioperatórias e a hospitalização prolongada e, conseqüentemente, ao enfrentamento de situações estressoras.

O medo de ser submetido a um procedimento anestésico-cirúrgico leva a um desgaste emocional, relacionado à tomada de decisão, às incertezas e limitações ocasionadas pela cirurgia. Nas pessoas idosas esse desgaste pode ser intenso, porque eles mesmos associam os maiores riscos à idade avançada, fragilidade e comorbidades existentes.

Olha, a minha situação me preocupa muito! E, eu vejo que toda equipe se preocupa comigo, porque eu preciso fazer essas pontes de safena. Estou esperando [...] agora

eu decidi que quero fazer, mas nos primeiros dias eu estava com muito medo, porque eu já era hipertenso e diabético, daí as complicações são muito maiores [...] agora, enquanto espero essa cirurgia eu fico ansioso. Fico pensando se é preciso fazer [...] e se não fizer? E se fizer? E eu sei que é uma cirurgia de grande porte, demorada, com muitos riscos [...] (PI5, NE).

Estou esperando o médico me dizer o que deu no último cateterismo. Dependendo do resultado, ele vai me dizer se tenho que fazer a cirurgia ou colocar umas molas diferentes [...] Vamos decidir o que fazer, mas operar eu acho que não vou. Não quero fazer essa cirurgia. [...] Se precisar mesmo fazer, eu acho que eu vou dizer que não quero fazer. Pensa, tem que abrir teu peito [...] E, se não fechar mais depois, por causa da glicose alta. É isso que me preocupa (PI8, NE).

Mas, independentemente do que for, se precisar fazer cirurgia eu não vou fazer [...] Penso nas limitações que o tratamento dessa doença pode trazer. Eu sou agricultor aposentado, tenho minhas lavouras e meus animais para cuidar. Moramos eu e a esposa lá fora (interior do município), me preocupo com quem vai cuidar dessas coisas. Meu filho trabalha, tem os compromissos dele e só minha esposa não consegue cuidar, porque ela é doente, tem diabetes e pressão alta (PI10, NE).

Antes da cirurgia era a dor que eu sentia e o medo de ser operado. Teve dias que eu tinha dor de gritar, de tão forte que era [...] Ao mesmo tempo que eu queria me livrar daquela dor, eu tinha medo de fazer cirurgia. Eu sei que eu poderia viver bem só com um rim, mas tinha muito medo de retirar todo ele (PI28, NE).

No começo, foi difícil de aceitar que era necessário. Com o passar dos dias percebi que eu não tinha outra saída. Não culpo ninguém pelo ocorrido, pelas infecções recorrentes e complicações, mas sinto em ter que amputar minha perna (PI30, NE).

Convergente com esse resultado, pesquisa sobre estressores de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, identificou que ter que se submeter a uma cirurgia cardíaca, foi o segundo fator intrapessoal de maior média (PARVAN et al., 2013). Embora contemple uma população diferente, esses resultados reforçam que a necessidade de realizar um procedimento anestésico-cirúrgico é considerado um estressor por quem vivencia essas situações. Também Alves et al (2010) assinalam que identificar os estressores subsidia estratégias de enfrentamento importantes na redução dos mesmos, de forma simples e sem custos, com uma prática de enfermagem voltada para atenção e diálogo, tão importantes no cuidado.

Cavalcanti e Jucá (2016) avaliaram o nível de estresse em pessoas idosas submetidas à cirurgia eletiva geral ou digestiva, no pré e pós-operatório, e concluíram que a maioria apresentou sintomas de estresse no perioperatório. Ainda, apontam que o conhecimento sobre o estresse pelos profissionais da saúde é necessário para os procedimentos e tratamento das pessoas idosas, tendo em vista que os aspectos emocionais detectados antes da cirurgia podem interferir no processo anestésico-cirúrgico e na recuperação pós-operatória.

No presente estudo, dentre as pessoas idosas que foram submetidas a procedimentos anestésico-cirúrgicos, a maioria relatou situações estressoras associadas. Talvez, por saberem que os riscos são maiores entre eles. Além disso, as pessoas idosas questionavam-se sobre as

limitações advindas com o procedimento, e as alterações no estado funcional foram determinantes na decisão de realizar ou não a cirurgia. Sempre que possível, a pesquisadora procurava esclarecê-los acerca de seus questionamentos e dúvidas, a fim de auxiliá-los no enfrentamento desses estressores (NA). Diante disso, infere-se que ações educativas dos enfermeiros no pré-operatório podem reduzir as preocupações das pessoas idosas e favorecer uma relação de confiança com eles e seus familiares e, por conseguinte, reduzir os estressores.

Os participantes mostraram-se preocupados com exames e procedimentos aos quais seriam submetidos, muitas vezes por desconhecerem e não terem as informações suficientes sobre eles. Ademais, além da espera pela realização dos exames, considerada nesse estudo como um estressor extrapessoal, a **ansiedade diante da espera do resultado de um exame** realizado foi considerada um fator estressor intrapessoal.

Me sinto preso aqui no hospital [...] O que mais incomodou foi esperar por esses exames. Ficar em jejum, esperar horas e horas e não fazer, remarcar para outro dia. E pior que não fazer, é essa angústia na dúvida de saber o que é e o que não é. Essa noite foi tensa [...] Eu dormi muito tarde e um sono muito leve. Fiquei preocupado com esse exame para fazer (PI10, NE).

Desde que eu descobri o câncer e iniciei as quimioterapias é esse vai e volta de consultas, exames, internações [...] Eu sempre venho de casa preocupada com o resultado dos exames de sangue. Eu faço os exames, se estão bons eu interno para fazer a medicação; se não estão bons, tem que esperar uma semana para fazer a quimioterapia (PI11, NE).

O que mais me preocupa é a minha situação, minha doença. Acho que o pior de tudo é ficar esperando o resultado dos exames. Tu já fez o exame e não sabe o que tem. Eu já fiz o cateterismo, mas não sei o resultado [...] (PI14, NE).

Pessoa idosa retorna ansiosa quanto a espera pelo resultado do exame realizado. Médico informa que aguarda imagens e laudo de exame e, que assim que os tiver, ela será informada (PI2, NO).

Geralmente, o medo do resultado do exame estava relacionado a um maior tempo de hospitalização, principalmente nos casos de doenças infecciosas e, com a necessidade de tratamentos invasivos ou de longo período.

Agora estou esperando terminar o tempo de medicação para fazer novos exames para ver se curou. Fiz ultrassom, tomografia, vários exames. De sangue faço todo dia! O que me tranquiliza é que o médico disse que a infecção não está no osso. Se chega no osso é pior. Meu maior estresse é pensar nessa possibilidade. (PI21, NE).

Hoje, agora, se eu te dizer o que me estressa é o medo do resultado desse exame que vou fazer. Também usar o contraste, meu rim não está funcionando bem e já me falaram que o contraste piora a função do rim. Então tu fica nesse dilema, tem que fazer o exame, mas com o contraste pode piorar outra coisa. Acho que isso só acontece com os velhos!!! (PI25)

A espera pelo resultado da biópsia me estressa. Depende o resultado dela, para saber se tem mais algum tratamento ou estou curado. Esse ano está sendo bem pesado para mim. Já estive internado pela pancreatite por 18 dias, quase morri [...] Agora esse tumor [...] P(I28, NE).

Deus que me livre, porque eu não posso ter essa bactéria agora, porque de repente eu preciso fazer cirurgia. E se tiver a bactéria eu não posso fazer a cirurgia (PI1, NE).

Outro fator estressor pontuado pelas pessoas idosas refere-se a **evolução pós-operatória com complicações** decorrentes, tais como infecção de sítio cirúrgico (ferida operatória), recuperação retardada e complicações hemodinâmicas induzidas pelo procedimento anestésico-cirúrgico.

Olha aqui (abdômen), estou com esses pontos da cirurgia que não cicatrizam, está muito demorado, né? Antes fizeram o curativo, mas disseram que uma pomada está em falta, não sei se é por isso que está tão demorado para cicatrizar [...] Isso tem me preocupado (PI4, NE).

Não estava preparado para ficar tanto tempo assim no hospital. A cirurgia era coisa de dois, três dias [...] Agora, com essa complicação (arritmia), já fazem 13 dias e eu não tenho nem previsão de ir para casa (PI25, NE).

Aqui na cirurgia já diminuiu a quantidade de secreção, o médico já retirou o dreno. Isso é um bom sinal, mas a febre não passa! De vez em quando ainda tenho febre. Quando acho que vai melhorar, volta a febre. Faço exames de sangue a cada dois dias, minha imunidade está baixa [...] Isso também tem me preocupado (PI26, NE).

Esses dias aqui no hospital provocaram um descontrole em minha vida. Fiz essa cirurgia grande! Fiquei cheia de drenos e com essa infecção descontrolada. Foi minha fé que me segurou para eu enfrentar tudo isso (PI29, NE).

Essas complicações, favorecidas pelas condições clínicas da pessoa idosa, prolongam o tratamento e a hospitalização. Além disso, a demora na realização de exames e definição de conduta médica, levam ao maior tempo de internação e com isso afastam a pessoa idosa de seu domicílio, o que ocasiona preocupações, medo e angústia.

A gente cansa de estar aqui no hospital. Fiquei até pensando, se foi solicitado mesmo esses stents ou se estão me mentindo [...] Se não tem mais o que fazer! Cirurgia eu deixei claro que não quero fazer [...] Fiquei com medo que não tenha o que fazer, entende?! (PI8, NE).

Dessa vez que a médica disse que a infecção está no osso, por isso que o tratamento está bem demorado. Ela me disse que eu tenho que ficar mais uns 21 dias aqui. Eu deixei bem claro que cirurgia eu não vou fazer e a equipe me disse que a decisão é minha. Eu decidi que não vou operar e pronto! Já preciso desse andador para caminhar, já pensou eu ficar sem o pé [...] Não, não, não (PI12, NE).

Eu me sinto bem, mas preciso dessa cirurgia, porque senão pode me dar outra crise e eu não suportar. É esse meu medo, que me dê outra crise enquanto espero a cirurgia [...] quando eu achei que ia melhorar logo, fazendo a cirurgia, vem o médico e me diz que será na próxima semana. A gente vai cansando. Eu sei que não tenho

condições de ir para casa, mas eu gostaria de estar lá. Eu sofro estando aqui no hospital e minha família também (PI13, NE).

O que mais estressa é ter que ficar tanto tempo aqui no hospital. Já estou aqui há um mês e pouco e praticamente, na mesma situação. Tenho que amputar a perna, mas a infecção tem que estar controlada antes de operar e isso está difícil (PI30, NE).

A mudança nos hábitos de vida e comportamentos induzidos pela hospitalização provocam alterações na LND e exigem adaptação da pessoa idosa, como expresso nas notas citadas. Corroborando, estudo que verificou se a alteração da rotina durante a hospitalização causa alterações emocionais, revelou que o distanciamento do lar incomodou as pessoas idosas, pois esse espaço era significativo, onde desenvolveram suas experiências sociais e culturais e, construíram sua subjetividade (SOARES; CUSTÓDIO, 2011).

Constatou-se que além do distanciamento do lar, a preocupação com procedimentos, como cirurgias de grande porte, foi evidenciada. Associada a ela, destaca-se o medo da morte, pois de certa forma a hospitalização coloca a pessoa idosa de frente com sua finitude.

[...] me sinto bem melhor do que quando cheguei, mas não sei quanto tempo eu tenho de vida (expressão de tristeza). [...] quem não tem medo de morrer. Eu tenho! Eu tenho medo de ficar com dor, de sentir aquela dificuldade de respirar que eu senti. Mas eu nem gosto de falar muito sobre isso [...] (I19, NE).

São várias coisas que estressam. Estar fora de casa, com um problema de saúde grave, com risco de morte é muito estressante. Eu pensava nisso dia e noite e pedia a Deus para me curar (I29, NE).

Pode me dar outro infarto de uma hora para outra e eu ficar ali (morrer). Isso tem me preocupado, porque eu quero caminhar mas tenho medo. Minhas filhas também tem medo. Sempre estão do lado, ajudando (I19, NE).

Essas notas corroboram que a hospitalização mobiliza diversos sentimentos e é um período marcado por sofrimento, pois muitas vezes está relacionada com o medo do desconhecido. As pessoas idosas experimentam durante esse período situações de angústia, que são potencializadoras da fragilidade humana diante do risco de morte (SOUZA et al., 2016). O medo da morte foi apontado como um dos principais estressores vivenciados por pacientes no âmbito hospitalar (PARVAN et al., 2013; MEMBRIVE et al., 2017), o que reitera a importância de investigar esse estressor e implementar ações, com foco na pessoa e não na doença, a fim de minimizá-lo e aumentar a expectativa sobre o sucesso do tratamento.

Ao findar as discussões referentes aos estressores intrapessoais, relacionados às doenças e condições clínicas, alterações hemodinâmicas e psicossocioculturais decorrentes do adoecimento e da hospitalização e, implicações das comorbidades, reitera-se a necessidade de identificá-los precocemente a fim de evitar a instabilidade do sistema cliente. Igualmente,

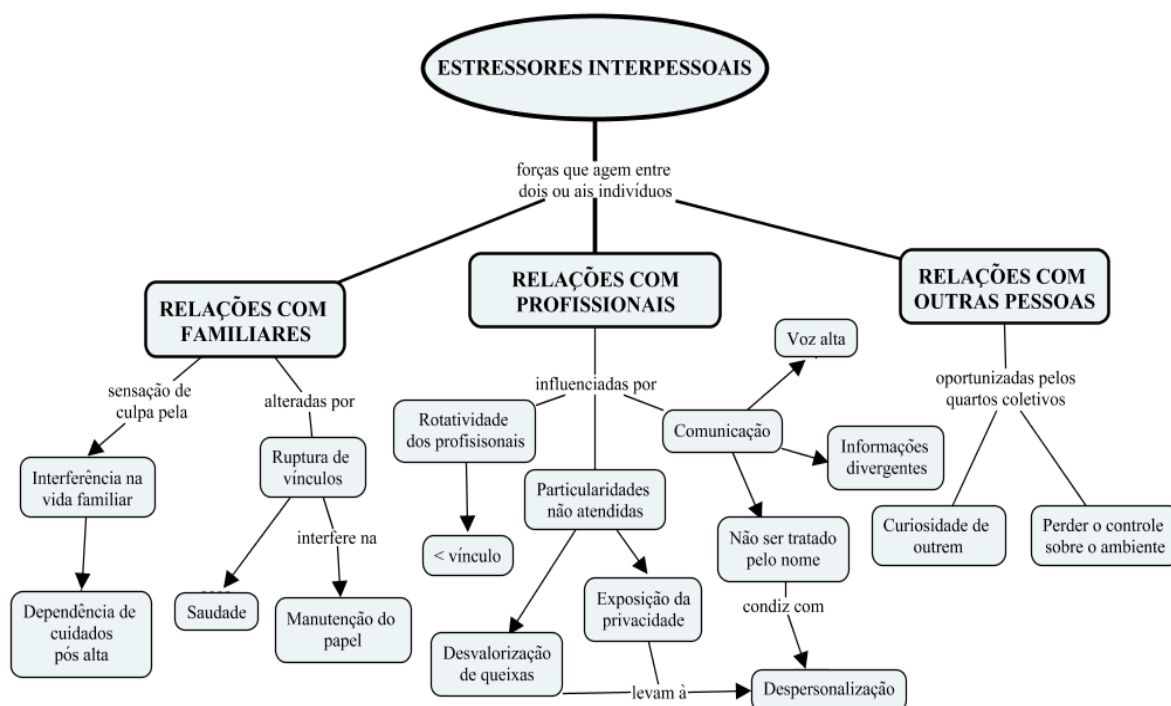
menciona-se que o estudo corrobora com Angosta, Ceria-Ulep e Tse (2014) que atestaram que as características do sistema aberto de Neuman oferece um método de avaliação do cliente e do sistema de saúde em várias dimensões.

Diante do exposto, identificou-se os fatores estressores, apontados no decorrer do texto em **negrito**, os quais podem ser previstos no planejamento de resultados e intervenções de enfermagem, com vistas à sua redução e a manutenção do bem-estar. Desse modo, conhecer esses estressores fornece subsídios para qualificar a assistência de enfermagem e atender as necessidades das pessoas idosas hospitalizadas.

6.2.2 Estressores Interpessoais

Os estressores interpessoais são forças que agem entre dois ou mais indivíduos, como por exemplo, os recursos e o relacionamento com familiares, amigos e profissionais (NEUMAN, 2011). Foram incluídos nessa categoria os fatores decorrentes das **relações entre pessoas idosas, familiares, profissionais da saúde** e demais pacientes, apresentados na Figura 9 a seguir.

Figura 9 - Mapa conceitual ilustrativo da síntese dos estressores interpessoais. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Para Neuman, a enfermagem tem de preocupar-se com a pessoa em sua totalidade e com as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos estressores. Nesse sentido, a meta principal da enfermagem é manter estável o bem-estar do cliente, reduzindo os fatores de estresse e/ou condições adversas, por meio de intervenções planejadas para produzir reações positivas (NEUMAN, 2011).

Geralmente as equipes de saúde que assistem as pessoas idosas nos hospitais não são especializadas para atender essa clientela, por isso algumas **particularidades dessa faixa etária não são consideradas**. Convergente com essa afirmação, um estudo apresentou que os profissionais, muitas vezes, tratam mais da doença que motivou a internação da pessoa idosa, do que das respostas fisiológicas e psicológicas que o perturbam, deixando de assisti-lo de maneira holística (SOARES; CUSTÓDIO, 2011).

Quando eu tinha que tomar comprimido de noite, eu achava ruim. Me davam o comprimido inteiro e um pouco de água em seguida [...] eu nem conseguia engolir direito. Isso poderia ser diferente, porque era difícil engolir aquele comprimido grande, com um gole de água [...] e logo apagavam a luz (PI3, NE).

Eu fui fazer um exame agora de tarde. Quando o funcionário veio me buscar, já chegou dizendo “passe rapidinho para cadeira de rodas que estamos atrasados” [...] Eu fiz o mais rápido que pude, porque se ando muito rápido, sinto dificuldades para respirar (PI27, NE).

Hoje eu esperei muito tempo para fazer o curativo, aqui da cirurgia e do dreno [...] Me gelei, estava tremendo de frio. Depois que fizeram, me cobri com todas as cobertas e ainda não me esquentei (PI28, NE).

Essas situações expõe que o cotidiano das relações da assistência hospitalar, muitas vezes é indiferente, mecânico e automatizado, dificultando a percepção do outro e tornando massificada a atuação profissional, o que pode favorecer a despersonalização da pessoa idosa e pôr em risco a sua dignidade. A hospitalização é um momento desgastante, especialmente para as pessoas idosas, que se sentem incomodados pelos procedimentos e manipulações, além de impor papéis caracterizados por dependência dos profissionais, horários determinados pela equipe de saúde e necessidade de maiores cuidados (LIMA JÚNIOR et al., 2015).

Nesse ínterim, emerge a relação entre pessoas idosas e profissionais de enfermagem, que se estabelece nas ações de cuidado e pode ser permeada por estressores.

Os primeiros banhos eu fiquei envergonhada. Eu parecia um saco de feijão, rolando de um lado para outro na cama [...] Mas, eu preciso de ajuda, não tem o que fazer [...] Outro dia eu estava em uma maca, no corredor, para limpeza do quarto, e precisava trocar a fralda [...] Como que iriam me limpar ali, no meio de todo mundo!?! [...] Aí, eu ia preferir ficar suja mesmo [...] (I1, NE).

Outro dia me deixaram uma hora esperando no banheiro, naquela cadeira (cadeira de banho) [...] Eu não tinha como sair de lá e nem como chamar alguém. Fiquei lá, cansado de esperar (I3, NE).

O que mais me incomoda é a falta de privacidade. Tu está sempre exposta. Não tem biombo, não tem cortina. Ontem mesmo, uma turma de residentes médicos veio me avaliar. Tiraram minha blusa, meu sutiã, na frente dos outros pacientes, para me examinar. Aí tu fica encabulada, envergonhada, estressada com isso [...] (I13, NE).

Disseram que iam me trazer uma compressa fria para colocar, mas até agora nada. Estou esperando [...] Disseram que iriam ajudar eu sair da cama, mas ainda não vieram. Acho que tem muita gente para poucos enfermeiros, só pode ser (I22, NE).

A gente fica dependente de outras pessoas para tudo [...] Tem que esperar para tirar o soro, para ir no banheiro, para fazer o curativo. Eu sempre fui muito ativa, nunca soube esperar muito, então isso me incomoda bastante (I29, NE).

Verificou-se que situações de cuidado, com **exposição da privacidade e intimidade**, foram percebidas pelas pessoas idosas como estressoras, a exemplo da higiene corporal no leito e a troca de fraldas. Salienta-se, que provavelmente não seja apenas a situação de dependência das AVDs que cause desgaste à pessoa idosa, mas o modo com que esse cuidado é prestado. Resultados semelhantes mostraram que a perda da intimidade frente aos profissionais e demais pacientes, bem como a despersonalização no cuidado apresentaram altos escores em estudo que investigou estresse em pessoas idosas com DPOC hospitalizadas, portanto consideradas estressores (MEDINAS-AMORÓS; TOUS; SOTORRA, 2009).

Em relação às rotinas, principalmente de cuidados que envolvem outras pessoas os participantes foram unânimes em dizer o quanto a dependência dos profissionais para realizar as AVDs é estressora para eles. Expor ao outro, suas necessidades, fragilidades e, especialmente a privacidade causa insatisfação e desgaste emocional.

As gurias acham ruim de me tirar daqui, eu sou grande [...] Até meus banhos tem sido na cama, não estão me levando para o chuveiro. Hoje que a mulher insistiu, elas me colocaram naquela cadeira e eu tomei banho de chuveiro, mas os outros dias só na cama, banho de gato. No começo eu sofria, tinha vergonha, onde já se viu umas moças me dar banho na cama, colocar fraldas, esse uripen [...] (PI4, NE).

Os dias que eu fiquei preso na cama, que eu não podia levantar para não fazer esforço físico, até banho eu precisei tomar na cama [...] Eu fiquei muito encabulado, muito envergonhado com a situação. E ainda, eram umas moças que vieram me dar o banho [...] Posso te dizer que isso me incomodou, porque na minha idade nunca eu precisei que alguém me desse banho antes (PI5, NE).

Para tomar banho era com umas gurias. Isso foi muito ruim [...] Eu ficava encabulado, incomodado com a situação, mas não podia fazer nada [...] Eu baixava a cabeça, acho que até vermelho eu ficava! (PI6, NE).

Ontem cedo me levaram para o chuveiro de cadeira de rodas, mas não dá [...] Hoje me deram banho na cama [...] Até para o banho estou preso, vem as enfermeiras para

me lavar. Hoje cedo veio uma e daí ele (irmão) ajudou ela. Que situação! Além do frio, passei uma vergonha que eu nem sei! (PI9, NE).

O pior era quando vinham os homens dar banho. Não somos acostumadas com isso. A gente fica exposta, com muita vergonha. Uns dias eu perguntei, se não tinha umas meninas para me banhar, e eles disseram que era só com eles os banhos. Aí me obrigava a aceitar, mas não gostei. Isso sim, me incomodou (PI19, NE).

Uma menina que me deu o banho, bem cuidadosa [...] Mas mesmo assim eu fiquei constrangida, posso dizer que foi uma situação que me incomodou. Mas como não podia ser no chuveiro, foi o melhor que eu pude ter naquele momento (IP24, NE).

Verifica-se nas falas o quanto a higiene corporal no leito é constrangedora para muitos, principalmente quando executada por **profissional do sexo oposto**. O paciente de qualquer idade pode sentir-se constrangido diante dessa situação, porém para a pessoa idosa esse estressor pode ser potencializado por sua cultura, valores e experiências de vida. Diante disso, infere-se que o respeito a esses aspectos citados aludem a perspectivas essenciais de um cuidado humanizado.

Dias et al (2015) salientam que a valorização do respeito à privacidade e ao pudor revela atitudes do profissional que contribuem para ambiente seguro, que estimula autonomia e independência da pessoa idosa. Ainda destacam que, o enfermeiro deve planejar a adaptação ambiental da pessoa idosa durante a hospitalização, porquanto ele pode ter dificuldades de interagir em situações ambientais não familiares, o que poderá ser um fator estressor, que provoca declínio do seu estado de saúde.

As pessoas idosas também mencionaram que a não utilização de cortinas e biombos durante esse procedimento e outros que expõe a privacidade, é uma situação estressora, porque sempre tem alguém olhando, alguém que abre a porta ou entra no quarto.

Só na hora do banho é que fica chato, porque sempre tem um ou outro que não pode sair do quarto e fica olhando. Me sinto envergonhada! Quem gosta de sua intimidade exposta? Eu com 83 anos não gosto! Se é um profissional que tem que te avaliar, fazer procedimento até vai, mas os outros te olhando [...] Não, não! (PI20, NE).

Chega um (médico) quer ver isso, outro aquilo. Tiram lençol, a roupa e a gente ali [...] Velho não gosta de se mostrar desse jeito. Ao menos eu não gosto! (PI22, NE).

Muitas vezes, a necessidade de se despir ou ser higienizado por profissionais de enfermagem pode desencadear o sentimento de humilhação na pessoa idosa, por serem circunstâncias que o expõe à perda de identidade e à falta da privacidade (PROCHET; SILVA, 2008), elementos constituintes da individualidade. Menciona-se que, para minimizar essas situações estressoras é imprescindível individualizar o cuidado e dar atenção completa àquele ser especial. Nesse ínterim, o respeito à dignidade, integridade e privacidade é

imperativo ao cuidado prestado à pessoa idosa pelos profissionais de enfermagem, que estão em contato direto com o paciente durante a hospitalização (DIAS et al., 2015).

Além das situações apresentadas, a postura do profissional de enfermagem durante organização do leito também foi acenada como indutora de estresse.

[...] ela queria me ajudar, deixar minha cama limpa, mas não gostei como ela falou, para eu sair rapidinho da cama e ficar de pé do lado da cama. Eu me viro, saio sozinho da cama, tomo meu banho, mas tudo no meu tempo! Ela viu que eu não gostei. Eu tenho essa hérnia que me incomoda (abdominal), então se estou deitado é mais demorado ainda para sair da cama, tem que ser devagar, com jeito [...] Eu demorei para sair, acho que ela não gostou porque estava com pressa (I10, NE).

Sabe-se que quando a pessoa idosa encontra-se hospitalizada suas limitações e dependência tendem a aumentar, o que exige maior dedicação profissional e disponibilidade de tempo. Contudo, na maioria das vezes isso não ocorre. A preocupação com a demanda de trabalho faz com que o “profissional de enfermagem utilize estratégias para agilizá-lo, adotando atitudes impróprias que induzem à dependência do cliente, não sendo o mediador das atividades e sim o executor” (MENEQUIN; BANJA; FERREIRA, 2017, p. 4). Relações de cuidado, nessa conjuntura, não propiciam a percepção do outro como ser humano e podem comprometer a dignidade do paciente e o próprio cuidado (ADMI et al., 2015).

Essa situação demonstra o quanto à **postura assumida e a comunicação interpessoal** pode ser balizadora de situações desgastantes. Em relação a isso, certifica-se que o trabalho da enfermagem influencia, tanto positiva quanto negativamente, na satisfação das pessoas idosas hospitalizadas, daí a importância de sua atuação competente, por meio de habilidades técnicas, conhecimento científico, atitudes e individualização da assistência (LIMA JÚNIOR et al., 2015). Ante o exposto, pontua-se que os profissionais da enfermagem, tanto quanto os demais, devem identificar as particularidades de cada pessoa e demonstrar interesse pelo cuidado, o que requer respeito, cordialidade, afeto, comprometimento e ética. Para isso, é fundamental a capacitação da equipe de enfermagem para o cuidado às pessoas idosas, por configurarem um grupo especial, em virtude de suas peculiaridades e dependência.

Averiguou-se que a **não valorização das queixas das pessoas idosas** incomodou-os, da mesma forma que o não cumprimento do atendimento prioritário. Essas situações denotam que, muito além das ações assistenciais, o cuidado de enfermagem implica na necessidade da escuta e do diálogo, além de disponibilidade para perceber a pessoa idosa, como um cidadão com potencialidades e autonomia.

Meu acesso (venoso) continua vazando. Falei, falei que não está bom [...] Pegaram essa veia fina aqui, mas já está doendo. Pedi aquele outro cateter, mas parece que só segunda-feira [...] De noite vazou a medicação, que quando eu acordei a cama estava toda molhada. Isso já poderia ter sido resolvido, mas estou nessa função de uma ou duas picadas por dia (PI26, NE).

Estava esperando desde outro dia para fazer uma tomografia, recém hoje consegui. Fiz agora de tarde e estava em jejum desde a meia noite. Me levaram lá para baixo, na cadeira de rodas e eu fiquei esperando [...] Vários, uns seis passaram na minha frente! Aí eu cobreí da menina que estava chamando para sala e ela me disse que idosos tem prioridade. Pois bem, você está falando com uma idosa [...] Eu também tenho essa prioridade! Aí ela ficou toda sem jeito e me levou para sala (PI29, NE).

Nessa perspectiva, pontua-se que, no que tange à atenção à pessoa idosa, o cuidado tem de ser compreendido e implementado em sua amplitude, congregando à expertise da ciência a delicadeza do trato nas relações e a sensibilidade para identificar demandas, valores e expectativas individuais (LOBO; PUGGINA; TROVO, 2014). Eminentemente, o profissional que cuida tem de enxergar a pessoa idosa de modo holístico e valorizar as demandas, identificadas nas dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, de maneira equitativa.

Todavia, no contexto atual das instituições hospitalares, em sua maioria focadas no modelo biomédico, a arte de cuidar é, por vezes, negligenciada. Em consequência disso, algumas pessoas idosas são ignoradas, excessivamente expostas em sua dignidade, incógnitas em seus valores e demandas individuais, quando tratadas com desrespeito (LOBO; PUGGINA; TROVO, 2014). Para intervir nessa conjuntura e respectivas situações estressoras, é preciso ir além do tecnicismo e da prática focada na doença, considerando a integralidade da pessoa, a fim de implementar intervenções de enfermagem que atendam além das demandas fisiológicas.

A esse respeito, estudo assinala o acolhimento como estratégia de cuidado com a pessoa idosa hospitalizada, o qual inclui a atenção aos aspectos éticos da assistência de enfermagem (DIAS et al., 2015). Os autores apontam que esses aspectos podem ser atendidos, por meio do respeito e valorização da autonomia, do tratamento com respeito e carinho, da demonstração de interesse em cuidar e da inclusão deles no planejamento da assistência.

Várias situações problema, relacionadas à comunicação interpessoal entre profissionais de saúde e pessoas idosas, foram apontadas como estressoras. Algumas estiveram relacionadas a **informações prestadas de forma divergente ou inconclusiva**.

Estou em jejum de novo, desde a meia noite, para fazer esse exame hoje. Mas, pode ser que não faça hoje, porque a médica disse que não é certo ainda! Cada um diz uma coisa, um diz para ficar em jejum que farei hoje o exame, outro que não sabe certo (PI1, NE).

A médica tinha me dito, um dia antes, que eu ia poder tomar café e almoçar, porque o jejum era de duas horas [...] aí chegou a funcionária e disse que eu não poderia almoçar [...] Aí eu falei, que eu poderia tomar café e almoçar, agora tu chega e me diz que não, de onde vem a ordem? (PI2, NE).

Agora já nem sei certo [...] Tenho que esperar. Cada dia me dizem uma coisa. Então não tenho certeza de mais nada. Não gosto de reclamar, mas a gente cansa de esperar [...] Espera exame, espera cirurgia, é muita espera (PI26, NE).

O fato de obterem respostas diferentes aos seus questionamentos e orientações, por vezes divergentes, incomodaram as pessoas idosas e os deixaram confusos, estressor esse que pode influenciar na confiança entre paciente e profissional e na credibilidade do serviço. Esse estressor também foi registrado em estudo com pacientes maiores de 18 anos, submetidos à cirurgia cardíaca, os quais revelaram que a falta de esclarecimentos pelo enfermeiro sobre o tratamento foi a segunda condição de maior estresse, além de ser preditora de ansiedade (NESAMI et al., 2016).

Em contrapartida, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, regulamenta que é dever do profissional contribuir com a equipe de saúde no esclarecimento das dúvidas do cliente e da família sobre o estado de saúde, tratamento, possíveis benefícios e riscos (BRASIL, 2017). Isso exige dos profissionais compatibilidade entre ética e atuação, porque a informação tem de ser viabilizada, para que o indivíduo compreenda e decida sobre o seu tratamento.

Ainda, nessa perspectiva, os participantes relataram que **não saber antecipadamente sobre a realização de exames** é uma situação estressora e, que essa situação foi rotineira.

A gente deveria saber com antecedência, se vai fazer um exame ou não. Às vezes chegam de “supetão” para levar fazer um exame e agente nem sabe que exame que é, onde que vai fazer e vai [...] isso me incomoda, porque já aconteceu mais de uma vez (PI12, NE).

Verificou-se que essa situação ocorre, especialmente, para aqueles exames ou procedimentos que não exigem preparo prévio. As pessoas idosas foram informadas do exame ou procedimento no momento da realização e, muitas vezes, eles gostariam de estar acompanhados de seus familiares, nesse momento. Sobre isso, infere-se que além da comunicação prejudicada, a falta de planejamento prévio compromete o bem-estar.

Ainda foi citado por um participante, que ele sentiu-se incomodado com profissionais que falaram com **voz muito alta** com ele e cobraram, por ele ter saído da unidade para tomar sol, na área externa do hospital.

Eu fui para fora, fui lá em baixo tomar sol, outro dia [...] Mas, quando voltei para o quarto, a enfermeira já me chamou atenção que eu estava atrasado para a medicação das 16 horas, e eu nem estava atrasado! Tivemos um desentendimento, mas foi só dessa vez [...] Depois disso não desci mais. Eu não gosto de ser cobrado pelo que não fiz. Eu sou pelo certo! Como te disse, não gosto de ser cobrado por coisas que não fiz! E também, não gosto que falem alto! Tem uns profissionais que falam muito alto conosco e isso me incomoda, porque eu acho que nesse quarto todos nós escutamos bem. Então não seria necessário isso [...] mas às vezes elas chegam gritando! (PI10, NE).

