



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PEDRO HENRIQUE COSTA SILVA

MOBILIDADE DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: UM ESTUDO DE
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

SALVADOR
2021

PEDRO HENRIQUE COSTA SILVA

**MOBILIDADE DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: UM ESTUDO DE
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do título de mestre em Enfermagem e Saúde na área de concentração Enfermagem, cuidado e saúde, na Linha de pesquisa: Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Larissa Chaves Pedreira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Jeane Freitas de Oliveira

SALVADOR
2021

S586 Silva, Pedro Henrique Costa.
Mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas: um estudo de representações sociais/Pedro Henrique Costa Silva. – Salvador, 2021.
81 f.: il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Larissa Chaves Pedreira; Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jeane Freitas de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.
Inclui referências.

1. Idosos - hospitalização. 2. Limitação da mobilidade - idosos.
3. Cuidados de enfermagem. I. Pedreira, Larissa Chaves. II. Oliveira, Jeane Freitas de. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083-053.9

PEDRO HENRIQUE COSTA SILVA

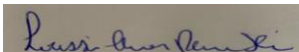
MOBILIDADE DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde. Linha de pesquisa: Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

Aprovado em 29 junho de 2021

BANCA EXAMINADORA

Larissa Chaves Pedreira



Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem.

Universidade Federal da Bahia

Valdenir Almeida da Silva



Doutor em Enfermagem. HUPES – Complexo Hospitalar Profº Dr. Edgar Santos.

Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva



Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem.

Universidade Federal da Bahia

Juliana Bezerra do Amaral



Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem.

Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Pedro de Oliveira Silva Filho** e **Vilma de Jesus Costa Silva** (*in memoriam*)
que, na condição de professores, me fizeram respeitar e admirar, ainda infância, a figura do
mestre e plantaram na minha alma o desejo de lecionar.

Às minhas nonagenária e octogenária avós, **Idalina de Jesus Costa** e **Maria Margarida
Dantas da Silva**, pelos ensinamentos diários e exemplo de perseverança, carinho, cuidado e
amor.

AGRADECIMENTOS

À Deus por iluminar meus passos durante a trajetória de vida;

À Professora Dra. Larissa Chaves Pedreira pela sensibilidade em me acolher como aluno e depois como orientando, pela disponibilidade, por cada troca que realizamos, por toda imensa colaboração para esse trabalho, pelo carinho e respeito, por mostrar que vale a pena confiar na sua equipe, pelo ser humano incrível e admirável que és, pelo exemplo de líder, entre tantos motivos, todos eles estarão marcados no coração e expressos no meu sincero e eterno agradecimento. Muito Obrigado!

Às minhas famílias Costa, Silva e Rios pelos impulsos constantes e pela coerência no exemplo de como trilhar o caminho da vida com pedras do bem;

A Dilton, meu companheiro, pela parceria, paciência, cuidado e amor constantes que me fazem renascer a cada dia com o coração cheio de alegria;

À minha irmã Nád'la Katharine Costa Silva e meu sobrinho Keven Costa Marques por acreditarem em mim e serem propulsores desse e outros títulos acadêmicos que virão;

À Professora. Dra. Jeane Freitas de Oliveira que com maestria me conduziu na elaboração desse relatório, me estimulou a ir além e extraiu, sem dúvidas, as melhores ideias que deram formato a esse trabalho. Os ensinamentos aqui apreendidos refletirão para além da academia, para a vida, marcando minha trajetória. Agradeço imensamente ao universo por ter te colocado no meu caminho, Professora;

À professora. Dra. Mirian Santos Paiva por me apresentar os termos teóricos e conceituais do pensamento científico, ainda na disciplina teórica deste curso, e por tanto contribuir com esse trabalho desde a qualificação até a finalização, dado seu vasto conhecimento com produções de representações sociais. Muito obrigado, Professora! Gratidão!

Ao universo por se encarregar de trazer até nós, aquilo que atraímos, através do pensamento;

As colegas enfermeiras e técnicas de enfermagem que participaram dessa pesquisa, toda minha gratidão por ser bem acolhido por vocês em todas as minhas incansáveis visitas ao campo;

As colegas enfermeiras do Hospital Aliança e do Hospital Antônio da Costa Pinto Dantas (Ituberá/BA) e todas as outras que torcem e vibram comigo a cada conquista.

As pessoas idosas que estão mais susceptíveis a experimentar a hospitalização e genuinamente se entregam e confiam suas vidas nas mãos de nós, profissionais;

Aos verdadeiros amigos (as) que vibram, ouvem, compreendem, participam e assim completam, dando sentido à vida neste mundo construído em sociedades: Acácia, Diego, Verena, Lucas Lemos, Edmila, Raniere, Antônio, Arthur, Rogério, Alexandre, André, Bianca, Fátima, Bruno Jones, Karla, Luciana e Saionara. Amo vocês!

Ao NESPI pelo convívio e aprendizados relevantes para atuação direta às pessoas idosas;

Ao Professor Dr. Valdenir Almeida da Silva que tanto contribuiu para os ajustes ideais dessa pesquisa;

Aos meus colegas de mestrado por terem embarcado comigo nesse sonho e por conseguirmos chegar ao fim desse ciclo todos com saúde e enfim, mestres: Lélia, Manu, Márcio, Luana, Verônica, Jaqueline Isabela e Fernanda Cajuhy;

As doutorandas: Roberta Góes, Elaine Santos, Jéssica Lane, Nildete Gomes que compartilharam suas experiências, através de conversas e trocas, contribuindo na condução desse trabalho;

À professora Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes por ter despertado em mim, o caminho do autoconhecimento que acalma, traz paz e sentido para a vida;

À academia que em meio a tempos sombrios, segue capaz de proporcionar espaço de aprendizado e aperfeiçoar atores sociais no seu modo de agir;

À professora Dra. Juliana Bezerra do Amaral que dirige a escola de Enfermagem da UFBA e, ainda durante os períodos iniciais da faculdade, me fez compreender a importância do profissional de enfermagem para o futuro em relação ao cuidado às pessoas idosas. Inesquecível aquela experiência do primeiro contato com a saúde da pessoa idosa. Sou seu fã!

Às professoras dessa pós-graduação que com profissionalismo impecável se mostraram exemplos no direcionamento de profissionais, futuros docentes.

A Sara e Carli, integrantes do grupo VIDA, pela valorosa contribuição ao trabalho no contato inicial e ao longo do decurso no que tange a representação social. Sou muito orgulhoso por vocês, foram fundamentais!

RESUMO

SILVA, Pedro Henrique Costa. **Mobilidade de Pessoas Idosas Hospitalizadas: Um Estudo de Representações Sociais**. 2021. 81 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2021.

A pesquisa foi desenvolvida baseada na problemática que a hospitalização, mesmo de forma não intencional, favorece a ocorrência de riscos e quando se trata de pessoas idosas, podem gerar problemas de ordem física, psicológica e social que poderia ser evitado através do estímulo à mobilidade. Objetivo: apreender a estrutura das representações sociais da equipe de enfermagem, acerca da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, fundamentada nos princípios da Teoria das Representações Sociais, com foco na abordagem estrutural. O grupo social estudado foi composto por 100 profissionais da equipe de enfermagem que atua em unidades abertas destinada ao cuidado às pessoas idosas, de um hospital universitário, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Para coleta dos dados foram utilizadas as técnicas de associação livre de palavras e entrevista não-estruturada. Os dados da associação livre de palavras foram processados pelo *software* EVOC que determinou a estrutura da representação social através do quadro de quatro casas. O *corpus* das entrevistas foi analisado através da análise de conteúdo de Bardin. No quadro de quatro casas, considerando a frequência e a ordem média das evocações, os termos “queda, acamado e cuidado” compuseram o núcleo central. O conjunto de termos apresentados no quadro de quatro casas apresentaram ressonância nas entrevistas e endossaram a construção de três categorias temáticas: Cuidados envolvendo os riscos, cuidados voltados para manter a independência/autonomia e atenção para lidar com as barreiras à mobilidade. A equipe de enfermagem ao expor a estrutura representada diante do objeto analisado deixa à vista que não se limita apenas na execução da assistência, vai além ao pensar em estratégias seguras de mobilidade da pessoa idosa hospitalizada. Uma equipe específica que trabalhe com foco nesse domínio através do gerenciamento dos fatores limitantes trazido no quadro, poderia se preocupar em pensar na operacionalização dessas estratégias, provendo pessoas, equipamentos, materiais e as demais necessidades. Embora a pesquisa seja limitada a um grupo de profissionais, é necessário aprofundar os estudos e analisar as conexões que os elementos fazem entre si, além de outras pesquisas na área para elucidar melhor a relação que as profissionais de saúde estabelecem como prioridade na recuperação da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas.

Palavras-chaves: Idoso. Hospitalização. Limitação da Mobilidade. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Pedro Henrique Costa. **Mobility of hospitalized older people: a study of social representations.** 2021. 81 f. Master dissertation (Master degree in Nursing) – Federal University of Bahia, Nursing School, Salvador, 2021.

The research was developed based on the problem that hospitalization, even unintentionally, favors the occurrence of risks and when it comes to elderly people, can generate physical, psychological and social problems that could be avoided by encouraging mobility. Objective: to apprehend the social representations of the nursing team about the phenomenon of the hospitalized elderly's movement. This is a descriptive-exploratory research with a qualitative approach, based on the principles of the Theory of Social Representations, with a focus on the structural approach. The studied social group was composed of 100 professionals from the nursing team that works in open units for the care of the elderly, from a university hospital, in the city of Salvador, Bahia, Brazil. For data collection, techniques of free association of words and unstructured interviews were used. The data of the free association of words were processed by the EVOC software that determined the structure of the social representation through the frame of four houses. The corpus of characteristics was analyzed in line with the thematic content analysis. In the frame of four houses, considering the frequency and the average order of evocations, the terms “fall, bedridden and care” and made up the central nucleus. The set of terms included in the framework of four houses of resonance in the new categories and enabled the construction of three thematic categories: Care involving risks, care aimed at maintaining independence and attention to deal with barriers to mobility. The nursing team, when exposing a structure represented in front of the analyzed object, makes it clear that it is not limited only to the execution of care, it goes further when thinking about the mobilization security of the elderly. A specific team that works with a focus on this domain of management of the limiting factors brought on the board, could be concerned with thinking about the operationalization of these strategies, providing people, equipment, materials and other needs. Although the research is limited to a group of professionals, it is necessary to deepen the studies and analyze how the elements do among themselves, in addition to other research in the area to better elucidate the relationship that health professionals establish as a priority in the recovery of mobility of the elderly. hospitalized.

Keywords: Elderly. Hospitalization. Mobility Limitation. Nurse Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 01: Diagramação do quadro de quatro casas Vèrges apud Sá (2015)..... | 33 |
| Quadro 01: Glossário dos termos identificados nos discursos das participantes. Salvador, 2021..... | 43 |
| Quadro 02: Categorias temáticas levantadas de acordo com o índice de termos do glossário. Salvador, 2021..... | 44 |
| Quadro 03: Representação do Quadro de quatro casas com o termo indutor: “Mobilidade da Pessoa Idosa Hospitalizada” | 46 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-------|--|
| ABVDs | Atividades Básicas de Vida Diária |
| AIVDs | Atividades Instrumentais de Vida Diária |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| NANDA | Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem |
| NESPI | Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso |
| NC | Núcleo Central |
| NP | Núcleo Periférico |
| OME | Ordem Média de Evocação |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| RS | Representações Sociais |
| SAE | Sistematização de Assistência de Enfermagem |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TNC | Teoria do Núcleo Central |
| TRS | Teoria da Representação Social |
| UERJ | Universidade Estadual do Rio de Janeiro |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO | 17 |
| 2.1 ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO SOCIAL E A NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO..... | 17 |
| 2.2 ENFERMAGEM E A MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA..... | 21 |
| 3. ASPECTOS CONCEITUAIS..... | 26 |
| 3.1. ASPECTOS CONCEITUAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | 26 |
| 3.2 TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL | 31 |
| 4. MÉTODO..... | 34 |
| 4.1. TIPO DE ESTUDO | 34 |
| 4.2 LOCAL E GRUPO SOCIAL ESTUDADO | 35 |
| 4.3 COLETA DE DADOS | 36 |
| 4.4 ASPECTOS ÉTICOS | 39 |
| 4.5 ANÁLISE DE DADOS | 40 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 44 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA | 44 |
| 5.2 ELEMENTOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA..... | 46 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 66 |
| REFERÊNCIAS | 68 |
| APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 75 |
| APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa TALP | 76 |
| APÊNDICE C- Roteiro de entrevista | 79 |

1 INTRODUÇÃO

As representações sociais partem de propostas que reiteradamente influenciam atores de grupos sociais em seu modo de agir. A busca em compreender a ação desses atores, considerando o seu contexto social e psicológico, crenças, histórias e experiências, a partir de opiniões anteriormente determinadas por uma representação social, estimulam o desenvolvimento de estratégias para agir na sociedade em transformação (MOSCOVICI, 1961).

Não obstante o ambiente hospitalar seja representado socialmente como um local de recuperação/reabilitação, a hospitalização por si, de forma não intencional, provoca riscos que podem levar a danos irreversíveis como o declínio funcional e também problemas ligados à mobilidade (CONSTANTIN; DAHLKE, 2018). Ao mesmo tempo, nesse ambiente é onde ocorre as relações sociais da equipe de enfermagem, estas que são responsáveis em promover o bem-estar biopsicossocial e espiritual dos indivíduos e nesse contexto, também sofrem influências das relações sociais elaboradas no cotidiano e no seu modo de agir, determinando seus comportamentos e interferindo diretamente no cuidado prestado (KIRKL *et al.*, 2020).

Considerando-se mobilidade¹ como a capacidade do indivíduo de se mover livremente e mobilização enquanto ação praticada pela equipe de enfermagem, esses conceitos não se restringem apenas à deambulação, principalmente quando se relaciona ao idoso hospitalizado, contemplam o movimento dentro de uma perspectiva de funcionalidade global (SANTOS *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2018). Diante disso, o foco desse trabalho permeia o termo mobilidade sem perder de vista a mobilização como ação básica praticada durante a execução dos cuidados gerais de enfermagem como encaminhamentos para banhos, mudança de decúbito no leito, sentar em cadeira, estímulos ao autocuidado, entre outros.

O fato de muitas pessoas idosas passarem a maior parte do tempo restritas ao leito durante a hospitalização, pode gerar problemas não apenas de ordem física, como o aparecimento de lesões por pressão, mas também implicar consequências que perduram mesmo após a alta (LIM *et al.*, 2020). Como exemplo, a perda da capacidade em executar uma ou mais atividades básicas da vida diária como usar o banheiro, tomar banho sozinho, levantar-se de uma cama ou cadeira, durante ou após a hospitalização, além de prejuízos à cognição. Essas consequências interferem em questões sociais, econômicas, psicológicas, causando impacto

¹Nesse relatório entende-se por mobilidade como a capacidade funcional do indivíduo para se mover e a mobilização como o ato executado pela equipe de enfermagem, familiar/cuidador ou a própria pessoa idosa hospitalizada e dependente para se mover.

direto na qualidade de vida dessas pessoas (CARVALHO *et al.*, 2018; VALENZUELA *et al.*, 2018; SURKAN; GIBSON, 2018; JESUS *et al.*, 2016).

No geral, entre os fatores contribuintes ao declínio funcional e cognitivo na pessoa idosa hospitalizada, diante da situação de imobilidade, observa-se a presença de fragilidade prévia, o grau de instrução, a condição social, a estrutura física do ambiente, patologias pré-existentes e a própria falha na gestão dos cuidados de saúde (RESNICK; BOLTZ, 2019).

Independente dos riscos acima, é importante realizar estímulos a essas pessoas que vão além do caminhar, favorecendo a autonomia e a independência para o autocuidado, promovendo a saúde e a inclusão dos cuidadores/familiares na participação ativa do processo de mobilidade, para garantia de uma assistência ampla, afim de evitar dentre outras iatrogenias como incontinências, quedas, *delirium* e declínio funcional (CARVALHO *et al.*, 2018; KING *et al.*, 2016; SOURDET *et al.*, 2015). Nesse sentido, as ações das profissionais de enfermagem que prestam assistência a essas pessoas, devem ser providas de habilidades e conhecimentos acerca da importância da estimulação precoce da mobilidade durante a hospitalização de pessoas idosas, comprometidas em fazê-la com segurança se indicada e para aquelas pessoas com capacidade e condições clínicas para isso.

Esse tipo de mobilidade não é totalmente diferente e nem menos importante daquela executada pelos fisioterapeutas, relacionado a exercícios físicos, fortalecimento muscular e amplitude de movimentos, pois ambos estão relacionados com uma melhora da funcionalidade global das pessoas idosas. No entanto, na prática assistencial há uma diferença significativa entre o tempo que o fisioterapeuta dispense aos pacientes durante sua jornada de trabalho, e o tempo da equipe de enfermagem para realização de cuidados na beira do leito (LIM *et al.*, 2020). Para além, é a equipe de enfermagem que executa/auxilia nos cuidados básicos durante a hospitalização, quando a mobilidade pode, também, ser estimulada.

Programas com intervenção que focam na mobilidade precoce se mostram eficazes para redução não só da incapacidade funcional, mas também para efeitos na diminuição do tempo de internação e taxa de mortalidade, redução de custos para o sistema de saúde com reinternações, custos sociais que se manifestam como fadiga do cuidador e dias perdidos de trabalho (SURKAN; GIBSON, 2018).

Através do estímulo à mobilidade pode-se estabelecer, ainda, medidas voltadas ao fortalecimento das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) com perspectiva no desfecho clínico satisfatório para além da pessoa, incluindo familiares e cuidador (PADULA; HUGHES; BAUMHOVER, 2009). Estudos

consideram que os profissionais de saúde devem ser instruídos sobre as necessidades específicas de pessoas idosas, considerando a mobilidade como um dos fatores primordiais na prevenção da incapacidade associada à hospitalização (SURKAN; GIBSON, 2018; SOURDET *et al.*, 2015).

O papel da equipe de enfermagem na mobilidade da pessoa idosa parece pouco analisado. Em uma revisão integrativa objetivando avaliar e resumir a pesquisa sobre como as enfermeiras mantêm e melhoram os níveis de mobilidade dos idosos hospitalizados, dentre os 13 artigos da amostra, os autores verificaram que pouco se sabe sobre a frequência com que enfermeiras mobilizam as pessoas idosas. Constataram ainda que a educação sobre mobilidade pode melhorar a disposição das enfermeiras, pois estas percebem essa atividade como responsabilidade da fisioterapia (CONSTANTIN; DAHLKE, 2018).

Embora existam oportunidades reais de planejamento e execução da mobilização durante a prestação de cuidados, a equipe de enfermagem parece não se sentir preparada para abordar esse domínio com as pessoas idosas hospitalizadas (CONSTANTIN; DAHLKE, 2018). Isso foi observado no estudo de King-Doherty *et al.* (2014), onde 32% das pessoas idosas não foram envolvidos em nenhum evento de mobilidade incentivado por enfermeiras. Yoon *et al.* (2015), demonstraram que menos de três atividades de mobilidade foram direcionadas ao paciente por oito horas de trabalho e Callen *et al.* (2004) evidenciaram que os pacientes que eram mais independentes eram levados para caminhar com mais frequência do que aqueles que precisavam de uma equipe para realizar a caminhada.

A revisão acima, demonstra falta de apropriação e não reconhecimento da importância desse cuidado pela equipe de enfermagem. Entretanto, nos permite suscitar também, que exista uma literatura incipiente em relação à temática e necessidade de exploração por novos estudos.

Afim de identificar na literatura estudos abordando a mobilidade de idosos hospitalizados, como um cuidado de enfermagem, foi realizada uma revisão integrativa que identificou nove artigos publicados nas bases de dados PUBMED, BIREME, SCOPUS e CINAHAL, entre o período de 2009 a 2020 através dos descritores, extraídos do *decs* descritores em saúde: “*limitation mobility*”, “*aged*”, “*hospitalization*” e “*nursing care*”, todos no idioma inglês e operados com os booleanos *AND* entre si.

Os artigos selecionados trouxeram que a mobilidade, junto a segurança do paciente, estava relacionada com as intervenções mais prescritas pelas enfermeiras (LUCCHESI; FERRETTI-REBUSTINI, 2015). Complementar, ocorre o alerta para a necessidade da presença de dispositivos que apoiem a equipe, facilitem a ação de mobilidade, prevenindo danos aos

pacientes, profissionais e cuidadores (DERMODY; KOVACH, 2018; LIM *et al.*, 2020; LIM *et al.*, 2020). Do ponto de vista social, foi exposto que a mobilidade de pessoas idosas dentro do hospital está enredada nos diferentes contextos sociais e modelos culturais dos profissionais de saúde que, distintamente, moldam identidades profissionais que levam ao obscurecimento das prioridades inter-profissionais relacionadas à mobilidade (KING *et al.*, 2016; PADULA; HUGHES; BAUMHOVER, 2009; DOHERTY-KING *et al.*, 2014; DERMODY; KOVACH, 2018; KIRKL *et al.*, 2019; LIM *et al.*, 2020).