Essa situação estressora comprova que a comunicação inadequada pode prejudicar o trabalho do grupo, em virtude da falta do estabelecimento de uma relação de confiança e respeito, como comprometer o cuidado e, conseqüentemente a recuperação da pessoa idosa (MEIRELES et al., 2010). A satisfação da pessoa idosa encontra-se diretamente relacionada com atributos do profissional, dentre os quais o comportamento cortês que pressupõe oferecer um sorriso, saudar a pessoa, tratar pelo nome e manter um contato visual com ele durante o processo de comunicação (DIAS et al., 2015).

Destaque-se que, dentre as atitudes mencionadas, o ato de **não ser tratado pelo nome** foi mencionado por um participante, como uma situação estressora.

Chegou alguém da equipe de profissionais que me atende e me chamou de “Vó”. Eu respondi “espera um pouco, eu não sou tua avó. Só tenho dois netos e se alguém pode me chamar de vó são eles”. Eu não gosto que me chamem de vó. Nem meus netos me chamam de vó. Tenho um apelido carinhoso, desde minha infância, e assim que eles me chamam. Eu tenho o direito de ser chamada pelo meu nome e não quero nenhuma senhoria na frente, basta meu nome! (PI24, NE).

Nesse aspecto, destaca-se que a adoção dessa medida, de chamá-la pelo nome, é essencial para respeitar e valorizar a individualidade da pessoa idosa. Assim, é imprescindível que os profissionais sobreponham a boa comunicação, em detrimento de seus próprios valores e crenças individuais.

A comunicação de um diagnóstico é uma atividade frequente entre os profissionais de saúde, porém ela pode gerar desconforto nos pacientes e, a forma como ele é revelado pode interferir diretamente na relação do paciente com o tratamento. No presente estudo apurou-se que, a **falta de clareza na revelação de diagnósticos e tratamentos**, foi percebida pelas pessoas idosas como estressores.

Os médicos me disseram que depois desses exames eles poderão me indicar o tratamento (preocupação) [...] Dependendo dos resultados eu já falei para o médico que eu não vou tratar [...] Mas, falar claramente não falaram! Me disseram que pode ser uma doença mais grave. Eu perguntei se era câncer e eles disseram que não poderiam confirmar sem ter todos os exames [...] Agora a pouco os médicos estiveram aqui, não me falaram nada [...] Mas, eu ouvi eles falando entre eles do

meu caso, que é quase 100% que é um tumor (apreensivo). Mas, não me confirmam nada. Quando o Fulano passar aqui vou apertar ele, porque ele é meu amigo, não precisam me esconder, eu não tenho medo de saber (PI10, NE).

Estou sendo muito bem tratado aqui [...] Minhas queixas seriam só daquele médico que não fala com a gente. Ele só me disse que tem que investigar essa anemia para tratar, mais nada e já saiu do quarto [...] Isso me incomodou bastante (PI16, NE).

Aquele outro médico me disse “se sair da cama vai morrer”. Veja se é maneira de falar isso para uma pessoa. Não tem o que fazer, meu coração tá fraco, meus pulmões também, estou com muita anemia que não sabem a causa. Parece que estou só esperando minha hora. A postura dele me incomodou muito, porque eu não esperava ouvir isso de quem estava me cuidando. Fiquei angustiada. E ele falou sem remendos, eu tive que aguentar no osso do peito, que não tenho condições de fazer a cirurgia do coração e que se eu não fizer a cirurgia eu vou morrer. Essa foi uma situação muito estressante (PI19, NE).

A forma como cada um reage diante do diagnóstico é subjetiva e, geralmente para as pessoas idosas a revelação remete ao medo da dependência no decorrer da doença e da morte. Estudo de revisão integrativa sobre esse tema discorre que os profissionais de saúde devem “ser capacitados para realizar a comunicação segura e esclarecedora, no sentido de facilitar o fluxo de informação a ser oferecido, adequando a informação às necessidades específicas de cada paciente dentro da sua realidade e da sua forma de enfrentamento” (JONAS et al., 2015, p. 281). Autores ainda destacam que, a presença do enfermeiro é fundamental nesse processo, possibilita um olhar direcionado às necessidades da pessoa idosa e considera sua condição biopsicosocioespiritual.

Ainda, no que se refere aos estressores interpessoais relacionados aos profissionais de saúde, os participantes salientaram que a **rotatividade** dos profissionais implica na **falta de vínculo**, o que acaba traduzindo-se em insegurança e ansiedade. O fato de o profissional não identificar-se pelo nome e profissão, ao prestar assistência, pode favorecer a percepção desse estressor.

Agora pouco trocou alguns da equipe médica, mas já acostumei com eles. No começo, fiquei meio insegura, mas agora já passou. Eles sempre estão trocando, mas a Doutora X continua. Ela já me conhece, isso me tranquiliza (PI12, NE).

Ela sempre me trata muito bem, faz tempo que ela me atende. Mas, tem vezes que vem uns médicos diferentes, aí a gente fica meio ansiosa [...] (PI15, NE).

Mas eu não sei se os que vieram aqui eram alunos ou já médicos. Porque eles vem todo dia, fazem muitas perguntas, mas não souberam me responder o que eu perguntei. Eu fico meio duvidoso quando eu pergunto e eles não sabem responder, fico com medo mesmo (PI26, NE).

Além da relação com profissionais de saúde, o **convívio com outros pacientes e familiares** em quartos coletivos (quartos com cinco leitos) e em quartos semiprivativos (dois

leitos), foi citado pelas pessoas idosas como estressores, em diferentes aspectos. Estar em um ambiente diferente, normatizado e dividir o quarto com outro paciente também interfere nas condições de sono e repouso.

[...] nas primeiras noites, quando não estava aquele rapaz ali, a gente dormia tranquilo. Dormia tranquilo porque o intervalo da parte da enfermagem não prejudica muito. Às vezes a gente acorda quando acende a luz [...] Mas, de uns dias para cá ele tem se agitado muito, tem dado muito trabalho para as enfermeiras, daí a gente vai perdendo o sono e quando vê não dorme mais [...] (PI2, NE).

A outra noite não dormi preocupada com a cirurgia. Noite passada não dormi, porque a vizinha (paciente do leito ao lado) subiu da sala de recuperação já era noite e não dormiu a noite inteira. Quando eu queria pegar no sono, ele chamava “gurias” [...] gritou noite toda! No fim, eu e a filha nem dormimos (PI23, NE).

A outra coisa, que me incomodou a última noite foi a conversação aqui no quarto. Aquela paciente não para de conversar. Nós pedimos silêncio para dormir, mas não adiantou. Elas preferiram sair do quarto. Mas não adiantou, porque quando voltaram acordaram todos do quarto de novo (PI27, NE).

Aí complica, porque já vi que um quer ligar a televisão, outro não; um quer abrir janela, outro não. Eu não gosto dessas briguinhas. Estou aqui no canto, bem quieto. Espero que daqui eu vá para casa, porque já mudei várias vezes de quarto. Tu acostuma com um vizinho, já muda [...] (PI25, NE).

Nas narrativas, as pessoas idosas destacaram as dificuldades que enfrentam para entrarem em consenso sobre momentos de lazer e repouso, temperatura e ventilação natural do quarto, pois as necessidades e expectativas são divergentes. Nesse aspecto, considera-se que **perder o controle sobre o ambiente** foi percebido pelas pessoas idosas como estressor, pois a medida que elas se submetem a situações não desejáveis o bem-estar fica comprometido, causando ansiedade e instabilidade. Em vista disso, o ideal é que fossem consideradas as particularidades de cada indivíduo, na busca de um consenso, a fim de manter o ambiente confortável para a maioria.

Destaca-se aqui, que as **alterações ao sono** podem relacionar-se com estressores intrapessoais, como a dor e preocupação com a doença já abordados na categoria anterior; com fatores interpessoais, nos quais se incluem a presença de outros pacientes e familiares no quarto, além das intervenções da equipe de enfermagem durante a noite e; com fatores extrapessoais, dentre os quais o ambiente diferente, as luzes acesas, a qualidade de camas e colchões. Esse resultado vai ao encontro de estudo realizado na Turquia, no qual os autores pontuaram que os estressores podem sobrepor-se um ao outro e que um estressor de um domínio pode ameaçar a integridade por afetar outro (INAN; ÜSTÜN, 2016).

Esses resultados sugerem que vários estressores conduzem a alterações no sono durante a hospitalização, como a dificuldade para iniciar o sono e a fragmentação dele, devido interferências de fatores interpessoais, ambientais, emocionais e patológicos. Além disso, essas alterações do sono são por si só, um fator estressor, que implicam no bem-estar das pessoas idosas. Esse estressor merece atenção dos enfermeiros, pois o sono auxilia na recuperação de funções físicas e proporciona a manutenção das linhas de defesa, enquanto o sono deficiente afeta negativamente a manutenção da homeostase (PARK; KIM, 2017).

Assim, esforços devem ser envidados para melhorar a qualidade do sono, a saber: avaliação das causas da insônia; ajuste de horários de medicamentos, como diuréticos; atenção à eliminação prolongada de drogas devido às mudanças fisiológicas inerentes ao envelhecimento e aos riscos de efeitos colaterais que prejudiquem o sono (MONTEIRO; CEOLIM, 2014). Ademais, o enfermeiro pode lançar mão de recursos não farmacológicos que contribuam para a boa qualidade do sono, a fim de evitar o uso de medicamentos sedativos.

Os participantes também mencionaram como estressoras aquelas situações em que eles atrapalham o sono e o descanso dos demais, pois experienciar o sentimento de culpa os incomoda.

Essa noite eu tive tanta tosse que quase não dormi, não deixei a filha dormir, nem a vizinha aqui do lado. Tentava não tossir ou tossir baixo, mas não conseguia. Não gosto de incomodar os outros do quarto, mas não consegui. E quando nós dormíamos, se não era tosse, era vontade de ir no banheiro ou era horário de medicação, e já acordava de novo (risos). Passamos a noite assim, dando umas cochiladas apenas (PI15, NE).

No estudo de Parvan et al (2013), compartilhar o quarto com um ou mais pacientes foi classificado, no ranking, como o segundo estressor interpessoal pelos participantes. Ainda, no que concerne a dividir o mesmo ambiente com outros pacientes e familiares, para algumas pessoas idosas **presenciar situações de urgência e emergência envolvendo outros pacientes** foi relatado como estressor, pois confrontam com a possibilidade que poderiam ser eles nessas condições.

A fulana passou mal, desde o começo da noite. Ficou bem mal. Era um entra e sai desse quarto, acho que nenhuma de nós conseguiu dormir, de preocupadas com ela [...] Eu achei, uma hora, que ela ia morrer de tão mal que estava [...] Desde sexta de noite, ninguém dorme bem nesse quarto. Primeiro foi aquela (mostra leito 10), que passou mal dois dias e depois morreu. Eu já tinha feito amizade com ela, porque estava aqui na minha frente. Depois aquela da ponta, você viu [...] Ficou ruim hoje, vocês correram tanto e não adiantou [...] Daí eu penso, quem será a próxima (risos, com expressão de medo) (PI7, NE).

Noite passada eu dormi muito pouco, eu fiquei triste, com medo [...] Eu sofri de ver a morte daquela paciente que estava naquela cama. Isso é o ruim de dividir quarto, porque tu conhece os outros, se apega e daí vê morrer [...] Foi muito triste! (PI12)

Os pacientes que já realizaram a cirurgia cardíaca não deveriam dividir o quarto com quem espera pela cirurgia. Ontem aquele senhor internou nesse leito aqui do lado, veio era quase noite da UCI e eu não sei que cirurgia ele fez. Mas ele ficou tão mal de noite, começou chorar, estava muito ansioso. Aí eu já fiquei ansiosa, porque ele precisou de atendimento da enfermagem e dos médicos por bastante tempo. Eu fiquei tão nervosa com a situação, que dormi muito mal a noite toda (PI13, NE).

Acontece que quando um vomita, a gente fica com náuseas também. Mas qualquer um pode vomitar [...] Eu viro para cá, para o lado da janela e procuro nem pensar, respiro fundo e passa. Aquela paciente fez uma cirurgia muito grande, está com todos aqueles aparelhos (monitor, bombas de infusão). De dia a gente nem escuta os alarmes, porque tem bastante barulho, mas de noite chega dar eco (PI22, NE).

Esses aspectos citados, como presenciar situações de urgência/emergência e a morte de outros pacientes provocaram tristeza nas pessoas idosas, pois de certa forma eles interagem e criaram vínculos. Quanto a isso, verificou-se que mesmo com a utilização de cortinas ou biombos entre os leitos, esse estressor foi referenciado por vários participantes, o que sinaliza um aspecto que demanda ações dos profissionais de saúde.

Apurou-se ainda, nas narrativas das pessoas idosas, que embora dividam o quarto com outros pacientes, muitos procuram permanecer restritos em seus leitos, a fim de manter sua privacidade. A exposição do paciente e, muitas vezes, a **curiosidade dos outros pacientes e familiares** diante de casos clínicos específicos (lesões, grandes cirurgias) incomodaram as pessoas idosas que foram observadas.

Eu fico mais nesse cantinho. Tenho minhas coisas aqui, deixo essa cortina fechada (PI9, NE).

Cada uma fica no seu canto (risos), mas a gente se conversa. Eu sempre deixo essa cortina fechada, mas converso com a fulana e com a ciclana. Eu só não gosto, quando a equipe vem ver minha perna ou quando vocês vem fazer o curativo que os outros venham espiar, sabe? Eu não fico cuidando os outros e não gosto quando vem aqui me espionar (PI12, NE).

Uma situação que me estressa, é quando o enfermeiro vem realizar o curativo e outras pessoas vem olhar, de curiosos mesmo. Ou quando vão me banhar e essa cortina não está bem fechada. Nesse sentido, sou velha chata, não gosto de ficar exposta ou de ver outros presenciando minha dor (PI30, NE).

Observou-se que em alguns quartos são hospitalizados homens e mulheres, sem divisão dos leitos por sexo. Essa condição, de dividir o espaço com pacientes de outro sexo incomodava as pessoas idosas e as deixava constrangidas, diante de procedimentos que expõe a privacidade.

Eu fico constrangido de estar no mesmo quarto que as mulheres. Às vezes eu fico envergonhado de ver elas fazendo procedimentos, aí eu saio do quarto, se posso. Eu tomo meu banho sozinho, mas essas aí tomam banho na cama. Nesses momentos eu procuro sair do quarto, porque é uma situação constrangedora e nem sempre eles trazem aquela cortina (PI21, NE).

Outro estressor interpessoal mencionado pelas pessoas idosas foi a **interferência na vida dos familiares**, principalmente dos filhos, devido a hospitalização. Para a maioria dos participantes desse estudo, depender da companhia e cuidados dos familiares no ambiente hospitalar foi considerado um estressor, pois se sentiam culpados pelo afastamento deles de suas atividades pessoais e profissionais.

Eu já cansei de estar aqui no hospital, a gente vê tantas coisas que vão preocupando [...] Eu sinto que estou melhor, a dor diminuiu, mas eu preferia estar em casa, com as minhas coisas [...] Aqui eu envolvo todas minhas filhas e, elas tem que trabalhar, sabe como é [...] Tem que sustentar a família! Eu fico preocupada, porque eu envolvo todas minhas filhas com isso (hospitalização). Elas trabalham e tem que vim, de lá para cá. É difícil! Mas elas não me deixam ficar sozinha (PI7, NE).

Preciso voltar logo para casa e liberar essa gente (filhas, netas) para voltarem às suas atividades (PI20, NE).

Além do tempo de internação, o que me preocupa é envolver toda família com meu problema de saúde. Meus filhos trabalham, minha filha tem que cuidar do filho [...] Isso me perturba, saber que estou interferindo na vida de todos eles (PI30, NE).

Minhas filhas não estão conseguindo trabalhar e isso tem me estressado, porque elas precisam dos empregos. Agora com o pai na UTI, elas devem estar sofrendo e eu não consigo dar o suporte que elas precisam. Isso me dói como mãe (PI13, NE).

Nessa última narrativa, a pessoa idosa se refere a **dificuldade de manter o papel** de mãe durante a hospitalização e, como isso é estressante para ela. Nesse aspecto, salienta-se que com o adoecimento e hospitalização, alguém assume a liderança da família e nesse caso, com pai e mãe hospitalizados, ela sente-se culpada por ter abandonado os filhos.

Além de necessitarem do acompanhamento dos filhos durante a hospitalização, as pessoas idosas nomearam a preocupação com a **dependência de cuidados após a alta hospitalar** como uma situação estressora. Essa assertiva foi relatada por duas pessoas idosas, que moravam sozinhas e eram independentes antes da hospitalização.

Fiquei feliz que disseram que estou bem e já vou para casa, mas me preocupo como que minha filha vai cuidar de mim. Eu moro sozinha, na cidade. Ela mora no interior e trabalha, tem os dois filhos pequenos [...] Não sei como vamos fazer [...] Essa sobrinha (que está acompanhando) quer que eu fique aqui na cidade, na casa dela, mas eu queria ir para minha casa [...] Mas é muito longe daqui. Pelo menos até o primeiro retorno eu acho que terei que ficar [...] Não sei para onde vou! Tu viu, o médico falou que eu ainda vou precisar de cuidados, de repouso, de curativos [...] Não posso ir para casa sozinha (PI22, NE).

A dependência de cuidados após a alta também foi relatada por pessoa idosa que residia sozinha e não tinha apoio dos familiares. Para ele, essa situação era a mais estressora, principalmente depois que foi comunicado que estava em condições de ter alta hospitalar.

Eles ficam pressionando minha alta, que se eu não for eu pego infecção [...] isso eu não entendo!!! Eu tenho que intensificar fisioterapia, porque eu sou sozinho em casa e ainda não estou firme no andador. E daí?! (PI3, NE).

Diante desse estressor, ressalta-se que é preciso considerar que nem todas as pessoas idosas que buscam atendimento e permanecem hospitalizadas dispõem de uma rede de suporte social (SOUZA et al., 2013). Nesses casos, cabe aos profissionais de saúde um olhar especial aquelas sem acompanhantes, na busca de articular estratégias interdisciplinares para promover o cuidado de acordo com as necessidades particulares de cada um.

Ademais, o afastamento do lar durante a hospitalização acaba influenciando negativamente nas atividades e responsabilidades familiares dessas pessoas idosas, situação que causa desconforto e preocupação.

Além disso, eu envolvo meus filhos para me cuidar. Sou separado, eu criei eles sozinhos. Eu fazia tudo dentro de casa. Cuidava da casa porque já sou aposentado. Cozinhas, lavava roupas. Agora não posso fazer nada disso e eu moro com minha filha, ela trabalha e estuda. Ela precisa de mim! Eu disse que eles nem precisam vir ficar comigo aqui, eu fico sozinho, consigo me cuidar [...] Assim, eu não atrapalho eles (tristeza) [...] (PI21, NE).

Eu não posso ficar muitos dias fora de casa. Dei férias para a empregada, minha cunhada trabalha dia todo e o marido está sozinho em casa, mas ele não consegue nem providenciar sua comida. As filhas estão revezando comigo, então durante o dia ele fica sozinho em casa e, ele já é idoso também. Me preocupo com ele (PI23, NE).

Tenho meu neto para cuidar. Eu que criei ele [...] Ele foi lá para casa pequeno, com o pai dele, e já está com 6 anos. Ontem ele me falou “vó tu vai para o hospital, mas por favor volte logo porque eu vou morrer de saudade”. Já estou sentindo falta dele, porque é meu companheirinho. Hoje ele ligou para desejar boa cirurgia, nem contei para ele que será só semana que vem, para não deixa-lo triste [...] (PI27, NE).

Conforme as falas, **estar incapacitado para exercer o seu papel na família** foi citado como estressor pelas pessoas idosas. Em estudo que caracterizou os estressores envolvidos na internação de pacientes, inclusive com mais de 60 anos, em Unidade Coronariana, esse estressor ocupou o terceiro lugar no ranking de classificação decrescente (MEMBRIVE et al., 2017). Mesmo que em unidades hospitalares diferenciadas, a hospitalização provoca uma ruptura no seu viver diário e afasta-a do trabalho e de suas atividades de rotina, considerado estressor por não cumprir seu papel e por romper vínculo com a família e círculo social.

O vínculo familiar representa para a pessoa idosa um componente fundamental para o seu bem-estar, pois por meio dele encontra apoio e intimidade para as diversas situações com as quais se depara e relações que asseguram um espaço de pertencimento com os familiares. Acredita-se que a pessoa idosa, principalmente quando internada, necessita da presença da família tanto quanto possível, para garantir-lhe mútua segurança emocional, resultando em uma resposta reforçadora do cuidado/tratamento (VIEIRA, 2007).

A hospitalização e o **afastamento de seus vínculos familiares e ambientais** despertam nas pessoas idosas sentimentos de saudade, tristeza, solidão e isolamento, também percebidos como estressores.

Me sinto deprimido de saudade da família. Meus filhos vem me visitar, fica sempre um comigo, não me deixam sozinho, mas não é mesma coisa de casa (PI5, NE).

Estou com saudade das minhas coisas, dos meus bichinhos, da minha netinha e da velha (esposa). Fiquei aqui esses dias preocupado com ela, porque ela não consegue se cuidar totalmente sozinha, tomar remédios, cuidar da alimentação, ir comprar o que falta [...] Os vizinhos ajudam, mas não é a mesma coisa! Eu fico preocupado com ela sozinha de noite em casa (PI10, NE).

Eu tenho gatos e cachorros, estou com uma saudade deles que eu nem sei [...] São os meus companheiros, porque o filho sai cedo para trabalhar e só volta de noite. Recomendei ele que cuidasse bem dos bichinhos (PI12, NE).

Já sinto saudades de casa [...] Em casa tenho as minhas plantas, meus pássaros, meu neto para cuidar. Passo o dia envolvida com minhas atividades e aqui o tempo não passa! Eu tenho um neto de três anos que é um grude comigo. Estou morrendo de saudades dele [...] Imagine a falta que ele está sentindo (silêncio) (PI13, NE).

Acho que quando estamos no hospital, quase tudo estressa. Eu queria mesmo era estar em casa, tenho meus cachorros para cuidar e estou com saudade dos netos. É muito longe daqui que eles moram, minha filha vem ficar comigo, mas eles ficaram com o pai, porque são pequenos (chora) (PI22, NE).

Quando estou aqui, fico pensando só em estar em casa. O filho e a nora cuidam de nossa propriedade, mas eu preferia estar lá. Nós temos um netinho, de seis anos, que vive lá em casa. Quando ele desce do transporte escolar já sai gritando “vô, vô... cheguei!”. Aqui eu sinto uma falta dele que não sei nem explicar (choro) (PI27, NE).

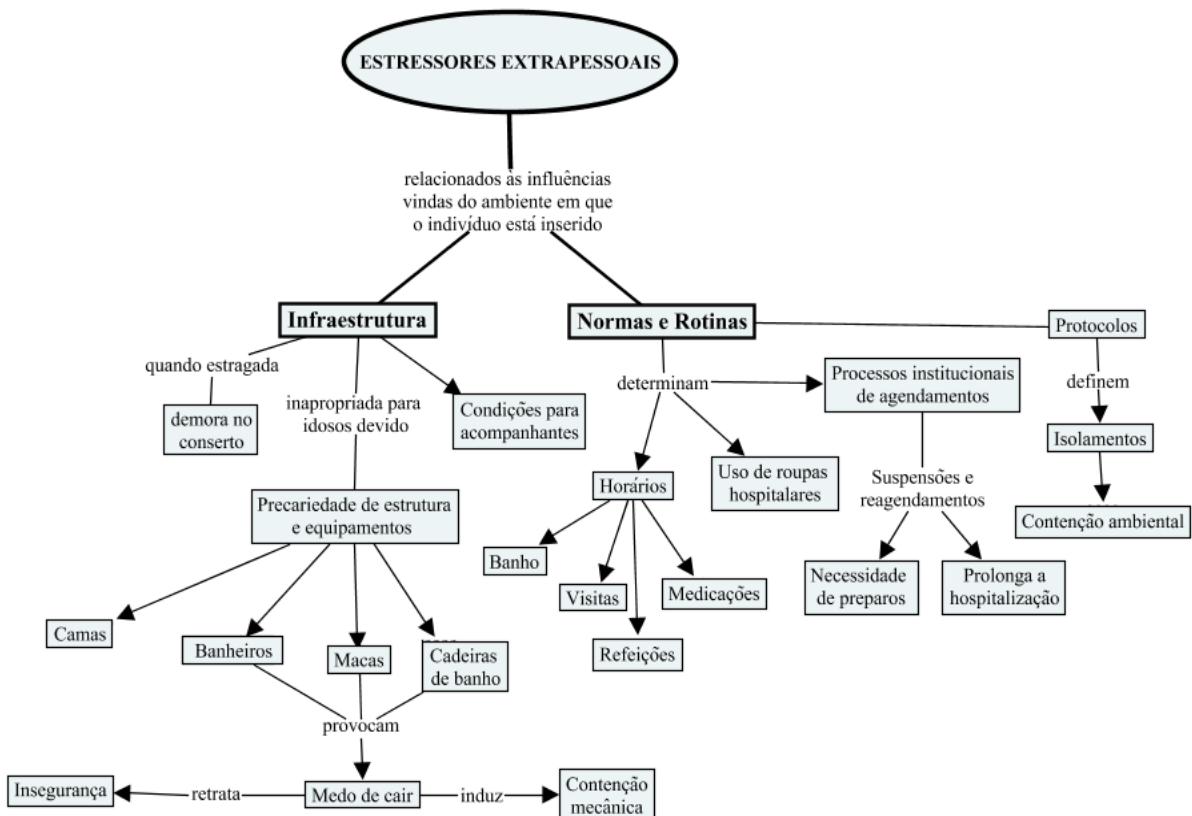
Esses resultados retratam que mesmo que a pessoa idosa se adapte à situação de doença e à necessidade de ser hospitalizada, o afastamento do lar e de seu círculo social é uma situação estressora. Em estudo que buscou conhecer as alterações emocionais decorrentes da hospitalização, as pessoas idosas referiram sentirem-se tristes diante do afastamento de pessoas do convívio rotineiro (SOARES; CUSTÓDIO, 2011). Além disso, o distanciamento do lar e das atividades que eram executadas impacta emocionalmente esses indivíduos, de forma negativa.

Diante desses resultados, é importante que os profissionais de enfermagem atentem para esses estressores, revejam seus conceitos sobre as pessoas idosas e questões éticas que permeiam o cuidado, ultrapassando as abordagens ancoradas nas questões clínico-curativas dos problemas. Assim, é possível compreender a totalidade, as respostas humanas e necessidades da pessoa idosa para o alcance de uma assistência humanizada ao ser humano que envelhece. Por conseguinte, o enfermeiro, enquanto profissional que educa e intervém, deve ajudar a pessoa idosa a lidar também com o ambiente criado após o contato com os estressores, a mobilizar as variáveis do sistema para criar um efeito isolador e protetor, pelo fortalecimento das linhas de defesa, que irão auxiliar na manutenção do bem-estar.

6.2.3 Estressores Extrapessoais

Os estressores extrapessoais são todas as interações que ocorrem fora do organismo do cliente, ou seja, são aqueles relacionados às influências vindas do ambiente em que o indivíduo está inserido (NEUMAN, 2011). Dessa forma, nessa categoria são apresentados os estressores decorrentes da **infraestrutura hospitalar** e das **normas e rotinas institucionais**.

Figura 10 - Mapa conceitual ilustrativo da síntese dos estressores extrapessoais. Brasil, 2017.



Fonte: Dados da pesquisa.

Para a implementação da prática assistencial é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura adequada, com disponibilidade de equipamentos, profissionais capacitados e de materiais de insumos suficientes à assistência prestada. Todavia, os serviços de saúde ainda não estão adequadamente preparados para atuar mediante as particularidades das pessoas idosas. Em todos os espaços de atenção à saúde, são visíveis dificuldades na gestão e operacionalização de estratégias inovadoras e efetivas que contemplem prioridades dessa população (MEDEIROS; MORAIS, 2015).

A hospitalização implica na retirada da pessoa idosa de seu ambiente familiar e inserção em um local regido por normas, determinadas por pessoas desconhecidas (SANTOS et al., 2017). Essa condição pode ser traduzida como uma situação estressora, complexa, peculiar e potencialmente perigosa para elas, por provocar o declínio ou perda da capacidade funcional (LOURENÇO et al., 2014). Nesse ínterim, se as rotinas forem previamente formatadas, independente dos contextos e particularidades dos pacientes, as ações implementadas não conseguem dar conta das necessidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais das pessoas idosas, o que reflete na vivência de situações estressoras.

Nessa perspectiva, verificou-se que algumas situações relacionadas à **infraestrutura hospitalar** foram citadas como estressoras, pois em algum momento interferiram na manutenção do bem-estar das pessoas idosas.

Lá em baixo (Pronto Socorro) a maca não era muito confortável! Tinha um colchãozinho fino e aí eu comecei sentir as ferragens, assim aqui de baixo (mostra a região lombar). Eu me virava na maca, mas as enfermeiras falavam que eu tinha que ter o cuidado. Sentar na maca tinha que ser bem no meio para ela não virar, porque tinha possibilidade de virar [...] Quando eu ia descer a esposa trazia uma cadeira ou um banquinho, e eu descia bem devagar, me cuidando, com medo de cair. De noite, eu tinha medo de dormir e cair daquela maca (risos) (PI2, NE).

Tem algumas coisas que me deixaram abalado. Por exemplo, quando eu cheguei e fiquei lá no Pronto Socorro, um lugar abafado, corriam com a maca de um lado para o outro [...] Aquilo me marcou, era muita gente [...] Era muita coisa! (PI5, NE).

Eu me senti muito triste quando fiquei internado no Pronto Socorro, naquela maca estreita e alta. Aquilo lá parece um labirinto, eu me sentia perdido sem saber o lado que nascia o sol [...] O banheiro era muito longe, era difícil de chegar até lá de cadeira de rodas (PI17, NE).

Verificou-se nos excertos das falas dos participantes o tempo de espera pela internação em local e condições inapropriadas. Essas questões apontadas em relação à infraestrutura inadequada impossibilita a efetivação de um importante princípio do SUS, que é a integralidade. A estrutura física inadequada, à medida que dificulta a aplicabilidade desse

princípio, impossibilita a obtenção de bons resultados nas ações de saúde, interfere na continuidade do cuidado à saúde e desvaloriza o cuidado de enfermagem.

Nessa conjuntura, estudo evidenciou diversas fragilidades no atendimento a pessoas idosas em unidade de emergência, dentre as quais se sobressai as inadequações da estrutura física para o cuidado, o que por sua vez dificulta as ações de enfermagem e limita a independência dentro de seus potenciais (NASCIMENTO et al., 2015). Além do mais, uma estrutura física inadequada compromete a segurança do paciente, conforme abordado pelo Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo MS (BRASIL, 2013b). Ainda, conforme evidenciado nas narrativas, um ambiente desconhecido, pouco iluminado pode favorecer a desorientação espacial das pessoas idosas.

Geralmente, nessas unidades, as acomodações oferecidas às pessoas idosas são inapropriadas considerando a perda de massa e força muscular advindas com envelhecimento, além de favorecer o risco de quedas, expresso pelo participante como **medo de cair**.

Eu sofri muito quando estava lá em baixo (Pronto Socorro). Fiquei aqueles dias naquela maca estreita, fina, que eu nem podia me mexer com medo de cair. Agora essa cama está melhor, mais macia, mais larga (PI9, NE).

Antes de vim para esse leito eu fiquei uns 15 dias no Pronto Socorro, que para mim foram os piores dias. Eu fiquei uns dias até na maca, antes de conseguir uma cama. Aí você imagina, eu ficar numa maca estreita, gordinha desse jeito e com dificuldade de me movimentar, foi muito difícil. Eu tinha muito medo de cair [...] (PI12, NE).

Concernente às quedas em pessoas idosas hospitalizadas, sabe-se que elas estão mais relacionadas aos fatores cognitivos e ambientais, do que com a quantidade de caminhada realizada por estes pacientes durante o período de hospitalização (SANTOS et al., 2016). Assim, como as quedas estão associadas a causas multifatoriais, envolvendo tanto os fatores intrínsecos como os extrínsecos (ausência de material antiderrapante no piso, cama sem grades, cama alta e ausência de barra de segurança), é imprescindível a adequação dos serviços para o atendimento de pessoas idosas, de forma a garantir a segurança delas, minimizar os estressores e proporcionar o bem-estar.

Quando se discute a segurança do paciente no ambiente hospitalar e o risco de quedas, ainda é notória a cultura de que a contenção mecânica proporciona benefícios ao paciente. Relacionado a essa situação, verificou-se que, diante de quadros clínicos de agitação psicomotora algumas pessoas idosas foram contidos no leito, situação essa considerada intensamente estressora.

Me deixaram presa na cama (contida no leito), porque eu agitava muito e queria fugir. Quando eu acordava e me sentia presa, com dor, eu ficava muito mais agitada [...] Disseram que era para minha segurança, mas é muito ruim. A gente não pode nem coçar o rosto, se for preciso. Eu sempre ficava contida de noite, porque eu precisava ficar no leito, com todos aqueles aparelhos. Aqui nesse quarto também [...] Me deixavam presa na cama e com essas grades erguidas. Isso é horrível! A gente já se sente presa no hospital, ainda mais atada na cama (PI19, NE).

Salienta-se que a **contenção mecânica no leito** é, ainda, uma técnica bastante utilizada com a intenção de preservar a integridade do paciente, embora não existam evidências científicas sobre os benefícios dessa conduta. Entretanto, deve ser considerado o impacto psicológico dessa conduta e a dignidade do paciente ante a contenção (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014). Isso porque, além das consequências negativas significativas na esfera funcional, emocional e social, a utilização de meios de contenção em pessoas idosas está associada à elevação dos índices de morbidade e mortalidade e, em contrapartida, os modelos assistenciais que utilizam intervenções alternativas potencializam as circunstâncias de proteção à vida e à saúde (MENEZES; SANTANA; CIMADOR, 2016).