O conhecimento elaborado nas relações sociais, que se difundem através da linguagem, se organiza entre símbolos ou imagens e são capazes de caracterizar um objeto ou colocá-lo em uma posição de prioridade. Essa dinâmica do conhecimento é produzida nas sociedades com toda heterogeneidade que suporta os grupos sociais e nas suas mais diferentes peculiaridades. (JODELET, 2015).

À medida que a conversação coletiva progride, o fluxo se regulariza, as expressões tornam-se mais precisas e aquela forma de conhecimento se torna robusta, capaz de produzir e determinar o comportamento dos grupos, dando sentido à representação de mundo pensado sob a ótica do indivíduo e além deste, inserido no contexto social (MOSCOVICI, 2012). Todo esse movimento está sob influência das Representações Sociais (RS), um ramo da psicologia social que ganha força teórica para explicar como o conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, constrói uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2015).

O envelhecimento diante da perspectiva das representações sociais já vem sendo objeto de estudo ao longo dos anos. Com o objetivo de analisar o estado da arte das produções científicas nacionais das representações sociais do envelhecimento, Silva *et al.* (2015) evidenciaram que os periódicos especializados em psicologia, seguida pelos da enfermagem, foram os que mais publicaram sobre a temática e que tais discussões se intensificaram a partir de 2007, um ano após a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) ser instituída no país.

No caso da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas não foram encontrados trabalhos que relacionem esse domínio com a forma de pensar das profissionais e nesse sentido, o estudo mostra-se relevante pelo processo acelerado de envelhecimento populacional com o aumento das doenças crônicas e necessidade de hospitalização, demandando atenção e preparo nos cuidados da equipe de enfermagem direcionados à recuperação da pessoa idosa hospitalizada, além de contribuir para o conhecimento de estudantes em processo de formação e de enfermeiras no estímulo ao desenvolvimento de novas práticas hospitalares.

Diante do exposto, se torna importante conhecer como profissionais de enfermagem representam e praticam a mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas. Isso implica em desvelar o conhecimento criado no senso comum, difundido através da comunicação, constituído ao longo da trajetória profissional e pessoal dessas pessoas. (MOSCOVICI, 1961). Sendo assim, o objetivo desse estudo é apreender a estrutura das representações sociais da equipe de enfermagem, acerca da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada, tendo como objeto as representações sociais da equipe de enfermagem acerca da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada. Pretende-se assim responder à questão: Qual a estrutura das representações sociais da equipe de enfermagem, acerca da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada?

A motivação por esse objeto, além da lacuna sobre ele na literatura, tem relação com inúmeras inquietações pessoais e profissionais observadas durante a prática clínica diária do pesquisador, em uma unidade de emergência adulto, tais como: atendimento a um número elevado de pessoas idosas; percepção de oportunidades perdidas de estimular a mobilidade já na unidade de emergência prevenindo o declínio funcional, como em situações onde a própria doença aguda já limita a ida da pessoa idosa ao banheiro, o que favorece colocação de fralda quando poderia ser estimulada com o uso de comadres ou papagaio; ou situações em que cuidadores ou equipe fazem as tarefas pelas pessoas idosas, como exemplo, vestirem as suas roupas quando estes podem fazê-lo.

Ademais, vislumbra-se a possibilidade de dar visibilidade ao tema ainda pouco explorado dentro da enfermagem; e de sensibilizar a equipe tanto assistencial quanto gerencial, acerca da importância da mobilidade de pessoas idosas dentro do hospital, estimulando-as na compreensão desse cuidado tão fundamental e intrínseco na prática diária.

Na condição de mestrando, responsável pelo desenvolvimento de uma pesquisa que possa trazer contribuições para a Enfermagem, fiquei inquieto com o tema durante participações nas reuniões do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI) – mediante discussões sobre a pesquisa matriz “Cuidado ao paciente idoso e na transição hospital-domicílio”. Durante a participação em sua coleta de dados numa unidade hospitalar de grande porte, na cidade de Salvador, passei a observar que as enfermeiras prescrevem poucos cuidados ligados à mobilidade e, quando realizados pelos demais membros da equipe, essa ação raramente aparecia nos registros de enfermagem.

Enfim, a pesquisa poderá contribuir para o Sistema Único de Saúde (SUS) ao estimular a prevenção de agravos decorrentes da hospitalização como a imobilidade, a dependência para o autocuidado, um menor tempo de hospitalização, a redução de gastos com reinternações e a dependência de cuidadores.

2. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

Para contextualizar o objeto de estudo, essa parte está dividida em dois tópicos, o envelhecimento como fenômeno social e a necessidade de hospitalização e enfermagem e a mobilidade da pessoa idosa hospitalizada.

2.1 ENVELHECIMENTO COMO FENÔMENO SOCIAL E A NECESSIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO

Esse capítulo se preocupou em situar o leitor diante do grupo para quem dispõe toda a representação desse trabalho. Buscou apontar o envelhecimento enquanto fenômeno social comum a todos e como suas representações se perpetuam diferentemente entre os grupos, classes ou gerações. A relação do envelhecimento com a hospitalização se dá através das mudanças físicas, psicológicas e sociais que envolvem o curso natural da vida, oferecendo para esse grupo etário maiores possibilidades de hospitalização, muitas vezes mais prolongadas que em outras faixas etárias, e cuidados gerais de saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Em 2018, foram registradas 641 mil internações no SUS de pacientes acima de 60 anos (LIMA-COSTA, 2018). Esse dado tende a aumentar ao longo dos anos ao passo que estatísticas oficiais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) (2010) apontam uma projeção demográfica na nossa sociedade, até 2050, composta por 28% de indivíduos com 60 anos ou mais. Atualmente esse número se refere a 14%. As expectativas mostram um aumento nas taxas correspondente ao dobro do número de idosos até 2050, e o que impressiona é a maneira acelerada como tem ocorrido o envelhecimento nos países em desenvolvimento, sobretudo no Brasil. Por exemplo, em países da Europa, como a Bélgica, levou-se cem anos para a população idosa dobrar de tamanho (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

No Brasil, o primeiro documento que regulamentou a aprovação de uma Política Nacional voltada para a Saúde do Idoso foi a portaria 1395/99. Mais tarde, em 2006, esse documento foi atualizado através da portaria 2528/06 que traz como finalidade a promoção, recuperação e manutenção da autonomia e independência das pessoas idosas (BRASIL, 2006).

Essa valorização da autonomia e independência expõe, do ponto de vista profissional, a vigência de um problema que precisa ser criteriosamente avaliado, e que se agrava diante de uma condição de hospitalização.

O envelhecimento na óptica das ciências sociais é analisado sob diferentes aspectos. Para estudiosos da grande área, como Motta (2004), a velhice se apresenta como um elemento heterogêneo, parte da estrutura social e em algumas situações, de acordo com Featherstone (1994), transformada como agente de um problema social. O envelhecimento se torna um problema multilateral que perpassa o campo econômico, político, como ocorre em algumas sociedades que devido ao elevado número de pessoas idosas e baixa produtividade, há uma demanda maior aos cofres públicos nos gastos com previdência, saúde, inclusão ou promoção da qualidade de vida (CAMARANO, 2004). Fato é que convivemos com esse fenômeno na nossa sociedade e por isso é importante cada vez mais compreender suas facetas, aspectos e peculiaridades.

Segundo Featherstone (1994), a sociedade ainda tem como uma forte representação a aparência corporal para afirmar o *status* idoso. Nesse contexto, aparecem as figuras do universo do envelhecimento como os cabelos brancos, o avô ou a avó, as dificuldades que envolve movimentos simples como abaixar para pegar algo, fragilidade e até a hospitalização. Essa variação foi descrita no trabalho de Seeger (1980) com os índios Suyá. Naquela sociedade, os velhos eram caracterizados como pessoas frágeis, que por não terem condições de caçar, aguardavam ser alimentados pelos mais jovens. A caça durava dias e muitos morriam aguardando o alimento, criando ali uma relação de dependência. Essa situação pode ser analisada em conjunto às realidades vividas atualmente nos hospitais, onde o idoso hospitalizado, em geral, também é representado como frágil e assume uma condição de dependência muitas vezes involuntária.

Definir o idoso através da idade cria na sociedade diversas formas de coerção, como o dever no cumprimento desses papéis sociais, no caso da atribuição de tal *status* para pessoas que não apresentem características de dependência ou senilidade associadas à velhice e, mais importante, pessoas que são caracterizadas de tal forma, mas que recusem esse *status* (CAMARANO, 2004). É preciso, acima de tudo, estar sensível para cuidar com individualidade de um grupo heterogêneo, valorizando a autonomia para participar de decisões que os envolvem.

Exemplos clássicos dessa coerção dentro do hospital é a indicação arbitrária de repouso no leito para pessoas idosas longevas, independentes e estáveis clinicamente, a colocação de

fraldas em pessoas idosas continentais, a resistência da equipe em mobilizar por medo de queda, e ainda, a ampla utilização de escalas que inclui o fator idade avançada para determinação nos critérios de risco para queda, o que pode aumentar o receio da equipe na mobilidade dessas pessoas (SOURDET *et al*, 2015).

A definição de idoso dado à ordem cronológica é importante por exigência das leis, para determinar direitos e deveres. No entanto, outras formas de conceituação entenderam a maior idade como “estágios de maturidade” Featherstone (p. 59) para situar os idosos em um trajeto marcado por influência da cultura, classe, gênero ou raça.

Para Featherstone (1994), como condição para o ser humano permanecer pleno nas relações sociais, é importante destacar três importantes competências desenvolvidas, são elas: habilidades cognitivas, controles do corpo e controles emocionais. Habilidades cognitivas diz respeito ao uso da linguagem e capacidade de comunicação; o controle do corpo envolve as capacidades motoras de controlar o corpo como ficar sentado, em pé; e o controle emocional se dá pela capacidade de controlar as expressões das emoções como raiva, piedade, amor, desejo. Todas essas habilidades são vitais para a aceitação e o exercício da autonomia nas sociedades contemporâneas. A partir dessa análise e as condições vivenciadas na prática hospitalar na atenção à saúde da pessoa idosa, é comum o idoso não ter o controle dessas três habilidades concomitantemente, assumindo assim a condição de dependente do cuidado e da proteção do profissional.

De acordo com a PNSPI, é considerado idoso frágil ou em situação de fragilidade aqueles acamados, ou que esteve recentemente hospitalizado por qualquer razão, apresente doença sabidamente causadora de incapacidade, acometido pelo menos por uma incapacidade funcional básica ou apresente 75 anos de idade ou mais (BRASIL, 2006).

Entretanto, a imagem sociológica de idoso vulnerável passou a ocupar um perfil ativo, autônomo e saudável. Tal fato deu-se após a aprovação dos princípios das Nações Unidas para os Idosos, na década de 90, onde novos conceitos como independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade foram incorporados aos estudos envolvendo envelhecimento (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A reestruturação dos modelos de políticas públicas implementados no mundo, destaca a importância na identificação correta e precoce de idosos frágeis, principalmente durante a hospitalização, para então avaliar e planejar a assistência para além do manejo assistido, na transição hospital-domicílio até após a alta, mitigando os riscos, valorizando a independência e, conseqüentemente a funcionalidade global (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A representação de fragilidade também é trazida pelos idosos em relação à sua própria velhice como no estudo de Fernandes e Andrade (2016), que encontraram uma representação pautada nos sentimentos de desesperança, frustração e aceitação. Tomar consciência dessas realidades nos coloca em um lugar de responsabilidade ao buscar conhecer o outro na visão dele mesmo, possibilitando integração dos conceitos reificados às individualidades e proporcionando uma experiência memorável durante o processo, muitas vezes inevitável, da hospitalização.

Esse estereótipo também carregado pelo senso comum, dá margem para o enraizamento do preconceito e a negação da sociedade. Se fizermos um paralelo com os dias atuais, na sociedade pós-modernidade, onde apesar das relações parecerem estar mais flexíveis, diversificadas, ainda se nota o preconceito envolvendo pessoas em situação de vulnerabilidade como os deficientes físicos, portadores de necessidades especiais, moradores de rua e pessoas idosas (FEATHERSTONE, 1994).

Não é difícil encontrarmos no nosso contexto social a atitude de utilizar o termo “velho do saco” para fantasiar a figura de um velho que raptava crianças e as colocava em um saco que carregava nas costas, ou a expressão “está parecendo um velho” para caracterizar alguém cansado, indisposto. Tal atitude cria na sociedade concepções associadas à imagem de velho rude, malvado, incapaz, marginal à sociedade e essa representação pode se perpetuar, inclusive em referências a outros idosos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) através do relatório mundial de envelhecimento e saúde (2015), na demarcação do limite etário, considera um idoso, pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento e com 65 e mais se residem em países desenvolvidos. A capacidade e necessidades dos idosos são modificáveis e advindas de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida, no entanto, a idade avançada não implica em dependência (MOTTA, 2004). Por isso, é fundamental compreender a heterogeneidade que suporta esse grupo social formado por idosos de diferentes classes, raças, gêneros e gerações.

Buscando conceituar a pessoa idosa saudável, Camarano (2004) parte do princípio de que o envelhecimento está associado a um processo biológico de declínio de capacidades físicas, fragilidades psicológicas e comportamentais e, nesse sentido, estar saudável passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, para continuar na busca de objetivos e novas conquistas pessoais e familiares.

Embora o corpo assuma as características biológicas, a imagem que se objetiva frente à construção da identidade da pessoa idosa, ainda é uma imagem que os outros tem de nós, e não o idoso de si mesmo. Isso implica dizer que “o sujeito idoso se sente velho através dos outros, sem ter experimentado sérias mutações, interiormente não se adere à etiqueta que se cola a ele” (p. 365). Essa análise feita por Simone de Beauvoir (1967) é a forma como a velhice é vista por nós na vivência do outro e como os outros também nos reconhecem como velhos é a velhice aparecendo mais claramente para os outros do que para o próprio sujeito.

As velhices são reconhecidas pela sua heterogeneidade, quando se sabe que não existe idoso, existem idosos e não existe velhice, existem velhices. Há uma heterogeneidade maior com o avanço da idade pelo fato de existirem muitas idades e uma enorme diferenciação interna da população idosa. Em tempo, podemos dizer que existem relações intergeracionais, aqueles indivíduos que têm 60 anos, são diferentes daqueles octogenários, ou centenários e assim sucessivamente (MOTTA, 1999).

A hospitalização da pessoa idosa se dá sob diversos aspectos e entre eles, o desencadeamento agudo de um problema crônico, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falha na política de prevenção, dificuldade em seguir um tratamento, principalmente aquelas pessoas idosas que residem sozinhas, pessoas com dependência funcional ou ainda situações que envolvem acidentes como as quedas.

No hospital, o estigma social atribuído às pessoas idosas se perpetua e é comum encontrar profissionais tratando com os familiares ou cuidadores a respeito das decisões que envolvem a saúde das pessoas idosas, impossibilitando-os de participar ativamente do seu cuidado e conseqüentemente desautorizando o exercício da autonomia.

Cabe ainda pensar que, para entender as pessoas idosos que necessitarão de hospitalização amanhã, precisamos olhar bem os indivíduos de meia idade hoje, que tem gostos, valores, representações do corpo e demandas sociais distintas.

2.2 ENFERMAGEM E A MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

O declínio funcional é a principal complicação da hospitalização em pessoas idosas e pelo menos 34% destas perdem a sua independência como consequência não intencional desta permanência hospitalar (SURKAN; GIBSON, 2018). A incapacidade associada à hospitalização se desenvolve entre o período de uma doença aguda e a alta hospitalar, e atinge áreas específicas como deambulação, autonomia e independência, que culminam no déficit de

mobilidade global (SOUDERT *et al.*, 2015). Um declínio da mobilidade pode ocorrer, por exemplo, após apenas dois dias no hospital (BROWN *et al.*, 2009).

Pesquisa realizada por Brown *et al.* (2009), evidenciou que 83% do tempo de internação de pessoas idosas foram gastos no leito. Em contrapartida, 77,8% deles estavam dispostos e eram capazes de caminhar uma curta distância. Daí a importância da equipe de enfermagem exercer o estímulo e execução da mobilidade para impedir, dentre outros riscos, a incapacidade associada a hospitalização.

As profissionais enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, experenciam diariamente situações envolvendo o domínio mobilidade da pessoa idosa hospitalizada. Nesse sentido, as ações promovidas pela equipe de enfermagem estão ligadas a movimentos rotineiros, espontâneos, como idas ao banheiro, saídas do leito, ajudar na deambulação, sentar na cama ou cadeira, escovar os dentes ou pentear o cabelo, entre outras que demandam ao paciente algum grau de mobilidade. Tais situações, contudo, exigem destas profissionais tomadas de decisões baseadas em condutas intervencionistas suficientemente seguras e satisfatórias para ambas as partes, quem cuida e quem é cuidado.

Estudo realizado nos Estados Unidos com objetivo de avaliar a frequência e duração dos cuidados de enfermagem relacionados à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, identificou que entre as mais dependentes de deambulação, houve pouco evento de mobilidade iniciado pela equipe de enfermagem, e que a maioria dos eventos foram iniciados pelas próprias pessoas idosas (DOHERTY-KING *et al.*, 2014). Isto demonstra que a equipe de enfermagem precisa se envolver mais com o domínio mobilidade.

A manutenção de um estado físico ativo se torna um desafio com o avançar da idade e nesse sentido os pacientes frágeis merecem uma abordagem diferenciada pois são mais vulneráveis a sofrer efeitos da incapacidade associada à hospitalização (BRASIL, 2006). Problemas inerentes ao processo natural do envelhecimento, quando associado a reduzida massa muscular e/ou funcionamento (como ocorre com a sarcopenia) em que há declínio da velocidade para andar ou da força de preensão, acabam por interferir na realização de atividades e causam impacto negativo na mobilidade global, principalmente quando se trata de pessoas idosas hospitalizadas (ELIOPOULOS, 2019).

Embora esteja bem documentado toda a sua importância, o *status* funcional ainda é pouco monitorado nas instituições. Apesar de ser considerado um “sinal vital” geriátrico crítico, as equipes de saúde parecem se envolver mais em resolver os problemas agudos do que em promover a manutenção ou recuperação funcional (BOLTZ; RESNICK, 2019). Como

referência de cuidados, os programas de exercícios executados pelas profissionais de enfermagem devem levar em conta a resistência cardiovascular, flexibilidade e treinamento de força, obedecendo à limitação corporal (ELIOPOULOS, 2019).

No hospital, considerando-se o aspecto funcional, tratar a pessoa idosa como incapaz e não proporcionar o manifesto do desejo, cria uma barreira que, muitas vezes, interfere na autonomia. Como exemplo, podem-se pontuar as situações onde profissionais de saúde e/ou familiares/cuidadores acabam por realizar tarefas que as pessoas idosas hospitalizadas poderiam realizar sozinhas como pentear o cabelo, mudar o canal da televisão, se alimentar sozinha. Dessa forma, impedindo que exerçam sua funcionalidade através de movimentos, o que representa o indesejável.

Um fator determinante para uma melhor qualidade de vida após hospitalização é a forma como a equipe compreende a importância em avaliar e realizar estímulos precoces (BOLTZ; RESNICK, 2019). Nesse sentido, a independência e autonomia estão ligados a problemas relacionados também à mobilidade. Daí o destaque das profissionais de enfermagem em compreenderem o seu papel e não subestimar a capacidade de mobilidade dos pacientes durante a internação, proporcionando um ambiente favorável para o desenvolvimento de estímulos e atividades ligados à movimentação. (CONSTANTIN; DAHLKE, 2018; JESUS *et al.*, 2016).

Diante dos fatos, revela-se que existem tipos de mobilidade da pessoa idosa hospitalizada. Existem aquelas pessoas com síndrome da imobilidade, que dependem da equipe de enfermagem em sua totalidade para realizar mudança de decúbito, sentar em poltrona, tomar banho, realizar higiene íntima entre outros; àqueles com mobilidade preservada, totalmente independentes, senhores de suas capacidades físicas e intelectuais e ainda aqueles idosos parcialmente dependentes, com instabilidade postural, déficits motores, marcha comprometida por problemas de diversas ordens como doenças isquêmicas, osteomuscular, degenerativas entre outras (ELIOPOULOS, 2019). Na experiência clínica, observa-se que estes últimos possuem grandes riscos de queda e causam receio na equipe com relação à mobilização ou ao estímulo à mobilidade, principalmente no que se refere à deambulação.