Os participantes também relataram preocupação com as **condições que os filhos encontram para manterem-se no hospital**. Assinalaram como desgastante o acompanhante permanecer durante toda a noite mal-acomodado, sentado na cadeira disponibilizada para ele.

Além de tudo, minha filha tem que largar tudo que está fazendo para vir comigo. Isso me incomoda! Se eu pudesse vir sozinha, sem incomodar ninguém seria mais fácil. Mas eles não deixam [...] Sempre vem um ou outro! De noite, quem fica aqui comigo nem dorme direito, porque essa cadeira é desconfortável e cada vez que eu preciso ir no banheiro, tem que me acompanhar (PI15, NE).

Eu me preocupo com o filho que tem que dormir aqui do lado, nessa cadeira ruim, mal acomodado, e ir trabalhar no outro dia. Eu posso dormir de dia, mas ele não. Essa poltrona é ruim para dormir, não deita direito. Ele dorme muito mal e, eu só tenho ele para ficar aqui comigo de noite, porque os outros moram longe (PI11, NE).

Agora que eu vim para esse quarto estou em um cama confortável, me sinto bem acomodado. Mas, o que me preocupa é ver minha esposa e filha, dormindo nessa cadeira [...] Eu não posso ficar sozinho, preciso sempre de uma delas aqui, mas o que elas passam nessas cadeiras não é fácil [...] Para tomar banho, também, elas precisam descer naqueles banheiros lá do térreo, sempre tem fila [...] (PI18, NE).

A maioria dos idosos estavam acompanhados, entretanto foi percebido que não havia uma rotatividade de acompanhantes. Essa situação também preocupou os idosos porque os acompanhantes ficavam por vários dias no hospital e, em alguns era visível o desgaste físico e emocional (PI15, NO).

Nessa conjuntura, destaca-se que o Estatuto do Idoso enfatiza, no artigo 16, que é assegurado à pessoa idosa internada ou em observação o direito a acompanhante, e o órgão de saúde deve proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral

(BRASIL, 2013a). Entretanto, constatou-se que embora seja permitido a permanência de acompanhante em tempo integral, as condições disponíveis para ele não são adequadas, principalmente no que se refere a cadeiras e banheiros e, isso preocupou os participantes.

Outras condições relacionadas à **precariedade de estrutura física e equipamentos** foram aludidas pelas pessoas idosas como estressoras e, igualmente merecem ser destacadas.

Eu já me sinto firme no andador, mas acontece que no banheiro tem pouco espaço, é estreito e tem aquele degrau no chuveiro, mas não foi nada [...] Só um susto! Desequilibrei e quase cai (PI3, NE).

E só não consigo entrar sozinha no chuveiro porque esse banheiro é muito estreito para a cadeira de banho, é ruim de entrar [...] Teriam que dar um jeito nisso. E essa cadeira de banho é estreita, eu me sinto apertada quando sento nela. São todas assim, eu queria uma mais larga, mas não tem (PI12, NE).

A porta do banheiro, por exemplo, não tem trinco (chaves) aí tu está lá fazendo tuas necessidades e um homem entra. É uma situação muito constrangedora (PI13, NE).

Essas narrativas mostram a necessidade de algumas mudanças na estrutura física e adequações de equipamentos, a fim de adaptar o ambiente e assim, atender os direitos das pessoas idosas. Sobre isso, o Estatuto do Idoso, em seu artigo 48, inciso I, aborda que instituições são responsáveis por oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança (BRASIL, 2013a). Quando essas premissas não são cumpridas, elas comprometem a assistência humanizada, acolhedora, resolutiva e interferem diretamente na capacidade funcional da pessoa idosa e, em consequência disso, resultam em desgaste físico e emocional.

Assim, durante a hospitalização da pessoa idosa, é fundamental estabelecer um ambiente acolhedor, seguro e confortável. É importante que a equipe saiba que devido às alterações relacionadas à senescência, a pessoa idosa, apresenta reações diferentes ao ambiente, como maior sensibilidade às mudanças de temperatura, fragilidade cutânea e maior risco de infecções (OLIVEIRA et al., 2016). Alguns participantes falaram de **situações que apresentaram maior sensibilidade ao frio** e mencionaram a dificuldade encontrada para entrarem em um consenso.

Só que o banho na cama também é ruim [...] Minha tosse piorou, acho que foi do frio que senti hoje de manhã. Era bem cedo da manhã e demorei no banho (leito). Tem umas frestas na janela que entrava um vento frio, com correntes de ar (I9, NE).

Quando janelas e portas ficam abertas, tem muita corrente de ar e fica frio, mas sempre tem umas calorosas, até da equipe de enfermagem [...] Essa janela já causou brigas aqui no quarto. A gente tenta fazer um consenso, mas nem todos entendem as diferenças. Eu, por exemplo, sinto muito frio (I28, NE).

Convergente com esse resultado, a situação de permanecer e dormir em um ambiente mais quente ou mais frio que o desejado foi citado como estressor por Kalani (2017). Essas alterações podem ser justificadas pela perda de conteúdo de gordura subcutânea e, conseqüente redução na espessura das dobras da pele, o que causa um declínio no isolamento natural do corpo (ELIOPOULUS, 2019). Diante disso, é importante que, os profissionais que cuidam das pessoas idosas hospitalizadas conheçam essas alterações que perpassam com o envelhecimento, a fim de fundamentarem suas ações em conhecimentos científicos, humanos e éticos.

Outro estressor relacionado à estrutura física mencionado pelos participantes foi a impossibilidade de chamar a equipe de enfermagem, principalmente durante a noite, pela **falta de campainhas**. Essa situação estressora foi relatada, especialmente por aqueles que permaneciam, contínua ou momentaneamente, sem acompanhantes, impossibilitados de saírem do leito e que não queriam incomodar o acompanhante de outros pacientes.

[...] quando eu fazia remédio na veia, eu dormia e acordava, até terminar. Eu ficava cuidando para quando acabasse o remédio chamar, mas daí não tinha como chamar, porque tu vê, eu não saio da cama e essas campainhas não funcionam (PI3, NE).

Eu não posso ficar sozinho. Quando minha esposa sai do quarto, para fazer qualquer coisa, se eu precisar eu não tenho como chamar, porque não tem campainhas. Só se eu gritar (risos) (PI18, NE).

Esses estressores podem ser associados à precariedade da rede assistencial hospitalar e, dessa maneira algumas medidas para reduzir os estressores dependem da gestão e de recursos financeiros para adaptações. Em contrapartida, outros estressores demandam muito mais do que recursos financeiros, de organização e planejamento. A esse respeito, acrescenta-se que em estudo realizado sobre a atenção à pessoa idosa hospitalizada, nas capitais brasileiras, foi verificada deficiências estruturais para atender com qualidade o binômio pessoa idosa e familiar-acompanhante (LIMA et al., 2010).

Além das condições de infraestrutura, o hospital tem seus processos de trabalho e de cuidado normatizados, e toda essa conjuntura pode desencadear tensões nas pessoas idosas.

Meus dias aqui no hospital não estão sendo fáceis, mas eu acho que vou suportar. No começo estranhei bastante, mas agora já estou acostumando com essa rotina de exames, procedimentos, jejum [...] A gente estranha muito essa rotina (PI1, NE).

[...] eu tenho dormido muito mal. Eu passo me virando! O ambiente me incomoda, a cama e isso aqui (punção venosa periférica) me incomodam para dormir. A gente demora para se ambientar (PI2, NE).

[...] às vezes a gente está quase dormindo e alguém entra e acende a luz para medicar, aí já se vai o sono [...] Às vezes é a luz, às vezes um chama que está com dor, outro que acabou o soro e assim passa a noite [...] Eu peço remédio para dormir, porque o médico deixou, que se precisar é só pedir e elas me trazem (PI5, NE).

Seria melhor se fosse na minha cama e na minha casa. Esse colchão gruda nas costas da gente, quando ficamos na mesma posição por muito tempo. Outra coisa, esses carros de medicação fazem muito barulho de noite, parece que estão desmontando. Não tem como fazer um sono bom, restabelecendo aqui (PI29, NE).

Constatou-se nas narrativas dos participantes que eles demoram em adaptarem-se as rotinas que regem o cuidado no ambiente hospitalar. Como já discutido anteriormente, vários fatores ambientais perturbam o bem-estar da pessoa idosa, principalmente durante a noite, como situações que interrompem ou retardam o sono e o repouso. Essas situações foram mais recorrentes nos casos em que elas estavam acomodadas em enfermarias, dividindo o espaço com mais quatro pacientes.

E aquele paciente passou a noite agitado, várias vezes vieram fazer medicação nele [...] Cada vez que acendiam a luz, eu acordava. Dava uma cochilada e acordava. Assim, foi noite toda. Mas, ele não estava bem, precisava de vocês, eu entendo [...] Poderia ser eu! (PI10)

Essas narrativas confluem com o estudo de Dias et al (2015), que assinala que durante a hospitalização a pessoa idosa é exposta a um ambiente completamente estranho, onde rotinas e normas controlam e determinam suas ações. No que se refere à **permanência em um leito diferente da sua cama**, essa situação foi igualmente mencionada em outros estudos como estressora pelos pacientes (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015; KALANI, 2017; MEMBRIVE et al., 2017).

Algumas condições, que parecem ser rotineiras para os profissionais, incomodaram as pessoas idosas, como foi o uso de roupas (camisolas, pijamas) fornecidas pelo hospital durante a hospitalização.

Eu prefiro usar as minhas [...] Mas, é rotina aqui no hospital usar esses pijamas [...] Hoje vou receber visita! Minha esposa e minha neta vêm me visitar, aí eu preferi vestir minhas roupas, se não minha neta pode não me reconhecer (risos). Quando está mais frio, coloco esse pijama que vocês trazem e meu casaco por cima, porque esses daí são de manga curta (PI10, NE).

Agora que estou melhor, até essa roupa que a gente usa eu acho estranha. Preferiria usar os meus pijamas, mais quentinhos, mais confortáveis, mas a rotina é de usar essa roupa (PI29, NE).

Diante dessas narrativas, pontua-se que alguns participantes do estudo sentiram-se incomodados com o **uso das roupas fornecidas pelo hospital** enquanto outros não mencionaram tal situação como estressora. No estudo de Kalani (2017) os participantes também mencionaram que “ser forçado a usar roupas hospitalares” é estressante. Quanto a isso, observa-se no cotidiano hospitalar que a prática da escolha é limitada, principalmente porque o hábito da dependência é uma concepção muito evidente, especialmente com pessoas idosas (MEIRELES et al., 2010). Ante o exposto, sugere-se que elas sejam consultadas sobre sua preferência de vestimenta, antes de determinar o uso rotineiro de roupas hospitalares.

Além do estresse de estar longe de casa, a **necessidade de permanecer em jejum para realização de exames e procedimentos**, que algumas vezes foram suspensos, foi citado pelas pessoas idosas como uma situação estressora. Ressalta-se que esse estressor foi mais evidenciado entre aquelas que permaneceram em jejum por várias vezes e que não tiveram os exames ou procedimentos realizados, tanto por motivos clínicos quanto organizacionais (equipamentos estragados, falta de materiais específicos).

[...] Estou sem comer desde a meia noite! Ontem já esperei sem comer o dia inteiro e não fiz o exame. Tomara que hoje eu consiga fazer [...] Acho que é um ultrassom ou uma tomografia, me parece que é isso! (PI6, NE).

[...] O que me incomodou foi a demora para fazer o cateterismo. Fiquei dois, três dias em jejum, esperando fazer e nada. Passou um dia, dois dias [...] Até que saiu! Então o que me estressou mais é ficar nessa espera. Tu acha que faz o exame hoje, daqui a pouco vem alguém e diz que foi suspenso. Outros dias até a depilação eu já tinha feito (risos) e não saiu [...] Depois tive que fazer tudo de novo (PI8, NE).

Eu me senti incomodado com isso [...] Parece até um desrespeito com uma pessoa da minha idade. Eu fiquei em jejum, esperando pelo exame, desde às 20 horas do outro dia até às 16, para você ver [...] Esperei todo esse tempo e não fiz o exame. É isso que me deixa triste! E se eu fosse diabético?! (PI10, NE).

A demora para a realização de exames diagnósticos e procedimentos anestésico-cirúrgicos, devido a processos institucionais de agendamento, suspensões e reagendamentos tem sido recorrente no cenário do estudo. Essa situação, além de estressar as pessoas idosas e familiares implica diretamente no tempo de hospitalização e no enfrentamento de novas situações estressoras.

Eu fico ansiosa por causa dessa demora para realizar a arteriografia, porque o tratamento depende do resultado desse exame (PI1, NE).

[...] Eu esperava na próxima semana já estar em casa e agora, a cirurgia só vai ser na próxima semana. Eu nem ouvi direito porque não poderá ser amanhã ou quinta [...] (PI5, NE).

Outra situação nomeada que postergou o tempo de hospitalização e estressou as pessoas idosas foi o **atraso no preparo e administração de medicamentos**, especialmente quimioterápicos.

[...] Eu não sei por que eu não comecei a medicação ontem, porque aí sábado eu iria para casa. Agora, vou começar só de tarde e termino só domingo, porque cada bolsa é de 22 horas. Vou chegar em casa domingo de noite. Eu não esperava por isso, ter que ficar um dia a mais aqui (PI4, NE).

Às vezes não tem leito, demoram para conseguir, aí a gente espera ali na sala de TV mesmo, isso é um pouco chato [...] Porque daí tem que ficar esperando, atrasa para iniciar, atrasa para ir embora, atrasa tudo (PI11, NE).

Constatou-se que toda situação que prolongou a internação foi referida como estressora pelas pessoas idosas. Isso reitera o quanto **estar longe de casa** é estressante e influencia na sensação de bem-estar, resultado ratificado por estudo com 700 pacientes adultos e idosos hospitalizados (CHHARI, MEHTA, 2016). Da mesma forma, pesquisa revelou que estar longe de casa e de “seus negócios” ocupou o primeiro lugar no ranking de estressores extrapessoais entre pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (PARVAN et al., 2013).

Semelhante a preocupação de estar longe de casa, **afastar-se do trabalho** foi aludido pelas pessoas idosas como uma situação estressora, que além do desgaste emocional pode trazer repercussões financeiras, uma vez que muitos deles mantinham uma atividade remunerada, embora aposentados.

[...] O que tem me incomodado, preocupado é que eu estou construindo para os filhos. Eu aproveito o final de semana, porque eles ganham pouco e eu estou fazendo uma casa para dar para eles. E aí nesse meio tempo, em que eu estive aqui, eu perdi um feriadão de trabalho [...] (PI2, NE).

Essa dor me incomoda muito, por isso estou todos esses dias parado, sem poder trabalhar. Eu sou auxiliar de pedreiro, faz dias que não posso trabalhar, daí meus irmãos estão me ajudando, porque não tenho outra entrada de dinheiro (PI9, NE).

Tenho essa idade, mas não me sinto velho. Agora, depois da cirurgia, que precisei de cuidados e parei de trabalhar, porque antes sempre cuidava da casa e ainda fazia uns extras. Sempre fui trabalhador e agora me vejo parado. É estranho um homem se ver assim, ainda mais eu, que fui pai e mãe (PI21, NE).

Os participantes citaram que o cumprimento de horários pré-determinados pela rotina hospitalar faz com que eles sintam-se presos nesse espaço, pois isso impossibilita que eles saiam dos quartos e da unidade.

Sempre tinha um exame para fazer, uma medicação, então é uma rotina diferente de casa, que a gente demora acostumar. Tem hora de banho, visitas, de dormir (risos). Não que isso seja ruim, mas atrapalha os nossos hábitos. Parece que a gente fica preso a isso! Preso nesse sentido, nem pude sair caminhar e o exame não foi feito (PI10, NE).

Eu tenho me sentido presa aqui, porque são várias medicações que eu tenho que fazer. Tenho um antibiótico de 4/4 horas, quando acaba um já tem o outro para fazer (risos). Estou presa aqui (PI12, NE).

Ninguém gosta de ficar internado, mas quando precisamos não tem o que fazer. A gente demora acostumar com o ambiente, com as rotinas porque em casa a gente fica bem à vontade. Aqui é tudo na hora certa: banho, café, remédios, almoço, janta [...] Eu estranhei a janta, porque vem bem cedo da noite. Depois dá um bom período em jejum. Aos poucos a gente vai acostumando com isso tudo regrado (PI14, NE).

A **adaptação aos novos horários** para AVDs foi percebida pelas pessoas idosas como estressora, resultado convergente com o estudo de Soares e Custódio (2011). Não obstante, esses autores também verificaram que **não escolher a alimentação** foi referido como uma situação estressora por 72,8% dos participantes (SOARES; CUSTÓDIO, 2011), resultado corroborado pelo presente estudo.

Eu como muito pouco aqui no hospital, a comida é com pouco sal, os horários são um pouco diferentes que os que eu fazia as refeições em casa. A janta vem muito cedo, depois de noite a fome chega [...] (PI6, NE).

Além de sentirem-se presos nos quarto as pessoas idosas relataram a dificuldade para passar o tempo ocioso, bem como a falta de atividades de lazer e distração no ambiente hospitalar. Verificou-se que algumas delas assistiam televisão, ouviam rádio, jogavam cartas com outros pacientes, saíam para o pátio e faziam crochê, mas para a maioria, os momentos de lazer se restringiam as conversas com familiares e visitantes.

Eu acho falta da televisão também, porque eu não consigo mais ir à igreja, é muito ruim de cadeira de rodas, aí eu assisto as missas na TV. Eu gosto, é quase a mesma coisa das missas daqui (PI4, NE).

Eu fico muito parado aqui no hospital. Não tem o que fazer [...] Eu assisto um pouco de televisão lá na sala, caminho um pouco nos corredores para fazer as fisioterapias, desço e subo um lance de escadas. Mas, tirando isso eu não tenho o que fazer [...] Quando o fulano estava aqui, nós jogávamos carta! Agora, nem isso tem (PI17, NE).

Diante desse cenário, pontua-se que a ocupação do tempo ocioso com atividades que propiciem prazer mostra-se uma estratégia favorável para minimizar os efeitos negativos da hospitalização, uma vez que estimula a inter-relação com seus pares e profissionais de saúde (JANNUZZI; CINTRA, 2006). Nesse sentido, infere-se que a equipe multiprofissional

poderia incentivar a pessoa idosa para executar atividades que ele estava acostumado a fazer em casa, a fim de promover o bem-estar e a recuperação, respeitando a individualidade de cada um. À enfermagem cabe estar atenta para identificar essas demandas e implementar atividades que se adaptem aos serviços e resultem em atendimentos cada vez mais humanizados e de qualidade (LIMA JÚNIOR et al., 2015).

Alguns fatores motivadores de limitação social, como a **necessidade de isolamento de contato** em pessoas idosas com culturas positivas para microrganismos multirresistentes ou que tiveram contato com pacientes infectados, foi interpretada como uma situação estressora pelos participantes do estudo.

[...] na hora que me falaram desse isolamento (isolamento de contato) me deu um pavor de pensar que eu também poderia estar com essa bactéria. (PI1, NE).

[...] A única coisa ruim é que não posso caminhar no corredor (isolamento de contato). A fisioterapeuta mandou eu caminhar para recuperar a força das pernas, mas só posso ir da porta até a janela [...] (PI6, NE).

Meu esposo está internado aqui na unidade do lado, já faz cinco dias, mas eu não posso ir visitá-lo, porque estamos em isolamento nesse quarto. A fulana, aqui desse leito (frente) está com uma bactéria no escarro, então todos nós não podemos sair do quarto. Eu não posso nem sair no corredor para caminhar. Estamos presos aqui dentro, sem previsão de nos libertarmos (PI13, NE).

Diante desse resultado, considerando que o enfermeiro ocupa uma posição estratégica e um papel essencial na assistência, torna-se necessário que este avalie o entendimento da pessoa idosa sobre as orientações e os cuidados recebidos (LIMA JÚNIOR et al., 2015). Portanto, além de realizar as orientações sobre as necessidades de cuidado é essencial que as pessoas idosas compreendam os motivos de determinadas ações, como por exemplo, a instituição de precauções de contato durante a hospitalização. Considera-se que o conhecimento sobre as intervenções pode minimizar o seu impacto estressor.

Ademais, as orientações sobre as rotinas estabelecidas são primordiais para um cuidado humanizado, inclusive sobre procedimentos executados. Assim, a implementação de medidas que erradiquem os fatores estressores modificáveis e minimizem os não modificáveis pode otimizar a humanização no ambiente e facilitar o alcance dos objetivos terapêuticos propostos (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015).

Embora seja uma rotina a coleta de cultural (swab retal) diante do contato da pessoa idosa com paciente infectado por microrganismos multirresistentes, nem sempre é explicado a eles como o exame é realizado. A narrativa a seguir, exemplifica a falta de esclarecimentos sobre o procedimento que seria realizado.

Nós coletamos o exame para vermos se fomos contaminados com a bactéria. Que examezinho chato aquele, muito constrangedor (sawb retal). Eu achei que era de outro tipo esse exame. Não sabia que era assim! Não gostei [...] (PI13, NE).

Diante do exposto, verificou-se que as pessoas idosas hospitalizadas foram expostas a fatores extrapessoais potencialmente estressantes e sofreram com as rotinas e protocolos, consolidados ao longo da história das instituições hospitalares, os quais podem afetar a evolução e o prognóstico da doença. Neste estudo, os estressores extrapessoais foram percebidos em menor frequência do que os intra e interpessoais, entretanto eles merecem ênfase, em sua identificação e eliminação, com base nas necessidades das pessoas idosas.

Constatou-se que o distanciamento do ambiente de domínio habitual incomoda as pessoas idosas com relação às mudanças territoriais, alterações no espaço pessoal e antigos hábitos, além de interferir no tomada de decisão, resultados também encontrados por Soares e Custódio (2011). Dessa forma, a situação de isolamento que a hospitalização provoca pode representar uma situação limite, o que torna a pessoa idosa menos receptiva ao profissional e mais reativa ao tratamento (OLIVEIRA et al., 2016). Diante disso, é indispensável que seja proporcionado um ambiente mais amistoso e apropriado, o que muitas vezes inclui mudanças e adaptações na organização física das enfermarias.

Entretanto, observa-se baixos investimentos e recursos financeiros do hospital, característica de muitos hospitais públicos do país, o que por sua vez acaba interferindo no processo terapêutico dos pacientes, especialmente das pessoas idosas. As questões relacionadas às normas e rotinas da instituição, também foram apresentadas como estressoras. Essas, quando possível poderiam ser menos rígidas, e os profissionais deveriam adequá-las quando percebidas como estressoras, a fim de manter o bem-estar das pessoas idosas.

A identificação dos estressores ambientais e a proposição de estratégias para controlá-los, resulta em cuidados qualificados baseados em evidências (KHATIBAN et al., 2016). Isso é possível quando o MSN guia a coleta de dados para identificação estressores, permitindo sua compreensão e direcionando a melhoria do processo do cuidado, para a manutenção do bem-estar das pessoas idosas. Assim, a enfermagem por estar mais próxima durante a hospitalização é capaz de identificar as situações vivenciadas que lhe causam desconforto, angústia, entre outros, procurando minimizar os estressores extrapessoais.

6.3 DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS

A análise aprofundada e crítica dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, viabilizou a identificação de 74 DE, dentre esses, sete foram considerados prioritários, pois abarcaram em suas CD e/ou FR esses estressores, de forma similar nas pessoas idosas hospitalizadas. A utilização do MSN favoreceu essa identificação, que de acordo com Skalski; Digerolamo; Gigliotti (2006), os dados resultantes da avaliação mediante esse modelo fornecem a base para a formulação dos DE, planejamento de RE sensíveis à enfermagem e IE, usando taxonomias padronizadas.

Além de representar o julgamento clínico do enfermeiro, os DE podem prever a dependência dos pacientes e a complexidade dos cuidados. Consequentemente, compreender a epidemiologia dos DE pode fornecer informações detalhadas sobre aspectos importantes da assistência, com impacto potencialmente relevante tanto no aspecto organizacional quanto nos aspectos clínicos do cuidado (D'AGOSTINO et al., 2017; D'AGOSTINO et al., 2018). Também, é importante que o enfermeiro tenha uma base de conhecimento que permita formular hipóteses sobre o que está acontecendo com as pessoas idosas e entender como os dados coletados, objetivos e subjetivos, direcionam aos DE.

Conforme Herdman (2013), para identificar um DE, a avaliação de enfermagem deve ser conduzida pelo ponto de vista da disciplina de enfermagem, de forma holística e a partir de informações gerais para obter padrões de preocupação, e assim permitir uma avaliação mais focada e profunda. A autora salienta que não é possível identificar um DE na prática sem o entendimento do quadro conceitual e/ou teórico subjacente que forma a base para o diagnóstico, e como ele pode aparecer de diferentes formas, baseado em fatores que o influenciam. Ademais, sem o entendimento dos FR ao DE, não poderão ser estabelecidas metas apropriadas, pois as intervenções devem sempre ser direcionadas às causas e não aos sinais e sintomas, representados pelas CDs.

Os DE, RE e IE fazem parte dos elementos essenciais da prática do enfermeiro, os quais contribuem para o julgamento clínico das respostas humanas a uma condição de saúde/processo de vida das pessoas idosas hospitalizadas e de suas necessidades de cuidado. Nesse sentido, a identificação desses elementos representa um notável instrumento no processo de sistematização da assistência a essa clientela, o qual pode contribuir para a melhoria na qualidade do cuidado prestado.

A utilização do SLP para comunicar DE, RE e IE traz avanços para o paciente e para o próprio serviço de saúde (BARROS et al., 2015) e coaduna com o desenvolvimento de uma TMA, que descreve um fenômeno e contempla a proposição do PE, o qual exige uma sustentação teórica para clarificar o foco da atenção da enfermagem.

Ressalta-se que não foi identificado nenhum estudo que buscou os DE relacionados com estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas, o que impossibilita a análise comparativa dos dados obtidos nesse estudo. Por conseguinte, a análise foi conduzida a partir dos resultados encontrados, do referencial teórico adotado e da literatura pertinente.

O DE Síndrome do Idoso Frágil, Domínio 1 - Promoção da Saúde, Classe 2 - Controle da Saúde, é definido como “estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais de um domínio de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular, a incapacidade” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As CD, que representam os sinais e sintomas, identificadas nas pessoas idosas hospitalizadas que participaram do estudo, foram deambulação prejudicada; déficit no autocuidado para alimentação, para banho, para higiene íntima e para vestir-se; desesperança; fadiga; intolerância à atividade; isolamento social; mobilidade física prejudicada e nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais. Dentre os possíveis FR a esse diagnóstico, identificou-se equilíbrio prejudicado; força muscular diminuída; imobilidade; fraqueza muscular; intolerância à atividade; mobilidade prejudicada; isolamento social. A hospitalização prolongada e idade > 70 anos incluem os participantes do estudo na população em risco, sendo que a maioria apresentava uma ou mais de uma doença crônica, condição associação a esse DE.

Enfatiza-se que o DE Síndrome do Idoso Frágil difere da Síndrome da Fragilidade. Por se tratar de um diagnóstico de síndrome, ele contempla um julgamento clínico relativo a um determinado agrupamento de diagnósticos que ocorrem juntos (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). No cenário do estudo, esse DE era pouco identificado pelos enfermeiros, por esse motivo as discussões sobre os RE, IE e atividades foram muito profícuas no GC, por oportunizar conhecimento aos participantes e incentivar o uso na prática assistencial (NG).

Sobre o aspecto da fragilidade, Clegg et al (2013) afirmam que as pessoas mais velhas, que são frágeis, têm uma capacidade diminuída para efetivamente compensar estressores externos e, portanto, são vulneráveis a resultados adversos. Além disso, muitos mecanismos subjacentes podem ser responsáveis pelo declínio durante a hospitalização, a saber: o ambiente hospitalar permeado por estressores que afetam as pessoas idosas que tem as

reservas cognitivas e emocionais limitadas, como por exemplo a limitação do sono (KRUMHOLZ, 2013); as alterações relacionadas ao uso de medicações e as características da própria patologia, que acarretam desequilíbrios fisiológicos, os quais podem levar ao delirium (MATHEWS; ARNOLD; EPPERSON, 2014). Ademais, algumas práticas adotadas nos serviços de saúde, que restringem a independência da pessoa idosa, contribuem para o declínio funcional (PALMER; KRESEVIC, 2015) e percepção dos estressores.

Diante desses resultados, considera-se que a pessoa idosa hospitalizada, com DE Síndrome do Idoso Frágil, também apresenta uma capacidade de enfrentamento dos estressores diminuída e por isso é fundamental a identificação precoce, seguida de intervenções direcionadas a essa resposta humana alterada. Hubbard et al (2017) expressam que a identificação de pacientes hospitalizados frágeis tem o potencial para direcionar os cuidados de forma mais adequada. Já, a identificação precoce do DE vai permitir ao enfermeiro intervenções precoces ou terapêuticamente, dado os riscos de agudização dos problemas de saúde (CROSSETTI et al., 2018).

No entanto, a combinação de doença, mudanças relacionadas à idade, múltiplas comorbidades e atributos do ambiente hospitalar podem tornar o DE, o planejamento de RE e IE da pessoa idosa hospitalizada desafiador, especialmente quando se trata de um diagnóstico de síndrome. Para mais, há que se considerar as complexas necessidades das pessoas idosas hospitalizadas, também influenciadas pelas dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento, propostas por Neuman (2011).

O **DE distúrbio no padrão do sono**, Domínio 4 - Atividade/Repouso, Classe 1 - Sono/Repouso, é definido como “despertares com tempo limitado em razão de fatores externos” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Dentre as CD foram identificados o despertar não intencional, a dificuldade para iniciar o sono e a dificuldade para manter o sono, que têm como causa a barreira ambiental e a privacidade insuficiente, estressores largamente relatados pelas pessoas idosas hospitalizadas investigadas. Os critérios preenchidos que caracterizam essa população como de risco para esse diagnóstico incluem baixo nível educacional; hospitalização prolongada; idade > 70 anos; viver em espaço limitado e sarcopenia, destacando-se a imobilização como condição associada.

No ambiente hospitalar, diferentes fatores podem perturbar o sono, conducentes a esse DE, como procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o ambiente e a rotina dos cuidados de enfermagem. Entende-se que a qualidade do sono reflete diretamente na vitalidade, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas, por isso a avaliação do sono, por meio da observação e autorrelato é essencial para o planejamento de IE individualizadas.

Alterações nos padrões de sono podem fazer parte do processo normal de envelhecimento devido as alterações no ritmo circadiano; no entanto, muitos desses distúrbios não podem ser considerados normais da senescência. O sono é responsável pelo descanso e restauração do corpo e da mente, independentemente da idade. Por ter essa função restauradora e primordial para continuidade e qualidade de vida, é essencial que os profissionais de saúde saibam identificar e diferenciar o sono normal do alterado no processo de envelhecimento (SILVA et al., 2017). Entretanto, comumente, os profissionais deixam de considerar as implicações da má qualidade do sono no cotidiano e na saúde da pessoa idosa, por negligenciar o seu potencial para causar prejuízos no bem-estar e na saúde dessa população (VALENZA et al., 2013).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, com 60.202 participantes, analisou a prevalência de distúrbios do sono e da fadiga diurna na população brasileira, sinalizando para maior prevalência em mulheres, pessoas idosas, pessoas com nenhuma educação formal, fumantes e fisicamente inativas (WENDT et al., 2019). Esse resultado, especialmente no que se refere às pessoas idosas, coaduna com o apresentado no estudo em tela.

Durante as conversas e argumentações do GC os enfermeiros perceberam que a programação dos horários das intervenções que causaram despertares era referenciada na rotina dos profissionais da unidade, em detrimento da preferência ou necessidade das pessoas idosas e, que inclusive a pouca preocupação com a qualidade do sono estaria relacionada com a elementar discussão da temática na prática clínica (NG). O GC propiciou reflexões acerca desse DE e o repensar das intervenções de enfermagem, direcionadas à melhoria do sono, convergindo com objetivo da PCA de provocar mudanças na prática assistencial (NM).

Hamze, Souza e Chianca (2015) designam que os profissionais de saúde repensem o planejamento das intervenções de acordo com a demanda individual dos pacientes e com diversificação de horários e introduzam novas práticas para melhorar a qualidade do sono. As autoras ainda sinalizam que um melhor planejamento das IE, obedecendo à demanda individual, pode contribuir para a diminuição na frequência das interrupções e, conseqüentemente, melhoria do sono.

Ainda que o sono seja considerado um problema de saúde pública, que afeta várias dimensões da pessoa, sua saúde e bem-estar, os estudos sobre o DE distúrbio no padrão do sono são incipientes. Considera-se, no presente estudo, que esse DE tem importância e relevância clínica, pois se relaciona com estressores intra, inter e extrapessoais e diferentes FR. Entretanto, ele ainda parece pouco valorizado na prática assistencial pelos enfermeiros.

O **DE Ansiedade**, Domínio 9 - Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Classe 2 - Respostas de enfrentamento, definido como “vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (fonte não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

As CD identificadas nas pessoas idosas abarcam insônia; preocupações devido à mudança em eventos da vida; angústia; incerteza; medo; aumento da tensão; alteração no padrão de sono; fadiga; alteração na atenção; capacidade diminuída de solucionar problemas; confusão e preocupação. Foram averiguados com fatores relacionados a esse DE a ameaça de morte; crise situacional; estressores; mudança importante (p. ex., condição econômica, ambiente, condição de saúde, função e condição do papel) e necessidades não atendidas. Como condição associada a esse DE sobressaem a crise situacional e mudança importante.

Assevera-se que a ansiedade é um DE prevalente em pessoas idosas hospitalizadas, o qual pode prejudicar o bem-estar da pessoa idosa, inclusive afetando seu estado de saúde. Estudo investigou DE em 49 idosos internados em uma unidade de um hospital público de ensino de Belo Horizonte, MG, e verificou que 30,6% dos participantes apresentaram ansiedade (ARAÚJO; CARVALHO; CHIANCA, 2014).

Medeiros et al (2014) aludem que a falta de informação sobre a doença e de esclarecimento de dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico e às situações decorrentes da internação, o isolamento social e até a despersonalização oriunda de práticas desumanizadas da equipe podem desencadear ansiedade. Costa e Chaves (2014) avaliaram a percepção de ansiedade em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica e apontaram os efeitos colaterais como um dos principais fatores responsáveis por esse sentimento. Ante o exposto, o estudo em tela corrobora com os fatores conducentes à ansiedade, denominados estressores.

Para as pessoas idosas a hospitalização assume uma condição complexa e envolve múltiplos significados, visto que se associa ao medo da doença, da dependência, do sofrimento e da percepção da proximidade da morte, de forma que essa situação pode ser vivenciada com elevados níveis de ansiedade (MORAIS et al.; 2012). Para a manutenção da saúde e do bem-estar das pessoas idosas hospitalizadas, o cuidado de enfermagem deve ser solidificado por ações sistemáticas e individualizadas, que reverenciem que as respostas humanas relativas à ansiedade são únicas e subjetivas. Intervenções de enfermagem como uma explicação do procedimento que o paciente irá realizar, pode reduzir ou controlar a ansiedade (NASCIMENTO; CRUZ, 2017).

Concomitante ao DE ansiedade, frequentemente foi identificado o **DE Medo**, Domínio 9 - Enfrentamento/Tolerância ao estresse, Classe 1 - Respostas de Enfrentamento, conceituado como “resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). As CD observadas e relatadas pelos participantes foram apreensão; autosssegurança diminuída; náusea; sensação de medo; tensão aumentada e capacidade de resolução de problemas diminuída e, os principais FR consistiam no cenário pouco conhecido e separação do sistema de apoio.

No estudo de Araújo, Carvalho e Chianca (2014) foi identificado o DE medo em 68% dos idosos, associado especialmente, ao medo do sofrimento e presença de dor. Constatou-se durante a realização do GC que esse diagnóstico tem sido pouco valorizado na prática clínica; a partir das discussões no grupo os enfermeiros expandiram sua compreensão sobre a natureza desse DE, sua potencial relevância e importância clínica.

Ademais, há que se considerar que a individualidade de cada pessoa idosa faz com que as suas respostas ao medo variam de forma significativa, por conseguinte, o PE sobressai como uma ferramenta que permite o cuidado personalizado. Resultados de estudo demonstram que IE de educação pré-operatória e redução da ansiedade são eficazes para controlar o medo diante da cirurgia agendada (SEPULVEDA-PLATA; GARCIA-CORZO; GAMBOA-DELGADO, 2018). Alvarez Díez et al. (2012) ratificam que a visita estruturada e individualizada a pacientes cirúrgicos é eficaz para reduzir o medo que eles apresentam diante de novas situações.

Assim, a informação e educação oferecida, por meio de IE individualizadas, pode reduzir o medo pré-operatório e aumentar o grau de satisfação e bem-estar, e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados. Diante disso, frisa-se a importância da comunicação efetiva com as pessoas idosas hospitalizadas, a fim de reduzir os estressores ligados ao sentimento de medo, de tal forma que as intervenções propostas para esse DE estão relacionadas com habilidades relacionais e comunicativas do enfermeiro.

O **DE Sofrimento espiritual**, Domínio 10 - Princípios da Vida, Classe 3 - Coerência entre valores/crenças/atos, é definido como um “estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um ser maior” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A ansiedade; choro; fadiga; insônia; medo; culpa; estratégias de enfrentamento inadequadas; desesperança e sofrimento percebido foram as CD identificadas, associadas ao diagnóstico. Como FR, destacam-se o aumento da dependência de outro; dor; enfermidade;

envelhecimento; privação sociocultural; separação do sistema de apoio e mudança ambiental. Caracterizam essa população como de risco, o envelhecimento, evento de vida inesperado e recebimento de notícia ruim. Como condição associada destaca-se a doença e o regime de tratamento.

No que se refere a esse DE, sobreleva-se que o cuidado de enfermagem demanda atenção em todas as dimensões do ser humano, por isso a identificação desse diagnóstico é muito importante no cuidado à pessoa idosa hospitalizada. Balboni, Puchalski, Peteet (2014) mencionaram que existe uma crescente tendência de que os profissionais da saúde sejam capazes de identificar, diagnosticar e apoiar a angústia espiritual, como um componente do cuidado holístico. Essa dimensão demanda habilidades de comunicação, para escutar as pessoas idosas sobre seus próprios sentimentos e experiências, particularmente em relação ao sofrimento espiritual que pode estar ocorrendo.

A incidência do DE sofrimento espiritual e sua seleção como um dos prioritários entre os participantes do estudo em tela, mostra que o suporte religioso-espiritual pode auxiliar a pessoa idosa no enfrentamento dos estressores vivenciados durante a hospitalização. Isso reforça que a utilização do PE pode contribuir na melhoria da assistência prestada a elas. Inclusive, tomar conhecimento sobre a importância da religiosidade/espiritualidade pode ajudar o enfermeiro a criar um vínculo maior, de confiança com o paciente, com vistas a estimular a mobilização de estratégias de coping religioso (PINHO et al., 2017). Lowry (2012) reitera que os enfermeiros devem considerar as preocupações espirituais para fornecer uma perspectiva verdadeiramente holística de cuidado do sistema cliente, como preconiza o MSN.

Verificaram-se, especialmente em relação a esse diagnóstico, dificuldades dos enfermeiros para o seu estabelecimento na prática assistencial. Apesar de considerarem um DE comum na prática clínica, a subjetividade da pessoa implica em dificuldades na identificação. O reconhecimento da dimensão espiritual no cuidado à pessoa idosa é permeado de dificuldades, como o desconforto em discutir esse assunto, a pouca habilidade e a falta de um modelo de cuidado que considere a espiritualidade. Diante desse resultado, entende-se que as necessidades espirituais podem não ser atendidas pela equipe de enfermagem e isso intensifica sintomas físicos e a percepção de estressores no ambiente hospitalar.

Experimentar limitações fisiológicas envolve aspectos subjetivos, por remeter a pessoa idosa ao fim da sua vida, da capacidade produtiva e das relações estabelecidas e acarretar sofrimento espiritual (CHAVES; GIL, 2015). Em contrapartida, estudo divulgou que pessoas com níveis de saúde espirituais mais elevados apresentam maior resistência aos estressores

relacionados à vida e doenças (ELHAM et al., 2015). Esse resultado reitera que o DE sofrimento espiritual tem grande relevância clínica quando se objetiva identificar estressores relacionados à hospitalização e propor estratégias para minimizá-los, consoante com o MSN. Outrossim, a implementação de IE com base na necessidade espiritual pode inclusive ser eficaz na redução da ansiedade e do medo das pessoas idosas hospitalizadas.

O **DE Conforto prejudicado**, Domínio 12 Conforto – Classe 1 Conforto físico, é descrito como a “percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). As CD emergentes desse diagnóstico foram a alteração no padrão de sono; ansiedade; desconforto com a situação; medo; sensação de desconforto e sintomas de sofrimento que tiveram como causa os seguintes FR, a saber: controle ambiental insuficiente; controle situacional insuficiente e privacidade insuficiente. O regime de tratamento e os sintomas relativos à doença confluem para a população considerada de risco para esse diagnóstico.

O conforto é considerado um conceito global e multidimensional, por vezes difícil de definir, implementar e avaliar, tanto no nível teórico quanto no domínio clínico, apesar das inúmeras contribuições e pesquisas na área (PINTO; CALDEIRA BERENGUER; MARTINS, 2015). Sua importância é inquestionável nas diferentes dimensões da vida humana, entretanto foram notáveis as dificuldades no estabelecimento desse DE, planejamento de IE eficientes e eficazes, com RE positivos em saúde no decorrer do GC (NG). Diante disso, infere-se que a identificação do conforto prejudicado, de forma precoce, nos diferentes contextos clínicos é substancial para o estabelecimento da saúde e bem-estar das pessoas idosas hospitalizadas.

Aspectos que perpassam o processo de envelhecimento como polifarmácia, associação de comorbidades, a maior utilização dos serviços de saúde e o índice de hospitalizações implicam em risco para o conforto prejudicado (DEBONE et al., 2017). Ademais, com o envelhecimento há uma diminuição contínua e progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático do organismo, que incide na redução gradual da capacidade funcional das pessoas idosas, o que pode limitá-las na realização de AVDs (PILGER et al., 2017). Nesse ponto, Melo et al (2019) inferem que a razão de chance de desenvolver o conforto prejudicado, em pessoas idosas em hemodiálise, é quatro vezes maior em quem apresenta a mobilidade física prejudicada. Compreende-se que essa inferência possa ser generalizada para pessoas idosas hospitalizadas de forma geral, porque quanto maior a dependência para AVDs, maior a incidência do DE conforto prejudicado.

Logo, para garantir o conforto das pessoas idosas hospitalizadas são necessárias IE que estimulem a capacidade funcional e a realização das AVDs com autonomia e independência. Salienta-se que essas intervenções devem contemplar para além do conforto físico, considerando as variáveis propostas por Neuman (2011). Nesse contexto, o enfermeiro pode planejar IE para reduzir ou modificar os condutores do conforto prejudicado, como os relacionados à ambiência hospitalar e à privacidade do paciente.

O **DE Dor aguda**, Domínio 12 – Conforto, Classe 1 - Conforto físico, é definido como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (*International Association for the Study of Pain*); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que três meses” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Nesse diagnóstico, foram evidenciadas como CD o autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor; expressão facial de dor (p. ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta); mudanças no apetite e mudanças no parâmetro fisiológico; e, como FR os agentes lesivos biológico e físico.

No que concerne ao DE dor aguda, é importante que os enfermeiros saibam que todos os indivíduos expressam e lidam com a dor em diferentes contextos e de muitas maneiras e, que inclusive podem ter comportamentos diferentes quando sentem dor. Em estudo que identificou os diagnósticos mais frequentes entre pessoas idosas hospitalizadas, foi verificado que o DE dor esteve presente em 68% dos participantes (LIRA et al., 2015). Essa condição merece atenção, pois o contato com a dor parece confrontar a pessoa idosa com suas fragilidades, além de comprometer sua segurança, autonomia e independência (CELICH; GALON, 2009). Estudo aponta que pessoas idosas têm as maiores taxas de cirurgia, internações e doenças, o que aumenta o risco de sentirem dor (GIBSON; LUSSIER, 2012).

Sabe-se que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na implementação de programas que visam melhorar a gestão da dor, uma vez que a detecção da dor é uma tarefa específica de seu trabalho (DAMICO et al., 2018). A avaliação da dor pode incluir a localização, qualidade, início, frequência e duração do episódio, bem como fatores agravantes e o impacto da dor na função física, emoções e no sono. Entretanto, algumas situações de dor aguda requerem uma avaliação rápida e o tratamento imediato antes de prosseguir com uma avaliação criteriosa (CORNELIUS et al., 2017).

Dentre as medidas de tratamento destacam-se as farmacológicas e não-farmacológicas para o controle da dor aguda, as últimas pouco empregadas no cenário do estudo. Nesse aspecto, as discussões do GC possibilitaram reflexões sobre as intervenções propostas diante

desse DE, inclusive as não-farmacológicas (NG). Identificou-se que a dor aguda é um DE prevalente nesse segmento da população e que geralmente ele é gerenciado de maneira ineficaz, embora existam evidências para orientar a avaliação e as intervenções. Nesse ínterim, estudo afirma que os enfermeiros devem envolver pacientes idosos sob seus cuidados, comunicar de forma eficaz, avaliar de forma completa e abrangente e estar ciente de suas próprias crenças e preconceitos que podem impactar sobre a prática (FITZGERALD; TRIPP; HALKSWORTH-SMITH, 2017).

Esses resultados pertinentes aos DE contribuíram para a compreensão da complexidade e multidimensionalidade que perpassa a hospitalização de pessoas idosas, especialmente no que se refere aos estressores vivenciados e as variâncias de bem-estar, perscrutados no presente estudo. Esses dados analisados criticamente compuseram o material de apoio para os encontros do GC, que se propuseram a validar os conhecimentos produzidos que retornaram para a prática, dentro de um processo cíclico e dinâmico.

6.3.1 Consenso do grupo de convergência acerca das intervenções e atividades de enfermagem propostas

Os encontros do GC foram fundamentais na validação das IE e atividades para cada DE prioritário, pois permitiram que os enfermeiros discutissem sobre os diagnósticos identificados a partir dos estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas. Considera-se que as discussões e formulações de consenso entre os participantes foram facilitadas pela condução dos encontros seguindo as fases propostas por Trentini, Paim e Silva (2014) a saber: de reconhecimento, revelação, repartir e repensar. As intervenções e atividades de enfermagem que embasaram as discussões e foram, respectivamente, validadas pelo grupo de convergência estão descritas no Quadro 3 (pag. 185), apresentadas no PE orientado pela TMA sobre estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas.

No decorrer do GC foram discutidas as IE e atividades referentes ao DE Conforto Prejudicado, com a participação de cinco enfermeiros. As IE, controle do ambiente - conforto e aumento de segurança, e atividades apresentadas pela pesquisadora foram avaliadas como importantes e exequíveis pelos participantes. Principalmente, no que se refere ao controle do ambiente foi ratificada a magnitude de evitar interrupções desnecessárias, permitindo períodos de descanso à pessoa idosa, além de atentar para as origens do desconforto, que na maioria

das vezes poderia ser resolvido com o reposicionamento corporal no leito ou com uso de apoio (coxins), visto que essas situações foram consideradas estressoras (NG).

Em relação a esse DE, os enfermeiros mencionaram a importância de considerar as múltiplas dimensões, bem como de valorizar e enfatizar as intervenções necessárias a fim de favorecer o bem-estar de pessoas idosas hospitalizadas (NG). Nesse aspecto, ressalta-se que nos modos e formas de confortar, o saber profissional é importante e está imbuído de determinadas ferramentas como a relação intersubjetiva entre enfermeiro e pessoa idosa, permeada de gestos, afeto, escuta e apoio (RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017). Os autores também afirmam que modos e formas de confortar alicerçam-se numa relação interpessoal, que intenciona intervenções capazes de promover a autonomia e a capacidade da pessoa idosa, a partir de sua decisão, vontade e desejos.

Algumas atividades foram consideradas desafiadoras por estarem diretamente relacionadas com a estrutura física das unidades de internação, e não depender somente do “fazer do enfermeiro”, como por exemplo, o calor excessivo das enfermarias no período do verão, que não pode ser solucionado somente com ventiladores (NG). Nessa perspectiva, discutiu-se que atividades poderiam ser implementadas a fim de promover o bem-estar em espaços de saúde que não estão adequadamente preparados para atender as particularidades das pessoas idosas.

No encontro em que foram validadas as IE para a Dor Aguda, foram corroboradas pelos participantes a administração de analgésicos, aplicação de calor/frio, controle da dor, apoio emocional, monitoração de sinais vitais e posicionamento. Os enfermeiros reconhecem a importância de identificar corretamente a dor na pessoa idosa e o quanto as medidas não farmacológicas são importantes, embora na prática diária o uso de medicamentos seja a principal intervenção utilizada (NG). Cavalheiro et al (2019) ratificam que as intervenções não medicamentosas são fortes aliadas do tratamento do paciente com dor, tornando-se imperativas para o seu processo de recuperação, entretanto faz-se necessária, a implementação destas atividades no cotidiano do cuidado de enfermagem.

Constatou-se que os participantes do GC consideram o encorajamento do diálogo como uma forma efetiva de controlar a dor, trazendo exemplos de sua prática que comprovam a efetividade da conversar e escutar a pessoa idosa para o manejo da dor. Ainda, verificou-se que eles compreendem que a dor se apresenta como um sintoma que pode desencadear alterações psíquicas e fisiológicas, que podem agravar a situação de saúde (NG). O controle e o alívio da dor se tornam imprescindíveis, pois, além de se apresentar como uma questão humanitária e ética, contribuem para a manutenção das funções fisiológicas (OLIVEIRA

JUNIOR ET AL., 2017). Nesse ínterim, a dor aguda foi considerada um estressor prevalente no cuidado a pessoas idosas hospitalizadas pelos participantes do GC, com variações notáveis no bem-estar.

Discutiu-se também a necessidade de considerar os aspectos relacionados ao envelhecimento e o quadro clínico da pessoa idosa para determinar a intervenção a ser utilizada, bem como a resposta de cada uma aos diferentes medicamentos analgésicos (pacientes com patologia e quadro clínico similar respondem de forma diferenciada ao tratamento medicamentoso). Inclusive, há que se considerar os medicamentos que a pessoa idosa faz uso que podem potencializar ou diminuir o efeito dos analgésicos (NG).

Destaca-se que muitas das atividades propostas para a DE dor aguda já são contempladas pelos enfermeiros na prescrição de enfermagem, entretanto esse momento de discussão potencializou e estimulou o raciocínio clínico e o pensamento crítico, e consequentemente, na prática assistencial desses enfermeiros minimiza os estressores e qualifica o cuidado (NG). Schug et al (2016) destacaram que documentar a presença da dor aguda, por meio da identificação do respectivo DE e das intervenções prestadas, é uma forma de garantir a continuidade do tratamento e a preocupação com o bem-estar do paciente.

Os participantes evidenciaram que o diagnóstico dor aguda não se caracteriza apenas pela dimensão física, mas também pela compreensão do contexto psicossocial, e envolve a capacidade de compreender a dor do outro, estar junto, acalantar. Os enfermeiros avaliavam a dor conforme aquilo que acreditavam que poderia contribuir para aliviá-la, mas em nenhum momento relataram ter uma forma específica de avaliação ou orientação prévia para isso (NG). Essas assertivas ressaltam a importância de sistematizar a assistência e planejar os cuidados a partir das respostas humanas e necessidades individuais da pessoa idosa hospitalizada, por meio de SLP.

No encontro do GC que abordou-se as IE e atividades ligadas ao DE Síndrome de Idoso Frágil, participaram seis enfermeiros. As IE assistência para o autocuidado, cuidados com o repouso no leito, controle da nutrição e controle da energia foram avaliadas como elementares pelos participantes, os quais reiteraram a necessidade de considerar a cultura, a idade, a autonomia e a independência da pessoa idosa na execução dessas intervenções. No entanto, como esse DE ainda é incipiente na prática assistencial dos enfermeiros, observou-se maior dificuldade para chegarem a um consenso de validação de algumas atividades, principalmente às direcionadas ao controle da energia (NG).

As reflexões foram conduzidas a partir do contexto histórico que os enfermeiros estão inseridos e que foi construído no decurso do tempo, e o GC permitiu a eles novas

possibilidades de ver e cuidar da pessoa idosa como um sistema cliente, respeitando sua independência e autonomia. Estimular a pessoa idosa a realizar as atividades para as quais tem capacidade em vez de as fazer por ele, mesmo que seja mais demorado, pode ajudá-lo a desenvolver os seus próprios recursos internos e possibilitar-lhe um aumento da autonomia, do bem-estar e da autoestima (RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2017).

Nesse sentido, foi amplamente explorado a atividade de encorajar a independência da pessoa idosa durante a hospitalização, com vistas a diminuir os estressores ligados à dependência para execução de AVDs. Em contrapartida, alguns enfermeiros mencionaram dificuldades da equipe de enfermagem em encorajar a independência, visto que muitas vezes executa as atividades em razão do quantitativo de tarefas a serem realizadas no turno de trabalho (NG). Averiguou-se pelas reflexões dos enfermeiros que, na medida do possível, é incentivado e auxiliado o desempenho dessas atividades pela pessoa idosa, porém isso requer um comprometimento de toda equipe de enfermagem para que sejam exequíveis as atividades planejadas. Essas questões remontam ao quanto o trabalho no âmbito hospitalar é regido por normas e rotinas, em detrimento do atendimento das necessidades e das respostas humanas das pessoas idosas.

Permitir ao enfermeiro refletir sobre esse DE e a aplicação dele em sua própria realidade foi um ponto-chave para instrumentalizá-lo para utilização do SLP em sua prática assistencial, porém sem generalizações ou “gessamento” da prescrição de enfermagem. Verificou-se o quanto os enfermeiros precisavam desse momento juntos, para a instrumentalização, resgate de conhecimentos e necessidade de refletir sobre suas ações de cuidado. A possibilidade de repensar o cuidado dispensado para a pessoa idosa hospitalizada fez com que os enfermeiros ampliassem seu conhecimento sobre os DE e a gama de atividades que podem ser planejadas e prescritas, a fim de atender as respostas humanas alteradas relacionadas aos estressores.

Quatro enfermeiros participaram do encontro do GC no qual foram validadas as IE controle de energia, melhora do sono, controle do ambiente – conforto, administração de medicamentos e posicionamento, para o DE Distúrbio no Padrão do Sono. Para cada atividade proposta foram considerados os conhecimentos e experiências dos enfermeiros, articulados com o referencial teórico, o que trouxe contribuições pertinentes à pesquisa e a prática (NG). O conhecimento e a flexibilidade de ideias, quando compartilhados, possibilitaram a reflexão sobre a qualidade dos cuidados prestados, relacionado ao sono das pessoas idosas hospitalizadas (NG).

Percebeu-se inquietações dos enfermeiros em relação a esse DE em virtude das características da infraestrutura física das unidades e do processo de trabalho, que podem interferir na não implementação das atividades inseridas no controle de energia e melhora do sono (NG). Muitas decisões não são compartilhadas com as pessoas idosas e sim, definidas pelo profissional, considerando seus conhecimentos, cultura, crenças e rotinas da unidade (NG). Assim, dialogar sobre esse DE possibilitou confluir os saberes dos enfermeiros com a teoria, transformando-a em um único conhecimento. Nesse momento eles ampliaram sua concepção sobre seu próprio fazer e, a partir dele, identificaram as dificuldades e facilidades encontradas e vivenciadas na identificação desse DE e no planejamento de IE e atividades (NG). Com base nisso, pode-se dizer que o conhecimento compartilhado e construído pelos enfermeiros já não é mais o mesmo e que tem potencial para influenciar mudanças no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.

Ainda foram validadas as IE e atividades referentes ao DE Sofrimento Espiritual. Os participantes do encontro (quatro enfermeiros) mencionaram que nem sempre apresentam condições e estrutura para lidar com todas as informações levantadas por esse DE, principalmente as que envolvem questões psicológicas. Por essa percepção, eles entenderam que é imprescindível haver o suporte de uma equipe multidisciplinar, por saberem de suas limitações (NG). As ideias foram fundamentadas no conhecimento apreendido, compartilhado e construído e o grupo percebeu o GC como uma forma de capacitação, que possibilitou pensar no seu fazer com franca criticidade, em busca constatare de melhorias.

A espiritualidade é uma dimensão da pessoa humana, e por conseguinte integra o âmbito da prática assistencial de enfermagem. Caldeira et al (2017) atribuem que o PE é um método útil para avaliar e prestar de assistência espiritual na área da saúde. No entanto, os enfermeiros pontuaram o quanto a avaliação e o diagnóstico de sofrimento espiritual é complexo, por abordar uma variável subjetiva, influenciada pela cultura, crenças da pessoa idosa, além de muitos profissionais ainda confundirem espiritualidade com religiosidade (NG). Em função disso, esse DE não tem sido identificado e nem planejadas as IE e atividades na prática assistencial, pois priorizam as necessidades psicofisiológicas. Dessa maneira, a discussão principal recaiu sobre a própria sistematização da assistência e os enfermeiros refletiram sobre sua prática, que nem sempre contempla a multidimensionalidade da pessoa idosa.

A IE e atividades para o DE Medo foram validadas em GC com quatro enfermeiros. No encontro, aprofundou-se a reflexão sobre a compreensão desse diagnóstico, fundamentando-se na realidade vivenciada, nas diferentes experiências e no referencial

teórico do estudo. Evidenciaram-se particularidades da população idosa e desse DE, no contexto de um hospital escola, e as possibilidades de atividades para qualificar o cuidado, embora com a consciência que existem muitas barreiras. Ademais, o GC proporcionou a tomada de consciência sobre esse DE por parte dos enfermeiros e, da mesma forma, eles manifestaram que não se sentem preparados enquanto equipe, nos diferentes turnos, para contemplar esse diagnóstico (NG). Discutiu-se que na maioria das vezes as atividades de enfermagem centram-se apenas na parte técnica, desconsiderando as necessidades psicológicas e espirituais da pessoa idosa.

Os participantes aprofundaram o seu olhar sobre cada IE proposta e repensaram o cuidado prestado às pessoas idosas, permitindo que conhecimentos e experiências dessa prática fossem aflorados, assim como as percepções de suas limitações para identificar, planejar resultados e IE (NG). Ideias de como poderiam agir na avaliação do medo foram surgindo e permitiram que eles repensassem suas prescrições, refletindo sobre sua aplicabilidade no ambiente de trabalho e de que forma a equipe de enfermagem poderia implementá-la, para juntos atenderem as necessidades das pessoas idosas. Esse movimento pode ser interpretado como um início do processo de mobilização das enfermeiras para a necessidade de mudanças no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.

Ao pensar nas diferentes possibilidades do fazer e o repensar de como faziam, os enfermeiros entenderam que as IE e atividades propostas poderiam ser aplicadas a sua realidade e, que poderiam contemplar outras dimensões da pessoa idosa (NG). Nesse ínterim, infere-se que o desenvolvimento do GC nem sempre tem como produto final uma transformação palpável, mas pode mobilizar os enfermeiros para olharem de uma maneira diferente para a realidade e pensarem em possibilidades de mudanças.

No último encontro do GC, foram discutidas e validadas as IE, redução da ansiedade e melhora do enfrentamento, e atividades referentes ao DE Ansiedade, com a participação de quatro enfermeiros. Verificou-se que esse DE é subdiagnosticado entre as pessoas idosas hospitalizadas pelos enfermeiros que participaram do GC. Nesse sentido, são importantes capacitações, atualizações e treinamentos frente às diversas intervenções para minimizar os estressores associados à ansiedade. Dessa forma, o referencial metodológico proposto para a pesquisa de campo, a PCA, tornou oportuna a discussão e instrumentalização dos enfermeiros sobre esse DE e suas possibilidades de IE (NG).

Como desenvolvimento do GC constatou-se que o cuidado à pessoa idosa hospitalizada não contempla as dimensões do sistema cliente proposto por Neuman (2011) e tampouco os estressores vivenciados por ela. Os enfermeiros reconhecem a importância de

contemplá-las no PE, tem conhecimentos sobre as particularidades das pessoas idosas, mas relatam a necessidade de aprofundamento teórico para torná-las aplicáveis.

Nesse contexto, a relevância do GC está na possibilidade dos enfermeiros validarem as IE e atividades relacionadas aos DE elencados a partir dos estressores vivenciados pelas pessoas idosas hospitalizadas e na mobilização de conhecimentos, saberes e perspectivas a fim de qualificar o cuidado prestado diante dos estressores vivenciados e das variáveis de bem-estar. A atividade proposta para o GC, de validação de IE e atividades para os DE prioritários serviu como estratégia de obtenção de informações pela PCA, pela magnitude de informações obtidas nas fases de revelar e repartir, que não seriam alcançadas meramente por técnicas individuais de coleta de dados.

Destaca-se que algumas dificuldades foram encontradas na realização do GC, pois no momento de realização dos encontros algumas rotinas das unidades estavam em processo de mudança e reestruturação, em virtude da redução de funcionários terceirizados do hospital e de novas atribuições assumidas pela equipe de enfermagem (lavagem de materiais, reposição de materiais e soluções, entre outros). Essas mudanças estiveram presentes nos relatos e discussões dos enfermeiros, porque a medida que eles assumem novas funções, alguns aspectos do cuidado são desvalorizados.

Alguns enfermeiros convidados não participaram do GC, mas os participantes assumiram o papel de protagonistas do cuidado, mostrando-se vividamente interessados e comprometidos em aprimorar o cuidado prestado à pessoa idosa. Oportunamente, os encontros do GC planejados para validação de intervenções e atividades de enfermagem para cada DE, viabilizaram a instrumentalização dos enfermeiros sobre os temas envelhecimento, estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas, processo de enfermagem – DE, RE, IE e atividades, amalgamados em um modelo teórico.

Posto isso, infere-se que as discussões e consensos do GC podem contribuir para uma melhor tomada de decisão e raciocínio clínico dos enfermeiros ao cuidar de pessoas idosas hospitalizadas e, assim, contribuir para um cuidado seguro, individualizado, eficiente e eficaz assente na precisão diagnóstica. Fica evidente o conceito da expansibilidade da PCA, de que o processo de mudanças não se esgota com a produção da tese, mas continuam e dependem do movimento dos enfermeiros e da equipe de enfermagem das respectivas unidades.

A realização dos encontros do grupo de convergência com os enfermeiros propiciou reflexões e discussões acerca dos estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas, DE e respectivos RE, IE e atividades pertinentes de acordo com taxonomias definidas

previamente, considerando-se a coerência e a consistência na associação do arcabouço teórico do MSN e do PE e, metodológico da PCA.

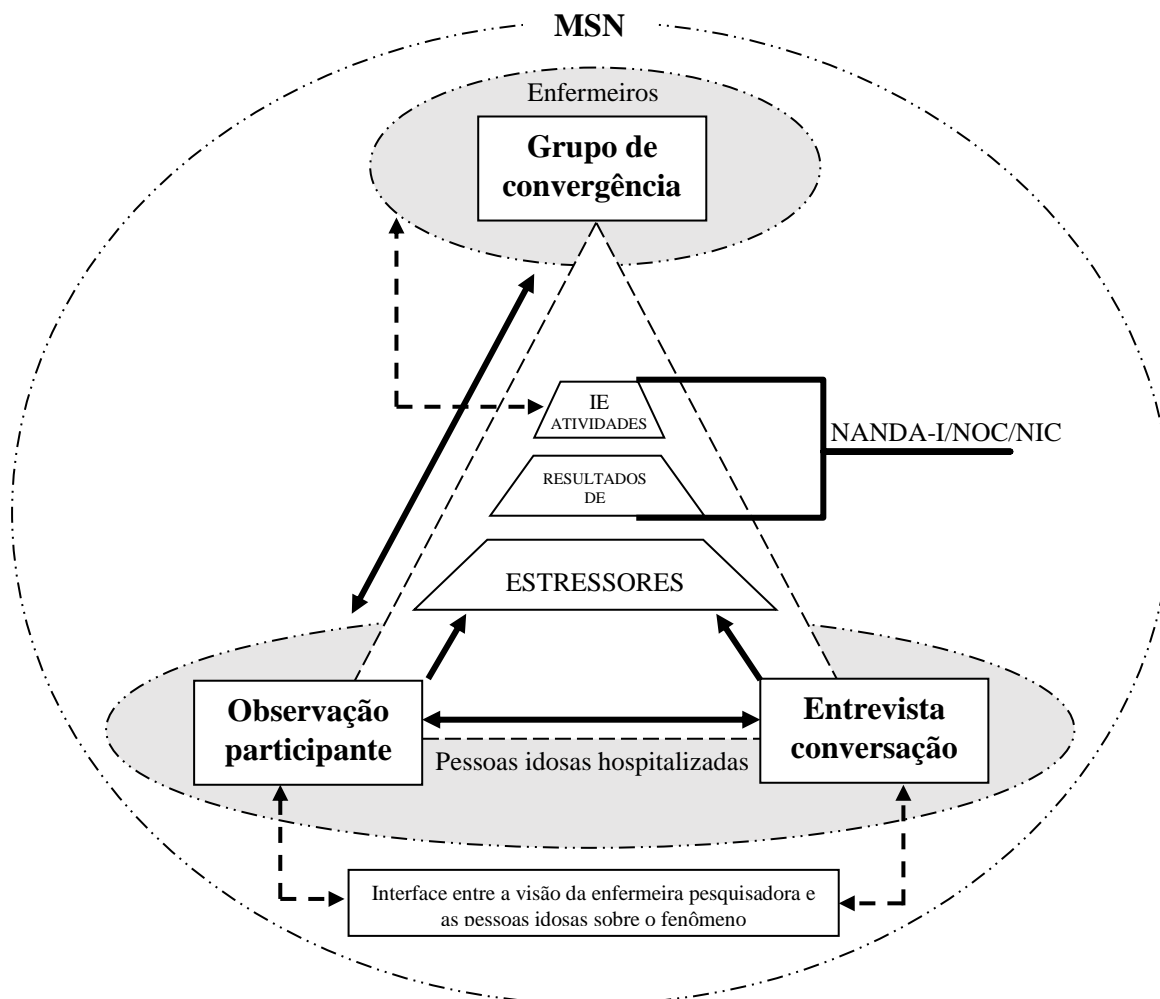
O diálogo estabelecido entre a pesquisadora e os participantes no grupo de convergência assegurou uma sintonia necessária para oferecer subsídios para transformações na prática assistencial, no que se refere ao planejamento de intervenções e atividades de enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada e os estressores vivenciados por ela nesse período. As discussões deliberadas nos grupos propiciaram uma reflexão crítica sobre os cuidados realizados com pessoas idosas hospitalizadas e uma maior compreensão por parte dos enfermeiros sobre o PE, a utilização de taxonomias e a aplicabilidade de teorias e modelos teóricos na prática assistencial.

6.4 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL E O MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN COMO ARCABOUÇOS METODOLÓGICO E TEÓRICO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM

No decurso da apresentação dos resultados e discussão, foi possível conhecer as pessoas idosas hospitalizadas quanto às variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais e, os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por elas. A partir desses estressores, foram identificados os DE prioritários nesse grupo de pessoas idosas, propostos RE, IE e atividades que, sequencialmente, foram validadas por enfermeiros por meio de encontros de GC, os quais, conseqüentemente, serviram de instrumentalização aos participantes pela troca de saberes e aprofundamento da temática. Para o alcance desses resultados, foi realizada a combinação de referenciais teórico e metodológico na triangulação da produção de dados, com pessoas idosas hospitalizadas e com enfermeiros.