O cuidado promovido pela equipe de enfermagem, relacionado à mobilidade no hospital envolve medidas que visam estimular as pessoas idosas a permanecerem o menor tempo no leito e, quando isso não for possível, a realização de exercícios de amplitude de movimentos passivos nos membros sadios ou intervenção direta da equipe de enfermagem nos membros afetados para aqueles totalmente acamados (SOUSA *et al.*, 2010). Essas recomendações devem

imperar como guia da assistência de enfermagem voltado para a mobilidade da pessoa idosa hospitalizada.

A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I) demonstra através das classes taxonômicas a relação que a enfermagem tem na prática com a mobilidade da pessoa idosa, segundo Herdman e Kamitsuru (2018) e de acordo com esse compêndio, uma das classes do domínio “produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos” é a “atividade/exercício” que é definida como movimento de partes do corpo e realização de tarefas ou ações normalmente contra resistência. Nesse sentido, destaca-se oito diagnósticos de enfermagem que envolve a mobilidade física do doente (NANDA 2018-2020).

O levantamento de diagnósticos a partir de problemas identificados e a execução de prescrição e cuidados, faz parte da função diária da enfermeira em cumprimento da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE). Essa prática depende de uma avaliação global, crítica e personalizada de cada profissional direcionada individualmente para cada pessoa idosa.

Dentre os diagnósticos de enfermagem envolvendo a pessoa idosa, a mobilidade física se destaca, como é mostrado na pesquisa realizada em um hospital universitário de Belo Horizonte, Brasil, com 112 pacientes com idade média de 72,2 anos, com objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem formulados à idosos. A pesquisa apontou que o diagnóstico de mobilidade física prejudicada foi um dos mais frequentes (69,4%) para esta população (ARAÚJO *et al.*, 2014). Achado semelhante foi encontrado no estudo feito em um hospital de São Paulo com 51 pessoas idosas, com idade média de 79,3 anos, que identificou que a mobilidade física prejudicada foi o terceiro maior (84,3%) diagnóstico prescrito segundo grau de dependência para as atividades básicas de vida diária (LECCHESE; FERRETI-REBUSTINI, 2015).

Isto indica que o processo de definir e registrar diagnósticos de mobilidade para pessoas idosas hospitalizadas parece estar bem documentada pelas enfermeiras, em contrapartida, se observa na prática clínica que as prescrições de cuidados de enfermagem voltados para a mobilidade da pessoa idosa se deparam em inúmeras barreiras como as de ordem física, estrutural, o tempo, ainda aquelas relacionadas a materiais ou formação que dificultam a sua execução.

Para efeito de conhecimento, o estudo de Clares *et al.* (2014), torna visível os fatores associados às limitações na mobilidade física das pessoas idosas como: dificuldade ou dor para

mover-se, rigidez articular, risco de queda, necessidade de auxílio na locomoção e movimento. Esses fatores interferem na mobilidade funcional global com prejuízo na execução de atividades básicas de vida diária, desabilitando-as, como alimentar-se, escovar os dentes ou abotoar uma roupa. E em todos esses aspectos a figura da profissional de enfermagem está presente seja de maneira mais próxima auxiliando no cuidado direto ou na forma gerencial de planejamento do cuidado.

No contexto hospitalar, outros fatores impeditivos da mobilidade descritos na literatura, incluem: presença de cateteres como sondas ou linhas para infusão de medicamentos, repouso no leito prescrito pelo médico, medo da equipe em relação a ocorrência de quedas, inatividade, desnutrição, além de fatores culturais da equipe que não priorizam a mobilidade (CONSTANTIN; DAHLKE, 2018; JESUS *et al.*, 2016; KING; BOWERS, 2013).

O cuidado em si vem sendo desenvolvido desde os primórdios da sociedade e é através dessa atitude que o ser humano também se reconhece nos seus princípios e valores. Cuidar é assumir uma dimensão frontal, originária, ontológica, impossível de ser totalmente desvirtuada (BOFF, 1999). Os profissionais de enfermagem se diferem dos demais profissionais por olhar às pessoas diante das lentes do bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual, interligados em uma perspectiva de empatia sem deixar perder de vista o corpo humano, o toque, o olhar.

Sendo assim, os cuidados de enfermagem voltados para mobilidade das pessoas idosas hospitalizadas devem ser direcionados de forma continuada, através de estímulos e orientações simples como pedir-lhe que, durante o banho, flexione e estenda todas as partes do corpo, ao dar os medicamentos, pedir-lhe para que os pegue na mão e na oportunidade, dobrar os membros, sugerir que façam círculos com os pés, as pernas, os ombros e os braços (ELIOPOULOS, 2019). Claro, tais condições não serão possíveis para todas as pessoas idosas hospitalizadas, pois tratamos de um grupo social heterogêneo, e por isso, a avaliação criteriosa da enfermagem.

Jesus *et al.* (2016), com objetivo de avaliar a variação da mobilidade durante a internação de pacientes, incluindo pessoas idosas, em unidade de terapia intensiva, baseado na escala de medida de independência funcional calculado na alta e subtraído com o da admissão, encontrou declínio de mobilidade através das atividades de transferência da cama para a cadeira e locomoção durante o período analisado, e que este foi maior nos pacientes que ficaram mais de 48 horas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Embora os pacientes na UTI tenham um atendimento mais individualizado do ponto de vista de especialidades das equipes de saúde, se

observa que mesmo assim o declínio de mobilidade se mostra saliente principalmente nos primeiros dias da internação.

Surkan e Gibson (2018), mostram estudos que concentram ações voltadas para a mobilidade que devem ser praticadas rotineiramente pelas profissionais de enfermagem de forma progressiva e dimensionada, devendo ocorrer nas primeiras 24 horas de internação e pelo menos três vezes ao dia.

Um campo importante como proposta de melhoria dos níveis de mobilidade que se desenvolve na prática da enfermagem é o fortalecimento da educação em saúde, uma comunicação clara e simples, informando sobre os danos provenientes da hospitalização, risco de perda de independência, acolhendo a pessoa idosa e o familiar/cuidador, visando manutenção da autonomia, participação na mobilidade progressiva, bem-estar integral, não somente durante o período no qual estarão internadas, mas com foco na qualidade de vida após alta hospitalar, ao retornarem para vida cotidiana, fazendo com que o idoso se sinta pleno no corpo velho, porém cuidado (SURKAN; GIBSON, 2018; MOTTA, 1999).

Ações de efeito da educação em saúde incluem a confiança da profissional em decidir executar a mobilidade, onde é esperado que já exista no inconsciente uma idealização de todo o movimento como a ação, o planejamento com avaliação prévia sobre as condições que facilitam ou dificultam essa atividade e, principalmente, possíveis riscos para a profissional e a pessoa idosa envolvida.

3. ASPECTOS CONCEITUAIS

Nesse capítulo tratamos de localizar o leitor diante da Teoria das Representações Sociais (TRS), com menção aos principais conceitos, aspectos e diferenciações, e finalizando com foco na abordagem estrutural proposta por Jean Claud Abric (1976).

3.1. ASPECTOS CONCEITUAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Nos estudos iniciais para o endosso desse trabalho, foi importante apreender alguns processos que dão forma e sentido para as pesquisas de representação social como, por exemplo, a “objetivação”, “ancoragem”, a interação entre o “universo consensual” e “universo reificado”, “saber experiencial” entre outros. De maneira categórica, essa familiarização de conceitos facilitou a introspecção da teoria no consciente.

A linguagem é uma condição de emergência na RS (BONFIM; ALMEIDA, 1991). Comunicar, trocar informações, experiências, emitir opiniões, se posicionar frente aos problemas individuais e coletivos faz parte do nosso dia a dia e é vivido individualmente ou coletivamente (através de grupos), independente de gênero, geração, raça ou classe. Assumir a convivência em sociedade é reconhecer que existem diferentes grupos que representam variados objetos de maneiras diversas. Nesse sentido, elementos que envolvem os indivíduos como a história e cultura (ou culturas, dos grupos, instituições) são indissociáveis das representações, pois elas formam a matéria-prima destas (ARRUDA, 2002).

A noção de representação coletiva, captada a partir da influência de Durkheim, um dos fundadores da sociologia moderna segundo Sá (2015), como “longas séries de gerações que acumulam suas experiências e saber” (2015, p. 185) foi resgatada por Serge Moscovici que acrescentou dinamicidade na proposta. Com foco nas individualidades, retomou a função simbólica, psíquica e imaterial. Segundo Arruda (2002) “a realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inscrição social (2002, p. 131) e após modificação dos termos “coletiva” por “social”, na análise de Jodelet (2015), Moscovici “prestou conta da construção social da realidade tão concreta quanto as materiais, psicológicas, nos apropriando do mundo e dando-lhe sentido” (2015, p. 61).

O universo no qual estamos inseridos é constituído de fenômenos, incluindo os sociais. Sobre os fenômenos da representação, eles se encontram no nosso meio, dispostos no dia a dia, inseridos em nosso universo. Nesse sentido, Sá (1998) explica: “Estão espalhados na cultura, nas instituições, nas práticas sociais, na comunicação interpessoal e de massa e nos pensamentos individuais” (1998, p. 21).

É nessa esfera que frequentemente são construídas as representações sociais, onde Moscovici chamou de “universo consensual”, do senso comum. Esse universo corresponde às atividades intelectuais frutos da interação social, onde aparentemente não há barreiras, abriga diversas formas de conhecimento, tem um caráter informal e diversificado, está presente entre diferentes grupos e em todo o lugar a todo momento (MOSCOVICI, 1961).

Uma outra forma de produção de conhecimento que está disposta nas sociedades é pertencente ao universo que Moscovici se refere como “universo reificado”. Diferente do consensual, esse universo se cristaliza no saber científico, baseado no rigor metodológico, erudito, lugar de fala dos especialistas, não atinge todas as camadas da sociedade, é mais difícil de acessar, disponível apenas para grupos restritos (ARRUDA, 2002). Uma das suas produções do saber é o conhecimento científico. A noção da diferenciação entre esses dois universos não

os colocam em posições antagônicas, para os estudos das representações sociais, o conhecimento vindo do meio científico é ressignificado por diferentes grupos sociais, segundo Sá (2015) eles “atuam simultaneamente para moldar a nossa realidade” (2015, p. 200).

O conceito de RS trazido por Jodelet (2012), que coloca esta como sendo “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, tendo uma função prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (2012, p. 60) é comumente aceito entre os estudiosos da área (MAZZOTTI, 2002).

A TRS ganhou espaço na psicologia social através do psicólogo social naturalizado Francês, Serge Moscovici na década de 60. A obra mãe que marca a inauguração dessa teoria é intitulada *La psychanalyse, son image et son public* (1961, 1976), tese de doutorado de Moscovici que descreve como a psicanálise se inseriu na sociedade francesa pós-guerra, ou seja, como era representado o fenômeno da psicanálise entre os indivíduos separados por setores ou grupos sociais. Moscovici buscou compreender a visão de especialistas, operários, estudantes e outras classes de diferentes níveis socioeconômicos.

Além de toda representatividade, um dos maiores legados do trabalho de Moscovici foi a importância da visão conceitual comum, localizadas em um tempo, na cultura ou na história de um grupo e que pode ser remodelado a outros nichos, diante de outros campos de aplicação, onde cabem o encaixe de figuras e linguagens que, sozinhas ou em conjunto, determinam comportamentos e influenciam a vida nas sociedades (MOSCOVICI, 1961).

Segundo Abric (1998, p.28), “a representação funciona como um sistema de representação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, e vai determinar seus comportamentos e suas práticas”.

Jodelet (2015), na busca de novas dimensões das representações sociais incluiu a “experiência” e a “subjetividade” como fontes de saberes e “que se aplicam a campos sociais que reclamam uma intervenção no plano coletivo, como é o caso da prestação de cuidados (2015, p. 61). O “saber experiencial” ou “saber adquirido” quer significar o capital de informações, conhecimentos, aptidões, disposições e competências dos agentes individuais ou coletivos” (2015, p. 72).

A área do cuidado é um exemplo clássico onde os dois universos se comunicam. A pessoa que presta o cuidado é imposta a condição de domínio de especificações oriundas do universo reificado e, ao mesmo tempo, por se tratar de atores sociais que pensam, lhes cabe também a atuação diante do conhecimento consensual e experiencial. Do ponto de vista de

quem recebe o cuidado, aparentemente é domado pelo conhecimento do senso comum, mas quando se torna ator social do seu cuidado, lança mão de um saber experiencial.

Daqui a noção de “paciente-especialista” cujos conhecimentos nascidos do encontro entre o saber experiencial e o saber científico modificam o seu estatuto de sujeito doente e são susceptíveis de contribuir para a transformação das práticas de intervenção profissional (JODELET, 2015, p. 67).

[...] “o paciente especialista” que é susceptível de partilhar o seu saber com os outros atores do sistema de cuidados, de transmiti-lo no decurso da formação dos cuidadores e de se transformar em “paciente formador”, um “parceiro auxiliar” cuja experiência é colocada à disposição dos outros pacientes” (JODELET, 2015. p. 75).

Assim, a TRS tem sido base na análise de objetos também ligados à área de saúde. Isso pelo fato do doente participar cada vez mais do seu cuidado, da interação entre o saber comum e o saber científico que possibilita ao sujeito espaço de escuta, acompanhamento e capacidade ao determinar em consonância com o profissional cuidador o que é melhor para si, levando em conta uma maior consideração pelas representações e saberes dos pacientes (JODELET, 2015).

A doença deixou de ser tratada como um estado, mas como um processo através do qual o paciente realiza aprendizagens, adquire novas competências as quais vão enriquecer, por seu turno, o conhecimento e a prática do profissional, bem como o diálogo com ele” (JODELET, 2015 p. 67)

Antes de adentrarmos em conceitos mais específicos e funcionais da TRS, Sá (2015) salienta que é fundamental compreender que para que haja uma representação social é imprescindível que se conheçam os sujeitos e objetos qual serão representados. Segundo Moscovici (1998, p. 27), “uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e ao mesmo tempo representação de alguma coisa (o objeto)”. Tornar o desconhecido (não familiar) em conhecido (familiar) acaba sendo um dos processos formadores das RS (MOSCOVICI, 1961).

Ainda conforme Moscovici (1961, p. 100), a “objetivação” tem primeiramente um alcance cognitivo pois “pretende tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material, substancializar as ideias abstratas, busca acoplar palavras às coisas”. Objetivar significa concretizar ou dar forma àquilo que ainda não conhecemos, ou que

fomos recém-apresentados, serve para organizarmos as ideias, distanciarmos de um universo maior de linguagens e fixarmos palavras às coisas.

A “ancoragem” é o segundo processo formador das RS, e de acordo com Moscovici (2012, p. 156) se caracteriza pelo “processo pelo qual a sociedade torna o objeto social um instrumento do qual pode dispor e esse objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes”. Na ancoragem “o objeto é associado a formas conhecidas e pensadas através delas” (2012, p. 157). Apesar de não conhecer fisicamente o objeto, podemos deduzir como ele é de acordo com o que já nos falaram, ou ouvimos, ou imaginamos. De alguma forma encontraremos meios de ancorar essa nova imagem em um conceito prévio que carregamos de uma representação.

Para Moscovici (2012, p. 58) “Qualquer representação é representação de alguma coisa” e ali estão sistematizados conceitos, obtidos através da linguagem, figuras, que se tornam visíveis partindo de uma inquietação individual em tornar real, trazer para a concretude aquilo que é abstrato, transferindo o que a mente pensa para algo físico e então fixar o conceito, dando sentido ao objeto preconcebido por nós ao longo da nossa interação social.

Cada universo, por hipótese, tem três dimensões que fornece uma visão do conteúdo e sentido da representação social: “a linguagem”, “o campo da representação ou imagem” e “atitude”. A dimensão da linguagem diz respeito à comunicação através da socialização dos grupos, o que os grupos têm organizados sobre um determinado objeto social, podem haver grupos que não consigam se informar sobre um ou outro objeto, nesse sentido essa dimensão não estará presente (MOSCOVICI, 1961).

A outra dimensão, “campo da representação”, remete a ideia de conteúdo concreto do grupo, algo rígido sobre o objeto representado. Define Moscovici (2015, p. 64) “A noção de dimensão nos obriga a imaginar que há um campo de representação, uma imagem onde existe unidade hierarquizada dos elementos”.

O que Moscovici (1961) nos revela sobre o que seriam essas unidades hierarquizadas nada mais é do que o nosso conhecimento prévio. O que temos dentro da nossa consciência, é sobre o que representamos de mundo. Essas unidades têm espaço para alocar sentidos novos e dessa forma realizar a migração de um ou outro conceito entre as representações.

Após as ideias organizadas e os conceitos alocados, os grupos na sociedade adotam direções representativas que acabam por influenciar o comportamento de outros grupos. Nesse sentido, as representações sociais buscam compreender como o indivíduo constitui sua realidade a partir das vivências dentro de perspectivas variadas. Durante o processo de

reconhecimento das representações sociais, devem ser respeitados os contextos individuais, considerando fatores das esferas sociais, religiosas, culturais, históricas (SÁ, 2015).

Diversos autores têm trabalhado no sentido de acrescentar elementos e dar concretude à teoria principal a exemplo de Denise Jodelet, Jean Claude Abric, Flament e Celso Sá no Brasil (BERTONI; GALINKIN, 2017). Nesse sentido, alguns métodos foram moldados ao longo dos anos desde a inauguração do conceito teórico para aplicar os estudos às realidades postas, como a abordagem societal, cultural e estrutural das representações sociais.

O presente trabalho focará na abordagem estrutural das RS, com foco na teoria do núcleo central, por buscar determinar a provável estrutura que enraíza o conhecimento das profissionais de enfermagem acerca da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas.

Diante do papel determinante que o profissional de saúde detém, sob influência do saber adquirido no senso comum, o reificado e o experiencial, de certa forma, este se modifica e interfere no seu modo de agir ao exercer os cuidados relacionados à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas. Dessa maneira, o objeto em questão é capaz de ser analisado tendo a representação social como aporte teórico.

Constantin e Dahlke (2018) sugerem que novas pesquisas examinem a percepção da equipe de enfermagem sobre seu papel na mobilidade, e busquem compreender como a cultura da equipe interfere na atuação desses atores em diferentes contextos sociais. É nesse sentido que essa pesquisa se debruça em compreender através da estrutura das representações sociais em que sentido as posições de cognições trazidas espontaneamente pelo grupo refletem o inconsciente e são assumidas pelas profissionais de enfermagem como ações e comportamentos voltados para mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas.

3.2 TEORIA DO NÚCLEO CENTRAL

A teoria do núcleo central (TNC), inaugurada por Jean-Claude Abric em 1976, se caracteriza como uma abordagem estrutural específica no campo das representações sociais. Esta dá sentido e complementariedade à teoria principal ao se propor a explicar os fenômenos na perspectiva do senso comum a partir da existência de um sistema interno duplo, em que cada parte tem um papel específico e complementar, chamados núcleo central e periférico (SÁ, 2015).

O núcleo central (NC) abriga as significações das representações, a memória coletiva do grupo e seus valores, definindo a homogeneidade social. São aquelas representações mais enraizadas, que são fortes, resistentes a mudanças, rígida, carregam a influência da cultura, da

história de um grupo, tem função identitária, fazem parte de um universo que pouco se modifica, são estáticas. Suas funções são de gerar o significado básico da representação e determinar a organização global de todos os elementos (ABRIC, 1993).

O NC exerce três funções essenciais nas RS: a) função geradora – por onde se cria ou modifica uma representação, b) função organizadora – determina a natureza das ligações entre os elementos e c) função estabilizadora – seus elementos são resistentes a mudanças (MAZZOTTI, 2002).

Os elementos que compõem o NC de uma RS dão sentido ao grupo e deve apresentar valor simbólico, poder associativo e saliência (ABRIC, 1998). O valor simbólico diz da relação “não negociável” que o grupo mantem com o objeto, ou seja, essas representações não podem ser dissociadas diante do objeto e grupo representado. O poder associativo trata da capacidade dos elementos se associarem a outros elementos. A saliência está relacionada às duas características anteriores: devido ao valor simbólico e o poder associativo o elemento está no inconsciente do grupo, portanto são mais espontaneamente evocadas, possível distingui-lo de outros elementos e nesse sentido, ocupa a posição do NC (SÁ, 2015).

Circundando o NC, tem-se o núcleo periférico (NP), segundo Abric (1994, p. 79) provendo a “interface entre a realidade concreta e o sistema central”. Permite a integração da experiência e histórias individuais, suporta a heterogeneidade e as contradições, se transforma e, nesse sentido, são mais dinâmicos, flexíveis, possibilitando a troca de espaços, a partir da criação de novas representações ou desconstrução de representações antigas (esse último mais difícil ocorrer). O NP carrega elementos de aspectos individualizados das representações sociais que descrevem e determinam ações (ABRIC, 2003; FLAMENT, 2001).