A articulação de diferentes fontes de evidência, atributo da triangulação de técnicas de produção de dados, auxiliou a pesquisadora a compreender o fenômeno estudado e suas interfaces, por meio da imersão na realidade investigada fundamentada no referencial teórico, selecionado previamente, conforme demonstrado na Figura 11.

Figura 11 – Ilustração alusiva à triangulação metodológica para a produção dos dados. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Ante o exposto, infere-se que a observação participante e a entrevista conversação, realizadas com as pessoas idosas hospitalizadas nas referidas unidades para perscrutar os estressores intra, inter e extrapessoais, permitiram conhecer os participantes do estudo e compreender as situações, acontecimentos, características do ambiente hospitalar, relações estabelecidas com profissionais de saúde, familiares e demais pacientes referenciados como estressores e que interferem no bem-estar.

Destaca-se a coerência e convergência da observação participante com o método convergente assistencial e com o paradigma construcionista, pois os participantes são corresponsáveis pela produção de dados e pela transformação da realidade. Além disso, a pesquisadora emergiu no fazer profissional, na busca de apreender as partes e o todo do fenômeno, numa relação dinâmica e cíclica, a fim de produzir mudanças e novos conhecimentos, sustentada pelo critério de imersibilidade, proposto pela PCA.

A observação participante oportunizou à pesquisadora compreender a pessoa idosa em sua multidimensionalidade, de forma holística, na busca de contemplar todas as dimensões, o que coaduna com o referencial teórico adotado. Observar com as lentes do MSN favoreceu a compreensão da pessoa idosa na perspectiva de um sistema aberto e dinâmico, em interação dinâmica com o ambiente, na busca de bem-estar diante da instabilidade ocasionada pelos estressores, internos e externos (NEUMAN, 2011; LOWRY; AYLWARD, 2015). A pessoa idosa hospitalizada está constantemente em interação com estressores que podem influenciar o seu equilíbrio e bem-estar. Nesse contexto, as melhores práticas de enfermagem sustentadas em modelos e teorias são basilares, tanto na prática assistencial quanto investigativa. Assim, o MSN arrimou as ações de assistência e de prática da pesquisadora.

O reconhecimento da realidade foi possibilitado pela observação participante no cenário de estudo, livre de pré-conceitos construídos, em parte, pela imersão nas evidências presentes na literatura. Embora o conhecimento dessas evidências seja fundamental em todo o percurso da pesquisa, a pesquisadora se manteve sensível às singularidades do campo, as quais, muitas vezes, apresentaram uma perspectiva nova do fenômeno.

A entrevista conversação, realizada simultaneamente com a observação participante, agregou informações e particularidades acerca do objeto de estudo. A entrevista conversação com a pessoa idosa foi fundamental, pois possibilitou o conhecimento das individualidades de cada pessoa idosa e a identificação dos estressores vivenciados. Pontua-se que as entrevistas não serviram somente como uma técnica de produção de dados, mas representaram em muitos momentos uma intervenção assistencial, algo previsto na PCA. A experiência da pesquisadora como enfermeira assistencial e sua imersão no campo facilitaram sua interação com os participantes, o que potencializou a consistência dos dados produzidos. Em alguns momentos da pesquisa, o diálogo da pesquisadora consigo mesmo se fez necessário para a reflexão e análise dos achados. Assim, cumpriu-se com o critério da imersibilidade que permite o desenvolvimento de ações de prática e de pesquisa, no mesmo espaço físico e temporal do contexto em estudo.

Por fim, ambas as técnicas fundamentaram o delineamento do GC. Os encontros foram planejados para discutir e validar as IE e atividades para cada DE prioritário, de forma a instrumentalizar os enfermeiros sobre o assunto. Além de fortalecer os dados de pesquisa, o GC permitiu a proposição de um processo de enfermagem direcionado aos estressores e as variáveis de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. A criação de espaço de diálogo e intercâmbio de conhecimentos, permearam a descoberta e (re)construção do conhecimento sobre essa temática.

As mudanças na prática aconteceram ainda no processo de realização da PCA com a participação dos enfermeiros nos encontros de GC. Essas transformações se referem especialmente, ao (re)conhecimento dos enfermeiros sobre estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e a possibilidade de intervenções exequíveis para minimizá-los, contribuindo para a qualificação do cuidado por meio do PE.

Considera-se que a análise dos dados na perspectiva dos participantes (pessoas idosas e enfermeiros) e do pesquisador subsidiou compreensão dos múltiplos aspectos inerentes ao fenômeno estudado sob as lentes de Neuman. Ainda, a análise dos dados na perspectiva da triangulação permite uma maior validação desses e uma inserção aprofundada do pesquisador no contexto onde ocorre o fenômeno.

Frente a isso, pontua-se que a análise concomitante dos dados, oriundos de diferentes técnicas de produção de dados, representou um desafio para a enfermeira pesquisadora, não somente pelo volume de informações obtidas, mas a natureza distinta dessas informações (advindas de perspectivas distintas), conferem um grau de complexidade maior ao processo de análise.

Ao final desse processo, concluiu-se que a triangulação contribuiu na consistência dos dados ao agregar diferentes pontos de vista que esclareceram complexas nuances relacionadas aos estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, pois valorizou a percepção de quem vivencia os estressores e de quem planeja as ações de cuidado. Dessa forma, destaca-se que a triangulação metodológica em estudos convergentes assistenciais é um recurso profícuo, pois possibilita a compreensão mais fidedigna da complexidade do objeto de estudo, viabilizando ações direcionadas às respostas humanas relacionadas aos estressores.

A pesquisa mostrou ações de investigação científica e de cuidado de forma articulada, comprovando a aplicabilidade da PCA e suas contribuições efetivas tanto à pesquisa quanto à prática. O estudo em tela cumpriu sua função de geração de dados sobre os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, sobretudo, subsidiou ações para minimizar esses estressores por meio do GC com enfermeiros.

A força ética da pesquisa está centrada na convergência e atrai novas práticas que vão se delineando no sentido da qualificação do cuidado em busca de uma prática assistencial teorizada. É na convergência que reside a possibilidade de transformação. A fim de reduzir o distanciamento entre teoria e prática, é preciso que o terreno seja fertilizado e produza o que pode ser concretizado pela convergência das concepções teóricas e as ações da prática

assistencial, de forma a seguir uma trajetória de ida e volta em contínua dinâmica da teoria para a prática e vice-versa, conforme explícito na Figura 12.

A propriedade de expansibilidade confere à PCA a flexibilidade de ampliar o enfoque (condução de mudanças) durante o processo de pesquisa. A pesquisadora esteve à frente de temas relacionados ao fenômeno que foram emergindo como importantes e que conduziram a novas concepções teóricas, como o desenvolvimento de teorias. Uma vez iniciado o encontro entre pesquisadora e participantes da pesquisa, a sua trajetória mostra-se cíclica e integrada, com movimento de reflexão-ação-reflexão, culminando na validação das IE e atividades de enfermagem.

Dada a subjetividade e complexidade do fenômeno em estudo, as reflexões e discussões embasadas no MSN, nos dados emergentes da entrevista conversação e observação, e, na experiência clínica dos enfermeiros contribuem para a translação do conhecimento, a partir da síntese, teorização e transferência propostas pela PCA. Ao mesmo tempo, diante desse denso e complexo arcabouço, peculiar de um modelo teórico, filosófico e conceitual, surgiu a necessidade de transpor os conceitos e pressupostos do MSN de forma menos abstrata, a fim de torná-lo mais aplicáveis na prática assistencial.

Por conseguinte, a pesquisadora optou por desenvolver uma TMA a partir dos dados empíricos da PCA (fase indutiva) e da derivação do MSN (fase dedutiva), a fim de contemplar os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Esse novo conhecimento emerge frente à transição demográfica e epidemiológica e às mudanças estruturais, econômicas, sociais e culturais que a humanidade assume ao longo do tempo, que demandam reorganização e adaptação das teorias que regem o cuidado de enfermagem.

A construção teórica resultou da inter-relação de construtos provenientes da apreensão e da síntese dos dados presentes na justaposição da pesquisa e assistência (pontos de convergência) ao longo do desenvolvimento da PCA (PAIM; TRENTINI; SILVA, 2015). Assim, a teorização abarcou construções, reconstruções, desconstruções e reconstruções, elevando as informações obtidas em um alto nível de abstração até compor um esquema que possa descrever e explicar os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Para isso, os diversos pontos de convergência produziram os “movimentos de dança” da PCA em direção à qualificação do cuidado aos idosos hospitalizados.

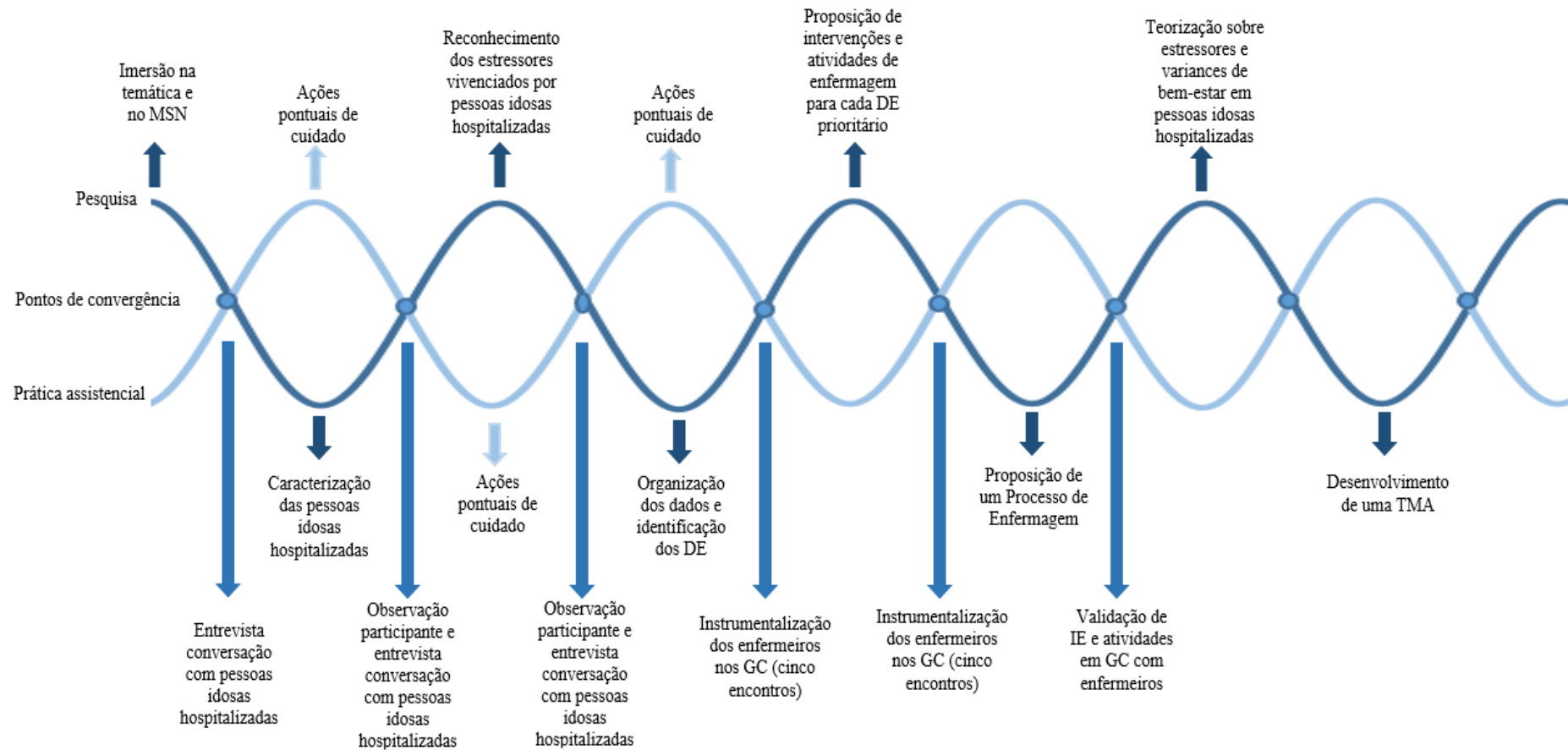
A Figura 12 mostra que as ações de cuidado de enfermagem, destacadas como pontuais diante dos estressores, foram desenvolvidas ao longo da observação participante e da entrevista conversação por parte da pesquisadora. Pesquisa e assistência iam ao encontro uma da outra, nesse movimento que a PCA entende como “dança”, o que permite inferir que, na

PCA, não é possível subtrair a pesquisa da assistência, uma vez que a convergência acontece na simultaneidade desses movimentos.

Inferese que o movimento de dança, que representa a aproximação (pontos de convergência) e o distanciamento, demonstrado na Figura 12, segue após o término da pesquisa. Quando os enfermeiros se depararem com respostas humanas alteradas de pessoas idosas hospitalizadas diante de estressores e ao identificarem as necessidades, irão buscar conhecimentos em geriatria e gerontologia e planejar intervenções para qualificarem o cuidado, firmando então um novo ponto de convergência, agora entre sua busca científica e sua prática assistencial.

A instrumentalização dos enfermeiros, oportunizada pelo GC, seguida da validação das intervenções e atividades de enfermagem contemplou demandas da realidade deles relacionadas à SAE, PE e prescrição de enfermagem, fundamentadas em uma teoria de enfermagem, direcionados às pessoas idosas hospitalizadas. As discussões e reflexões sobre a temática serviram como base para o compromisso com a construção de novos conhecimentos para a mudança da prática assistencial.

Figura 12 – Movimentos de dança da PCA, que representam a aproximação, o distanciamento e os pontos de convergência da prática assistencial e da pesquisa. Brasil, 2019.

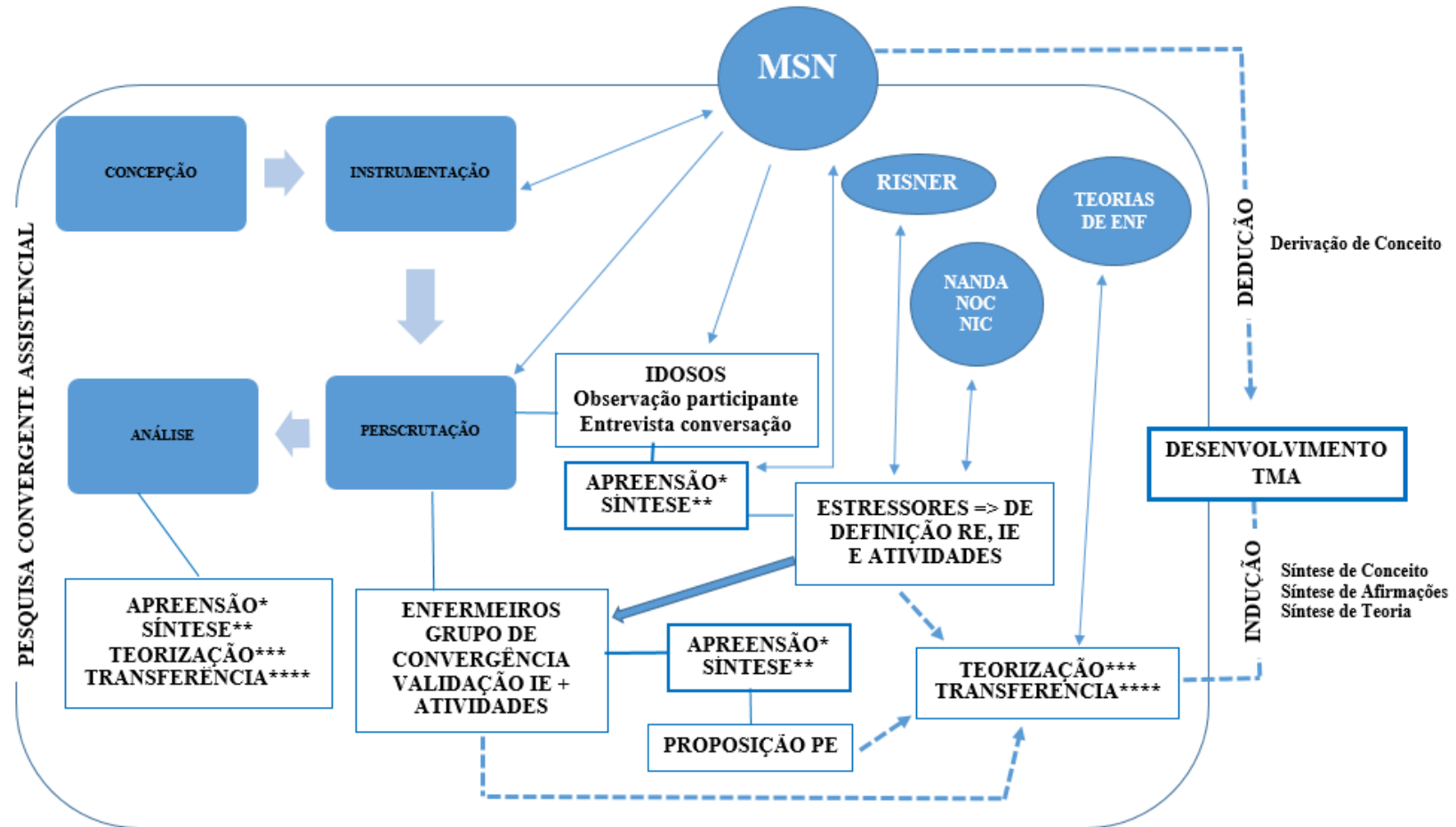


Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O movimento de dança da PCA representa os movimentos de aproximação e de distanciamento e de convergência, da pesquisa e da prática, formando espaços de justaposição destas atividades. Esses espaços permitiram a validação de IE e atividades, que podem ser implementadas na prescrição de enfermagem para mitigar os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e potencializar o bem-estar. Assim, acredita-se que o produto do presente estudo oferece subsídios palpáveis para a qualificação do cuidado a pessoas idosas hospitalizadas.

A utilização da PCA como arcabouço metodológico para o desenvolvimento de TMA está representada na Figura 13.

Figura 13 – Operacionalização da PCA para o desenvolvimento de TMA sobre estressores e variânces de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nesse sentido, a PCA ofereceu subsídios para o desenvolvimento de uma TMA de enfermagem devido seu rigor metodológico, sua operacionalização sistemática e minuciosa. As etapas próprias de produção e análise de dados da PCA convergiram para a teorização das evidências e sustentaram a construção da TMA de enfermagem sobre os estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas.

6.5 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE ENFERMAGEM SOBRE ESTRESSORES E VARIANÇAS DE BEM-ESTAR EM PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS

Na teoria proposta, o conjunto de conceitos selecionados busca descrever, explicar e prever os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. A seleção desses conceitos ocorreu por meio da derivação e da síntese de conceito, as afirmativas relacionais e não relacionais foram construídas concomitantes à síntese de conceito dos estressores por meio da estratégia de síntese das afirmações a partir das evidências da PCA e da literatura, buscando estabelecer as relações entre os conceitos do MSN e do fenômeno em estudo.

O metaparadigma da TMA desenvolvida no presente estudo contempla:

- **Pessoa Idosa:** pessoa com 60 anos de idade ou mais, representada por um conjunto dinâmico, inter-relacionado de dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, com características heterogêneas determinadas pela relação vitalidade versus fragilidade e, em consequência da senescência e da senilidade.
- **Saúde:** estado de bem-estar representativo de que todas as necessidades do sistema cliente estão sendo atendidas, contemplando sua condição de autonomia e independência e não somente a ausência de doenças.
- **Enfermagem:** o cuidado de enfermagem ajuda a pessoa idosa a lidar com os estressores e a manter o bem-estar durante a hospitalização, incentivando a autonomia e a independência. O principal objetivo da enfermagem é facilitar o bem-estar para a pessoa idosa por meio da retenção, obtenção ou manutenção da estabilidade do sistema do cliente. O bem-estar ideal representa o maior grau possível de estabilidade do sistema em um determinado momento, de acordo com sua vitalidade. Assim, bem-estar é uma questão de grau, um ponto em um *continuum* que vai do maior grau de bem-estar até a doença grave ou a morte.
- **Ambiente:** espaço hospitalar que cerca o sistema cliente e que mantém interação dinâmica com a pessoa idosa, permeado de estressores que demandam adaptação e estratégias de

enfrentamento. O sistema cliente em interação dinâmica com o ambiente delinea preocupações do domínio da enfermagem.

6.5.1 Conceitos e afirmações não relacionais da Teoria

Walker e Avant (2019) mencionam que desenvolver afirmações é um importante aspecto no desenvolvimento de uma teoria, pois uma afirmação é um elemento importante na construção do corpo de conhecimento científico. A afirmação não relacional corresponde a uma definição teórica ou operacional do conceito.

Considera-se que sempre existe a possibilidade da seleção de um número maior de conceitos, no entanto, entende-se que o cenário de aplicação da teoria é inovador e por isso se estabeleceu a seleção de conceitos que fossem fundamentais à construção da teoria. A partir da derivação, foram selecionados os seguintes conceitos para a descrição, explicação e predição do fenômeno estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas: sistema cliente; dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual; estressores – intrapessoais, interpessoais e extrapessoais; bem-estar; intervenções de enfermagem.

A seguir, estão descritas as afirmativas não relacionais de cada conceito:

Sistema Cliente: definido nessa TMA como a pessoa idosa, a qual deve ser considerada em sua totalidade como um sistema aberto multidimensional, que contempla dimensões fisiológica, psicológica, socioculturais, de desenvolvimento e espiritual, que estão em interação dinâmica com o ambiente, permeado de estímulos que podem interferir no equilíbrio e na percepção avaliativa do bem-estar. Considera-se estímulo qualquer informação ou situação capaz de provocar uma resposta em um organismo.

Dimensão fisiológica: estrutura e funcionamento do corpo senescente, que pode ou não apresentar patologias e comorbidades.

Dimensão psicológica: processos mentais em interação com o ambiente.

Dimensão sociocultural: efeitos e influências dos aspectos sociais e culturais.

Dimensão espiritual: crenças e influências espirituais.

Dimensão do desenvolvimento: processo de desenvolvimento relacionado à idade, ao envelhecimento e às atividades desenvolvidas.

Estressores: conceituados sob uma perspectiva relacional pessoa idosa e ambiente, na qual características da pessoa como avaliadora e do estressor são importantes para compreensão do processo. Resumidamente, considera-se estressor qualquer estímulo que excede a capacidade

de adaptação da pessoa idosa, ameace a percepção avaliativa de bem-estar e demande estratégias de enfrentamento. Essa concepção dos estressores representa um caráter interacional, pois considera a pessoa idosa e o meio que a envolve e suas interações contínuas e ajustamentos, cada um influenciando e sendo influenciado pelo outro.

Estressores intrapessoais: estímulos produtores de tensão e instabilidade que ocorrem dentro da pessoa idosa, como sinais e sintomas de patologias, alterações anatômicas e fisiológicas da senescência, respostas humanas alteradas em um dado momento do processo saúde doença.

Estressores interpessoais: estímulos produtores de tensão e instabilidade resultantes das relações interpessoais estabelecidas pela pessoa idosa.

Estressores extrapessoais: estímulos produtores de tensão e instabilidade relacionados à estruturação e funcionamento do ambiente em que a pessoa idosa está inserida.

A percepção da pessoa idosa sobre os estressores é o processo em que as informações obtidas por meio dos sentidos e da memória são organizadas, interpretadas e transformadas. Essa percepção é variável, pois cada pessoa idosa tem suas características peculiares, representadas pelas cinco dimensões, transpostas do MSN, em interação constante e dinâmica com o ambiente e os estímulos que sucedem nesse espaço. Além disso, necessita considerar-se a vitalidade de cada pessoa idosa, que é inversamente proporcional à fragilidade e representa a medida da reserva homeostática, que é a capacidade do organismo defender-se das agressões do meio interno e externo. Destaca-se que a resposta a um estressor pode ser manifestada por um comportamento, emoção ou pensamento.

Bem-estar: reflete a vitalidade e a harmonia da interação das dimensões do sistema cliente com o ambiente, com todas as necessidades atendidas incluindo a manutenção da autonomia e da independência. Não significa ausência de doença, mas sim depende da percepção avaliativa da pessoa idosa e de sua capacidade de adaptação e enfrentamento aos estressores.

Varianças de bem-estar: representam instabilidade no bem-estar da pessoa idosa frente aos estressores vivenciados durante a hospitalização. À medida que os estressores extrapolam as estratégias de enfrentamento e a capacidade de adaptação da pessoa idosa são esperadas varianças de bem-estar, indicando uma associação negativa entre eles.

Intervenção de enfermagem: ações intencionalmente planejadas com vistas a atender as necessidades da pessoa idosa hospitalizada. As intervenções apresentam associação positiva com as estratégias de enfrentamento, pois IE individualizadas podem favorecer estratégias de enfrentamento efetivas diante dos estressores.

Prevenção primária: integra intervenções de enfermagem que visam reter o bem-estar, reduzindo os fatores de risco e prevenindo os estressores.

Prevenção secundária: contempla intervenções de enfermagem que objetivam tratar os sinais e sintomas que surgem após a interação com os estressores, com vistas à estabilidade e obtenção do bem-estar.

Prevenção terciária: relaciona-se aos processos de adaptação aos estressores que não podem ser reduzidos, com vistas à recuperação do bem-estar.

Além dos conceitos derivados do MSN, emergiram da síntese de conceitos, baseada nas informações precedentes da PCA os conceitos avaliação cognitiva – primária e secundária – e estratégias de enfrentamento. Os conceitos das LR, LND e LFD foram substituídos/redefinidos para essa TMA como avaliação cognitiva e estratégias de enfrentamento. Para síntese desses conceitos, a pesquisadora utilizou-se dos dados empíricos da PCA e do referencial de Estresse, Adaptação e Coping de Lazarus e Folkman (1984).

Avaliação cognitiva: as interpretações e reações diante de um estressor diferem de uma pessoa para outra. Uma avaliação cognitiva reflete o processo de interpretar e categorizar um encontro com um estímulo e suas várias facetas, com relação a sua importância (ameaça, dano, desafio) e sua interferência no bem-estar. Essa avaliação depende de características distintivas de cada pessoa idosa e da inter-relação entre as dimensões que integram o sistema cliente e ocorre continuamente durante a vigília. Cada estímulo é interpretado pela pessoa idosa como estressor ou não.

Considera-se que a interação da pessoa idosa com o estressor perpassa pela interpretação e pela avaliação cognitiva individual, identificando as demandas e atribuindo um significado ao estressor (ameaça, desafio ou irrelevante) e a opção entre possíveis estratégias de enfrentamento. Assim, a avaliação individual interfere na resposta aos estressores, tendo em vista que cada pessoa idosa percebe ou avalia um determinado estímulo de forma diferente. Ainda, aponta-se que a avaliação cognitiva pode ser primária ou secundária.

Avaliação cognitiva primária: depende da natureza do estímulo, de sua intensidade, da experiência prévia da pessoa idosa indivíduo e de suas respostas à situação vivenciada. Nessa avaliação, a pessoa idosa avalia as demandas de determinado estímulo e o define como estressor ou não, o que pode resultar em uma ação.

Avaliação cognitiva secundária: a pessoa idosa analisa os recursos disponíveis para enfrentar o estressor, verificando as possibilidades de ação, as estratégias de enfrentamento ou de adaptação diante do estressor, que podem ser efetivas ou não (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Após a avaliação secundária ocorre a reavaliação, como tentativa de controle ou adaptação ao estressor.

A partir dessas avaliações as estratégias de enfrentamento de um estressor podem mudar de um momento para o outro.

Estratégias de enfrentamento: são consideradas estratégias de enfrentamento as ações, comportamentos e pensamentos utilizados para lidar com um estressor a fim de mitigá-lo ou adaptar-se a ele, visando a manutenção do bem-estar.

6.5.2 Afirmações relacionais da Teoria

As afirmações relacionais declaram algum tipo de relação entre dois ou mais conceitos na teoria, sendo que podem afirmar uma associação (correlação) ou causalidade. Para que uma teoria seja desenvolvida é necessário que ocorra relações entre os conceitos, pois é a partir do agrupamento destes que se estabelece a teoria.

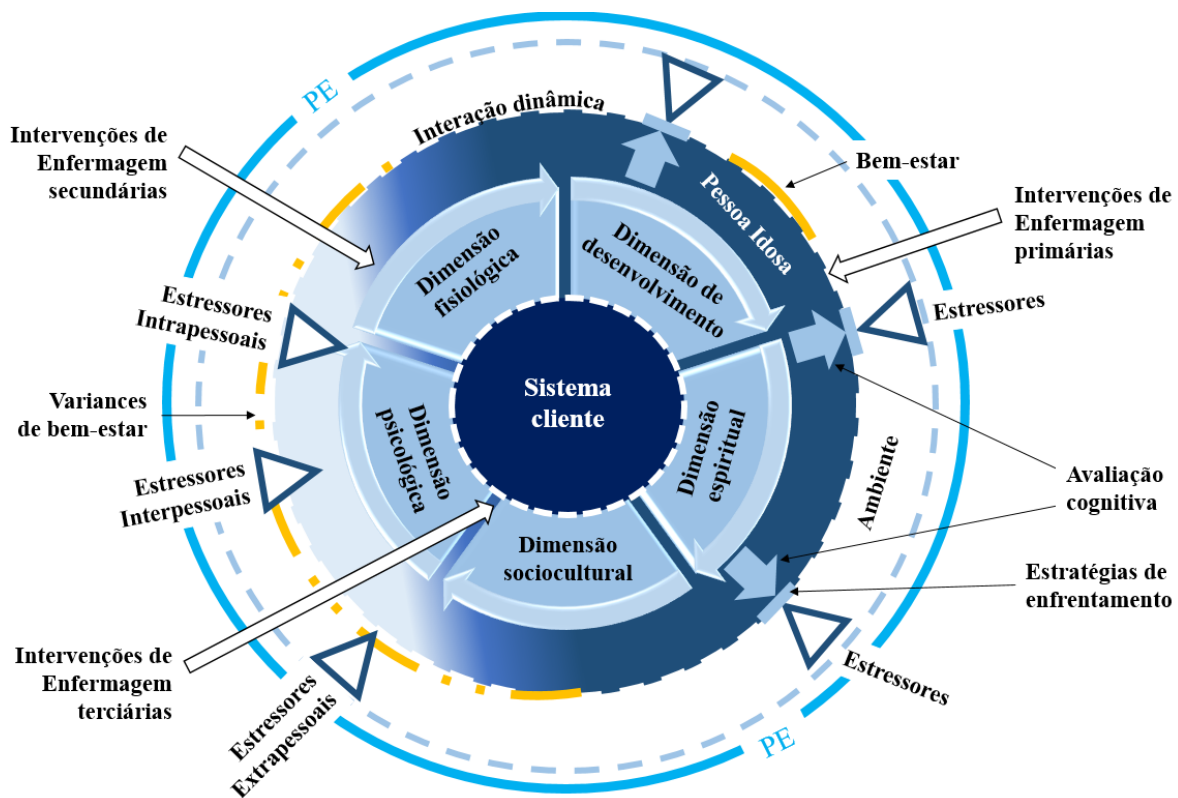
Os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas não podem ser analisados como estruturas independentes, autônomas e descontextualizadas. O sentido delas é construído a partir do contexto onde as interações acontecem, ambiente permeado de estímulos que podem ser interpretados como estressores, demandando avaliação e estratégias de enfrentamento.

A priori, trabalhou-se o conceito estressores e suas influências com os outros conceitos e estabeleceram-se algumas afirmativas relacionais de associação entre esses conceitos da teoria, descritos a seguir.

- As dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual estão interligadas e em constante interação entre si e com o ambiente que a pessoa idosa está inserida.
- A avaliação cognitiva depende da inter-relação entre as dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual.
- A relação entre estressores e pessoa idosa é mediada pela avaliação cognitiva, que oferece subsídios para a escolha de estratégias de enfrentamento efetivas.
- A interferência no bem-estar depende da capacidade da pessoa idosa de lidar com os estressores.
- A avaliação cognitiva e as estratégias de enfrentamento podem ser aprimoradas por meio de intervenções de enfermagem direcionadas as respostas humanas alteradas relacionadas aos estressores.
- Intervenções de enfermagem tem um efeito positivo na percepção dos estressores e no seu enfrentamento.

- Resultados e intervenções de enfermagem planejadas tem o potencial de manter o bem-estar ideal durante a hospitalização de pessoas idosas.
- A implementação do PE permite a identificação dos estressores e o planejamento de resultados e intervenções específicas.

Figura 14 - Diagrama da teoria de médio alcance sobre estressores e variânces de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

6.5.3 Pressupostos da Teoria

A TMA em tela foi desenvolvida com base no MSN (NEUMAN, 2011) e a partir da síntese da produção de dados de uma PCA e de literatura científica. Os **pressupostos** da TMA dirigida aos estressores e variânces de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas enunciam que:

1. A estrutura conceitual da TMA dirigida aos estressores e as variânces de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas é a representação teórica de um sistema aberto, multidimensional em interação constante, dinâmica e recíproca pessoa idosa versus ambiente.