O NP se comunica com o NC e o protege, trocando elementos concretos que permeiam ambos os núcleos além de amparar o impacto do contexto imediato (SÁ, 1996). Abric (1998) destaca cinco funções do NP: a) concretização do NC com termos ancorados na realidade; b) regulação, integrando novos elementos ou modificando outros; c) prescrição de comportamento garantindo o funcionamento da representação como uma grade de leitura, orientando a tomada de posições; d) proteção do NC absorvendo as informações novas suscetíveis de pôr em questão o NC e e) modulação individualizadas permitindo elaboração de representações pessoais relacionada às experiências e histórias (SÁ, 2015).

A TNC sugere um modelo hipotético que localiza as cognições em espaços com propriedades diferentes. Esse modelo permite explicar como que uma representação pode ser ao mesmo tempo consensual e estável, singular e mutável. Sendo assim, o NC responderia por

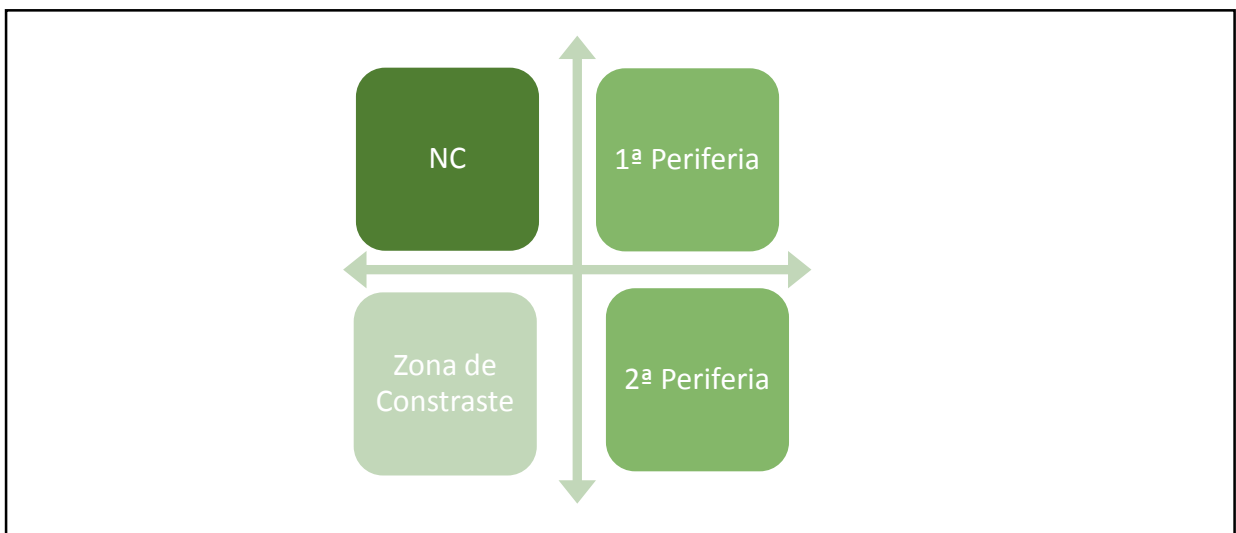
essas características de estabilidade e consensualidade, enquanto o NP abarcaria as características da multilateralidade das RS (MAZZOTTI, 2002).

Para Abric (1994), a análise de uma RS exige que sejam conhecidos os seus três componentes: 1- levantamento do conteúdo da representação com entrevista, hierarquização e categorização dos elementos; 2- pesquisa da estrutura e do NC através do diagrama de Vergès (1992); e 3- verificação da centralidade para identificar quais elementos são “inegociáveis”, que se saírem, a RS perde o seu significado.

A possibilidade de correlacionar a abordagem estrutural das representações sociais com a reprodução de práticas sociais, enseja o presente trabalho a buscar explicação para compreender como é direcionado, no dia a dia, com influência do universo consensual, as prescrições de conduta e o cuidado, até que ponto elas sofrem interferência das cognições absolutas, aquelas do NC e das cognições condicionais, do NP, mais concretamente, como o ato de promover o cuidado relacionado à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas estão sendo concebidos no consciente e na prática de profissionais da enfermagem.

Vergès (1992) *apud* Sá (1996) sugere a visualização da estrutura da RS através do quadro de quatro casas conforme abaixo:

Figura 1. Diagramação do Quadro de quatro casas proposto por Vèrges (1992) *apud* Sá (1996) – pag 57



Fonte: Elaborado pelo autor

E continua explicando que as casas são identificadas como quadrantes, cada um com seu determinado papel, no entanto, em geral, explicam a representação do grupo ancorado em conceitos fortes e diante do contexto imediato. O quadrante superior esquerdo representa o NC com significados mais fortes, enraizados na cultura do grupo. Tudo o que não está no NC faz parte do NP e a zona de contraste, localizada no quadrante inferior esquerdo, tem suas cognições

mais próximas do NC, realizando a interface entre o NC e o NP, muitas vezes é possível haver a presença de representações de subgrupos divididos a partir do grupo maior (SÁ, 2015).

O quadrante superior direito ou primeira periferia está associada a elementos intermediários e cognições de representações contidas tanto em subgrupos quanto individualizadas. O quadrante inferior direito compõe a segunda periferia e está relacionada a representações mais individualizadas (SÁ, 2015).

4. MÉTODO

Para delimitar os aspectos metodológicos desta pesquisa é importante tratá-los especificamente. Nesse sentido serão apresentados de forma individualizada neste capítulo: tipo de estudo, local e grupo social estudado, técnicas e instrumentos de coleta e análise de dados, aspectos éticos e legais.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Para alcance do objetivo, optou-se pela realização de uma pesquisa descritivo-exploratória, qualitativa, fundamentada na TRS. O estudo descritivo-exploratório é o que melhor se adequa ao objeto a ser investigado, pois exige que o pesquisador conceitue e descreva as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente observado. Possibilita ainda, a aplicabilidade de multitécnica para coleta de dados como indicados nos estudos de representações sociais (MARCONI; LAKATOS, 2010).

No mais, a abordagem qualitativa fornece condições para compreender, decodificar, explicar e, ainda, enfatizar a multiplicidade de variáveis que podem estar presentes no campo de pesquisa, como por exemplo, fatores inerentes às ações praticadas por atores de grupos sociais diferentes ou mesmo categorias profissionais diferentes como enfermeiras e técnicas de enfermagem (LEITE, 2017).

De acordo com Minayo (2013), o estudo qualitativo prioriza a compreensão e o aprofundamento do fenômeno e sua relação com seus determinantes em detrimento da generalização das informações.

A escolha pela pesquisa qualitativa se deu por entender a importância de aprofundamento acerca da mobilidade como uma ação de cuidado de cunho preventivo e de promoção da qualidade de vida, desenvolvido por profissionais de enfermagem. Nesse sentido, este tipo de pesquisa possibilita adentrar-se no mundo dos significados das ações, relações

humanas e das estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação. Ademais, permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos e propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2013).

Na mesma linha de raciocínio, a TRS se preocupa em explicar como são constituídos os saberes comuns, através de informações e julgamentos valorativos difundidos nas fontes institucionais e em experiências pessoais e em grupos sociais (SÁ, 2015). Esses saberes estão presentes no nosso dia a dia e, devido ao seu poder prescritivo e convencional da realidade, acabam por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana (MOSCOVICI, 1998). Sendo, portanto, esse o referencial teórico ideal para ancorar-nos diante de uma problemática como essa.

4.2 LOCAL E GRUPO SOCIAL ESTUDADO

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário Público Federal na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, em 11 unidades clínicas, que atende especialidade de onco-hematologia, cardiologia, infectologia, clínica médica, psiquiatria, neurologia e clínica cirúrgica. O hospital em questão se configura como de grande porte, dispendo de 284 leitos, entre Clínica Médica, Medico-Cirúrgica e UTI.

Os ambientes selecionados foram as unidades de internamento: 1A, 1B, 1C e 1D, 2A, 2B, 2D, 3B, 3C, 4A e 4D. Em todas estas são admitidas pessoas idosas que demandam cuidados específicos durante o processo de hospitalização. A escolha pelo cenário deu-se pelo fato de o pesquisador fazer parte da equipe da pesquisa matriz já em desenvolvimento neste hospital.

O grupo social estudado foi a equipe de enfermagem das unidades selecionadas, atuantes no cuidado direto à pessoa idosa hospitalizada. De acordo com informações da educação permanente do hospital, as unidades selecionadas, no total, dispõem de 213 profissionais de enfermagem sendo 150 técnicas e auxiliares de enfermagem e 63 enfermeiras.

Como critério de inclusão das participantes, adotou-se que estas precisariam ter prestado assistência de ordem física, gerencial ou administrativa à pessoa idosa em algum momento da sua carreira profissional, pelo menos por três meses, na instituição pesquisada. Foram excluídas aquelas profissionais que estiveram afastadas do trabalho por qualquer motivo no período da coleta.

As participantes foram contatadas e convidadas a participar através da presença física do pesquisador no ambiente estudado durante os meses de novembro e dezembro de 2020.

Inicialmente as participantes foram contatadas fisicamente e convidadas pelo pesquisador mediante apresentação no posto de enfermagem ao grupo, como mestrando da Escola de Enfermagem da UFBA e responsável pelo desenvolvimento da pesquisa. Então, foi discorrido sobre o objeto e objetivos da pesquisa e questionado sobre a possibilidade da aplicação dos instrumentos para coleta de dados naquele momento, com aquelas profissionais já previamente identificadas como enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. Mediante aceitação, foi reunido o material, entregue o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (APÊNDICE A), conduzido a leitura do termo, salientado as principais partes, como possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento e sem prejuízos, então prosseguido com as orientações de preenchimento do instrumento TALP.

4.3 COLETA DE DADOS

Diante do objetivo proposto foram utilizadas duas técnicas independentes, porém complementares: a associação livre de palavras, através do instrumento TALP (Teste de Associação Livre de Palavras) (APÊNDICE B) e entrevista não-estruturada. Para guiar a entrevista foi seguido um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE C).

O TALP é uma técnica projetiva adaptada da prática clínica da psicologia social, largamente utilizado em pesquisas envolvendo saúde, que utiliza a associação livre de palavras como instrumento metodológico com fundamentação na TRS (SÁ, 2015). Ainda conforme Sá (2015), sua aplicação consiste em pedir as participantes que a partir de um estímulo indutor, “normalmente o próprio rótulo verbal que designa o objeto da representação” (2015, p. 115), digam as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente à memória. Assim, é possível captar o caráter espontâneo que estariam implícitos ou seriam perdidos nas produções apenas discursivas (SÁ, 2002).

Diante de tais considerações e do objeto de investigação, para a presente pesquisa, antes da aplicação do TALP, foram colhidas informações de caracterização como: dados sócio demográficos das participantes (idade, sexo, categoria profissional, tempo de profissão, tempo de assistência direta ao idoso na instituição). O TALP propriamente dito, foi composto por dois estímulos indutores: 1) Pessoa idosa hospitalizada e 2) Mobilidade da pessoa idosa hospitalizada.

É importante destacar que dentre as orientações gerais, houve um momento de treinamento relacionado ao preenchimento do TALP. Por exemplo: foi pedido para pensarem em cinco palavras que viesse à mente quando o pesquisador dizia o termo “Natal” e solicitado

que dissessem as cinco palavras em voz alta. Em seguida, foi explicado que o ideal é que qualquer palavra fosse evocada prontamente conforme viesse primeiro à mente, mas que não poderiam ser expressões nem frases longas, por exemplo: “tenho saudade da família e de todos os meus amigos do interior” e evocadas em um menor tempo possível ou até dois minutos.

Após os questionamentos e esclarecimentos, iniciava a aplicação do instrumento com o primeiro termo indutor “pessoa idosa hospitalizada” seguido do segundo termo indutor “mobilidade da pessoa idosa hospitalizada” e no momento seguinte, aquelas que demonstraram interesse eram convidadas a entrevista conduzida através do roteiro previamente elaborado com questões norteadoras.

A partir desta coleta, obteve-se dois quadros de quatro casas, um deles cujo termo indutor fora “pessoa idosa hospitalizada”. A utilização desse primeiro quadro foi importante para compreender o que as participantes representam sobre a velhice diante de situação de hospitalização, para auxiliar na compreensão do segundo quadro, objeto desse estudo. O segundo foi apresentado com o termo “mobilidade da pessoa idosa hospitalizada”. Neste relatório o primeiro quadro não será apresentado.

O TALP consta de uma figura de três colunas, onde a primeira, disposta na vertical, enumerada de um a cinco, destina-se para evocação das cinco palavras, após disparo do estímulo indutor. Ao lado, em uma segunda coluna, é solicitado a ordem de importância das evocações, hierarquizando estas, por ordem de importância. Na terceira e última coluna, o espaço é dado a justificativa, em texto corrido da hierarquia organizada com relação a primeira palavra desta, tida como a mais importante. Este foi aplicado coletivamente em grupos de até sete pessoas, todas respeitando o distanciamento social. Apesar do pesquisador ter solicitado que as palavras fossem evocadas em até dois minutos, houveram seis profissionais que excederam o tempo pré-determinado, mas ainda assim, por representar uma minoria (0,6%), esses dados não deixaram de serem analisados.

Baseado em orientações de estudiosos da abordagem estrutural, buscou-se investigar 100 participantes através da aplicação do TALP. Segundo Wachelke *et al.* (2016), quando comparados tamanhos amostrais diferentes, a análise prototípica das evocações de 100 a 200 instrumentos mostrou relevância mais próxima da amostra total em termos de padrões de concordâncias com a composição do NC ou primeiro quadrante.

Em relação as entrevistas, estas permitem entrar no mundo dos indivíduos e entender suas experiências e perspectivas (SILVERMAN, 2017; MARCONI; LAKATOS, 2010). De acordo com Ferraz e Silva (2015), além da facilidade na aplicabilidade, as entrevistas podem

ser utilizadas para uma grande variedade de temas, permitindo a coleta imediata e rápida das informações desejadas. As profissionais eram abordadas mediante disponibilidade de tempo ou quando havia um interesse explícito das participantes em pontuar outras questões que julgassem pertinentes para melhor compreensão do objeto analisado.

Em relação a frequência das entrevistas, buscou-se a investigação definida pela saturação de informações. Entende-se por critério de saturação o conhecimento formado pelo pesquisador, no cenário do estudo, onde, após aproximação, é possível compreender a lógica interna do grupo de sujeitos (MINAYO, 2008). Esse estudo coletou 27 discursos, número suficiente para elencar elementos importantes da representação social das profissionais de enfermagem acerca da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas (MAZZOTTI, 2002).

As entrevistas seguiram um roteiro, onde buscou-se verificar, a partir de cinco questões, a representatividade que a equipe atribui à mobilização de pessoas idosas dentro do hospital, além de identificar, na rotina diária dessas profissionais, o direcionamento de cuidados relacionados a esse domínio, não deixando de observar as facilidades e dificuldades enfrentadas pela equipe e a relação da mobilidade com eventos adversos vivenciados pelas participantes.

Participaram dessa entrevista 27 profissionais, sendo 16 enfermeiras e 11 técnicas de enfermagem que, após finalizado o preenchimento do TALP foram entrevistadas. As entrevistas foram gravadas no celular do pesquisador através da função “gravador”. Para as entrevistas buscava-se ambiente privado evitando-se interferência de terceiros e garantir a privacidade da entrevistada. Contudo, as demandas do trabalho não permitiram entrevistas longas, porém a despeito disso, as informações foram relevantes para contextualizar os achados do TALP. Embora curtas, as entrevistas complementaram e, muitas vezes, deram o sentido aos termos evocados e apresentados no quadro de quatro casas.

É importante salientar o momento histórico em que ocorreram essas entrevistas, caracterizado pela vigência de “segunda onda” da pandemia pelo coronavírus, mais agressiva, quando o contato com o entrevistador pode ter trazido receio para as entrevistadas, embora estivessem sido utilizadas máscaras faciais, álcool gel para higiene das mãos e distanciamento social, de ambas partes. Tais equipamentos foram utilizados em todos os momentos presenciais da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi planejado um período de visita ao hospital que evitasse horários de grande demanda de cuidados, como a presença física da profissional na beira do leito, como por exemplo, início da manhã (período de maior encaminhamento de pacientes ao banho e para exames), final do dia, início de jornada de trabalho ou horário da troca de plantão.

Assim, os horários visitados estiveram compreendidos entre às 10h, 16h ou 21h, atingindo 100% dos turnos.

Após aplicação do TALP e entrevistas, os instrumentos preenchidos foram recebidos, identificados em relação à unidade que a profissional atuava, separados e organizados conforme quantidade de dez participantes em um fichário do pesquisador, com divisórias. Vale salientar que a coleta de dados só foi iniciada após leitura do TCLE e concordância de participação das profissionais mediante a assinatura no formulário, sendo uma via destinada para a profissional pesquisada e a outra grampeada junto ao TALP preenchido.

As justificativas provenientes do TALP foram enumeradas e identificadas com a letra “T” seguidos do número na ordem cronológica. Quando referentes à dados extraídos da entrevista guiada pelo roteiro, utilizou a letra “P”, sugerindo à fala das profissionais, também seguido do número na ordem, sendo “PE” relacionada às profissionais enfermeiras e “PT” profissionais técnicas de enfermagem. Não houveram profissionais identificadas como auxiliares de enfermagem.

Sendo assim, como fonte produtora dos dados utilizou-se as evocações e justificativas presentes no TALP e os discursos guiados pelo roteiro. Tratam-se de técnicas complementares que se encontram através de características de ordem qualitativa, possibilitando uma verificação ampla a partir das visões de diferentes atores sociais que, junto à percepção do pesquisador, possibilitaram uma compreensão aprofundada do objeto em questão.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo faz parte de um projeto matriz intitulado: “Cuidado a pessoa idosa durante a hospitalização e transição hospital-domicílio”, já aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Escola de Enfermagem da UFBA sob parecer: 4404983, e integra o objetivo “C” do projeto matriz.

A pesquisa respeita a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para realização de pesquisas em saúde envolvendo seres humanos e 580/18 por envolver profissionais trabalhadores do SUS. As participantes tiveram ciência acerca do objetivo da pesquisa, benefícios previstos, relevância, possíveis riscos ou constrangimentos e a isenção de custos na sua participação. Por fim, a identificação das profissionais, foi realizada através de numeração a fim de garantir seu anonimato e privacidade.

Houve respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos, hábitos e costumes das entrevistadas; e as mesmas tiveram liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer

momento, sem nenhum tipo de penalização e prejuízo. A pesquisa se classifica como risco mínimo, pois na coleta os participantes foram identificados pelas iniciais, evitando a relação ao constrangimento ou desconforto que algum participante poderia sentir, mas caso houvesse algum prejuízo, o tratamento seria oferecido, sem ônus, e seria providenciado pelo pesquisador. Para conhecimento, nenhum participante necessitou desse apoio. Do ponto de vista da pandemia, o risco foi minimizado com adoção de medidas de precaução padrão como utilização de máscara, álcool em gel, distanciamento social e higienização dos materiais como caneta e prancheta.

Como benefício, a pesquisa renderá além de artigos científicos em revistas relevantes, sensibilização da equipe de enfermagem quanto à importância de especificações principalmente no quesito mobilidade no cuidado a esse grupo populacional.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para desvelar a estrutura das RS, mediante aplicação do teste de associação de palavras, foi utilizado o software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) 2005 que permitiu a formação do quadro de quatro casas e, neste a identificação de termos do NC e NP. Para análise do conteúdo das entrevistas foi adotada a análise de conteúdo temático fundamentada nas orientações de Bardin (1977).

Para o sucesso no manejo do software, foi importante a participação do pesquisador em um curso promovido pelo grupo de pesquisa Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero, liderado pela Dra. Jeane Freitas de Oliveira, com o apoio da pós-graduação. O curso foi ministrado por um professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com duração de 20 horas. O conteúdo abordou conceitos gerais sobre a TRS, demonstração no passo a passo da operação do *software* EVOC e atividade prática com instalação do programa no computador das/dos participantes. Essa participação favoreceu iniciar e prosseguir na proposta do estudo.

No processo de análise dos dados do TALP, inicialmente foram transcritas para um arquivo no sistema da Microsoft Excel todas as evocações, dos dois termos indutores, exatamente na ordem que foram ditas, ali estava constituído a matriz exata das evocações. Depois esse arquivo foi transferido para o Microsoft Word mantendo as evocações dispostas em ordem alfabética. Mediante leituras seguidas dos termos, foi realizada a lematização. O processo de lematizar é muito importante e exige atenção, já que foram agrupadas as palavras de acordo com a semântica e o sentido para que evitasse a dispersão de diversas palavras diferentes com o mesmo sentido ou vice-versa. Foi criado, então, um dicionário conjugado de

termos e dessa maneira, ajustou-se o material, que será chamado de *corpus*, para ser processado pelo software (NOBREGA; COUTINHO, 2011).

O uso do EVOC permite ordenar os termos evocados a partir de uma combinação de dois critérios de prototipicidade: frequência de evocações e Ordem Média de Evocações (OME) de cada palavra, possibilitando organizar as cognições através de quadrantes, aquelas mais frequentes e prontamente ditas constituindo o NC e os demais quadrantes, intercedidos pela zona de contraste, os elementos periféricos (SÁ, 2002). Nesse conjunto de informações, denominado quadro de quatro casas, é possível “identificar as estruturas elementares que constituem o cerne do sistema da representação em torno das quais ele se organiza – um sistema constituído pelos seus elementos centrais e periféricos” (ARRUDA, 2002, p. 140).

A primeira casa do quadro de quatro casas, situada na lateral superior esquerda, denominada NC, ficam os termos com maior frequência e menor OME, ou seja, aquelas que foram prontamente e mais frequentemente evocadas. Os demais quadrantes (primeira periferia, zona de contraste e segunda periferias) foram determinados pelo valor de corte da OME, determinado pelo *software* (FERREIRA *et al.*, 2014). Assim no quadrante superior direito, a primeira periferia, ficam os termos com frequência e OME elevadas e no quadrante inferior esquerdo, zona de contraste, ficam os elementos com menor frequência e menor OME, na segunda periferia, são alocados os elementos com menor frequência e maior OME (ABRIC, 1994).

Vale registrar que o NC é considerado estável e resistente a mudanças pois está relacionado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação (SÁ, 2002). Assim, os elementos no NC são de natureza normativa e funcional. Os aspectos normativos estão ligados aos valores e normas sociais pertencentes ao meio social do grupo investigado, enquanto os aspectos funcionais dizem respeito à natureza do objeto representado. Diferentemente dos elementos do NC, os elementos do NP são flexíveis, sujeitos a mudanças mais rápida pois refletem a interface entre a representação elaborada e os efeitos das representações individuais em relação ao objeto representado. Contudo, o sistema central e periférico, contribuem para o indivíduo interpretar a realidade e determinar seus comportamentos e práticas (ABRIC, 1994; SÁ, 2002).

Essas características do sistema central e periférico retratam a dinamicidade das RS, sinalizando que a RS é sempre de alguém ou de um grupo sobre alguma coisa (MOSCOVICI, 1961). Logo, uma representação social sobre algo pode variar de um grupo social dentro de uma mesma sociedade ou em sociedades distintas, numa mesma época ou em épocas diferentes.

Vale lembrar que a dinamicidade da RS pode se dar também pela aproximação do sujeito com o objeto representado.

Para análise do conteúdo das entrevistas estarem transcritos na íntegra e salvos como arquivos no Microsoft Word, foi seguido o rigor metodológico proposto por Bardin (1977) através das três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações. A pré-análise se propõe, após leitura flutuante, em “constituir o *corpus*, preparar o material, elaborar os indicadores, dimensão e direções de análise” (1977, p. 102). Essa fase é importante pois é possível entender a linha de argumento das participantes.

Desde a pré-análise devem ser determinadas as operações: de recorte do texto em unidade comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 1977, p. 100).

A exploração do material trata da “administração das técnicas sobre o *corpus*” (1977, p. 102) e através do tratamento dos resultados e interpretações faz-se inferências e divulgação do conhecimento científico. A preparação desse “*corpus*” foi guiada de acordo o levantamento de índices ou termos relacionados ao objeto, presentes nos discursos, como sugere Bardin (1977, p. 100), o “índice pode ser composto da menção explícita de um tema ou na presença da frequência deste em uma mensagem”.

Sendo assim, ao transcrever todas os discursos gravados através do roteiro, foi sinalizado aqueles termos que mais se repetiam nos discursos ou apareciam sugerindo sentidos, relacionados ao objeto. Então, foi criado o material que se denominou Glossário dos termos (Quadro 1).

Quadro 1. Glossário dos termos identificados nos discursos das participantes. Salvador. 2021

1. **Fisioterapia** – Quando cita a categoria profissional da fisioterapia;
2. **Profissionais** – Diz respeito à disposição; presença; ajuda; bom relacionamento inteprofissional com essas pessoas que trabalham juntas; sentido de equipe.
3. **Mobilidade voltado para o cuidado no banho** – A oportunidade de mobilidade sendo executada também durante o banho;
4. **Cama para cadeira** – Ação citada quando o movimento é realizado da cama para cadeira;
5. **Lesões por Pressão**- O surgimento de lesões devido à falta de mobilidade e suas implicações;
6. **Prevenção de riscos** – Reforça a preocupação da equipe de enfermagem com o gerenciamento de riscos;
7. **Educação em saúde** – Sempre que fora levantado a palavra “orientação” presente como cuidado efetuado pelo profissional, sobretudo a enfermeira; diz respeito ainda, à atuação da educação continuada nos serviços;
8. **Mudança de decúbito** – Termo citado como movimento no acamado e ação efetiva para redução de riscos e prevenção de lesões;
9. **Apoio/família** – Destaca a presença do cuidador/familiar no cuidado; o apoio da família à recuperação física/emocional/social da pessoa idosa; e apoio à própria equipe;
10. **Independência**- Tem relação ao estímulo/ajuda com vistas a oferecer independência também através do autocuidado;
11. **Humor/depressão** – A imobilidade identificada como fator contribuinte ou causal para o desenvolvimento de injúrias psicológicas além da física e social;
12. **Materiais/equipamentos** – A ausência ou presença desses insumos relacionados ao impacto que eles causam na mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas;
13. **Estrutura** – A ausência ou presença de um ambiente com estrutura adequada e o impacto na mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas;
14. **Quedas** – Termo citado em frequência elevada nos discursos, relacionado às percepções do grupo quanto aos medos, riscos, consequências da ocorrência desta;
15. **Improvisar** – Achar solução no serviço para deixar em evidência a mobilidade como trazer materiais de casa, pedir materiais/equipamentos emprestado em outras unidades;
16. **Tempo** – Termo citado como fator impeditivo, geralmente justificado por conta da rotina, não havendo condições para encaixar o domínio mobilidade na rotina da enfermagem;
17. **Avaliação** – Ação que se preocupa em observar previamente ou no momento as condições do ambiente, situação ou indivíduo;
18. **Dor**- A dor citada como um problema para mobilizar ou estimular a mobilidade;
19. **Deambular** – Relaciona a mobilidade à atitude de deambular e cita auxílio/estímulo para deambulação;
20. **Resistência em mobilizar** – A resistência tanto das pessoas idosas quanto da equipe de enfermagem;
21. **Comunicação** – importância do estabelecimento de comunicação clara entre o profissional/cuidador/família/doente;
22. **Dispositivos** – Presença de dispositivos que interferem na mobilidade;
23. **Limitação do idoso** – O não reconhecimento da limitação da pessoa idosa; a falta de consciencialização;
24. **Readaptação** – A importância em retomar o processo de mobilidade, como voltar a rotina, tendo como base a readaptação.

Fonte: Elaborado pelo autor

Na fase seguinte foi possível agrupar as categorias temáticas (Quadro 2) levantadas de acordo com o índice de termos do glossário, observando-se as semelhanças no sentido expreso. Assim, foram criadas três categorias que se conectam aos termos do glossário, conforme quadro abaixo, e serão discutidas junto ao resultado do TALP.

Quadro 2. Categorias temáticas levantadas de acordo com o índice de termos do glossário. Salvador, 2021.

| Categoria Temática | Índice de Termos de acordo com o Glossário |
|---|---|
| Cuidados relacionados aos riscos | 5, 6, 8, 14, 17 |
| Cuidados para manter a autonomia/independência | 3, 4, 9, 10, 11, 19, 20, 23, 24 |
| Atenção às barreiras da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada | 1, 2, 7, 12 ,13 ,15, 16, 18, 21, 22 |

Fonte: Elaborado pelo autor

Enfim, as possíveis articulações entre as técnicas de análise possibilitam a identificação da estrutura das RS sobre a mobilidade da pessoa idosa hospitalizada que se conectam com as categorias temáticas levantadas através dos discursos, tal fato demonstra uma homogeneidade do grupo ao reafirmarem nas categorias temáticas elementos trazidos pelas profissionais de enfermagem no núcleo central.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados e discussões decorrentes da análise dos dados produzidos mediante aplicação do TALP e da entrevista, de onde emergiram os termos do glossário, os temas das três categorias e o quadro de quatro casas. A apresentação foi organizada primeiramente através das características das participantes da pesquisa, pela relevância da identificação do grupo investigado para a TRS. Em seguida, mostro e discuto o quadro de quatro casas resultante dos processos dos dados produzidos pelo TALP e processados pelo EVOC. E, finalizo com as categorias temáticas identificadas mediante processo de análise aplicado para o conteúdo das entrevistas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A caracterização é importante pois os grupos exprimem suas visões através de questões específicas, ao mesmo tempo que dão lugares importantes para determinadas representações, estas por serem dinâmicas, podem ser modificadas (MOSCOVICI, 1961). Então, conhecer o grupo social de quem se fala é importante para as representações, pois é ali onde se destravam os conhecimentos é para os grupos sociais que a representação está, para cada saber

compartilhado está uma imagem atribuída, um sentimento associado, uma pertença de grupo orientado pelos arraigados das representações sociais.

Participaram do TALP 100 profissionais de Enfermagem, sendo 60 da categoria técnico e as demais enfermeiras. Foram ouvidas através do roteiro de entrevista 27 profissionais, sendo 16 enfermeiras e 11 técnicas de enfermagem. De acordo com o relatório do perfil da enfermagem no Brasil, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017) /Fundação Oswaldo Cruz, publicado em 2017, 72% das trabalhadoras registradas no conselho de classe são na modalidade auxiliar/técnica de enfermagem.

Vale registrar, ainda, que embora a maioria das participantes sejam de categoria técnica, 72 pessoas entrevistadas afirmaram ter nível superior completo. Isso implica que 32% das técnicas de enfermagem tinham nível superior. Essa é uma situação comum entre essas profissionais na perspectiva de ascensão profissional na carreira (COFEN, 2017), com a realização em paralelo do curso superior.

Dentre as participantes de nível superior, 78% informou ter algum tipo de especialização (MBA, *latu senso* e *strictu senso*). O que representa um grupo social de mulheres que se profissionalizaram e ainda se profissionalizam para o mercado. E entre as técnicas que tinham nível superior, a maioria (56%) eram especialistas em alguma área da saúde. Isso retrata o atual cenário de um mercado de trabalho competitivo, que demanda especialização por parte dos profissionais de saúde de nível superior. Importante ressaltar que nenhuma das participantes tinham especialidade específica voltada para saúde do idoso como gerontologia.

De modo geral, as trabalhadoras da enfermagem são, em sua maioria, do sexo feminino, representando mães, esposas, filhas que atuam no mercado de trabalho como uma conquista feminina ao longo dos séculos. Na presente pesquisa, 76% das participantes afirmaram ser do gênero feminino. Esse dado reflete uma realidade quanto a força de trabalho no setor saúde do Brasil, formado por 85,1% de mulheres (COFEN, 2017).

A idade das participantes variou entre 24 e 59 anos. A maioria (58%) tinha entre 36 a 50 anos, seguido de 35% entre 25 a 35 anos. O tempo de atuação das profissionais nas unidades variou entre 3 meses a mais de 10 anos, sendo que 38% relatou ter entre 2 a 4 anos de atuação, 33% até 1 ano, 23% de 5 a 10 anos e 6% mais de 10 anos. O tempo é uma variável que implica diretamente no saber experiencial como o conhecimento dos protocolos, normas e rotinas das instituições, do convívio social com os outros profissionais e isso reflete na boa relação entre a equipe e, de certa forma, também na oferta e segurança dos cuidados prestados. O saber

experiential tem o tempo como chave, pois através dele o conhecimento é permutado na convivência do cotidiano e as experiências são adquiridas. Logo, influencia a forma de agir dessas e outros profissionais (JODELET, 2015).

Durante aplicação dos instrumentos para produção de dados foi possível observar a interação entre as profissionais. Embora o ambiente hospitalar seja estressante, com inúmeras demandas e solicitações, é necessário caracterizá-lo também como sendo o ambiente de trabalho dessas profissionais que utilizam do espaço para trocar experiências, compartilhar conhecimentos e vivências, dividir angústias e ideias. Foi possível perceber, muitas vezes, durante o período da coleta, tranquilidade, pacificidade e boa interação social do grupo.

5.2 ELEMENTOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DA MOBILIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Os dados produzidos pelo TALP e processados pelo software EVOC, foram organizados através do quadro de quatro casas, com base no estímulo indutor “mobilidade da pessoa idosa hospitalizada” (Quadro 3).

Quadro 3. Estrutura da representação social da equipe de enfermagem frente ao estímulo indutor “mobilidade da pessoa idosa hospitalizada”. Salvador, Bahia, Brasil, 2021. (n=100)

| Elementos do núcleo central | | | Elementos da 1ª periferia | | |
|-------------------------------------|-----------|--------------|--|-------|-------|
| Frequência ≥ 10 – OME $< 2,80$ | | | Frequência ≥ 10 – OME $\geq 2,80$ | | |
| Elemento | Freq. | OME | Elemento | Freq. | OME |
| Queda | 30 | 2,367 | Ajuda | 20 | 3,250 |
| Acamado | 30 | 2,500 | Acessibilidade | 19 | 3,000 |
| Cuidado | 25 | 2,760 | Atenção | 17 | 3,176 |
| Elementos da zona de contraste | | | Elementos da 2ª periferia | | |
| Frequência > 10 – OME $< 2,80$ | | | Frequência > 10 – OME $\geq 2,80$ | | |
| Elemento | Freq. | OME | Elemento | Freq. | OME |
| Deambular | 16 | 2,500 | Lesão | 16 | 2,938 |
| Dificuldade | 13 | 1,846 | Cadeira | 13 | 3,007 |
| Segurança | 13 | 2,385 | Dependência | 12 | 2,833 |
| Movimento | 11 | 2,364 | Risco | 11 | 2,909 |
| Fisioterapia | 10 | 2,600 | Estímulo | 10 | 3,100 |
| | | | Banho | 10 | 3,500 |

Fonte: Relatório emitido pelo software EVOC

Para o termo indutor “mobilidade da pessoa idosa hospitalizada” as 100 participantes evocaram 500 termos. Destes, 49 foram evocadas uma única vez, e consideração a sua baixa frequência, foram excluídas do quadro. Outros 187 termos foram fundidos com 53 palavras que se relacionaram entre si a partir da lematização. Do total, 240 termos se repetiram e 260 novos termos foram identificados. Esse achado revela a multidimensionalidade que envolve o objeto analisado, provavelmente com subgrupos em relação ao grupo maior, definido pela quantidade de elementos diferentes evocados pelas participantes. Essa situação pode estar relacionada a elementos individuais como idade, tempo de atuação no serviço e de experiência profissional, além de vivências e outras experiências. Dentre os termos evocados, 53 foram considerados importantes pela frequência, sendo “**Queda**”, o mais sinalizado, aparecendo como cognição mais importante por nove vezes.

Para o processamento dos dados, foi definida frequência intermediária de 17 e frequência mínima de 10, excluindo-se palavras que tivesse frequência abaixo desse valor. A frequência dos termos evocados apresentados no quadro acima variou de 30 a 10. Os elementos que apareceram com alta frequência foram: “**Queda**” (F=30), “**Acamado**” (F=30), “**Cuidado**” (F=25), “**Ajuda**” (F=21) e “**Atenção**” (F=17) e com menor frequência: “**Fisioterapia**” (F=10), “**Banho**” (F=10) e “**Estímulo**” (F=10). Para a OME, determinada pelo *Ragmont*, foi considerada 2,80, o que possibilitou ter um quadro completo e disposto a se comunicar com elementos do NC. A OME variou entre o termo “**Banho**” (OME=3,500) sendo a maior e “**Dificuldade**” (OME=1,846) a menor. Embora cada quadrante se apresente de maneira peculiar, o conjunto dos termos quer dizer muito sobre o que representam essas profissionais de enfermagem diante da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas.

De acordo com as normas de processamento dos dados, os termos que apresentaram frequências mais elevadas foram “**Queda**” (F=30) e “**Acamado**” (F=30), com frequência idêntica, seguida de “**Cuidado**” (F=25). Esses termos também apresentaram em comum uma OME baixa, de 2,367, 2,500 e 2,760, respectivamente, e por isso seguiram compondo o NC, sugerindo o sentido dessa representação para o grupo, ao dar forma e sustentação para a RS e dessa maneira estão apresentadas no quadrante superior esquerdo.

Ao conhecer o NC, três fatores se mostraram salientes quando relacionados à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, são eles: causa/efeito, situação e ação. Nesse quadrante estão contidos os efeitos que a hospitalização gera na mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, como a **queda**, se constituindo um risco constante para a pessoa idosa e para a equipe de saúde, e que muitas vezes impede o estímulo/realização da mobilidade.

As vivências diante da situação ou condição da pessoa idosa **acamada**, estão presentes constantemente na realidade dessas profissionais e diretamente ligada à mobilidade dessas pessoas. Já a ação, determinada pela execução de **cuidados** a serem prestados pela equipe de enfermagem, também é um fator vivenciado no hospital na perspectiva de quem cuida e quem recebe o cuidado.

O significado desses termos para as profissionais apresenta-se como ideia central da RS através dos conceitos rígidos, estáveis e normativos, pois foram evocados maior número de vezes e mais prontamente, diferente dos demais. Todo o quadro constitui elementos da RS, mas o NC traz ideia de que a mobilidade da pessoa idosa hospitalizada é representada pelo risco de **queda** que implica na condição de **acamado** e requer **cuidados**.

Esses termos e o significado que juntos reverberam com base em dados de pesquisas publicadas sobre a temática, apontam a **queda** como um problema sério para as pessoas idosas e estão associadas a altas taxas de morbimortalidade, incapacidade funcional e institucionalização precoce (SARGES; SANTOS; CHAVES, 2017). Conforme Silva, Marin e Rodrigues (2015) ao buscarem traçar as condições de saúde das pessoas idosas acima de 80 anos na comunidade, observaram que 70% referiram ter medo de cair e 39% delas já foram vítimas da queda.

Entretanto, Souza *et al.* (2013) que objetivou avaliar e comparar uma medida de mobilidade funcional entre pessoas idosas residentes na comunidade e em instituições de longa permanência, observou que a mobilidade funcional também diminuiu os riscos de **queda**. Assim, a equipe de enfermagem adota medidas para evitar as quedas, como utilização de protocolos, contudo, esse efeito ainda constitui uma complicação relevante durante a hospitalização de pessoas idosas. Essa cognição integra um conjunto de representações não desejáveis tanto para as pessoas idosas hospitalizadas quanto para as profissionais de enfermagem, inferindo aí um risco temido.

Sarges, *et al.* (2017) mostra em seu estudo que mais da metade (52%) das pessoas idosas hospitalizadas apresentaram risco elevado de **queda**. O indicador é observado também na comunidade através de dados com pessoas idosas institucionalizadas, conforme Cavalcante *et al.* (2016) e Ferreira *et al.* (2016), nessa população estudada, encontraram uma taxa de 5,6% e 22,2% de quedas, respectivamente. Esses dados sustentam e explicam o termo **queda** aparecer no NC para o grupo investigado.

Afim de descrever o envolvimento da equipe de enfermagem no processo de manutenção e promoção da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, Kneafsay *et al.* (2013)

concluiu que a equipe de enfermagem se concentrava principalmente na prevenção de problemas como a **queda**, para reduzir os riscos, mantendo a segurança com relação a esse evento, em detrimento de intervirem na reabilitação para melhorar os níveis de mobilidade.

Mediante a problemática, é possível apontar que a atuação das profissionais de enfermagem no cotidiano hospitalar, envolve o gerenciamento de riscos com avaliações direcionadas à mitigação de eventos adversos. Baseado nisso, estudos tem identificado através dos diagnósticos de enfermagem que o levantamento do diagnóstico de risco de queda é prevalente nos prontuários analisados (SOUSA *et al.* 2010; DERMODY-KING *et al.*, 2014).

Diante dos dados apresentados, inclusive pela apresentação dos termos no quadro de quatro casas, pode-se inferir que a mobilidade da pessoa idosa no contexto hospitalar pode ser influenciada pelo sentimento de medo da ocorrência de quedas durante as ações de cuidado. Esse tema emergiu em um estudo que buscou explorar as percepções dos pacientes e seus cuidadores, bem como das enfermeiras sobre a promoção da mobilidade e apontou que o medo da queda e o medo da provável sobrecarga de trabalho das enfermeiras se acaso ocorresse uma queda, desestimularam as pessoas idosas de manterem suas atividades de mobilidade como a caminhada. Nesse sentido, a equipe de enfermagem pode ajudar a aumentar a confiança dos pacientes e ente os cuidadores familiares no fornecimento de assistência durante a mobilidade, por meio de ajuda para caminhar, bem como educação baseada no risco (LIM *et al.*, 2020).