2. A teoria tem como objetivo descrever e explicar o fenômeno estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, como um processo relacional por envolver interações constantes e recíprocas, a fim de melhorar o entendimento dos estressores e proporcionar informações úteis para a implementação de intervenções de enfermagem tanto de prevenção primária, quanto secundária e terciária.
3. A pessoa idosa é única e multidimensional, com autonomia e independência distintas, porém ela apresenta características comuns e estratégias de enfrentamento semelhantes a outras pessoas idosas.
4. O ambiente hospitalar é permeado de estímulos que podem ser avaliados pelas pessoas idosas como estressores e que interferem no equilíbrio e na percepção de bem-estar.
5. A pessoa idosa realiza uma avaliação cognitiva diante dos estressores, a depender de sua experiência prévia, adota estratégias de enfrentamento, que podem ser efetivas ou não.
6. Quando os estressores extrapolam a capacidade de adaptação da pessoa idosa, são esperadas variâncias na percepção de bem-estar durante a hospitalização.
7. Os estressores intrapessoais e interpessoais são prevalentes durante a hospitalização de pessoas idosas.
8. Cada pessoa idosa apresenta respostas humanas distintas em um dado momento do processo de saúde-doença diante dos estressores vivenciados na hospitalização.
9. A adaptação e o enfrentamento aos estressores pela pessoa idosa hospitalizada é favorecido por intervenções de enfermagem planejadas e individualizadas.
10. Intervenções de enfermagem de prevenção primária são prioritárias.
11. Intervenções de enfermagem efetivas podem reduzir os estressores e potencializar a percepção de bem-estar.
12. Enfermeiros diagnosticam respostas humanas alteradas relacionadas aos estressores vivenciados, planejam resultados positivos em saúde e implementam intervenções e atividades de enfermagem individualizadas, que favorecem as estratégias de enfrentamento da pessoa idosa hospitalizada para lidar com os estressores.

6.5.4 Proposições da Teoria

As proposições são declarações que descrevem a relação entre os conceitos dentro de uma teoria, e como tal elas permitem uma grande variedade de hipóteses a serem testadas empiricamente. As proposições para a TMA incluem:

- As variâncas de bem-estar se originam de estressores que causam instabilidade do sistema cliente.
- Intervenções de enfermagem planejadas para respostas humanas alteradas diante dos estressores vivenciados durante a hospitalização favorecem o bem-estar das pessoas idosas e possibilitam resultados positivos.
- Estratégias de enfrentamento efetivas e/ou a adaptação aos estressores favorecem a percepção de bem-estar das pessoas idosas.
- É competência do enfermeiro e da equipe de enfermagem identificar estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas.
- Se as intervenções de enfermagem implementadas são efetivas e eficazes os estressores são mitigados e o estado de bem-estar é potencializado/ampliado.
- O bem-estar é resultado do cuidado de enfermagem.

6.5.5 Processo de Enfermagem orientado pela Teoria de Médio Alcance de Enfermagem sobre estressores e variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas

A Resolução COFEN 358/2009 determina que o PE deve ser embasado em um referencial teórico de Enfermagem. No estudo em tela, foram estabelecidos os DE, RE, IE e atividades utilizando-se as taxonomias NANDA-NOC-NIC, orientados pelo MSN.

A identificação dos DE, já descrita anteriormente, e a validação dos resultados, intervenções e atividades de enfermagem por meio dos GC com enfermeiros possibilitaram a proposição do PE apresentado a seguir, no Quadro 3.

		<p>Controle da Nutrição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer um ambiente ideal para o consumo da refeição (p. ex., limpo, bem ventilado, relaxante e livre de odores fortes). - Administrar medicamentos antes de comer (p. ex., para alívio da dor, antieméticos), se necessário. - Incentivar o paciente a sentar-se em posição ereta na cadeira para se alimentar, se possível. <p>Controle da energia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a condição fisiológica do paciente quanto a deficiências que resultem em fadiga no contexto de idade e desenvolvimento. - Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre as limitações. - Monitorar a ingestão nutricional para assegurar o consumo adequado de recursos energéticos. - Monitorar/registrar o padrão sono do paciente e o número de horas dormidas. - Monitorar a localização e natureza de desconfortos físicos ou dores durante a movimentação/atividade. - Reduzir desconfortos físicos que possam interferir com a função cognitiva e automonitoramento/regulação das atividades. - Auxiliar o paciente a entender os princípios de conservação de energia (p. ex., necessidade de restrição de atividades ou de repouso). - Evitar atividades de cuidado ao paciente durante os horários programados para o repouso. - Auxiliar nas atividades físicas regulares (p. ex., deambulação, transferências, virar-se e cuidados pessoais), conforme necessário. - Encorajar atividade física (p. ex., deambulação, realização de atividades de vida diária) consistente com as reservas de energia do paciente. 	
Distúrbio no padrão do sono	Sono (adequado)	Controle de energia	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o paciente a limitar o sono durante o dia oferecendo atividades que promovam o estado de vigília, conforme apropriado. - Limitar estímulos ambientais (iluminação, ruídos) para facilitar o

		<p>Melhora do sono</p> <p>Controle do Ambiente: Conforto</p> <p>Administração de Medicamentos</p> <p>Posicionamento</p>	<p>relaxamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar períodos alternados de descanso e atividades. - Monitorar o padrão do sono do paciente e observar circunstâncias físicas (apneia, dor, frequência urinária) ou psicológicas (medo, ansiedade) que interrompam o sono. - Adaptar o ambiente para promover o sono. - Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir. - Agrupar as atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de despertar, possibilitar ciclos de no mínimo 90 minutos. - Ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono/vigília do paciente. - Individualizar a rotina diária de modo a atender as necessidades do paciente. <ul style="list-style-type: none"> - Controlar ou prevenir ruídos excessivos ou indesejáveis, sempre que possível. <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os medicamentos para dormir que o paciente está tomando. - Monitorar o paciente para determinar a necessidade de medicamentos, conforme apropriado. - Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico da medicação. <ul style="list-style-type: none"> - Incorporar a posição de sono preferida no plano de cuidados, se não houver contraindicação.
Ansiedade	<p>Nível de Ansiedade</p> <p>Autocontrole da Ansiedade</p>	Redução da Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> - Usar abordagem calma e tranquilizadora. - Esclarecer expectativas de acordo com o comportamento do paciente. - Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o procedimento.

	<p>Sinais Vitais</p> <p>Sono</p> <p>Controle dos Sintomas</p>	<p>Melhora do Enfrentamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a família a permanecer com o paciente, para promover segurança e diminuir o medo. - Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos. - Ajudar o paciente a identificar situações que precipitem a ansiedade. - Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade. - Escutar o paciente com atenção. - Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações. - Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença. - Admitir os antecedentes espirituais e culturais do paciente. - Encorajar o paciente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades. - Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar mudanças necessárias no estilo de vida ou no desempenho de papéis. - Auxiliar o paciente no processo de pesar e elaborar as perdas por doenças crônicas e/ou incapacitações, se adequado. - Envolver a família/pessoas significativas/amigos nos cuidados e planejamento.
Medo	<p>Autocontrole do medo (monitorar intensidade do medo, eliminar os precursores do medo, planejar estratégias de enfrentamento diante de situações que suscitam medo).</p>	<p>Aconselhamento</p> <p>Apoio à Tomada de Decisão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito. - Estimular a expressão dos sentimentos. - Auxiliar o paciente a identificar o problema ou situação que está causando sofrimento. - Auxiliar o paciente a identificar pontos positivos e reforçá-los. - Proporcionar ao paciente as informações solicitadas. - Servir de ligação entre o paciente e outros provedores de cuidado de saúde.

		<p>Apoio Emocional</p> <p>Controle do Ambiente</p> <p>Presença</p> <p>Apoio Espiritual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o paciente a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa. - Facilitar ao paciente a articulação das metas de cuidado. - Discutir a(s) experiência(s) emocional(is) com o paciente. - Explorar com o paciente o que desencadeou o sentimento. - Criar um ambiente seguro para o paciente. - Escutar as preocupações do paciente. - Comunicar, verbalmente, empatia ou compreensão da experiência do paciente. - Ficar com o paciente para promover segurança e reduzir o medo. - Estar aberto aos sentimentos da pessoa sobre doença e morte. - Fornecer os artigos espirituais desejados, conforme as preferências individuais. - Encaminhar ao conselheiro espiritual escolhido pelo indivíduo
Sofrimento espiritual	<p>Saúde espiritual</p> <p>Esperança</p> <p>Envolvimento social</p>	<p>Promoção de Esperança</p> <p>Apoio Espiritual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar esperança, reconhecendo o valor intrínseco do paciente e a visão de sua doença como um aspecto de si mesmo. - Auxiliar paciente/família a identificar razões de esperança na vida. - Ampliar o repertório de mecanismos de enfrentamento do paciente. - Usar a comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidados com empatia. - Tratar a pessoa com dignidade e respeito. - Expressar empatia com os sentimentos individuais. - Garantir ao indivíduo que o enfermeiro estará disponível para apoiá-lo em momentos de sofrimento.

		Aplicação de Calor/Frio	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar calor/frio diretamente ao local afetado ou próximo a ele, se possível. - Orientar sobre indicações de aplicação, frequência e procedimento. - Determinar a condição da pele e identificar todas as alterações que exigem uma mudança no procedimento ou contraindicações. - Envolver o dispositivo de aplicação de calor/frio com pano protetor.
		Controle da Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores. - Investigar com paciente fatores que aliviam/pioram dor. - Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto. - Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor. - Monitorar a satisfação do paciente com o controle da dor a intervalos específicos.
		Apoio Emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar/escutar manifestações de sentimentos e crenças. - Encorajar o diálogo ou o choro como forma de reduzir a resposta emocional.
		Monitoração de Sinais Vitais	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar pressão arterial, pulso, temperatura e padrão respiratório, conforme apropriado.
		Posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar colocar o paciente em posição que aumente a dor.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os DE, RE, IE e atividades propostas na TMA desenvolvida buscaram contemplar os estressores vivenciados por pessoas idosas durante a hospitalização e não foram exauridos. Entende-se que poderão ser propostos e elaborados outros, contemplando singularidades do processo de hospitalização da pessoa idosa.

As especificidades das intervenções e atividades de enfermagem no cuidado à pessoa idosa hospitalizada revelam a necessidade de sistematização da assistência de enfermagem para promover estratégias de enfrentamento efetivas e promover o bem-estar. Na prática, os enfermeiros concentram-se na singularidade das pessoas idosas com o objetivo de individualizar o cuidado. A singularidade nos lembra de considerar padrões de diversidade e individualidade que, quando examinados, poderiam aumentar a complexidade e a riqueza da teoria (MELEIS, 2018).

Nesse contexto, ressalta-se que a proposição de um PE orientado pela TMA desenvolvida não substitui o julgamento clínico do enfermeiro. Ele pode utilizar esse produto para refletir sobre o cuidado e para documentar a sua prática, tendo em vista que o julgamento clínico e a tomada de decisão são essenciais para o cuidado individualizado das pessoas idosas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, retomam-se as perguntas de pesquisa, os objetivos e a tese, a fim de corroborar o alcance das metas estabelecidas.

As perguntas de pesquisa que conduziram ao delineamento deste estudo foram: Quais os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas em clínicas médica e cirúrgica? Que relações teóricas, indutivas e dedutivas, podem ser estabelecidas entre os estressores e as variáveis de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas e os conceitos do Modelo de Sistemas de Neuman para o desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance e proposição do Processo de Enfermagem? Essas perguntas conduziram à formulação do objetivo geral e dos específicos. Para fins de apresentação serão mostrados como os objetivos específicos foram alcançados para, após, ser possível a compreensão do objetivo geral.

Atendendo ao primeiro objetivo, o estudo possibilitou a caracterização das pessoas idosas hospitalizadas quanto às variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, a partir da observação participante e da entrevista conversação. As 30 pessoas idosas, participantes do estudo, foram caracterizados conforme dimensões fisiológica (sexo, diagnóstico no momento da hospitalização, comorbidades, hospitalizações prévias, tempo de hospitalização, dispositivos médicos utilizados durante a hospitalização, independência funcional avaliada pelo Índice de Katz, capacidade visual, auditiva, de mastigação e de locomoção); psicológica (alterações de humor, sentimentos e comportamento durante hospitalização); sociocultural (estado civil, arranjo domiciliar, acompanhamento durante hospitalização, atividade laboral, município de residência); de desenvolvimento (faixa etária, anos de estudo, função cognitiva avaliada pelo MEEM, atividade laboral) e espiritual (religião, participação na igreja, suporte religioso e interferência da hospitalização na religiosidade).

Caracterizar a pessoa idosa, considerando sua multidimensionalidade, permite compreendê-la como um sistema cliente aberto, com dimensões interativas entre si e com o meio em que está inserida. Além disso, essa caracterização proporciona ao enfermeiro identificar singularidades da pessoa idosa o que favorece seu julgamento clínico, raciocínio crítico e tomada de decisão para a aplicação do processo de enfermagem.

Os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas em clínica médica e cirúrgica relacionam-se às doenças e condições clínicas das pessoas idosas, alterações hemodinâmicas e psicossocioculturais decorrentes do adoecimento e da hospitalização e, implicações das comorbidades. Os estressores

interpessoais abarcam as relações entre pessoas idosas, familiares, profissionais da saúde e demais pacientes, estabelecidas no âmbito hospitalar. Os estressores extrapessoais são decorrentes da infraestrutura hospitalar e das normas e rotinas institucionais.

Destaca-se que, apesar de estarem organizados em três domínios, os estressores podem sobrepor-se um ao outro e um estressor de uma área pode ameaçar a integridade do sistema por afetar outra área, embora os resultados tenham se concentrado no intrapessoal e interpessoal. Diante disso, destaca-se a importância de compreender a pessoa idosa em sua multidimensionalidade e suas relações constantes e recíprocas com o meio, a fim de identificar os estímulos que causam instabilidade no bem-estar. A enfermagem, por estar mais próxima da pessoa idosa durante a hospitalização, é capaz de identificar os estressores e planejar intervenções, a fim de minimizar os estressores e/ou favorecer estratégias de enfrentamento efetivas ou adaptação diante deles.

Verifica-se que o MSN é aplicável para identificar os estressores e direcionar as ações de enfermagem. Isso porque sua utilização, como guia para coleta de dados e identificação dos estressores, permite a compreensão deles e direciona o PE. Entretanto, pondera-se que se trata de um arcabouço teórico denso e abstrato, o que pode dificultar sua aplicabilidade no cuidado de enfermagem. Em contrapartida, considera-se que ele concentra as características de um modelo teórico, as quais permitem a dedução de teorias de enfermagem de diferentes níveis de abstração.

A descrição e análise dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais possibilitou a identificação de 74 DE, dentre esses, sete prioritários, pois abarcaram em suas CD e/ou FR esses estressores, de forma recorrente nos registros das NO e NE, quais sejam: Síndrome do idoso frágil, Distúrbio no padrão do sono, Ansiedade, Medo, Sofrimento espiritual, Conforto prejudicado e Dor aguda. Para cada DE, definido como prioritário no presente estudo, foi proposto RE conforme taxonomia da NOC e IE e atividades de acordo com a NIC, contemplando o quarto objetivo específico.

Para o DE Síndrome do idoso frágil foram considerados válidos pelos enfermeiros no GC os RE “Equilíbrio” e “Autonomia para AVDs”; as IE validadas para esse DE contemplam a Assistência para o autocuidado, Cuidados com o repouso no leito, Controle da nutrição e Controle da energia. Para o DE Distúrbio no padrão do sono estipulou-se como RE o “Sono (adequado)” e as IE Controle de energia, Melhora do sono, Controle do ambiente: conforto, Administração de medicamentos e Posicionamento foram validadas no GC.

Para o DE foram considerados os RE Nível de ansiedade, Autocontrole da ansiedade, Sinais vitais, Sono e Controle dos sintomas e foram validadas as IE Redução da ansiedade e

Melhora do enfrentamento. Já, para o DE Medo planejou-se o RE Autocontrole do medo relacionados as IE Aconselhamento, Apoio à tomada de decisão, Apoio emocional, Controle do ambiente, Presença e Apoio Espiritual. Para o DE Sofrimento espiritual almejou-se os RE Saúde espiritual, Esperança e Envolvimento social por meio das IE Promoção de esperança, Apoio espiritual e Melhora da socialização.

No que se refere ao DE Conforto prejudicado estabeleceu-se os RE Estado de conforto: ambiente, físico, psicoespiritual, sociocultural e Satisfação do cliente: cuidado físico mediante as IE Controle do ambiente: conforto e Aumento da segurança. Para o DE Dor aguda os RE Controle da dor, Nível de dor, Controle dos sintomas, Estado de conforto e Sinais vitais foram planejados, por meio das IE Administração de analgésicos, Aplicação de calor/frio, Controle da dor, Apoio emocional, Monitoração de sinais vitais e posicionamento, validadas no GC.

Conclui-se que os encontros de GC com os enfermeiros, além de permitirem a produção de dados pela discussão e validação das intervenções e atividades de enfermagem, proporcionaram mobilização de conhecimentos, saberes e perspectivas, instrumentalizando os enfermeiros para planejarem o cuidado diante dos estressores e das variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas. Dessa forma, a PCA perfaz seu papel de minimizar o espaço entre os novos conhecimentos, resultantes da pesquisa, e o uso desses resultados no campo assistencial, como propulsores de mudanças, que qualifiquem o cuidado a pessoas idosas hospitalizadas.

Os respectivos DE, RE, intervenções e atividades de enfermagem foram apresentados aos enfermeiros, sendo discutidos e validados por eles em encontros de GC. Esse compilado validado pelos enfermeiros constitui o PE proposto pela pesquisadora, orientado pela TMA desenvolvida a partir da indução dos dados da pesquisa e da dedução do MSN. A proposição de PE tem por objetivo transferir à prática assistencial uma mudança resultante do processo de pesquisa, construída com os participantes e fundamentada cientificamente em um modelo teórico próprio da enfermagem.

As relações teóricas entre os estressores e as variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas e os conceitos do MSN foram estabelecidas. A partir dessa teorização foi desenvolvida uma TMA de enfermagem, com abordagem integrada: indutivamente a partir dos dados resultantes da PCA e das evidências da literatura científica pertinente e; dedutivamente, a partir da derivação de conceitos do MSN, intitulada: “Estressores e variâncias de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas: Teoria de Médio Alcance de Enfermagem”, de Rieth-Benetti.

A TMA de enfermagem desenvolvida tem por objetivo descrever e explicar o fenômeno estressores e as variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas, como um processo relacional por envolver interações constantes e recíprocas, a fim de melhorar o entendimento dos estressores e proporcionar informações úteis para a implementação de intervenções de enfermagem tanto de prevenção primária, quanto secundária e terciária. Sua estrutura conceitual é a representação teórica de um sistema aberto, multidimensional em interação constante, dinâmica e recíproca, pessoa idosa versus ambiente.

A teoria sobre estressores e variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas é abstrata o suficiente para ser aplicável a todas as pessoas idosas hospitalizadas nos diferentes contextos clínicos, sociais, culturais, políticos e econômicos, o que lhe confere o nível de abstração de médio alcance. É uma teoria derivada do MSN e contempla o fenômeno dos estressores e das variâncas de bem-estar, assim menos abstrata e generalista que uma grande teoria, contudo tem abrangência maior do que uma microteoria. As ligações foram estabelecidas conforme critérios de desenvolvimento de teorias de Meleis, as relações foram moduladas e ilustradas na estrutura conceitual proposta.

A teorização fornecida nesse estudo pode orientar enfermeiros e pesquisadores a aplicar os conceitos da TMA desenvolvida na prática, visto que os conceitos são claramente definidos e as relações estão explícitas na estrutura teórica. Ademais, a teoria pode ser uma ferramenta útil na prática assistencial porque visa contribuir com o conhecimento, com o pensamento crítico e a tomada de decisão no cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, direcionado pelo PE. Sobreleva-se que o conhecimento, resultante de pesquisas, pode ser aplicado mais facilmente na assistência, ensino e pesquisa quando os DE, RE e IE estão definidos e organizados dentro de uma estrutura teórica harmônica e significativa.

Frente a essas considerações, defende-se a tese de que “a hospitalização é permeada por estressores, que provocam instabilidade nas dimensões fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual e, conseqüentemente variâncas no bem-estar da pessoa idosa. Nessas situações, a TMA sobre estressores e variâncas de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas direciona o PE a fim de reduzir ou evitar os estressores e contribuir no enfrentamento e/ou adaptação a eles, e assim manter ou promover o bem-estar da pessoa idosa hospitalizada”.

Evidenciou-se que é possível a qualificação do cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada por meio do PE, direcionada pela TMA desenvolvida. No entanto, deve-se destacar que as necessidades de saúde dessa população são complexas e a promoção efetiva

de seu bem-estar diante dos estressores depende da avaliação, diagnóstico, planejamento de resultados e intervenções individualizadas, embasadas teórica e cientificamente.

Assume-se a validade e atualidade do marco teórico-filosófico do MSN, que associado ao referencial metodológico da PCA, propiciou a produção de dados sobre os estressores vivenciados por pessoas idosas hospitalizadas e suas relações teóricas com o MSN, possibilitando a teorização e o desenvolvimento de uma TMA de enfermagem. Assim, pondera-se que este estudo retrata construções importantes para o conhecimento científico em enfermagem, mostrando a potencialidade das pesquisas qualitativas que convergem com inovações da prática assistencial e com o desenvolvimento de teorias de enfermagem, de diferentes âmbitos e níveis de abstração.

No que se refere as limitações deste estudo, destaca-se a ausência de enfermeiros da Clínica Médica I nos encontros do GC, o que pode ter comprometido a diversidade de opiniões. Como potencialidade, cita-se o ineditismo desse estudo com a utilização do arcabouço metodológico da PCA como estratégia para o desenvolvimento de TMA de enfermagem, tanto de natureza indutiva quanto integrativa (indutiva e dedutiva). Isso representou para a pesquisadora um desafio e ao mesmo tempo um processo gratificante e inovador, possibilitando a produção de conhecimentos e de uma tecnologia, que podem fomentar mudanças no cuidado à pessoa idosa hospitalizada, ressaltando o potencial de inovação e o impacto na prática do presente estudo.

Recomenda-se que novos estudos utilizem a PCA para o desenvolvimento de TMA de enfermagem, a fim de clarificar potencialidades e fragilidades, almejando a consolidação dessa estratégia como propulsora de novas teorias a partir da intersecção pesquisa/assistência. Estudos que possam mensurar o impacto de intervenções de enfermagem orientadas pela TMA sobre estressores e variáveis de bem-estar em pessoas idosas hospitalizadas são necessárias na pesquisa em enfermagem, em especial para avançar na Saúde da Pessoa Idosa e no progresso da profissão como ciência.

REFERÊNCIAS

- ADMI, H. et al. From Research to Reality: Minimizing the Effects of Hospitalization on Older Adults. Davidson JH, ed. **Rambam Maimonides Medical J.** v. 6, n. 2: e0017, 2015. DOI:10.5041/RMMJ.10201.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico.** Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2014. 8 ed. 271 p.
- ALLIGOOD, M. R. Introduction to nursing theory: history, significance, an analysis. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work.** 8. ed. St Louis, Missouri: Mosby; 2014.
- ALMEIDA, M. A. et al. Diagnosticos de enfermagem e intervenções prevalentes en el cuidado al anciano hospitalizado. **Rev Latino-am Enferm.** v. 16, n. 4, 2008.
- ALVAREZ, A. M. et al. Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. esp, p. 177-81, 2013.
- ALVAREZ DÍEZ, E. et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería obre el controle de la ansiedad de los Pacientes quirúrgicos. **Enferm Clin.** v. 22, n. 1, p. 18-26, 2012. DOI: <http://doi.org/fg868n>.
- ALVES, L. A. F.; SANTANA, R. F.; SCHULZ, R. S. Percepções de idosos sobre a utilização de fraldas durante a hospitalização. **Rev enferm UERJ.** v. 22, n. 3, p. 371-5, 2014.
- ALVES, P. C. et al. Application of Neuman nursing process in the identification of stressors presents in the daily after mastectomy: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v. 9, n. 1, 2010.
- ANDRADA, M. M. C. et al. Nursing diagnoses in hospitalized elderly, according to the International Classification of Nursing Practice. **Rev Rene.** v. 1, n. 16, p. 97-105, 2015.
- ANGOSTA, A. D.; CERIA-ULEP, C. D.; TSE, A. M. Care Delivery for Filipino Americans Using the Neuman Systems Model. **Nursing Science Quarterly.** v. 27, n. 2, p. 142-8, 2014.
- ARAÚJO, D. D.; CARVALHO, R. L. R.; CHIANCA, T. C. M. Nursing Diagnoses identified in the medical records of hospitalized elderly. **Invest Educ Enferm.** v. 32, n. 2, p. 225-35, 2014.
- BALBONI, M. J., PUCHALSKI, C. M., PETEET, J. R. The relationship between medicine, spirituality and religion: Three models for integration. **J Religion and Health.** v. 53, n. 5, p. 1586-98, 2014.
- BAQUERO, G. A.; RICH, M. W. Perioperative care in older adults. **J Geriatric Cardiology.** v. 12, p. 465-69, 2015.

BARRETO, L.N.M.; SWANSON, E.A.; ALMEIDA, M.A. Nursing outcomes for the diagnosis impaired tissue integrity (00044) in adults with pressure ulcer. **Journal of Nursing Knowledge**. v. 27, n. 2, p. 57-124, 2016.

BARROS, A. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. São Paulo: CORENSP; 2015. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2016.

BASIC, D. et al. Predictors on admission of functional decline among older patients hospitalised for acute care: A prospective observational study. **Australas J Ageing**. 2017.

BEARD, J. R.; BLOOM, D. E. Towards a comprehensive public health response to population ageing. **Lancet**. v. 14, p. 658–61, 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61461-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61461-6)

BENETTI, E. R. R. **Estresse e Coping em trabalhadores de enfermagem de um hospital privado**. 2013. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2013.

BENETTI, E. R. R. et al. Variáveis de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. **Cogitare Enferm**. v. 14, n. 2, p. 269-77, 2009.

BENITO, G. A. **Análise de algumas exigências cognitivas das atividades do trabalhador de enfermagem**. 1994. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1994.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O minixame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BEZERRA, F. N. **Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento móvel de urgência à luz da teoria de Betty Neuman**. 2012. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2012.

BITENCOURT, G. R.; ALVES, L. A. F.; SANTANA, R. F. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 2, p. 343-9, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0341>

BITENCOURT, G. R.; FELIPPE, N. H. M. D.; SANTANA, R. F. Nursing diagnoses of impaired urinary elimination in hospitalized, post-operative elderly: a cross-sectional study. **Rev enferm UERJ**. v. 24, n. 3, p. e16629, 2016.

BITTENCOURT, G. K. G. D. et al. Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 64, n. 5, p. 963-7, 2011.

BÓS, A. J. G. et al, organizadores. **Perfil dos idosos do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública; 2015.

BOTH, J. E. et al. Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. **Rev Esc Anna Nery**. v. 18, n. 3, p. 486-95, 2014.

BOURDEANU, L.; DEE, V. Assessment of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Women With Breast Cancer: A Neuman Systems Model Framework. **Res Theory Nursing Practice An Int J.** v. 27, n. 4, p. 296-304, 2013.

BRANDÃO, M. A. G. et al. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 2, p. 577-81, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>

BRASIL. **Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999.** Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos de idade, quando internados. Disponível em: <<http://bit.ly/2wvmehu>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 2006. Seção 1, p.142. 2006a.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311 de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a reformulação do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 14 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 3 ed. Brasília: MS, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Ministério da Saúde: Brasília; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. 24 jun. 2019.

_____. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução CFEN Nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 21 dez. 2018.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Nursing concepts and theories. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 1, p. 144-8, 2014.

BRONDANI, c. M. et al. **A pesquisa convergente assistencial e o cuidado a adultos e idosos com doença crônica**. In: Camponogara S, Magnago TSBS. Seminário internacional tecendo redes na enfermagem e na saúde (Anais). Santa Maria. Rio Grande do Sul. p.1857-60. 2013.

BUARQUE, B. S. **Rotinas familiares de cuidadores de crianças com paralisia cerebral à luz da Teoria de Betty Neuman**. 2013. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2016.

BULECHEK, G.M. et al **Classificação das Intervenções de enfermagem(NIC)**.6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2016.

BUTCHER, H.K. et al. **Nursing interventions classifications (NIC)**. 7. ed. St. Louis: Elsevier, 2018.

CALDEIRA, S. et al. Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis. **J Relig Health**. v. 56, n. 4, p. 1489-1502, 2017. DOI: 10.1007/s10943-017-0390-4.

CAMPOS, A. C. V. et al. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 24, e2724, 2016.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? **Rev Assoc Med Bras**. v. 46, n. 4, p. 301, 2000.

CARNEIRO, S. M. **Pessoas em hemodiálise e cuidado de enfermagem: estudo de método misto**. 2018. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, DF, 2018.

CARRETTA, M. B. et al. Compreendendo o significado do ser idoso vivenciando sua autonomia na hospitalização. **Rev Rene**. v. 14, n. 2, p. 331-40, 2013.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 66(spe):134-41, 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-716720130007000172>

CASAGRANDA, L. P. et al. Condições de saúde dos idosos internados com fratura de fêmur. **O Mundo da Saúde**. v. 40, n. 3, p. 319-26, 2016.

CASTRO, V. C. et al. Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Rev Rene**. v. 14, n. 4, p. 791-800, 2013.

CAVALCANTI, S. L.; JUCÁ, M. J. Avaliação do Estresse em Idosos Submetidos à Cirurgia Eletiva Geral e Digestiva. **Revist Port Saúde e Sociedade**. v. 1, n. 1, p. 42-54, 2016.

CAVALHEIRO, J. T. et al. Nursing interventions for patients with acute pain. **Rev enferm UFPE on line**. v. 13, n. 3, p. 632-9, 2019.

CELICH, K. L.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v. 12, n. 3, p. 345-59, 2009;

Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC). University of Iowa College of Nursing. N.d. Overview: **Nursing Interventions Classification (NIC)**. S/Da. Disponível em: <www.nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-interventions-classification-overview>. Acesso em: 20 mai. 2018.

Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness (CNC). University of Iowa College of Nursing. N.d. Overview: **Nursing Outcome Classification (NOC)**. S/Db. Disponível em: <www.nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-outcomes-classification-overview>. Acesso em: 20 mai. 2018.

CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 20, n. 12, p. 3641-52, 2015.

CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. **Rev Esc Anna Nery**. v. 19, n. 1, p. 80-5, 2015.

CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Knowledge development in nursing: theory and process**. 9 ed. Editora: Mosby; 2014.

CHHARI, N.; MEHTA, S. C. Stress among patients during hospitalization: a study from Central India. **Ntl J Community Med**. v. 7, n. 4, p. 274-7, 2016.

CYRINO, C. M. S. **Integração das Redes de Atenção à Saúde a partir de um serviço de Urgência e Emergência**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, SP. 2017.

- CLEGG A et al. Frailty in elderly people. **Lancet**. v. 381, p. 752–62, 2013.
- CLERENCIA-SIERRA, M. et al. Multimorbidity Patterns in Hospitalized Older Patients: Associations among Chronic Diseases and Geriatric Syndromes. **PLoS One**. v. 10, n. 7, e0132909, 2015.
- CORNELIUS, R. et al. Evidence-Based Practice Guideline : Acute Pain Management in Older Adults. **J Gerontol Nurs**. v. 43, n. 2, p. 18-27, 2017. DOI: 10.3928/00989134-20170111-08.
- COSTA, A. I.; CHAVES, M. D. Perception of anxiety in cancer patients under chemotherapy. **J Nurs UFPE on line**. v. 8, n. 3, p. 649-53, 2014.
- CROSSETTI, M. G. O. et al . Fatores que contribuem para o diagnóstico de enfermagem risco para a síndrome do idoso frágil. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 39, e2017-0233, 2018 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0233>.
- CUNHA, J. X. P. et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**. v. 36, n. 95, p. 657-64, 2012.
- CUNHA, L. M. et al. Grandma and grandpa also love: sexuality in the elderly. **Rev Min Enferm**. v. 19, n. 4, p. 908-14, 2015.
- D'AGOSTINO, F. et al. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. **J Adv Nurs**. v. 73, n. 9, p. 2129-142, 2017. DOI: 10.1111/jan.13285.
- D'AGOSTINO, F. et al. Nursing Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: A Prospective Observational Study. **J Nurs Scholarsh**. 2018. DOI: 10.1111/jnu.12444.
- DAMICO, V. et al. Pain prevalence, severity, assessment and management in hospitalized adult patients: a result of a multicenter cross sectional study. **Ann Ist Super Sanità**. v. 54, n. 3, p. 194-200, 2018.
- DANTAS, I. C. et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Rev Kairós Gerontologia**. v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017.nunes
- DAVIES, A. D.; PETERS, M. Stresses of hospitalization in the elderly: nurses' and patients' perceptions. **J Adv Nurs**. v. 8, n. 2, p. 99-105, 1983.
- DEBONE, M. C. et al. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. **Rev Bras Enferm**. 4, p. 800-5, 2018.
- DIAS, D. S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. C. L. M. Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 27, n. 1, p. 18-25, 2015.
- DIAS, K. C. C. O. et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. v. 8, n. 5, p. 1337-46, 2014.

DIAS, K. C. C. O. et al. Strategies to humanize the care of hospitalized elderly: study with assistant nurses. **J res fundam care online**. v. 7, n. 1, p. 1832-46, 2015.

DINIZ, J. S. P. **Tecnologias educacionais para incentivo ao autocuidado de pacientes em pré - operatório de revascularização miocárdica**. 2017. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2017.

DUARTE, L. R. et al. Hábitos de consumo de medicamentos entre idosos usuários do SUS e de plano de saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 1, p. 64-71, 2012.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saude Public**. v. 46, supl. 1, p. 126-34, 2012.

ELHAM, H. et al. The Effect of Need-Based Spiritual/Religious Intervention on Spiritual Well-Being and Anxiety of Elderly People. **Holistic nursing practice**. v. 29, n. 3, p. 136-43, 2015. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000083

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ESTRELLA, K et al. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. **Cad Saude Publica**. v. 25, n. 3, p. 507-12, 2009.

EVANGELISTA, C. B. et al. The condition of the elderly as hospitalized patient: speech of companions. **Rev enferm UFPE on line**. v. 9, n. 7, p. 8526-33, 2015.

FAWCETT, J. The structure of contemporary nursing knowledge. Cap 1, p 3- 25. In: FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2013, 480p.

FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2013, 480p.

FAWCETT, J.; FOUST, J. B. Optimal Aging: A Neuman Systems Model Perspective. **Nursing Science Quarterly**. v. 30, n. 3, p. 269-76, 2017.

FITZGERALD, S.; TRIPP, H.; HALKSWORTH-SMITH, G. Assessment and management of acute pain in older people: Barriers and facilitators to nursing practice. **Australian J Advanced Nursing**. v. 35, n. 1, p. 48-57, 2017.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. **Cienc Cuid Saude**. v. 11, n. 1, p. 18-25, 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. **J Psychiat Res**. v.12, 1. 189-98, 1975.

- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. v. 27, n.2, p. 389-94, 2011.
- FREESE, B. T. et al. **Neuman Systems Model-based practice: Guidelines and practice tools**. In: Neuman, B.; Fawcett, J. The Neuman systems model. Upper Saddle River, (NJ): Pearson, 2011.
- FURUYA, R.K. et al. Sistemas de classificação de Enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.32, n.1, p.167-75, 2011.
- GABARCCIO, J. L.; SILVA, A. L.; BARBOSA, M. M. Avaliação do índice de estresse em idosos resistentes em domicílio. **Rev Rene**. v. 15, n. 2, p. 308-15, 2014.
- GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery**. v. 20, n. 1, p. 5-10, 2016.
- GARCIA TR. Linguagem profissional e domínio da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 28:e20190102, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-000>
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery**. v. 13, n. 1, p. 188-93, 2009.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. **Teorias de enfermagem**. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. organizadores. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 225-40.
- GIBSON, S. J.; LUSSIER, D. Prevalence and relevance of pain in older persons. **Pain Med**. Apr;13 Suppl 2:S23-6, 2012. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2012.01349.x.
- GOMES, A. P.; RENNÓ, G. M.; BUSTAMANTE, I. M. R. Teoria de Sistemas – Betty Neuman. In: SILVA, J. V.; BRAGA, C. G. **Teorias de enfermagem**. 1 ed. São Paulo: Iátria, 2011. p. 181-206.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. **Cuidados na Enfermagem Gerontológica – Conceito e prática**. In: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- GRDEN, C. R. B. et al. Frailty and cognitive performance of elderly people in outpatient care. **Rev Min Enferm**. v. 22:e-1086, 2018. DOI: 10.5935/1415-2762.20180016
- GUEDES, H. M. et al. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso em idosos admitidos em hospital. **Rev enferm UERJ**. v. 18, n. 4, p. 513-8, 2010.
- GUEDES, H. M. et al. Diagnósticos de enfermagem na admissão e alta hospitalar de idosos. **Rev enferm UERJ**. v. 19, n. 4, p. 564-70, 2011.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 2, p. 455-60, 2017.

HAMZE, F. L.; SOUZA, C. C.; CHIANCA, T. C. M. Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-Am Enferm.** v. 23, n. 5, p. 789-96, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0514.261

HERDMAN, T. H. Processo de enfermagem: um momento para relembrar seu propósito. **Rev RENE.** v. 14, n. 3, p. 458-9, 2013.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. (Orgs.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017.** 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. (Orgs.). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HIGGINS, P. A.; MOORE, S. M. Levels of Theoretical Thinking in Nursing. **Nursing Outlook.** 2000. Disponível em: < [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(00\)32367-3/abstract](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(00)32367-3/abstract)>. Acesso em: jun. 2019.

HUBBARD, R. E. et al. Frailty status at admission to hospital predicts multiple adverse Outcomes. **Age and Ageing.** v. 46, p. 801–6, 2017. DOI:10.1093/ageing/afx081

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua.** 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/81c9b2749a7b8e5b67f9a7361f839a3d.pdf>. Acesso em: mai. 2019.

INAN, F. S.; ÜSTÜN, B. Experiences of Turkish survivors of breast cancer: Neuman systems model perspective. **Japan J Nursing Science.** 2016. DOI:10.1111/jjns.12129

IZAIAS, E. M. et al. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 19, n. 8. p. 3395-3402. 2014.

JANNUZZI, F. F.; CINTRA, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Rev Esc Enferm USP.** v. 40, n. 2, p. 179-87, 2006.

JONAS, L. T. et al. Communication of the cancer diagnosis to an elderly patient. **Rev Rene.** v. 16, n. 2, p. 275-83, 2015.

KALANI, Z. Patients' Perception of Stressors in Medical-Surgical Units. **J Clie Care.** v. 2, n. 1, p. 6-9, 2017.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged - The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. **JAMA.** v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

KHATIBAN, M. et al. Outcomes of Applying Neuman System Theory in Intensive Care Units: A Systematic Review. **Crit Care Nurs J.** v. 9, n. 4, p. e8886, 2016.

KIM, H. S. **Terminology in structuring and developing nursing knowledge.** In: KING, I. M.; FAWCETT, J. organizadores. The language of nursing theory and metatheory. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 1997. p.27-36.

KIMRON, L.; COHEN, M. Coping and emotional distress during acute hospitalization in older persons with earlier trauma: the case of Holocaust survivors. **Qual Life Res.** v. 21, p. 783-94, 2012.

KLETEMBERG, D.F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010.

KLETEMBERG, D. F.; PADILHA, M. I. A autonomia da Enfermagem Gerontológica no Brasil, segundo as pioneiras (1970-1996). **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 4, p. 709-16, 2011.

KOENIG, H. G.; GEORGE, L. K.; STANGL, D.; D. L. Hospital stressors experienced by elderly medical inpatients: developing a Hospital Stress Index. **Int J Psychiatry Med.** v. 25, n. 1, 103-22, 1995.

KREMPSE, P. **Representação social da punção venosa pediátrica durante internação para acompanhantes e para equipe de enfermagem.** 2018. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2018.

KRUMHOLZ, H. M. Post-hospital syndrome-an acquired, transiente condition of generalized risk. **N Engl J Med.** v. 368, p. 100-2, 2013.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc estado.** v. 27, n. 1, p. 165-80, 2012.

LAMAS, M. C.; PAÚL, C. O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. **Actas de Gerontologia.** v. 1, n. 1, p. 2, 2013.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer Publishing Copany, 1984.

LIEHR, P.; SMITH, M. J. Middle Range Theory A Perspective on Development and Use. **Advances in nursing Science.** v. 40, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27930396>>. Acesso em: jun. 2019.

LIMA, F. D. M. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. **Rev Baiana de Enfermagem.** v. 28, n. 3, p. 219-224, set./dez. 2014

LIMA, M. L. C. et al. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 15, n. 6, p. 2687-97, 2010.

LIMA, W. G. et al. Main nursing diagnoses in hospitalized elderly people who underwent urological surgery. **Rev Rene.** v. 16, n. 1, p. 72-80, 2015.

LIMA JUNIOR, J. R. M. et al. Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. **O Mundo da Saúde**. v. 39, n. 4, p. 419-32, 2015.

LIN, F. R. et al. Hearing Loss and Cognitive Decline Among Older Adults. **JAMA Intern Med**. v. 173, n. 4, p. 1-14, 2013.

LIRA, L. N. et al. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. **Av Enferm**. v. 33, n. 2, p. 251-60, 2015.

LOBO, L. F.; PUGGINA, A. C.; TROVO, M. M. Estratégias de Humanização para o atendimento ao idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme**. v. 70, n. 8, p. 12-8, 2014.

LOUIS, M. et al. **Neuman Systems Model-based research: Guidelines and research instruments**. In: Neuman, B.; Fawcett, J. The Neuman systems model. Upper Saddle River, (NJ): Pearson, 2011.

LOURENÇO, T. M. et al. Functional independence of long-living elderly at hospital admission. **Texto contexto enferm**. v. 23, n. 3, p. 673-9, 2014.

LOWRY, L. W. A Qualitative Descriptive Study of Spirituality Guided by the Neuman Systems Model. **Nurs Sci Q**. v. 25, n. 356, 2012.

LOWRY, L. W.; AYLWARD, P. D. **Betty neuman's systems model**. In: SMITH, M.; PARKER, M. E. (Eds.), Nursing theories & nursing practice. e ed. Philadelphia: F. A. D. Company Ed. 2015.

LUZIA, M. F.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Rev Esc Enferm USP**. v. 48, n. 4. p. 632-9, 2014.

MACENA, C.S.; LANGE, S.E.N. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. **Psicol Hospitalar**. v. 6, n. 2, p. 20-39, 2008.

MARIN, M. J. S.; BARBOSA, P. M. K.; TAKITANE, M. T. L. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes entre idosas hospitalizadas em unidade de clínica médica e cirúrgica. **Rev Bras Enferm**. v. 53, n. A, p. 513-23, 2000.

MARTÍNEZ-MALDONADO, M. L.; VIVALDO-MARTÍNEZ, M.; MENDOZA-NÚÑEZ, V. M. Comprehensive gerontological development: a positive view on aging. **Gerontology Geriatric Medicine**. v. 2, n. 1, p. 1-6, 2016.

MARTINS, C. L. **Acidentes de trabalho por queimaduras no olhar dos trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Assistência a Queimados**. 2012. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2012.

MARTINS, N. A. **Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem**. 2014. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2014.

- MARTINS, T. S. S.; SILVINO, Z. R. Um marco conceitual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da Teoria de Neuman. **Cogitare Enferm.** v. 15, n. 2, p. 340-4, 2010.
- MATTIAZZI, A. L. et al. Resultados do Mini Exame do Estado Mental em idosos com perda auditiva. **Estud. interdiscipl. envelhec.** v. 21, n. 3, p. 9-22, 2016.
- MATHEWS, S. B.; ARNOLD, S. E.; EPPERSON, C. N. Hospitalization and cognitive decline: can the nature of the relationship be deciphered? **Am J Geriatr Psychiatry** . v. 22, p. 465-80, 2014.
- MCEWEN, M. **Filosofia, ciência e enfermagem.** Cap 1, pa 2-23. In: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. Bases teóricas de enfermagem. 4ed. Porto alegre: Artmed, 2016. Tradução Regina Machado Garcez.
- MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem.** 4ed. Porto alegre: Artmed, 2016. Tradução Regina Machado Garcez.
- MEDEIROS, R. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre desconfortos que afetam idosos no pós operatório. **Rev Rene.** v. 5, p. 842-50, 2014.
- MEDEIROS, S. G.; MORAIS, F. R. R. Organization of healthcare services for elderly women: users' perceptions. **Interface** (Botucatu). v. 19, n. 52, p. 109-19, 2015.
- MEDEIROS, F. L.; NÓBREGA, M. M. L.; MEDEIROS, A. C. T. Modelos Assistenciais em enfermagem gerontológica. In: Associação Brasileira de Enfermagem; ALVAREZ, A. M.; CALDAS, C. P.; GONÇALVES, L. H. T. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idoso: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 73-104 (Sistema de Educação Continuada à Distância).
- MEDINAS-AMORÓS, M. M. M.; TOUS, C. M.; SOTORRA, F. R. Estrés en ancianos hospitalizados com enfermedad respiratoria crónica: valoración en el hospital sociosanitario. **Rev Esp Geriatr Gerontol.** v.44 , n. 3, p.130-6, 2009.
- MEDINAS-AMORÓS, M. et al. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. **Multidiscip Respir Med.** v. 7, n. 51, p. 1-6, 2012.
- MEIRELES, V. C. et al. Autonomia e direito à informação: contribuições para a gestão do cuidado de idosos hospitalizados. **Cienc Enfermeria.** v. 16, n. 2, p. 59-68, 2010.
- MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress.** 6. ed. Philadelphia: Lippincott William e Wilkins; 2018.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (organizers). **Evidence-based practice in nursing & healthcare.** A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
- MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20, n. 12, p. 3865-76, 2015.

- MELO, R. L. P. et al. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Psicol Reflex Crit.** v. 26, n. 2, p. 222-30, 2013.
- MELO, N. C. V. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 19, n. 1, p. 139-51, 2016.
- MELO, M. N. **Processo de punção de vasos e trauma vascular periférico em uma unidade de pronto atendimento.** 2017. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, DF. 2017.
- MELO, G. A. A. et al. Fatores relacionados ao conforto prejudicado em pacientes renais crônicos hemodialíticos. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 4, p. 889-95, 2019 .
- MEMBRIVE, S. A. et al. Caracterização dos estressores envolvidos na internação de pacientes em unidade coronariana. **Rev Baiana Enferm.** v. 31, n. 1, p. 1-11, 2017.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MENEGUIN, S.; BANJA, P. F. T.; FERREIRA, M. L. S. Care for hospitalized elderly patients: implications for nursing team. **Rev enferm UERJ,** v. 25:e16107, 2017.
- MENEZES, A. K.; SANTANA, R. F.; CIMADOR, F. **Práticas Assistenciais restritivas e o paradigma da cultura de não contenção da pessoa idosa.** In: Freitas, E. V.; Py, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- MERKS, A. et al. Neuman Systems Model in Holland: An Update. **Nursing Science Quarterly.** v. 25, n. 4, p. 364–8, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec: 2014.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev Pesquisa Qualitativa.** v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.
- MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 19, n. 3, p. 507-19, 2016.
- MONAHAN, J. C. Using an Age-Specific Nursing Model to Tailor Care to the Adolescent Surgical Patient. **AORN Journal.** v. 99, n. 6, p. 733-49, 2014.
- MONTEIRO, N. T.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. **Texto Contexto Enferm.** v. 23, n. 2, p. 356-64, 2014.
- MOORHEAD, S.; et al. **Classificação dos resultados de enfermagem(NOC).** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- MORAIS, H. C. C. et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 33, n. 2, p. 117-24, 2012.
- MORALES-AGUILAR, R. D. S.; LASTRE-AMELL, G. E.; PARDO-VÁSQUEZ, A. C. Application of theoretical and methodological components of nursing care. **Rev Cienc Cuidad.** v. 13, n. 2, 107-20, 2016.
- MOTTA, T. S.; GAMBARO, R. C.; SANTOS, F. S. Pain measurement in the elderly: evaluation of psychometric properties of the Geriatric Pain Measure - Portuguese version. **Rev Dor.** v. 16, n. 2, p. 136-41, 2015.
- MUSAVI, Z. et al. Development and initial psychometric evaluation of the hospitalization-related stressors questionnaire for elderly patients. **Irã J Nurs Midwifery Res.** v.21, n. 5, p. 516-20, 2016.
- NASCIMENTO, E. R. P. et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery.** v. 19, n. 2, p. 338-42, 2015.
- NASCIMENTO, I. S.; CRUZ, I. C. F. Anxiety nursing diagnosis - systematic literature review. **J Specialized Nursing Care,** v. 9, n. 1, 2017.
- NESAMI, M. B. et al. The Relationship Between Stressors and Anxiety Levels After CABG in Sari, Iran. **Iran Red Crescent Med J.** v. 18, n. 5, p. 1-7, 2016.
- NEUMAN, B. **The Neuman systems model**. In: Neuman, B.; Fawcett, J. The Neuman systems model. Upper Saddle River, (NJ): Pearson, 2011.
- NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. **Práxis Educativa.** v. 5, n. 1, p. 9-29, 2010.
- NUNES, B. P. et al. Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan. **Rev saude publica.** v. 51, n. 43, 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006646 p 1-10
- OLIVEIRA, D. F. L.; AZEVEDO, R. C. S.; GAIVA, M. A. M. Guidelines for intravenous therapy in elderly: a bibliographic research. **J res fundam care online.** v. 6, n. 1, p. 86-100, 2014.
- OLIVEIRA, P. P. et al. Processo de enfermagem para homens com câncer de laringe fundamentado no modelo de Neuman. **Enfermería Global.** n. 45, p. 208-26, 2017.
- OLIVEIRA, T. M. J. et al. A hospitalização para o idoso: Contribuições da enfermagem gerontológica. **Rev Kairós Gerontologia.** v. 19, n. 3, p. 293-308, 2016.
- OLIVEIRA JUNIOR, N. J. Nurses’ role in the non pharmacological pain treatment in cancer patients. **Rev Dor.** v. 18, n. 3, p. 261-5, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170112>

OREM, D.E.; TAYLOR, S.G. Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. **Nurs Sci Q.** v. 24, n. 1, p. 35–41, 2011.

PAIM, L.; TRENTINI, M. A pesquisa convergente assistencial em seus atributos. In: TRENTINI, M.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial** – delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3º ed. Porto Alegre: Moriá, 2014. cap. 1, p. 17-30.

PAIM, L.; TRENTINI, M. SILVA, D. M. G. V. Pesquisa Convergente Assistencial. In: Lacerda, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre: Moriá, 2015. 511p.

PALENCIA, I. P. G. et al. Spirituality and religiosity in elderly adults with chronic Disease. **Invest Educ Enferm.** v. 34, n. 2, p. 235-42, 2016.

PALESE, A. et al. Hospital-acquired functional decline in older patients cared for in acute medical wards and predictors: Findings from a multicentre longitudinal study. **Geriatric Nursing.** v. 37, n. 3, p. 192–9, 2016.

PALMER, R. M.; KRESEVIC, D. M. The acute care for elders unit. In: MALONE, M. L.; CAPEZUTI, E. A.; PALMER, R. M. **Acute care for elders: A model for interdisciplinary care.** New York, NY: Humana, Springer. 2014.

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PARK, M. J.; KIM, K. H. What affects the subjective sleep quality of hospitalized elderly patients? **Geriatr Gerontol Int.** v. 17, p. 471-9, 2017.

PARVAN, K. et al. Patient's Perception of Stressors Associated with Coronary Artery Bypass Surgery. **J Cardiovasc Thoracic Research.** v. 5, n. 3, p. 113-7, 2013.

PEDRÃO, R. A. A. **O idoso e os órgãos do sentido.** In: Freitas, E. V.; Py, L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PEREIRA, E. E. B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 17, n. 1, p. 165-76, 2014.

PEREIRA, V. M. A. O. **A influência da espiritualidade no conviver de pessoas com HIV/AIDS Recife.** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Pernambuco, Recife, PE. 2017.

PEREZ, C. F. A.; TOURINHO, F. S. V.; CARVALHO JUNIOR, P. M. Competências no processo de formação do enfermeiro para o cuidado ao envelhecimento: revisão integrativa. **Texto contexto enferm.** v. 25, n. 4, e0300015, 2016.

PETERSON, S. J. **Introduction to the nature for nursing knowledge.** In: PETERSON, S. J.; BREDOW, T. S. **Middle range theories: application to nursing research.** 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2013.

PILGER, C. et al. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 4, p. 689-96, 2017.

PINTO, S. M. O.; CALDEIRA BERENGUER, S. M. A.; MARTINS, J. C. A. Is Impaired Comfort a Nursing Diagnosis? **Int J Nursing Knowledge.** v. 27, n. 4, p. 205-9, 2015. DOI: 10.1111/2047-3095.12121.

PINHO, C. M. et al. Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 2:e67712, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67712>.

PIUVEZAM, G. et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cad Saúde Colet.** v. 23, n. 1, p. 63-8, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 431 p.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.12, n. 2, p. 310-5, 2008.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Percepção do idoso dos comportamentos afetivos expressos pela equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery.** v. 15, n. 4, p. 784-90, 2011.

PRIMO C. C. et al. Nursing interventions in breastfeeding after six months. **Cienc Cuid Saude,** v. 12, n. 1, p. 26-31, 2013.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. **Rev bras enferm.** v. 65, n. 4, p. 621-9, 2012.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. **Rev Bras Enferm.** v. 70,n. 4, p. 761-6, 2017.

RIBEIRO, P. C. P. S. V.; MARQUES, R. M. D.; RIBEIRO, M. P. Geriatric care: ways and means of providing comfort. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 4, p. 865-72, 2017.

RISNER, P. B. **Diagnosis: analysis and synthesis of date.** In: Christensen, P. J.; Kenney, J. W. *Nursing process: application of conceptual models.* St. Louis: Mosby;1990.

RODRIGUES, L. R. et al. Spirituality and religiosity related to socio-demographic data of the elderly population. **Rev Rene.** v. 18, n. 4, p. 429-36, 2017.

ROSA, L. M. et al. Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico. **Rev enferm UERJ.** v. 18, n. 1, p. 120-5, 2010.

ROSA, P. H. et al. Stressors factors experienced by hospitalized elderly from the perspective of the Neuman Systems Model. **Esc Anna Nery.** v. 22, n. 4:e20180148, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0148

SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos Hospitalizados. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 4, p. 495-8, 2007.

SANDRI, J. V. A. **Prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e seu familiar, com vistas ao resgate da sua cidadania, utilizando a Teoria de Betty Neuman.** 1997. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 1997.

SANGUINO, G. Z. The nursing work in care of hospitalized elderly: limits and particularities. **Rev Fund Care Online.** v. 10, n. 1, p. 160-6, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.160-166>

SANTOS, E. B. et al. Changes and predictors of psychological stress among elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. **Stress and Health.** 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.2791>

SANTOS, E. B. et al. Perceived stress in elderly stroke survivors after hospital discharge to home. **Rev Esc Enferm USP.** v. 49, p. 797–803, 2015.

SANTOS, G. S. et al. Implantação do programa hospital amigo do idoso: relato de experiência. **Rev Enferm Atual.** v. 80, p. 47-52, 2017.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 6, p. 1035-9, 2010.

SANTOS, T. D. et al. Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 3, p. 01-10, 2016.

SANTOS, G.; SOUSA, L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. **Rev. bras. geriatr. gerontol.,** v. 15, n. 4, p. 755-65, 2012 .

SARGES, N. A.; SANTOS, M. I. P. O.; CHAVES, E. C. Evaluation of the safety of hospitalized older adults as for the risk of falls. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 4, p. 860-7, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0098>

SCHUG, S. A. et al. Acute pain management: scientific evidence, fourth edition, 2015. **Med J Aust.** v. 204, n. 8, p. 315-7, 2016.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida.** 2 ed. São Paulo: Ibrasa, 1959.

SEPULVEDA-PLATA, Martha Cecilia; GARCIA-CORZO, Gloria; GAMBOA-DELGADO, Edna Magaly. Effectiveness of nursing intervention to control fear in patients scheduled for surgery. **Rev fac med.** v. 66, n. 2, p. 195-200, 2018.

SILVA, L. C. F. et al. Estresse do paciente em UTI: visão de pacientes e equipe de enfermagem. **Enferm Global.** n. 32, p.104-18, 2013.

SILVA, M. W. B. Sundown syndrome and symptoms of anxiety and depression in hospitalized elderly. **Dement Neuropsychol.** v. 11, n. 2, p. 154-61, 2017.

SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Living and health conditions of elderly people over 80. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 3, p. 42-8, 2015.

SILVA, T. C. et al. Consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos: implicações para a assistência de enfermagem. **Aquichan.** v.15, n.1, p. 21-30, 2015.

SILVA, K. K. M. ET AL. Sleep changes and interference in quality of life in aging. **Rev enferm UFPE on line.** v. 11, Supl. 1, p. 422-8, 2017.

SILVEIRA, D. T. **Consulta-ação: educação e reflexão nas intervenções de enfermagem no processo trabalho-saúde-adoecimento.** 1997. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem).** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

SILVEIRA, T. et al. Comfort of the hospitalized elderly. **J Nursing Education Practice.** v. 8, n. 10, p. 86-95, 2018.

SKALSKI, C. A.; DIGEROLAMO L.; GIGLIOTTI, E. Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. **J Advanced Nursing.** v. 56, n. 1, p. 69-78, 2006.

SOARES, M. S. **Um grito de dor ou uma canção de amor? Espiritualidade na realidade de clientes com HIV/AIDS.** 2003. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem).** Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2003.

SOARES, L. H. S. **Dinâmica familiar da criança com microcefalia pelo Zika vírus à luz da teoria de Betty Neuman.** 2017. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem).** Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE. 2017.

SOARES, N. N.; CUSTÓDIO, M. R. M. Impactos emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. **Rev Psicologia.** v. 14, n. 21, p. 9-23, 2011.

SOUSA, R. M. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc Anna Nery.** v. 14, n. 4, 732-41, 2010.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. et al. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 16, n. 3, p. 579-89, 2013.

SOUZA, A. S. et al. Atendimento ao idoso hospitalizado: percepções de profissionais da saúde. **Cienc Cuid Saúde.** v. 12, n. 2, p.274-81, 2013.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm.** v. 66, p. 167-73, 2013.

SOUZA, M. M. S. et al. Feelings of elderlies hospitalized for cancer: expectations about hospital discharge and the family influence. **Rev enferm UFPE on line.** v.10, n.10, p. 3720-6, 2016.

SOUZA-TALARICO, J. N. et al. Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 4, p. 803-9, 2009.

TAVARES, D. M. S. et al. Associação das variáveis socioeconômicas e clínicas com o estado de fragilidade entre idosos hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enferm**, v. 23, n. 6, p. 1121-29, 2015.

THUMÉ, E. et al. The utilization of home care by the elderly in Brazil's primary health care system. **Am J Public Health**. v. 101, n. 5, p. 868-74, 2011. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.184648>.

TOVAR, L. O. G.; SUÁREZ, L. D.; MUÑOZ, F. C. Cuidados de enfermeira basados em evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estressores del entorno que pueden ocasionar delirium em unidad de cuidados internsvivos. **Enfermería Global**. n. 41. p. 49-63, 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed da UFSC; 1999.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. o método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto contexto enferm.**, v. 26, n. 4, p. 2 -10, 2017.

VALENZA, M. C. Nursing homes: Impact of sleep disturbances on functionality. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 56, n. 3, p. 432-6, 2013. DOI: [10.1016/j.archger.2012.11.011](https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.11.011)

VASCONCELOS, E. M. R. **Cuidado de enfermagem, com visão holográfica, na abordagem de idosas com depressão, utilizando a terapia floral de Bach**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2003.

VASCONCELOS, E. M. R. **Uso dos Florais do Dr. Bach por indivíduos na terceira idade em fase depressiva: assistência de enfermagem**. 1997. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 1997.

VIEIRA, G. B. **O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta**. 2007. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2007.

VILELA, T. C. **Rede de apoio para pessoas idosas abordadas em domicílio: estudo de método misto**. 2016. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2016.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 6.ed. Boston: Pearson, Prentice Hall, 2019. 262 p.

WANDEKOKEN, K. D. **Proposta de sistematização da assistência de enfermagem ao usuário de crack: desafios e possibilidades**. 2011. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)** - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2011.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Aplicação do Modelo de Neuman e Diagnósticos de NANDA ao cuidado do usuário de crack. **Ciencia y Enfermeria**. v. 19, n. 2, p. 125-139, 2013.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. **Rev Bras Enferm**. v.67, n. 1, p. 62-70, 2014.

WANG, J.; BOEHM, L.; MION, L. C. Intrinsic capacity in older hospitalized adults: Implications for nursing practice. **Geriatric Nursing**. v. 38, p. 359-61, 2017.

WENDT, A. et al. Sleep disturbances and daytime fatigue: data from the Brazilian National Health Survey, 2013. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 3:e00086918, 2019.

World Health Organization (WHO). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo** [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

World Health Organization (WHO). **Envejecimiento y ciclo de vida**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>. Acesso em: 21 jan. 2018.

World Health Organization (WHO). **Dispositivos médicos 2018**. Disponível em: <http://www.who.int/medical_devices/es/>. Acesso em: 21 jun. 2019.

ZANCHIM, M. C.; LIBERALI, R.; COUTINHO, V. Estado nutricional de idosos hospitalizados em um hospital geral de alta complexidade do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev Bras Nutr Clin**. v. 28, n. 4, p. 292-9, 2013.

United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Prospects: The 2017 Revision**. World Population 2017 Wallchart. 2017. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_Wallchart.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A
QUADRO DE DISSERTAÇÕES E TESES INCLUÍDAS NO ESTUDO DAS
TENDÊNCIAS

DISSERTAÇÕES INCLUÍDAS NO ESTUDO DAS TENDÊNCIAS	
D1	PEDREIRA, Larissa Chaves. Ser-idoso: vivência de internação em Unidade de Terapia Intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Salvador: Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2000. 113 f.
D2	ALVARENGA, Márcia Regina Martins. Perfil das reinternações de idosos e a percepção da enfermagem sobre a organização da alta hospitalar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000. 130 f.
D3	TRAMONTINI, Cibele Cristina. Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no período intraoperatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Programa Interunidades, 2000. 107 f.
D4	SILVA, Maria José da. Idoso submetido à cirurgia de próstata: intervenção do enfermeiro para o autocuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem, 2000. 132 f.
D5	RAMOS, Ciléa do Nascimento Silva. Vivência do idoso cardiopata perante sua hospitalização em um setor de cardiologia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem, 2000. 75 f.
D6	BRUM, Ana Karine Ramos. Enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso: uma relação social na perspectiva de Alfred Schutz. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2001. 77 f.
D7	SCHIER, Jordelina. Grupo Aqui e Agora: uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, 2001. 190 f.
D8	CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal. Cuidado de enfermagem ao cliente idoso hospitalizado: um estudo exploratório das representações dos profissionais de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2001. 232 f.
D9	FERRERO, Sílvia Helena. Limitações para o autocuidado de idosos reinternados portadores de vasculopatias. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem, 2001. 100 f.
D10	PASCHOALIN, Heloisa Campos. Quero acabar de viver a minha vida que eu ainda tenho direito: estudo etnográfico sobre as vivências dos idosos frente a cirurgia. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2002. 142 f.

D11	PENA, Silvana Barbosa. Acompanhantes de idosos hospitalizados: um novo desafio para a enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem, 2002. 178 p.
D12	BRITO, Oswaldira Alice da Silva. Atenção à saúde do idoso hospitalizado: ações dos profissionais de nível médio de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Salvador: Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2002. [123] f.
D13	SILVA, Alessandra Cássia Nunes da. Estudo epidemiológico das infecções hospitalares em pacientes idosos de um centro de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2004. 131 f.
D14	KAWASAKI, Kozue. Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem, 2004. 161 f.
D15	MACHADO, Ana Carolina Araujo. A comunicação não verbal de pacientes idosos frente ao processo de dor: a percepção dos(as) enfermeiros(as). Dissertação (Mestrado em Ciências). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Enfermagem, 2005. 125 f.
D16	AMARAL, Juliana Bezerra do. O significado do cuidar/cuidado paliativo de idosos hospitalizados: história oral de enfermeiras. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Salvador: Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2006. 164 f.
D17	MEIRELES, Viviani Camboin. A gestão do cuidado ao idoso na perspectiva dos direitos instituídos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Maringá: Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem, 2006. 105 f.
D18	LOPES, Fernanda Lucas. Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um hospital universitário. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2006. 123 f.
D19	SCHEIDT, Penélope Paloma Rüdiger. Promovendo caminhos para a educação em saúde com idosos portadores de cardiopatias e seus familiares no Setor de Emergência do Hospital Universitário. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, 2006. [126] f.
D20	MENDOZA, Isabel Yovana Quispe. Paciente idoso cirúrgico: complicações no período de recuperação pós-anestésica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2006. 103 f.
D21	BARBOSA, Cristiane Duarte. Idoso hospitalizado na unidade de terapia intensiva: o cuidar e os cuidados de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006. [141] f.
D22	FLORES, Paula Vanessa Peclat. Grupo Memória e Criatividade: um estudo acerca da dinâmica assistencial da enfermagem com pessoas idosas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006. [109] f.

D23	KUZNIER, Tatiane Prette. O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde, 2007. 124 f.
D24	MONTEIRO, Carla Roberta. Independência funcional dos idosos vítimas de fraturas: da hospitalização ao domicílio. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2007.111 f.
D25	VIEIRA, Gilson de Bitencourt. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem, 2007. [113] f.
D26	CRUZ, Rosana Cancelo da. Representações sociais da velhice por familiares de idosos hospitalizados: implicações para a enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Esc Enferm Anna Nery, 2007. 229 f.
D27	BORGHI, Ângela Cristina da Silva. Complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde, 2007. 146 f.
D28	GUEDES, Helisamara Mota. Diagnósticos de enfermagem identificados na admissão hospitalar em idosos, para tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Goiânia: Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, 2007. 245 f.
D29	ALVES, Denise Yokoyama. Comunicação no relacionamento interpessoal enfermeiro/cliente idoso oncológico submetido a traqueostomia de urgência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2008. 132 f.
D30	ARAGÃO, Tatiana Martins da Silveira. Construção coletiva de um espaço dialógico com cuidadores familiares de idosos hospitalizados visando uma educação em saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2008. 149 f.
D31	CATTAL, Cássia Juliana. Enfermagem em gerontologia: contribuições para a melhoria da qualidade do cuidado/conforto de enfermagem ao cliente idoso hospitalizado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.173 f.
D32	SANTOS, Walquiria Lene dos. Diagnósticos de enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Goiânia: Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, 2008. 296 f.
D33	CAVALCANTE, Agueda Maria Ruiz Zimmer. Intervenções de enfermagem para ""Padrão Respiratório Ineficaz"" em idosos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Goiânia: Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, 2009. 190 f.
D34	MOTTA, Claudia Carvalho Respeita da. Integralidade do cuidado de enfermagem para pessoas idosas e o continuum comunidade-hospital-comunidade. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009 . p. 155.

D35	AMARAL, Maria Helena de Souza Praça. Qualidade de vida do idoso pós-alta da UTI: reflexões para enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2010. 115 f.
D36	CARMO, Thalita Gomes do. Cuidado do enfermeiro ao idoso em pré-operatório de cirurgia cardíaca. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense. 2010 . p. 155.
D37	FREITAS, Cibele Peroni. Incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados por acidente vascular cerebral. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem): Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2011. p. 99.
D38	PRADO, Caroline Padovan. Perfil de idosos internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2011. p. 155.
D39	SILVA , Valdenir Almeida da. Cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Salvador: Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. 2011. p. 136.
D40	NOGUEIRA, Marcelo Mota. Visita Pré-Operatória ao Cliente Idoso: estratégias para expansão da assistência de enfermagem sistematizada. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2011 . p. 107.
D41	LOURENÇO, Tânia Maria. Capacidade funcional do idoso longo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Curitiba: Universidade Federal do Paraná. 2011 . p. 133.
D42	XAVIER, Maria da Luz Ferreira. Compartilhando saberes e práticas de acompanhantes de idosos com os da enfermeira sobre a prevenção de complicações respiratórias pós cirúrgicas. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2011 . p. 156.
D43	SANTOS, Analyane Conceicao Silva dos. Equipe de enfermagem e o cuidado ao idoso com insuficiência cardíaca: um estudo de caso no cenário de um hospital militar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense. 2011 . p.141.
D44	PESTANA, Luana Cardoso. Perfil de idosos em situação de readmissão hospitalar: contribuições para a enfermagem gerontológica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense. 2011. p. 87.
D45	ARMENDARIS, Marinez Kellermann. Avaliação multidimensional do idoso no pré e pós-operatório. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Brasília: Universidade de Brasília. 2012. p. 125.
D46	DEBETIO, Marilin Gallizi. A percepção dos enfermeiros de uma unidade coronariana sobre os cuidados de enfermagem aos idosos cardiopatas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012 . p. 97.
D47	BITENCOURT, Grazielle Ribeiro. Validação do resultado de enfermagem eliminação urinária no idoso em pós-operatório. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense. 2012 . p. 109.