Outra perspectiva em relação ao medo está relacionada à culpabilização do profissional pela ocorrência de algum dano proveniente desse evento, podendo sofrer desde represálias no serviço e até responder inquérito de caráter judicial. Essa representação atravessa o grupo de pertença e se perpetua na esfera social com divulgação em meios mediáticos, atribuindo um sentido a essa cognição, indesejável e ruim tanto para idoso hospitalizados como para profissionais de saúde.

As justificativas das participantes para o termo **queda** sinalizam a preocupação como o risco de queda está na memória social do grupo, ancorada em vivências no contexto laboral e em resultados de pesquisas sobre a temática.

“O risco de queda e suas consequências é uma das questões mais sensíveis no cuidado ao idoso”. T-83

“Em relação à mobilidade, por conta da idade, no idoso ocorre grande risco de queda, podemos evitar assim dando um suporte ao deambular e nos cuidados gerais”. T-87

“Por conta da idade ele já fica com a mobilidade prejudicada então o auxílio no deambular, no sentar, no levantar é de suma importância por causa dos riscos de queda, fratura”. PE-7

“A gente tem um indicador aqui que é o risco de queda que é importante e se refere à segurança do paciente, aqui a gente sempre consegue 100%”. PE-8

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde) (2007), o **risco de queda** é uma meta internacional de segurança do paciente, amplamente recomendada aos pacientes hospitalizados. Estudo conduzido com pessoas idosas institucionalizadas que objetivou conhecer e identificar a incidência e os aspectos que envolvem as **quedas**, bem como os fatores de risco, evidenciou situações associados à mobilidade como problemas nos pés, mobilidade prejudicada, ausência de marcha ou sequelas de acidente vascular cerebral para demonstrar que as pessoas idosas que apresentem esses fatores de risco aumentam a probabilidade em 29% de cair em seis meses. (REIS; JESUS, 2015). Assim, pode-se concluir que o risco de queda nas pessoas idosas é uma preocupação da equipe de saúde, sobretudo da Enfermagem, que influencia ações de **cuidado**. Esta cognição apareceu no quadro na posição de elemento do núcleo central e para fundamentar essa problemática, partes das justificativas são colocadas nesse sentido:

“O cuidado deve ser incluído na assistência prestada ao idoso, principalmente para garantir a segurança ao cliente idoso”. T-01

O **Cuidado** se encontra na primeira raiz do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa (BOOF, 1992) e representa a práxis em enfermagem (VALE *et al.*, 2009). Santos *et al.* (2016) buscando analisar as representações da enfermagem sob a ótica de profissionais de saúde não enfermeiros encontrou o termo **cuidado** pertencente ao núcleo central, sendo um dos termos mais evocados.

Efeito semelhante ocorreu nesse relatório em que o **cuidado** esteve identificado na estrutura das representações sociais assumindo posição de núcleo central. Embora se trate de grupos diferentes, ambos compõem um grupo maior de profissionais da saúde e nesse sentido, é válido trazer ao conhecimento a representação que o outro tem de nós. O **Cuidado** compõe a raiz desse grupo e está presente na prática cotidiana dessas profissionais que se propõem a cuidar indiferentemente e independente das circunstâncias.

“Mas tem que ter todo um cuidado, um critério para fazer isso ne? Não pode ser de qualquer jeito, se não eles se lesionam”. PE-01

O cuidado está implicado para além das ações diretas, ele envolve uma extensa rede de apoio que se sustentam enquanto pilares buscando uma única finalidade, a manutenção ou recuperação do estado/condição de saúde e nesse sentido, pode estar conectada a maioria dos termos do quadro (BOOF, 1992).

A evocação **Cuidado** faz interface com a identidade do grupo, a ponto de se representar como sentido e ocupar espaço de destaque na estrutura das RS, apresentado nesse trabalho através da evocação espontânea. O léxico **cuidado** dá sentido à RS principalmente por se apresentar como ação dessas profissionais e, pode estar relacionado com outras palavras do quadro devido a sua capacidade de abranger diferentes sentidos e significados em diversos níveis.

Pereira *et al.* (2014) em pesquisa anterior, mostraram associação entre a mobilidade e cuidado quanto ao declínio das atividades básicas e instrumentais da vida diária, desabilitadas decorrente do processo de hospitalização e que pode ser prevenível (VERAS; OLIVEIRA, 2008). Esse enfoque ganha força neste trabalho quando os discursos se alinham com tais pesquisas.

“Pelo que eu entendo de mobilidade, o idoso precisa ter sua autonomia preservada, ele precisa continuar sendo protagonista do cuidado e não ficar se sentindo um objeto cuidado”. PE-08

As profissionais trouxeram também quais as medidas de cuidado voltado para mobilidade durante procedimento gerais básicos e do cotidiano:

“O senhor precisa tomar banho, o senhor pode pegar essa buchinha, passar na sua genitália, se enxugar, você pode escovar os dentes sob nossa supervisão então o senhor precisa se ajudar para que volte a sua rotina sem maiores dificuldades após passado esse momento crítico”
PE-10

A recompensa das profissionais em relação ao cuidado à autonomia/independência também foi citada:

“O paciente se sente muito feliz quando ele tem a autonomia dele, consegue ter a mobilidade dele e fazer as coisas básicas da vida, tomar banho, se esfregar, usar o vaso sanitário, isso deixa nós profissionais também muito felizes”. PT-04

O outro termo que compõe o NC, diz respeito à condição/situação da pessoa idosa hospitalizada, sendo assim, a condição de **acamado** remete a **cuidados** constantes e, na situação de hospitalização, os cuidados são de responsabilidade da equipe, logo um cuidado profissional. Contudo, esse cuidado se estende também a cuidadores e familiares.

A situação de **acamado** pode fazer relação ao **cuidado** ainda, quando pensado na ótica da dificuldade que é envolver a pessoa idosa dependente de mobilidade devido sua condição no hospital de **acamada**, esse termo também apareceu no núcleo central como representação desse grupo, devido sua dada saliência através da frequência elevada.

Quando solicitado das participantes justificarem a hierarquização das evocações, no intuito do pesquisador compreender melhor a perspectiva em relação ao termo **acamado**, houve preocupação em abordar diversos segmentos ligados a essa condição, como o destaque para que “estar/ser acamado” não envolve somente risco de queda, lesão, dificuldades e sim outros problemas, inclusive, de ordem psicossocial.

“Acamado é a condição que a maioria dos idosos se encontram quando estão internados e esta condição tira sua independência e liberdade, causando assim muitos problemas físicos e psicológicos”. T-13

As profissionais de enfermagem investigadas representam a mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas através da figura da pessoa idosa acamada, demandante de cuidados e concorrendo para o risco de quedas.

As periferias, e aí se inclui a zona de contraste, segundo Abric (1994, p. 79) “fazem uma interface entre o real concreto e o sistema central” e Sá (2015, p. 214) complementa, “é evolutivo e sensível ao contexto imediato”, o que nos leva a compreender que exista, de fato, uma provável relação entre essas palavras quando pensadas na mobilidade inserida no contexto da **queda**, do **acamado** e do **cuidado**.

A chamada por Sá (2015, p. 216) de “hipótese da condicionalidade” possibilita distinguir entre as cognições do núcleo central que seriam absolutas e as cognições periféricas que seriam condicionais. Nesse sentido, é possível que alguns elementos trazidos pelo grupo estejam condicionados e relacionados entre si através do núcleo central e as periferias.

O segundo quadrante, localizado no lado superior direito, foi composto pelos termos: “**Ajuda**” (F= 20), “**Acessibilidade**” (F= 19) e “**Atenção**” (F= 17). Essas evocações possuem uma frequência elevada e uma alta OME, ou seja, podem caracterizar uma representação mais individual do grupo, o que explica por se tratar de termos que não foram lembrados como mais importantes, mas nem por isso são desvalorizados. Pelo contrário, a primeira periferia abriga

termos que se conectam com o NC e que, devido sua frequência elevada, provavelmente em algum momento saíram ou ainda vão entrar no NC (SÁ, 2002).

O termo “**Ajuda**” apareceu no quadro, pertencente a primeira periferia sensível. Na busca em alocar o sentido à palavra, é importante trazer ao leitor o conhecimento da lematização que sintetizou o termo **ajuda** englobando assim, apoio, suporte, auxílio e colaboração. O termo ajuda foi lembrado como mais importante por quatro vezes.

“Devido a necessidade constante desses pacientes serem ajudados pela equipe”. T-11

É evidente que o termo “**Ajuda**” se conecta com o NC e está relacionada à dificuldade que envolve mobilizar a pessoa idosa hospitalizada e essa dificuldade se torna maior na situação de restrição ao leito. Tal fato implica na ajuda da família/cuidador, de outros profissionais e da própria pessoa idosa, que se tiver condições de exercer sua autonomia, deve participar dos seus cuidados direcionados à mobilidade.

Nesse sentido, e de acordo com as justificativas, o termo tende a se conectar com outras palavras do quadro incluindo a **dificuldade** que é cuidar da mobilidade de um idoso acamado e da necessidade de “**Ajuda**” para realizar essa tarefa constantemente, de maneira segura e eficaz.

“O idoso necessita de ajuda para movimentar-se pois qualquer acidente pode causar lesões irreparáveis” T-25

“O idoso dependente necessitará de ajuda no quesito mobilidade necessitando de um olhar mais atencioso pela equipe de enfermagem. ” T-65

Entre a condição de “**Acamado**” e a necessidade de “**Ajuda**” parece existir um sentido comum que se conecta nos pensamentos das profissionais, trata-se do apoio da família e dos cuidadores que se apresentam como peça indispensável para o cuidado integral à mobilidade da pessoa idosa hospitalizada.

“Quando a gente tem um cuidador/família do lado, a gente sempre orienta para que ele estimule, para que ele caminhe, para que ele converse, para que ele não deixe sozinho. A ausência da família atrapalha e a presença ajuda” PT-08

“A gente busca o apoio do acompanhante”. PE-12

“A família nesse processo é importante demais e o que facilita para gente é a família entender a importância dela e realmente fazer o seu papel

quando necessário. A gente esclarece isso para eles. Trazer a família para junto”. PE-11

“Vejo como uma facilidade em promover a mobilidade dos idosos hospitalizados a presença da família, porque muitas vezes o idoso não tem confiança no profissional então é através da família que a gente consegue encorajar ele assim: vamos com o seu familiar”. PE-09

Em relação à **“Ajuda”** da família, há relatos que trazem a presença do acompanhante como um fator limitante da mobilidade:

“Muitas vezes você tenta com que aquele idoso volte a ser independente e a própria família acha que você tem que fazer o contrário fica dizendo para deixar na fralda, eu digo: -Levanta, vamos tentar tomar um banho! Eles falam: -Ele está muito fraquinho, não vai aguentar. Eu vejo isso como uma grande dificuldade”. PT-11

A **“Acessibilidade”** se comunica com o NC ao envolver o **cuidado** na atenção à prevenção de riscos de **queda**, por exemplo, através da utilização de rampas de acesso, corrimão, piso adequado, estrutura adequada, equipamentos como cadeiras de banho, entre outros.

“A estrutura física de alguns hospitais não são adequadas e quase sempre trazem problemas de acessibilidade para envolver as pessoas idosas diante da sua mobilidade no período que estão hospitalizadas. Isso gera um desgaste na família/cuidador, na própria pessoa idosa e também nos profissionais que cuidam.” T-77

Diante dos dados, corroborando com estudos de Dermody e Kovach (2018), é necessário tornar evidente essa problemática para adequadas soluções à promoção da mobilidade e adequado enfrentamento às barreiras.

Estudo de Kneafsey *et al.* (2013), desenvolvido no Reino Unido, com equipe de enfermagem, identificou a falta de tempo como um impeditivo ao envolvimento total na manutenção e reabilitação da mobilidade. Meneguín *et al.* (2017) também identificou o tempo insuficiente para o cuidado como fator limitante acerca da assistência prestada ao cuidado à pessoa idosa hospitalizada, logo uma barreira.

“Como dificuldade eu acho a falta de tempo para dar uma atenção maior, para ter um tempo mais na assistência, geralmente a sobrecarga e a burocracia acabam nos demandando muito tempo”. PE-16

“Hoje aqui na enfermaria o que falta é pessoal e tempo para mobilizar, muita gente saiu, a escala está apertada, existe uma demanda grande de paciente graves, acamados(...)”. PT-10

Outras barreiras podem ser estruturais, que diz respeito a estrutura do ambiente, materiais, que incluem o uso de cateteres e dispositivos como as sondas, altura da cama, presença de grade no leito, ausência de dispositivos auxiliares de marcha e de corrimão nos corredores, pisos antiderrapantes no banheiro, dor, medo de cair e falta de pessoal para apoiar (SURKAN; GIBSON 2018; DERMODY; KOVACH, 2018).

No que se refere às barreiras estruturais e materiais, um estudo de Kirk *et al.* (2019) mostrou que fatores que envolvem a “**Acessibilidade**” como o tamanho do design dos quartos dos pacientes e o acesso ou a falta de banheiros são importantes para apoiar a mobilidade, ressaltando que a falta de espaço complica a mobilização. Além disso, tal estudo evidenciou que muitos objetos como cadeira de rodas presentes no corredor dificultava a caminhada tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde, demonstrando a importância de se ter um ambiente livre para a execução de tarefas voltadas para a mobilidade.

No trabalho em tela as participantes colocaram que:

“A estrutura física é um problema, o fato de não ter espaço, por exemplo, entre os leitos e ter que transportar o paciente de um leito para o outro, ou para uma maca, então é muito difícil e muitas vezes o profissional se machuca nessa tentativa”. PE-05

“O quarto triplo é pequeno e ainda tem poltronas, mesas de cabeceira, então acaba limitando muito o espaço que ele tem para circular e a noite as luzes são apagadas então ele tem uma dificuldade maior para poder se locomover dentro do quarto”. PE-11

“A estrutura física do hospital não ajuda, por exemplo, você quer levar o idoso para ir ao banheiro e você prefere colocar ele em uma cadeira que ele não vai fazer tanto esforço porque a estrutura física não favorece, a porta é muito estreita, tem um batente, existe o medo dele tropeçar, então você acaba limitando as oportunidades de movimentação dele em prol do cuidado”. TE-06

Outros discursos trazem a falta de equipamentos como uma barreira:

“A gente tem a cadeira de rodas que nos ajuda, mas a gente não tem moletas, não tem andador, não tem nada disso, é o corpo da gente ou a cadeira de rodas. PE-04

E com isso, acaba improvisando ou deixando de estimular a mobilidade:

“Nós temos uma estrutura muito ruim de equipamentos, a gente tem pouca cadeira de banho, pouca cadeira de rodas, eu já escutei isso da equipe, eu vou fazer banho no leito porque até liberar a cadeira de banho já são dez da manhã”. PE-14

Por outro lado, as participantes valorizam quando há espaço suficiente para incentivar a mobilidade:

“A gente tem as varandas que foram reformadas, é um espaço amplo, bom, não tem risco de estar próximos a outros pacientes (para aqueles em isolamento), até foi colocado no chão uma marcação para saber quantos metros eles andaram”. PE-06

Diversas barreiras se tornam evidentes nesses discursos e nota-se concordância com outros estudos mais recentes de Kirkl *et al.* (2019), inferindo assim que as barreiras existentes precisam ser encaradas com atenção e destaque tanto pela equipe gerencial quanto assistencial para que a mobilidade esteja visível e melhor representada dentro dos papéis profissionais. Principalmente no que se refere a informações pontuadas por Lim *et al.* (2020), que a falta de consciência da equipe interfere nos níveis de mobilidade das pessoas idosas hospitalizadas. Logo, é preciso uma mudança de atitude do grupo, e o reconhecimento da mobilidade para além da deambulação.

Para tanto, de acordo com Kirkl *et al.* (2019), pontuam que a consolidação de uma cultura de segurança na equipe envolve diversos fatores que devem convergir para um mesmo sentido em relação à cultura organizacional, gestão, o envolvimento da equipe, estrutura e materiais. Tornar visível as barreiras é um passo inicial para traçar metas de manutenção e recuperação da mobilidade de pessoas idosas dentro do hospital.

A palavra “**Atenção**” é o terceiro elemento do quadrante superior direito e foi evocada 16 vezes e indicada como mais importante cinco vezes, parecendo fazer referência não só à atenção profissional, também, quando relacionada aos cuidados voltados à prevenção de riscos, como a queda:

“Devemos estar sempre atentos ao mobilizar os idosos, por serem indivíduos mais susceptíveis a danos (quedas, fraturas...) T-58

“A atenção engloba todos os itens citados, com atenção desenvolvemos melhor nossas atividades” T-67

“Um idoso com dificuldade na sua mobilidade requer uma maior atenção pois se eu não tiver atenção pode piorar ainda mais a sua situação”. T-95.

“Assim que perdemos a capacidade e autonomia para exercer o autocuidado há um sentimento de negação, de modo que nem sempre o idoso vai reportar a necessidade de ajuda, de modo que é necessário a nós, cuidadores, estarmos atentos a essa necessidade” T-73

A segunda periferia ou quadrante inferior direito está representada através das evocações: “**Lesão**” (F=16), “**Cadeira**” (F=13), “**Dependência**” (F=12), “**Risco**” (F=11), “**Estímulo**” (F=10) e “**Banho**” (F=10) que continuamente explica, sustenta e protege o NC.

Juntamente com a **queda**, as **lesões** por pressão também são bem conhecidas na literatura como indicadores de qualidade da assistência e segurança do paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2016). Estes problemas juntos ou separados, estão na memória do grupo quando evocado sobre à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas.

As “**Lesões**” que as participantes se referem estão relacionadas, segundo lematização, à ferida, lesão por pressão, úlceras, ferimentos, entre outros. Seguimos alguns discursos envolvendo essa evocação:

“Eu acho importante a mobilidade do paciente no leito para evitar escaras, mudança de decúbito também, principalmente quando é acamado”. PE-4

“Para aqueles totalmente acamados é fundamental estar mudando o decúbito a cada duas horas para evitar lesões por pressão (...) tem uma hora que o membro fica em cima do leito que se deixar muito tempo vai criar uma úlcera (...). PT-6

O cuidado voltado para prevenção de riscos como as lesões e quedas são dependentes também de fatores condicionais como se a pessoa idosa é ou está acamada. Pode-se inferir que para esse grupo, “**Queda**” se mostrou mais saliente do que “**Lesão**” e que a figura da “**Lesão**” pode estar representada diante de um caráter mais individual do que do grupo como um todo. Devido ao caráter dinâmico das RS, não é definitivo a maneira como o grupo social representa o objeto de estudo. Tal fato é visível neste quadro, onde são apresentados diversos outros elementos mais salientes entre as evocações “**Queda**” e “**Lesão**”.

Os discursos seguem aprofundando a ideia do cuidado à maneira como ele é executado através do **estímulo** à autonomia/independência das pessoas idosas hospitalizadas:

“Mobilidade é o estímulo ao autocuidado, estimular que o idoso possa desenvolver suas ABVDs, são ações simples de estimular como que peguem no garfo, tente o seu autocuidado”. PE-02

“Eu foco no estímulo para ele se autocuidar (...) foco em devolver ele para família como ele chegou para gente, então eu coloco ele para continuar a viver a realidade de como era a vida dele antes do internamento, eu digo que esse momento é só um período, que se ele se exercitar, ele vai voltar ao normal”. PE-16

A percepção apreendida pelos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada ao idoso hospitalizado foi documentada por Meneguim (2017) e levantou como fatores limitantes a dependência. Neste trabalho o termo **“Dependência”** aparece no quadro como integrante da segunda periferia, o que sinaliza também uma representação de caráter individual, e parece estar ligado ao termo **“cuidado”** no NC ao atrelar a **“dependência”** à demanda de **“cuidados”**.

Em relação ao termo **“Banho”**, mesmo apresentando a maior OME entre as profissionais, as mesmas expõem nos discursos o cuidado durante o banho como uma grande oportunidade de mobilidade. O que chama atenção para uma maior valorização dessa prática diária pela equipe de enfermagem. **“Banho”** foi uma lembrança do grupo pertencente a segunda periferia conforme seguem os discursos:

“Eu acho que o momento que a gente mais faz os cuidados direcionados para mobilidade é na hora do banho que a gente encaminha o paciente para o banho, ali a gente consegue estimular o autocuidado, escovar um dente, se está com os braços bons, eu digo: - Pode se lavar, lava a perna!”. PT-02

“O que a gente tenta fazer aqui é a questão do banho, tenta que o banho não seja dado no leito, para poder o idoso sair do leito, ir para o chuveiro”. PE-13

“Eu tento colocar eles na hora do banho, que é o momento que eu estou ali com ele, aí para aproveitar eu digo: Vamos ali tomar um sol. Se ele puder, eu boto na cadeira e levo para varanda, é o tempo que estou

trocando a roupa de cama. Eu tento fazer isso para aqueles que estão liberados”. PT-03

A prática de estimular o idoso é um conhecimento imprescindível para a manutenção de funcionalidades e nesse sentido, a evocação “**Estímulo**” aparece como pertencente a segunda periferia com frequência de 10 e OME de 3,100. Embora uma parte das profissionais de enfermagem puxem a cognição “**Estímulo**” para o quadro de quatro casas, há uma preocupação digna de nota das participantes quando da relação do estímulo à mobilidade com o estado mental dos idosos.

“Devido seu estado emocional (hipoativo) ou depressivo, precisa constantemente de estímulo para participar do cuidado em conjunto com a equipe”. PT-52

“O estímulo é mais importante porque o paciente diante do diagnóstico tende a deprimir ou relutar o tratamento, por isso é importante que profissionais e familiares estimulem ele a continuar”. PT71

Mas também vieram colocações que trouxeram o estímulo no sentido de funcionalidades:

“Acredito que é importante manter o estímulo a deambulação, pois assim o paciente fica mais confiante e estimula o autocuidado”. PT-85

“Geralmente a gente estimula ele a comer sozinho, a gente avalia se tem capacidade para isso”. PE-11

“Além de orientar a família e o próprio paciente porque eles costumam ficar mais prostrados quando estão no hospital e precisam ser estimulado a levantar, porque muitos deles têm essa capacidade mas acabam se acomodando”. PE-14

Discutir os elementos do quadro que envolvem a representação da mobilidade sob a ótica dos riscos também foi significativo e nesse sentido a palavra “**Risco**” foi identificada no quadro, pertencente à segunda periferia e possivelmente conectado ao NC através da cognição “**Queda**”. É comum na prática clínica, profissionais de enfermagem se depararem constantemente com a evidência de “**Riscos**” envolvendo a mobilidade da pessoa idosa hospitalizada como as “**Quedas**” e na condição de “**Acamado**” outros riscos como broncoaspiração, “**Lesões**” por pressão, também se tornam evidentes.

Siqueira, *et al.* (2015), Kneafsey *et al.* (2013), Brown *et al.* (2007) demonstraram a relação da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas com o gerenciamento de riscos. Sugeriu-se, ainda, no trabalho em tela, que possa haver uma ou várias conexões entre esses elementos que representam riscos. Não é suficiente abordar apenas essa perspectiva, é necessário pensar além dos riscos e efeitos que a mobilidade da pessoa idosa remete, discutir também a mobilidade na ótica do cuidado direto, aquela ação voltada ao auxílio, ajuda, o toque, o incentivo.

O termo “**Cadeira**” apareceu na segunda periferia evocado 13 vezes e mais importante uma vez. Entre as formas de orientar ou estimular a pessoa idosa hospitalizada para a mobilidade a continuar sua rotina de atividades dentro do hospital, na medida do possível, exige um ambiente favorável, provido de equipamentos básicos como a cadeira, além de espaço físico adequado:

“ A falta de equipamentos é um problema, por exemplo, falta de cadeira. A gente não tem cadeira suficiente, as vezes o idoso precisa de cadeira higiênica e nem sempre a gente tem. Não tendo o suficiente então a gente acaba fazendo o banho no leito”
PE-07

“A cadeira é importante pela necessidade do seu uso na mobilidade, segurança e conforto da pessoa idosa hospitalizada. Se estende à cadeiras de rodas, higiênicas e poltronas”. T-07

“Exemplo: você quer colocar o paciente na cadeira/poltrona não tem poltrona, porque estão quebradas, você quer colocar o paciente na posição sentado para se alimentar até na cama e não tem aquela mesinha de apoio para o paciente comer”. PE-11

O quarto quadrante ou quadrante inferior esquerdo é reservado para os termos que obtiveram uma frequência baixa e uma OME baixa, ou seja, são aqueles termos que foram lembrados poucas vezes, mas quando eram evocados, traziam consigo o conhecimento de que se tratam de palavras elencadas como mais importantes pelas profissionais de enfermagem. Esse quadrante contém termos da zona de contraste, são eles: “**Deambular**” (F=16), “**Dificuldade**” (F= 13), “**Segurança**” (F=13), “**Movimento**” (F=11) e “**Fisioterapia**” (F=10).

Uma associação possível que desponta quando olhamos esse quadrante em relação ao NC é a contraposição dos termos “**Acamado**” e “**Deambular**”, onde ambas qualidades são determinadas através da condição da pessoa idosa hospitalizada. Esses termos se comunicam

ao passo que a identificação inicial dessa condição é crucial para o pensar em desenvolver estratégias para manter os **cuidados** profissionais direcionados à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas. É nesse sentido, que **deambular** surge importante e como elemento da zona de contraste com frequência de 16 e OME 2,500.

“É fundamental estimular o paciente a deambular, a ser independente”.

T-90

“A gente orienta e estimula para que ele levante, a gente orienta a ficar sentado primeiro para não ficar tonto e depois que ele vá caminhando até o banheiro, a gente sempre está do lado para se precisar de alguma coisa, né?.” PT-05

Nesse contexto, esta primeira cognição da zona de contraste, trazida pelo grupo como mais importante por duas vezes, o que lhe confere essa posição devido sua OME ser baixa, se configura nos aspectos condicionais da pessoa idosa hospitalizada. Em relação a OME, houve similaridade com a cognição **“acamado”** (no NC) que apesar de ter sido dita 30 vezes, apareceu com a mesma OME (2,500). Isso significa que **“deambular”** e **“acamado”**, embora sejam cognições que apresentam sentidos opostos, aparecem em quadrantes diferentes e estão igualmente presentes no inconsciente das profissionais de enfermagem quando relacionados à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, revelando assim, condições do cotidiano das participantes. O termo **“deambular”** também como sendo uma forma de cuidado, representa uma influência forte para o grupo por ter sido dita prontamente, enquanto **“acamado”** representa a condição da pessoa idosa hospitalizada, com influência maior já que essa última apresentou uma frequência alta de 30 evocações e 5 vezes ditas como mais importante.

Não obstante, é provável que associem a mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas com o ato de caminhar ou estar acamado, tal associação parece ser comum pois, deambular, no universo consensual, parece ter sentido de recuperação, o fato de “estar fora da cama” remete muitas vezes ao *status* condicional prévio de saúde. O contrário também é verdade, onde se observa a figura do acamado para determinar a condição de doença. É neste ponto que também busco dar evidência no trabalho, a preocupação na mobilidade aparecer resumida mais como um ato de deambular do que envolvida no sentido de resgate das funcionalidades globais prévias.

Vale ressaltar, contudo, que o enfoque da mobilidade não deve ser limitado a deambulação. De acordo com Lim *et al.* (2020), King *et al.* (2016), Doherty-Kin *et al.* (2014) e Padula *et al.* (2009) nos últimos dez anos houve privilégio para a ação de deambulação

desconsiderando uma mobilidade global, com recuperação e manutenção de funcionalidades que podem ser desabilitadas decorrente da hospitalização.

Pensando na associação entre a cognição **deambular** com **recuperação**, esta última foi uma das palavras lembrada com apenas uma frequência e certamente não apareceu no quadro. Embora exista na percepção do senso comum cuidadores/familiares no ambiente hospitalar que manter o idoso no leito, imóvel, aparentemente, faz parte do processo de recuperação do indivíduo, ou tem medo de que a mobilidade implique em prejuízos como a queda, essa representação pode ser tão enraizada a ponto de refletir na decisão dos profissionais de saúde de mobilizar.

Estudos que buscam avaliar a mobilidade em pessoas idosas, incluem o ato de deambular como critério de medida, como duração de deambulação (DOHERTY-KING, 2014), contagem de passos (LIM *et al.*, 2020), distância total percorrida (KING *et al.*, 2016), andar no quarto (PADULA *et al.*, 2009) o que torna essa condição diretamente conectada com a mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas e justifica essa cognição estar presente na memória desse grupo.

Como já exposto anteriormente, existem tipos de mobilidade que envolvem a pessoa idosa hospitalizada, aquelas completamente acamadas, as parcialmente acamadas e as independentes. A **dificuldade** do profissional em mobilizar esses indivíduos parece estar enredada em diferentes contextos e um deles é a condição de saúde atual da pessoa idosa, implicando em maior dificuldade para envolver aquelas acamadas e menor dificuldade para aquelas independentes.

Nesse sentido, o termo “**Dificuldade**” se apresenta com a menor OME de todo o quadro (OME 1,846), o que lhe confere destaque por ter sido prontamente evocado. Esse dado implica pensar na capacidade das palavras em atribuir sentido as coisas, nesse caso é difícil mensurar a dimensão da dificuldade em mobilizar pessoas idosas dentro do hospital, no entanto, não foi descontextualizada que essa cognição veio prontamente do inconsciente desse grupo.

Chama atenção essa cognição se perpetuar em um ambiente em que a mobilidade deveria ser facilitada, nesse sentido, essa cognição traz a ideia de haver um conjunto de fatores por trás que dificultam a mobilidade. Esse termo compõe o inconsciente do grupo e se localiza na zona de contraste com frequência de 13. Quando acessamos as justificativas entendemos em que sentido a palavra **dificuldade** foi prontamente dita.

“Parte dos idosos hospitalizados apresentam dificuldades na mobilidade, necessitando então de cuidados e atenção especiais”. T-06.

A realidade acerca de que parte dos idosos hospitalizados apresentem dificuldades na mobilidade gera um enfoque voltado para a utilização de ferramentas e apoio que podem ser tanto de ordem pessoal como o suporte de uma equipe mais engajada no propósito até aquelas de ordem estrutural que envolvem equipamentos, materiais e ambientes, que conforme já apontado, apresenta-se deficiente no cenário das profissionais participantes.

As **dificuldades** referidas pelas participantes podem fazer conexão com o termo “**Acamado**”, sendo assim, observa-se alguns discursos voltados para essa provável conexão.

“Tem aquele idoso totalmente acamado que é muito difícil você mobilizar, para mim não adianta você estar movimentando ele porque tem hora que em vez de trazer benefícios, pode trazer riscos”. PT-01

Houve ainda as **dificuldades** que são geradas entre a decisão do profissional em mobilizar e a vontade do paciente, além de fatores subjetivos que devem ser levados em consideração como a dor.

“O idoso é resistente porque em algum momento ele teve uma dificuldade ou apresentou queda em casa, então tem essa resistência. E isso são fatores que dificultam” PE-05

“Tem muito paciente resistente por causa da dor” PE-09

Teve menção ainda às **dificuldades** relacionadas ao serviço em dispor estrutura adequada, equipe completa e engajada em mobilizar.

“A gente tem problemas com a estrutura física do hospital, os banheiros são muito pequenos, é muito trabalhoso, tem muito desnível, tudo isso dificulta” PT-08

“A outra questão é o número de profissionais, nós temos poucos, então é melhor fazer o banho no leito”. PT-07

“Dificuldade eu acho a disponibilidade dos colegas, porque eu sozinha não posso fazer e as vezes o idoso está sem o acompanhante e por conta disso a gente acaba não realizando. Essa dificuldade eu atribuo um pouco ao serviço que é muito, ao déficit de pessoal e a vontade profissional que as vezes os colegas não acham importante”. PT-04

Ao que pese situar o leitor, a palavra “**Segurança**” também foi identificada no quadro e pertencendo à zona de contraste. O termo “**Segurança**” parece se comunicar com o NC principalmente através da evocação “**Queda**”. Protocolos de segurança para evitar as quedas

são comuns em instituições de saúde e essa atenção se torna mais próxima quando se tratam de pessoas idosas hospitalizadas.

Cabe discutir dois termos que compõem a importante zona de contraste, o “**Movimento**” e “**Fisioterapia**”, pois juntos eles envolvem representações fortes em outras pertenças. O termo “**Fisioterapia**” revela que o cuidado profissional voltado para mobilidade da pessoa idosa hospitalizada não é compreendido como algo apenas executado pela equipe de enfermagem. Embora King e colaboradores (2013) em estudo que objetivou explorar a relação entre atribuições das enfermeiras, responsabilidade por deambular com pacientes idosos hospitalizados e suas decisões sobre se devem ou não deambular, tenham mostrado que 40% das enfermeiras participantes não se sentiram responsáveis em tratar desse domínio com seus pacientes, e compreendem essa ação como pertença de outras categorias profissionais como a **fisioterapia**. Em outra pesquisa envolvendo enfermeiras, foi levantado pelas participantes que a mobilidade é responsabilidade do fisioterapeuta (CONSTANTIN; DAHLKE, 2018).

De acordo com Jesus *et al.* (2016), o **movimento** humano tem uma grande relação específica com o domínio de estudo do profissional fisioterapeuta e diante do poder de influência dos grupos sociais, a figura da **fisioterapia** e do **movimento** tiveram destaque no quadro e foram ditas nesse sentido:

“A fisioterapia auxilia o idoso no fortalecimento muscular facilitando a mobilidade do mesmo”. T-72

“Fisioterapia é importante para manter ou reabilitar a mobilidade do idoso hospitalizado” T-92

“Remete ao movimento de todos os músculos, a base da fisioterapia é o movimento. Pois, vivemos em constante fisioterapia mesmo sem perceber”. T-12

O quadro revelou a dimensão da problemática em torno da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada para o grupo social investigado. O contexto que envolve a recuperação da saúde das pessoas é complexo e onde se dão essas relações também partem de ambientes complexos. Nesse sentido, as cognições que compõem o quadro de quatro casas a exemplo da “**Queda**”, “**Atenção**”, “**Segurança**”, “**Lesão**” e “**Risco**” se conectam nesse trabalho com a primeira categoria temática “**Cuidados envolvendo os riscos**”.

O resultado das entrevistas corrobora em sentido próprio àquilo que foi encontrado no quadro de quatro casas, principalmente aqueles termos que assumiram posições fortemente

ancoradas na memória social das profissionais de enfermagem, como a **queda** e lesão no sentido de risco para a atenção à segurança do paciente.

Além dos riscos, há condições variadas que envolvem esse grupo populacional e essa representação pode significar para a equipe de enfermagem como é difícil desenvolver a mobilidade em pessoas idosas hospitalizadas. Pode significar, ainda, na visão da pessoa idosa, que recebe o cuidado, o medo pela ocorrência de quedas, a condição indesejável de estar/ser acamado e os efeitos negativos que a hospitalização pode causar na qualidade de vida dessas pessoas.

Não obstante, foi percebido também a dificuldade que as profissionais têm ao falar sobre mobilidade ou quedas e de como isso pode se perpetuar na sua carreira profissional através de estigmas que marcam esse evento na prática. Mesmo com essas dificuldades, o objetivo da pesquisa foi atingido. O olhar voltado para os riscos, situação e necessidades que envolvem a mobilidade de pessoas idosas no hospital, são fundamentais para manter o cuidado integral livre de danos, que influencie a autonomia/independência das funcionalidades globais com reflexos na qualidade de vida dessas pessoas.

A segunda categoria denominada: **“Cuidados para manter a autonomia/independência”** esteve representada pelas evocações: **“Cuidado”**, **“Acamado”**, **“Dependência”**, **“Deambular”**, **“Banho”**, **“Movimento”**, **“Fisioterapia”**, **“Estímulo”** e **“Ajuda”**. Inferindo uma narrativa de que o cuidado para manter a autonomia/independência é delineado incluindo outras categorias profissionais como a fisioterapia, e através de oportunidades como banho ou deambular. O estímulo para a mobilidade funcional depende, dentre outros fatores, das vontades pessoais e profissionais. A pessoa idosa precisa querer ser mobilizada e antes, o profissional precisa entender como essência da sua prática que a mobilidade é importante para recuperação e manutenção das funcionalidades básicas e instrumentais desses indivíduos (LIM *et al.*, 2020).

Com esses resultados infere-se que a equipe de enfermagem ao tomar consciência da problemática estudada, além de se envolver na assistência também se organiza em pensar em estratégias seguras de mobilidade da pessoa idosa. Um grupo específico que trabalhe com foco nesse domínio poderia se preocupar em pensar na operacionalização dessas estratégias, provendo pessoas, equipamentos, materiais e as demais necessidades.

Na terceira categoria denominada **“Atenção às barreiras da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada”** não foi diferente, formada pelos termos **“Cuidado”**, **“Atenção”**, **“Dificuldade”**, **“Cadeira”** e **“Acessibilidade”**. Traz o sentido de que as barreiras são

dificuldades encontradas no cuidado para a mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas e estão relacionadas à problemas ligados a acessibilidade como disponibilidade de cadeiras. Diversos estudos trazem evidências das barreiras relacionadas à mobilidade de idosos. Lim *et al.* (2020), Dermody e Kovach (2018), Kneafsey *et al.*, (2013), apontam fatores contextuais no ambiente de trabalho, como equipe insuficiente, barreiras de atitudes profissionais, ambiente agitado ou falta de consciência das equipes.

A educação para o estímulo, durante o contato físico é fundamental para ajudar na manutenção/recuperação da mobilidade e nesse sentido, é necessário dar mais visibilidade para essa ação e atenção às barreiras para influenciar a construção de maneiras de agir coletivas ou individuais que apresentem benefícios diante dos cuidados prestados à pessoa idosa hospitalizada

É indispensável considerar fatores individuais, que diz respeito à entrega do profissional à sua prática, oportunidade de capacitação dentro dos serviços ou até fora, até na capacidade em observar o objeto diante de uma perspectiva direcionada e incorporada como atividade do seu domínio presente na prática diária.

Nesse sentido, este trabalho trouxe à mostra a estrutura figurativa do que está rodeando o imaginário das profissionais de enfermagem quando são estimuladas a evocarem cognições acerca da mobilidade da pessoa idosa hospitalizada e as barreiras estiveram presentes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados, embora limitados a um grupo de profissionais em um serviço de saúde, revelam a complexidade da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas. A mobilidade está vinculada a vários fatores de ordem individual, familiar, institucional, social e profissional.

A estrutura das RS do grupo social estudado esteve diante do NC representado pelas evocações: Queda, Acamado e Cuidado. O que implica em relaciona-las no sentido de que a queda é uma causa e/ou efeito da hospitalização que envolve a pessoa idosa, geralmente acamada, que depende de cuidados. Esses elementos do NC mostram como a RS da mobilidade está fortemente ancorada no risco de queda para pessoas idosas e, conseqüentemente, na ação de deambulação como atividade que requer muito cuidado, conhecimento e superação individual, para ser adotada. Termos presentes no núcleo periférico reafirmam essa ideia. Vale ressaltar que no ponto de vista da fundamentação teórica, ainda não se pode afirmar a

representação social, uma vez que a teoria requer multitécnicas e testes de centralidade e de similitude das cognições para dar concretude às produções de representações sociais. Contudo, os dados apresentados atende a estrutura da representação, mostrando domínios cognitivos, atitudinais e funcionais.

O trabalho revela a importância de realizar treinamentos, discussões e atualizações sobre mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, incluindo o risco de queda, visando minorar as dificuldades para paciente e equipe de enfermagem. A possibilidade de compartilhamento dos dados influenciará outros indivíduos nas suas práticas diárias.

Diante tamanha relevância a despeito da relação do declínio funcional e da mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas, conhecer a estrutura das RS desse grupo, suscitou reflexões que para melhorar os estímulos à autonomia no cotidiano, é necessário debater mais sobre cultura da dependência e em como essa expansão vai influenciar outros atores sociais que praticam o cuidado no exercício das suas profissões. Além de destacar que mobilidade é uma ação de liberdade do ser humano e sua interrupção traz consequências diretas para as pessoas envolvidas, o que gera uma necessidade de mudança de atitude na condução da assistência na prática diária às pessoas idosas hospitalizada.

Além de contribuir na produção do conhecimento para a Enfermagem atual, tais resultados demonstram que a cultura da mobilidade depende da apropriação desta função pela equipe de enfermagem, bem como investimentos e apoio institucionais para que haja mudanças de atitudes e garantir melhorias na funcionalidade global das pessoas idosas hospitalizadas. Não obstante, foi percebido a dificuldade que as profissionais têm ao falar sobre mobilidade ou quedas e de como isso pode se perpetuar na sua carreira profissional através de estigmas que marcam esse evento na prática. O grupo social estudado se limitou a equipe de enfermagem, restringindo conhecer as representações da equipe de cuida interdisciplinarmente das pessoas idosas. Mesmo com essas dificuldades, o objetivo da pesquisa foi atingido.