D48	TEIXEIRA, Patricia da Costa. O sentido de ser idoso diante da hospitalização sob o olhar de Paterson e Zderad: contribuições para a enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2012 . p. 98.
D49	SANTOS, Fernanda dos. Fratura de fêmur: causas e perfil de idosos hospitalizados em Pelotas/RS, Brasil. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem). Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Pelotas. 2012. p. 116.
D50	CHERNICHARO, Isis de Moraes. Significados e atitudes sobre o cuidado ao idoso hospitalizado: representações de acompanhantes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2013. p.191.
D51	SILVA, Eduardo Nunes da. Ritual do cuidado de enfermagem à pessoa idosa no perioperatório de cirurgia mutiladora. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Bahia: Universidade Federal da Bahia. 2013. p.186.
D52	BARROS, Márcia Abath Aires de. Delirium em idosos criticamente enfermos: um estudo utilizando a ferramenta CAM-ICU. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Paraíba: Universidade Federal da Paraíba. 2014. p.75.
TESES INCLUÍDAS NO ESTUDO DAS TENDÊNCIAS	
T1	LEITE, Rita de Cássia Burgos de Oliveira. Assistência de enfermagem perioperatória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2002. 226 f.
T2	HERNÁNDEZ RAMÍREZ, Magdalena. Condições de vida e saúde de idosos com acidente vascular cerebral. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. 235 f.
T3	BRUM, Ana Karine Ramos. O cuidar da enfermagem na unidade coronariana: um estudo de cunho etnometodológico sobre as interações existentes entre os profissionais de enfermagem e o idoso. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2005. [132] f.
T4	OJEDA VARGAS, Ma. Guadalupe. Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo hospitalizado: a perspectiva fenomenológica. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007. 190 f.
T5	SEGOVIA DÍAS DE LEÓN, Martha Graciela. Impacto de uma intervenção comunicativa na capacidade funcional de idosos hospitalizados. Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2008. 119 f.
T6	TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira. Tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso: contribuições à clínica do cuidado de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008. [221] f.

T7	PROCHET, Tereza Cristina. Capacitação em comunicação não-verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2010. 236 f.
T8	AMARAL, Juliana Bezerra do. A música como terapia complementar na palição da dor em idosos hospitalizados: à luz da Teoria de Jean Watson. Tese (Doutorado em Enfermagem). Bahia: Universidade Federal da Bahia. 2012 . p. 228.
T9	OLIVEIRA, Jacira dos Santos. Risco de quedas: aplicabilidade de intervenções de enfermagem da NIC em adultos e idosos hospitalizados. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo: Universidade de São Paulo. 2013. p. 250.
T10	ARAÚJO, Cleide Rejane Damasso de. Sobreposição no aprazamento de medicamentos para idosos cardiopatas hospitalizados. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo: Universidade de São Paulo. 2013. p. 234.
T11	LOCKS, Melissa Orlandi Honório. Incontinência urinária na mulher idosa hospitalizada: desafios para a assistência de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. 2013. p. 179.

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIOCULTURAL, DE DESENVOLVIMENTO E ESPIRITUAL DAS PESSOAS IDOSAS

1. Pessoa Idosa nº:	2. SAME:	3. Data da entrevista: ___/___/_____
4. Sexo: () Masculino () Feminino		5. Data de nascimento: ___/___/_____
6. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a) () Outro _____		
7. Com quem reside:		
8. Município de residência:		
9. Religião:	10. Praticante: () Não () Sim Frequência: _____	
11. Suporte religioso durante hospitalização: () Não () Sim Qual: _____		
12. Alteração na prática de rituais religiosos durante a hospitalização: () Não () Sim		
13. Profissão/Ocupação:		
14. Renda Familiar:		
15. Diagnóstico no momento da hospitalização:		
16. Tempo da hospitalização atual (dias):		
17. Já esteve hospitalizado anteriormente? () Não () Sim Quantas vezes: _____ Tempo da última hospitalização (dias):		
18. Possui comorbidades prévias? () Não () Sim Qual(is)? _____ - Visão: () preservada () prejudicada sem correção () uso de óculos - Audição: () preservada () prejudicada sem correção () uso de aparelho auditivo - Mastigação: () preservada () prejudicada sem correção () uso de prótese dentária - Locomoção: () preservada () prejudicada sem correção () uso de acessórios de apoio		
19. Usava medicações contínuas no domicílio? () Não () Sim Qual(is)?		
Medicações usadas durante hospitalização:		
21. Está acompanhado durante hospitalização? () Não () Sim Por quem? () Familiar _____ () Outro _____ () Cuidador formal		
22. Está em isolamento durante a internação? () Não () Sim Qual(is)? () Isolamento de contato () Isolamento protetor () Isolamento respiratório		
23. Utiliza tecnologias de cuidado durante hospitalização? () Não () Sim Qual(is)? () Gastrostomia () Sonda Nasoentérica () Cateter Venoso Periférico () Cateter Venoso Central () Dreno de tórax () Cateter Central de Inserção Periférica () Dreno(s) () Jejunostomia () Bolsa de estomia () Sonda vesical de demora () Sonda vesical de alívio () Cânula de traqueostomia () Cateteres para oxigênio		
24. Percebeu alteração de humor relacionada à hospitalização: () Não () Sim Qual(is)?		
25. Comportamentos durante a hospitalização: () negação () aceitação () enfrentamento		
26. Refere sentimento de tristeza durante a hospitalização: () sim () não Quando?		
27. Refere sentir-se angustiado durante a hospitalização: () sim () não Quando?		

APÊNDICE C
ROTEIRO PARA ENTREVISTA CONVERSACÃO

Entrevista nº:	Pessoa Idosa nº:	SAME:
Data:	Local:	Turno:
Hora de início:	Hora de término:	Tempo total:
<p>Questão desencadeadora: Conte-me como tem sido seu dia a dia, aqui no hospital, desde que você internou. Quais as situações que te incomodaram ou incomodam?</p>		
<p>Estressores Intrapessoais: alterações hemodinâmicas, necessidades básicas, história pessoal, tratamentos anteriores, sentimentos, estratégias de enfrentamento, comportamentos e atitudes, hábitos de vida (autonomia, capacidade funcional), comorbidades...</p>		
<p>Estressores Interpessoais: grau de dependência, mobilidade (autonomia, liberdade), envolvimento, isolamento social (fatores motivadores de limitação social), rotinas, hábitos, costumes que envolvem outras pessoas, convívio com os outros, vínculos...</p>		
<p>Estressores Extrapessoais: alterações relacionadas ao ambiente físico, acessibilidade, ambiente diferente do domiciliar, privacidade, uso de benefícios sociais, integração e sentimentos de pertença.</p>		

APÊNDICE D
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Observação n°:	Pessoa Idosa n°:	SAME:
Data:	Local:	Turno:
Hora de início:	Hora de término:	Tempo total:
Situações observadas:		
<p>Descrição das situações estressoras intrapessoais observadas, relacionadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações hemodinâmicas: - Autonomia e independência - necessidades básicas (higiene corporal, alimentação, locomoção...): - Manifestação de sentimentos e estratégias de enfrentamento diante da hospitalização: - Comportamentos e atitudes diante do tratamento: - Implicações das comorbidades: 		
<p>Descrição das situações estressoras interpessoais observadas, relacionadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grau de dependência de familiares e profissionais para ABVDs, mobilidade: - Envolvimento com familiares, profissionais e pacientes que dividem o mesmo quarto: - Relacionamento com equipe multiprofissional: - Comunicação interpessoal: - Fatores motivadores de limitação social: - Rotinas que envolvem outras pessoas: 		
<p>Descrição das situações estressoras extrapessoais observadas, relacionadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações relacionadas ao ambiente físico: - Ambiente diferente do domiciliar: - Situações que expõe a privacidade: - Adaptação ao ambiente hospitalar: - Influência de normas e rotinas no bem-estar e no andamento do tratamento: 		

APÊNDICE E
QUADRO ORGANIZATIVO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS
NAS PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS

Nº	TÍTULO DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS
Domínio 1: Promoção da Saúde			
Classe 1: Percepção da Saúde			
1	Atividade de recreação deficiente	<ul style="list-style-type: none"> - Tédio - O local atual não possibilita envolvimento em atividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de recreação insuficientes - Hospitalização prolongada
Classe 2: Controle da Saúde			
2	Proteção ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Fadiga - Imobilidade - Insônia 	<ul style="list-style-type: none"> - Câncer - Extremos de idade
3	Síndrome do idoso frágil	<ul style="list-style-type: none"> - Deambulação prejudicada - Déficit no autocuidado para alimentação, para banho, para higiene íntima, para vestir-se - Desesperança - Fadiga - Intolerância à atividade - Isolamento social - Mobilidade física prejudicada - Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais 	<ul style="list-style-type: none"> - Doença crônica - Hospitalização prolongada - Morar sozinho
4	Risco de síndrome do idoso frágil		<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade - Apoio social insuficiente - Atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade - Baixo nível educacional - Déficit sensorial - Desvantagem financeira - Doença crônica - Equilíbrio prejudicado - Gênero feminino - Hospitalização prolongada - Idade > 70 anos - Imobilidade - Medo de queda

Domínio 2. Nutrição			
Classe 1: Ingestão			
1	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração no paladar - Aversão ao alimento - Ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada - Interesse insuficiente pelos alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores biológicos - Ingestão alimentar insuficiente
Classe 4: Metabolismo			
2	Risco de glicemia instável		<ul style="list-style-type: none"> - Atividade física diária média é menor que a recomendada para a idade e o gênero - Condição de saúde física comprometida - Conhecimento insuficiente do controle da doença - Estresse excessivo - Ingestão alimentar insuficiente
Classe 5: Hidratação			
3	Risco de volume de líquidos deficiente		<ul style="list-style-type: none"> - Barreira ao acesso a líquidos - Desvios que afetam a ingestão de líquidos - Extremos de idade

APÊNDICE F
IMPRESSO GUIA DAS DISCUSSÕES NOS ENCONTROS
DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA

<u>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</u> <u>DISTÚRPIO NO PADRÃO DO SONO</u>
Domínio 4: Atividade/Repouso Classe 1: Sono/Repouso
Definição: Despertares com tempo limitado em razão de fatores externos.
Características Definidoras <ul style="list-style-type: none"> - Despertar não intencional - Dificuldade para manter o sono - Dificuldade para iniciar o sono
Fatores Relacionados <ul style="list-style-type: none"> - Barreira ambiental - Privacidade insuficiente
População em risco <ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível educacional - Hospitalização prolongada - Idade > 70 anos - Viver em espaço limitado - Sarcopenia
Condição Associada <ul style="list-style-type: none"> - Imobilização
RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Sono (adequado)
INTERVENÇÕES
Controle de energia <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o paciente a limitar o sono durante o dia oferecendo atividades que promovam o estado de vigília, conforme apropriado. - Limitar estímulos ambientais (iluminação, ruídos) para facilitar o relaxamento. - Encorajar períodos alternados de descanso e atividades.
Melhora do sono <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar o padrão do sono do paciente e observar circunstâncias físicas (apneia, dor, frequência urinária) ou psicológicas (medo, ansiedade) que interrompam o sono. - Adaptar o ambiente para promover o sono. - Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir. - Agrupar as atividades de cuidado de modo a minimizar os momentos de despertar,

possibilitar ciclos de no mínimo 90 minutos.

- Ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono/vigília do paciente.
- Individualizar a rotina diária de modo a atender as necessidades do paciente.

Controle do Ambiente: Conforto

- Controlar ou prevenir ruídos excessivos ou indesejáveis, sempre que possível.

Administração de Medicamentos

- Identificar os medicamentos para dormir que o paciente está tomando.
- Monitorar o paciente para determinar a necessidade de medicamentos, conforme apropriado.
- Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico da medicação.

Posicionamento

- Incorporar a posição de sono preferida no plano de cuidados, se não houver contraindicação.

APÊNDICE G
FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E
PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

1. Data de Nascimento: __ / __ / _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Situação conjugal: () Casado/companheiro () Solteiro () Separado/divorciado () Viúvo
4. Filhos: () Nenhum () Um filho () Dois filhos () Mais de três filhos
5. Ano de formação:
6. Especialização:
7. Tempo de atuação na unidade: () De 6 meses a 1 ano () De 1 a 2 anos () De 2 a 4 anos () De 4 a 6 anos () Mais de 6 anos
8. Turno de trabalho: () Manhã () Tarde () Noite

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: Estresse em idosos hospitalizados: Intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^a Dr^a Margrid Beuter.

CONTATO: (55) 3220-8263 **E-mail:** margridbeuter@gmail.com

PESQUISADORA: Enf^a Me Eliane Raquel Rieth Benetti

CONTATO: (55) 9134-0432 **E-mail:** elianeraquelr@yahoo.com.br

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO: Clínica Médica I, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Idosos hospitalizados.

Eu Margrid Beuter, responsável pela pesquisa “*Estresse em idosos hospitalizados: Intervenções de enfermagem fundamentadas no Modelo de Sistemas de Neuman*”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa de Tese de Doutorado tem como objetivo geral “*identificar os estressores vivenciados por idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica e, propor intervenções de enfermagem fundamentadas no Modelo de Sistemas de Neuman*” e, como objetivos específicos:

- *Caracterizar os idosos hospitalizados quanto às variáveis biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;*
- *Conhecer os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica.*
- *Identificar os Diagnósticos de Enfermagem dos idosos hospitalizados, por meio da taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I), a partir dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.*
- *Discutir com os enfermeiros a elaboração conjunta de resultados e intervenções de enfermagem, a partir dos Diagnósticos de Enfermagem elencados, fundamentados nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária de Betty Neuman.*
- *Avaliar a implementação dos resultados e intervenções, por meio da Prescrição de Enfermagem, a idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica.*

Acreditamos na relevância desta pesquisa tendo em vista que possibilitará a identificação de estressores vivenciados por idosos hospitalizados em Clínica Médica e Cirúrgica e assim, favorecerá o planejamento e implementação de intervenções de enfermagem conforme a Teoria de Sistemas de Betty Neuman, a fim de qualificar o cuidado prestado aos idosos.

Assinando este documento, você confirma sua participação nesta pesquisa, e poderá tirar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. A sua participação ocorrerá por meio da técnica de observação participante, momento em que serão observados aspectos relacionados à hospitalização e, por meio de entrevista conversação, que somadas visam conhecer os estressores vivenciados por idosos durante a hospitalização.

As observações serão realizadas pela pesquisadora, contando com a participação de um auxiliar de pesquisa. As informações serão registradas em diário de campo, onde estarão descritas todas as situações que podem ser avaliadas como estressoras. Referente a entrevista, esta será individual, gravada por meio de gravador digital. Após, as informações contidas na sua entrevista serão transcritas pelo pesquisador. A entrevista poderá ser realizada em data e horário de sua preferência.

É importante que você esteja ciente de que todas as informações desta pesquisa serão de caráter confidencial e poderão ser divulgadas por meio do relatório de pesquisa, em eventos ou publicações, sem que você seja identificado. Assim, o sigilo de sua participação na pesquisa será assegurado. Quando os resultados da pesquisa forem divulgados, sob qualquer forma, será adotado a abreviação dos participantes (Idosos = I) seguido de sistema alfanumérico (I1, I2, I3...), assim sua identidade será preservada.

Salienta-se que você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhuma penalização ou prejuízo. Ressalta-se que a participação não lhe representará nenhum custo financeiro ou social, da mesma forma que não haverá benefícios financeiros como retribuição de sua participação.

Todo material oriundo da coleta de dados ficará gravado em CDROM, sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora desta pesquisa, durante o prazo recomendado (cinco anos), sendo arquivado em um armário, localizado no Prédio 26A, sala 1339, do Centro de Ciências da Saúde/UFSM – Cidade Universitária, Bairro Camobi, Av. Roraima nº 1000, CEP 97.105.900, Santa Maria/RS. Passado esse período serão destruídas em conformidade às proposições éticas.

É possível que aconteçam desconfortos ou riscos, como a ocorrência de situações que podem provocar constrangimentos na possibilidade de despertar sentimentos e lembranças de situações vivenciadas. Ainda, a participação na pesquisa poderá representar riscos mínimos de ordem física ou psicológica, os quais se aproximam daqueles aos quais o sujeito estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estará tratando. Caso se configure algum desses riscos, a pesquisadora irá fornecer atenção especial, por meio da escuta, e será respeitado o desejo de dar continuidade ou não.

Quanto aos benefícios, destaca-se que eles serão diretos e indiretos para os participantes, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a temática e contribuirá para mudanças na prática assistencial a fim de minimizar situações estressoras vivenciadas por idosos hospitalizados. Agora que você sabe do que se trata essa pesquisa e se concorda com o que está escrito, assine no espaço abaixo, pois só serão realizadas as observações e a entrevista depois que você confirmar sua participação. Uma via desse documento ficará de sua posse e outra via com os pesquisadores.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento, elaborado em duas vias, e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do participante
Santa Maria _____, de _____ de 20____

Prof. Dra. Margrid Beuter
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: Estresse em idosos hospitalizados: Intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^a Dr^a Margrid Beuter.

CONTATO: (55) 3220-8263 **E-mail:** margridbeuter@gmail.com

PESQUISADORA: Enf^a Me Eliane Raquel Rieth Benetti

CONTATO: (55) 9134-0432 **E-mail:** elianeraquelr@yahoo.com.br

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO: Clínica Médica I, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Enfermeiros.

Eu Margrid Beuter, responsável pela pesquisa “*Estresse em idosos hospitalizados: Intervenções de enfermagem fundamentadas no Modelo de Sistemas de Neuman*”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa de Tese de Doutorado tem como objetivo geral “*identificar os estressores vivenciados por idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica e, propor intervenções de enfermagem fundamentadas no Modelo de Sistemas de Neuman*” e, como objetivos específicos:

- *Caracterizar os idosos hospitalizados quanto às variáveis biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;*
- *Conhecer os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica.*
- *Identificar os Diagnósticos de Enfermagem dos idosos hospitalizados, por meio da taxonomia da NANDA Internacional (NANDA-I), a partir dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.*
- *Discutir com os enfermeiros a elaboração conjunta de resultados e intervenções de enfermagem, a partir dos Diagnósticos de Enfermagem elencados, fundamentados nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária de Betty Neuman.*
- *Avaliar a implementação dos resultados e intervenções, por meio da Prescrição de Enfermagem, a idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica.*

Acreditamos na relevância desta pesquisa tendo em vista que possibilitará a identificação de estressores vivenciados por idosos hospitalizados em Clínica Médica e Cirúrgica e assim, favorecerá o planejamento e implementação de intervenções de enfermagem conforme a Teoria de Sistemas de Betty Neuman, a fim de qualificar o cuidado prestado aos idosos.

Assinando este documento, você confirma sua participação nesta pesquisa, e poderá tirar dúvidas ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. A sua participação ocorrerá por meio da realização de grupos de convergência, que visam a elaboração conjunta de resultados esperados e intervenções de enfermagem para minimizar os estressores vivenciados por idosos hospitalizados.

Os grupos serão realizados pela pesquisadora, contando com a participação de auxiliares de pesquisa. As informações serão registradas em diário de campo, onde estarão descritas todas as discussões estabelecidas e gravados em áudio e imagem. Os grupos serão agendados previamente pela pesquisadora.

É importante que você esteja ciente de que todas as informações desta pesquisa serão de caráter confidencial e poderão ser divulgadas por meio do relatório de pesquisa, em eventos ou publicações, sem que você seja identificado. Assim, o sigilo de sua participação na pesquisa será assegurado. Quando os resultados da pesquisa

forem divulgados, sob qualquer forma, será adotado a abreviação dos participantes (Enfermeiros = E) seguido de sistema alfanumérico (I1, I2, I3...), assim sua identidade será preservada.

Salienta-se que você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhuma penalização ou prejuízo. Ressalta-se que a participação não lhe representará nenhum custo financeiro ou social, da mesma forma que não haverá benefícios financeiros como retribuição de sua participação.

Todo material oriundo da coleta de dados ficará gravado em CDROM, sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora desta pesquisa, durante o prazo recomendado (cinco anos), sendo arquivado em um armário, localizado no Prédio 26A, sala 1339, do Centro de Ciências da Saúde/UFSM – Cidade Universitária, Bairro Camobi, Av. Roraima nº 1000, CEP 97.105.900, Santa Maria/RS. Passado esse período serão destruídas em conformidade às proposições éticas.

É possível que aconteçam desconfortos ou riscos, como a ocorrência de situações que podem provocar constrangimentos na possibilidade de despertar sentimentos e lembranças de situações vivenciadas. Ainda, a participação na pesquisa poderá representar riscos mínimos de ordem física ou psicológica, os quais se aproximam daqueles aos quais o sujeito estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estará tratando. Caso se configure algum desses riscos, a pesquisadora irá fornecer atenção especial, por meio da escuta, e será respeitado o desejo de dar continuidade ou não.

Quanto aos benefícios, destaca-se que eles serão diretos e indiretos para os participantes, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento sobre a temática e contribuirá para mudanças na prática assistencial a fim de minimizar situações estressoras vivenciadas por idosos hospitalizados. Agora que você sabe do que se trata essa pesquisa e se concordar com o que está escrito, assine no espaço abaixo, pois só serão realizadas as observações e a entrevista depois que você confirmar sua participação. Uma via desse documento ficará de sua posse e outra via com os pesquisadores.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento, elaborado em duas vias, e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do participante
Santa Maria _____, de _____ de 20____

Prof. Dra. Margrid Beuter
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE J
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

PROJETO DE PESQUISA: Estresse entre idosos hospitalizados: intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^ª Dr^ª Margrid Beuter.

CONTATO: (55) 3220-8263 **E-mail:** margridbeuter@gmail.com

PESQUISADORA: Enf^ª Me Eliane Raquel Rieth Benetti

CONTATO: (55) 9134-0432 **E-mail:** elianeraquelr@yahoo.com.br

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO: Clínica Médica I, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Os pesquisadores do presente projeto comprometem-se em preservar a privacidade e o anonimato dos participantes, cujos dados serão coletados por meio de observação participante, entrevista conversação e grupo de convergência.

Firmam compromisso referente a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados, no que diz respeito ao uso exclusivo das informações obtidas com a finalidade científica e garantia da preservação da identidade das pessoas pesquisadas quando da divulgação. O anonimato dos participantes será mantido através da utilização da letra I para identificação dos idosos e P para profissionais de enfermagem seguidos de um número cardinal. Todos os documentos e materiais utilizados e produzidos como: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, gravações, registros em diário de campo ficarão sob posse da pesquisadora responsável Prof^ª Dr^ª. Margrid Beuter, em armário com chave, na sala 1339, no 3º andar do prédio 26, do centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Avenida Roraima, nº 1000, Campus, Cep 97105-900, por um período de cinco anos. Após esse período o material será destruído.

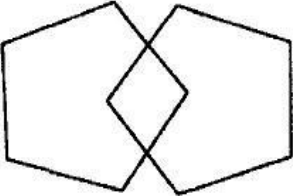
Este projeto de pesquisa foi revisado pelo Comitê de ética em Pesquisa da UFSM em, ___/___/___, com o número da CAAE _____.

Santa Maria, _____ de _____ de 2015.

Prof^ª. Dra. Margrid Beuter
COREN: 29136
SIAPE:379289

ANEXOS

ANEXO A
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)*

1. Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda (máximo 5X)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo (0-5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização (0-3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio. Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

*Adaptado por Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994).

ESCORES: 18 para não alfabetizados; 21 para aqueles com escolaridade entre um e três anos; 24 para idosos entre quatro e sete anos de educação formal, e 26 para aqueles com mais de sete anos de escolaridade (CARAMELLI; NITRINI, 2000).

ANEXO B
INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA
DIÁRIA DE KATZ*

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho: A avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado por todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberam algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou pernas).	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.
Vestir: para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente ditto. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
Banheiro: A função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere a sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem Assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite, esvaziando por si pela manhã).	<input type="checkbox"/> Recebe Assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite.	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência: A função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar bengala ou nadador).	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	<input type="checkbox"/> Não sai da cama.
Continência: “continência” refere-se ao ato inteiramente controlado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controles externos como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	<input type="checkbox"/> Tem “acidentes” (perdas urinárias ou fecais) ocasionais.	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação: A função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência.	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

*KATZ et al., 1963.

ANEXO C AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PROTOCOLO GAS/HUSM

Recebido em

02/09/16

Ministro GAS nº 26113




Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM

REGISTRO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP 107/2016 Data: 02/09/2016

Pesquisador(a): ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI Função: ENFERMEIRA
 SIAPE: 2063548 Telefone: 9134 0432 Unidade/Curso: CLÍNICA MÉDICA II
 E-mail: elioneraquela@yahoo.com.br DOUTORADO EM ENFERMAGEM
 Título: ESTRESSE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
FUNDAMENTADAS NA TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.

TIPO DE PROJETO: Pesquisa Extensão Ensino Institucional
 FINALIDADE: TCC Especialização Mestrado Doutorado Pós-Doutorado
 Iniciação Científica Mestrado Profissional Outros

Qual programa: PPG ENFERMAGEM UFSM
 TIPO DE PESQUISA: Inovações Tecnológicas em Saúde Ciências Sociais e Humanas aplicadas
 a Saúde Epidemiológico Clínica Epidemiológica Observacional Infraestrutura Avaliação
 de Tecnologia em Saúde Biomédica (Strito Sensu) Pré-Clínica Qualitativa Sistema de
 Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde Outras Ações de C & T
 Ensaio Clínico: Fase I Fase II Fase III Fase IV
 - Multicêntrico: Não Sim, Qual?

- Período Execução: Ano (Início): 2016, Ano (Término): 2018
 FONTE DE FINANCIAMENTO: Recursos do Pesquisador HUSM Edital Interno UFSM,
 Qual? _____ Indústria Farmacêutica Agência Pública de Fomento Nacional
 (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) Agência de Fomento Internacional Outros,
 Qual? _____

GRUPO DE PESQUISA: Não Sim, Qual? CUIDADO, SAÚDE E ENFERMAGEM.
 OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos
 para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

B. Benetti
 Pesquisador(a) responsável

➔ SETORIAL: **AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL**

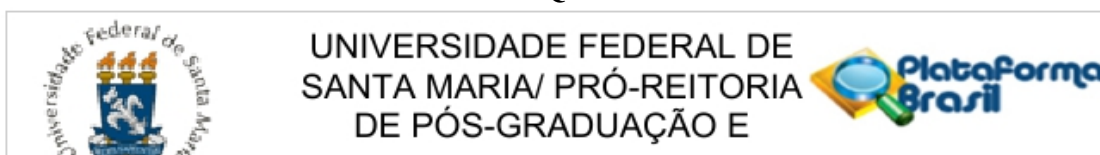
Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
CLÍNICA MÉDICA I	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>Fernanda de F.F. Quadrelli</u> SER. COREN RS: 130307 CPF 60617840081
CLÍNICA MÉDICA II	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>Leislain M. Costa</u> ENFERMEIRA COREN RS 126416
CLÍNICA CIRÚRGICA	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>Miriam Perrando</u> ENFERMEIRA
Div. GESTÃO CUIDADO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>Roberto A. Z. Penteadó</u> CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DE CUIDADO HUSM - EBSEERH CPF/R5 03894
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

➔ COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: De acordo Data: 05/09/2016

➔ PARECER FINAL GEP/HUSM: W CEP
 Prof. Beatriz Síviana da Silveira Porto
 Gerente de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSEERH
 SIAPE 114615 Assinatura e Carimbo Data: 06/09/2016

A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.

ANEXO D
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRESSE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADAS NA TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Pesquisador: MARGRID BEUTER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60668116.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.771.984

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem por objeto "o estresse em idosos hospitalizados em clínicas médica e cirúrgica" e justifica-se sua relevância pela necessidade de cuidado individualizado ao idoso hospitalizado, bem como a reduzida produção de conhecimento sobre estresse entre idosos hospitalizados. Diante desse contexto, tem-se por objetivo geral identificar os estressores vivenciados por idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica e, propor intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria de Sistemas de Betty Neuman. Os objetivos específicos são: caracterizar os idosos hospitalizados quanto às variáveis biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais; conhecer os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por idosos hospitalizados em clínicas médica e cirúrgica; identificar os Diagnósticos de Enfermagem dos idosos hospitalizados, por meio da taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a partir dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais; discutir com os enfermeiros a elaboração conjunta de intervenções de enfermagem, a partir dos Diagnósticos de Enfermagem elencados, fundamentadas nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária de Betty Neuman; avaliar a implementação das intervenções na Sistematização da Assistência de Enfermagem a idosos hospitalizados em clínicas médica e cirúrgica. Para contemplar esses

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

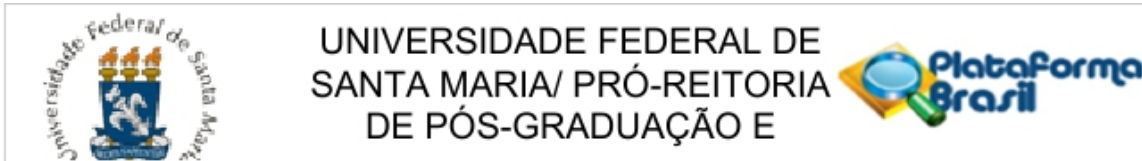
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.771.984

objetivos será realizado pesquisa de campo, na modalidade convergente assistencial, com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria dos

Sistemas de Betty Neuman. Participarão do estudo idosos hospitalizados nas clínicas médicas e cirúrgica do Hospital Universitário de Santa Maria, no período de produção dos dados, e enfermeiros que atenderem aos critérios de inclusão.

Os dados serão produzidos por meio de observação participante, entrevista conversação e grupos de convergência, etapas caracterizadas por movimentos de aproximação, distanciamento e convergência da pesquisa com a prática assistencial. A análise dos dados será realizada conforme preconizado pelo referencial metodológico e integra apreensão, síntese, teorização e transferência. Para realização deste estudo serão respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, no que se refere aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, conforme explicitado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados deste estudo pretendem contribuir para a ampliação do conhecimento na área da atuação da enfermagem no cuidado ao idoso, no sentido de elencar situações estressoras e promover mudanças no fazer profissional da equipe de enfermagem e, conseqüentemente no bem estar dos idosos hospitalizados, por meio do processo de enfermagem embasado na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

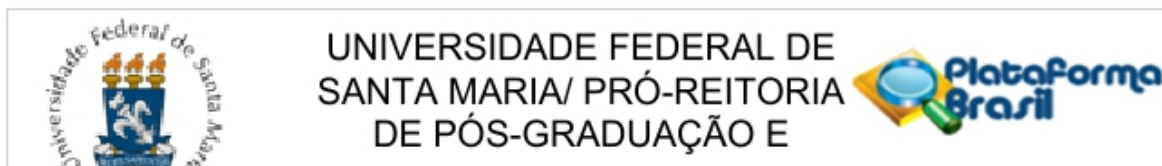
Objetivo da Pesquisa:

GERAL: identificar os estressores vivenciados por idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica e, propor intervenções de enfermagem fundamentadas na Teoria de Sistemas de Betty Neuman.

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os idosos hospitalizados quanto às variáveis biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;
- Conhecer os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais vivenciados por idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica.
- Identificar os Diagnósticos de Enfermagem dos idosos hospitalizados, por meio da taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a partir dos estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais.
- Discutir com os enfermeiros a elaboração conjunta de intervenções de enfermagem, a partir dos

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.771.984

Diagnósticos de Enfermagem elencados, fundamentadas nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária de Betty Neuman.

- Avaliar a implementação das intervenções na Sistematização da Assistência de Enfermagem a idosos hospitalizados em clínica médica e cirúrgica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente avaliados no projeto, na Plataforma e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: ok;
- Autorização institucional (GEP): ok;
- Registo no GAP: ok;
- Orçamento: ok;
- Cronograma: ok (talvez deverá ser atualizado)
- TCLE: um para os idosos e outro para os enfermeiros. Ambos adequados.
- Termo de Confidencialidade: ok.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

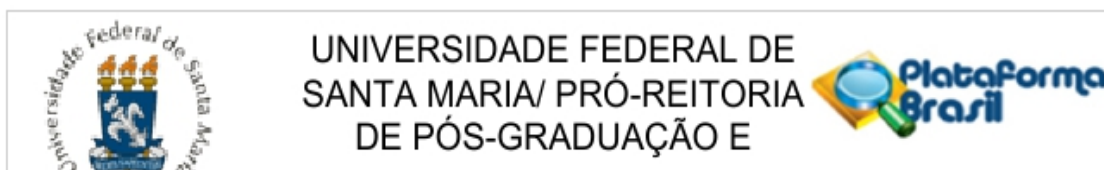
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 1.771.984

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_795256.pdf	04/10/2016 20:10:39		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Confidencialidade.jpg	04/10/2016 20:09:49	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_22_09_16.doc	26/09/2016 12:04:00	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
Outros	Registro_sie.pdf	26/09/2016 12:01:05	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/09/2016 11:52:21	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/09/2016 11:52:11	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
Outros	Tcle_enfermeiros.pdf	26/09/2016 11:50:28	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_idosos.pdf	26/09/2016 11:49:57	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Institucional.jpg	26/09/2016 11:42:17	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	26/09/2016 11:38:17	ELIANE RAQUEL RIETH BENETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 12 de Outubro de 2016

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com