Dessa forma, é importante que outras pesquisas sejam desenvolvidas ainda, para reavaliar outros cenários e práticas da equipe de enfermagem, identificando fatores internos e externos que contribuem ou dificultam a execução do cuidado voltado à mobilidade de pessoas idosas hospitalizadas.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean Claude. Central System, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, 1993, n. 2. v. 2, p. 75-8. Disponível em: <<http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/126/90>>. Acesso em 12 dez. 2019
- _____. (org.). *Pratiques sociales et representations*. Paris: PUF, 1994.
- _____. A abordagem estrutural das representações sociais. In MOREIRA, A; OLIVEIRA, D. (orgs) **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 1998.
- ARAÚJO, Diego Dias de; CARVALHO, Rafael Lima Rodrigues de; CHIANCA, Tania Couto Machado. Nursing Diagnoses identified in the medical records of hospitalized elderly. **Invest Educ Enferm**. 2014; v. 32, n. 2; p. 225-235. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/19952/18511>>. Acesso em 15 mar. 2020.
- ARRUDA, Angela. Teoria das Representações Sociais e Teoria de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, 2002, n. 117. nov. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>. Acesso em: 24 Out. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. 1977, Portugal. Disponível em: <https://www.ets.ufpb.br/>. Acesso em 11 abr 2020.
- BARROS, Myriam Moraes Lins de; MOTTA, Alda Brito da; PEIXOTO, Clarice; ECKERT, Cornelia; STUCCHI, Deborah; DEBERT, Guíta Grin; SIMÕES, Júlio Assis; FERREIRA, Maria Leticia Mazzucchi; RIFIOTIS, Theophilos. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro; **Fundação Getúlio Vargas**; 1998. 235 p. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 12 dez. 2019.
- BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo. A experiência vivida**. Difusão Européia do Livro. 1967. 499 p. Disponível em: <<http://www.afoiceomartelo.com.br/posfsa/autores/Beauvoir,%20Simone%20de/O%20Segundo%20Sexo%20-%20II.pdf?fbclid=IwAR1MQqoWTRiuM9hvjtNIDGF2ffxa3KQd3Pn7ndRQQIBH26YgivPuxbrR5JE>>. Acesso em 20 dez. 2019
- BERTONI, Luci. Mara; GALINKIN, Ana. Lúcia. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., and ASSIS, R. A. M., orgs. Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, pp. 101-122. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub..> Acesso em 14 abr. 2019.
- BONFIM, Zulmira Aurea Cruz; ALMEIDA, Sandra Francesca Conte. Representação Social. Conceituação, Dimensão e funções. 1991. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, V. 9, p.75 - 89. Jan./Dez. 1991. Disponível em:

http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10977/1/1992_art_zacbonfim.pdf. Acesso em 21 abr 2021

BOOF, Leonardo. Saber Cuidar Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, 1999. p. 199. Disponível em: <
<https://www.profdoni.pro.br/home/images/sampled/2015/livros/sabercuidar.pdf>>. Acesso em 28 jan 2020.

BROWN, Cynthia. J; REDDEN, David. T; FLOOD, Kellie. L; ALLMAN, Richard. M. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization o folder adults. **J. Am. Geriatr Soc.** 2009, v. 57, p. 1160-65.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 02 nov. 2019.

CAMARANO, Ana Amélia – Conceito de idoso. IN _____(org). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? –Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <
<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoa-idosa/Livro%20Os%20novos%20Idosos%20Brasileiros%20-%20muito%20alem%20dos%2060.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2019

CARVALHO, Tatiane Cristina; VALLE, Adriana Polachini do; JACINTO, Alessandro Ferrari; MAYORAL, Vânia Ferreira de Sá; VILLAS BOAS, Paulo José Fortes. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 2, p. 136-144, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n2/pt_1809-9823-rbgg-21-02-00134.pdf> Acesso em: 12 Nov. 2018.

CONSTANTIN, Stephanie; DAHLKE, Sherry. How nurses restore and mantain mobility in hospitalised older people: An integrative literature review. **Int J Older People Nurs.** Edmonton, vol. 13, n. 3, 2018. DOI: 10.1111/opn.12200. Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29770560>> . Acesso em: 08 Ago. 2018.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica – mobilidade.** 9ª ed. Artmed. 2019 p. 330-353.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. In: DEBERT, Guíta Grin. **Antropologia e Velhice.** São Paulo, 1994. p. 49-71.

FERNANDES, Janaina da Silva Gonçalves; ANDRADE, Marcia Siqueira de. Representações sociais de idosos sobre a velhice. **Arq. Bras. psicol;** Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 48-59, 2016. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v68n2/v68n2a05.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2020.

FERRAZ, Rísia; SILVA, Mônica. Métodos Qualitativos e Históricos Aplicação de Análise Documental e Entrevista Narrativa e de História de Vida e Oral em Estudos Organizacionais. **CIAIQ2015,** Aracaju, v. 3, 2015. Disponível em:

<<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/142/138>>. Acesso em: 01 out. 2018.

FERREIRA, Lidiane Maria Brito Macedo; JEREZ-ROIG, Javier; ANDRADE, Fabienne Louise Juvêncio Paes; OLIVEIRA, Naiara Priscila Dantas; ARAÚJO, José Rodolfo Torres; LIMA, Kenio Costa. Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados. *Rev. Bra. Geriatr. Gerontol.* 2016. vol. 19, n. 6. P. 995-1003.

FERREIRA, Darlisom. Sousa.; TEIXEIRA, Elisabeth.; DAS NEVES, Aandre Luiz Machado. Educação não tem idade: estrutura e conteúdo das representações sociais de idosos sobre educação. **Revista Cocar**, v. 8, n. 15, p. 57-62, 2014.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. definições e classificações 2018-2020** [recurso eletrônico] / [NANDA Internacional] – 11. ed. - Porto Alegre: Artmed, Disponível em: <http://nascecmecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf>. Acesso em 11 ago. 2020

JODELET, Denise. O encontro dos sabers. In: JESUINO, Jorge. Correia; MENDES, Felismina, R. P; LOPES, Manuel José (orgs.). **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 59-77.

JESUS, Fábio S; PAIM, Daniel M; BRITO, Juliana O; BARROS, Idiel A; NOGUEIRA, Thiago B; MARTINEZ, Bruno P; PIRES, Thiago Q. Declínio da mobilidade dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, vol. 28, n. 2, p. 114-119, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n2/0103-507X-rbti-28-02-0114.pdf>>. Acesso em 01 dez. 2019

KING, Barbara D; YOON, Ju Young; PECANAC, Kristen; BROWN, Roger; MAHONEY, Jane. Frequency and Duration of Nursing Care Related to Older Patient Mobility. **Journal of Nursing Scholarship**. EUA, vol. 46, n. 1, p. 20-27, 2014. Disponível em: <<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jnu.12047>>. Acesso em 12 abril 2019.

KING, Barbara J; STEEGE, Linsey M; WINSOR, Katie; VANDENBERGH, Shelly; BROWN, Cynthia J. Getting patients walking: A pilot study of mobilizing older adult patients via a nurse- driven intervention. **Journal compilation The American Geriatrics Society**, vol. 64, n. 10, p. 2088-94, 2016. DOI: 10.1111/jgs.14364. Disponível em: <<http://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1111/jgs.14364>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

KING, Barbara Doherty; BOWERS, Barbara J. Attributing the responsibility for ambulating patients: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, vol. 50, n. 9, pag. 1240-46, 2013. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.02.007. Disponível em: < <http://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.007>> Acesso em: 02 nov. 2018.

KIRK, Jeanette Wassar; BODILSEN, Ann Christine; SIVERTSEN, Ditte Marie; HUSTED, Rasmus Skov; NILSEN, Per; THOMSEN J. Desembaraçar a complexidade da mobilidade de médicos idosos na prática de rotina: um estudo etnográfico na Dinamarca. **PLoS ONE** vol. 14, n. 4, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214271>>. Acesso em 04 mar. 2020.

LEITE, Rosana Franzen. A perspectiva da análise de conteúdo na pesquisa qualitativa: algumas considerações. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v.5, n.9, p. 539-551, dez. 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/129/98>>. Acesso em 21 nov. 2019

LIMA-COSTA Maria Fernanda. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). **Rev Saude Publica**. 2018;52 Supl 2:2s. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZGrjSCWV394pXtmqtnLSx9P/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso 10 abr. 2021

LUCCHESI, Paola Alves de Oliveira; FERRETII-REBUSTINI, Renata Eloah de Lucena. Intervenções de enfermagem prescritas para idosos hospitalizados segundo grau de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 199-215, jan-mar. 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/25548/18197>>. Acesso em 11 ago. 2020

MANEGUIN, S; BANJA, P. F. T; FERREIRA, M. L. S. Cuidado ao paciente idoso hospitalizado: implicações para equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2017. v. 25. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16107/24631>>. Acesso em 21 abr 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**; tradução de Sonia Fuhrmann. – Petrópolis: Vozes, 2012. 456 p.

MOTTA, ALDA BRITO A Atualidade no conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, v.25, n.2, p. 1-26, mai/ago 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v25n2/05.pdf>>. Acesso em 13 out. 2019

MÓNICO, Lisete; ALFERES, Valentin R; CASTRO, Paulo A; PARREIRA, Pedro M. A Observação Participante enquanto metodologia de investigação Qualitativa. Anais do 6 Congresso Ibero Americano Investigação Qualitativa. **Investigação Qualitativa em Ciências**

Sociais, v.3, Espanha, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1447/1404>>. Acesso em 08 out. 2019.

NÓBREGA, S. M., & Coutinho, Maria Penha Lima. O Teste de Associação Livre de Palavras. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.). **Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa, PB: Editora Universitária, 2011. P. 55-106.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Geneva: OMS. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em 12 jul. 2020.

PEREIRA, Esdras Edgar Batista; SOUZA, Anelsa Biene Farias de; CARNEIRO, Saul Rossy; SARGES, Edilene do Socorro Nascimento Falcão. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev. Bras.Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 165-176, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf>> . Acesso em 12 Jul. 2018.

PINK, MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Cap. III, As múltiplas faces da pesquisa sobre produção de sentidos no cotidiano. p. 38-59. ISBN: 978-85-7982-046-5. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/w9q43/pdf/spink-9788579820465-05.pdf>>. Acesso em 02. Out. 2019.

POTTENGER, Brent C; PRONOVOST, Peter J; KREIF, J; KLEIN, Lisa; HOBSON, Debora; YOUNG, Daniel. Towards improving hospital workflows: An evaluation of resources to mobilize patients. **J Nurs Manag. Baltimore**, vol. 27, p. 27-34, 2019. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12644>>. Acesso em 14 mar 2020.

REIS, K. M. C; JESUS, C. A. C. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2015. v. 23 n. 5 p. 1130-8.

RESNICK, Barbara; BOLTZ, Marie. Optimizing Function and Physical Activity in Hospitalized Older Adults to Prevent Functional Decline and Falls. **Clinics in Geriatric Medicine**, 2019. v. 35, n. 2, p. 237-251. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929885/>>. Acesso em 10 jan. 2020.

SÁ, Celso Pereira. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2ª ed. 2002 189 p.

_____. **Estudos de Psicologia Social: história, comportamento, representações e memória**. Rio Janeiro: Ed. UERJ, 2015. 458 p.

____. **Representações sociais: Teoria e pesquisa do núcleo central. Temas em Psicologia.** Rio de Janeiro, n. 3. 1996. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>. Acesso em: 21 Out. 2019.

SANTOS, Thayane. Dias dos; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; CUNHA, Karinne Cristinne da Silva; CHIBANTE, Carla Lube de Pinho. Segurança do paciente idoso hospitalizado: Uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 3, p. 01-10, 2016. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44223/pdf>> . Acesso em 03 Ago. 2018.

SANTOS, EI, Alves YR, Gomes AMT, Silva ACSS, Mota DB, Almeida EA. Representaciones sociales de enfermería desarrollada por profesionales de salud no enfermeros. **Online braz j nurs** [internet] 2016 Jun; 15 (2):146-156. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5294>>. Acesso em 20 abr 2021.

SEEGER, Anthony. **Os índios e nós:** estudos sobre sociedades tribais brasileiras. 1980. Rio de Janeiro: Campus, 181 pag.

SILVA, S. P. Z; MARIN, M. J. S; RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. 2015. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 3, p. 42-8.

SILVA, M. C da; OGATA, M. N. OLIVEIRA, D. C de. O estado da arte das produções científicas nacionais das representações sociais do envelhecimento na perspectiva da saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, 2015. n. 18, p. 49-63. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/27243/19290>. Acesso em 20 abr 2021

SILVERMAN David. How was it for you? The interview Society and the irresistible rise of the (poorly analyzed) interview. **Qualitative Research.** v. 17, n. 2, p. 144-158, 2017. Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1468794116668231>>. Acesso em 12 nov. 2019.

SOARES, Antonio Vinicius; MATOS, Fabio Marcelo; LAUS, Luisa Helena; SUZUKI Simone. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. **Fisioterapia Brasil.** v. 4, n. 1, jan-fev. 2003. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2994/4783>>. Acesso em 08 out. 2019.

SOURDET, Sandrine; LAFONT, Christine; ROLLAND, Yves; NOURHASHEMI, Fati; ANDRIEU, Sandrine; VELLAS, Bruno. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. **J Am Med Dir Assoc.** v. 16, n. 8, p. 674-81, 2015. Disponível em: < <http://sci-hub.tw/10.1016/j.jamda.2015.03.011>>. Acesso em: 02 Nov. 2018.

SOUSA, R. M; ALMEIDA, J. G; SANTANA, R. F; ALVES, L. A. F; ESPIRITO SANTO, F, H. Diagnósticos de Enfermagem identificados em idosos hospitalizados: Associação com as síndromes geriátricas. *Esc. Anna Nery.* 2010. v. 14, n. 4. p. 732-741.

SOUZA, Cibele C; VALMORBIDA, Luiza A; OLIVEIRA, Juliana P; BORSALTO, Alice c; LORENZINI, Marta; KNARST, Mara R; MELO, D; CREUTZBERG, Marion; RESENDE, Thais L. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Ver.

bras. geriatr. gerontol. [online]. 2013, vol. 16, n. 2, p. 285-293. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/08.pdf>>. Acesso em 13 dez. 2019

SURKAN, Mega J; GIBSON, William. Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay. **Can J Cardiol**. V. 34, n. 7, p. 881-88, 2018. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez10.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0828282X18303702?via%3DiHub>> Acesso em: 08 nov. 2018.

VALE, Eucléia G; PAGLIUCA, L. M. F; QUIRINO, R. H. R. Saberes e Práxis em Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev Enferm** 2009 v. 13, n. 1, p. 174-180. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a24.pdf>. Acesso em 20 abr 2021

VALENZUELA, Pedro L; MORALES, Javier S; GALEANO, Helios Pareja; IZQUIERDO, Mikel; EMANUELE, Enzo; VILLA, Pedro de la; LUCIA, Alejandro. Physical strategies to prevent disuse-induced functional decline in the elderly. **Ageing Research Reviews**. v. 47, p. 80–88, 2018. DOI: 10.1016/j.arr.2018.07.003. Disponível em: <http://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.07.003>. Acesso em: 13 Nov. 2018.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-36, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1929.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2018.

WACHELKE, João; WOLTER, Rafael; MATOS, Fabiola Rodrigues. Efeito do tamanho d amostra na análise de evocações para representações sociais. **LIBERABIT: Lima**. v. 22, n. 2, p. 135-160, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v22n2/a03v22n2.pdf>>. Acesso em 14 fev. 2020.

Zisberg A, Gary S, Gur-Yaish N, Admi H, Shadmi E. In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. **J Am Geriatr Society**. 2011;59:1099–104. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03413.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Título do Projeto: Mobilidade de idosos hospitalizados: Um estudo de representações sociais.
Prezado (a) senhor (a),

Convido você a participar voluntariamente da pesquisa “Mobilidade de idosos hospitalizados: Um estudo de representações sociais” projeto de dissertação de mestrado de Pedro Henrique Costa Silva, discente do curso de Pós-Graduação stricto sensu em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob a orientação da Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira e coorientadora Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

- Este trabalho tem como objetivo: Aprender as representações sociais da equipe de enfermagem acerca do cuidado relacionado à mobilidade de idosos hospitalizados.

Desta forma, após a leitura desse documento, o participante está de pleno acordo em contribuir para este estudo, respondendo as questões propostas, bem como em autorizar que os dados fornecidos sejam apresentados em estudos de cunho científico. Quanto a aplicação do instrumento TALP (Teste de Associação Livre de Palavras) você escreverá rapidamente as cinco palavras que vem a sua mente quando você ler dois termos indutores selecionado pelo pesquisador. As informações fornecidas poderão contribuir para o desvelamento do conhecimento de categorias profissionais relacionadas à enfermagem voltado à mobilidade de idosos hospitalizados com possibilidade ainda, de agregar à assistência novas práticas hospitalares, minimizando as repercussões negativas que a internação pode trazer ao idoso.

Informamos que você não será identificado, sendo sigilosos os dados; todas as informações dadas por você serão utilizadas somente para a pesquisa. Você não terá nenhum gasto financeiro para participar do estudo. Você também é livre para desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, se assim quiser, pois é um direito garantido.

Caso você se sinta constrangido (a) ou incomodado (a) para responder algum questionamento, a coleta de dados poderá ser interrompida prontamente. Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com o pesquisador através do telefone: (71)992840006 ou e-mail: costaph@hotmail.com.

Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira
Coordenadora da pesquisa

Pedro Henrique Costa Silva
Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa TALP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. Identificação

- Iniciais do nome ____
- Idade ____
- Sexo () Feminino () Masculino

2. Dados sociais

- Nível de escolaridade () Superior () Técnico
- () Especialização. Qual área _____
- () Mestrado () Doutorado () outro _____
- Tempo de formado: _____
- () Menos de 2 anos () De 2 a 5 anos () De 5 a 10 anos () De 10 a 15 anos
- () Mais de 15 anos
- Tipo de universidade concluída: () Pública Federal () Pública Estadual
- () Particular
- Atua nesta unidade há quanto tempo? _____
- () Menos de 2 anos () De 2 a 5 anos () De 5 a 10 anos () De 10 a 15 anos
- () Mais de 15 anos
- Nesta instituição você exerce a função de nível () Superior () Técnico

A partir daqui você realizará um teste que se chama Técnica de Associação Livre de Palavra.

Para tanto, siga as instruções abaixo:

- ✓ Realize o teste em até 2 minutos, seja mais rápida (o) possível;

- ✓ Será solicitada (o) a você cinco palavras, que primeiro vem a sua mente ao escutar o termo indutor, após escritas você deverá enumerá-las por ordem de importância e justificar o motivo que você elencou a primeira como mais importante;
- ✓ Destaca-se a **IMPORTÂNCIA** de você escrever apenas **PALAVRAS ISOLADAS** evite expressões ou frases completas;
- ✓ Chama-se atenção, mais uma vez, que a evocação das palavras deve ser rápida. **O QUE VIER NA SUA MENTE ESCREVA.**

Quando você estiver pronta (o) pode começar.

O que vem à sua cabeça quando eu falo “**idoso hospitalizado**”?

| PALAVRAS | ORDEM DE IMPORTÂNCIA | JUSTIFICATIVA DA IMPORTÂNCIA |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. | () | |
| 2. | () | |
| 3. | () | |
| 4. | () | |
| 5. | () | |

O que vem à sua cabeça quando eu falo “**mobilidade do idoso hospitalizado**”?

| PALAVRAS | ORDEM DE IMPORTÂNCIA | JUSTIFICATIVA DA IMPORTÂNCIA |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. | () | |
| 2. | () | |
| 3. | () | |

| | | |
|----|-----|--|
| 4. | () | |
| 5. | () | |

APÊNDICE C- Roteiro de entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

- Na sua opinião, é importante mobilizar o idoso no hospital? Entendendo mobilidade numa perspectiva de funcionalidade global, não somente transferir de um local para outro. Porque?

Objetivo da questão: Identificar o valor da mobilização de idosos através do discurso da equipe

- Fale sobre os seus cuidados de mobilidade direcionados ao idoso hospitalizado.

Objetivo da questão: Identificar na rotina diária da prática da equipe de enfermagem o direcionamento e prestação de cuidados relacionados ao domínio mobilidade da pessoa idosa.

- Na sua opinião, quais são as facilidades e as dificuldades que você enfrenta para mobilizar seus pacientes idosos dentro do hospital? No caso das dificuldades, o que você faz para resolvê-las?

Objetivo da questão: Identificar a preocupação da equipe de enfermagem e suas ações diretas diante da mobilidade do idoso hospitalizado.

- Você já vivenciou algum incidente associado a realização da mobilização ou estímulo à mobilidade? Fale um pouco sobre isso.

Objetivo da questão: Conhecer a relação entre mobilidade e a ocorrência de eventos adversos do ponto de vista do profissional.

- Você já vivenciou algum incidente associado a não realização da mobilização ou estímulo à mobilidade? Fale um pouco sobre isso.

Objetivo da questão: Conhecer a relação entre mobilidade e a ocorrência de eventos adversos do ponto de vista do profissional.